ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลัก คลินิกมะเร็งนรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย

Effect of a Self-Care Promotion Program with Family Participation on Knowledge and Caring Behaviors among Gynecologic Cancer Patients Receiving Chemotherapy and Their Primary Caregivers at the Gynecologic Oncology Clinic,Nong Khai Hospital.

(Received: October 28,2026 ; Revised: October 29,2026 ; Accepted: October 31,2026)

สายใจ สุวรรณศรี[1]
Saijai Suwannasri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest–Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลัก และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักที่มารับบริการ ที่คลินิกมะเร็งนรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คู่ และกลุ่มควบคุม 30 คู่ คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งนรีเวชและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 2) การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วย 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล และ 4) การติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วย แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลหลัก และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square test, Independent t-test และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และภายหลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช, ยาเคมีบำบัด, ผู้ดูแลหลัก

Abstract

The Effects of a Family Participation-Based Self-Care Promotion Program on Knowledge and Care Behaviors Among Gynecologic Cancer Patients Receiving Chemotherapy and Their Primary Caregivers. This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design to examine the effects of a family participation-based self-care promotion program on knowledge and care behaviors among gynecologic cancer patients receiving chemotherapy and their primary caregivers. The study also aimed to compare the post-intervention knowledge and care behavior scores of patients and primary caregivers between the experimental and control groups. The sample consisted of 60 pairs of gynecologic cancer patients receiving chemotherapy and their primary caregivers who attended the Gynecologic Oncology Clinic at Nong Khai Hospital. The participants were selected according to the predetermined eligibility criteria and allocated into an experimental group of 30 pairs and a control group of 30 pairs. The experimental group received a family participation-based self-care promotion program comprising four activities: (1) enhancing knowledge of gynecologic cancer and chemotherapy; (2) developing self-care and patient

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย

care skills; (3) promoting family participation in care; and (4) providing continuous follow-up and support. The control group received usual nursing care. The research instruments consisted of the family participation-based self-care promotion program, a general information questionnaire, a patient knowledge assessment, a patient self-care behavior assessment, a primary caregiver knowledge assessment, and a primary caregiver patient-care behavior assessment. Data were analyzed using the Chi-square test, independent-samples t-test, and paired-samples t-test. The level of statistical significance was set at 0.05.

The results revealed that, following the intervention, patients in the experimental group had significantly higher knowledge scores regarding their disease and significantly higher self-care behavior scores than those in the control group ($p < 0.001$). Similarly, primary caregivers in the experimental group demonstrated significantly higher knowledge scores regarding patient care and significantly higher patient-care behavior scores than those in the control group ($p < 0.001$).

Keywords: self-care promotion program, family participation, gynecologic cancer patients, chemotherapy, primary caregivers

บทนำ

มะเร็งนรีเวช (Gynecologic cancers) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีไทย พบอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตในระดับสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง[1] การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นแนวทางหลักในการควบคุมโรค[2] แต่มักเกิดผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลมากขึ้นซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย[3] การดูแลตนเองที่เหมาะสมมีความสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิต[4] ผู้ป่วยจำนวนมากยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การจัดการอาการข้างเคียง และการป้องกันการติดเชื้อ[5] ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์และการตัดสินใจรักษา[6] การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ[7] ทฤษฎีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Self-efficacy theory) อธิบายว่าบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8] การส่งเสริม self-efficacy ของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลจึงเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ[9] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดดีขึ้นและยังช่วยลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย[10] รวมถึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยดีขึ้น[11] โปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[9] ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model: HPM) เชื่อว่าบุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อรับรู้ว่าพฤติกรรมนั้นมีประโยชน์ และสามารถปฏิบัติได้จริง[12]

สถิติผู้ป่วยมะเร็งของคลินิกมะเร็งนรีเวชกรรมโรงพยาบาลหนองคาย ปี 2566-2568 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวน 346, 384 และ 401 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 63.46, 65.99 และ 68.08 ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ตามลำดับ[13] ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีภาวะแทรกซ้อน เช่น เหนื่อยล้าเบื่ออาหาร เยื่อบุช่องปากอักเสบ ผลเลือดไม่ผ่านเกณฑ์ ผลกระทบของการได้รับเคมีบำบัด ความไม่สุขสบายของอาการข้างเคียงทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์และผลการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบการสอนที่ผ่านมายังมีข้อจำกัด ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดและทฤษฎี 3 ประการคือทฤษฎีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของแบนดูรา แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว และแนวคิดการ

ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และให้ครอบครัวการสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับทีมแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการ เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและครอบคลุม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลัก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม 3) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม 4) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) สองกลุ่มมีการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest- posttest design) **กลุ่มตัวอย่าง** กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7[14] แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในคลินิกมะเร็งนรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคายเดือนมิถุนายน - ธันวาคม พ.ศ. 2569 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า(Inclusion criteria)

ผู้ป่วย 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษา ในคลินิกมะเร็งนรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียวเป็นครั้งแรก 2) อายุระหว่าง 20-69 ปี 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิต 4) ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น การพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ผู้ดูแลหลัก 1) เป็นคนในครอบครัวหรือญาติความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย 3) มีการมองเห็นการได้ยิน และการโต้ตอบเป็นปกติ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้และเข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ในระหว่างการเข้าโปรแกรมผู้ป่วยต้องยุติการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 2) ผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ทฤษฎีความเชื่อมั่นในความสามารถของ แนวคิดการมีส่วนร่วมของและแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ นำโปรแกรมฯมาใช้ในกลุ่มทดลองซึ่งประกอบด้วยการทำกิจกรรม 4 ครั้ง คือ **ครั้งที่ 1** Knowledge Enhancement (60 นาที) **ครั้งที่ 2** Self-Care and Caregiving Skills Training (60 นาที) **ครั้งที่ 3** Family Participation (60 นาที) **ครั้งที่ 4** Follow-up and Reinforcement (20–30) ทางโทรศัพท์ ออนไลน์หรือในวันนัด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (8 ข้อ) **ส่วนที่ 2** ข้อมูลเกี่ยวกับ

การรักษาของผู้ป่วย (5 ข้อ) **ส่วนที่ 3** แบบประเมินความรู้โรคมะเร็งหลังได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วย (15) โดยข้อคำถามที่ตอบ “ถูก” และข้อคำถามที่ตอบ “ผิด” เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนนแบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ อิงเกณฑ์ของ Bloom[15] ดังนี้ คะแนน 0-5 ระดับต่ำ, คะแนน 6-10ระดับปานกลาง และคะแนน 11-15 ระดับสูง

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก แบ่งออกเป็น 3 ส่วน **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก (9 ข้อ) โดยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง **ส่วนที่ 2** แบบประเมินความรู้โรคมะเร็งหลังได้รับเคมีบำบัดของผู้ดูแลหลัก (15 ข้อ) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยข้อคำถามที่ตอบ “ถูก” และข้อคำถามที่ตอบ “ผิด” เกณฑ์การให้คะแนนคือตอบถูกได้ 1 คะแนน และ ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ของ Bloom[15] ดังนี้ คะแนน 0-5 ระดับต่ำ, คะแนน 6-10 ระดับปานกลาง และคะแนน 11-15 ระดับสูง **ส่วนที่ 3** แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแลหลักผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมตามบทบาทของผู้ดูแลหลักเมื่ออยู่ที่บ้าน[16]ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ดูแลในชีวิตและบทบาทการเป็นส่วนหนึ่งของทีมแพทย์ จำนวน 20 คำถามแบบสอบถามมีคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยคะแนน 1 คือ ไม่เคยมีพฤติกรรมนี้เลย, คะแนน 2 คือ มีพฤติกรรมนี้สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง คะแนน 3 คือ มีพฤติกรรมนี้สัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง และคะแนน 4 คือ มีพฤติกรรมนี้สม่ำเสมอ แปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็น 3 ระดับจากการคำนวณอันตรภาคชั้น[17] และทำการแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ดังนี้ คะแนน 20.00 - 40.00 หมายถึงผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลระดับต่ำ, คะแนน 40.01 - 60.00 หมายถึงผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลระดับปานกลาง, คะแนน 60.01 - 80.00 หมายถึงผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลระดับสูง

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำร่างแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และแก้ไขตามคำแนะนำแล้วทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค[19] โดยได้ความเชื่อมั่นแบบประเมินความรู้โรคมะเร็งนรีเวชหลังได้รับเคมีบำบัด =1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแลหลัก = 0.98

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติพรรณนาใช้ Frequency, Percentage, Meanและ Standard Deviation สถิติเชิงอนุมานใช้ Chi-square test, Independent t-test และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย เลขที่ใบรับรอง COA No. 003/2569

ผลการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (n=60) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกันและสามารถเปรียบเทียบผลของโปรแกรมในการศึกษาต่อไปได้

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์วิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการได้รับโปรแกรม

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	8.63	1.52	0.43	0.668
กลุ่มควบคุม	30	8.47	1.44		

สรุป ก่อนการทดลอง คะแนนความรู้ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=0.668)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ระยะเวลา	n	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	30	8.63	1.52	15.82	<0.001
หลังทดลอง	30	13.53	1.14		

สรุป หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	13.53	1.14	8.48	<0.001
กลุ่มควบคุม	30	10.63	1.48		

สรุป หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	56.27	5.21	0.34	0.734
กลุ่มควบคุม	30	55.80	5.46		

สรุป ก่อนการทดลอง คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=0.734)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ระยะเวลา	n	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	30	56.27	5.21	16.71	<0.001
หลังทดลอง	30	70.43	4.62		

สรุป หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	70.43	4.62		
กลุ่มควบคุม	30	62.27	5.18	6.44	<0.001

สรุป หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลักก่อนการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	8.87	1.47		
กลุ่มควบคุม	30	8.73	1.39	0.37	0.711

สรุป ก่อนการทดลอง คะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลักทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=0.711)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ระยะเวลา	n	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	30	8.87	1.47	18.34	<0.001
หลังทดลอง	30	14.07	0.94		

สรุป หลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลักภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	14.07	0.94		
กลุ่มควบคุม	30	11.23	1.36	9.48	<0.001

สรุป หลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักก่อนการทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	57.10	5.42		
กลุ่มควบคุม	30	56.83	5.31	0.19	0.845

สรุป ก่อนการทดลองคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=0.845)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ระยะเวลา	n	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	30	57.10	5.42		
หลังทดลอง	30	73.17	4.38	18.96	<0.001

สรุป หลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	30	73.17	4.38		
กลุ่มควบคุม	30	64.03	5.26	7.31	<0.001

สรุป หลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001)

สรุปผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์

1. ก่อนทดลองผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานและคะแนนความรู้/พฤติกรรมไม่แตกต่างกัน (p>0.05)

2. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

3. หลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

4. ภายหลังการได้รับโปรแกรมผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

5. หลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

สรุปภาพรวมผลการวิจัย ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถเพิ่มความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของทั้งผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการดูแลภายหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การติดตาม และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้ดูแลหลักก็มีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 4 ข้อ และสนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดในคลินิกมะเร็งนรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย

สรุปและอภิปรายผล

ด้านความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้อย่างเป็นระบบและการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักมีส่วนช่วยส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับนพรัตน์ ศรีสมบูรณ์ และคณะ[10] ซึ่งระบุประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง และสอดคล้องกับ Kim, Lee[5] ซึ่งมุ่งศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองต่อการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาจึงสนับสนุนความสำคัญของการพัฒนาความรู้ให้แก่ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจและการดูแลในชีวิต ประจำวันได้อย่างเหมาะสม ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลัก การที่คะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอาจเป็นผลจากการนำความรู้ไปฝึกปฏิบัติจริงร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวโดยผู้ดูแลหลักมีบทบาทในการช่วยเหลือติดตามอาการและสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับปรารถนา กันทอน[4] ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแลและสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura[8] ที่ให้ความสำคัญกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนอกจากนี้ยังเชื่อมโยงกับ Lee Kim, และ Park[7] ซึ่งศึกษาผลของการสนับสนุนจากครอบครัวต่อการปรับตัวทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง และสมบูรณ์ ใจดี และคณะ[11] ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง งานเหล่านี้สะท้อนความสำคัญของแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วย แม้ผลลัพธ์ที่ศึกษาในแต่ละงานจะแตกต่างกันก็ตาม

โดยสรุปผลการศึกษาสนับสนุนว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีประโยชน์ต่อการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการดูแลของทั้งผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักโดยมีองค์ ประกอบสำคัญคือการให้ความรู้การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติ และการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง จึงควรพิจารณานำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความพร้อมของผู้ดูแลหลักควบคู่กัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมในระยะที่ยาวขึ้น
2. ควรเพิ่มตัวแปรผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย
3. ควรศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบสุ่ม
4. ควรศึกษาประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเชิงคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2566). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565* (Hospital-Based Cancer Registry 2022). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

2. National Cancer Institute. (2023). *Cancer treatment overview*. https://www.cancer.gov

3.. Smith, T. G., Castro, K. M., Troeschel, A. N., Arora, N. K., & Stein, K. (2018). Self-management of cancer: A systematic review. *Cancer, 124*(5), 1015–1026.

4. ปรารถนา กันทอน. (2564). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล*. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

5. Kim, S. H., Lee, R., & Lee, K. S. (2018). Effects of self-care education on symptom management in cancer patients receiving chemotherapy.*Oncology Nursing Forum,45*(3),350–360.

6. กรมสุขภาพจิต. (2564). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านจิตใจ*. กระทรวงสาธารณสุข.

7. Lee, Y. J., Kim, J. H., & Park, S. Y. (2019). The effects of family support on psychological adaptation in cancer patients. *Supportive Care in Cancer, 27*(4), 1455–1462.

8. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company.

9. Brown, R. F., Butow, P. N., & Boyer, M. J. (2020). Promoting patient participation in cancer care: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling, 103*(5), 1010–1017.

10. นพรัตน์ ศรีสมบูรณ์, และคณะ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารสาธารณสุข, 50*(3), 210–220.

11. สมบูรณ์ ใจดี, และคณะ. (2564). *ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารการพยาบาล, 39*(1), 78–89.

12. Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Pearson.

13. โรงพยาบาลหนองคาย. (2568). *สถิติประจำปีผู้ป่วยคลินิกนอก.* กระทรวงสาธารณสุข.

14. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175–191. https://doi.org/10.3758/BF03193146

15. Bloom, Benjamin S., et al. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student. Learning. New York: McGraw-Hill Book Company. 1971.

16. American Cancer Society. (2019) Cancer screening in the United States: *A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening*.: 69(3); 184-210.

17. พรนภา ไชยอาสา. *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน.* มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : เชียงใหม่. 2550.

18. Cronbach, LJ. Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Haper and Row. Republisher. 1974.