

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
โดยใช้การพยาบาลทางไกลต่อการจัดการอาการรบกวน
ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน
The effects of a tele-nursing self-management support program
on managing disturbances in caregivers of home-based
palliative cancer patients

อนัญญา ผลจันทร์* ชนิตา ธนภัทรธัญกร*

Anunya Pholchan* Chanita Thanapattarathankorn*

โรงพยาบาลนครปฐม

*Nakhonpathom Hospital

Corresponding author: Anunya Pholchan; Email: anunya007@gmail.com

Received: November 25, 2024; Revised: December 29, 2024; Accepted: December 30, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกล ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน รับการตรวจรักษาที่คลินิกซีวาร์กซ์ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 27 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามระดับความรุนแรงของอาการรบกวน 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการรบกวน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาระหว่าง .67 - 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที่

ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านก่อนได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 0.66$) หลังได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.33$, $SD = 0.30$) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านก่อน ก่อนได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.27$, $SD = 1.64$) หลังได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.17$, $SD = 1.10$) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การพยาบาลทางไกล, การจัดการตนเอง, การจัดการอาการรบกวน, การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยมะเร็ง

Abstract

This quasi-experimental study with one - group pre-post design aimed to compare the mean scores of managing disturbances behaviors among caregivers of home-based palliative care patients and the mean scores of the severity of disturbances of these patients before and after receiving a tele-nursing self-management support program in caregivers of home-based palliative cancer patients. The sample consisted of 27 caregivers of home-based palliative care patients who received treatment at the Palliative Care Clinic, Nakhon Pathom Hospital. Participants were selected purposively. Data was collected using 1) a questionnaire on the severity of disturbances. 2) A questionnaire on managing disturbances behaviors. The instruments were validated by three experts (content validity index: .67-1.00) and had a Cronbach's alpha of .89. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The mean score of managing disturbances behaviors among caregivers significantly increased from moderate (\bar{X} = 3.42, SD = 0.66) to high levels (\bar{X} = 4.33, SD = 0.30) after the intervention ($p < .05$). Similarly, the mean score of the severity of disturbances among patients significantly decreased from moderate (\bar{X} = 4.27, SD = 1.64) to low levels (\bar{X} = 2.17, SD = 1.10) after the intervention ($p < .05$).

Keywords: tele-nursing, self-management, managing disturbances, palliative care, cancer patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 20 ล้านคน เสียชีวิต 9.7 ล้านคน คาดการณ์ว่า 25 ปีข้างหน้าจะพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 77¹ สำหรับประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น จำนวน 183,541 คน คาดการณ์ว่า 25 ปีข้างหน้า จะพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 56.4² ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้าทำให้ผู้ป่วยได้รับนวัตกรรมการรักษาหลากหลายช่วยชะลอความตายแต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะยาว เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้³ การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับปัญหาความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (life – threatening illness) ทั้งจากโรคและผลกระทบจากการรักษา⁴ โดยอาการทุกข์ทรมานที่พบบ่อย คือ ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร เหนื่อย นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ท้องผูก^{5,6} และอาการปวดจากการดำเนินของโรค⁷

โรงพยาบาลนครปฐม เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งครบวงจร จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลนครปฐม ปีพ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จำนวน 1,180 คน ผู้ป่วยมะเร็งที่วินิจฉัยเข้าสู่ระยะประคับประคองและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 208 คน และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 188 คน โดยงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน โรงพยาบาลนครปฐม ให้การพยาบาลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน พบผู้ป่วยมีอาการไม่ทุเลา ร้อยละ 12.23 โดยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (re-admitt) ร้อยละ 3.72 ด้วยอาการปวด หายใจลำบาก เหนื่อย และพบความเสี่ยงการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล คือ ผู้ดูแลใช้ยาแก้ปวด Strong Opioids ไม่ถูกต้อง ได้แก่ Morphine ชนิดเม็ดและชนิดน้ำเชื่อม และ Fentanyl patch จำนวนที่ให้ยาแต่ละครั้งไม่ได้ ร้อยละ 15.00 จากการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อาการรบกวนที่พบบ่อยคือ อาการปวด ร้อยละ 34.37 หายใจลำบาก/เหนื่อย ร้อยละ 20.62 ท้องผูก ร้อยละ 12.50 เบื่ออาหาร/กินได้น้อย ร้อยละ 11.87

2(14)

อ่อนล้า/ไม่มีแรง ร้อยละ 8.40 คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 7.50 และวิตกกังวล ร้อยละ 8.40 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีความเครียด วิตกกังวลและไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานที่บ้านได้ โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้ได้รับการดูแลที่ดี สามารถแก้ไขปัญหาและจัดการอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากสภาวะของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น⁸ รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นและเสริมพลังให้กับผู้ดูแล⁹ ดังนั้นการแนะนำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมจากการใช้หลักการจัดการตนเอง (self-management) จึงเป็นกุญแจสำคัญที่ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตน สามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ¹⁰ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอันและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009)¹¹ เชื่อว่าผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นหน่วยเดียวกัน มีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกัน มีความผูกพันความเอาใจใส่ต่อกัน มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ก็จะมีการเกี่ยวพันทั้งด้านความรู้และความเชื่อ (knowledge and belief) ด้านการฝึกทักษะเพื่อพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเอง (self-regulation) และด้านการอำนวยความสะดวกทางสังคม (social facilitation) ให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นส่วนสำคัญ (family support)¹² จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวมาใช้ศึกษาการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็ง โดยสามารถลดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งและเพิ่มความอยู่ดีมีสุข (well-being) แต่ไม่ได้เพิ่มความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตประจำวัน¹³

นโยบายและทิศทางของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568 มุ่งเน้นการพัฒนาและยกระดับระบบบริการสาธารณสุขไทย พร้อมผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งเพิ่มการบริการสุขภาพผู้ป่วยด้วยการแพทย์ทางไกล เป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชน ประกอบกับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2566 กองการพยาบาลได้กำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในชุมชนโดยนำการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) มาใช้สนับสนุนการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับการประเมินและจัดการปัญหาทางกายและใจ รวมถึงอาการรบกวนต่าง ๆ ได้ตรงกับความต้องการการดูแลแบบองค์รวม บรรเทาอาการของโรคลดความรุนแรงและลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ทั้งนี้การพยาบาลทางไกลเป็นการให้พยาบาลผ่านวิดีโอและเสียงจากสมาร์ตโฟน แท็บเล็ต หรืออุปกรณ์ดิจิทัล โดยการให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขอนามัยและการเจ็บป่วย¹⁴ ซึ่งในปัจจุบันมีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการนำการพยาบาลทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การดูแลโดยรวมดีขึ้น^{4,15,16} โดยมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน โรงพยาบาลนครปฐม จึงสนใจที่จะทำการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลต่อการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว¹¹ โดยใช้การพยาบาลทางไกล (tele-nursing) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นที่บ้านได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแล และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนวาระสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกล
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกล

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และมารับการตรวจรักษาที่คลินิกชิวารักษ์ โรงพยาบาลนครปฐม ในปีงบประมาณ 2567 ทั้งหมด จำนวน 27 ราย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกล ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการจัดการอาการรบกวน และระดับความรุนแรงของอาการรบกวน

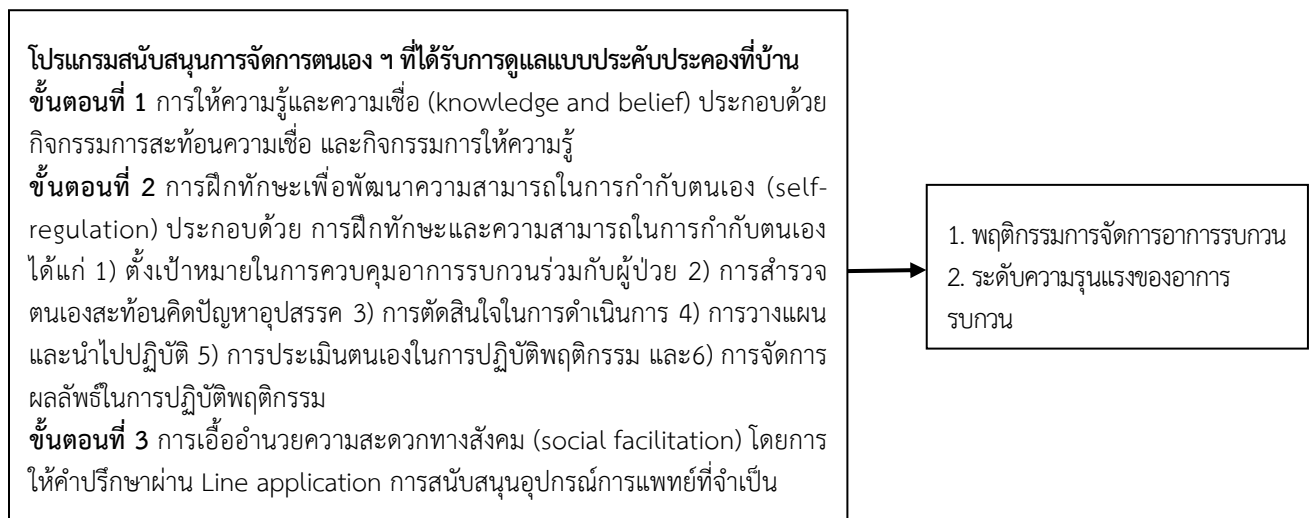
ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนสิงหาคม - กันยายน 2567 ณ คลินิกชิวารักษ์ โรงพยาบาลนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยการนำแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว¹¹ มาใช้สนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง สามารถจัดการตนเองกับอาการรบกวน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้และความเชื่อ ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะเพื่อพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเอง และขั้นตอนที่ 3 การเอื้ออำนวยความสะดวกทางสังคม ร่วมกับการนำแนวคิดการพยาบาลทางไกล โดยใช้กระบวนการพยาบาลการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองมาใช้ให้บริการทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 2) การให้คำแนะนำ 3) การตกลงบริการ 4) การช่วยเหลือและให้การพยาบาล และ 5) การติดตามผล¹⁰ ผ่านการใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือดิจิทัล¹⁴ ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one - group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และมารับการตรวจรักษาที่คลินิกชีวารักษ์ โรงพยาบาลนครปฐม ในปีงบประมาณ 2567 ทั้งหมด จำนวน 45 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และมารับการตรวจรักษาที่คลินิกชีวารักษ์ โรงพยาบาลนครปฐม ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 27 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง (effect size) เท่ากับ .50 ค่าความน่าจะเป็นของการเกิดความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ .05 และค่ากำลังการทดสอบ (power of test) .80 จำนวนขนาดตัวอย่างได้ 27 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง รหัส ICD10 ได้แก่ C00-C96 หรือ D37-D48

2. แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคร่วมเป็น (Z51.5) มีอาการรบกวนและได้รับการจัดการอาการรบกวนด้วยยา Strong Opioids 2)

3. มารับการตรวจรักษาที่คลินิกชีวารักษ์ โรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป

4. สามารถสื่อสารโดยใช้ Line Application ได้

5. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรม ๓ อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว¹¹ ร่วมกับการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้และการสร้างความเชื่อ ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะในการจัดการอาการรบกวน และขั้นตอนที่ 3 การเฝ้าอำนวยความสะดวกทางสังคม โดยการติดตามและให้คำปรึกษาผ่าน Line Application

2. แบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วย ลงบันทึกด้วยลายมือ ประกอบด้วย 1) การประเมินความสามารถการดูแลอาการรบกวนของผู้ป่วย 2) การตั้งเป้าหมายการดูแล 3) วางแผนการดูแล กิจกรรมที่ลงมือทำด้านการจัดการความปวด การจัดการอาการเหนื่อยหอบ/หายใจลำบาก การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน การจัดการอาการเบื่ออาหาร การจัดการอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง/ง่วงซึม การจัดการอาการท้องผูก และการจัดการอาการวิตกกังวล/ซึมเศร้า/ความไม่สบายกายและใจ 4) ประเมินผลลัพธ์ 5) ความมั่นใจในการแก้ไขจัดการอาการไม่มั่นใจ 6) ความต้องการพัฒนาทักษะและสิ่งสนับสนุนเพิ่มเติม

3. แผนการพยาบาลสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง สำหรับพยาบาลชุมชน โดยประยุกต์จากรูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมจัดการสุขภาพตนเอง¹⁰ ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 2) การให้คำแนะนำ 3) การตกลงบริการ 4) การช่วยเหลือและให้การพยาบาล และ 5) การติดตามผล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ระยะเวลาป่วยเป็นโรคมะเร็ง ชนิดยาบรรเทาอาการปวดที่ได้รับในปัจจุบัน ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2. แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากคู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)¹⁷ ประกอบด้วย 7 ด้าน จำนวน 32 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการจัดการความปวด จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการจัดการอาการเหนื่อยหอบ/หายใจลำบาก จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการจัดการอาการเบื่ออาหาร จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการจัดการอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง/่วงซึม จำนวน 4 ข้อ 6) ด้านการจัดการอาการท้องผูก จำนวน 4 ข้อ และ 7) ด้านการจัดการอาการวิตกกังวล/ซึมเศร้า/ความไม่สบายทั้งกายและใจ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย โดยใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ มีพฤติกรรมจัดการอาการรบกวน ๆ อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49) ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49)¹⁸

3. แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการรบกวน (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย¹⁹ ประกอบด้วย อาการปวด อาการเหนื่อยหอบ/หายใจลำบาก อาการคลื่นไส้/อาเจียน อาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง อาการเบื่ออาหาร อาการง่วงซึม/สับสน/ซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความไม่สบายทั้งกายและใจ และอาการท้องผูก โดยระดับการวัดแต่ละอาการ แบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง รู้สึกว่าอาการนั้น ๆ รุนแรงที่สุด โดยใช้เกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนน 0 ไม่มีอาการ คะแนน 1 – 3 ระดับอาการรบกวนน้อย คะแนน 4 – 7 ระดับอาการรบกวนปานกลาง คะแนน 8- 10 ระดับอาการรบกวนรุนแรง²⁰

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้น หาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ พยาบาลชุมชน จำนวน 2 คน และ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง .67 - 1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีคุณลักษณะตามที่กำหนด ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม NPH-REC No.023/2024 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการ

ดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ซึ่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิการเข้ารับบริการของผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ ผู้วิจัยขอการเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม โดยประสานหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจซีวาร์กซ์ เพื่อรับสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเข้าร่วมโครงการและนัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัดที่คลินิกซีวาร์กซ์ โรงพยาบาลนครปฐม เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายความเป็นมาของปัญหา ซึ่งแรงจูงใจประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ใช้เวลา 10 นาที

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านดำเนินการเป็นเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การให้ความรู้ และสร้างความเชื่อ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ณ คลินิกซีวาร์กซ์ โรงพยาบาลนครปฐม โดยใช้ระยะเวลา 120 นาที ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (ใช้เวลา 30 นาที) โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งอธิบายความเป็นมาของปัญหา ซึ่งแรงจูงใจประสงค์ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสร้างกลุ่ม Line application กับพยาบาลและผู้วิจัย เพื่อเป็นช่องทางการติดต่อสื่อสาร รวมทั้งประเมินพฤติกรรมจัดการอาการรบกวน และประเมินระดับความรุนแรงของอาการรบกวน (pre-test) โดยผู้วิจัยส่ง แบบประเมิน Google form ให้กับกลุ่มตัวอย่างทางไลน์

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความเชื่อ (ใช้เวลา 30 นาที) โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์แลกเปลี่ยนการจัดการตนเองและความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการอาการรบกวน เมื่อผู้ป่วยมีอาการรบกวนต่าง ๆ เช่น ปวด เหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องผูก วิดกกังวล ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น การใช้ยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการปวด หายใจลำบาก เหนื่อย และผู้วิจัยสรุปเป็นประเด็น

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ (ใช้เวลา 30 นาที) โดยผู้วิจัยให้ความรู้ผ่านสื่อคลิปวิดีโอ อินโฟกราฟฟิก เรื่องการจัดการอาการรบกวน ได้แก่ การจัดการความปวด การใช้ยามอร์ฟิน อาการเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ท้องผูก และความวิตกกังวล ซึมเศร้า การประเมินระดับความรุนแรงของอาการรบกวน และส่งคลิปวิดีโอในกลุ่มไลน์ วันเว้นวัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเปิดศึกษาย้อนหลังได้

กิจกรรมที่ 4 แนะนำการใช้แบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ดูแล (ใช้เวลา 30 นาที) ผ่าน Google form

ขั้นตอนที่ 2 สัปดาห์ที่ 2-7 การพัฒนาทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง (self-regulation skills and abilities) ผ่าน Line application โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การฝึกทักษะการจัดการอาการรบกวน (ใช้เวลา 30 นาที) เช่น การจัดการความปวด การประเมินความปวด การให้ยามอร์ฟิน และการไม่ใช้ยา เช่น เพลงผ่อนคลาย นวดสัมผัส จัดสิ่งแวดล้อม การทำนอนเมื่อเหนื่อย/หายใจลำบาก โดยดูจากสื่อคลิปวิดีโอที่ส่งให้ และผู้วิจัยสะท้อนกลับเรื่องความเข้าใจตามแต่ละหัวข้อ

กิจกรรมที่ 2 การฝึกความสามารถในการกำกับตนเอง (ใช้เวลา 30 นาที) โดยดำเนินกิจกรรมดังนี้

- 1) การตั้งเป้าหมาย โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด เหนื่อย ค่าระดับความรุนแรงของอาการรบกวนที่ผู้ป่วยยอมรับตนเองได้และสุขสบายที่สุด
- 2) การสำรวจตนเองและสะท้อนคิดปัญหาอุปสรรค ในการกำกับตนเอง ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วย สำรวจความสามารถของตนเอง ในการกำกับตนเองเพื่อจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ และสรุปเป็นแนวทางเพื่อนำไปปฏิบัติ
- 3) การตัดสินใจดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยร่วมกันตัดสินใจเลือกดำเนินการในการจัดการตนเองกับอาการรบกวนต่าง ๆ
- 4) การวางแผนและนำไปปฏิบัติ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามแผน และเป้าหมายที่ตกลงกันไว้ รวมทั้งลงบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ดูแล และส่งแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองผ่าน Line application
- 5) การประเมินตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมและอุปสรรคในการกำกับตนเอง ผู้วิจัยติดตามผลของการดำเนินการ รวมทั้งปรับแผนปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามและกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่าง ทุกสัปดาห์ (ใช้เวลา 30 นาที) เพื่อเสริมพลังการดูแล ให้กำลังใจ ทบทวนผลการบันทึกข้อมูล พฤติกรรมจัดการตนเอง และผลการประเมินการจัดการอาการรบกวน ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ติดตามความก้าวหน้า ผู้ป่วยมีอาการเท่าเดิม ดีขึ้น หรือแย่ลง มีความพึงพอใจ มั่นใจในการจัดการอาการรบกวนของตนเองหรือไม่
- 6) การทบทวนข้อมูลพฤติกรรมจัดการตนเอง (ใช้เวลา 15 นาที) โดยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกัน ทบทวนข้อมูลพฤติกรรมจัดการตนเองที่บันทึกประจำสัปดาห์ และติดตามการประเมินการจัดการอาการรบกวน ผู้วิจัยสรุปแนวทางการจัดการอาการรบกวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน พร้อมทั้งเสริมแรง กล่าวชมเชย เพื่อให้เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 สัปดาห์ที่ 8 การเอื้ออำนวยความสะดวกทางสังคม (social Facilitation) โดยมีกิจกรรมการให้คำปรึกษาผ่าน Line application โดยการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น หากกลุ่มตัวอย่างพบปัญหาในการจัดการอาการรบกวน หรือมีความวิตกกังวล สามารถขอคำปรึกษาผ่านการโทรศัพท์หรือใช้ LINE application ได้ตลอด 24 ชั่วโมง จนกว่าจะเกิดความมั่นใจ หากกลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ เช่น ที่นอนลม ไฟฟ้า เครื่องดูดเสมหะ สามารถรับการสนับสนุนจากธนาคารอุปกรณ์การแพทย์ โรงพยาบาลนครปฐม

หลังการทดลอง หลังได้รับการพยาบาลทางไกล ผู้วิจัยส่ง link แบบสอบถามพฤติกรรม การจัดการอาการรบกวน และแบบสอบถามระดับความรุนแรงของอาการรบกวน (post-test) ที่สร้างด้วย Google form ให้กับกลุ่มตัวอย่างทำการประเมินทาง LINE application ใช้เวลา 5 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง คะแนนพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ โดยใช้สถิติ paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ของความแตกต่างของข้อมูลระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov Test พบว่าเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.26 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 62.96 สถานภาพคู่ ร้อยละ 48.15 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.56 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานะเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 85.19 มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นมะเร็งไม่เกิน 1 ปี ร้อยละ 62.96 และได้รับยามอร์ฟินชนิดเม็ดและน้ำเชื่อม ร้อยละ 59.26 และมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรม (PPS) อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ร้อยละ 74.07

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.26 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 37.04 สถานภาพคู่ ร้อยละ 77.78 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรี ร้อยละ 40.74 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.56 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย $\geq 20,000$ บาทต่อเดือน ร้อยละ 48.15 สถานะเป็นบุตรของผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 44.44 และดูแลผู้ป่วยระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี ร้อยละ 62.96

2. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ ในภาพรวม ผู้ดูแลมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.42, SD = 0.66$) เมื่อนำมาพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนอยู่ในระดับน้อย คือ การจัดการอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง/่วงซึม ($\bar{X} = 2.33, SD = 1.17$) หลังได้รับโปรแกรม ฯ ในภาพรวม ผู้ดูแลมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.33, SD = 0.30$) เมื่อนำมาพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การจัดการอาการปวด ($\bar{X} = 4.66, SD = 0.47$) และการจัดการวิตกกังวล/ซึมเศร้า และความไม่สบายกายและใจ ($\bar{X} = 4.51, SD = 0.50$) โดยทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำแนกรายด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ (n = 27)

พฤติกรรมจัดการอาการรบกวน	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
1.การจัดการอาการปวด	3.84	1.14	มาก	4.66	0.47	มากที่สุด
2.การจัดการอาการเหนื่อยหอบ /หายใจลำบาก	3.35	0.98	ปานกลาง	4.38	0.37	มาก
3.การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน	3.47	0.77	ปานกลาง	4.33	0.55	มาก
4.การจัดการอาการเบื่ออาหาร	3.50	0.94	มาก	4.40	0.50	มาก
5.การจัดการอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง/่วงซึม	2.33	1.17	น้อย	3.81	0.81	มาก
6.การจัดการอาการท้องผูก	3.66	0.94	มาก	4.11	0.71	มาก
7.การจัดการวิตกกังวล/ซึมเศร้าและความไม่สบายกายและใจ	3.66	1.02	มาก	4.51	0.50	มากที่สุด
ภาพรวม	3.42	0.66	ปานกลาง	4.33	0.30	มาก

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการรบกวนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ (n = 27)

พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการรบกวน	\bar{X}	SD	t-test	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ	3.42	0.66	7.38	26	.000*
หลังได้รับโปรแกรม ฯ	4.33	0.30			

*p < .05

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 4.27, SD = 1.64) หลังได้รับโปรแกรม ฯ ระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับน้อย (\bar{X} = 2.17, SD = 1.10) โดยทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ (n=27)

ระดับความรุนแรงของอาการรบกวน	\bar{X}	SD	t-test	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ	4.27	1.64	-9.04	6	.000*
หลังได้รับโปรแกรม ฯ	2.17	1.10			

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ ในภาพรวม มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.42, SD = 0.66) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง/ง่วงซึม อยู่ในระดับน้อย คือ (\bar{X} = 2.33, SD = 1.17) และหลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.33, SD = 0.30) โดยมีพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการปวด และการจัดการวิตกกังวล/ซึมเศร้า และความไม่สบายกายและใจ อยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.66 และ 4.51 ตามลำดับ

ผลการศึกษานี้เป็นเช่นนี้เนื่องจากก่อนได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างไม่รู้ว่าอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง/ง่วงซึมเป็นอาการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นผลจากปัญหาการนอนไม่หลับและอาการอื่น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวด เหนื่อยหอบ¹⁷ รวมถึงอาการทางด้านจิตใจทำให้ไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนในช่วงกลางคืนได้เต็มที่ส่งผลให้เกิดอ่อนเพลีย อาการง่วงซึมและนอนหลับ ในเวลากลางวัน ซึ่งจากการประเมินความรู้ ความเชื่อผู้ดูแลเข้าใจเป็นการพักผ่อนของผู้ป่วยจึงปฏิบัติในด้านนี้น้อย ซึ่งหลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการปวด อยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.66 ซึ่งอธิบายได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ดูแลตามแนวคิดการจัดการตนเองของคุณคนและครอบครัว¹¹ ครอบคลุมการจัดการอาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนี้

1) ด้านความรู้และความเชื่อ โดยกลุ่มตัวอย่างบอกเล่าความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟิน โดยเฉพาะชนิดน้ำว่าเป็นยาเสพติด หากใช้บ่อย ๆ จะทำให้ติดยา จึงทนปวดจนกว่าจะรู้สึกทนไม่ไหวจึงใช้ยามอร์ฟินน้ำเพื่อบรรเทาอาการปวด

โดยผู้วิจัยสะท้อนความเชื่อให้ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดของผู้ป่วย ซึ่งเป็นอาการที่สามารถจัดการได้ดีด้วยวิธีการใช้ยา¹⁷ นอกจากนี้ยังฝึกทักษะการประเมินระดับความรุนแรงของอาการรบกวน (ESAS) โดยบันทึกพฤติกรรม การจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลในแบบบันทึก และประเมินผลหลังการจัดการอาการรบกวน 2) ด้านการฝึกทักษะ เพื่อพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแล ควรมีการประเมินความปวดระดับ ที่ผู้ป่วยยอมรับได้และรู้สึกสบาย ซึ่งผู้ดูแลวางแผนและปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน ปฏิบัติตามวิธีการจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น ให้ผู้ป่วยรับประทานยาออร์พินควบคุมอาการปวดตรงตามเวลาตาม แผนการรักษาของแพทย์ ไม่รออนอาการปวดรุนแรง ขณะมีอาการปวดกำเริบ ผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาออร์พิน ชนิดน้ำตามแผนการรักษาลงบันทึกวันเวลา ประเมินอาการปวดซ้ำหลังได้รับยา 30 นาที ตลอดจนวิธีไม่ใช้ยา การ จัดทำนอน สิ่งแวดล้อม นวดสัมผัส และเปิดเพลงผ่อนคลาย เป็นต้น ส่งผลให้ระดับความปวดของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ดูแล มีความมั่นใจในการดูแล และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน ส่งผลเกิดความภาคภูมิใจและปฏิบัติต่อเนื่องเป็น ประจำ 3) ด้านการช่วยเหลือทางสังคม ผู้วิจัยประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชน โดยส่งข้อมูลการรักษาผู้ป่วยผ่านระบบ Thai COC ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนในพื้นที่ที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตาม เยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนในพื้นที่ ในกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่บ้าน ผู้วิจัยจะอำนวยความสะดวกประสานยืมอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน ที่นอน ลม เป็นต้น จากธนาคารอุปกรณ์การแพทย์โรงพยาบาลนครปฐม ให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน เพื่อลดความวิตกกังวลเรื่อง ค่าใช้จ่ายครอบครัวที่เพิ่มขึ้น เป็นกำลังใจและเสริมแรง เพื่อให้การแก้ปัญหา หรือความคาดหวังเป็นไปตามเป้าหมายที่ กำหนดไว้ บรรเทาอาการของโรคไม่ให้อาการรุนแรงส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง²¹

สำหรับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการความวิตกกังวล/ซึมเศร้า และความไม่สบายทั้งกายและใจ อยู่ใน ระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.51 โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัว เป็นบุตรของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีความรู้สึกเป็นทุกข์ร่วมกับ กับผู้ป่วย ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดในครอบครัวทำให้รับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดี¹⁸ เมื่อผู้ป่วยมีอาการรบกวน ผู้ดูแล สามารถให้การดูแลเบื้องต้นได้ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ด้วยความอ่อนโยน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ ไว้วางใจ และสามารถระบายความรู้สึก เรื่องที่วิตกกังวล เล่าสู่กันฟังได้ รวมทั้งการพูดคุยกันกับสมาชิกในครอบครัว เช่น การชวนคุยในสิ่งที่ผู้ป่วยภูมิใจ หรือการมีกิจกรรมร่วมกัน เช่น ทำบุญใส่บาตร รวมถึงช่วยจัดการสิ่งที่ผู้ป่วยค้างคาใจ ทำให้ผู้ป่วยคลายวิตกกังวล ส่งผลต่ออาการของผู้ป่วย จากการปฏิบัติเช่นนี้สามารถบรรเทาความรุนแรงของอาการทาง กายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ยังเป็นการลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะมี ความวิตกกังวลและ ภาวะซึมเศร้าด้วย²² เช่นเดียวกับการศึกษาผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองสูงเมื่อได้รับรูปแบบการส่งเสริมครอบครัวในการดูแล²³

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการรบกวน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม ฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้วิจัยนำแนวคิดการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) โดยใช้กระบวนการ พยาบาลการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองมาให้บริการทางการพยาบาลตามโปรแกรม ฯ โดยมีการประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ให้ความรู้ โดยใช้แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล แบบประคับประคอง¹⁰ ส่งข้อมูลผ่าน Line application จัดทำเนื้อหาเป็นสื่อวีดิโอ อินโฟกราฟฟิก ให้มีความน่าสนใจ กระชับ จดจำและเข้าใจง่าย²⁴ สามารถดูซ้ำได้ตลอดเวลา มีการนัดหมายติดตามอาการทุกสัปดาห์ และให้ผู้ดูแล

ส่งแผนการจัดการตนเองที่บันทึกผ่านทาง Line application เพื่อทบทวน แก้ไขปัญหา ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้วิจัย โดยในช่วงก่อนนัดหมาย ผู้ดูแลสามารถติดต่อได้ตลอดเวลาเมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรค โดยผู้วิจัย VDO call กับผู้ดูแล พร้อมทั้งให้คำแนะนำแบบ real time สามารถทำให้ผู้ดูแลแก้ปัญหาได้ และเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้อาการรบกวนของผู้ป่วยลดลง และบรรลุตามเป้าหมายร่วม สอดคล้องกับการศึกษาระบบการดูแลโดยใช้การพยาบาลทางไกลส่งผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความวิตกกังวล ลดค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษา และระยะเวลาของกระบวนการบริการ¹³ เช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ซึ่งเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง²⁵ เพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified death)¹⁰

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สามารถนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลต่อการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน บูรณาการกับหลักการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและผู้ดูแลในชุมชนเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ เบื้องต้น ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยระยะท้าย
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถนำรูปแบบของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลต่อการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ไปขยายผล และประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองในโรคอื่น ๆ เช่น โรคไตระยะสุดท้าย neurological disease เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลต่อการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน
2. ควรทำการศึกษาถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในระยะยาวเช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล การลดต้นทุนบริการ เป็นต้น
3. ควรทำการศึกษาเรื่องใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้การพยาบาลทางไกลต่อการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านโดยปรับรูปแบบการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้ทันสมัย และมีความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพการจัดการตนเอง (M. Health Application) ด้านอาการรบกวนต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative Care [Online]. 2024 [cited 2024 March 15]. Available from: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing-amidst-mounting-need-for-services>
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory [Online]. 2024 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>. accessed

3. สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: สื่อตะวัน; 2559.
4. ทศนีย์ บุญอริยเทพ, ธกัคนันท์ อินทรารุช. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล. วารสารโรงพยาบาลแพร์ 2566;31(1):99-113.
5. กิตติกร นิลมานันต์, กัลยา แซ่ชิต. ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารสภาการพยาบาล 2561;33(3):51-66.
6. เบญจมาศ ปรีชาคุณ, น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์, ศิริกร ก้องวัฒนะกุล, แสงระวี แทนทอง, พรพิมล เลิศพานิช, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2562;1(1):50-66.
7. Grim RD, McElwain D, Hartmann R, HudakM. Evaluating causes for unplanned hospital readmission of palliative care patients. Am J Hosp Palliat Care 2010;27(8):526-31.
8. อนันต์ พวงคำ, ดวงสุดา สุวรรณศรี, ธนพร แยมศรี, มนธิดา แสงเรืองเอก, รุ่งอรุณ โทวันนัง. ผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2563;35(2):303-16.
9. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Home-Based Palliative Care: Making it Happen. ใน: ลักษมี ชาญเวชช์, ดุสิต สถาวร. (บรรณาธิการ). The dawn of palliative care in Thailand. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2556. หน้า 67-76.
10. กองการพยาบาล. รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแล. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสัย; 2564.
11. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. Nurs outlook 2009;57(4):217-25.
12. ชดช้อย วัฒนะ. การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริม การควบคุมโรค. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2558;26(Suppl1):117-27.
13. กองการพยาบาล. แนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลทางไกลในผู้สูงอายุที่บ้านด้วยการจัดการสุขภาพตนเอง. นนทบุรี: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
14. นันทิยา แก้ววงษา. ผลของโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความทุกข์สบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรับการรักษาแบบประคับประคอง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
15. พิมพ์ใจ เหลืองอ่อน, กัลยาณี นาคฤทธิ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ Tele-nursing โรงพยาบาลระนอง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2566;6(2):e256471.
16. Karakuş Z, Ozer Z. The effect of a fatigue self-management program based on individual and family self-management theory in cancer patients: A single-blind randomized controlled trial. Eur J Oncol Nurs 2024;69:102483.
17. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2563.
18. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.

19. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). J Pain Symptom Manage 2011;42(6):954-60. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020
20. กมนต์ภรณ์ สุวรรณทวิมีสุข, กิติพล นาควิโรจน์, ธัญญรัตน์ โนนทัยสินทวี. ผลลัพธ์ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกลควบคู่กับการดูแลปกติเปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2566;6(2):133-43.
21. จันจิรา วิทยาบำรุง, ปัทมา สุริต. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563;43(4):36-47.
22. พรพิมล เลิศพานิช, ภัทรานิษฐ์ เมธีพิสิษฐ์, วชิรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ, ศุภรัตน์ แป้นโพธิ์กลาง, อภาพร นามวงศ์พรหม. ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการที่พบบ่อยทางคลินิกกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564;41(3):1-12.
23. รสสุคนธ์ เจริญสัตย์สิริ, ลัดดา สฤชดีไพศาล, พรฤดี นิธิรัตน์. รูปแบบการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระปกเกล้า. ว. ห้วหินสุขใจไกลกังวล [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2567]; 5. เข้าถึงได้จาก:
<https://he02.tcithaijo.org/index.php/tnaph/article/download/260651/178138/9975604>
24. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. New Jersey: Prentice Hall; 1986.
25. แพงพรรณ ศรีบุญลือ, ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ, ณิชชญา บัวละคร, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. ผลลัพธ์การการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. ศรีนครินทร์เวชสาร 2565;37(1):76-81.