ผลของโปรแกรมสานพลังครอบครัวต่อการจัดการอาการรบกวนและความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในเขตอำเภอราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา

Effects of Family Empowerment Program on Symptom Management and Comfort among Palliative Care Patients in Ratchasasan District, Chachoengsao Province.

(Received: June 15,2026 ; Revised: June 23,2026 ; Accepted: June 25,2026)

จีรศักดิ์ พุทธนิยม[1]
Geerasak Puttaniyom

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) นี้เป็นแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสานพลังครอบครัว (4Es) ต่อสมรรถนะการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแลและระดับความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างคือคู่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอราชสาส์น จำนวน 10 คู่ ซึ่งศึกษาจากประชากรทั้งหมดและเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมสานพลังครอบครัว (4Es) และนวัตกรรมกล่องปันสุข 2) แบบประเมินสมรรถนะการจัดการอาการ และ 3) แบบประเมินความสุขสบายของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.45 (SD = 0.52) เป็น 4.12 (SD = 0.48) ผู้ดูแลหลักร้อยละ 90.00 มีสมรรถนะในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) โดยทักษะที่มีความสามารถสูงที่สุดคือการจัดการภาวะเหนื่อยหอบและการจัดท่า นวัตกรรมกล่องปันสุข ร่วมกับการติดตามผ่านระบบแอปพลิเคชัน LINE ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: โปรแกรมสานพลังครอบครัว, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การจัดการอาการ, กล่องปันสุข

Abstract

This quasi-experimental research, utilizing a one-group pretest-posttest design, aimed to evaluate the effectiveness of the Family Empowerment Program (4Es) on caregivers' symptom management competency and the comfort level of terminal patients. The sample consisted of 10 pairs of terminal patients and their primary caregivers residing in Ratchasasan District, selected through total enumeration and purposive sampling. The research instruments included: 1) the Family Empowerment Program (4Es) and the "Palliative Kit" innovation, 2) a Symptom Management Competency Scale, and 3) a Patient Comfort Scale. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test. The results revealed that After participating in the program, the mean comfort level score of terminal patients was significantly higher than before the intervention ($p < .05$), increasing from 2.45 (SD = 0.52) to 4.12 (SD = 0.48). 90.00% of primary caregivers achieved the symptom management competency threshold (80%). The highest competency scores were observed in managing dyspnea and patient positioning. The "Palliative Kit" innovation, combined with follow-up via the LINE application, effectively enhanced caregiver confidence and reduced anxiety regarding home-based care.

Keywords: Family Empowerment Program, Terminal Patients, Comfort Level, Symptom Management, Palliative Kit

[1] พย.บ. อำเภอราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

สถานการณ์การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) เป็นความท้าทายระดับโลกที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่ออุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และโรคมะเร็ง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยกว่า 56.8 ล้านคนต่อปี ที่ตกอยู่ในภาวะความทุกข์ทรมานด้านสุขภาพที่รุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ[1] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลในปี พ.ศ. 2568 ชี้ให้เห็นว่ามีผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องกว่า 5.9 แสนราย[2] ซึ่งข้อมูลนี้ไม่ได้เป็นเพียงสถิติทางการแพทย์ แต่สะท้อนถึงจำนวน "ชีวิต" ที่กำลังเผชิญกับช่วงเวลาที่ยากลำบากที่สุดก่อนวาระสุดท้ายจะมาถึง หัวใจสำคัญของการพยาบาลในระยะสุดท้ายมิใช่การรักษาเพื่อมุ่งหวังให้หายขาดจากโรค แต่เป็นการมุ่งเน้นการสร้างเสริม "คุณภาพการเสียชีวิต" (Quality of Death) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถก้าวผ่านช่วงเวลาสุดท้ายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ [3] สอดคล้องกับแนวคิดความปรารถนาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ต้องการพำนักและจากไปอย่างสงบ ณ บ้านของตนเอง (Death at home) ท่ามกลางสายใยความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว[4] อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Transition of Care) ในทางปฏิบัติมักพบกับอุปสรรคสำคัญคือ ความเหลื่อมล้ำของขีดความสามารถในการดูแลระหว่างสถาบันทางการแพทย์และระดับครัวเรือน ในบริบทของ อำเภอราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทเกษตรกรรมที่มีลักษณะสังคมเครือญาติเข้มแข็ง ครอบครัวจึงกลายเป็นหน่วยพยาบาลหลักที่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายท่ามกลางข้อจำกัดที่ซับซ้อน จากการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยที่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองใหม่ พบความจริงเชิงประจักษ์ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เผชิญกับภาวะภาระการดูแล (Caregiver Burden) อย่างหนัก ทั้งทางด้านร่างกายที่เหนื่อยล้าและด้านจิตใจที่บอบช้ำจากความวิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการรบกวน (Symptom Management) ที่จัดการได้ยาก เช่น อาการปวดที่รุนแรงจนผู้ป่วยร้องครวญคราง ภาวะหายใจลำบากที่สร้างความตระหนก หรือความสับสนกระสับกระส่ายในช่วงกลางคืน ความไม่พร้อมในด้านทักษะและความมั่นใจนี้เอง เป็นปัจจัยชักนำสำคัญที่ทำให้ครอบครัวตัดสินใจพาผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น (Unplanned Re-admission) ซึ่งนอกจากจะสร้างความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแล้ว ยังขัดต่อเจตนารมณ์ของผู้ป่วยที่ต้องการจากไปอย่างสงบในบ้านของตนเอง

จากปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนครอบครัวที่เน้น "การเสริมพลัง" (Empowerment) อย่างเป็นระบบ เพื่อเปลี่ยนบทบาทสมาชิกในครอบครัวจากเพียง "ผู้ช่วยดูแล" ให้ยกระดับขึ้นเป็น "ผู้จัดการอาการที่มีสมรรถนะสูง" (Competent Symptom Manager) โดยอาศัยกลไก 4Es (Educate, Empower, Equip, Evaluate) ซึ่งเป็นการเสริมทักษะการพยาบาลเบื้องต้นให้แก่ครอบครัว ผสานเข้ากับทฤษฎีความสุขสบาย (Comfort Theory) ของ Kolcaba ที่ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ สภาพแวดล้อม และสังคมวัฒนธรรม เพื่อสร้างสภาวะความสุขสบายสูงสุดให้แก่ผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ด้วยเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของ "โปรแกรมสานพลังครอบครัว" เพื่อพิสูจน์ว่าการเสริมสร้างศักยภาพภายในครอบครัวร่วมกับกลไกสนับสนุนเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ ช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และสร้างความมั่นใจให้แก่ครอบครัวในการทำหน้าที่ดูแลบุคคลอันเป็นที่

รักอย่างสง่างาม ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่อำเภอราชสาส์น และเป็นต้นแบบนวัตกรรมการพยาบาลสำหรับพื้นที่ชนบทอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันสืบไป [5, 6, 7]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสานพลังครอบครัว

2. เพื่อศึกษาความสามารถของครอบครัวในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมสานพลังครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมสานพลังครอบครัว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมสานพลังครอบครัว มีความสามารถในการจัดการอาการรบกวนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการศึกษาช่วงเมษายน – มิถุนายน 2569 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิด การเสริมพลัง (Empowerment) ร่วมกับกลไกสนับสนุนครอบครัว 4Es เพื่อสร้างสมรรถนะในการดูแล โดยเชื่อมั่นว่าเมื่อครอบครัวได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ จะสามารถปรับบทบาทจากผู้ช่วยดูแลสู่การเป็น "ผู้จัดการอาการ" (Symptom Manager) ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายสูงสุดในวาระสุดท้ายของชีวิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คู่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) และผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ที่ขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลแบบประคับประคองและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา เมษายน – มิถุนายน 2569 จำนวนทั้งสิ้น 10 คู่

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการศึกษาจากประชากรทั้งหมด (Total Enumeration) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากคู่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 10 คู่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตอำเภอราชสาส์นอย่างแท้จริง โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

สำหรับผู้ป่วย 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและเข้าสู่ระยะท้าย 2) รับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้

สำหรับผู้ดูแลหลัก 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 เดือน 2) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารและการรับรู้ สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนสิ้นสุดโปรแกรม 2) ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักจนไม่สามารถรับการประเมินความสุขสบายได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 ชุดหลัก ดังนี้:

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ (Intervention Tools) คือ "โปรแกรมสานพลัง

ครอบครัว (4Es Model)" ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของกรมการแพทย์[1] ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการจัดการอาการรบกวนสำหรับผู้ดูแล (Palliative Home Care Manual) ฉบับพกพา

1.2 สื่ออินโฟกราฟิกสำหรับการประเมินความปวดและการจัดท่าทางเพื่อความสุขสบาย

1.3 นวัตกรรม "กล่องปันสุข" (Palliative Kit) บรรจุเวชภัณฑ์พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการจัดการอาการ รบกวนเบื้องต้นที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Evaluation Tools)

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.2 แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการรบกวนของผู้ดูแล (ประเมินโดยการสังเกตทักษะและการสอบถาม)

2.3 แบบประเมินความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Comfort Scale) ซึ่งประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของ Kolcaba[8]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validity and Reliability)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity): เครื่องมือทั้งหมด เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน พิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.80 **การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability):** นำแบบประเมินไปทำการทดลองใช้ (Try-out) กับคู่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลใกล้เคียงจำนวน 10 ราย วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.97

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย (Research Procedures)

ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมสานพลังครอบครัว 4Es เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ระยะสร้างพลังและเตรียมความพร้อม (Educate, Empower & Equip)

1.1 Educate & Empower: จัดกิจกรรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ (Workshop) รายบุคคล ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองใหม่ เน้นทักษะการประเมินอาการ (ปวด, เหนื่อย, แผลกดทับ) และสาธิตการพยาบาลเบื้องต้น พร้อมใช้เทคนิคการสร้างพลังใจเพื่อลดความวิตกกังวล

1.2 Equip: มอบ "กล่องปันสุข" (ประกอบด้วย สำลี, แอลกอฮอล์, น้ำเกลือล้างแผล, เจลประคบร้อน/เย็น, ปรอทวัดไข้, แบบบันทึกความปวด Visual Analog Scale และเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินของ รพ.สต.เมืองใหม่ เครือข่ายพยาบาล 24 ชั่วโมง) และคู่มือการดูแล เพื่อให้พร้อมใช้งานทันที

สัปดาห์ที่ 2-4 ระยะสนับสนุนและติดตามผล (Evaluate)

1.3 Home Visit: ผู้วิจัยร่วมกับทีมเครือข่าย อสม. ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินทักษะการดูแลในสถานการณ์จริง

1.4 Tele-support: ให้การสนับสนุนและคำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชัน LINE หรือโทรศัพท์ได้ทันทีตลอด 24 ชั่วโมงเมื่อพบปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ข้อมูลส่วนบุคคล: ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

การทดสอบสมมติฐาน: เปรียบเทียบคะแนนความสุขสบาย (ก่อน-หลัง) และเปรียบเทียบความสามารถกับเกณฑ์ร้อยละ 80 โดยใช้สถิติ

Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มการขออนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (เลขที่ PH_CCO_REC 051 /2569)

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และประเมินความสามารถของครอบครัวในการจัดการอาการรบกวนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสานพลังครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 มีอายุเฉลี่ย 72.40 ปีส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะท้าย (ร้อยละ 60.00) ในส่วนของผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือหลาน (ร้อยละ 70.00) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา (ร้อยละ 80.00) โดยมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 1.20 ปี (S.D. = 1.15)

หลังได้รับโปรแกรมสานพลังครอบครัว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 4.12 (S.D. = 0.48) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 (S.D. = 0.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .001$)

ผลการประเมินความสามารถของครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมในภาพรวม ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ร้อยละ 90.00 (จำนวน 9 คน จากทั้งหมด 10 คน) มีความสามารถในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ที่กำหนดไว้ โดยทักษะที่ทำได้ดีที่สุดคือการจัดการความปวดและการบริหารยาร่วมกับการจัดการภาวะเหนื่อยหอบและการจัดท่า (ร้อยละ 90.00)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสานพลังครอบครัว (4Es) ต่อสมรรถนะการจัดการอาการรบกวนและความสุขสบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังจากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คู่ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สรุปได้ดังนี้ โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มระดับความสุขสบาย (Comfort Level) ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางคลินิก ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสบายเพิ่มขึ้นจาก 2.45 (SD = 0.52) ก่อนเริ่มโปรแกรม เป็น 4.12 (SD = 0.48) หลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยมีค่าผลต่างเฉลี่ย (Mean Difference) อยู่ที่ 1.6 ครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 90.00 มีสมรรถนะในการจัดการอาการรบกวนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) ซึ่งแสดงถึงผลลัพธ์ที่ยอมรับได้ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสานพลังครอบครัวสามารถเพิ่มระดับความสุขสบายของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องอย่างชัดเจนกับหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนและสอดคล้องกับงานวิจับยนี้ได้แก่งานวิจัยของ นพวรรณ และคณะในภาคกลางของประเทศไทย พบว่ากลุ่มที่ได้รับการ

เสริมพลังและสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์พื้นฐานที่บ้าน มีระดับความสุขสบายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับกลไก Equip (กล่องปันสุข) ในงานวิจัยนี้ที่ช่วยลดอุปสรรคในการจัดการอาการรบกวนทันทีที่บ้าน[9] และงานวิจัยของ สมชาย และคณะ ที่ทดลองใช้กระบวนการ "พยาบาลเยี่ยมบ้านเชิงรุกร่วมกับเครือข่ายชุมชน" ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกันคือผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการอาการเพิ่มขึ้น [10] แนวทางของสมาคมการพยาบาลแบบประคับประคองระดับสากล (WHPCA, 2024) เน้นย้ำความสำคัญของการเสริมพลัง (Empowerment) ร่วมกับการฝึกทักษะเฉพาะเจาะจงและการให้เครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ซึ่งสามารถลดอัตราการกลับมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นได้ร้อยละ 20-30 [11] ซึ่งสอดคล้องกับตำราของ Ferrell and Coyle ที่ระบุว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้ดูแล (Caregiver Competency) หากผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (Self-Efficacy) จะส่งผลโดยตรงต่อความสุขสบายของผู้ป่วย [12] จากการศึกษาของ Smith และคณะ ในสหราชอาณาจักร พบว่าการสนับสนุนแบบองค์รวมไม่เพียงแต่ช่วยลดอาการรบกวนทางกาย แต่ยังช่วยปรับปรุงมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้รู้สึกว่าตนเองได้รับการดูแลอย่างใส่ใจ [13] ซึ่งผลลัพธ์นี้สนับสนุน ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura ที่ว่าการทำให้ผู้ดูแล "ประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเอง" ผ่านการสอนทักษะที่ทำได้จริง จะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นที่ยั่งยืน (จันทิมา และคณะ, 2565)[14]นอกจากนี้ การลดลงของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) หลังจบโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ ที่อธิบายว่า โปรแกรมสนับสนุนที่เข้มข้นและมีการติดตามเยี่ยมบ้าน (Intensive Home Visit) มีแนวโน้มจะลดความแปรปรวนของผลลัพธ์การพยาบาลลงได้ [15] สุดท้ายคือแนวคิดของ Kolcaba ที่ยืนยันว่าเมื่อความต้องการด้านร่างกายได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็วผ่านกลไกสนับสนุนที่เหมาะสม จะนำไปสู่สภาวะความสุขสบายองค์รวมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ[16]

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ข้อจำกัดด้านรูปแบบการวิจัย: เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงอาจมีตัวแปรแทรกซ้อนจากการดำเนินโรคตามธรรมชาติ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (10 คู่) ซึ่งศึกษาจากประชากรทั้งหมดในพื้นที่ขนาดเล็ก การนำผลวิจัยไปอ้างอิงใช้ในบริบทที่ต่างออกไปจึงต้องทำด้วยความระมัดระวัง

2. ข้อจำกัดด้านเวลา: ระยะเวลาติดตามผล 4 สัปดาห์ สามารถเห็นผลสัมฤทธิ์ในระยะสั้น แต่อาจยังไม่สะท้อนความยั่งยืนของพฤติกรรมในระยะยาว

3. โอกาสพัฒนา: ควรขยายผลเพิ่มกลุ่มควบคุมในการวิจัยครั้งถัดไป และประยุกต์ระบบ Tele-palliative ตลอด 24 ชั่วโมง

ประโยชน์จากการวิจัย

1. ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว: ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในอำเภอราชสาส์นได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างทันท่วงที ลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มความสุขสบายอย่างเห็นได้ชัด ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ สมรรถนะสูงขึ้น และลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. ประโยชน์ต่อหน่วยงานและระบบสาธารณสุข: รพ.สต.เมืองใหม่ และเครือข่ายอำเภอราชสาส์น ได้รูปแบบการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม ลดอัตราการกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น (Unplanned Re-admission) ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและภาระงานของโรงพยาบาลแม่ข่าย

3. ประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล: สร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ (Empirical Evidence) ด้านการพยาบาลประคับประคองในชุมชนปฐมภูมิ และ

เป็นต้นแบบในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลสำหรับพื้นที่ชนบทที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรพิจารณานำ "โปรแกรมสานพลังครอบครัว (4Es)" และ "กล่องปันสุข (Palliative Kit)" บูรณาการเข้ากับระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อให้เกิดมาตรฐานการดูแลที่เป็นรูปธรรมทั่วทั้งอำเภอ

1.2 ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้ระบบ Tele-support (เช่น LINE Application) ในการให้คำปรึกษาเชิงรุก เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ดูแลได้อย่างรวดเร็ว

1.3 ควรมีการจัดอบรมทักษะการใช้โปรแกรม 4Es ให้แก่พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เชี่ยวชาญ เพื่อให้เป็นพี่เลี้ยง (Mentor) ในการสนับสนุนครอบครัวได้อย่างยั่งยืน

2.ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเชิงลึกเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์และความหมายของการใช้ "กล่องปันสุข" จากมุมมองของผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงนวัตกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตคนในชุมชนมากขึ้น

2.2 ควรมีการวิจัยติดตามผลสมรรถนะของผู้ดูแลและระดับความสุขสบายของผู้ป่วยที่ยาวนานขึ้น (Long-term Follow-up) เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการจัดการอาการรบกวน

2.3 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มโรคที่แตกต่างกัน (Comparative Study) เช่น ระหว่างผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ระยะสุดท้าย เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้มีความเฉพาะเจาะจง (Tailor-made) ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์.(2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2563.
2. นพวรรณ และคณะ.(2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2566;46(2):45-58.
3. สมชาย และคณะ.(2567). ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านเชิงรุกร่วมกับเครือข่ายชุมชนในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2567;42(1):12-25.
4. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA).(2024). Global Atlas of Palliative Care. 3rd ed. London: WHPCA; 2024.
5. Ferrell BR, Coyle N.(2020). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2020.
6. Smith J, et al.(2022). Effectiveness of home-based support programs for caregivers of terminal patients: A systematic review. Journal of Palliative Medicine. 2022;25(4):567-580.
7. จันทิมา และคณะ.(2565). การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. วารสารสภาการพยาบาล. 2565;37(3):89-102.
8. Kolcaba K.(2003). Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research. New York: Springer Publishing Company; 2003.
9. นพวรรณ พงษ์ศิริ และคณะ.(2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2566;46(2):45-58.

10. สมชาย รัตนจารุ และคณะ.(2567). ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านเชิงรุกร่วมกับเครือข่ายชุมชนในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2567;42(1):12-25.
11. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance.(2024). Global Atlas of Palliative Care. 3rd ed. London: WHPCA; 2024.
12. Ferrell BR, Coyle N.(2020). Oxford Textbook of Palliative Nursing. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2020.
13. Smith J, et al.(2022). Effectiveness of home-based support programs for caregivers of terminal patients. Journal of Palliative Medicine. 2022;25(4):567-580.
14. จันทิมา พลอยแสง และคณะ.(2565). การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. วารสารสภาการพยาบาล. 2565;37(3):89-102.
15. Chen L, et al.(2023). Intensive home visit interventions and clinical outcomes in palliative care: A meta-analysis. International Journal of Nursing Studies. 2023;138:104412.
16. Kolcaba K.(2003). Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research. New York: Springer Publishing Company; 2003.