

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล

The effectiveness of program for promoting caring

behaviors among caregivers of cancer patients receiving chemotherapy

ปรารธนา กันทอน* เกษร สำเภาทอง**

Pradtana Kantorn* Kaysorn Sumpowthong**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวทางการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการในหน่วยให้ยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง 42 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 21 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 21 ราย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลที่พัฒนาขึ้น กลุ่มเปรียบเทียบได้รับคำแนะนำตามปกติ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรม ที่ 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ มากกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) เมื่อควบคุมปัจจัยคะแนนพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้วย อายุ เพศ และการศึกษา พบว่าที่ 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 15.67 คะแนน (95% CI 13.29-18.05, $p < 0.001$) ที่ 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 15.06 คะแนน (95% CI 12.98-17.14, $p < 0.001$) เมื่อวิเคราะห์โดยรวมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 15.37 คะแนน (95% CI 13.53-17.20, $p < 0.001$) จากผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล ที่ประยุกต์มาจากแนวทางการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นหน่วยให้ยาเคมีบำบัดควรนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งไปปรับใช้ โดยเฉพาะในการมารับยาเคมีบำบัดครั้งแรกของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง/ การสนับสนุนทางสังคม/ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด/ ผู้ป่วยมะเร็ง

วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

* corresponding author นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ email: Pradkan5@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับบทความ: 1 สิงหาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ: 27 กันยายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ: 24 ธันวาคม 2564

Abstract

This quasi-experimental research aims to study the effectiveness of the program for promoting caring behaviors among the caregivers of the cancer patients who are receiving chemotherapy. The developed program was based on the Perceived Self-Efficacy and the Social Support theories. Forty-two caregivers of cancer patients in the Chemotherapy unit, were selected as the research samples. The samples were divided into 2 groups; an experimental group and a control group with 21 caregivers in each. The quantitative data were collected with a set of questionnaires before and after the experiment. The results revealed that the experimental group significantly had the higher behavioral score after the treatment of the program at 2 weeks and 4 weeks ($p < 0.001$). Prior to the experiment, the experimental group had a higher mean of behavioral score than the control group at 15.67 points (95% CI 13.29-18.05, $p < 0.001$). After the four-week program, the experimental group had a higher mean of behavioral score than the control group at 15.06 points (95% CI 12.98 - 17.14, $p < 0.001$). Comprehensively, the experimental group had a higher behavioral score than the control group at 15.37 points (95% CI 13.53-17.20, $p < 0.001$). According to the above findings, the program for promoting caring behaviors among caregivers, based on the Perceived Self-Efficacy and Social Support theories, had effectively promoted better care behaviors for the caregivers of the cancer patients who are receiving chemotherapy. Consequently, the program should be promoted among the caregivers of the cancer patients who are receiving chemotherapy, especially for those who are receiving chemotherapy for the first time.

Keywords: Self-efficacy/ Social support/ Caregivers/ Cancer patient

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันของโลก รายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2018 พบว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 18.1 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 9.6 ล้านคน (International Agency for Research on Cancer, 2018) สำหรับประเทศไทย พบว่าในปี ค.ศ. 2018 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 37.71 เมื่อเปรียบเทียบกับปี ค.ศ. 2012 (International Agency for Research on Cancer, 2019) รายงานสถิติสาธารณสุขของประเทศไทย พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับหนึ่งและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่าในปี ค.ศ. 2018 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 2015 ถึงร้อยละ 54.45 (International Agency for Research on Cancer, 2019) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจะได้รับการรักษา ด้วยวิธีการผ่าตัด ฉายแสงและยาเคมีบำบัด ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาให้หายจากโรค ยืดอายุของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วย (Albrecht, Moreno, Jelenc, Gorgojo & Harris, 2015) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาหลักที่แพทย์เลือกใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง สามารถทำให้โรคสงบลงได้ แพทย์ทำการรักษาโดยนัดให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับยาเคมีบำบัด หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดครบแล้วจะให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน ส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาตั้งแต่ 6 เดือน จนถึง 2 ปี ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย มีแผลในปาก ติดเชื้อง่าย จากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำและผมร่วง (Cancer care, 2018) นอนไม่หลับ (เฉลิมศรี แนวจำปา, จงจิต เสนหา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒินิช, และนพดล โสภารัตนาไพศาล, 2557) ต้องการการดูแลมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ดูแลผู้ป่วยกรณีมีทวารเทียม ดูแลการใช้ออกซิเจนที่บ้าน การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด และให้การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย (วารุณี มีเจริญ, 2557) ทำให้ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและยาวนานทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแล (Lee et al., 2018) และการสนับสนุนทางสังคม (ชวิศา รัตนกมลกานต์, ศรีมณฑา นิยมคำ, และอุษณีย์ จินตะเวช, 2564) ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องการดูแลผู้ป่วยสูง และได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้การรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยลดลง มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยได้ (ดวงพร ชาศรี, 2561) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสม

ปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่หลากหลาย รวมทั้งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีการพัฒนาประสิทธิภาพของยา สามารถลดระยะเวลาบริหารยาให้กับผู้ป่วย ทำให้มีแนวทางการให้ยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โดยที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่การที่ผู้ป่วยไม่ได้นอนโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสสังเกตการดูแลและเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรด้านสุขภาพ หน่วยให้ยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ มีการให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในเรื่องอาการข้างเคียงที่อาจเกิดหลังได้ยาเคมีบำบัด โดยการสอนเป็นกลุ่มและให้คู่มือที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแบบภาพรวม ซึ่งการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบการให้คำแนะนำทั่วไป ไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น (Havyer, Ryn, Wilson, & Griffin, 2017) และพบว่าการได้รับข้อมูลแบบทั่วไป ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลในระดับปานกลาง ซึ่งยังไม่เพียงพอในการนำมาปฏิบัติ (พิจิตรา เล็กดำรงกุล, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1987) มาจัดทำเป็นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์เป็นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเอง 4 วิธีของแบนดูรา

(Bandura, 1997) ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง การสังเกตจากประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่เป็นต้นแบบ การได้รับคำพูดชักจูงให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางอารมณ์ ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม 4 ชนิดของเฮาส์ (House, 1987) ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลและการสนับสนุนทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีแนวโน้มในการตัดสินใจทำพฤติกรรมที่คาดหวังมากขึ้น ลดความเครียดของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาเคมีบำบัดลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล

ครั้งที่ 1 วันแรก 1. กิจกรรมเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแล ให้ความรู้ผ่านสื่อพร้อมกับคู่มือการดูแล ใช้เวลา 20 นาที ดูวิดีโอแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (10 นาที) แลกเปลี่ยนประสบการณ์และการปฏิบัติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล (10 นาที) และการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (15 นาที)

2. กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลหน่วยให้ยาเคมีบำบัด การพูดคุย ให้กำลังใจ แสดงความมั่นใจว่าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ช่วยในการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล บอกให้ทราบถึงผลดีของการดูแลผู้ป่วย (10 นาที)

3. กิจกรรมทบทวนก่อนกลับบ้าน ทบทวนวิธีการดูแลที่ต้องเฝ้าระวังเฉพาะสูตรยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยเฉพาะราย ให้คู่มือการดูแลผู้ป่วย พร้อมเบอร์โทรศัพท์และ LINE ID เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถโทรกลับมาปรึกษาเมื่อมีปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วย (15 นาที)

ครั้งที่ 2 หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ กิจกรรมติดตามหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน โทรติดตามเพื่อทบทวนวิธีการดูแลที่ต้องเฝ้าระวังเฉพาะสูตรยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยเฉพาะราย ถามปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วย (15 นาที)

ครั้งที่ 3 หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน 2 สัปดาห์ กิจกรรมติดตามหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน โทรติดตามเพื่อทบทวนวิธีการดูแลที่ต้องเฝ้าระวังเฉพาะสูตรยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยเฉพาะราย ถามปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วย (15 นาที)

พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อน-หลังการวิจัย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มาใช้บริการในหน่วยให้ยาเคมีบำบัด มีการวัดก่อนและหลังการวิจัย 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์เพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมของผู้ดูแล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ของศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย เช่น บุตร บิดา มารดา หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วย เช่น ภรรยาหรือสามี เป็นผู้ดูแลหลักตลอดจนเป็นผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 เดือน โดยไม่รับค่าตอบแทน มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและยินดีเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 42 คน ที่มีคุณสมบัติผ่านตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มอย่างง่ายเพื่อกำหนดวันคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะเวลาในการทำวิจัยอยู่ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร สองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2558) ความแปรปรวนร่วมมาจากวิจัยของอรุณรัตน์ กาณจนะ (2549) เท่ากับ 0.08 นำมาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรคำนวณ

$$n / \text{group} = \frac{2(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{(u_1 - u_2)^2}$$

เมื่อ	n	คือ ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณในแต่ละกลุ่ม
	$Z_{\alpha/2}$	คือ สถิติ Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96
	Z_{β}	คือ อำนาจการทดสอบที่กำหนด ที่ 90% เท่ากับ 1.28
	σ^2	คือ ค่าความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจะเป็นค่าความแปรปรวนร่วม
	$(\mu_1 - \mu_2)$	คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 17 คน ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญเสียจากการติดตาม ร้อยละ 10 โดยไม่ตัดผู้ป่วยที่สูญเสียจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ โดยยึดหลักการตั้งใจรักษา (principle of intension to treat) (อรุณ จิรวรรณกุล, 2558) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน เป็นกลุ่มทดลอง 21 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล ที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1987) ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โปรแกรมมีระยะเวลาในการดำเนินการ 6 สัปดาห์ มีขั้นตอน ดังนี้

วันแรกของการวิจัย ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มเปรียบเทียบได้รับคำแนะนำตามปกติ สำหรับกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดประกอบด้วย 1) กิจกรรมเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลเป็นการให้ความรู้ผ่านสื่อพร้อมกับคู่มือการดูแล การดูวิดีโอแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการปฏิบัติในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเช่น การป้องกันการติดเชื้อจากการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและอาหารตั้งแต่การเลือกซื้อวัตถุดิบ การทำอาหารและการเก็บอาหาร 2) กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลหน่วยให้ยาเคมีบำบัด การพูดคุย ให้กำลังใจ แสดงความมั่นใจว่าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ช่วยเหลือในการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล บอกให้ทราบถึงผลดีของการดูแลผู้ป่วย การทบทวนก่อนกลับบ้าน ทบทวนวิธีการดูแลที่ต้องเฝ้าระวังเฉพาะสูตรยาเคมีบำบัดของผู้ป่วย

เฉพาะราย ให้คู่มือการดูแลผู้ป่วย พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ และ LINE ID เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถโทรกลับมาปรึกษาเมื่อมีปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลารวมประมาณ 1 ชั่วโมง 20 นาที

สัปดาห์ที่ 1 หลังผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง โทรติดตามเพื่อทบทวนวิธีการดูแลที่ต้องเฝ้าระวังเฉพาะสูตรยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยเฉพาะราย ถามปัญหาในการดูแลให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 2 หลังผู้ป่วยกลับบ้าน 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง โทรติดตามเพื่อทบทวนวิธีการดูแลที่ต้องเฝ้าระวังเฉพาะสูตรยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยเฉพาะราย ถามปัญหาในการดูแลให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 4 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 6 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1.2 แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ดูแล มีเนื้อหา

1) การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด วัตถุประสงค์ของการให้ยาเคมีบำบัด 2) บทบาทและความสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 3) อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาเคมีบำบัด การป้องกันและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาเคมีบำบัด 4) การฝึกทักษะจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองที่บ้าน เช่น การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การดูแลด้านอาหารตั้งแต่การเลือกซื้อวัตถุดิบ การทำอาหารและการเก็บอาหาร

1.3 สื่อประกอบการสอนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ดูแล นำเสนอเนื้อหาโดยรูปแบบภาพนิ่ง (Power point presentation) เนื้อหาจากแผนการสอนและใช้สื่อวิดีโอการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ในหัวข้อการดูแลผู้ป่วย “มะเร็งลำไส้ส่วนปลาย” หายได้จากคนใกล้ตัว : พบหมอ รามาช่วง Rama Health Talk 7 มิถุนายน 2561 จากช่อง RAMA CHANNEL (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2561) ที่นำเสนอบทสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน เพื่อให้เป็นตัวอย่างในการดูแลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

1.4 คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นคู่มือที่สอดคล้องกับเนื้อหาการสอนที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำไปทบทวนวิธีการปฏิบัติได้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ส่วนที่คัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในความดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ โรคของผู้ป่วยในความดูแล สิทธิการรักษาของผู้ป่วยในความดูแล วัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1 ทุกข้อ

2.2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม ในเรื่องการมีพฤติกรรมตามบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อยู่ที่บ้าน(The American Cancer Society, 2019) ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ดูแลในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และบทบาทการเป็นส่วนหนึ่งของทีมแพทย์ วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1 ทุกข้อ ยกเว้น พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ข้อ 20 ที่ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67 ได้ปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำแล้ว ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 ซึ่งค่าที่ยอมรับ คือ 0.7

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยมีการเคารพในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง ในการเข้าร่วมหรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและมีการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งงานวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการ 077/2563 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่รับรอง SWUEC/E-207/2563 ในระหว่างการวิจัยเป็นช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผู้วิจัยได้จัดสถานที่ในการเข้าโปรแกรมในห้องปิดที่แยกกับบุคคลอื่น ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างใส่หน้ากากอนามัยตลอดระยะเวลาการเข้าโปรแกรม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัย จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และจัดทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ตามจำนวนที่กำหนด
3. ผู้วิจัยเข้าไปชี้แจงข้อมูลการวิจัย ขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบรับทราบข้อมูลและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรม โดยเก็บข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของผู้ดูแลก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วันแรกทำกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแลกลุ่มทดลองตามรายละเอียดโปรแกรม สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบให้คำแนะนำตามปกติ

สัปดาห์ที่ 1 หลังกลับบ้าน ในกลุ่มทดลองโทรสอบถามปัญหา ทบทวนความรู้ ให้คำปรึกษา ผู้ดูแลที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2 หลังกลับบ้าน ในกลุ่มทดลองโทรสอบถามปัญหา ทบทวนความรู้ ให้คำปรึกษา ผู้ดูแลที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม 2 สัปดาห์ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 6 เพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมระยะหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม 4 สัปดาห์ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุของผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test เปรียบเทียบค่าสัดส่วนของโรคของผู้ป่วยในความดูแล วัตถุประสงค์ของการได้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วย เพศของผู้ดูแล โรคประจำตัวของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแลจากค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินพฤติกรรมทั้ง 3 ครั้ง ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติวิเคราะห์ Friedman Test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ทั้ง 3 ครั้ง โดยค่า Mean $\pm$ SD ใช้สถิติ pair t-test ค่า mean difference, 95% CI, p-value ใช้ linear regression (adjusted คะแนนพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม, อายุ, เพศ และการศึกษา) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมภาพรวมของผู้ดูแลทั้ง 3 ครั้ง ใช้ สถิติ Generalized Estimating Equation: GEE

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งในความดูแลของผู้ดูแล โรคของผู้ป่วยในความดูแลสามอันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งรังไข่ วัตถุประสงค์ของการรักษา ส่วนใหญ่เพื่อประคับประคองอาการ รอลงมาเพื่อรักษาเสริมหลังผ่าตัด เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งในความดูแลของผู้ดูแล กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	รวม (n=42)	กลุ่มทดลอง (n=21)	กลุ่ม เปรียบเทียบ (n=21)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
โรคของผู้ป่วยในความดูแล				.191 ^a
- มะเร็งปอด	12 (28.57)	9 (42.85)	3 (14.28)	
- มะเร็งเต้านม	7 (16.67)	3 (14.28)	4 (19.04)	
- มะเร็งลำไส้	9 (21.43)	3 (14.28)	6 (28.57)	
- มะเร็งตับ	2 (4.76)	2 (9.52)	0	
- มะเร็งเม็ดเลือด	0 (0)	0 (0)	0	
- มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	4(9.52)	1 (4.76)	3 (14.28)	
- มะเร็งรังไข่	8(19.05)	3 (14.28)	5 (23.80)	
วัตถุประสงค์ของการรักษา				.103 ^a
- เพื่อรักษาให้หายขาดจากโรค	1 (2.38)	0 (0)	1 (4.76)	
- เพื่อรักษาเสริมหลังการผ่าตัด	17 (40.47)	6 (28.57)	11 (52.38)	
- เพื่อรักษาเสริมก่อนการผ่าตัด	2 (4.76)	2 (9.52)	0 (0)	
- เพื่อประคับประคองอาการ	22 (52.38)	13 (61.90)	9 (42.85)	

หมายเหตุ ^a = Fisher's exact test

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 45.50 ± 12.79 ปี ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาวของผู้ป่วย ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา รองลงมาเป็นระดับปริญญาตรี เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test, Fisher's exact test พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ตัวแปร	รวม (n=42)	กลุ่มทดลอง (n=21)	กลุ่ม เปรียบเทียบ (n=21)	p-value
อายุ (mean $\pm$ SD)	45.50 $\pm$ 12.79	46.91 $\pm$ 11.05	44.09 $\pm$ 14.47	0.484 ^a
เพศ (จำนวน/ร้อยละ)				1 ^b
ชาย	7 (16.67)	3 (14.28)	4 (19.04)	
หญิง	35 (83.33)	18(85.71)	17 (80.95)	

ตัวแปร	รวม (n=42)	กลุ่มทดลอง (n=21)	กลุ่ม เปรียบเทียบ (n=21)	p-value
ระดับการศึกษาสูงสุด (จำนวน/ร้อยละ)				0.49 ^b
ไม่เคยเรียน				
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	0	0	0	
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	12 (28.57)	9 (42.85)	3 (14.28)	
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	6 (14.28)	2 (9.52)	4 (19.04)	
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า				
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	7 (16.67)	3 (14.28)	4 (19.04)	
ปริญญาโทหรือสูงกว่า				
	3 (7.14)	1 (4.76)	2 (9.52)	
	10 (23.80)	4 (19.04)	6 (28.57)	
	4 (9.52)	2 (9.52)	2 (9.52)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีฐานะเป็น (จำนวน/ร้อยละ)				0.603 ^b
บิดา				
มารดา	0	0	0	
สามี	1 (2.38)	1 (4.76)	0	
ภรรยา	3 (7.14)	1 (4.76)	2 (9.52)	
บุตรชาย	10 (23.80)	7 (33.33)	3 (14.28)	
บุตรสาว	2 (4.76)	1 (4.76)	1 (4.76)	
พี่	20 (47.61)	10 (47.61)	10 (47.61)	
น้อง	1 (2.38)	0	1 (4.76)	
หลาน	2 (4.76)	0	2 (9.52)	
	3 (7.14)	1 (4.76)	2 (9.52)	

หมายเหตุ ^a = Independent t-test, ^b Fisher's exact test

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ หลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ดูแลแตกต่างกัน ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ หลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง (n=21)	Mean	SD	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	58.86	2.22	<0.001 ¹
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์	74.52	4.19	
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์	74.10	3.59	

หมายเหตุ ¹ = Friedman test

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน ที่เวลา 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อควบคุมปัจจัยคะแนนพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อายุ เพศ และการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 15.67 คะแนน (95% CI 13.29-18.05, p<0.001) และ 15.06 คะแนน (95%CI 12.98-17.14, p<0.001) เมื่อวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมโดยรวมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 15.37 คะแนน (95%CI 13.53-17.20, p<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

พฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา เคมีบำบัดของผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง (n=21) (Mean±SD)	กลุ่ม เปรียบเทียบ (n=21) (Mean±SD)	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	58.86±2.22*	58.81±0.75*	-	-	-
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์	74.52±4.19*	58.95±3.29*	15.67**	13.29-18.05**	<0.001**
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์	74.10±3.59*	59.24±2.83*	15.06**	12.98-17.14**	<0.001**
คะแนนพฤติกรรม โดยรวม (overall)	-	-	15.37***	13.53-17.20***	<0.001***

หมายเหตุ *ค่า Mean ± SD ในแต่ละกลุ่มวิเคราะห์โดยใช้ pair t-test **ค่า mean difference, 95% CI, p-value วิเคราะห์โดยใช้ linear regression (adjusted คะแนนพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อายุ เพศ และการศึกษา) ***ค่า mean difference, 95% CI, p-value วิเคราะห์โดยใช้ GEE

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม 2 สัปดาห์ พบว่า พฤติกรรมของผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสอดคล้องกับการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 4 วิธีตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) และการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านของเฮาส์ (House, 1987) ดังนี้ 1. กิจกรรมเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแล ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล การให้ความรู้เรื่องอาการไม่พึงประสงค์และการจัดการอาการที่เกิดจากยาเคมีบำบัด การฝึกปฏิบัติวิธีการดูแลผู้ป่วย จนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เกิดการรับรู้ว่าคุณสามารถปฏิบัติได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีการฝึกปฏิบัติการดูแลเฉพาะรายของผู้ป่วย พบว่า หลังจากผู้ดูแลได้รับการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Hendrix, Landerman, & Abernethy, 2013) 2) การสังเกตจากประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่เป็นต้นแบบ ด้วยการดูวิดีโอแนะนำเรื่องของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งซึ่งให้สัมภาษณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเป็นบุคคลจริงเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ ที่เป็นตัวอย่างการปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้เหมือนต้นแบบ 3) การได้รับคำพูดชักจูงให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยผู้วิจัยมีการพูดชักจูงใจขณะที่ดูวิดีโอแนะนำต้นแบบว่าพยาบาลมีความเชื่อมั่นในความตั้งใจและใส่ใจของผู้ดูแลว่าสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้เหมือนอย่างต้นแบบที่เป็นตัวอย่าง ให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง 4) การสนับสนุนทางอารมณ์ โดยการลดความเครียดของผู้ดูแล ให้ผ่อนคลายก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ช่วยทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น 2. กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1987) ที่แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน โดยพยาบาลหน่วยเคมีบำบัดมีกิจกรรม ดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีการสอบถามปัญหาและรับฟังความคิดของผู้ดูแลในเรื่องการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ 2) การประเมิณและการสะท้อนคิด โดยการให้ข้อมูลความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลรู้ว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลคำแนะนำให้การดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องการเพิ่มเติม พร้อมกับการให้ช่องทางการติดต่อขอคำปรึกษาและคู่มือการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หลังจากนั้นมีการโทรติดตามเพื่อทบทวนวิธีการดูแลและเฝ้าระวังอาการหลังจากกลับบ้าน 1 สัปดาห์และ 2 สัปดาห์ เพื่อลดความเครียดในการดูแลหากผู้ดูแลต้องการคำแนะนำสามารถติดต่อกลับมาขอข้อมูลการดูแลเพิ่มได้ 4) การช่วยเหลือจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ปวดหัวใช้สำหรับประเมิณอาการไข้ของผู้ป่วยหรืออุปกรณ์การทำแผลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น มีความมั่นใจ

ในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริฉัตร กุลชาบาล (2550) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มทดลองยังคงสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดลงเล็กน้อย สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และคงอยู่หลังได้รับโปรแกรมถึงแม้ว่าจะเป็นระยะเวลาถึง 4 สัปดาห์ อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลให้กับผู้ดูแลกลุ่มทดลองเพื่อนำไปทบทวนการดูแล นอกจากนั้นยังมีช่องทางการติดต่อเพื่อปรึกษาและขอคำแนะนำการดูแลเพิ่มเติมได้เมื่ออยู่ที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิตา สอนกองแดง (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเรื่องอาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากเคมีบำบัด พบว่าปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมในการดูแล คือการสนับสนุนด้านข้อมูล และการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแล และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรายข้อที่สูงที่สุด คือการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อซึ่งอาจเกิดการติดเชื้อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย ในโปรแกรมการสอนมีการเน้นเนื้อหาในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อร่วมกับมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม แม้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลมีคะแนนเพิ่มขึ้น แต่เมื่อพิจารณาคะแนนรายข้อ พบว่ามีข้อที่คะแนนพฤติกรรมลดลงในสัปดาห์ที่ 4 หลังได้รับโปรแกรม ซึ่งอาจต้องมีการปรับปรุงโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมที่มีการจัดให้กับผู้ดูแลเพียงครั้งเดียว เป็นการจัดให้มีการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแล โดยการทบทวนความรู้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและการให้การสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของผู้ป่วย

สรุปผล

การวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาวของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในด้านบทบาทการดูแลทั่วไป บทบาทการเป็นส่วนหนึ่งของทีมแพทย์มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรม จึงควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยมาใช้ในการเตรียมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรกของผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลาที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ ควรให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลน้อยที่สุด ทำให้มีความจำกัดของเวลาในการ

เข้าโปรแกรมของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง และเพื่อลดการรบกวนเวลาของผู้ดูแล จึงเป็นข้อจำกัดของการวิจัยที่ผู้วิจัยไม่ได้มีการวัดผลของการรับรู้ความสามารถของตนเองและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แต่ได้ทำการวัดผลลัพธ์หลังการได้รับโปรแกรม คือ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งอาจมีความเป็นไปได้ที่พฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้นอาจเนื่องมาจากปัจจัยอื่น ไม่ใช่การรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

หน่วยให้ยาเคมีบำบัดควรนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งไปปรับใช้ โดยเฉพาะในการมารับยาเคมีบำบัดครั้งแรกของผู้ป่วย และควรจัดให้มีช่องทางสำหรับการขอคำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแล สำหรับติดต่อขอคำแนะนำและช่วยประเมินอาการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่บ้าน ว่าผู้ดูแลสามารถจัดการอาการได้เองหรือจำเป็นต้องมาโรงพยาบาล จัดทำช่องทางในการเข้าถึงสื่อความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแลดาวน์โหลดเพื่อทบทวนได้เองที่บ้าน นอกจากนั้นควรมีส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ให้มีกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2561 มิถุนายน 8). การดูแลผู้ป่วย “มะเร็งลำไส้ส่วนปลาย” หายได้จากคนใกล้ตัว : พบหมอรามาช่วง Rama Health Talk. [วีดีโอ]. เข้าถึงได้จาก <https://www.youtube.com/watch?v=n3eUNRWXYXA>
- เฉลิมศรี แนวจำปา, จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, และนพดล โสภารัตนาไพศาล (2557). ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ IV ที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(1). 15-28
- ชวิศา รัตนกมลกันต์, ศรีมณฑา นิยมคำ, และอุษณีย์ จินตะเวช. (2564). สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*. 48(2):232-245
- ดวงพร ชาศรี, เรณู พุกบุญมี, และพิศมัย อรทัย. (2561). ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความมั่นใจในการมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วยของผู้ดูแลก่อนย้ายจากหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(3), 234-242.
- พิจิตรา เล็กดำรงกุล, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, ธนิษฐา ชมพูบุบผา, และนพดล ศิริธนารัตนกุล (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูล ข้อมูลที่ได้รับ พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(3), 64-72.
- ปาริฉัตร กุลชาบาล. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยบูรพา, คณะพยาบาลศาสตร์.

- วรรณิตา สอนกองแดง. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเรื่องอาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 20(1), 10-22.
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- อรุณรัตน์ กาณจนะ. (2549). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจของมารดาต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์.
- Albrecht, T., Moreno, M.-M., Jelenc, M., Gorgojo, L., & Harris, M. (2015). *European guide for quality national cancer control programmes*. Slovenia: National Institute of Public Health, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H Freeman and company New York
- Cancer care. (2018). *Understanding and Managing Chemotherapy Side Effects*. Retrieved from https://media.cancercare.org/publications/original/24-ccc_chemo_side_effects.pdf
- Havyyer, R. D., Ryn, V. M., Wilson, P. M., & Griffin, J. M. (2017). The effect of routine training on the self-efficacy of informal caregivers of colorectal cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 25(4), 1071-1077. doi:10.1007/s00520-016-3494-6
- Hendrix, C. C., Landerman, R., & Abernethy, A. P. (2013). Effects of an individualized caregiver training intervention on self-efficacy of cancer caregivers. *Western journal of nursing research*, 35(5), 590-610. doi:10.1177/0193945911420742
- House, J. S., (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135.
- International Agency for Research on Cancer. (2018). *Latest global cancer data*
Retrieved from <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf>
- International Agency for Research on Cancer (2019). *The Global Cancer Observatory Thailand-Fact-Sheets-2018*. Retrieved from <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheets.pdf>.
- Lee, Y. H., Liao, Y. C., Shun, S. C., Lin, K. C., Liao, W. Y., Chang, P. H., . . . Lai, Y. H. (2018). Trajectories of caregiver burden and related factors in family caregivers of patients with lung cancer. *Psychooncology*, 27(6), 1493-1500. doi:10.1002/pon.4678
- The American Cancer Society. (2019). *Caregiver Resource Guide*. Retrieved from <https://www.cancer.org/treatment/caregivers/caregiver-resource-guide.html>