ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

นางสาวพนิตตา ศรีหาคลัง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2556
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

THE EFFECT OF CAREGIVING SKILL DEVELOPMENT AND CAREGIVER SUPPORT GROUP PROGRAM ON STRESS IN CAREGIVERS OF OLDER PERSONS WITH TERMINAL STAGE CANCER

Miss Panitta Srihaklung

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
โดย	นางสาวพนิตตา ศรีหาคลัง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

พนิตตา ศรีหาคลัง : ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. (THE EFFECT OF CAREGIVING SKILL DEVELOPMENT AND CAREGIVER SUPPORT GROUP PROGRAM ON STRESS IN CAREGIVERS OF OLDER PERSONS WITH TERMINAL STAGE CANCER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 99 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ระหว่างการรักษาและนอนพักในโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 20 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โปรแกรมใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1-2 ระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล เป็นการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 6 ครั้ง และจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล จำนวน 4 ครั้ง รวม 10 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3-5 หลังจากจำหน่ายผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีการติดตามผู้ดูแลทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เมื่อสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 ประเมินความเครียดของผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบค่าที (Dependent t-test และIndependent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล มีความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล มีความเครียดลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2556 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

5377586936 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS: CAREGIVER / STRESS IN FAMILY CAREGIVER / CAREGIVER SUPPORT GROUP / CAREGIVING SKILL DEVELOPMENT

PANITTA SRIHAKLUNG: THE EFFECT OF CAREGIVING SKILL DEVELOPMENT AND CAREGIVER SUPPORT GROUP PROGRAM ON STRESS IN CAREGIVERS OF OLDER PERSONS WITH TERMINAL STAGE CANCER. ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 99 pp.

This research is the quasi-experimental research which aimed to study the effect of caregiving skill development and caregiver support group program on stress in caregivers of older person with terminal cancer stage. The sample consisted of 40 caregivers, male and female, who provided care for older person with terminal cancer stages and admitted at Mahavachiralongkorn Hospital, Thanyaburi. They were divided into 2 groups, 20 caregivers of control group received conventional nursing and 20 caregivers of experiment group received conventional nursing and combining with caregiving skill development and caregiver support group program. The length of time for intervention was 6 weeks, during the first to the second week, the experiment group received skill training activity in caring for older person with terminal cancer stage for 6 times and caregiver support group for 4 times. Then the follow up cases was made on the phone called once a week in the third to the fifth week after older person left the hospital. At the end of the sixth week, their stress was evaluated. The research instruments consisted of personal data onto the caregiver and older person with terminal cancer stage, Caregiver Strain Index (CSI), which the reliability of the instrument was 0.81, and the caregiving skill development and caregiver support group program. The data was analyzed by average, percent, standard deviation, dependent t-test and independent t-test.

The result can be summarized as follows:

1. The experimental group, after receiving the program had statistically significantly lower stress than before received the program at the level of .05.

2. The experimental group, after receiving the program had statistically significantly lower stress than the control group at the level of .05

Field of Study: Nursing Science Student's Signature .....

Academic Year: 2013 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้ได้สำเร็จลุล่วงด้วยดีนั้นมาจากความกรุณา และความช่วยเหลือของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ที่ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา เสนอแนะข้อคิดเห็น ตรวจทานและขัดเกลาภาษาที่ใช้งานวิทยานิพนธ์ให้มีความเหมาะสมสละสลวย ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตา ความกรุณาที่ได้รับเสมอมา และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณาเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสถิติทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลในวิทยานิพนธ์ความถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกคน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้อันมีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการศูนย์มหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี หัวหน้าหออภิบาลคุณภาพชีวิต ตลอดจนหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเสร็จสิ้น รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยทุกคนที่ได้ให้กรุณาให้ความร่วมมือและประสบการณ์ของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีค่า ทำให้ผู้วิจัยได้รับรู้ถึงการเสียสละที่ยิ่งใหญ่ และการเป็นผู้ให้ ผู้ดูแลด้วยหัวใจอย่างแท้จริง

ท้ายที่สุดนี้ คุณประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขออุทิศให้แด่ คุณยาย จั่น แสวงผล ผู้ล่วงลับด้วยโรคมะเร็ง ถือเป็นผู้ที่ได้มอบประสบการณ์การเป็นญาติผู้ดูแลที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย ทำให้เกิดแรงบันดาลใจจนเป็นที่มาของหัวข้อเรื่องวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ การศึกษาสำเร็จลุล่วงได้ ด้วยกำลังใจที่ได้รับจากคุณพ่อประสพ ศรีหาคลัง และคุณแม่ คำเตียง ศรีหาคลัง ตลอดจนการสนับสนุนในทุกด้านไม่ว่าครั้งนี้ หรือที่ผ่านมา ขอขอบคุณ พ.ต.ต.อดุลย์ อธิพันธ์วโรดม ที่ให้กำลังใจ ช่วยย้ำเตือนในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณในความกรุณาของหัวหน้าพยาบาลและเพื่อนพยาบาลทุกคนที่ให้การช่วยเหลือในเรื่องการผลัดเปลี่ยนเวร เพื่อให้ผู้วิจัยได้มีเวลาในการศึกษา

ขอขอบคุณมิตรภาพจากเพื่อนร่วมสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ รุ่นที่ 9 ทุกคน ที่ร่วมสร้างประสบการณ์ที่ดีด้วยกัน ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 4

แนวเหตุผลและสมมุติฐาน 4

สมมุติฐานการวิจัย 7

ขอบเขตการวิจัย 7

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 7

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 8

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 9

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 9

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 15

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด 19

4. แนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแล 23

5. แนวคิดกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล 25

6. บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย 29

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 31

8. การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 34

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 36

แบบการทดลอง 36

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 37

เกณฑ์การคัดออกจากงานวิจัย 37

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 40
การเก็บรวบรวมข้อมูล 44
รายงานผลการกำกับการทดลอง 47
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 48
การวิเคราะห์ข้อมูล 48
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 51
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 65
สรุปผลการวิจัย 68
อภิปรายผลการวิจัย 69
ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย 74
ข้อเสนอแนะ 74
รายการอ้างอิง 76
ภาคผนวก 82
ภาคผนวก ก ตัวอย่างจดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย 83
ภาคผนวก ข หนังสือการขอรับการพิจารณาจริยธรรม หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้ร่วมวิจัย 86
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย 91
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 99

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมกลุ่มทดลอง จำแนกตามอายุของผู้ดูแล ระดับความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และระดับภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 39
ตารางที่ 2 ตารางกิจกรรมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย..... 50
ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ต่อเดือน..... 52
ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรคมะเร็ง ตำแหน่งการแพร่กระจาย อาการแสดง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับการพึ่งพา..... 54
ตารางที่ 5 ตารางแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง..... 57
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ..... 58
ตารางที่ 7 ตารางแสดงการเปรียบเทียบคะแนนความเครียด ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล..... 60
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ ดังนี้..... 61

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งจัดว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั่วโลก จากการรายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็งของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.2014 พบว่า ประชากรเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่งต่อจำนวนประชากรแสนคน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากการรายงาน พบว่า เป็นกลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนมากที่สุดที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง (American Cancer Society, 2014)

ในประเทศไทย พบ โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ของประชากรไทย ตั้งแต่ พ.ศ.2542 เป็นต้นมา จากสถิติ พ.ศ.2551-2555 พบอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยจากโรคมะเร็งต่อจำนวนประชากรแสนคน คือ คือ 87.6, 88.3, 91.2, 95.2 และ 98.5 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และจากข้อมูลสถิติการเสียชีวิตด้วยสาเหตุของโรคมะเร็งของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2552 พบว่า มีจำนวนของประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากที่สุดเป็นกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ และเป็นผู้สูงอายุเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคมะเร็งและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งสูงขึ้นทุกปี

โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี เป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลรักษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตั้งแต่แรกเริ่มวินิจฉัยจนถึงการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จากข้อมูลสถิติผู้มารับบริการของโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มารับการรักษามีจำนวนที่เพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติตั้งแต่ พ.ศ.2551-2553 พบ 3,232, 11,923, 12,061 ราย ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี, 2555) จากข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะแพร่กระจายของโรคมะเร็ง จะพบมากที่สุดในกลุ่มวัยผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับข้อมูลของ American Cancer Society (2014) ทั้งนี้โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี นับเป็นว่าสถานพยาบาลแห่งแรกของประเทศไทยที่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ชัดเจน มีการแบ่งเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายโดยตรง มีอาคารสถานที่ตั้งอยู่ในสภาพแวดล้อมเหมาะสมแก่การพักฟื้นของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และเอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เพื่อเตรียมพร้อมของครอบครัวสู่การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน สอดคล้องกับหลักการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยตลอดจนถึงครอบครัว

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาในระยะแรก ๆ อาจมีโอกาสทางการรักษาให้หายขาดได้ และสามารถเพิ่มอัตราการอยู่รอดของชีวิตได้นานขึ้น แต่ผู้ป่วยที่เข้าสู่โรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเซลล์มะเร็งได้มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกาย ทำให้มีความซับซ้อนและมีความยากต่อการรักษามากขึ้น โอกาสทางการรักษาให้หายขาดก็น้อยลง (Shirley, 1991; สุมิตรา ทองประเสริฐ และ สิริกุล นภาพันธ์, 2545) ดังนั้นเป้าหมายหลักของการให้การรักษาโรคมะเร็งระยะ

สุดท้ายจึงมุ่งเน้นในการดูแลแบบประคับประคอง (Hanlon et al., 2010; Haddad and Shepard, 2011) ให้การดูแลรักษาร่วมกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว (WHO, 2011) เพื่อเป็นการช่วยผู้สูงอายุเผชิญกับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีชีวิตที่เป็นสุขจนกว่าจะถึงวาระสุดท้าย และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ซึ่งการดูแลมีความครอบคลุมถึงสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้สามารถเผชิญและเตรียมพร้อมต่อการสูญเสียสมาชิกในครอบครัว (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554)

ความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบมากที่สุด คือ อาการปวด (Hanlon et al., 2010; Valeberg and Grov, 2013) การบรรเทาปวดและลดอาการที่ไม่สุขสบายจากการลุกลามของโรคมะเร็งจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด (Laird and Fallon, 2009) ในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย นอกจากความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการของโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแล้ว ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับปัญหาความเสื่อมตามวัยและต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ไปพร้อม ๆ กับการเจ็บป่วยปัจจุบัน หากวาระสุดท้ายของชีวิตยิ่งใกล้มาถึง การดูแลกิจกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุจะลดลง (Kao et al., 2009) เนื่องจากมีสภาพความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งที่กำลังคุกคามและมีความทุกข์ทรมานจากอาการเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณจากผู้ดูแลมากเป็นพิเศษ (บุบผา ชอบใช้, 2536) ผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายนี้จึงจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในช่วยกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิด หากผู้ดูแลขาดการจัดการและการเตรียมความพร้อมในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาจส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวในทุก ๆ ด้าน (รติอร พรกุณา, 2546) เนื่องจากทุกคนในครอบครัวนั้นต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุไปพร้อม ๆ กับการปิดบังข้อมูลผู้สูงอายุไม่ให้รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็ง หรือผู้สูงอายุกำลังเข้าสู่โรคมะเร็งระยะสุดท้าย(ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550; Locatelli et al., 2010) เพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุนั้นเกิดความสบายใจ มีกำลังใจให้ความร่วมมือทางการรักษา ในมุมมองผู้ดูแลในด้านการรับรู้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีจุดมุ่งหมายเพื่อประคับประคองอาการบรรเทาอาการที่รักษาไม่หายขาดจากโรคและอีกไม่นานจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์การสูญเสียสมาชิกในครอบครัวอันที่เป็นเคารพรักของคนครอบครัว (Kutner and Kilbourn, 2009) การรับภาระของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตั้งแต่ที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้าย ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวให้สูงขึ้น ผู้ดูแลจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กับการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เหลือ (วิภา วิเสโส, 2552) เพื่อคงหน้าที่การดำเนินของครอบครัวต่อไป การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ดูแลและการรับภาระที่เพิ่มขึ้นในครอบครัว ล้วนแต่ส่งผลให้ผู้ดูแลนั้นเกิดภาวะเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายตามมาได้ ซึ่งส่งผลกระทบถึงการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล (Hacialioglu et al., 2010) ทำให้ผู้ดูแลบางรายต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ขาดรายได้ในระหว่างที่รับบทบาทผู้ดูแล อาจก่อให้เกิดความรู้สึกที่ไม่เป็นธรรมจากครอบครัวเพราะต้องเป็นผู้ดูแลหลัก (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ความรู้สึกดังกล่าวนี้อาจนำไปสู่ความขัดแย้งและสัมพันธภาพของครอบครัวได้ หากปัญหาของผู้ดูแลนี้ไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลไม่มีประสิทธิภาพที่ผู้สูงอายุควรพึงได้รับจากผู้ดูแล อาจก่อให้เกิดการทำร้ายร่างกายและจิตใจต่อผู้สูงอายุโดยการเพิกเฉยต่อการดูแล

ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Fleming et al., 2006) ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีสาเหตุมาจากผู้ดูแลขาดความมั่นใจ ขาดทักษะการดูแล (พารุณี เกตุกราย, 2550; สุมานี ศรีกำเหนิด, 2552) ขาดการพักผ่อนเพียงพอเพราะต้องดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา (รวี เดือนดาว, 2547) ความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่สูงขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลนั้นขาดความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่สามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุต่อที่บ้านได้ (คัทรียา รัตนวิมล, 2545) นำไปสู่การทอดทิ้งละเลยการดูแลผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียด คือ การแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลได้ประเมินสิ่งแวดล้อมหรือในเหตุการณ์ว่า มีอันตรายหรืออาจคุกคามต่อสวัสดิภาพความปลอดภัยของตนเอง จากการประเมินของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้นว่าเกินกำลังที่ตนเองจะรับมือไหว การขาดแหล่งประโยชน์ที่มากพอ การสนับสนุนและความสามารถในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้สูงอายุจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายนับว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความกังวลต่อความไม่แน่นอนของอาการเปลี่ยนแปลงระยะเวลาการอยู่รอดชีวิตของผู้สูงอายุ การปรับตัวต่อบทบาทในฐานะผู้ดูแล ขาดความเข้าใจ ทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จากสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลขาดงาน ออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุ ขาดรายได้ก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ มีเวลาเป็นส่วนตัวน้อยลง รวมถึงละเลยการดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเจ็บป่วยตามมาจากผลของความเครียด

เมื่อบุคคลเกิดความเครียด จะมีผลต่อการทำงานของต่อมใต้สมอง (hypothalamus) ทำให้สภาพร่างกายเสียสมดุลเนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติและระบบต่อมไร้ท่อโดยเฉพาะที่ต่อมหมวกไต (adrenal gland) จะหลั่งฮอร์โมนadrenaline และฮอร์โมนcortisol ซึ่งเป็นสารชีวะเคมีในร่างกายที่เป็นตัวกระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนของเลือดและกล้ามเนื้อ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง เส้นเลือดฝอยหดตัว ความดันโลหิตสูง เร่งการปลดปล่อยน้ำตาล เข้าสู่กระแสเลือดเพื่อเตรียมเป็นพลังงานส่งผลให้ให้กล้ามเนื้อเกร็งเกิดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (ละออ หุตางกูร, 2534)

การเผชิญความเครียด มี 2 แบบ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) ด้วยการสนับสนุนข้อมูล การสนับสนุนแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยเพิ่มการรับรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ของบุคคล และการจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) ด้วยการสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของบุคคล ที่จะช่วยบรรเทาดูซับความเครียด การที่บุคคลมีแหล่งคอยช่วยเหลือ การรับรู้แหล่งประโยชน์และการสนับสนุนผู้ดูแล จะมีส่วนช่วยให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดนั้นซ้ำ ว่าเหตุการณ์มีความรุนแรงน้อยลง สามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ จึงทำให้ความเครียดต่อเหตุการณ์ลดลง เกิดความรู้สึกท้าทายในการเผชิญปัญหาและมองหาทางแก้ไขเหตุการณ์ (Lazarus and Folkman, 1984) จากการศึกษาการให้ความรู้ (นิตยา คชศิลา, 2548; ศรินยา ฉันทะปรีดา, 2549) การเพิ่มทักษะการดูแล (Porter et al., 2011) และการให้การสนับสนุนทางสังคม (Caress, Chalmers and Luker, 2009) สามารถช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้ ช่วยให้ผู้ดูแลลดความรุนแรงจากการประเมินเหตุการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

จากแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ผู้วิจัยจึงนำมาสร้างโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อให้การสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลจากบทบาทผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถจัดการกับอาการโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ลดการประเมินเหตุการณ์ และเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมุติฐาน

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะต้องรับการรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การลุกลามของโรคมะเร็งและระยะของโรคมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Kao et al., 2009; Locatelli et al., 2010) อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบมากที่สุดคือ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า (Hacialioglu et al., 2010) ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุโรคมะเร็งในระยะนี้จึงจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันมากขึ้น จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า การปรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ภาระที่เพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น การปิดบังความเจ็บป่วย (ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550) ขาดความรู้และทักษะการดูแล (วันทนีย์ นวลละออง, 2553) และมีแหล่งสนับสนุนไม่พอกับความต้องการ การปรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ล้วนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ (วิภา วิเสโส, 2552)

จากทฤษฎีความเครียด ของ Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า กระบวนการตัดสินใจ การประเมินเหตุการณ์ที่คุกคามมีความสำคัญต่อการลดความเครียดจากเหตุการณ์ เมื่อบุคคลมีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมจะสามารถช่วยให้บุคคลเกิดการแก้ไขปัญหา ลดความรู้สึกกดดันต่อเหตุการณ์ การเผชิญความเครียดมี 2 แบบ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) เป็นการแสวงหาแนวทางต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา เช่น การได้รับการสนับสนุนข้อมูล การสนับสนุนแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้บุคคลมีการรับรู้และความเข้าใจต่อเหตุการณ์ได้ดีและนำไปสู่การแก้ไขปัญหา เมื่อปัญหานั้นได้ถูกการแก้ไขจนสำเร็จจะทำให้บุคคลลดความเครียดจากปัญหานั้นตามมา และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused

coping) เป็นแนวทางในการแสดงออกทางด้านอารมณ์เพื่อลดความรู้สึกกดดันต่อปัญหา เช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Caress, Chalmers and Luker, 2009) ส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของบุคคล ซึ่งจะช่วยบรรเทาความรู้สึกดูซับความเครียดจากเหตุการณ์ ลดความรู้สึกกดดันในจิตใจ ดังนั้นการที่บุคคลมีแหล่งสนับสนุนคอยช่วยเหลือ การรับรู้แหล่งประโยชน์จะมีส่วนช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดซ้ำอีกครั้ง ว่าเหตุการณ์นั้นไม่รุนแรงมีความสามารถต่อการควบคุมสถานการณ์นั้นได้ จึงทำให้ความเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดนั้นลดลง ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าวนี้มาสร้างเป็นโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการวิจัย อธิบายขั้นตอนของแต่ละกิจกรรมและขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเซ็นยินยอมร่วมการวิจัย เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจในตัวของพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสในการดูแลผู้สูงอายุที่ใกล้จะเสียชีวิตให้มากที่สุด นอกจากนี้พยาบาลยังมีหน้าที่เป็นสื่อกลางในการช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาทักษะการดูแล เป็นการมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem-focused coping) โดยการประเมินความต้องการและปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแล ความรู้ความเข้าใจและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเดิมของผู้ดูแลเฉพาะราย แล้วนำปัญหาความต้องการของผู้ดูแลมาวางแผนแนวทางการฝึกทักษะการดูแลต่าง ๆ และเตรียมอุปกรณ์ให้เหมาะสม เนื้อหามีความครอบคลุมในเรื่องของการให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเข้าสู่ระยะสุดท้ายและการฝึกพัฒนาทักษะการดูแล ตลอดจนแนวการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและการจัดการกับอาการ ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแล จากนั้นให้การฝึกทักษะการจัดการและการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแก่ผู้ดูแลตามแผนที่กำหนดไว้โดยผู้วิจัย (Porter et al., 2011) ได้ที่ศึกษาเปรียบเทียบการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลในการจัดการกับอาการของโรคมะเร็งปอด ระหว่างการฝึกทักษะการจัดการอาการโดยให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด และให้แผ่นบันทึกข้อมูล (CD) เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่บ้านแก่กลุ่มผู้ดูแล เพื่อนำไปใช้ฝึกการดูแลผู้ป่วยเองที่บ้าน พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะที่ 2, 3 มีความเครียดลดลง และผู้ดูแลได้รับประโยชน์จากการฝึกทักษะการจัดการอาการมากกว่าการให้ความรู้อย่างเดียว ประสิทธิภาพการจัดการ อาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น และ Hendrix and Ray (2006) ได้ศึกษาความเป็นไปได้ในการฝึกอบรมผู้ดูแลเพื่อจัดการกับอาการและการดูแลที่บ้านแบบเฉพาะรายที่ข้างเตียงผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็ง ช่วงที่พักในโรงพยาบาลก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากเสร็จสิ้นการฝึกอบรม ให้กลุ่มตัวอย่างเขียนบันทึกสิ่งที่ได้จากการฝึกอบรม พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นใจเพิ่มขึ้นในการที่จะช่วยผู้สูงอายุจัดการกับอาการมะเร็งและการดูแลต่อที่บ้าน นอกจากนี้ สุวรรธนา จงห่วงกลาง (2549) ได้ศึกษาการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมศักยภาพการดูแล การให้

ความรู้ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การเพิ่มแหล่งประโยชน์ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล สามารถลดความเครียดในผู้ดูแลได้ (กาญจนา ศรีสวัสดิ์, 2553; นิตยา คชศิลา, 2548; ศรินยา ฉันทะปรีดา, 2549)

ขั้นตอนที่ 3 การเข้ากลุ่มสนับสนุน เป็นการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) โดยการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึกและประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ได้รับฟังปัญหาที่คล้ายกันของผู้ดูแลผู้อื่น เสริมสร้างกำลังใจ ลดความกดดันภายในจิตใจจากการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จากงาน ของ Heuvel et al. (2002) ได้ศึกษาผลระยะยาวของกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลและกลุ่มสนับสนุนรายบุคคลโดยการเยี่ยมบ้านในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้กรอบทฤษฎีของ Lazarus and Folkman (1984) ประเมินระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ความรู้ ความมั่นใจ การจัดการกับอาการ ความผาสุก ถึงแม้ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกิจกรรมสามารถลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ไม่แตกต่างกัน แต่มีผลเพิ่มความมั่นใจในความรู้ การเผชิญปัญหา การจัดการกับอาการแก่ผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อาภรณ์ สุวรรณเจษฎาเลิศ (2547)ได้ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองที่ได้รับรูปแบบสุขศึกษาร่วมกับกลุ่มกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จำนวน 4 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลมากที่สุด คือ พฤติกรรมผู้ป่วย ด้านอารมณ์และความรู้สึกและด้านเศรษฐกิจสังคม ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดก่อนการทดลองและหลังการทดลองของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีระดับความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ อรวรรณ แผนคง (2547) ได้ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ใช้ระยะเวลาในการเข้ากลุ่มทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิตสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การที่ผู้ดูแลได้มีความรู้และมีความสามารถในการจัดการกับอาการของผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยก่อนการดูแลต่อที่บ้านจะสามารถลดความเครียดในผู้ดูแลได้ และการสนับสนุนด้านสังคมแก่ผู้ดูแล เช่น การเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล กลุ่มช่วยเหลือผู้ดูแล เป็นต้น จะช่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ลดความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาได้

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง หลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล มีความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง หลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล มีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่มวัดก่อนและหลัง (Pretest- posttest control group design) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการการพัฒนาทักษะการดูแลและเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการการพัฒนาทักษะการดูแลและเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

ตัวแปรตาม คือ ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีการลุกลามของโรคระยะที่ 3 และ 4 ที่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะสำคัญต่าง ๆ เช่น สมอง ปอด ตับ ไต กระดูก ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีเพื่อประคับประคองอาการเป็นหลัก

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด เช่น บุตร หลาน ญาติ พี่น้อง หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น คู่สมรส สะใภ้ เป็นผู้ดูแลหลัก โดยให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน ทั้งในขณะที่ผู้สูงอายุนอนรักษาที่โรงพยาบาลและให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ความเครียดของผู้ดูแล หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลจากการประเมินเหตุการณ์ว่าคุกคามต่อความเป็นสุข มีความรู้สึกหนักใจต่อเหตุการณ์ที่ เกินความสามารถของตนเองต่อการปรับตัวและการเผชิญปัญหา การสร้างความสมดุลระหว่างความต้องการและแหล่งทรัพยากรที่ผู้ดูแลมีอยู่ จะช่วยลดความเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยอาศัยกระบวนการตัดสินใจประเมินเหตุการณ์ซ้ำด้วยสติปัญญา ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI)

โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นรายบุคคล และการจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล โดยใช้กรอบทฤษฎีการเผชิญความเครียด ของ Lazarus and Folkman (1984) ซึ่งใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ทำวิจัยและผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการวิจัย อธิบายขั้นตอนของแต่ละกิจกรรมและขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเซ็นยินยอมร่วมการวิจัย ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและขั้นตอนในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การมุ่งจัดการกับปัญหา (problem-focused coping) โดยประเมินความต้องการและปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ความรู้ความเข้าใจและแนวปฏิบัติในการดูแลเดิมของผู้ดูแลเฉพาะราย แล้วนำปัญหาความต้องการของผู้ดูแลมาวางแผนแนวทางการฝึกทักษะการดูแลต่าง ๆ และเตรียมอุปกรณ์ และเนื้อหาการฝึกพัฒนาทักษะการดูแลมีความครอบคลุมในเรื่องการให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเข้าสู่ระยะสุดท้าย การดูแลผู้สูงอายุและการจัดการกับอาการโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จากนั้นก็ให้การฝึกทักษะการดูแก่ผู้ดูแลตามแผนที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึกและประสบการณ์การดูแล ได้รับฟังปัญหาที่คล้ายกันของผู้ดูแลคนอื่น ๆ เสริมสร้างกำลังใจ ลดความกดดันภายในจิตใจจากการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม มีการติดตามความสามารถในการดูแลและการจัดการความเครียดของผู้ดูแลที่บ้านทางโทรศัพท์ ในทุก ๆ สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 4 สัปดาห์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลประจำการและบุคลากรทางสุขภาพที่ให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในระหว่างที่นอนพักในโรงพยาบาล 14 วัน ประกอบด้วยกิจกรรมการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การสอนการดูแลผู้ป่วยตลอดจนกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการให้ช่องทางการมารับบริการก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1-2 วัน นอกจากกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวแล้วยังมีกิจกรรมเสริมให้แก่ผู้ดูแล เช่น กลุ่มศิลปะบำบัด กลุ่มอาชีวะบำบัด เป็นต้น ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ดูแล

Chulalongkorn University

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำโปรแกรมการะพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลมาใช้ เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลและบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำราต่าง วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ โดยสรุปเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย มีหัวข้อดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
4. แนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแล
5. แนวคิดกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล
6. บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

โรคมะเร็งนับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของทั่วโลก อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งพบได้ทุกเพศ ทุกวัย ในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งมากที่สุดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (American Cancer Society, 2014) สอดคล้องกับข้อมูลสถิติการเสียชีวิตด้วยสาเหตุของโรคมะเร็งของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2556 พบว่ากลุ่มประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากที่สุดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นความต้องการการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีแนวโน้มสูงขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ความหมาย การเปลี่ยนแปลงและแนวทางการดูแลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความหมายของโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้าย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีอาการแสดงต่าง ๆ ที่เป็นการบ่งชี้เห็นว่ามีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน อยู่ในสภาพที่หมดหวัง อาจจะได้รับการพยากรณ์โรคว่าอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน ได้รับประโยชน์จากการดูแลเพื่อประคับประคองมากกว่าการรักษาทางการแพทย์ (รวี เดือนดาว, 2547)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หาย หรือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เคยรับการรักษาให้หายแล้ว ต่อมาเกิดการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง หรือเกิดการกระจายของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ รักษาไม่หาย มีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมหน้าที่ ก่อนที่จะนำไปสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งระยะเวลาในการเข้าสู่วาระสุดท้ายนั้นจะแตกต่างกันไป (สุพัตรา แสงรุจิ, 2548)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและติดตามไประยะหนึ่งแล้ว การพยากรณ์ของโรคค่อนข้างแม่นยำว่าไม่มีทางรักษาให้หายดี เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีการแพร่กระจายไปอวัยวะต่าง ๆ และโรคที่มีการล้มเหลวของอวัยวะสำคัญ ๆ เช่น ปอด หัวใจ ตับ ไต ไขกระดูก พร้อม ๆ กัน 3 ระบบ หรือมากกว่า มีการดูแลเพื่อยืดเวลาการตายออกไปเท่านั้น (มนูญ ลีเชวงวงศ์, 2550)

โรคมะเร็งระยะลุกลาม (Advance Cancer) คือ โรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถึงแม้จะอยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าไม่มีการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะนี้ ยังคงได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว (WHO, 2011)

สรุป ความหมายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย คือ ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลาม ระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะสำคัญต่าง ๆ เช่น สมอง ปอด ตับ ไต กระดูก ไม่สามารถรักษาให้หายขาด มีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมหน้าที่ ก่อนที่จะนำไปสู่วาระสุดท้ายของชีวิตและได้รับการดูแลรักษาเพื่อประคับประคองอาการและคงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

1.2 การเปลี่ยนแปลงและแนวทางการดูแลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่มีความเสื่อมลงตามธรรมชาติ มีความเสื่อมในทุกระบบของร่างกาย ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และโรคเรื้องรังต่าง ๆ ตามมา พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นนอกจากจะต้องเผชิญกับอาการของโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่คุกคามต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตแล้ว ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อันมาจากความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถสรุปได้ 3 ด้าน ดังนี้ (Bisht, 2008; เนติมา ติเยาว์, 2553; ลักษมี ชายเวชช์, 2547; วันดี โภคะกุล, 2543; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, 2546)

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนมากจะมีอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายพร้อม ๆ กันหลายอาการ ซึ่งอาการที่พบมักเป็นอาการที่มีความรุนแรง บางอาการทรุดลง หรือเป็นแล้วหายดีแล้วกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย อาการแสดงของผู้ป่วยระยะนี้จะส่งผลรบกวนการดำเนินชีวิตและการดูแลกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก อาการแสดงทางกายที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร ตามลำดับ นอกจากนี้ปัญหาด้านการหายใจ คลื่นไส้ การนอนหลับ ท้องผูก สับสน สามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุนั้น มีผลทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เหล่านี้ได้ง่าย เนื่องจากระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายผู้สูงอายุนั้นมีความเสื่อมตามวัย จึงมีส่วนส่งเสริมทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายเหล่านี้ได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ อาการที่พบในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีดังต่อไปนี้

1) อาการปวด คือ ความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย และจากประสบการณ์ของผู้ป่วยร่วมกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ความปวดนอกจากจะก่อให้เกิดความทุกข์กับผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสนใจกับเรื่องอื่นได้ ความปวดจะเป็นตัวขัดขวางไม่ให้ผู้ป่วยประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวดนั้น อาจจะเป็นผลมาจากการรักษาที่ผ่านมา เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือจากภาวะร่างกายอ่อนเพลีย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ อาการปวดเมื่อยร่างกาย การจำกัดการเคลื่อนไหว แผลกดทับ อาการไข้ ล้วนแต่ส่งผลทำให้เกิดอาการปวดได้ การแยกชนิดของความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (Hanlon et al., 2010) สามารถแยกออกได้เป็น 1) การเจ็บของเนื้อเยื่อ (Nociceptive pain) ซึ่งเป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของอวัยวะ (Visceral pain) และความปวดที่เกิดจากโครงร่างของร่างกาย (Somatic Pain) พบมากในอาการปวดกระดูก 2) ความปวดที่กำเนิดมาจากเส้นประสาท (Neurogenic pain) คือ ความปวดที่เกิดจากการเส้นประสาทถูกกดทับจากก้อนมะเร็ง หรือการแทรกซึมของไวรัสเข้าสู่เส้นประสาท หรือเส้นประสาทนั้น ถูกทำลายจากการแพร่กระจายของมะเร็ง ลักษณะอาการปวดของ 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกัน ทำให้การพิจารณาในการใช้กลุ่มยาแก้ปวดจึงแตกต่างกัน Nociceptive pain จะตอบสนองได้ดีกับยาแก้ปวดกลุ่มสารอนุพันธ์ฝิ่น (Opioids) ส่วน Neurogenic pain จะตอบสนองกับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ได้น้อยมาก แต่จะตอบสนองดีต่อยากลุ่มกันชัก ยากลุ่มต้านซึมเศร้า หลักสำคัญในการควบคุมอาการปวด คือ การประเมินความปวด การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ซึ่งอาจเกิดภาวะกดการหายใจ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น

2) อาการอาหารไม่ย่อย (Dyspepsia) เป็นอาการที่รู้สึกอึดอัดไม่สุขสบาย หรือมีอาการปวดบริเวณลิ้นปี่ภายหลังจากการรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุมักพบอาการนี้บ่อย เนื่องจากกระเพาะอาหารมีขนาดเล็กลง หรือมีการทำงานของกระเพาะอาหารลดน้อยลง อันมาจากความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุ นอกจากนี้อาจจะเป็นผลมาจากการแพร่กระจายของมะเร็งมาที่ตับ ทำให้ตับโตเกิดการกดเบียดกระเพาะอาหาร ทำให้กระเพาะอาหารมีขนาดเล็กลงมากขึ้น หรือผลจากรังสีรักษาหรือผลจากยาที่ใช้รักษาโรค การดูแลในกรณีที่กระเพาะอาหารหดเล็กลง ควรแนะนำให้ผู้ป่วยงดอาหารว่าง และเครื่องดื่มก่อนเวลาอาหารหลัก ควรแบ่งปริมาณอาหารรับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่ให้บ่อยครั้ง และการใช้ยากลุ่มป้องกันท้องอืดช่วยบรรเทาอาการ

3) อาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomiting) อาการคลื่นไส้อาเจียนที่ควบคุมไม่ได้นั้น จะส่งผลรุนแรงและคุกคามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากมีอาการ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และอาการหายใจลำบากนั้นเพิ่มมากขึ้นตามมา การประเมินความรุนแรง ลักษณะความถี่ เวลาที่มีอาการและอาการอื่น ๆ ที่ร่วมด้วย เป็นสิ่งสำคัญในการค้นหาสาเหตุก่อนพิจารณาการรักษาอาการอาเจียน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ควรสังเกตอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อาการท้องผูก อาการปวด อาการสับสน อาการไอ รวมถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าแคลเซียม และ ค่า BUN เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากอาการคลื่นไส้อาเจียนนั้นอาจจะมาจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ภาวะอุดตันของลำไส้ เป็นต้น การดูแลรักษามีทั้งแบบใช้ยากลุ่มระงับอาการคลื่นไส้อาเจียน ยากลุ่ม antihistamine และแบบที่ไม่ใช้ยา ซึ่งมีรายงานได้ผลดี เช่น การผ่อนคลาย การฝังเข็ม และการกดจุด การดูแลมีดังนี้

3.1) เลือกอาหารที่ผู้ป่วยชอบ (การรับรู้รสชาติของอาหารอาจเปลี่ยนแปลงไปตามการป่วยไข้) รวมถึงชนิดอาหารที่ทำให้มีการคลื่นไส้น้อยลง

3.2) จัดอาหารแต่ละมื้อให้ลดปริมาณน้อยลงและให้รับประทานบ่อยขึ้น

3.3) จัดเครื่องดื่มที่ผู้ป่วยชอบ เช่น น้ำดื่ม น้ำผลไม้ น้ำชา น้ำขิง ซึ่งอาจจะช่วยได้

3.4) ให้ดื่มเครื่องดื่มช้า ๆ และบ่อย ๆ

3.5) หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหาร ลดอาหารมัน ของทอด อาหารรสหวานจัด อาหารที่มีกลิ่นแรง

3.6) หลีกเลี่ยงกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ เช่น กลิ่นอาหาร กลิ่นน้ำหอม กลิ่นห้องน้ำที่กระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้

3.7) ผู้ป่วยที่มีการอาเจียนมากกว่า 1 วัน ลิ้นแห้ง หรือปัสสาวะน้อยลง หรือมีอาการปวดท้อง ให้ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4) อาการท้องผูก (Constipation) ผู้สูงอายุส่วนมากมักจะมีอาการท้องผูกได้ง่าย เนื่องจากมีความเคลื่อนไหวที่ลดลง รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย ยิ่งเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย อาการท้องผูกยิ่งมีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีการใช้ยาที่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการท้องผูกร่วมด้วย เช่น ยากลุ่ม Opioids, Anti-depressants, Anti-cholinergics นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและช่องเชิงกรานเสื่อมถอยลง ส่งผลทำให้มีแรงเบ่งถ่ายอุจจาระน้อยลง จำเป็นต้องใช้ยาระบายช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ นอกจากนี้การดูแลการรับประทานอาหารพวกที่มีกากใยจะช่วยให้อุจจาระมีปริมาณเพิ่มขึ้น และช่วยกระตุ้นให้ลำไส้มีการทำงานเพิ่มขึ้นร่วมกับการดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอสม่ำเสมอ ในกรณีที่ผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่รับประทานอาหารได้น้อย กล้ามเนื้อลีบ ไม่มีแรง การให้สารอาหารที่มีกากใยจึงไม่เหมาะสม เนื่องจากอาจจะเกิดภาวะท้องผูกมากขึ้น ในกรณีที่มีการอุดตันของอุจจาระอาจต้องใช้นิ้วมือในการล้วงหรือควักอุจจาระร่วมด้วย

5) น้ำในช่องท้อง (Ascites) สาเหตุอาจเกิดจากมีก้อนเนื้อในช่องท้อง ตับโต มีแก๊สในลำไส้มากผิดปกติ ลำไส้อุดตัน ท้องผูก ก่อให้เกิดอาการท้องตึง ท้องพองโตได้ การเกิดน้ำในช่องท้องมักเกิดร่วมกับการมีการแพร่กระจายของเชื้อมะเร็งมาที่เยื่อบุช่องท้อง มีการอุดตันของต่อมน้ำเหลืองจากการแทรกซึมของก้อนเนื้อทูม หรือมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งตับ ก่อให้เกิดภาวะ Hypoalbuminemia และในบางครั้งเกิดจากมี portal hypotension ตามมาด้วยการเกิดน้ำในช่องท้อง ทำให้แน่นท้อง อึดอัด ดันกระบังลมทำการหายใจและเคลื่อนไหวลำบาก

6) อาการปากคอแห้ง (Dry mouth) เป็นอาการที่พบบ่อยและก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกับผู้ป่วย โดยมีสาเหตุมาจาก การขาดสารน้ำของร่างกาย การหายใจทางปากในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเกิดเชื้อราในช่องปาก ผลข้างเคียงจากรังสีรักษาบริเวณศีรษะ ลำคอ มีผลทำให้ต่อมน้ำลายมีการหลั่งน้อยลง การดูแลมีดังนี้

6.1) การดูแลทำความสะอาดช่องปากโดยเฉพาะกรณีมีเศษอาหารคั่งค้างด้วยการใช้ไม้พันสำลี ผ้าก๊อซหรือผ้านุ่ม ๆ จุ่มในน้ำเกลือ

6.2) ดูแลให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ (0.9% normal saline) หลังอาหารและก่อนนอน

6.3) ดูแลจัดให้รับประทานอาหารอ่อนเพื่อลดความไม่สบายใจในช่องปาก เช่น โจ๊ก น้ำเต้าหู้ โยเกิร์ต หรืออื่น ๆ ที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าช่วยให้รับประทานสะดวกสบายขึ้น

6.4) ดูแลหลีกเลี่ยงอาหารที่ร้อนหรือเย็นเกินควร หรือมีรสเผ็ดร้อน

7) อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีอาการนี้โดยเฉพาะโรคมะเร็งปอด พบมากและรุนแรงในช่วงสัปดาห์ท้าย ๆ ของชีวิต ในขณะนั่งพักหรือนอนพัก อาการหายใจลำบากประกอบด้วย การหายใจถี่ มีเสียงหายใจครืดคราด เกิดจากการมีเสมหะอยู่ในทางเดินหายใจและปอดในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกลดลง หรือไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถขับเสมหะออกมาได้ เป็นอาการที่พบได้มากที่สุดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว กระสับกระส่าย และทุกข์ทรมานมาก การดูแลมีดังนี้

7.1) การดูแลให้ยาลดสารคัดหลั่ง

7.2) การดูแลให้ยาลดอาการหายใจลำบาก กลุ่ม opioids ช่วยลดอาการหายใจลำบาก ลดการรับรู้ภาวะ breathlessness ทำให้การหายใจช้าลง

7.3) การดูแลให้ยา anti-anxiety drugs เพื่อลดความวิตกกังวล

7.4) การจัดท่านอนศีรษะสูง และนอนตะแคง เพื่อให้เสมหะในช่องปากได้และเปลี่ยนท่าผู้ป่วยบ่อย ๆ ป้องกันการอุดกั้นของทางเดินหายใจจากเสมหะ

7.5) จัดสภาพแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทที่ดี

7.6) ดูแลดูดเสมหะให้เมื่อจำเป็น

7.7) ให้ออกซิเจนเมื่อมีภาวะขาดออกซิเจน ควรให้ทาง nasal cannula เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย พูดคุยได้สะดวก

7.8) ดูแลความสะอาดช่องปาก การหอบเหนื่อยทำให้เกิดปากแห้ง

7.9) การดูแลแบบผสมผสาน เช่น การทำสมาธิฝึกหายใจ จิตนาการบำบัด เป็นต้น

8) การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary Incontinence) เป็นภาวะที่มีปัสสาวะไหลซึมออกมาโดยไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากกลไกของหูรูดผิดปกติ หรือกระเพาะปัสสาวะบีบตัวโดยยับยั้งไม่ได้ หรือมีการรั่วนอกท่อปัสสาวะ เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ต่อมลูกหมากโต ขนาดของกระเพาะปัสสาวะเล็กลง มีผลทำให้เกิดปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ง่าย นอกจากสาเหตุการแพร่กระจายของมะเร็งแล้ว ความเครียด การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ก็มีผลต่อการกลั้นปัสสาวะเช่นกัน การดูแลมีดังนี้

8.1) การแนะนำผู้ป่วยในกรณีที่รู้สึกตัวและครอบครัวเข้าใจผิดความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับการขับถ่ายปัสสาวะ และการดูแลเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย

8.2) การดูแลผิวหนังบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ ทุกครั้งที่เปื้อนปัสสาวะควรทำความสะอาดทุกครั้ง

8.3) การสอนให้ผู้ดูแลอาจใช้ฝ่ามือนวดหน้าท้องผู้ป่วย โดยวางมือทั้งสองข้าง ทาบลงบนหน้าท้องของผู้ป่วยตรงบริเวณสะดือลูบลงมาถึงแนวของกระเพาะปัสสาวะทำ 5-6 ครั้ง แล้วออกแรงกดที่ปลายนิ้วกดลงบริเวณหัวเหน่า

9) แผลกดทับ (Pressure ulcer) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรือไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง มีโอกาสเกิดผิวหนังถูกทำลายจาก

แรงกดทับ แรงดึงรั้ง และแรงเสียดสีทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงผิวหนังบริเวณนั้น ถ้าขาดการดูแลอาจทำให้เกิดแผลถลอกที่เกิดขึ้นเป็นเนื้อตาย และมีอาการเจ็บปวดแผลได้ การดูแลมีดังนี้

9.1) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย

9.2) กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ดูแลจัดเปลี่ยนท่านอนให้ผู้ป่วยโดยมีการหมุนเวียนท่านอนสลับกันอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

9.3) ดูแลให้ผ้าปูที่นอนต้องสะอาด ผ้าปูเรียบตึง

9.4) หลีกเลี่ยงการนวดปุ่มกระดูกโดยเฉพาะที่มีรอยแดงเพราะทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณที่นวดลดลงทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการนวด

9.5) ดูแลทำความสะอาดร่างกายให้สะอาด หลีกเลี่ยงสบู่ที่ทำให้เกิดการระคายเคือง ผู้ป่วยที่มีผิวแห้งควรใช้โลชั่นหรือครีมทาผิวเพื่อป้องกันผิวหนังแตกแห้ง

9.6) ดูแลทำความสะอาดทุกครั้งหลังขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ และสังคม มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ นำไปสู่อุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล การปรับตัวทำให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางลบ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสูญเสียจริงและการสูญเสียที่จินตนาการขึ้น ได้แก่

1) สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากวัยนี้อยู่ในช่วงอายุมาก จึงมีเพื่อนฝูงหรือคู่ชีวิตตายจาก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกแยกหรือพรากจากบุคคลเป็นที่รัก รู้สึกหดหู่เศร้าใจ นำไปสู่การคิดถึงความตายว่าเป็นสิ่งใกล้ตัว และรู้สึกกลัวตายก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2) สูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว บุตรหลานที่เคยอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากัน จะมีครอบครัวและมักจะแยกย้ายไปอยู่ต่างหาก โดยเฉพาะสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง โดยต่างคนต่างอยู่หรือมีการติดต่อร่วมกิจกรรมกันน้อยลงกว่าแต่ก่อน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความรู้สึกเงียบเหงาเปล่าเปลี่ยวและรู้สึกว่าตนมีคุณค่าน้อยลง

3) สูญเสียสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากวัยอันควรที่จะต้องออกจากการทำงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง หรือหมดภาวะหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ เกียรติยศ ชื่อเสียง ความภาคภูมิใจ และสูญเสียคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) รู้สึกหมดหวัง ขาดเสถียรภาพความมั่นคงทางจิตใจ เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ เกิดภาวะซึมเศร้าได้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการตกใจช็อก หมดสติ โกรธ ร้องไห้ หวาดกลัว เศร้าหมอง หมดหวัง เป็นต้น เมื่อได้รับการปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลืออย่างจริงใจ จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับธรรมชาติของการเจ็บป่วยและความตายได้เอง (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554)

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สิ่งที่ผู้สูงอายุตระหนักถึงคือสภาพร่างกายที่มีความเสื่อมถอย ทำให้ความสามารถในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุลดลง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ความสามารถใน

การควบคุมสถานการณ์ของตนเองลดลงตามมา ส่งผลต่อความเชื่ออำนาจภายในตนเองลดลง และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น เชื่อว่าสิ่งที่เกิด เป็นเคราะห์กรรม โชคชะตา แก้ไขเหตุการณ์ต่าง ๆ ไม่ได้ สูญเสียการควบคุม ทำให้ผู้สูงอายุเฉื่อยชา ไม่สนใจดูแลตนเองตามมาได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ , 2554) ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (บุบผา ชอบใช้, 2536)

1) สิ่งที่ให้ความหมายแก่ชีวิต ได้แก่ ศาสนา ลูก หลาน เป็นต้น

2) สิ่งที่เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต ได้แก่ การหายจากโรคและการมีสุขภาพดี การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การมีชีวิตอยู่ให้ยาวนานที่สุด เป็นต้น

3) สิ่งที่ให้ความหวังและกำลังใจ ได้แก่ ศาสนา ความสำเร็จ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น

4) ความเชื่อและค่านิยม ได้แก่ สิ่งที่ทำให้สบายใจ และเป็นสิริมงคลในการดำเนินชีวิต

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุจึงสิ่งหนึ่งที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถแสดงออกมาทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจได้แก่ ความไม่สงบ ทุรนทุราย ประสาทหลอน อาการปวดที่ควบคุมไม่ได้ ความทรมานเกินเหตุ นอนไม่หลับ ฝันร้าย ความน้อยใจ ซึมเศร้า เป็นต้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554) การดูแลทางด้านจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญแก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสงบ มีสติ และตายดีไปสู่สุคติ (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ, 2551)

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งระยะสุดท้ายส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงตามสภาพความเจ็บป่วย จึงจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคนในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจึงนับว่าเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.1 ความหมายของผู้ดูแล มีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2539)

1) ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นญาติ หรือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตแก่ผู้รับการดูแล เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร หลาน พี่น้อง เพื่อน เป็นต้น

2) ผู้รับการดูแล ต้องเป็นบุคคลที่สภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา อยู่ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดการเสื่อมถอย ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและความต้องการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3) มุ่งเน้นที่การให้การดูแลโดยไม่มีค่าจ้าง รางวัล หรือค่าตอบแทน

4) สถานที่ที่ให้การดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือแหล่งชุมชนอาศัย

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้านในลักษณะการดูแลแบบไม่เป็นทางการและไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นลักษณะนายจ้าง ซึ่งในการดูแลผู้ป่วย

แต่ละราย อาจมีทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองช่วยกันทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (วิภา วิเสโส, 2552)

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือเพื่อนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน และให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร ซึ่งผู้ดูแลอาจเป็น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554)

สรุป ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวเดียวกันและอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด เช่น บุตร หลาน ญาติพี่น้อง เป็นต้น มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย เช่น คู่สมรส สะใภ้ เป็นต้น หรืออาจเป็นเพื่อน เพื่อนบ้าน เป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรมในการดูแลมาก่อน ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยความรักและเอื้ออาทร ไม่มีค่าตอบจากการดูแล

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตผู้ดูแลเฉพาะสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นผู้ดูแลที่พบได้บ่อยในสังคมไทย (รติอร พรกุณา, 2546) โดยมีระดับความสัมพันธ์กันทางสายเลือด เช่น บุตร หลาน ญาติพี่น้อง และมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย เช่น คู่สมรส สะใภ้ ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักขณะที่นอนรักษาที่โรงพยาบาล และทำหน้าที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2.2 ผลกระทบจากโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อผู้ดูแล

สภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเลี่ยงไม่ได้ นอกจากผู้ดูแลจะรับภาระด้านร่างกายแล้วยังเป็นผู้ที่รับปฏิกิริยาของผู้สูงอายุมากที่สุด ผู้ดูแลมุ่งให้การดูแลผู้สูงอายุจนละเลยที่จะดูแลตนเอง (รวี เดือนดาว, 2547) หากขาดการจัดการที่ดีอาจส่งผลกระทบกับผู้ดูแล โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน (ชูชื่น ชีวพูนพล, 2541) ดังนี้

1) ด้านร่างกาย ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ดูแลต้องทุ่มเททั้งแรงกายและแรงใจ และการคิดจัดการกับปัญหาเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยมากขึ้นจากสภาวะความกดดันหรือ ความตึงเครียดในการใช้ความพยายามอย่างสูงในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพได้ง่าย เช่น มีไข้ เป็นหวัด ปวดเมื่อยตามร่างกาย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น บางครั้งผู้ดูแลมีความสนใจในตัวเองลดลง (รวี เดือนดาว, 2547) ส่วนใหญ่เห็นว่าปัญหาของผู้ป่วยสำคัญกว่า หรือคิดว่ารอไว้ก่อนได้ ซึ่งการเจ็บป่วยนี้ถ้าเกิดขึ้นเนิ่นนานต่อไป อาจเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและยากต่อการรักษาได้ (ชูชื่น ชีวพูนพล, 2541) นอกจากนี้ การให้การดูแลผู้ป่วยยังทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ดูแลด้านพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่เพื่อลดความเครียดจากการดูแลเวลาในการออกกำลังกายลดลง พักผ่อนไม่เพียงพอ และบางครั้งลืมที่จะรับประทานยาหรือลืมตรวจสุขภาพของตนเอง (รวี เดือนดาว, 2547)

2) ด้านจิตใจและอารมณ์ ภาระในการดูแลและความยุ่งยากในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือความรู้สึกกดดันของผู้ดูแลกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นอยู่ก่อให้เกิดความตึงเครียดของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลเนื่องจากความไม่สมดุลทางอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความรู้สึกวิตกกังวลและมีความไม่มั่นคงในจิตใจ ถูกจำกัดกิจกรรมที่เคยปฏิบัติ (Hacialioglu, 2010) กลัวที่จะต้องสูญเสียผู้ป่วย และรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว เมื่อการสนับสนุนจากบุคคลอื่นลดลงและต้องดูแลผู้ป่วยโดยลำพัง ก่อให้เกิดความซึมเศร้า ความทุกข์ ทรมานและความเครียด โดยเฉพาะในระยะที่

ผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงรุนแรงเพิ่มขึ้น ความทุกข์ทรมานและความเครียดของผู้ดูแลก็มากขึ้นด้วย เมื่อความเครียดรุนแรงมากขึ้น ก็จะนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตใจได้ (ชูชื่น ชีวพูนพล, 2541)ด้านสังคมและเศรษฐกิจ การให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อบทบาทในสังคมและการทำงานของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านการพัฒนาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม บางรายแยกตัวออกจากสังคมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้สังคมตามปกติของผู้ดูแลลดลง เช่น การเยี่ยมเยือนหรือสังสรรค์กับญาติพี่น้องหรือเพื่อน การช่วยงานการกุศลต่าง ๆ การทำงานนอกบ้าน เป็นต้น (ชูชื่น ชีวพูนพล, 2541) ทำให้มีรายได้ในครอบครัวลดลง เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ

3) ด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจะเกิดความรู้สึกไร้อำนาจ ไม่มีพลัง สูญเสีย และหมดความหวังในชีวิตเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤติหรือการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ดูแลมีความต้องการยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อคงไว้ซึ่งความหวัง (รวี เดือนดาว, 2547) จึงมีการแสดงออกด้วยการสวดมนต์ภาวนา หรือการอ้อนวอนต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (วิภา วิเสโส, 2552) ซึ่งเป็นกลไกที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถปรับปรุง หรือแก้ไขปัญหาด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจากบทบาทการดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น และส่งผลกระทบด้านบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล นอกจากนี้ ความศรัทธาจะทำให้ผู้ดูแลพบความหมายของชีวิต สามารถควบคุมจิตใจให้สงบ ลดผลกระทบด้านลบของจิตใจ เช่น ความโกรธ ความกดดัน และความกลัวได้อีกด้วย (บุบผา ชอบใช้, 2536) ผู้ดูแลจึงมีความต้องการหาหนทางที่จะทำให้รู้สึกถึงการมีชีวิตและพบความหมายในสิ่งที่เป็นอยู่ รวมถึงกำหนดเป้าหมายที่ท้าทายที่ตนเองต้องเผชิญขณะให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายนั้น นับว่าเป็นการปรับบทบาทสำคัญของผู้ดูแล เป็นภาระหน้าที่หนักสำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติมาก่อน จึงต้องอาศัยความพยายามและความอดทนที่ค่อนข้างสูงไปพร้อมกับการเผชิญกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ทรุดลงทุกวัน (คัทรียา รัตนวิมล, 2545) ผู้ดูแลจำเป็นจะต้องเรียนรู้เรื่องการเจ็บป่วย และความต้องการการดูแล ทักษะต่าง ๆ ในการดูแล นอกจากนี้ต้องยังเรียนรู้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน การพามาตรวจตามนัด และการให้การช่วยเหลือในเรื่องการเงิน การให้การช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ (สมทรง จุไรทัศนีย์, 2547) คือ

1) การให้การดูแลโดยตรง (direct care service) เช่น การเดินทาง งานบ้าน การพาผู้ป่วยไปรับการรักษา รวมถึงกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้แก่ อาบน้ำ ป้อนอาหาร ขับถ่าย เป็นต้น

2) การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เช่น การพิจารณาความถี่ของการพาผู้ป่วยไปเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม เพื่อการส่งเสริมและการคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมในสังคม

3) การเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับองค์กรที่เป็นทางการ (mediating with formal organization) เช่น ช่วยประสานงานลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ และการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย

4) การให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน (financial assistance)

2.4 สาเหตุความเครียดจากการดูแล

นอกจากผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้สูงอายุแล้ว ผู้ดูแลยังมีชีวิตส่วนตัวและงานที่ตนเองต้องรับผิดชอบอยู่ปัจจุบัน จากภาระงานและการให้การดูแลที่มากขึ้นจึงเป็นสาเหตุของความเครียด สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด (ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 2539) คือ

1) ความเครียดที่มีสาเหตุจากการให้การดูแลโดยตรง (primary stressor) คือ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจากสาเหตุความพร่องทางร่างกาย ความคิด สติปัญญา ความต้องการส่วนบุคคล

2) ความเครียดที่เป็นผลที่ตามมาจากการให้การดูแลที่เกิดขึ้นกับชีวิตของญาติผู้ดูแล (secondary stressor) เช่น ผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และต้องใช้เวลาในการให้การดูแลมาก ทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาสำหรับประกอบอาชีพ เข้าสังคม หรือทำบทบาทตามหน้าที่ของตนเองได้ลดลง เป็นต้น

นอกจากนี้สาเหตุของความเครียดในญาติผู้ดูแลอาจเกิดได้จากความไม่แน่ใจในบทบาทหน้าที่ของตน (คัทรียา รัตนวิมล, 2545) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เช่น การขาดงานบ่อย จนทำให้ขาดรายได้ (พารุณี เกตุกราย, 2550) ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอจนส่งผลต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาวะที่ต้องตัดสินและการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ (ชูชื่น ชีวพูนพล, 2541)

สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความเครียด มี 2 ประการ (Selye, 1976) ดังนี้

1) Non specific stress agent เป็นสาเหตุที่ไม่มีตัวตน มักเกิดมาจากทางด้านจิตใจและสังคม เช่น ความวิตกกังวล ความกดดันจากสังคม การสูญเสีย การล้มเหลว ความคับข้องทางจิตใจ เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่นำพาทำให้เกิดความเครียดได้มาก

2) Specific stress agent เป็นสาเหตุที่สามารถระบุได้ชัดเจน มีตัวตน ได้แก่ ทางฟิสิกส์ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางอุณหภูมิ แสง เสียง เป็นต้น ทางเคมี เช่น ได้รับสารพิษ เป็นต้น ทางจุลินทรีย์ เช่น การรับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย เป็นต้น และทางชีวภาพ เช่น ภาวะเสียสมดุลในร่างกาย

Lazarus and Folkman (1984) แบ่งความเครียดเป็น 3 ประเภท คือ

1) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อคนจำนวนมาก และอยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของบุคคลของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เช่น สงคราม แผ่นดินไหว พายุ อุทกภัย เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อคนบางส่วน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่สำคัญ เช่น การถูกออกจากงาน ความเจ็บป่วย การหย่าร้าง การคลอดบุตร การเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด ซึ่งความเครียดประเภทนี้อาจก่อให้เกิดผลกระทบได้ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

3) ความยุ่งยากประจำวัน (Daily hassle) เป็นเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ น้อย ๆ ของชีวิต ซึ่งเป็นตัวก่อให้เกิดความเครียดอันเนื่องมาจากการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การจราจรติดขัดทำให้ไปทำงานสาย การโต้เถียงกับคู่สมรส เป็นความเครียดที่เป็นเรื่องเล็กน้อย แต่ก่อให้เกิดความทุกข์ได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สาเหตุความเครียดของผู้ดูแลมาจากผลกระจากเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแล โดยให้การดูแลผู้ป่วยควบคู่กับการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ของตนเอง หากผู้ดูแลขาดการจัดการปัญหาและการวางแผนในการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสะสมเรื้อรังจนส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้ให้แนวคิดความเครียดไว้หลายแนวคิด ดังนี้

3.1 ความหมายของความเครียด

Selye (1976) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เมื่อร่างกายถูกควบคุมด้วยความเครียดหรือทำให้เกิดความเครียด ทำให้ร่างกายของเราเปลี่ยนแปลงไป ขาดสมดุลและเมื่อร่างกายถูกคุกคามจะทำให้เกิดการตอบสนอง มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ชีววิทยาและชีวเคมีของร่างกาย และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าก่อให้เกิดความเครียดในแต่ละบุคคลแตกต่างกันตามปัจจัยภายใน เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม ส่วนปัจจัยภายนอก เช่น การรักษาด้วยฮอร์โมน ยาและอาหาร นอกจากนี้ความเครียดหลาย ๆ ชนิดที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ซึ่งจะเพิ่มการกระตุ้นความเครียด มีผลทำให้การต้านทานต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดลดลง

Lazarus and Folkman (1984) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยบุคลิกลักษณะของตนเองส่วนหนึ่ง และตามธรรมชาติของเหตุการณ์ในขณะนั้นว่าความสัมพันธ์เกินขีดความสามารถหรือทรัพยากรที่มีอยู่ ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ และรู้สึกว่าถูกคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อความเป็นสุข

กรมสุขภาพจิต (2542) ให้ความหมายของความเครียดว่า เรื่องของร่างกายและจิตใจที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งคิดว่าไม่น่าพอใจเป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากรที่เรามีอยู่ หรือเกินความสามารถที่เราจะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจและเป็นทุกข์กระวนกระวายใจ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับความรู้สึกว่าตนเองจะได้รับอันตรายในอนาคตได้

สรุป ความเครียด หมายถึง ผลของการประเมินเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้ายว่ามีผลคุกคามต่อความเป็นสุข รู้สึกหนักใจ เกินความสามารถของตนเอง หรือต้องใช้แหล่งทรัพยากรอย่างเต็มที่ต่อการปรับตัวและการเผชิญปัญหา กระบวนการตัดสินใจประเมินเหตุการณ์ด้วยสติปัญญาความสมดุลระหว่างความต้องการและแหล่งทรัพยากรที่ผู้ดูแลมีอยู่ จะช่วยลดความเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

3.2 ทฤษฎีความเครียด

นักทฤษฎีได้ให้ความหมายของความเครียดแตกต่างกัน สามารถสรุปได้เป็น 3 ทฤษฎี ดังนี้

3.2.1 ความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนอง (Stress as response) โดย Selye (1976) ให้ความหมายของความเครียด ว่าเป็นการตอบสนองระหว่างบุคคลกับสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้น (Stressor) จากแนวคิดนี้สามารถสรุปได้ 3 ประการดังนี้

1) การตอบสนองทางร่างกายไม่เฉพาะเจาะจง (Nonspecific) มีผลต่อทุกระบบ (Whole organism) เรียกว่า กลุ่มอาการปรับตัวทั่วไป (General Adaptation Syndrome: GAS)

2) ความเครียดเป็นการตอบสนองทางร่างกายเท่านั้น ไม่ใช่ด้านจิตใจ

3) ความเครียดสามารถเกิดจากสาเหตุการเชื่อว่าเป็นสิ่งดีและไม่ดีได้

3.2.2 ความเครียดเป็นตัวกระตุ้น (Stress as a stimulus) ความเครียดเป็นภาวะที่ทำให้มนุษย์ต้องมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งเหตุการณ์มีทั้งทางบวกและทางลบสามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ เช่น การแต่งงาน การตั้งครรภ์ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว การเสียชีวิต เป็นต้น บุคคลที่ได้รับผลจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ทำให้ชีวิตเกิดการเปลี่ยนแปลงมากอาจจุเกิดการเจ็บป่วยได้สูง (สมจิต หนุเจริญกุล, 2540) ตามทฤษฎีนี้จึงมองว่าความเครียด คือ ตัวกระตุ้น (Stimulus) หรือ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตกับการเจ็บป่วย

3.2.3 ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Transaction model of stress) โดย Lazarus and Folkman (1984) ได้มองความเครียดแตกต่างจากนักทฤษฎีท่านอื่น ๆ ที่กล่าวมา คือ ความเครียดไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม แต่บุคคลและสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อกันเป็นปฏิสัมพันธ์ (Stress viewed as transaction) ในทฤษฎีนี้ประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ความเครียด 2) การประเมินเหตุการณ์ และ 3) การเผชิญความเครียด ซึ่งจะเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม โดยที่เป็นกระบวนการมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กล่าวคือ ความเครียด เป็น เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินตัดสินว่า มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและต้องใช้ทรัพยากรในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังที่ต้องใช้ในการเผชิญปัญหา หรือรู้สึกว่าคุกคามต่อความเป็นสุข การเกิดความเครียดหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับการประเมินเหตุการณ์ว่ามีความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ของบุคคล โดยผ่านกระบวนการตัดสินประเมินด้วยสติปัญญา

3.3 การเผชิญความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียด เป็นการลงมือดำเนินการจัดการกับปัญหา หรือความเครียด ด้วยวิธีการจัดการกับความเครียด โดยมี 2 แบบ คือ

1) การแก้ปัญหาแบบการมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการทำความเข้าใจกับปัญหา พิจารณาปัญหาหาสาเหตุ และหาทางออกของปัญหาด้วยวิธีที่เป็นไปได้ อาจใช้วิธีการเปลี่ยนทัศนะคติและความต้องการ พัฒนาทักษะต่าง ๆ เพื่อนำมาแก้ไขปัญหา เป็นต้น ทำให้บุคคลมีการวางแผน มีขั้นตอนในการดำเนินการ และลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้เพื่อแก้ปัญหานั้นโดยตรง

2) การแก้ปัญหาแบบการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) เป็นความพยายามบุคคลที่จัดการกับอารมณ์ทางลบทั้งหลายที่เกิดขึ้น เช่น ความกลัว ความโกรธ ความเศร้า ความสงสัยไม่แน่ใจ ความคับข้องใจ เป็นต้น

จากการศึกษาการเผชิญความเครียดของ สมใจ เนวชื่น (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยมะเร็งระยะรุกลามมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ คัดเลือกแบบเจาะจงและมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดของผู้ป่วย จำนวน 270 ราย จากผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบเน้นการแก้ไขปัญหา ร้อยละ 74.8 และพบว่าผู้ดูแลมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและสุขภาพจิตปกติ เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดผู้ดูแลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งด้านเผชิญกับปัญหา จัดการกับอารมณ์ เพื่อบรรเทาความเครียดร่วมกัน แต่มีสัดส่วน

ของการเผชิญความเครียดที่เผชิญกับปัญหามากกว่าการจัดการกับอารมณ์ (ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550)

3.4 ผลกระทบจากความเครียด

ผลความเครียดในระดับต่ำและระยะเวลาไม่นานเกินไปนัก จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้นทำสิ่งต่าง ๆ มีความคิดสร้างสรรค์ เกิดการแก้ไขปัญหา สามารถรับมือกับปัญหาได้ดี และตอบสนองกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น มีความเชื่อมั่นและภูมิใจในตนเองมากขึ้น แต่ถ้าความเครียดในระดับรุนแรงและยาวนานอาจก่อให้เกิดผลเสีย ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2542)

3.4.1 ผลเสียทางด้านสรีระ

เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานานจะทำให้สุขภาพร่างกายแย่ลง เนื่องมาจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ฮอร์โมนเป็นสารชีวเคมีสำคัญในร่างกาย ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย ความเครียดมีผลต่อการหลั่งของฮอร์โมน ทำให้การทำงานของร่างกายขาดสมดุล ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย เจ็บปวด หรือทำให้เกิดโรคทางกาย ที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic Disease) เช่น หน้ามืดเป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ แผลในกระเพาะอาหาร โรคหอบหืด ความเครียดที่มีความรุนแรงมาก ๆ อาจมีผลทำให้บุคคลเสียชีวิตหรืออาการของโรคกำเริบ (ละออ หุตางกูร, 2534)

3.4.2 ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์

บุคคลที่มีความเครียดจะมีจิตใจที่หมกมุ่นครุ่นคิดตลอดเวลา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ ขาดความระมัดระวังจนเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุต่าง ๆ ได้ง่าย มีจิตใจที่ขุ่นมัว โมโหง่าย โกรธง่าย ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการจัดการกับชีวิต เศร้า คับข้องใจ วิตกกังวล สูญเสียความภูมิใจในตนเอง ในบางรายที่ตกอยู่ในภาวะเครียดยาวนาน อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548)

3.4.3 ผลเสียทางด้านความคิด

ความเครียดมีผลกระทบต่อความคิดของบุคคล ทำให้เกิดความคิดในด้านลบต่อตนเอง คิดท้อแท้สิ้นหวัง คิดบิดเบือนไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเองและโทษคนอื่น คิดแปลความหมายของสภาพการณ์นั้นผิดพลาด

3.4.4 ผลเสียทางด้านพฤติกรรม

ความเครียดทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป เช่น การเบื่ออาหาร การนอนหลับ การแยกตัวออกจากสังคม การก้าวร้าวไม่เป็นมิตร ความสามารถในการทำงานลดลง และมีการปรับตัวในทางที่ผิด เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ เล่นการพนัน หรือแม้แต่การคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งการกระทำเหล่านี้อาจจะส่งผลร้ายตามมาได้

3.4.5 ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ

ความเครียดก่อให้เกิดการสูญเสียรายได้ จากการขาดงาน หรือผลการทำงานทั้งปริมาณและประสิทธิภาพน้อยลง เมื่อบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยจึงต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บป่วยที่ยาวนานและเรื้อรังมีผลต่อความเครียดจากการดูแล เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงาน ตกงาน ขาดรายได้ ส่งผลต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว

จากผลกระทบดังที่ได้กล่าวมานั้น จะเห็นได้ว่า ความเครียดนั้นส่งผลกระทบต่อบุคคลในแต่ละด้าน ซึ่งมีความเชื่อมโยงกัน และผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นไม่เพียงแต่เกิดต่อบุคคลที่มีความเครียดเท่านั้น แต่ส่งผลกระทบไปสู่บุคคลอื่น ๆ รอบข้าง และสังคมด้วย ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยเรื้อรังมีผลต่อการการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียด และสามารถทำนายการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียด การประเมินสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังว่าคุกคาม มีผลทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2537)

3.5 เครื่องมือวัดความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีแบบวัดความเครียดหลายแบบแตกต่างกันไปตามแนวคิดความเครียด ดังนี้

3.5.1 แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) เป็นแบบวัดแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นมาจากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ สังคมของความเครียด แล้วนำไปตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ โดย 1) ทำการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒินำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 149 คน แล้วปรับปรุงเหลือ 102 ข้อ 2) การหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) ในกลุ่มตัวอย่าง 523 คน เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ คือ ค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyography: EMG) มีความความแม่นตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เมื่ออิงตามค่า EMG 3) การแบ่งระดับความเครียด แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง และรุนแรง การแบ่งใช้คะแนนปกติที (Normalized T-Score) ซึ่งอิงตามค่า EMG เป็นมาตรฐาน 4) การปรับให้เครื่องมือมีขนาดเล็กลงเหลือ 60 ข้อ และ 20 ข้อ แล้วหาคุณภาพของแบบวัดที่ได้ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ปัจจัย เพื่อให้เหลือข้อคำถามน้อยลง ทั้งนี้ข้อคำถามที่เหลือจะต้องมีค่าความเชื่อมั่นคอร์นบาค (Cronbach’s alpha reliability coefficient) มากกว่า 0.7 และยังคงสัมพันธ์กับค่า EMG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แบบวัดความเครียดสวนปรุงมี 3 ชุด คือ ชุด 102 ข้อ 60 ข้อ และ 20 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คำตอบ เป็นมาตราส่วน 5 ระดับ การแปลผล แบบวัดความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ มีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-24 เครียดน้อย คะแนน 25-42 เครียดปานกลาง คะแนน 43-62 เครียดสูง คะแนน 63 ขึ้นไป เครียดรุนแรง

3.5.2 แบบวัดการรับรู้ความเครียดของCohen et al (1983) ตามแนวคิดความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) แปลเป็นภาษาไทยโดย สิริสุดา ชาวคำเขต (2541) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลที่ผ่านมา 1 เดือน มีจำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามทางบวกและทางลบ แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณ 5 ระดับ นำไปหาค่าความเชื่อมั่น วัดซ้ำในระยะเวลา 6 สัปดาห์ กับนักเรียนชั้นมัธยมปลาย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 322 คน 114 คน และกลุ่มเลิกบุหรี่ 64 คน ได้ระดับความเชื่อมั่น 0.84, 0.85 และ 0.86 ตามลำดับ ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ได้นำมาศึกษาระดับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพก โรงพยาบาลศูนย์เชียงราย นำมาตรวจสอบความชัดเจนความถูกต้องของเนื้อหาและความตรงกันจากผู้ทรงคุณวุฒิมีค่า เท่ากับ 0.84 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอร์นบาค ได้ เท่ากับ 0.81

3.5.3 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง สำหรับประชาชนไทย ของกรมสุขภาพจิต (2542) ที่สร้างจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่อให้ทราบระดับความรุนแรงของความเครียด โดยนำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียด 99 คน และกลุ่มที่ไม่มีความเครียด 350 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร นำข้อมูลมาหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอร์นบาค ได้เท่ากับ 0.8628 ค่าจุดตัดที่เหมาะสมของแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง คือ 17 คะแนน ให้ค่าความไวร้อยละ 70.4 ความจำเพาะร้อยละ 64.4

3.5.4 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เนื้อหาของข้อคำถามเกี่ยวกับอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกของบุคคลใน 2 เดือนที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย 0 คะแนน เป็นครั้งคราว 1 คะแนน เป็นบ่อยๆ 2 คะแนน และเป็นประจำ 3 คะแนน มีการแบ่งค่าคะแนนเพื่อแบ่งระดับความเครียดดังนี้ คะแนน 30-60 เครียดสูงกว่าปกติมาก คะแนน 26-29 เครียดสูงกว่าปกติปานกลาง คะแนน 18-25 เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย คะแนน 6-17 เครียดปกติ คะแนน 0-5 เครียดต่ำกว่าปกติอย่างมาก

3.5.5 แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ใช้วัดภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เครื่องมือนี้สร้างโดย Robinson (1983) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก (physical and emotional strain) ด้านสังคม (social strain) ด้านเศรษฐกิจ(financial strain) และด้านการประกอบอาชีพ (occupational strain of caregiving) ที่แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับโดย Sasat (1998) โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหามาแล้วโดยผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือและภาษา การให้คะแนน ถ้าตอบว่า “ใช่” หมายถึง 1 คะแนน และตอบว่า “ไม่” หมายถึง 0 คะแนน ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง การแปลผลคะแนนรวมจากการประเมิน คะแนนมากหมายถึงมีภาวะเครียดมาก ผู้ดูแลที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ถือว่ามีภาวะเครียดสูงกว่าปกติ ซึ่ง วัลลภา ผ่องแผ้ว (2554) ได้นำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้แล้วหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (CSI) เพื่อใช้วัดระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากมีข้อคำถามความเหมาสมและครอบคลุมเกี่ยวกับองค์ประกอบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง

4. แนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแล

ทักษะ (Skill) หมายถึง ความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อ หรือประสาทสัมผัสของร่างกายไปทำงาน ได้ผลงานที่ถูกต้อง ในเวลาที่เหมาะสม ทักษะเกิดจากการฝึกฝนและการใช้บ่อยครั้ง การฝึกฝนจึงเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างทักษะ และการใช้ทักษะบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลเกิดความชำนาญ โดยการฝึกทักษะนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของความรู้ (Knowledge) ซึ่งเป็นข้อมูลข่าวสารซึ่งอยู่ภายในตัวบุคคล โดยการจำและเข้าใจ การจำเป็น การกำหนดหรือนิยายความหมาย รูปร่างลักษณะ ชื่อหรือสัญลักษณ์ไว้ในสมอง เป็นส่วนสำคัญใน การเข้าใจ ซึ่งต้องอาศัยการจำมาผสมผสานเข้าด้วยกัน การฝึกอบรมที่ดี

จะช่วยทำให้ข้อมูลเข้าไปอยู่ในสมองของผู้รับการฝึกให้มากที่สุดจึงจะทำให้ผู้รับการฝึกเกิดการเรียนรู้ ความรู้ในสมองของคนเรานั้น มี 2 ลักษณะ คือ 1) การจำ (Remembering) เป็นการเรียนรู้บางอย่างเพื่อให้ผู้รับการฝึกจำได้ บอกได้ ท่องได้ เช่น สามารถจำได้ว่า ไขควงปากแบนมีลักษณะอย่างไร เป็นต้น 2) ความเข้าใจ (Understanding) คือ การที่ผู้รับการฝึกสามารถอธิบายได้ เช่น ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการใช้เครื่องมือต่าง ๆ เป็นต้น (สุราษฎร์ พรมจันทร์, 2553)

การพัฒนาทักษะ (Skill Acquisition Model) มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ (ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ และคณะ, 2548)

1) ขั้นเริ่มต้น (Novice Stage) ผู้ดูแลที่รับบทบาทผู้ดูแลใหม่ จะทำกิจกรรมการดูแลแบบลองผิดลองถูก แต่หากผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องโรค การรักษา และการดูแลที่ถูกต้อง ผู้ดูแลจะปฏิบัติตามข้อแนะนำทุกขั้นตอนโดยไม่คำนึงถึงบริบทสิ่งรอบข้าง ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียด รู้สึกเป็นภาระ และมองว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ยากลำบาก ดังนั้นช่วงนี้จึงเป็นช่วงที่เหมาะสมในการนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และการเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ดูแล ในขั้นนี้มีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาทักษะอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เข้ามารับบทบาทผู้ดูแลใหม่

2) ขั้นเรียนรู้ (Advanced beginner stage) ในขั้นนี้ผู้ดูแลเริ่มที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ที่นอกเหนือข้อปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร จากการแนะนำของเจ้าหน้าที่ โดยจะผสมผสานกับประสบการณ์ตรงของตนเอง ไปช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว ซึ่งจะมีความแตกต่างกันจากบุคคลสู่บุคคลของตนเอง ผู้ดูแลจะสามารถเรียงลำดับขั้นตอนการดูแลที่ถูกต้องตามข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ เกิดการจดจำข้อมูล และต้องการตรวจสอบความถูกต้องและความมั่นใจในการปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ควรเสริมแรง ชมเชย เมื่อผู้ดูแลปฏิบัติได้ถูกต้อง

3) ขั้นมีความสามารถ (Competence stage) ในขั้นนี้ผู้ดูแลเริ่มกระทำกิจกรรมนั้นด้วยใจและความรู้สึกเริ่มมีการปรับเปลี่ยนหรือประยุกต์วิธีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับลักษณะและข้อจำกัดของตนเอง ผู้ดูแลจะตัดสินแก้ไขปัญหาบนพื้นฐานประสบการณ์ที่ตนเองสั่งสมไว้เป็นหลัก ผู้ดูแลจะรู้สึกท้าทายในการจัดการกับปัญหา พยายามมองหาแนวทางที่เป็นไปได้เพื่อนำมาใช้ในแก้ปัญหา

4) ขั้นชำนาญ (Proficiency stage) ในขั้นนี้ผู้ดูแลเริ่มใช้สัญชาตญาณ (intuitive thinking) ในการทำกิจกรรม การกระทำหรือการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องในการดูแล การกระทำจะเป็นไปด้วยความรวดเร็ว เป็นอัตโนมัติ เริ่มมองเห็นจุดสำคัญของสิ่งที่เป็นประเด็นหลัก ๆ ไม่สนใจสิ่งเล็กน้อย

5) ขั้นเชี่ยวชาญ (Expert stage) ผู้ดูแลจะกระทำตามความคุ้นเคยของตนเองหรือจากประสบการณ์ที่ตนเองสั่งสมมา ผู้ดูแลเริ่มมองว่าการดูแลและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหา แต่จะมองว่าเป็นสิ่งปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลลดความรุนแรงต่อการประเมินเหตุการณ์ ความรู้สึกเครียดในการดูแลลดลงตามมา

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวนี้มาใช้ในการพัฒนาทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นเริ่มต้น (Novice Stage) ประเมินความรู้ความเข้าใจ ปัญหา ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ให้ข้อมูลการดูแล สาธิตการดูแล การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดูแล และการฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลอง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการจดจำ

2) ขั้นเรียนรู้ (Advanced beginner stage) ให้ผู้ดูแลได้การลงมือฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภายใต้การดูแลและคำแนะนำจากผู้วิจัย ให้การเสริมแรง การชมเชย แก่ผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง

3) ขั้นมีความสามารถ (Competence stage) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการหาแนวทางดูแล การประยุกต์ใช้อุปกรณ์การดูแล

4) ขั้นชำนาญ (Proficiency stage) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ใช้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุด้วยตัวเองอย่างเต็มที่ การฝึกให้การดูแลซ้ำ ๆ จนผู้ดูแลเกิดความมั่นใจการดูแล

5) ขั้นเชี่ยวชาญ (Expert stage) ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลและจัดการปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลมากขึ้น

5. แนวคิดกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียด จากการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนที่ผ่านมา พบว่ามีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการลดความเครียด (Caress, Chalmers and Luker, 2009) ซึ่งกลไกในการทำหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะความเครียด มี 2 ลักษณะ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรง (the main effect model) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (buffering effect model) แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดโดยตรง (the main effect model) กล่าวคือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือโดยตรง จำทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (buffering effect model) จะป้องกันไม่ให้บุคคลเกิดความเครียดจนทำให้เกิดความรู้สึกว่าหมดหนทางในการแก้ไขปัญหา การสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ การที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยป้องกันภาวะเครียดได้โดย 1) ช่วยให้บุคคลได้มีการประเมินเหตุการณ์เกิดขึ้นซ้ำอีก ว่าไม่มีความรุนแรง หรือมีความรุนแรงลดลง เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า หากมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นจะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือ หรือช่วยบรรเทาความเครียดให้ลดลงได้ 2) ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายโดยตรง ช่วยให้บุคคลได้มีการแก้ปัญหา ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหา ซึ่งมีผลต่อการทำงานระบบฮอร์โมนทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อความเครียดน้อยลง นอกจากนี้การได้รับข้อมูลจะทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมมากขึ้นเข้าใจในเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น โดยมีการประเมินเหตุการณ์นั้นซ้ำ ทำให้บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ทั้งยังเพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัว และสนับสนุนให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ต่อไป

กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลนั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อให้บุคคลต่าง ๆ ได้ต่อสู้กับวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต ความสัมพันธ์ในเชิงพึ่งพานั้นเป็นสิ่งที่ปกป้องต่อความเครียดได้

สิ่งเหล่านี้ทำให้คนเราได้แปลสถานการณ์ในแนวทางที่แตกต่างและมีความกดดันน้อยลงไป (กาญจนา ไชยพันธ์, 2549) การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนเป็นกิจกรรมหนึ่งที่จัดให้ผู้ดูแลได้มีการพบปะผู้ที่เผชิญสภาพปัญหาเหมือนกัน เพื่อพูดคุยแสดงความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลเพิ่มเติม (Randall, 2010; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554)

5.1 รูปแบบการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

การจัดกระทำการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554)

1) กลุ่มผู้ดูแลหรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (carer's group/self-help group) เป็นการรวมกลุ่มกันเองของผู้ดูแล โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก จัดหาสถานที่ให้มาพบปะพูดคุยกัน และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ได้เข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกัน

2) กลุ่มสนับสนุน (support group) เป็นการรวมกลุ่มของผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่มักขาดความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการดูแล และรักษา หรือไม่ทราบแหล่งให้การช่วยเหลือ ทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัวไม่แน่ใจว่าจะควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ หรือติดต่อประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้องมาให้ความรู้ และนอกจากนี้กิจกรรมในกลุ่มมีการเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ทำให้มีความเข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกัน

5.2 ขนาดของกลุ่ม

มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิกในการทำงานของกลุ่มขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมนั้นปัจจุบันยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ สมาชิกที่เข้าร่วมทำกลุ่มไม่ควรมีมากหรือน้อยเกินไป เพราะสมาชิกกลุ่มที่มีจำนวนมากเกินไปจะขัดขวางกระบวนการกลุ่ม มีเวลาในการทำกลุ่มน้อย ทั้งนี้จากสมาชิกทุกคนไม่มีโอกาสที่จะได้พูด หรือแสดงอารมณ์และความคิดเห็นต่าง ๆ ส่วนจำนวนสมาชิกที่มีน้อยเกินไปจะส่งผลให้สมาชิกเกิดความวิตกกังวล (กาญจนา ไชยพันธ์, 2549) เนื่องจากจำนวนคนน้อยทำให้ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันบ่อยครั้งซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้สมาชิกรู้สึกไม่ปลอดภัย วิตกกังวลในการเข้าร่วมกลุ่มเพิ่มมากขึ้น และถอนตัวออกจากลุ่มในที่สุด ขนาดของกลุ่มที่มีความเหมาะสมที่สุด คือ 7 -10 คน (กาญจนา ไชยพันธ์, 2549)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มมีขนาด 8 -10 คน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถมีปฏิสัมพันธ์กันได้อย่างทั่วถึง และเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

5.3 ลักษณะของกลุ่ม

การจำแนกกลุ่มตามลักษณะการรับสมาชิกกลุ่มสามารถจำแนกได้ 2 ประเภท (จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2542) คือ

5.3.1 กลุ่มปิด (closed group) คือ กลุ่มที่ประกอบด้วย สมาชิกกลุ่มเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม กลุ่มนี้จะเริ่มต้นด้วยสมาชิกจำนวนหนึ่งและพบกันไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีการเปิดรับสมาชิกเพิ่มในระหว่างการเข้าร่วมกลุ่ม ไม่ว่ากลุ่มจะมีบรรยากาศเป็นอย่างไร หรือมีสมาชิกเพิ่มระหว่างการเข้าร่วมกลุ่ม ไม่ว่ากลุ่มจะมีบรรยากาศเป็นอย่างไร หรือมีสมาชิกที่น่าเบื่อหน่ายเช่นใดก็ตาม แต่กลุ่มชนิดนี้จะมีข้อดี คือ กลุ่มจะมีการพัฒนาและก้าวสู่ช่วงเวลาที่มีการแก้ปัญหา ซึ่งความ

เคลื่อนไหวนี้จำเป็นต้องใช้เวลาและความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว การที่มีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางต่อการพัฒนากลุ่มได้

5.3.2 กลุ่มเปิด (open group) คือ กลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไปแล้วและรับมีการเปิดรับสมาชิกใหม่เข้าแทนที่สมาชิกใหม่เป็นระยะ ๆ จนกระทั่งปิดกลุ่ม การเปิดรับสมาชิกใหม่จะกระทำได้ ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มจำนวนน้อยเกินไป สมาชิกขาดหาย สมาชิกลาออก หรือบรรยากาศซบเซา มีสมาชิกที่ไม่ค่อยพูด จำเป็นต้องรับสมาชิกที่พูดและเปิดเผยตนเอง เหล่านี้เป็นเหตุผลของการเปิดรับสมาชิกใหม่ได้ทั้งสิ้น ซึ่งการเปิดรับสมาชิกใหม่นี้จะส่งผลให้กลุ่มได้ประโยชน์ในการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มองโลกในแง่มุมต่าง ๆ ได้หลายคนมองจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้โครงสร้างของกลุ่มเป็นแบบกลุ่มเปิด เพื่อให้กลุ่มเกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนมุมมองในแง่มุมต่าง ๆ ได้อย่างหลากหลาย จากบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเร็งระยะสุดท้าย

5.4 สถานที่

การทำกลุ่มสามารถทำได้ในทุก ๆ ที่จะพบได้บ่อยที่โรงพยาบาล (Randall, 2010) สถานที่ในการทำกลุ่ม ควรเป็นสัดส่วน หรือเป็นส่วนตัว (privacy) สถานที่ควรเป็นสถานที่เงียบสงบ ไม่มีเสียงกลิ่นรบกวน หรือสิ่งที่เบี่ยงเบนความสนใจ และมีบรรยากาศที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ การจัดกิจกรรมกลุ่มควรจัดให้สมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มนั่งเป็นวงกลมซึ่งการนั่งเป็นวงกลมถือเป็นตำแหน่งการนั่งที่ดีที่สุด ที่จะทำให้สมาชิกลุ่มได้เห็นหน้าซึ่งกันและกัน มีการประสานสายตาในระหว่างการสนทนา ได้เห็นปฏิกิริยา การแสดงออกทั้งที่ใช้คำพูดและไม่ใช่คำพูด การประสานสายตาในระหว่างการสนทนาเป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้ (จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2542)

5.5 ระยะเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ทำกลุ่มควรเป็นระยะเวลาที่ว่าง ควรกำหนดเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ควรใช้ครั้งละประมาณ 1-1 $^{1}/_{2}$ ชั่วโมง ความถี่ของการจัดกลุ่มอาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพร้อมของกลุ่ม (Randall, 2010)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการจัดดำเนินการกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันจันทร์ และวันศุกร์ โดยการจัดดำเนินการกลุ่มครั้งละประมาณ 1-1 $^{1}/_{2}$ ชั่วโมง จำนวนทั้งหมด 4 ครั้ง

5.6 บทบาทของผู้นำกลุ่ม (Leader)

พยาบาลควรทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล การจัดตั้งกลุ่ม และดำเนินงานของกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล ดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555)

1) คัดเลือกสมาชิกกลุ่ม ติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพในรายที่ต้องได้รับการส่งต่อในการรักษา

2) กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมประชุม

3) เป็นสมาชิกของกลุ่ม ถ้าพยาบาลเคยมีประสบการณ์เช่นเดียวกันมาก่อน เช่น เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม สมาชิกที่เป็นพยาบาลจะเป็นสมาชิกที่ให้ประโยชน์แก่กลุ่มได้มาก

4) ติดตามประเมินผลการปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก

5.7 บทบาทผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (facilitator)

ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มควรมีจำนวน 1-2 คน มีหน้าที่ดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555)

1) ช่วยเหลือและประสานงานกับหัวหน้ากลุ่ม ในการดำเนินกลุ่ม

2) ช่วยกระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้มีส่วนร่วมในการอภิปราย

3) คอยช่วยดึงสมาชิกกลุ่มให้กลับเข้าสู่ประเด็น

4) ช่วยสอบถามหัวหน้ากลุ่ม หรือ สมาชิกกลุ่ม ในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจ

5) ประเมินความต้องการของกลุ่มเป็นระยะ ๆ เพื่อช่วยให้กลุ่มดำเนินไปอย่างราบรื่น

6) ช่วยให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ พอสมควร ไม่มากจนเกินไป

5.8 บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

สมาชิกกลุ่มมีบทบาทที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าผู้นำกลุ่ม ดังนั้นสมาชิกกลุ่มที่ดีมีหน้าที่ดังต่อไปนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555)

1) คอยกระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจแก่เพื่อนสมาชิก

2) ช่วยลดความขัดแย้ง ลดความตึงเครียดภายในกลุ่ม

3) เป็นนักฟังที่ดี รับฟังความคิดเห็นต่าง ๆ ของเพื่อนสมาชิก

4) กระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มมีการเสนอความคิดเห็น

5) รักษาความลับของเพื่อนสมาชิก

5.8 การดำเนินของกลุ่ม (กาญจนา ไชยพันธ์, 2549; อรวรรณ แผนคง, 2547)

1) ระยะเริ่มต้น หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (introductory phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มกับสมาชิกกลุ่มผู้นำกลุ่มจำต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่มอธิบายให้กลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ของการดำเนินการกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่ แนวทางในการปฏิบัติตัวในการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก และความคิดเห็นอย่างเปิดเผย (self discussion) แลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระและสร้างความไว้วางใจ (trust) ผู้นำกลุ่มต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลดีของการที่สมาชิกได้พูดระบายปัญหาของตนเองให้กลุ่มทราบและผู้นำกลุ่มจะต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจว่าเรื่องที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มจะเป็นความลับของกลุ่ม ซึ่งการแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผยจะนำไปสู่การยอมรับ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการเข้าร่วมกลุ่ม ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที

2) ระยะดำเนินการ (working phase) เป็นระยะที่สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่มทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางอารมณ์ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แนวทางการแก้ไขปัญหาและเปิดเผยตนเองมากขึ้น ระยะนี้สมาชิกจะเริ่มสนใจปัญหาที่แท้จริง ยอมรับปัญหา ต้องการให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกด้วยกันระยะนี้ สมาชิกลุ่มจะเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ทำให้สมาชิกแต่ละคนรู้สึกมีคุณค่าและมีศักดิ์มากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไข ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาบางอย่าง ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที

3) ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (terminating the group) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ระยะนี้เกิดขึ้นในช่วง 10-20 นาที ก่อนการปิดประชุมผู้นำกลุ่ม

จะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาได้ด้วยตนเองต่อไป ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มควรมีการแจ้งสมาชิกกลุ่มล่วงหน้า อย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ และในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเผยความรู้สึก พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม

6. บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่มีช่วงเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างจำกัด เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้พยาบาลมีโอกาสในการสังเกตอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยระยะนี้ รวมถึงปฏิกิริยาของผู้ดูแลต่อเหตุการณ์หมดหวังต่อการรักษา หรือกำลังจะสูญเสียผู้ป่วยในเวลาอันใกล้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รวมถึงผู้ดูแลสามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุขได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ตั้งแต่ภาวะเจ็บป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยสิ้นใจ พยาบาลจึงเป็นส่วนสำคัญต่อการดูแลแระคับประคองให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผ่านพ้นเหตุการณ์สำคัญของช่วงชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยอยู่ภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล

ทัศนีย์ ทองประทีป (2552) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลต่อการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1) พยาบาลควรเรียนรู้และทำความเข้าใจในปฏิกิริยาต่อการรับรู้ข่าวร้ายหรือเหตุการณ์ที่คุกคามต่อความรู้สึกเป็นสุขของญาติผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย

2) พยาบาลควรทำหน้าที่เป็นผู้รับฟังที่ดีต่อเรื่องราวความรู้สึกเป็นทุกข์กังวลใจของญาติผู้ป่วย โดยการเปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่คุกคาม

3) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจในตัวของพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสในการดูแลผู้สูงอายุที่ใกล้จะเสียชีวิตให้มากที่สุด เพื่อเป็นการตอบแทนพระคุณ ชดเชยความรู้สึกผิด และเป็นการกล่าวคำอำลาครั้งสุดท้าย

4) ให้เกียรติและยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยและญาติแสดงออกต่อการรับรู้ข่าวร้าย หรือเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญกับความสูญเสียบุคคลในครอบครัว ซึ่งอาจจะแสดงอารมณ์โกรธ หรือปฏิเสธและการพยายามต่อรองกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

5) พยาบาลสามารถประเมินกลไกการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลได้ เพื่อการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลและส่งเสริมการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

6) พยาบาลมีหน้าที่เป็นสื่อกลางในการช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้ายได้มีโอกาสพูดคุยกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อซักถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษาที่ได้รับ

7) พยาบาลมีบทบาทต่อการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพราะฉะนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ให้ใช้ภาษาที่ฟังเข้าใจง่าย อาจทำให้ผู้ดูแลสับสนเกิดความไม่เข้าใจ แต่ไม่กล้าที่จะซักถา

8) การค้นหาแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อช่วยให้มีความหวังอย่างเหมาะสมและมีกำลังใจต่อสู้กับอาการต่าง ๆ ของมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนสิ้นลมหายใจ เช่น การจัดให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด

นอกจากนี้ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2554) ได้กล่าวถึงการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลนั้นเป็นส่วนหนึ่งในการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อผู้ดูแลซึ่งสอดคล้องตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สามารถจำแนกบทบาทการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1) การพยาบาลระยะเจ็บป่วย

1.1) การให้คำแนะนำผู้ดูแลในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรับการดูแลรักษา ควบคุมอาการ ชะลอการดำเนินตามพยาธิสภาพของโรคส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.2) การแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

1.3) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และเทคนิคการดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วย อาจรู้สึกตกใจ ต้องการคำปรึกษา เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและต้องการคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย

1.4) การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งเป็นการสนับสนุนการให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน ลดความเครียดจากการดูแลได้

1.5) บทบาทในการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนแหล่งประโยชน์ในชุมชนแก่ผู้ดูแลในการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ต่อไป

2) การพยาบาลระยะสุดท้าย

2.1) พยาบาลควรมีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และการมีทัศนะที่ดีต่อการตาย

2.2) การเตรียมญาติให้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและวาระสุดท้ายของผู้ป่วยที่ใกล้จะมาถึง เพื่อให้ญาติได้เตรียมใจและเตรียมการด้านต่าง ๆ เมื่อวาระสุดท้ายเข้ามาถึง โดยเฉพาะ 48 ชั่วโมงสุดท้าย ญาติอาจหวาดกลัวการตาย รู้สึกผิด ลังเลต่อการรักษาต่อไปหรือยุติการรักษา เกิดความเครียด อึดอัด พยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลแก่ญาติเป็นระยะ ๆ

2.3) การส่งเสริมให้ผู้ดูแลรวมถึงสมาชิกทุกคนในครอบครัวเกิดการสื่อสารกับผู้ป่วย ถึงแม้เป็นการสื่อสารทางเดียวซึ่งการได้ยินเป็นสิ่งสุดท้ายที่จะสูญเสียไป

3) การพยาบาลระยะที่ผู้ป่วยเพิ่งเสียชีวิต

3.1) การอยู่เป็นเพื่อนผู้ดูแลและญาติอย่างสงบและให้การปลอบโยน จัดสถานที่ที่เงียบ ๆ แก่ผู้ดูแล เพื่อให้จิตใจสงบ ช่วยให้ผู้ดูแลได้ก้าวผ่านเหตุการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก คลายความเศร้าโศก เพื่อกลับมาดำเนินชีวิตอย่างปกติได้โดยเร็ว

3.2) การให้คำแนะนำและข้อมูลแก่ผู้ดูแลและญาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติในการแจ้งการตาย การเตรียมเอกสาร และขั้นตอนในการติดต่อ

4) การพยาบาลภายหลังการเสียชีวิต

4.1) การไปร่วมงานศพหากเป็นไปได้ เพื่อเป็นการแสดงถึงการเอาใจใส่ดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่ผู้สูญเสีย

4.2) การวางแผนเยี่ยมบ้านภายใน 10 วันหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

4.3) การเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมอยู่ที่บ้าน เพื่อเป็นการช่วยให้รู้สึกสบายใจและยอมรับกับการสูญเสีย

4.4) การกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กลุ่มสนับสนุนจิตใจ เป็นต้น

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุทธินี วัฒนกุล (2547)ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใหม่ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอินทร์บุรี จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลหลังจากทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อาภรณ์ สุวรรณเจษฎาเลิศ (2547) ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 30 ราย ซึ่งใช้เป็นกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองที่ได้รับรูปแบบสุขศึกษาร่วมกับกลุ่มกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จำนวน 4 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.7 และมีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 3.3 สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลมากที่สุด คือ พฤติกรรมผู้ป่วย ด้านอารมณ์และความรู้สึก และด้านเศรษฐกิจสังคม ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดน้อยที่สุด คือ ระบบบริการสุขภาพจิต เมื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดก่อนการทดลองและหลังการทดลองของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีระดับความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นิตยา คชศิลา (2548) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีในระยะที่มีอาการ ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน และความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ

หลังได้รับโปรแกรมมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวรรธนา จงห่วงกลาง (2549) ศึกษาการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลร่วมกับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย ให้โปรแกรมส่งเริมศักยภาพที่บ้านเป็นรายบุคคล โดยประกอบด้วยการส่งเสริมศักยภาพการดูแล การให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ความเป็นภาระเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองลดลง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศรินยา ฉันทะปรีดา (2549) ศึกษาผลการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อการลดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองละกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะมีความเครียดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับโปรแกรมมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรวรรณ แผนคง (2547) ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 10 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยมีระยะเวลาในการเข้ากลุ่มทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นไปแล้ว 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีภาระ และแบบประเมินความผาสุกในชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ต่ำกว่า ระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระต่ำกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิตสูงกว่าก่อนระยะทดลอง ทั้งระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กาญจนา ศรีสวัสดิ์ (2553) ศึกษาผลของการให้ความรู้และการฝึกผ่อนคลายต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) เป็นกรอบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 26 ราย ซึ่ง

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้ความรู้และการฝึกผ่อนคลาย เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ความรู้และการฝึกผ่อนคลายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และคะแนนเฉลี่ยความเครียดหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ความรู้และการฝึกผ่อนคลายต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ความรู้และการฝึกผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Ducharme, Lebel, Lachance and Trudeau (2006) ศึกษาผลของทางเลือกและกิจกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ ใช้รูปแบบการวิจัยผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ และการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่สถานดูแลสุขภาพในชุมชนที่มีเจ้าหน้าที่ดูแล จำนวน 81 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 42 ราย และกลุ่มควบคุม 39 ราย กลุ่มทดลองทั้งผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมรูปแบบการจัดการความเครียด ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) จากการศึกษา กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังที่ได้รับโปรแกรมผลการจัดการความเครียด พบว่า ในกลุ่มผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นสิ่งท้าทาย สามารถควบคุมเหตุการณ์ด้วยตนเองและจากสิ่งต่าง ๆ การเผชิญแบบการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Porter et al. (2011) ศึกษาเปรียบเทียบการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแลมะเร็งปวด ระหว่างการฝึกทักษะด้วยคู่มือการจัดการอาการ และแผ่นบันทึกข้อมูล CD เพื่อให้ผู้ดูแลนำไปฝึกที่บ้าน ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการอาการปวด อาการเหนื่อยล้า การหายใจสั้น ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ และอาการแสดงของมะเร็งปอด กับ การสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด เป็นการวิจัยเชิงการทดลองทางคลินิกแบบมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 1, 2 และ 3 จำนวน 233 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะการจัดการอาการ 81 ราย ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มผู้ดูแลมะเร็งปอดระยะที่ 1 จำนวน 46 ราย และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 2, 3 จำนวน 25 ราย และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนข้อมูล จำนวน 89 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มผู้ดูแลมะเร็งปอดระยะที่ 1 จำนวน 51 ราย และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 2, 3 จำนวน 32 ราย แล้ววัดคุณภาพชีวิตความเครียดผู้ดูแล และประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยการจัดการด้วยตนเอง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 2, 3 ได้รับประโยชน์จากการฝึกทักษะการจัดการอาการมากกว่าการสนับสนุนความรู้ ผู้ดูแลมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยการจัดการด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ความเครียดลดลงหลังจาก 4 เดือน

Heuvel et al. (2002) ศึกษาผลระยะยาวของกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลและกลุ่มสนับสนุนรายบุคคลโดยการเยี่ยมบ้าน ในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ว่ากลุ่มใดจะได้รับประโยชน์ในการเข้ากลุ่มมากกว่ากัน ใช้กรอบทฤษฎีของ Lazarus and Folkman (1984) ประเมินระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ความรู้ ความมั่นใจ การจัดการกับอาการ ความผาสุก ศึกษากลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล จำนวน 92 ราย กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนรายบุคคลโดยการเยี่ยมบ้าน 40 ราย และกลุ่มควบคุม 33 ราย ระยะเวลาในการศึกษานาน 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า

ทั้งสองกิจกรรมสามารถลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม แต่ทั้งสองกิจกรรมมีผลเพิ่มความมั่นใจในความรู้ การเผชิญปัญหา การจัดการกับอาการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

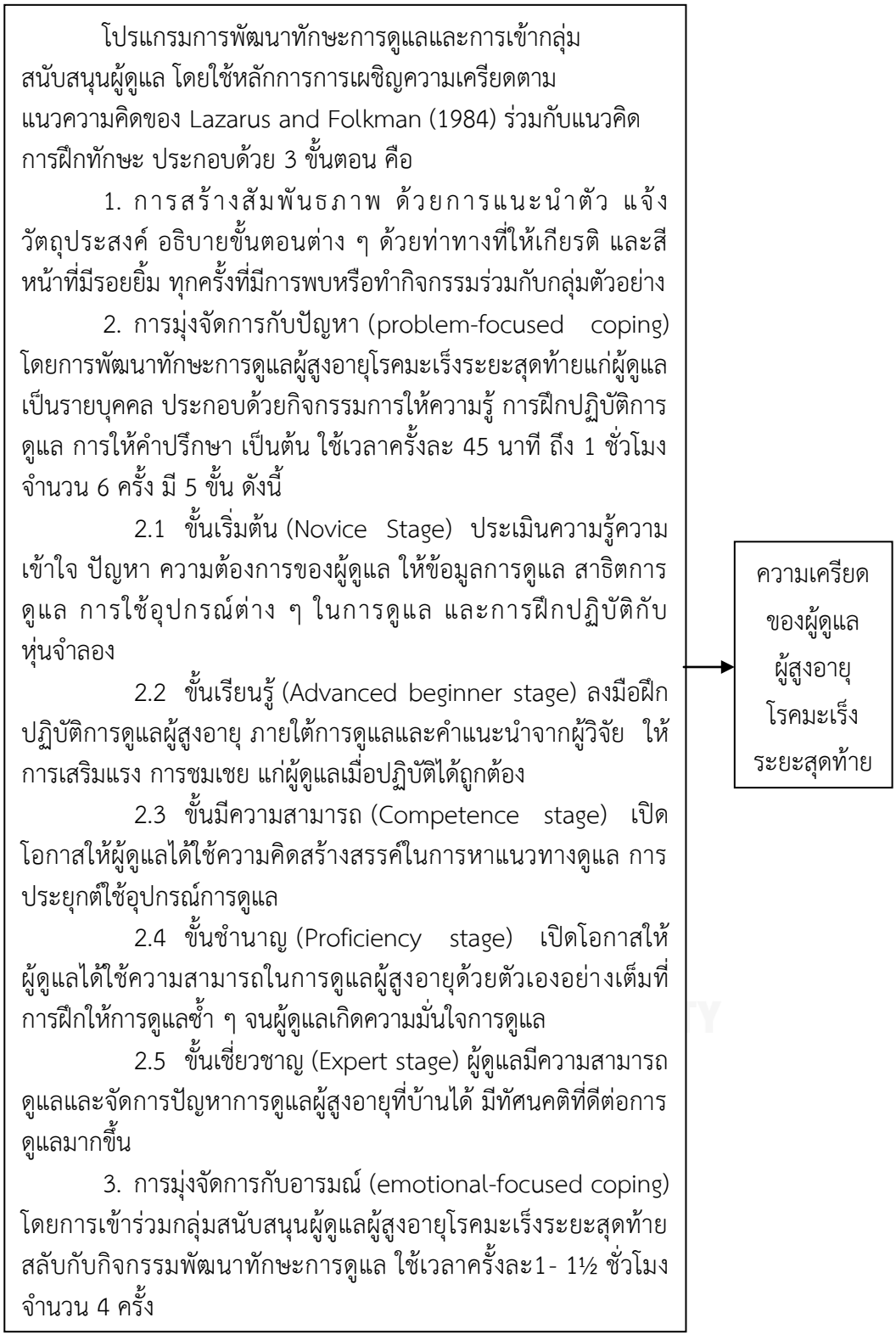
McLean et al. (2008) ศึกษาผลของการให้การพยาบาลคู่สมรสต่อการเพิ่มหน้าที่คู่สมรสและความทุกข์ระทมทางจิต อาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกับคู่สมรสที่เป็นผู้ดูแล ศึกษาทั้งหมด 16 คู่ ซึ่งจะได้รับการบำบัดคู่มุ่งที่อารมณ์ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ วัดประเมินการทำหน้าที่คู่สมรส อาการซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง ทั้งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและคู่สมรสที่เป็นผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่คู่สมรสในกลุ่มตัวอย่างทั้งคู่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับและลดอาการซึมเศร้า ความทุกข์ระทมทางจิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มากกว่าผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Hendrix and Ray (2006) ศึกษาความเป็นไปได้ในการฝึกอบรมผู้ดูแลเพื่อจัดการกับอาการและการดูแลที่บ้านแบบเฉพาะรายที่ข้างเตียงผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง ช่วงที่พักในโรงพยาบาล โดยใช้กรอบทฤษฎีของ Bandura กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเพศหญิง 7 คน ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง โดยฝึกปฏิบัติการจัดการกับอาการของมะเร็งและการดูแลที่บ้าน ที่ข้างเตียงผู้สูงอายุก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากเสร็จสิ้นการฝึกอบรม ให้กลุ่มตัวอย่างเขียนบันทึกสิ่งที่ได้จากการฝึกอบรม พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นใจเพิ่มขึ้นในการที่จะช่วยผู้สูงอายุจัดการกับอาการมะเร็งและการดูแลต่อที่บ้าน ผู้ดูแลชอบการฝึกอบรมแบบเฉพาะราย เพราะมีเนื้อหาในการฝึกอบรมตรงกับปัญหาและความต้องการในด้านความรู้ของผู้ดูแลอย่างแท้จริง ตารางการฝึกอบรมมีความยืดหยุ่นทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีส่วนร่วมในการกำหนดตารางการฝึกได้ ทำให้การฝึกมีความสอดคล้องกับความต้องการและสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ

8. การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการลดความเครียดในผู้ดูแล ดังข้างต้นสรุปได้ว่า การให้ข้อมูล การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนทางสังคม การฝึกทักษะการจัดการเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย การสนับสนุนเยี่ยมอย่างมีแบบแผน การฝึกอบรมผู้ดูแล กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือผู้ดูแล และกิจกรรมการสนับสนุนผู้ดูแล สามารถลดความเครียดในผู้ดูแลได้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการลดความเครียดในผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งต่าง ๆ นำมาสร้างเป็นโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุ และช่วยให้ผู้ดูแลได้มีแนวทางในการจัดการกับปัญหาการดูแลและการจัดการกับความรู้สึกเครียดที่เกิดจากการดูแล นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มความสามารถและทักษะด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน รวมจำนวน 40 คน กำหนดให้ระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมนาน 6 สัปดาห์ กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1-2 กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล 10 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 3-5 จะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนสิ้นสุดโปรแกรม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แบบการทดลอง

กลุ่มควบคุม O_1 ——————————— O_2

กลุ่มทดลอง O_3 ——————X —————— O_4

X หมายถึง โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

O_1 หมายถึง ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_2 หมายถึง ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_3 หมายถึง ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

O_4 หมายถึง ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล และเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี และเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องตลอดจนถึงที่บ้าน ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ.2556 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คนโดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ (inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

1.1 เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ แบ่งเป็นมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้สูงอายุ เช่น บุตร หลาน ญาติพี่น้อง หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น สามี ภรรยา ลูกสะใภ้ หลานสะใภ้ โดยให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งขณะที่นอนรักษาในโรงพยาบาล และต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

1.2 ไม่เป็นโรคร้ายแรงที่อยู่ในช่วงแสดงอาการ เช่น โรคหัวใจ โรคปอด และโรคเอดส์

1.3 สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี อ่านและเขียนภาษาไทยได้

1.4 ไม่เป็นโรคทางจิตเวช

1.5 มีระดับคะแนนความเครียดที่สูงกว่าปกติ โดยใช้แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI)

2.6 มีความสมัครใจร่วมในการวิจัย

2. กำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2.2 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 หรือมีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะสำคัญในร่างกาย

2.3 เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยการฉายรังสีในโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ทางการรักษาเพื่อประคับประคองอาการเท่านั้น

เกณฑ์การคัดออกจากงานวิจัย

1. ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพภายหลังจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามระยะเวลากำหนด

2. ผู้ดูแลได้สิ้นสุดบทบาทการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายลงอันเนื่องมาจากผู้สูงอายุเกิดการเสียชีวิตในระหว่างร่วมโปรแกรมการวิจัย

Chulalongkorn University

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยหลักการการกำหนดตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลอง ของ Polit and Beck (2004) กล่าวคือ อย่างน้อยที่สุดกลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวน 30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน เพื่อเป็นการป้องกันข้อมูลสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มจำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

สำหรับขนาดของกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (Support Group) กำหนดให้มีสมาชิกมากที่สุดไม่เกิน 10 คน (กาญจนา ไชยพันธ์, 2549) จึงจะทำให้กลุ่มเกิดปฏิสัมพันธ์และเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้จึงแบ่งกลุ่มทดลองในการทำกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล ออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน และมีเป็นลักษณะกลุ่มเปิด ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน รวมจำนวนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน

การกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของงานวิจัยครั้งนี้ ได้จัดการดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีความใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) โดยมีลักษณะคล้ายคลึงกันดังนี้

1. ผู้ดูแลควรมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดของบุคคล ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย (ชูชื่น ชีวพูนพล, 2541; ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548)

2. ระดับความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุควรอยู่ในระดับเดียวกัน เนื่องจากระดับความสัมพันธ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการจัดการความเครียด (สมใจ เนวชื่น, 2547)

3. ระดับภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุขณะอยู่โรงพยาบาลควรอยู่ในระดับเดียวกัน เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับภาวะพึ่งพา ดังนั้นกิจกรรมการดูแลที่แตกต่างกันของผู้ดูแลอาจส่งผลต่อการเกิดความเครียดได้ เช่น การดูแลสวมใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วย การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากบทบาทกาเป็นผู้ดูแลได้ (ธีรภัทร์ นาชิต, 2547)

4. มีคะแนนความเครียดก่อนการทดลองของผู้ดูแลไม่ควรแตกต่างกันเกิน 5 คะแนน เนื่องจากมีส่งผลโดยตรงต่อการแปลผลต่อคะแนนความเครียดหลังการทดลอง (ศรินยา ฉันทะปรีดา, 2549)

ผลการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง 20 คู่มีลักษณะแสดงในตารางที่ 1 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมกลุ่มทดลอง จำแนกตามอายุของผู้ดูแล ระดับความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และระดับภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

คู่ที่	อายุของผู้ดูแล (ปี)		ระดับความสัมพันธ์ผู้สูงอายุ		ระดับภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ		คะแนนความเครียด	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	40	45	บุตร	บุตร	Total	Total	9	10
2	57	60	ภรรยา	ภรรยา	Moderately	Moderately	8	9
3	38	41	บุตร	บุตร	Severe	Severe	11	9
4	65	60	พี่	น้องสาว	Moderately	Moderately	8	10
5	67	63	สามี	ภรรยา	Moderately	Moderately	8	9
6	52	47	บุตร	บุตร	Total	Total	10	10
7	75	71	ภรรยา	ภรรยา	Total	Total	9	8
8	51	55	ภรรยา	ภรรยา	Total	Total	10	8
9	41	44	บุตร	บุตร	Severe	Severe	8	10
10	44	40	ลูกสะใภ้	ลูกสะใภ้	Moderately	Moderately	8	9
11	65	68	สามี	สามี	Total	Total	11	10
12	55	50	บุตร	บุตร	Total	Total	9	8
13	24	26	หลาน	หลาน	Severe	Severe	9	8
14	48	47	ภรรยา	ภรรยา	Severe	Severe	8	9
15	43	40	ลูกสะใภ้	ลูกสะใภ้	Total	Total	7	9
16	34	38	บุตร	บุตร	Total	Total	11	8
17	53	50	ภรรยา	ภรรยา	Moderately	Moderately	10	9
18	35	34	หลาน	หลาน	Severe	Severe	9	10
19	48	48	บุตร	บุตร	Total	Total	8	10
20	65	67	ภรรยา	ภรรยา	Severe	Severe	10	8

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้สูงอายุต่อวัน และการประเมินระดับความเครียดด้วยตนเอง

1.1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรคมะเร็ง ระยะของมะเร็ง การกระจายของมะเร็ง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยด้วยมะเร็ง วันที่เข้ารับการรักษาครั้งล่าสุดการรักษาที่เคยได้รับ และแผนการรักษาของแพทย์ในครั้งนี้

1.2 แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติเชิงดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล ในแต่ละกิจกรรมจะบ่งชี้ถึงความสามารถในการอยู่เป็นอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพาอาศัย เช่น การรับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัวใส่เสื้อผ้า ลุกจากเตียง เดินไปมา เดินขึ้นบันได เดินเข้าห้องน้ำได้ด้วยตัวเอง และกลั้นอุจจาระปัสสาวะ โดยประเมินว่าทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตัวเองทั้งหมด หรือทำได้โดยมีผู้ช่วย หรือทำไม่ได้เลย การที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้จะสะท้อนภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ ต้องการผู้ดูแล แบบประเมินมีทั้งหมด 10 กิจกรรม ผลรวมคะแนนสามารถบ่งชี้ระดับภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ 4 ระดับ ดังนี้

0 – 4 = Very low initial score (total dependence)

5 – 8 = Low initial score (severe dependence)

9 – 11 = Intermediate initial score (moderately severe dependence)

12 + = Initial high (mild severe dependence, consideration of discharging home)

1.3 แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ของ Robinson (1983) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก (Physical and emotional strain) ด้านสังคม (Social strain) ด้านเศรษฐกิจ (Financial strain) และด้านการประกอบอาชีพ (Occupational strain of caregiver) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Sasat (1998) และแปลย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา เคยถูกนำมาใช้วัดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การให้คะแนน ถ้าตอบว่า “ใช่” หมายถึง 1 คะแนน และตอบว่า “ไม่” หมายถึง 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมจากการประเมิน มากกว่า หรือ เท่ากับ 7 คะแนน ถือว่าผู้ดูแลมีความเครียดสูงกว่าปกติ ซึ่ง วัลลภา ผ่องแผ้ว (2553) ได้นำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้แล้วหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เนื่องจากแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานและเคยถูกนำมาใช้แล้ว ดังข้อ 1.3 ผู้วิจัยจึงไม่นำส่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สำหรับแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้ผ่านการพิจารณาการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน คือ แพทย์คลินิกควบคุมอาการปวด จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็ง จำนวน 1 คน และนักบำบัดจิตวิทยา จำนวน 1 คน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเนื้อหา ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับแก้ ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ควรเพิ่ม ลูกสะใภ้ หรือ หลานสะใภ้ เข้าไปด้วย เนื่องจากในปัจจุบันมักจะพบกลุ่มคนเหล่านี้เป็นผู้ดูแลหลัก ควรเพิ่มระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุด้วย เพื่อดูว่าเป็นผู้ดูแลหลักและรู้จักผู้ป่วยมานานพอสมควร ควรเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวของผู้ดูแล ระดับความเครียด และความสามารถในการจัดการความเครียด

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ควรตัด ระยะที่ 1 และ 2 ออกไป เพราะศึกษาในโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจาก แนวทางการรักษาในระยะที่ 1 และ 2 นั้นไม่สอดคล้องกับการรักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ควรเจาะจงเป็น ระยะที่ 3 และ 4 เพิ่มอาการสำคัญในปัจจุบันผู้สูงอายุ คำว่า การกระจายของโรค ควรใช้คำใหม่ เพราะโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีการกระจายอยู่แล้ว คำว่า “รู้หรือไม่” ควรใช้คำว่า “ไม่ทราบ” หรือ “ทราบ” แทนคำว่า “มี” หรือ “ไม่มี” ควรเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับประวัติโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นต้น เนื่องมีผลต่อภาวะพึ่งพิงและมีการดูแลซับซ้อนกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติทางโรคจิตเวช

การหาความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (CSI) ไป try out กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ที่โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76 และนำไปหาความเที่ยงซ้ำอีกครั้งในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามหลักการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

2.1.1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลและการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้กรอบทฤษฎีของ Lazarus and Folkman (1984) ตามหลักการเผชิญความเครียดแบบการมุ่งจัดการกับปัญหา (problem – focused coping) และ การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional – focused coping) มาสร้างเป็นโปรแกรมในการลดความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย

2.1.2 กำหนดการดำเนินกิจกรรม จากหลักการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) นำมาประยุกต์สร้างเป็นโปรแกรมลดความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การมุ่งจัดการกับปัญหา (problem – focused coping) โดยกิจกรรมการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแก่ผู้ดูแล และ 3) การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional – focused coping) โดยกิจกรรมการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

2.1.3 สร้างโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย กำหนดเนื้อหาและกิจกรรมให้ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและการผ่อนคลายความเครียด โดยจัดทำในรูปแบบของแผนการสอนแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และคู่มือการทำกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การดำเนินกิจกรรมมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ทำวิจัยและผู้ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการวิจัย อธิบายขั้นตอนของแต่ละกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การมุ่งจัดการกับปัญหา (problem – focused coping) จากการประเมินความต้องการและปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ความรู้ความเข้าใจและแนวปฏิบัติในการดูแลเดิมของผู้ดูแลเฉพาะราย แล้วนำปัญหาความต้องการของผู้ดูแลมาวางแผนแนวทางการฝึกทักษะการดูแลต่าง ๆ และเตรียมอุปกรณ์ ในเนื้อหาการฝึกพัฒนาทักษะการดูแลมีความครอบคลุมในเรื่อง การให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุมะเร็งเข้าสู่ระยะสุดท้าย การดูแลผู้สูงอายุและการจัดการกับอาการโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จากนั้นก็ให้การฝึกทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลตามแผนที่กำหนดไว้โดยผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional – focused coping) โดยการส่งเสริมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึกและประสบการณ์การดูแล ได้รับฟังปัญหาที่คล้ายกันของผู้ดูแลผู้อื่น เสริมสร้างกำลังใจ ลดความกดดันภายในจิตใจจากการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หลังจากนั้นมีการติดตามผลการทดลอง ผู้ดูแลกลับไปให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อที่บ้าน ผู้วิจัยมีการติดตามความสามารถในการดูแลและการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์ ในทุก ๆ สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนถึงสัปดาห์ที่ 6

2.2 จัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นเอกสารรูปเล่มที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายรวมถึงผลกระทบของความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด โดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและปรึกษาแพทย์และผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อการจัดทำคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำคู่มือนี้กลับไปทบทวนแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย อาการและอาการแสดง แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เนื้อหาในคู่มือนี้มีความสอดคล้องกับแผนการสอน และแจกให้แก่กลุ่มทดลองคนละ 1 เล่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อย ใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันร้อยละ 80 เครื่องมือที่ใช้ในดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย แผนการสอนแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และคู่มือการทำกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยนำไปให้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน คือ แพทย์คลินิกควบคุมอาการปวด จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็ง จำนวน 1 คน และนักบำบัดจิตวิทยา จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ และผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลแล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับแก้ ดังนี้

1. แผนการสอนแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การใช้ภาษาเข้าใจยากสำหรับผู้ดูแล ควรบอกอาการที่แสดงที่ผู้ดูแลสังเกตได้เองง่าย ๆ เช่น อาการอาหารไม่ย่อย อาจใช้คำว่า อาการอืดอัด แน่นท้อง ในส่วนอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ควรใส่เนื้อหาการดูแลเข้าไปด้วย และสอนการดูแลไปพร้อม ๆ กับอาการเปลี่ยนแปลง การสอนทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ควรแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ การดูแลอาการปัจจุบันของผู้สูงอายุ การดูแลเมื่อผู้สูงอายุใกล้เสียชีวิต และการจัดการเมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต ควรเพิ่มรายละเอียดการดูแลตนเองของผู้ดูแลเมื่อมีความเครียด ที่สามารถนำไปใช้ได้เองที่บ้าน ให้เพิ่มวัตถุประสงค์ของแผนการสอน ให้ผู้ดูแลมีทักษะการจัดการความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แผนการสอนควรสั้น ๆ เข้าใจง่าย

2. คู่มือการทำกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ควรมีความชัดเจนในขั้นตอนและเนื้อหาว่าสำหรับใคร ผู้วิจัย หรือ บุคคลากรทางสุขภาพ ควรเพิ่มกิจกรรมการละลายพฤติกรรมก่อนการทำกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มได้รู้สึกผ่อนคลาย และกล้าแสดงออก ควรเพิ่มบทนำในการทำกลุ่ม เกริ่นนำว่าการทำกลุ่มจะทำให้ได้อะไร สำคัญอย่างไรกับสมาชิกกลุ่ม ต้องให้กลุ่มได้เรียนรู้วิธีการจัดการความเครียดด้วย หัวหน้ากลุ่มควรเป็นพยาบาลเท่านั้น ผู้ดูแลน่าจะเป็นผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่ม

3. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับไปปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลผู้ผู้สูงอายุป่วยโรคมะเร็งที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน ประเมินความเข้าใจของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา พบว่า มีความเหมาะสมจึงนำไปใช้จริง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

แบบบันทึกอาการและการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน สำหรับผู้ดูแล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลที่บ้านหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้ผู้ดูแลบันทึกข้อมูล ปัญหา อุปสรรค และการจัดการกับปัญหาอาการโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่ออยู่ที่บ้าน

จากนั้นผู้วิจัยมีการติดตามผู้ดูแลทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ จนถึงวันนัดตรวจ เพื่อประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการอาการและการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยที่ผู้ดูแลนั้นสามารถบอกอาการแสดงปัจจุบันของผู้สูงอายุพร้อมทั้งแนวทางการดูแลอาการ ผู้ดูแลสามารถการติดตามและประเมินอาการไม่สุขสบายของผู้สูงอายุได้ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองนี้ ผู้วิจัยสร้างไว้ในส่วนท้ายเล่มของคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษา เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบบันทึกอาการและการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านสำหรับผู้ดูแล และแบบบันทึกความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านสำหรับผู้ดูแล นำไปให้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน คือ แพทย์คลินิกควบคุมอาการปวด จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุโรคมะเร็ง จำนวน 1 คน และนักบำบัดจิตวิทยา จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรใช้ภาษาง่าย ๆ ในอาการที่พบ ที่ผู้ดูแลสามารถเข้าใจได้ง่าย สังเกตได้จริงสอดคล้องกับแผนการสอน ผู้วิจัยรวบรวมเสนอและปรับแก้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับแก้แล้วนำไปทดลอง (try out) ใช้กับผู้ดูแลผู้ผู้สูงอายุป่วยโรคมะเร็งที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน ประเมินความเข้าใจของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา พบว่า มีความเหมาะสมจึงนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 การเตรียมเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาทักษะดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและส่วนของผู้ดูแล แผนการสอนแนวทางการผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI)

1.2 การดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.3 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยอบรมวิธีการเก็บข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการใช้แบบวัดความเครียดในผู้ดูแล (CSI) แก่ผู้ช่วยวิจัย

1.4 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

1.5 เมื่อได้รับการอนุมัติพิจารณาส่งเรื่องไปยังหน่วยงานแผนกผู้ป่วยในที่มีผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนัดวัน เวลา ที่จะพบผู้ดูแลเพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดระดับปานกลางถึงค่อนข้างมากโดยให้ผู้ดูแลประเมินระดับความเครียดด้วยตนเอง และใช้แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (CSI) จำนวน 40 คน สอบถามความสมัครใจในการร่วมวิจัย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยใช้วิธีจับคู่ ในด้านอายุของผู้ดูแล ระดับความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ระดับภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และคะแนนความเครียด

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

โดยมีการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ.2556 รายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม ที่ห้องสอนสุขศึกษาประจำหอผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัวเองสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเซ็นยินยอมร่วมการวิจัย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และนัดครั้งต่อไปอีก 6 สัปดาห์ พร้อมกับการนัดติดตามอาการผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก\สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็นครั้งที่ 2 ที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อวัดความเครียดของผู้ดูแล โดยแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (CSI) ใช้เวลาประมาณ 45 นาที หลังจากดำเนินการเสร็จ มอบของที่ระลึก

2.2 กลุ่มทดลอง

การเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองวันละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 11 ครั้ง ใช้เวลา 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง $1\frac{1}{2}$ ชั่วโมง มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 (14 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)

1) การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องสอนสุขศึกษาประจำหอผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเซ็นยินยอมร่วมการวิจัย ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและขั้นตอนในการวิจัย

2) การวางแผนระยะเวลาในการทำกิจกรรม โดยประกอบด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่เข้าสู่โรคมะเร็งระยะสุดท้าย และการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุเฉพาะรายเป็น

รายบุคคลที่ห้องพักผู้ป่วย ทุกวันจนถึงวันจำหน่าย จำนวน 6 ครั้ง และการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล จำนวน 4 ครั้ง เวลา 13.00 – 15.00 น.

3) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ พร้อมกับการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ดูแล หลังจากนั้นทำการนัดหมายแจ้งกำหนดสถานที่ วัน เวลาและการเริ่มกิจกรรมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

ครั้งที่ 2 (13 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)

1) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้บอกถึงปัญหาจากการดูแล ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย ความเครียดที่มีต่อบทบาทในฐานะผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงความต้องการในการดูแลในด้านต่าง ๆ เพื่อการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุต่อที่บ้าน

2) ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และการดูแลจัดการกับอาการที่ไม่สุขสบายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เข้าสู่โรคมะเร็งระยะสุดท้าย

3) ผู้วิจัยสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลด้านต่าง ๆ โดยประเมินตามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลที่ห้องพักผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติกับผู้สูงอายุจริงก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล จะช่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจสามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุต่อที่บ้านได้

ครั้งที่ 3 (12 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)

1) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้บอกถึงปัญหาจากการดูแล ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา รวมถึงความต้องการในการดูแลในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติม ประเมินปัญหาจากการดูแลและการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

2) ผู้วิจัยทบทวนความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและการดูแล และให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเครียด อาการและอาการแสดง ผลกระทบจากภาวะเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมกับให้คำแนะนำในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

3) ผู้วิจัยสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลเพิ่มเติมแก่กลุ่มตัวอย่าง ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุจนเกิดความชำนาญ ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นรายบุคคล ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง

ครั้งที่ 4 – 9 (11 – 2 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)

1) ผู้วิจัยประเมินปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ซักถามข้อสงสัยจากการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา รวมถึงความต้องการในการดูแลในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติม

2) ผู้วิจัยทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และการดูแล ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเครียด อาการและอาการแสดงผลกระทบจากภาวะเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมกับให้คำแนะนำในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

3) ผู้วิจัยประเมินความสามารถการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลพร้อมกับให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลในส่วนที่ยังบกพร่อง ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นรายบุคคล ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลหมั่นฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุจนเกิดความชำนาญ กล่าวชมเชยแก่ผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง

4) ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล เวลา 13.00 – 15.00 น. สถานที่ ณ หอผู้ป่วยอภิบาลคุณภาพชีวิต

ครั้งที่ 10 (1 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)

ผู้วิจัยประเมินปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ซักถามข้อสงสัยจากการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา รวมถึงความต้องการในการดูแลในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติม ผู้วิจัยทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและการดูแล ผู้วิจัยประเมินความสามารถการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พร้อมกับให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลในส่วนที่ยังบกพร่อง ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลหมั่นฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุจนเกิดความชำนาญ กล่าวชมเชยแก่ผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง มอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แนะนำการบันทึกอาการและการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน การโทรศัพท์ติดตามของผู้วิจัยเพื่อดูพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลที่บ้าน และนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างในวันที่พาผู้สูงอายุมารับการตรวจติดตามอาการครั้งต่อไป 4 สัปดาห์ พร้อมกับวันนัดตรวจติดตามอาการของแพทย์ ณ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา ห้องมิตรภาพบำบัด เพื่อประเมินคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่ 11 ในวันนัดติดตามอาการ (4 สัปดาห์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการดำเนินการมีการประเมินความเครียดของผู้ดูแล โดยแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (CSI) พร้อมกับสอบถามปัญหาและอุปสรรคจากการดูแลผู้สูงอายุต่อที่บ้าน การจัดการกับภาวะเครียดของผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน ณ แผนกผู้ป่วยนอก ห้องมิตรภาพบำบัด จนครบ 20 ราย

รายงานผลการกำกับการทดลอง

จากการติดตามผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทางโทรศัพท์ โดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบบันทึกอาการและอาการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายสำหรับให้ผู้ดูแลบันทึกอาการประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลและการจัดการปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยจะประเมินความสามารถผู้ดูแลได้จากผู้ดูแลนั้นสามารถการบอกอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย เช่น อาการปวด อาการเหนื่อย แน่นท้อง เป็นต้น พร้อมทั้งสามารถอธิบายถึงแนวทางการจัดการอาการที่ให้แก่ผู้สูงอายุ และการติดตามอาการหลังให้การดูแล พบว่า ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ดูแลมีความไม่แน่ใจในอาการที่แสดง เช่น การประเมินอาการปวดของผู้สูงอายุ เป็นต้น ผู้ดูแลจึงได้ให้คำแนะนำทางโทรศัพท์เพิ่มเติม จำนวน 7 ราย ในสัปดาห์ที่ 4 และ5 ผู้ดูแลกลุ่มทดลองสามารถบอกอาการและแนวทางการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ทั้งหมด 20 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี เมื่อวันที่ 14 เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2556 ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล ได้มีการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย และชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม พร้อมทั้งจะนำประโยชน์ไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น ขณะทำการทดลอง กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการทดลองได้ก่อนการวิจัยสิ้นสุด โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรืออธิบาย หากมีข้อสงสัยหรือคำถามต่าง ๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

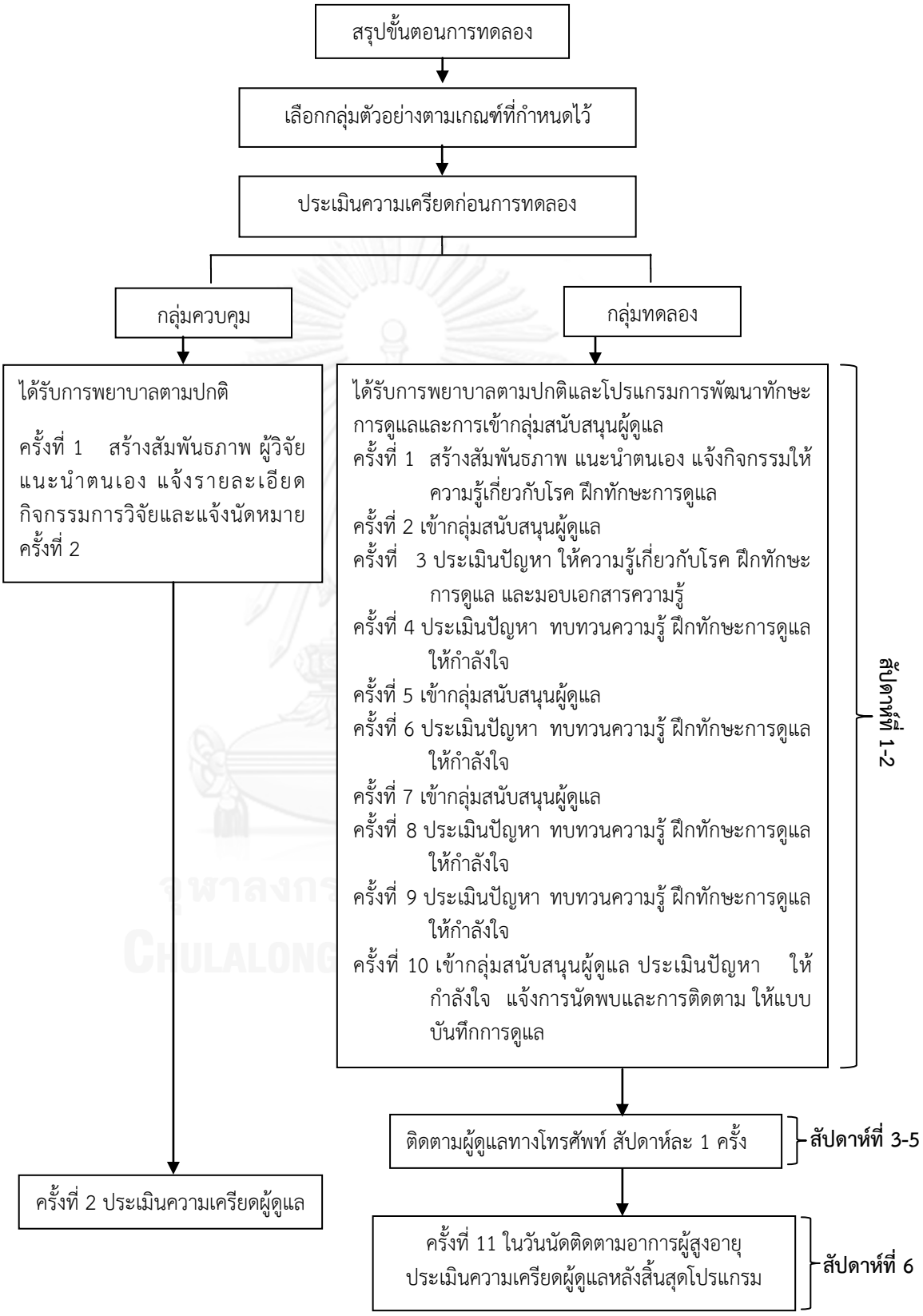
2. คะแนนความเครียดในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังจากทดลองเสร็จสิ้น โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย วัดภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Flow chart สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



ตารางที่ 2 ตารางกิจกรรมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

<table>
<tr><th>วัน
สัปดาห์ที่</th><th>จันทร์</th><th>อังคาร</th><th>พุธ</th><th>พฤหัสบดี</th><th>ศุกร์</th><th>เสาร์</th><th>อาทิตย์</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1 - 2</td><td>พบครั้งที่ 1
• สร้างสัมพันธภาพ
• เก็บข้อมูล
• วัดความเครียด
• แจ้งการเข้ากลุ่ม</td><td>พบครั้งที่ 2
กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (support group)</td><td>พบครั้งที่ 3
• ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค
• ฝึกทักษะการดูแล
• บอกปัญหาการดูแล</td><td>พบครั้งที่ 4
• ทบทวนความรู้
• ประเมินความสามารถการดูแลผู้สูงอายุ
• บอกปัญหาการดูแล
• ฝึกทักษะเพิ่มเติม
• ให้กำลังใจ</td><td>พบครั้งที่ 5
กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (support group)</td><td colspan="2">ผู้ดูแลสามารถปรึกษาทางโทรศัพท์ได้เมื่อมีปัญหา</td></tr>
<tr><td>พบครั้งที่ 6
• ทบทวนความรู้
• ประเมินความสามารถการดูแลผู้สูงอายุ
• บอกปัญหาการดูแล
• ฝึกทักษะเพิ่มเติม
• ให้กำลังใจ</td><td>พบครั้งที่ 7
กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (support group)</td><td>พบครั้งที่ 8
• ทบทวนความรู้
• ประเมินความสามารถการดูแลผู้สูงอายุ
• บอกปัญหาการดูแล
• ฝึกทักษะเพิ่มเติม
• ให้กำลังใจ</td><td>พบครั้งที่ 9
• ทบทวนความรู้
• ประเมินความสามารถการดูแลผู้สูงอายุ
• บอกปัญหาการดูแล
• ฝึกทักษะเพิ่มเติม
• ให้กำลังใจ</td><td>พบครั้งที่ 10
กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (support group)
• ประเมินปัญหา
• ทบทวนความรู้
• แจ้งการนัดพบ
• แจ้งการติดตาม</td><td colspan="2">ผู้ดูแลสามารถปรึกษาทางโทรศัพท์ได้เมื่อมีปัญหา</td></tr>
<tr><td>3 - 5</td><td colspan="7">ติดตามผู้ดูแลทางโทรศัพท์</td></tr>
<tr><td>6</td><td colspan="7">พบครั้งที่ 11 ในวันนัดติดตามอาการผู้สูงอายุ ประเมินความเครียดผู้ดูแลหลังสิ้นสุดโปรแกรม</td></tr>
</table>

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ระหว่างรักษาแบบประคับประคองอาการในโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน การทำกิจกรรมตามโปรแกรมใช้เวลา 6 สัปดาห์ แบ่งกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1-2 เป็นกิจกรรมฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 6 ครั้ง สลับกับกิจกรรมเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล 4 ครั้ง กิจกรรมที่กลุ่มทดลองจะได้รับขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลรวมเป็น 10 ครั้ง หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 3-5 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ประเมินความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n_1=20)		กลุ่มทดลอง (n_2=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	2	10	1	5	3	7.5
หญิง	18	90	19	95	37	92.5
อายุ (ปี)	($\overline{X}$=50, SD=13.08)		($\overline{X}$=49.4, SD=11.62)		($\overline{X}$=49.7, SD=12.22)	
20-39	4	20	3	15	7	17.5
40-59	11	55	11	55	22	55
60 ปี ขึ้นไป	5	25	6	30	11	27.5
สถานภาพสมรส						
คู่	15	75	14	70	29	72.5
โสด	2	10	3	15	5	12.5
หม้าย	1	5	2	10	3	7.5
หย่า	2	10	1	5	3	7.5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0	2	10	2	5
ประถมศึกษา	12	60	11	55	23	57.5
มัธยมศึกษา	6	30	6	30	12	30
ปริญญาตรี	2	10	1	5	3	7.5
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	5	3	15	4	10
รับจ้าง	16	80	10	50	26	65
เกษตรกร	2	10	2	10	4	10
ค้าขาย	1	5	5	25	6	15
รายได้/เดือน(บาท)						
0-10,000	14	70	14	70	28	70
10,001-15,000	2	10	5	25	7	17.5
15,001-20,000	2	10	0	0	2	5
20,001 บาท ขึ้นไป	2	10	1	5	3	7.5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n_1=20)		กลุ่มทดลอง (n_2=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ						
สามี-ภรรยา	8	40	8	40	16	40
บุตร	7	35	7	35	14	35
หลาน	2	10	2	10	4	10
พี่-น้อง	1	5	1	5	2	5
ลูกสะใภ้ /หลานสะใภ้	2	10	2	10	4	10
ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแล						
1-6	11	55	16	80	27	67.5
7-12	5	25	2	10	7	17.5
13-16	1	5	1	5	2	5
17-24	1	5	0	0	1	2.5
25 เดือน ขึ้นไป	2	10	1	5	3	7.5
ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ						
24 ชั่วโมง/วัน	20	100	20	100	40	100
ระดับความเครียดผู้ดูแล (ผู้ดูแลประเมินตนเอง)						
ปานกลาง	1	5	1	5	2	5
ค่อนข้างมาก	19	95	19	95	38	95

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 92.5 มีอายุเฉลี่ย 49.7 ปี มีอายุระหว่าง 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.5 รองลงมาสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 12.5 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 65 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 15 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 70

ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นสามี-ภรรยาของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 35 หากพิจารณาด้านระยะเวลาของการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแลในช่วง 1-6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 67.5 รองลงมาเป็นผู้ดูแลอยู่ในช่วง 7-12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 17.5 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ 24 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 100 จากการที่ให้ผู้ดูแลประเมินระดับความเครียดของตนเอง พบว่า ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดมีความเครียดอยู่ในระดับค่อนข้างมาก คิดเป็นร้อยละ 95

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรคมะเร็ง ตำแหน่งการแพร่กระจาย อาการแสดง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับการพึ่งพา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย	กลุ่มควบคุม (n_1=20)		กลุ่มทดลอง (n_2=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	12	60	10	50	22	55.0
หญิง	8	40	10	50	18	45.0
อายุ (ปี)	($\overline{X}$ = 69.6, SD = 7.58)		($\overline{X}$ = 70.2, SD = 8.35)		($\overline{X}$ = 69.9, SD = 7.88)	
60-65	5	25	6	30	11	27.5
66-70	8	40	8	40	16	40.0
71-75	1	5	1	5	2	5.0
76-80	4	20	2	10	6	15.0
81 ปี ขึ้นไป	2	10	3	15	5	12.5
โรคประจำตัว						
1 โรค	8	40	9	45	17	42.5
2 โรค	5	25	2	10	7	17.5
ไม่มี	7	35	9	45	16	40.0
การวินิจฉัยโรคมะเร็ง						
มะเร็งศีรษะและลำคอ	5	25	6	30	11	27.5
มะเร็งเต้านม	5	25	5	25	10	25.0
มะเร็งปอด	3	15	4	20	7	17.5
มะเร็งต่อมลูกหมาก	4	20	1	5	5	12.5
มะเร็งลำไส้ใหญ่	0	0	3	15	3	7.5
มะเร็งตับ	1	5	1	5	2	5.0
มะเร็งปากมดลูก	1	5	0	0	1	2.5
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	1	5	0	0	1	2.5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย	กลุ่มควบคุม (n_1=20)		กลุ่มทดลอง (n_2=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งการกระจายของมะเร็ง						
กระดูก	8	40	6	30	14	35.0
ปอด	3	15	5	25	8	20.0
สมอง	2	10	5	25	7	17.5
ต่อมน้ำเหลือง	4	20	2	10	6	15.0
ตับ	0	0	1	5	1	2.5
2 ตำแหน่ง ขึ้นไป	3	15	1	5	8	20.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
< 1 ปี	12	60	10	55	22	55.0
2-3 ปี	4	20	6	15	10	25.0
4-5 ปี	3	15	2	10	5	12.5
> 5 ปี	1	5	2	5	3	7.5
อาการแสดงปัจจุบัน						
อาการปวด	14	70	7	35	21	52.5
อาการหายใจเหนื่อย	3	15	6	30	9	22.5
แผลจากมะเร็ง	1	5	1	5	2	5.0
อาการสับสน	0	0	2	10	2	5.0
มี 2 อาการ ขึ้นไป	2	10	4	20	6	15.0
ระดับการพึ่งพา						
Total dependence	9	45	9	45	18	45.0
Severe dependence	6	30	7	35	13	32.5
Moderately dependence	5	25	4	20	9	22.5

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแล ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 45 มีอายุเฉลี่ย 69.9 ปี ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 66-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 มีส่วนใหญ่โรคประจำตัวร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 60 มีโรคประจำตัวร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 55 แบ่งตามการวินิจฉัยโรคมะเร็ง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมา คือ โรคมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 25 โรคมะเร็งปอด คิดเป็นร้อยละ 17.5 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้สูงอายุทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะที่ 4 ซึ่งมีการลุกลามของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ของร่างกาย จากข้อมูลพบการลุกลามของโรคมะเร็งไปยังกระดูกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมา คือ ปอด คิดเป็นร้อยละ 20 สมอง คิดเป็นร้อยละ 17.5 ตามลำดับ นอกจากนี้พบการลุกลามของโรคมะเร็งมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง เช่น ผิวหนังร่วมกับกระดูก สมองร่วมกับปอด สมองร่วมกับต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 20

อาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบมากที่สุด คือ อาการปวด คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมา คือ อาการหายใจเหนื่อย คิดเป็นร้อยละ 22.5 มีแผลจากมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอาการแสดงมากกว่าหนึ่งอาการ เช่น อาการปวดร่วมกับอาการหายใจเหนื่อย อาการหายใจเหนื่อยร่วมกับแน่นอึดอัดท้อง อาการปวดร่วมกับเบื่ออาหาร เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 15 จากการพิจารณาด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ มีความต้องการพึ่งพาทั้งหมด (Total dependence) คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาผู้สูงอายุมีความต้องการพึ่งพาสูงมาก (Severe dependence) คิดเป็นร้อยละ 32.5 มีความต้องการพึ่งพาสูงปานกลาง (Moderately dependence) คิดเป็นร้อยละ 22.5 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ และในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

ตารางที่ 5 ตารางแสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย	n	Max-Min	คะแนนเฉลี่ย	S.D	ระดับความเครียด	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม								
ก่อนการทดลอง	20	11-7	9.05	1.91	สูงกว่าปกติ	2.85	19	.010*
หลังการทดลอง	20	10-6	8.45	0.89	สูงกว่าปกติ			
กลุ่มทดลอง								
ก่อนการทดลอง	20	10-8	9.05	0.83	สูงกว่าปกติ	17.23	19	.000*
หลังการทดลอง	20	7-5	5.65	0.59	ปกติ			

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนการทดลอง เท่ากับ 9.05 หลังการทดลองคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายลดลง เท่ากับ 8.45 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Pair t-test พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าหลังการทดลองกลุ่มควบคุมจะมีคะแนนความเครียดลดลง แต่ระดับความเครียดไม่มีการเปลี่ยนแปลงยังคงสูงกว่าปกติ

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนการทดลอง เท่ากับ 9.05 หลังการทดลองคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายลดลง เท่ากับ 5.65 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Pair t-test พบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดสูงกว่าปกติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงอยู่ในระดับปกติ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ

ข้อคำถามภาวะเครียดของผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	ก่อน (n=20)		หลัง (n=20)		ก่อน (n=20)		หลัง (n=20)	
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD
1. ถูกรบกวนการนอนหลับ	0.85	0.37	0.85	0.37	0.90	0.31	0.50	0.51
2. ความไม่สะดวกสบายเกี่ยวกับการดูแล	0.70	0.47	0.65	0.49	0.80	0.41	0.40	0.50
3. ความตึงเครียดในร่างกาย	0.85	0.37	0.95	0.22	0.95	0.22	0.35	0.49
4. รู้สึกเหมือนถูกกักตัว	0.65	0.49	0.45	0.51	0.45	0.51	0.15	0.37
5. การปรับตัวในครอบครัว	0.80	0.41	0.70	0.47	0.65	0.49	0.25	0.44
6. การเปลี่ยนแผนการของแต่ละคน	0.80	0.41	0.75	0.44	0.95	0.22	0.55	0.51
7. การใช้เวลาส่วนตัวในด้านอื่น ๆ	0.90	0.31	0.95	0.22	0.95	0.22	0.70	0.47
8. การปรับระดับอารมณ์	0.55	0.51	0.45	0.51	0.55	0.51	0.35	0.49
9. รู้สึกอารมณ์เสียกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ	0.30	0.47	0.30	0.47	0.25	0.44	0.20	0.41
10. รู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปมากจากเมื่อก่อน	1	0.00	1	0.00	1	0.00	0.85	0.37
11. การเปลี่ยนแปลงในงาน	0.70	0.47	0.60	0.50	0.70	0.47	0.65	0.49
12. ด้านการเงิน	0.65	0.49	0.6	0.50	0.50	0.51	0.50	0.51
13. รู้สึกว่าเรื่องราวต่าง ๆ ประดังเข้ามา	0.30	0.47	0.25	0.44	0.40	0.50	0.15	0.37

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรายข้อในด้านความรู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปมากจากเมื่อก่อนมากที่สุด คิดเป็น 1 คะแนน รองลงมา คือ ด้านการใช้เวลาส่วนตัวในด้านอื่น ๆ คิดเป็น 0.90 คะแนน ด้านการถูกรบกวนการนอนหลับ คิดเป็น 0.85 คะแนน และด้านความตึงเครียดในร่างกาย คิดเป็น 0.85 คะแนน ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมี พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรายข้อผู้ดูแลในด้านความรู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปมากจากเมื่อก่อนไม่มีการเปลี่ยนแปลง คิดเป็น 1 คะแนนเท่าเดิม ด้านการใช้เวลาส่วนตัวในด้านอื่น ๆ สูงขึ้นจากเดิม คิดเป็น 0.95 คะแนน และด้านความตึงเครียดในร่างกายสูงขึ้นจากเดิม คิดเป็น 0.95 คะแนน

ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรายข้อในด้านความรู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปมากจากเมื่อก่อนมากที่สุด คิดเป็น 1 คะแนน รองลงมา คือ ด้านความตึงเครียดในร่างกาย คิดเป็น 0.95 คะแนน ด้านการเปลี่ยนแผนการของแต่ละคน คิดเป็น 0.95 คะแนน และด้านการใช้เวลาส่วนตัวในด้านอื่น ๆ คิดเป็น 0.95 คะแนน ตามลำดับ

ผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรายข้อลดลงในทุกรายข้อ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรายข้อในด้านความรู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปมากจากเมื่อก่อนลดลง คิดเป็น 0.70 คะแนน ด้านความตึงเครียดในร่างกายลดลง คิดเป็น 0.95 คะแนน ด้านการเปลี่ยนแผนการของแต่ละคนลดลง คิดเป็น 0.95 คะแนน และด้านการใช้เวลาส่วนตัวในด้านอื่น ๆ ลดลง คิดเป็น 0.95 คะแนน ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

ตารางที่ 7 ตารางแสดงการเปรียบเทียบคะแนนความเครียด ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย	n	คะแนนเฉลี่ย	S.D	ระดับความเครียด	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	20	9.05	1.91	สูงกว่าปกติ	0.00	38	
กลุ่มทดลอง	20	9.05	0.83	สูงกว่าปกติ			
หลังการทดลอง							
กลุ่มควบคุม	20	8.45	0.89	สูงกว่าปกติ	11.33	38	0.00*
กลุ่มทดลอง	20	5.65	0.59	ปกติ			

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุม เท่ากับ 9.05 กลุ่มทดลอง เท่ากับ 9.05 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุม เท่ากับ 8.45 กลุ่มทดลอง เท่ากับ 5.65 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มนำมาเปรียบเทียบกันด้วยทางวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลองจากมีความเครียดลดลงจากระดับสูงกว่าปกติ เป็นระดับปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียด

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกเป็นรายข้อ ดังนี้

ข้อคำถามภาวะเครียดของผู้ดูแล	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD
1. ถูกรบกวนการนอนหลับ	0.85	0.37	0.90	0.31	0.85	0.37	0.50	0.51
2. ความไม่สะดวกสบายเกี่ยวกับการดูแล	0.70	0.47	0.80	0.41	0.65	0.49	0.40	0.50
3. ความตึงเครียดในร่างกาย	0.85	0.37	0.95	0.22	0.95	0.22	0.35	0.49
4. รู้สึกเหมือนถูกกักตัว	0.65	0.49	0.45	0.51	0.45	0.51	0.15	0.37
5. การปรับตัวในครอบครัว	0.80	0.41	0.65	0.49	0.70	0.47	0.25	0.44
6. การเปลี่ยนแผนการของแต่ละคน	0.80	0.41	0.95	0.22	0.75	0.44	0.55	0.51
7. ต้องใช้เวลาส่วนตัวในด้านอื่นๆ	0.90	0.31	0.95	0.22	0.95	0.22	0.70	0.47
8. การปรับระดับอารมณ์	0.55	0.51	0.55	0.51	0.45	0.51	0.35	0.49
9. รู้สึกอารมณ์เสียกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ	0.30	0.47	0.25	0.44	0.30	0.47	0.20	0.41
10. รู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปมากจากเมื่อก่อน	1	0.00	1	0.00	1	0.00	0.85	0.37
11.การเปลี่ยนแปลงในงาน	0.70	0.47	0.70	0.47	0.60	0.50	0.65	0.49
12.ด้านการเงิน	0.65	0.49	0.50	0.51	0.6	0.50	0.50	0.51
13. รู้สึกว่าเรื่องราวต่าง ๆ ประดังเข้ามา	0.30	0.47	0.40	0.50	0.25	0.44	0.15	0.37
รวม	0.70	0.21	0.70	0.25	0.65	0.25	0.43	0.22

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรวมรายข้อเท่ากันทั้งสองกลุ่ม เท่ากับ 0.70 คะแนน พบว่า ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีคะแนนความเครียดด้านความรู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปมากจากเมื่อก่อน คิดเป็น 1 คะแนน หากพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบางรายข้อพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม ได้แก่ ด้านความตึงเครียดในร่างกายและด้านการเปลี่ยน

แผนการของแต่ละคนมากที่สุด คิดเป็น 0.95 คะแนน รองลงมา คือ ด้านการถูกรบกวนการนอนหลับ คิดเป็น 0.85 คะแนน ความไม่สะดวกสบายเกี่ยวกับการดูแล คิดเป็น 0.80 คะแนน และด้านความรู้สึกว่าเรื่องราวต่าง ๆ ประดังเข้ามา คิดเป็น 0.40 คะแนน ตามลำดับ

หลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรวมรายข้อ คิดเป็น 0.65 คะแนน และกลุ่มทดลอง คิดเป็น 0.65 คะแนน จะเห็นได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรวมรายข้อลดลงกว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่ม และกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความเครียดด้านความรู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปมากจากเมื่อก่อน คิดเป็น 1 คะแนน หากพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบางรายข้อพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกลุ่มควบคุม ได้แก่ ด้านการถูกรบกวนการนอนหลับ ด้านความตึงเครียดในร่างกาย ด้านการเปลี่ยนแผนการของแต่ละคน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยรายข้อมากกว่ากลุ่มควบคุม คือ ด้านการเปลี่ยนแปลงในงาน คิดเป็น 0.65 คะแนน

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้จัดกระทำโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง พบว่านอกจากข้อมูลที่เก็บรวมรวมได้จากการใช้เครื่องมือในการทดลองแล้ว ผู้วิจัยยังได้ข้อมูลมาจากการสังเกตและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จากการที่ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลจนเกิดความไว้วางใจ และยินดีที่จะให้ข้อมูล ในระหว่างที่ให้กิจกรรมแก่ผู้ดูแล ประกอบกับผู้วิจัยได้มีหน้าที่รับผิดชอบในส่วนของงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล จึงมีโอกาสได้ติดตามผู้ดูแลกลุ่มทดลองบางรายที่บ้านหลังสิ้นสุดโปรแกรม ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกตและสัมภาษณ์ สรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การจัดการดูแล

จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ดูแลในระหว่างที่เข้าร่วมโปรแกรม พบว่า การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของแต่ละครอบครัว สมาชิกในครอบครัวทุกคนจะมีส่วนร่วมในการดูแลและจะมีการแบ่งหน้าที่กันในการดูแลแต่ละกิจกรรม แสดงให้เห็นว่า สมาชิกคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก มีความต้องการช่วยเหลือผู้ดูแลและเห็นความสำคัญของการแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล โดยที่ผู้วิจัยเป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางและคอยแนะแนวทางการจัดการที่เป็นไปได้แก่ครอบครัว

ตัวอย่างกรณีผู้ดูแลผู้สูงอายุรายหนึ่งเป็นโรคมะเร็งโคนลิ้นระยะสุดท้าย มีแผลในช่องปาก ต้องทำแผลทุกวันและทุกครั้งที่ทำแผลจะมีเลือดไหลออกมาทุกครั้ง ผู้ดูแลต้องพาไปทำแผลที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเช้าและเย็น ทุกวัน ต้องรอคิวรับบริการนาน จนทำให้ผู้สูงอายุท้อไม่อยากไปทำแผลอีก ผู้วิจัยจึงได้สอนการทำแผลเพื่อไปดูแลต่อที่บ้านแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นหลานสาวของผู้สูงอายุ ในระหว่างที่ทำการสอนและฝึกทักษะการทำแผลแก่ผู้ดูแลรายนี้ ผู้ดูแลมีอาการหน้ามืด เป็นลม เนื่องจากกลัวเลือดที่ออกมาจากแผล ทำให้ไม่สามารถดูแลแผลได้เพียงลำพัง จึงได้มีการพูดคุยกับสมาชิกคนอื่น ๆ ที่เหลือ ว่าจะจัดการช่วยเหลืออย่างไรดี พบว่า หลานชายของผู้สูงอายุ ที่อยู่คนละบ้าน ซึ่งไม่ห่างจากบ้านที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ จะเป็นผู้อาสาทำแผลให้ผู้สูงอายุเองก่อนออกไปทำงาน ซึ่งหลานชายคนนี้ทำงานเป็นเจ้าหน้ามูลนิธิร่วมกตัญญู

จากคำพูดที่ว่า *“เดี๋ยวผมจะเป็นคนมาทำแผลให้ยายเองครับ ก่อนออกไปทำงานตอนเช้า และตอนเย็นจะแวะเข้ามาดูให้ ผมคิดว่าผมทำแผลได้ จากการที่ดู คุณพยาบาลทำ ก็น่าจะทำได้ ไม่ยากครับ อีกอย่างน้องสาวผมกลัวเลือด คงทำไม่ได้ แค่นี้น้องผมก็เหนื่อยแล้วครับ”*

ประเด็นที่ 2 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ

จากการฝึกการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล ผู้วิจัยได้เห็นผู้ดูแลพยายามดึงศักยภาพของตนเอง การใช้ความคิดสร้างสรรค์ การปรับทัศนคติต่างในด้านต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีมุมมองของการดูแลที่เป็นทางบวก ไม่ได้จดจ่อกับความตายที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แต่กลับมองถึงจะดูแลอย่างไรเพื่อตอบแทนบุญคุณ ให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่สุดกับชีวิตที่เหลืออยู่

ตัวอย่างกรณีศึกษา ผู้ดูแลเป็นบุตรสาวของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่คอ และมีแผลที่ต้นคอต้องไปทำแผลที่อนามัยใกล้บ้านทุกวัน จากการประเมินโดยการพูดคุยกับผู้ดูแล พบว่า ทุกครั้งที่พาผู้สูงอายุไปทำแผลที่อนามัย จากการมองพยาบาลที่อนามัยทำแผลทุกวัน ผู้ดูแลมีความคิดอยากจะทำแผลให้ผู้สูงอายุเองที่บ้าน และคิดว่าตัวเองน่าจะทำได้ แต่ก็ได้แค่คิดเท่านั้น

จากคำพูดที่ว่า *“ป้าเห็นพยาบาลที่อนามัยเค้าทำแผลให้พ่อ ป้าอยากทำให้พ่อบ้างไม่น่ายากนะ และป้าจะได้ไม่ต้องพาพ่อนั่งรถมาไกล ไม่รู้พ่อจะยอมให้ป้าทำให้หรือเปล่า?”*

เมื่อผู้วิจัยได้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลแล้วจึงได้วางแผนการสอนและให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติทำแผลกับหุ่นก่อน และอธิบายทำความเข้าใจกับผู้สูงอายุถึงข้อดีของการดูแลแผลเองและให้ความมั่นใจทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุ โดยที่ผู้วิจัยจะอยู่ใกล้ ๆ ผู้ดูแลให้แรงเสริมผู้ดูแลกล่าวชมเชยเมื่อผู้ดูแลทำได้ดี ในระหว่างที่ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุ ครั้งแรกตัวผู้ดูแลมีความประหม่าสังเกตได้จากมือสั่น หยิบจับอะไรไม่ถูก ส่วนผู้สูงอายุก็มีสีหน้ากังวลมองผู้ดูแลทำแผลทุกขั้นตอน หลังจากนั้นผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติทุกๆวัน มีการพัฒนาดีขึ้น ผู้สูองอายุก็มีความผ่อนคลายในระหว่างทำแผลมากขึ้น ก่อนวันที่จำหน่ายผู้สูงอายุ 2 วัน ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น บอกผู้วิจัยว่า *“วันนี้คุณพยาบาลไม่ต้องมาเฝ้าป้าทำแผลก็ได้นะ ป้าทำได้ เดี๋ยวป้าให้พ่อจับผ้าก๊อสช่วยได้”*

ประเด็นที่ 3 การจัดการความเครียดของผู้ดูแล

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมแล้ว ผู้วิจัยได้มีการติดตามผู้ดูแลทางโทรศัพท์เพื่อดูความก้าวหน้าในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านและการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล พบว่า ผู้แลสามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ มีเพื่อนบ้านแวะเยี่ยมมาอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลได้มีเวลาได้ทำกิจกรรมอื่น ๆ และผู้สูงอายุดูสดชื่นกว่าอยู่โรงพยาบาล เมื่อผู้ดูแลรู้ตัวว่ามีความเครียดจะเดินออกไปนอกบ้าน ดูต้นไม้ แล้วก็กลับเข้ามา ไม่อยากจากผู้สูงอายุไปนาน ๆ

ตัวอย่างกรณีผู้ดูแลที่เป็นภรรยาของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด หลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้น ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการหายใจเหนื่อย แน่นหน้าอกเป็นพัก ๆ ผู้ดูแลจัดการได้ให้กินยามอร์ฟีนน้ำ จนอาการของผู้สูงอายุดีขึ้น แต่ผู้ดูแลกลับเครียดนอนไม่หลับ กลัวว่าผู้สูงอายุจะมีอาการแน่นหน้าอก

จากคำพูดที่ว่า *“กลับมาที่บ้านตาก็มีแน่นหน้าอกเป็นบางเวลา กินยาน้ำที่โรงพยาบาลให้ไปตาแกก็หายแน่นนะ หลับได้ แต่ยายไม่กล้าหลับเลยกลัวตาแน่นหน้าอกขึ้นมาอีก*

ตั้งแต่กลับบ้านมาตาดูสดชื่นมาก มีคนมาเยี่ยมตา ยายก็อุ่นใจมีคนมาอยู่เป็นเพื่อน หากรู้ว่ากำลังเครียดยายจะออกไปดูต้นไม้ที่ปลูกนอกบ้าน แล้วกลับเข้ามาหาตา ไม่อยากจากตาไปไหนนาน ๆ”

ประเด็นที่ 4 การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเสียชีวิตที่บ้าน

จากงานประจำของผู้วิจัยที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล จึงได้มีโอกาสได้ติดตามผู้ดูแลที่เป็นหนึ่งในกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ได้เห็นสภาพความเป็นอยู่ที่บ้าน การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน พบว่า ผู้แลสามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้และมีการวางแผนดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้เสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการของผู้สูงอายุเอง

ตัวอย่างกรณี ผู้ดูแลที่เป็นลูกสาวผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีการแพร่กระจายไปที่สมอง ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ มีการร่วมกันจัดการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ส่วนใหญ่จะดูแลผู้สูงอายุที่บ้านไม่ได้พาไปโรงพยาบาลตามนัด เว้นแต่การคุมปวดไม่ได้ ผู้ดูแลจะเป็นผู้ไปรับยาแทนผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นยาแก้ปวด ผู้สูงอายุรับรู้การเจ็บป่วยของตัวเองจึงขอเสียชีวิตที่บ้าน ผู้ดูแลต้องการทำความต้องการของผู้สูงอายุจึงคุยกันกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ตกลงว่าจะดูแลผู้สูงอายุจนถึงวาระสุดท้ายที่บ้าน

จากคำพูดที่ว่า *“พี่คุยกับพี่น้องแล้วว่า จะให้แม่เสียชีวิตที่บ้านตามที่แม่ได้บอกกับพี่ไว้ว่าไม่ต้องพาแม่ไปโรงพยาบาลนะ เพราะการดูแลที่โรงพยาบาลก็คงไม่แตกต่างกับที่บ้านเท่าไร เพราะหมอก็บอกแล้วว่าให้ยาแก้ปวดได้เท่านั้น ไม่ปล้ำ ไม่ใส่ท่อ พี่ก็เห็นด้วยกับหมอนะ ไม่อยากให้แม่ทรมาน พี่ว่าพี่น่าจะดูแลได้ ถ้าแม่เสียแล้วคงพากลับไปทำพิธีที่เพชรบูรณ์*

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนและหลังในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง หลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล มีความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง หลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล มีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี และเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องตลอดจนถึงที่บ้าน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คนโดยกำหนดคุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

1) เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ แบ่งเป็นมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้สูงอายุ เช่น บุตร หลาน ญาติพี่น้อง หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น สามี ภรรยา ลูกสะใภ้ หลานสะใภ้ โดยให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งขณะที่นอนรักษาในโรงพยาบาล และต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน

2) ไม่เป็นโรคร้ายแรงที่อยู่ในช่วงแสดงอาการ เช่น โรคหัวใจ โรคปอด และโรคเอดส์

3) สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี อ่านและเขียนภาษาไทยได้

4) ไม่เป็นโรคทางจิตเวช

5) มีระดับคะแนนความเครียดที่สูงกว่าปกติ โดยใช้แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI)

6) มีความสมัครใจร่วมในการวิจัย

กำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง

1) อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 หรือมีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะสำคัญในร่างกาย

3) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยการฉายรังสีในโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ทางการรักษาเพื่อประคับประคองอาการเท่านั้น

เกณฑ์การคัดออกจากงานวิจัย (exclusion criteria)

1) ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพภายหลังจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามระยะเวลากำหนด

2) ผู้ดูแลได้สิ้นสุดบทบาทการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายลงอันเนื่องมาจากผู้สูงอายุเกิดการเสียชีวิตในระหว่างร่วมโปรแกรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยหลักการการกำหนดตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลอง ของ Polit & Beck (2004) คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน เพื่อเป็นการป้องกันข้อมูลสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มจำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน สำหรับขนาดของกลุ่มทำกิจกรรม กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (Support Group) กำหนดให้มีสมาชิกกลุ่มมากที่สุดไม่เกิน 10 คน (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2549) ซึ่งจะทำให้กลุ่มเกิดปฏิสัมพันธ์และมีประสิทธิภาพมากที่สุด งานวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดสมาชิกกลุ่มในการทำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล รวม 2 กลุ่ม รวมทั้งหมด 20 8o ไม่เกินกลุ่มละ 8-10 คน และกิจกรรมเป็นลักษณะกลุ่มเปิด ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 40 คน

งานวิจัยครั้งนี้ ได้จัดการดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) ให้แต่ละคู่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในลักษณะเดียวกัน มีระดับความเครียดเดียวกัน และผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาในระดับเดียวกัน (Total dependence, Severe dependence, Moderately dependence)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 การเตรียมเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาทักษะดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและส่วนของผู้ดูแล แผนการสอนแนวทางการผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะ

สุดท้าย คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI)

1.2 การดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ของโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

1.3 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

1.4 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

1.5 เมื่อได้รับการอนุมัติพิจารณาส่งเรื่องไปยังหน่วยงานแผนกผู้ป่วยในที่มีผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนัดวัน เวลา ที่จะพบผู้ดูแลเพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดระดับปานกลางถึงค่อนข้างมากโดยให้ผู้ดูแลประเมินระดับความเครียดด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (CSI) จำนวน 40 คน สอบถามความสมัครใจในการร่วมวิจัย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยใช้วิธีการจับคู่ ในด้านอายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ระดับภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ และคะแนนความเครียดของผู้ดูแล

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

2.1 กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยมาพบกลุ่มควบคุมครั้งแรก ที่ห้องสอนสุขศึกษาประจำหอผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเซ็นยินยอมร่วมการวิจัย และนัดครั้งต่อไปอีก 6 สัปดาห์ พร้อมกับการนัดติดตามอาการผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการพบกลุ่มควบคุมครั้งที่ 2 ที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อวัดความเครียดในผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (CSI) หลังจากดำเนินการเสร็จ มอบของที่ระลึกพร้อมกล่าวขอบคุณ

2.2 กลุ่มทดลอง

การเก็บข้อมูลในระหว่างที่กลุ่มทดลองให้การดูแลผู้สูงอายุนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการร่วมกับการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลจากผู้วิจัย กำหนดระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะพบกลุ่มทดลอง รวมทั้งหมด 11 ครั้ง แบ่งเป็นกิจกรรมฝึกทักษะการดูแลจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (caregiver support group) จำนวน 4 ครั้ง ใช้เวลา 1- 1½ ชั่วโมง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกที่ห้องสอนสุขศึกษาประจำหอผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเซ็นยินยอมร่วมการวิจัย ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและขั้นตอนในการวิจัย เก็บข้อมูลทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ การวางแผนการทำกิจกรรมตลอดสัปดาห์ที่ 1-2 ประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย เป็นรายบุคคลที่ห้องเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและห้องพัก

ผู้ป่วย และกิจกรรมการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล มอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแก่กลุ่มทดลอง หลังจากจำหน่ายผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล สัปดาห์ที่ 3-5 ผู้วิจัยมีการติดตามผู้ดูแลทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดการความเครียดของผู้ดูแลที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 6 พบกลุ่มทดลองเป็นครั้งที่ 11 ระยะสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยการประเมินความเครียดของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (CSI) พร้อมกับสอบถามปัญหาและอุปสรรคจากการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน ณ แผนกผู้ป่วยนอก ห้องมิตรภาพบำบัด จนครบ 20 ราย มอบของที่ระลึกกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป จากการตรวจสอบค่าของตัวแปรตามพบว่า การกระจายข้อมูลอนุมานได้ว่าเป็นโค้งปกติ และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแล ระยะเวลาการให้การดูแลผู้สูงอายุ และระดับความเครียดของตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล

2. คะแนนความเครียดในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นโดยการคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล วัดภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการวิจัยสามารถสรุปรายละเอียดได้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 92.5 มีอายุเฉลี่ย 49.7 ปี มีอายุระหว่าง 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.5 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 65 มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 70 มีลักษณะความสัมพันธ์เป็นสามี-ภรรยาของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 40 มีระยะเวลาของการเป็นผู้ดูแลในช่วง 1-6 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.5 มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ 24

ชั่วโมงต่อวัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100 จากการประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลด้วยตนเอง พบว่า ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดมีความเครียดอยู่ในระดับค่อนข้างมาก คิดเป็นร้อยละ 95

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง หลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล มีความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล มีความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัวเกิดขึ้น นับว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อร่วมกันจัดการรับผิดชอบดูแลสมาชิกที่เกิดความเจ็บป่วย มีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดจากการปรับตัวต่อบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การช่วยลดความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นแนวทางปฏิบัติที่นำไปสู่การให้ข้อมูลเพิ่มแหล่งประโยชน์ให้เพียงพอต่อการนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ผู้ดูแลและมุ่งที่การพัฒนาศักยภาพในตัวผู้ดูแลออกมาเพื่อนำมาใช้อย่างเต็มที่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน โดยที่มีกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลได้จัดการกับปัญหาด้วยการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแก่ผู้ดูแลเพื่อที่จะนำไปใช้ดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยผู้ดูแลในการจัดการกับอารมณ์ของตนเองด้วยการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกภายในกลุ่มผู้ดูแลเกิดปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันตามกระบวนการกลุ่ม มีความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียว ทำให้ความเข้าใจซึ่งกันและกัน เสริมสร้างกำลังใจแก่กัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ลดการแยกตัว เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ได้รับการสนับสนุนกันทางอารมณ์ ช่วยให้การประเมินความรุนแรงต่อ

ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายลดน้อยลง ดังนั้น ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการปัญหาและสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายลดลง

โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม คือ 1) การพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และ 2) การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (caregiver support group) การพัฒนาทักษะการดูแล เป็นกิจกรรมที่จัดให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับอาการและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเน้นการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแก่ผู้ดูแลจนเกิดความมั่นใจ และสามารถดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้านได้ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และช่วยให้ผู้ดูแลนั้นมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ดูแลจะได้เรียนรู้แนวทางการดูแลไปพร้อมกับการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 ครั้ง ผู้ดูแลจะได้รับการเสริมแรงในบทบาทการเป็นผู้ดูแลและคำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลมีความเหมาะสมตามอาการของแต่ละคน

สำหรับกิจกรรมอีกส่วนหนึ่ง คือ การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (caregiver support group) ผู้วิจัยได้นำกระบวนการกลุ่มมาช่วยทำให้ผู้ดูแลได้มีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ช่วยให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกกดดันภายในจิตใจ มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์อย่างเหมาะสม (จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2542)ได้รับการยอมรับจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม เป็นต้น กลไกของกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (กาญจนา ไชยพันธ์, 2549) มีการรับฟังปัญหา ช่วยเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ช่วยกันปลอบโยน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดการดูดซับทางอารมณ์ของผู้ดูแล สามารถลดความรุนแรงและความรู้สึกตึงเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิด (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548) เนื่องจากผู้ดูแลมีการจัดการทางอารมณ์ไปในทางที่เหมาะสม

สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นผลของการประเมินเหตุการณ์ของแต่ละบุคคลที่ประเมินเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น ๆ ว่ามีความคุกคามต่อชีวิต หรืออาจคาดการณ์ว่าเหตุการณ์จะนำไปสู่ความร้ายแรงต่อตนเอง และตนเองอาจจะรับมือกับเหตุการณ์ไม่ไหว ส่งผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดต่อเหตุการณ์ หากภายหลังบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอ มีการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้บุคคลนั้นประเมินเหตุการณ์ซ้ำ และเปลี่ยนเหตุการณ์กลายเป็นความท้าทายสามารถแก้ไขได้ และจะพยายามอย่างเต็มที่ในการค้นหาแนวทางต่าง ๆ มาใช้แก้ไขเหตุการณ์ให้ดีขึ้น ทำให้บุคคลมีความเครียดต่อเหตุการณ์ลดลง จากทฤษฎีดังกล่าวจึงสามารถอธิบายได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่เคารพรักของสมาชิกในครอบครัว ด้วยสภาพของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัยร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรง จึงมีผลกระทบต่อผู้ที่รับบทบาทผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลประเมิน

เหตุการณ์ว่ามีความรุนแรงคุกคามต่อความผาสุกของชีวิตและครอบครัว การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจะกระทบต่อการทำงาน รายได้ รายจ่ายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น (วิภา วิเสโส, 2552) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ishii, Miyashita, Sato and Ozawa, (2012) ที่ศึกษาความรู้สึกยากลำบากของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศญี่ปุ่น พบว่า สภาพการเจ็บป่วยและอาการปวดของผู้ป่วยส่งผลต่อภาระการดูแล ยากลำบากต่อการให้การดูแล เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง ไม่สามารถคาดการณ์กับอาการเปลี่ยนแปลงได้ เสี่ยงต่อเหตุการณ์สูญเสียสมาชิกในครอบครัวได้ทุกเมื่อ จึงเกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จึงได้นำหลักการเผชิญความเครียดมาสร้างโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มาทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลที่มีความเครียด เพื่อช่วยในการเพิ่มแหล่งประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลลดความรุนแรงจากการประเมินเหตุการณ์ซ้ำภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว เพื่อให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง

จึงสรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถทำให้ความเครียดของกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง หลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แล มีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้แลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีความเครียดลดลงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาที่ระดับความเครียดในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงจากระดับสูงกว่าปกติก่อนการทดลองเป็นระดับปกติหลังการทดลอง ถึงแม้ว่ากลุ่มควบคุมจะมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด แต่ถึงอย่างไรก็ตามระดับความเครียดของกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงยังคงอยู่ในระดับที่สูงกว่าปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังนั้น ระดับความเครียดในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นผลมาจากการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลว่าคุกคามต่อความผาสุกของชีวิต ทำใจยอมรับได้ยากต่อเหตุการณ์ที่เกิด จนไม่สามารถจัดการความเครียดด้วยตัวเองได้ จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีคะแนนความเครียดในด้านความรู้สึกเสียใจที่พบว่าผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปมากจากเมื่อก่อนมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการใช้เวลาส่วนตัวในด้านอื่น ๆ ด้านการถูกรบกวนการนอนหลับ และด้านความตึงเครียดในร่างกาย ตามลำดับ หากผู้ดูแลมีปัญหาในการปรับต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทผู้ดูแล จะมีผลกระทบต่อการทำงาน รายได้ สุขภาพ บกพร่องต่อหน้าที่การดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เป็นต้น (พารุณี เกตุกราย, 2550; รวี เดือนดาว, 2547) ประกอบกับความไม่แน่นอนของอาการแสดงจากโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของ

ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลกังวลเกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากขาดความรู้ ความมั่นใจในการจัดการกับอาการเมื่อผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ที่บ้าน หากผู้ดูแลที่มีความเครียดไม่ได้รับการแก้ไขมีความเครียดสะสมเรื้อรัง จะทำให้ผู้ดูแลขาดความสนใจใส่ใจในการดูแลตนเอง เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางกายและจิตใจ อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลตามมา (Fleming et al., 2006) จนไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุต่อไปได้

การเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลก่อนให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านนับว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับคนในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวได้มีการวางแผนจัดการการดูแล การปรับตัวต่อสมาชิกที่เจ็บป่วย ให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบไม่ผลักภาระให้แก่สมาชิกเพียงคนใดคนหนึ่งในครอบครัวมากจนเกินไป สอดคล้องกับ Thompson et al. (2014) การศึกษาการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมต่อการอยู่รอดของ ด้วยการใช้กิจกรรมกลุ่มสนับสนุน เพื่อลดความรู้สึกทุกข์ระทม วัดจากความวิตกกังวล และวัดคะแนนความซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยมองการเจ็บป่วยในด้านบวกมากขึ้น ได้รับการเสริมสร้างกำลังใจจากกลุ่มสนับสนุน การที่ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่มีอาการดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค และช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะการดูแลสามารถการจัดการกับอาการที่ไม่สุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ดีขึ้น โดยผู้ดูแลจะได้รับการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในระหว่างที่นอนอยู่โรงพยาบาลจนกว่าผู้ดูแลนั้นเกิดความมั่นใจในการดูแล ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายออกจากโรงพยาบาลสู่การดูแลต่อที่บ้าน การพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลได้มีแนวทางจัดการกับปัญหา และได้รับแหล่งประโยชน์มากพอ โดยที่ผู้ดูแลการมีแนวทางและทักษะในการจัดการกับอาการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และสามารถดึงศักยภาพในตัวเองออกมา เพื่อนำมาใช้แก้ไขปัญหา และจะช่วยนำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย นอกจากกิจกรรมการพัฒนาทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลแล้ว ในโปรแกรมยังนำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเข้ามาร่วมด้วย เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลได้จัดการทางด้านอารมณ์ เป็นการส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จากการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงสภาพปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่คล้าย ๆ กัน ตลอดจนการแลกเปลี่ยนแนวทางการจัดการปัญหาของแต่ละคนที่แตกต่างกันซึ่งผู้ดูแลสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ดูแลลดการแยกตัว เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองแก่ผู้ดูแล ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว โดยใช้กิจกรรมกลุ่มเป็นส่วนช่วยดูดซับทางอารมณ์ให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกกดดันภายในจิตใจ มีผู้ที่รับฟัง เข้าใจความรู้สึกของกันและกัน ทุกคนในกลุ่มล้วนแต่กำลังประสบกับปัญหาในลักษณะเดียวกัน กลไกของกลุ่มสนับสนุนจะก่อให้เกิดการเอื้ออาทรต่อกัน ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลมีทัศนคติต่อการดูแลและการแก้ไขปัญหาไปในทางที่ดีขึ้น ลดความรุนแรงต่อการประเมินเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปในทางที่เลวร้าย หรือมีความเครียดต่อสถานการณ์ลดลงจากเดิม

เมื่อพิจารณาในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งได้รับการให้คำแนะนำ การสอนเป็นรายบุคล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตลอดจนกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และช่องทางการมารับบริการ ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1-2 วัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดกลุ่ม

ควบคุมหลังน้อยลงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่อย่างไรก็ตามระดับความเครียดยังอยู่ในระดับสูงกว่าปกติทั้งสองครั้งไม่มีการเปลี่ยนแปลง ผลการทดลองดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กิจกรรมการให้คำแนะนำ การสอน 1-2 วัน ของการพยาบาลตามปกติ มีส่วนช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้บางส่วน แต่ยังไม่สามารถช่วยลดระดับความเครียดของผู้ดูแลได้ เนื่องจากในการพยาบาลตามปกติยังขาดการฝึกทักษะการดูแลและการเสริมแรงแก่ผู้ดูแลจนเกิดความมั่นใจ ใช้ระยะเวลาการสอนผู้ดูแลอาจน้อยจนเกินไป อีกทั้งอาจมุ่งเน้นผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ แต่ยังขาดขาดการตระหนักในความสามารถจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล รวมถึงการส่งเสริมความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ดังนั้นในกลุ่มทดลองหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จึงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับความเครียดปกติ เนื่องจากการฝึกทักษะการดูแลนั้นได้สร้างความมั่นใจให้เกิดทั้งในผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าไม่ใช่ตนเองคนเดียวที่กำลังประสบปัญหานี้ แต่ยังมีคนอีกมากมายประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมองปัญหากลายเป็นความท้าทาย มีกำลังใจต่อการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ลดความรุนแรงต่อปัญหาและพยายามหาแนวทางการแก้ไขตามมา จึงทำให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Belgacem et al. (2013) ที่ได้ศึกษาการลดความรู้สึกเป็นภาระและความทุกข์ระทมของผู้ดูแลโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้โปรแกรมกลุ่มการให้ความรู้ วัดคุณภาพชีวิตและวัดความรูสึกเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่า ผลของโปรแกรมสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น มีรายงานการศึกษาการให้ความรู้ (นิตยา คชศิลา, 2548; ศรินยา ฉันทะปรีดา, 2549)การเพิ่มทักษะการดูแล (Porter et al., 2011) และการให้การสนับสนุนทางสังคม (Caress et al., 2009) พบว่า สามารถช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับงานของ สุทธินี วัฒนกุล (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ อาภรณ์ สุวรรณเจษฎาเลิศ (2547) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้ สนับสนุนกับการศึกษา ของ อรวรรณ แผนคง (2547) ที่ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อ ภายหลังได้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระลดลงและมีความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น

จึงสรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถทำให้ระดับความเครียดในกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้พบปัญหาและอุปสรรคในการศึกษาดังนี้

1. ผู้ดูแลบางรายไม่ต้องเปิดเผยผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จึงมีความกังวลในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงต้องเพิ่มความระมัดระวังในการสื่อสาร การสนทนากับผู้ดูแลและผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในขณะที่ผู้วิจัยทำการฝึกปฏิบัติการดูแลแก่ผู้ดูแลกับผู้สูงอายุจริง ๆ ในห้องพักผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยต้องประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวการเจ็บป่วยปัจจุบัน และความต้องการของผู้ดูแลในการเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้สูงอายุทุกครั้ง เพื่อการเลือกใช้ภาษาให้ความเหมาะสมในการสื่อสาร

2. จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งอาการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดไม่สามารถคาดการณ์การอยู่รอดของผู้สูงอายุได้ พบว่า มีผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเกิดการเสียชีวิตระหว่างในที่ดำเนินการศึกษา จำนวน 4 คน ทำให้กลุ่มตัวอย่าง 4 คน ได้สิ้นสุดบทบาทการเป็นผู้ดูแลลง ผู้วิจัยจึงต้องคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลต่อการเก็บข้อมูลการครบตามกำหนดล่าช้าออกไป

3. จำนวนสมาชิกของกลุ่มตัวอย่างในการทำกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลบางสัปดาห์มีไม่เพียงพอต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม คือ มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า 8 คน ผู้วิจัยจึงแก้ไขปัญหานี้โดยเชิญเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล เช่น เจ้าหน้าที่แผนกซักฟอก แม่บ้าน คนสวน เป็นต้น ที่ผ่านประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือพบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีญาติมาเฝ้าไข้มากกว่า 2 คน ก็จะเชิญญาติมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มด้วย เพื่อให้มีจำนวนสมาชิกมากพอให้เกิดปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่มผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถลดความเครียดลงได้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและมีภาวะพึ่งพา ทั้งที่ในสถานพยาบาล หรือในชุมชน ควรให้การดูแลที่มีความครอบคลุมถึงผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะภาวะเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งสามารถนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลในงานวิจัยนี้นำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแก่ผู้ดูแล เพื่อลดความเครียดของกลุ่มผู้ดูแล พร้อมทั้งส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลต่อไป

1.2 ส่งเสริมให้มีการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและการทำกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล แก่พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเน้นให้พยาบาลผู้ปฏิบัติการมีความตระหนักและให้ความสำคัญของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ดูแลนับว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเนื่องถึงที่บ้าน

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

2.1 สถาบันการศึกษาพยาบาล ควรเน้นให้นักศึกษาพยาบาลมีความตระหนักถึงปัญหาความเครียดของผู้ดูแลหลักจากให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ และให้ความสำคัญต่อการช่วยเหลือผู้ดูแลในการลดความเครียดด้วยโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลที่พัฒนารูปแบบกิจกรรมจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประกอบการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล

2.2 ส่งเสริมนักศึกษาพยาบาลในการนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ไปประยุกต์ใช้จัดเป็นกิจกรรมแก่ผู้ดูแลที่มีความเครียด เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลฝึกประสบการณ์เกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยผู้สูงอายุผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว

2.3 ควรนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความมั่นใจให้ครอบครัวผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีการจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านได้ และการตอบสนองด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านตามความเชื่อ

3. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในการวิจัยครั้งต่อไปอาจจะศึกษาความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพา เช่น กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไตที่ทำการล้างไตด้วยตัวเองที่บ้าน เป็นต้น เพื่อเป็นการขยายองค์ความรู้ทางการวิจัยนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

3.2 การวิจัยในครั้งนี้ใช้เวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ แล้วมีการประเมินผลทันที ไม่มีการติดตามผลเนื่องจากมีเวลาจำกัดในการศึกษา ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลเป็นหลังการทดลอง 1 เดือน และ 2 เดือน เพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงของความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และติดตามความคงทนของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

3.3 ควรมีการศึกษากลุ่มผู้ดูแลภายหลังที่สูญเสียผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การวิจัยในครั้งต่อไปควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจนกระทั่งเสียชีวิตมาเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล ลดการแยกตัว และลดความเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

รายการอ้างอิง

American Cancer Society. (2014). *Cancer facts & figures (online).* Retrieved www.cancer.org

Belgacem, B., et al. (2013). A caregiver educational program improves quality of life and burden for cancer patients and their caregivers: A randomised clinical trial. *European Journal of Oncology Nursing, 17*, 870-876.

Bisht, M. (2008). Palliative care in advanced cancer patients in a tertiary care hospital in Uttarakhand. *Indian Journal of Palliative Care,* 14(2), 75-79.

Caress, A. L., Chalmers, K. and Luker, K. (2009). A narrative review of interventions to support family carers who provide physical care to family members with cancer. *International Journal of Nursing Studies, 46*(11), 1516-1527.

Ducharme, F., Lebel, P., Lachance, L. and Trudeau, D. (2006). Implementation and effects of an individual stress management intervention for family caregivers of an elderly relative living at home: a mixed research design. *Research in Nursing & Health, 29*, 427-441.

Fleming, D. A. et al. (2006). Caregiving at the end of life: perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management, 31*(5), 407-420.

Hacialioglu, N., Ozer, N., Yilmaz karabuluthu, E., Erdem, N. and Erci, B. (2010). The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing,* 14(3), 211-217.

Haddad, A and Shepard, D. (2011). Geriatric oncology and palliative medicine. *Seminars in Oncology, 38*(3), 362-366.

Hanlon, J. T., Perera, S., Sevick, M. A., Rodriguez, K. L. and Jaffe, E. J. (2010). Pain and its treatment in older nursing home hospice/palliative card residents. *Journal of the American Medical Directors Association, 1*(18), 579-583.

Hendrix, C.C. and, Ray, C. (2006). Informal caregiver training on home care and cancer symptom management prior to hospital discharge: a feasibility study. *Oncology Nursing Forum, 33*(4), 793-798.

Heuvel, E. T. P., de Witte, L.P., Stewart, R. E., Schure, L. M., Sanderman, R. and Jong, B. M. (2002). Long-term of a group support program and an individual support program for informan caregiver of stroke patients; which caregiver benefit the most? *Patient Education and Counseling, 47*(291-299).

Ishii, Y., Miyashita, M., Sato, K. and Ozawa, T. (2012). A family's difficulties in caring for a cancer patient at the end of life at home in Japan. *Journal of Pain and Symptom Management, 44*(4), 522-562.

Kao, Y. H., Chen, C. N., Chiang, J. K., Chen, S.-S. and Huang, W. W. (2009). Predicting factors in the last week of survival in elderly patients with terminal cancer: a prospective study in southern Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association, 108*(3), 231-239.

Kutner, J.S. and Kilbourn, K. M. (2009). Bereavement: Addressing challenges faced by advanced cancer patients, their caregivers, and their physicians. *Primary Care: Clinics in Office Practice, 36*(4), 825-844.

Laird, B. J. A., and Fallon, M. T. (2009). Palliative care in the elderly breast cancer patient. *Clinical Oncology, 21*(2), 131-139.

Lazarus and Folkman. (1984). *Stress.appraisal and coping*. New York: Spriger Publishing Company.

Locatelli, C. et al. (2010). Telling bad news to the elderly cancer patients: The role of family caregivers in the choice of non-disclosure - The Gruppo Italiano di Oncologia Geriatrica (GIOGer) Study. *Journal of Geriatric Oncology, 1*(2), 73-80.

McLeanl, L. M., et al. (2008). A couples intervention for patients facing advanced cancer and their spouse caregivers: outcomes of a pilot study. *Psycho-Oncology, 17*(1152-1156).

Polit, D.F. and Beck, C T. (2004). *Nursing research : Principles and method* (7 ed.). Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins.

Porter, L.S. et al. (2011). Caregiver-assisted coping skills training for lung cancer: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Pain and Symptom Management, 41*(1), 1-13.

Randall, M. C. (2010). *Support groups what they are and what they do (Online)*. Retrieved www.genectichedatt.com.

Sasat, S. (1998). *Caring for dementia in thailand : A study of family care for demented elderly relatives in Thai Buddhist society.* Doctoral dissertation, Nursing Studies Gerontology, University of Hull, UK.

Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw Hill Book Co.

Shirley, E. O. (1991). *Oncology nursing*. St. Louis: Mosby.

Thompson, J. et al. (2014). Preparing breast cancer patients for survivorship (PREP): A pilot study of a patient-centred supportive group visit intervention. *European Journal of Oncology Nursing, 18*, 10-16.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Valeberg, B. T. and Grov, E. K. (2013). Symptoms in the cancer patient: Of importance for their caregivers' quality of life and mental health? *European Journal of Oncology Nursing, 17*, 46-51.

WHO. (2011). *Cancer: Palliative care (Online)*. Retrieved www.who.int/cancer/palliative/en

กรมสุขภาพจิต. (2542). *ฝ่าวิกฤตชีวิตด้วยการปรึกษา*. กรุงเทพ: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี. (2555). ข้อมูลจำนวนผู้รับบริการ ปี 2554. *ใน งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี*. ปทุมธานี: โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).

กาญจนา ไชยพันธ์. (2549). *การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม*. กรุงเทพ: โอ เอส พริ้นติ้ง เฮาท์.

กาญจนา ศรีสวัสดิ์. (2553). *ผลของการให้ความรู้และการฝึกผ่อนคลายต่อความเครียดในหญิงตั้งภรรภ์วัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

คัทรียา รัตนวิมล. (2545). *ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน. (2542). *เทคนิคการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบองค์รวม*. ภาควิชาการพื้นฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชูชื่น ชีวพูนพล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีรภัทร์ นาชิต. (2547). *ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการจาก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาให้คำปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

นิตยา คชศิลา. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอ็ชไอวีที่มีอาการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เนติมา ติเยาว์. (2553). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *ใน วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย, กายเหนือวัยใจเหนือการเวลา: เคล็ดลับชะลอวัยด้วยเวชศาสตร์อายุรวัฒน์*. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

บุบผา ชอบใช้. (2536). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ. (2551). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพ: อักษรสัมพันธ์.

ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2554). *จากมะเร็งอย่างเป็นสุข*. กรุงเทพ ซีเอ็ดยูเคชั่น.

พารุณี เกตุกราย. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ และคณะ. (2548). *รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล. ใน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน*. เชียงใหม่.

มนูญ ลีเชวงวงศ์. (2550). การ terminate prolonged suffering ในผู้ป่วยที่เป็น terminal illness. *วิชัยยุทธจุลสาร, 37,* 95-97.

มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต*. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, *2*(1), 84-93.

รติอร พรกุณา. (2546). บทบาทและการรับรู้ทางวัฒนธรรมของบุตรสาวในการดูแลบิดามารดาสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในสังคมอีสาน: กรณีศึกษาในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, *26*(3), 21-27.

รวี เดือนดาว. (2547). *ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปารกฏการณ์วิทยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ละออ หุตางกูร. (2534). *หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีวะ-จิต-สังคม*. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต.

ลักษมี ชายเวชช์. (2547). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพ: โอ เอส พริ้นติ้ง เฮาท์.

วันดี โภคะกุล. (2543). คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย. *ใน สถาพร ลีลานันทกิจ, คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

วันทนีย์ นวลละออง. (2553). *ความต้องการความรู้ ทักษะ และบริการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน: กรณีศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วัลลภา ผ่องแผ้ว. (2554). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานัสสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *23*(3), 28-42.

วิภา วิเสโส. (2552). *การให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). จิตสังคม จิตวิญญาณ และการปรับตัวในวัยสูงอายุ. *ใน ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. มหาวิทยาลัยมหิดล: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรินยา ฉันทะปรีดา. (2549). *ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพรรณ ปิติมานะอารี. (2550). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2555). เอกสารประกอบการอบรมการทำ *Workshop* เรื่อง *How to run a support group*. *ใน หนังสือการอบรมวิชาการกลางปี พ.ศ.2555 สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย เรื่อง สมองเสื่อมในประเทศไทย: การจัดการและดูแลที่ดี. ระหว่างวันที่ 12-13 กรกฎาคม 2555 ณ โรงแรมตวันนา สุรวงศ์*. กรุงเทพมหานคร.

ศิริวรรณ วรรณศิริ. (2548). *การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะการพยาบาล.* กรุงเทพ: วี.เจ.พริ้นติ้ง.

สมใจ เนวชื่น. (2547). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมทรง จุไรทัศนีย์. (2547). การดูแลสุขภาพที่บ้าน: บทบาทที่ท้าทายต่อวิชาชีพยาบาล. *รามาธิบดีเวชสาร*, *27*(2), 64-69.

สมบัติ ตรีประเสริฐสุข. (2546). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต.* กรุงเทพ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2537). *แบบจำลองเชิงสาเหตุความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถิติการตาย 10 อันดับปี 2556. (ออนไลน์)*. แหล่งที่มา: http://bps.ops.moph.go.th/Statistic/2.3.4-52.pdf.

สิริสุดา ชาวคำเขต. (2541). *การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพ: สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธินี วัฒนกุล. (2547). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพัตรา แสงรุจิ. (2548). *การรักษาประคับประคองอาการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย Advanced oncology care for nurses*. กรุงเทพ: สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.

สุมานี ศรีกำเหนิด. (2552). *การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

สุมิตรา ทองประเสริฐ และ สิริกุล นภาพันธ์. (2545). แนวทางการรักษา. *ใน โรคมะเร็ง*. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.

สุราษฎร์ พรมจันทร์. (2553). การวิเคราะห์ความรู้และทักษะ. *ใน ยุทธวิธีการเรียนการสอนวิชาเทคนิค*. กรุงเทพ: คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.

สุวรรธนา จงห่วงกลาง. (2549). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลต่อความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

อรวรรณ แผนคง. (2547). *ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

อาภรณ์ สุวรรณเจษฎาเลิศ. (2547). *ประสิทธิผลของรูปแบบสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างจดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 0507

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนิตตา ศรีหาคลัง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางกชกร หว่างนุ่ม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วย Day care เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางกชกร หว่างนุ่ม
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1150
ชื่อนิสิต นางสาวพนิตตา ศรีหาคลัง โทร. 087-677-8894

ที่ ศธ 0512.11/ 1733

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 พฤศจิกายน 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวพนิตตา ศรีหาคลัง นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 40 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้สูงอายุ แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เทลเอดีแอล แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล แผนการสอนแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย คู่มือการทำกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แบบบันทึกอาการและการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน และแบบบันทึกความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพนิตตา ศรีหาคลัง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุรีพร ธนศิลป์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-1149
ชื่อนิสิต นางสาวพนิตตา ศรีหาคลัง โทร. 087-677-8894

ภาคผนวก ข
หนังสือการขอรับการพิจารณาจริยธรรม
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
และข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้ร่วมวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
๑๓๙ ถ.รังสิต-นครนายก ต.บึงสนั่น อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี ๑๒๑๑๐
โทร. ๐๒-๕๔๖๑๙๖๐-๖๖ โทรสาร. ๐๒-๕๔๖๑๙๖๘
Maha VajiralongkornThanyaburi Hospital
๑๓๙ Bungsanan, Thanyaburi, Pathumtani Thailand ๑๒๑๑๐
Tel. (๖๖๒) ๕๔๖๑๙๖๐-๖๖ Fax. (๖๖๒) ๕๔๖๑๙๖๘

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารรับรองเลขที่	MTH ๒๐๑๓-๐๐๑๒
ชื่อโครงการวิจัย :	ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
รหัสโครงการ :	๐๕๔
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย :	นางสาวพนิตตา ศรีหาคลัง
หน่วยงานที่สังกัด :	หออภิบาลคุณภาพชีวิต กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ
สถานที่ทำการวิจัย :	โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี
เอกสารที่รับรอง :	แบบเสนอโครงการวิจัย
วันที่รับรองโครงการ :	๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๖

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

ลงนาม.....
(นายรณน ทรงสวัสดิ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

ชื่อโครงการวิจัย ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ชื่อผู้วิจัย นางสาว พนิตตา ศรีหาคลัง
ที่อยู่ที่ติดต่อ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี 139 ถ.รังสิต-นครนายก ต.บึงสนั่น อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 12110
โทรศัพท์ 087-6778894 E-mail: panitta_eng@hotmail.com

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขที่ .....

ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ ขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ และประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดในเอกสารคำชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และได้รับทราบคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว จึงสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุจากเวชระเบียน

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวข้าพเจ้าและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิมทุกประการ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารคำชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใด ๆ ในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน พร้อมกับได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และสำเนาหนังสือยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(นางสาว พนิตตา ศรีหาคลัง) (.....)
ผู้เข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้ร่วมวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
ชื่อผู้วิจัย นางสาว พนิตตา ศรีหาคลัง
ที่อยู่ที่ติดต่อ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี 139 ถ.รังสิต-นครนายก ต.บึงสนั่น อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 12110
โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-5461960-6 ต่อ 5001
โทรศัพท์มือถือ 087-6778894 E-mail: panitta_eng@hotmail.com

ขอเรียนท่านผู้เข้าร่วมงานวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในวิจัย ท่านควรทำความเข้าใจในงานวิจัยนี้ กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลอย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา งานวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาว่าการพัฒนาทักษะการดูแล และการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลสามารถรถความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้หรือไม่
3. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้ร่วมวิจัย ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรีและหัวหน้าหอผู้ป่วยแล้ว ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์มหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี และให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกแบบเจาะจง จำนวน 40 คน มีคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด เช่น บุตร หลาน ญาติพี่น้อง หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักทั้งขณะที่ผู้สูงอายุนอนรักษาที่โรงพยาบาล และต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน ไม่เป็นโรคร้ายแรงที่อยู่ในช่วงแสดงอาการ สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การมองเห็น หรือการพูด ไม่เป็นโรคจิตประสาท มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง มีระดับคะแนนความเครียดที่ระดับปานกลางถึงมาก โดยใช้แบบวัดระดับความเครียดด้วยตัวเองของกรมสุขภาพจิต แงประชากรเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คม ที่จะได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล และกลุ่มควบคุม 20 คนจะได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. รายละเอียดกิจกรรมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้ายที่ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี และให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล จากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะพบกับกลุ่มทดลองวันละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 11 ครั้ง ใช้เวลา 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และกลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันจันทร์ และวันศุกร์ ทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้

เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1½ ชั่วโมง โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ทำวิจัยและผู้ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการวิจัย อธิบายขั้นตอนของแต่ละกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การมุ่งจัดการกับปัญหา (problem-focused coping) โดยการพัฒนาทักษะการดูแลจากความต้องการและปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเฉพาะราย ในเนื้อหาการฝึกพัฒนาทักษะการดูแลมีความครอบคลุมในเรื่อง การให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุมะเร็งเข้าสู่ระยะสุดท้าย การดูแลผู้สูงอายุและการจัดการกับอาการมะเร็งระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย ให้การฝึกทักษะการดูแก่ผู้ดูแลโดยผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) โดยการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึกและประสบการณ์การดูแล ได้รับฟังปัญหาที่คล้ายกันของผู้ดูแลผู้อื่น เสริมสร้างกำลังใจ ลดความกดดันภายในจิตใจจากการดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความเครียดของผู้ดูแล ด้วยแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (2542) ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม

5. กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง โดยจะสัมภาษณ์เหมือนกลุ่มทดลองในครั้งที่ 1 ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและลงนามยินยอม และครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 ที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อวัดความเครียดของผู้ดูแล โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที หลังจากดำเนินการเสร็จ มอบของที่ระลึกและคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

6. ท่านที่มีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติม และติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ 087-6778894 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้ร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

7. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการวิจัย และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ จากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

8. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้ทุกเวลา การเข้าร่วมวิจัยหรือไม่นั้นจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ต่อการรับการบริการในโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

9. ข้อมูลใด ๆ ที่ได้รับจากผู้ร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบนอกเหนือจากคณะผู้วิจัย จะนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้ดูแล)

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย (×) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำตอบในช่องว่าง

1. อายุ..... ปี

2. เพศ (1) ชาย (2) หญิง

3. ระดับการศึกษา (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ (2) ประถมศึกษา
(3) มัธยมศึกษา (4) อนุปริญญา
(5) ปริญญาตรี (6) สูงกว่าปริญญาตรี
(7) อื่น ๆ ระบุ.....

4. สถานภาพ (1) โสด (2) คู่ (3) หม้าย
(4) หย่า (5) แยกกันอยู่

5. อาชีพ (1) ค้าขาย (2) รับราชการ (3) รับจ้าง
(4) อื่น ๆ ระบุ.....

6. รายได้ (1) 0 - 10,000 บาท (2) 10,001 – 15,000 บาท
(3) 15,001 – 20,000 บาท (4) 20,000 บาท ขึ้นไป

7. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ (1) สามี – ภรรยา (2) บุตร
(3) หลาน (4) พี่ – น้อง

8. ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้สูงอายุต่อวัน นาน .....ชั่วโมง/วัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้สูงอายุ)

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุโดยทำเครื่องหมาย (×) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำตอบในช่องว่าง (โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลและขออนุญาตดูข้อมูลจากแฟ้มประวัติเวชระเบียนผู้ป่วย)

1. อายุ.....ปี

2. เพศ (1) ชาย (2) หญิง

3. โรคประจำตัว (1) ไม่มี (2) มี ระบุ.....

4. การวินิจฉัยโรคมะเร็ง
   (1) มะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ (2) มะเร็งปอด
   (3) มะเร็งเต้านม (4) มะเร็งตับ
   (5) มะเร็งลำไส้ใหญ่ (6) มะเร็งปากมดลูก (7) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
   (8) อื่น ๆ ระบุ.....

5. ระยะของมะเร็ง (1) ระยะที่ 1 (2) ระยะที่ 2 (3) ระยะที่ 3 (4) ระยะที่ 4

6. การกระจายของมะเร็ง (1) ไม่มี
   (2) มี ระบุตำแหน่ง .....

7. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยด้วยมะเร็ง .....ปี .....เดือน

8. วันที่เข้ารับการรักษาครั้งล้าสุด วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

9. การรักษาที่เคยได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   (1) การผ่าตัด (2) การฉายรังสี (3) การใส่แร่
   (4) เคมีบำบัด (5) กินฮอร์โมน (6) อื่น ๆ ระบุ.....

10. แผนการรักษาของแพทย์ในครั้งนี้ ระบุ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
   0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วยป้อนให้
   1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตัดเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
   2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ
2. Gromming (ล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด, ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
   0. ความต้องการความช่วยเหลือ
   1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. -
   -
   -
   -
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)
    0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้
    1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นอย่างน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์)
    2. กลั้นได้ปกติ

รวมคะแนน _____ คะแนน

จัดอยู่ในระดับ ____ 1. totol dependence (0 - 4)
____ 2. severe dependence (5 - 8)
____ 3. moderately severe dependence (9 - 12)
____ 4. mild severe dependence (12 +)

หมายเหตุ

1. เป็นการวัดว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่าหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่
2. โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 24 – 48 ชั่งโมง
3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ independence ดังนั้น ถ้าหากมีคนคอยดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติจริงให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
4. ถ้าหมดสติให้คะแนน 0 ทั้งหมด
5. ระดับความรุนแรงของ BAI
   0 – 4 = Very low initial score (total dependence)
   5 – 8 = Low initial score (severe dependence)
   9 – 11 = intermediate initial score (moderately severe dependence)
   12 + = initial high (mild severe dependence, consideration of discharging home)

ที่มา: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แบบประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินความเครียดของท่าน (ผู้ดูแล) จากการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เมื่อท่านอ่านข้อความแล้วให้พิจารณาใส่เครื่องหมายถูก (/) ในช่องทางขวามือ ที่ตรงกับความรู้สึกท่านเพียงช่องเดียว

รายการ	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)
1. ถูกรบกวนการนอนหลับ (เช่น ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการลุกขึ้นลงเตียง หรือเดินไปมาไม่มีจุดหมายในเวลากลางคืน)		
2. เป็นเรื่องความไม่สะดวกสบายเกี่ยวกับการดูแล (เช่น เพราะต้องใช้เวลานานมากในการช่วยเหลือ หรือใช้เวลานานในการเดินทางมาเพื่อให้การช่วยเหลือ)		
3. เป็นเรื่องความตึงเครียดในร่างกาย (เช่น ต้องช่วยพยุงหรือยกขึ้นผู้สูงจากเก้าอี้ ต้องใช้ความพยายามหรือให้การเอาใจใส่อย่างมาก)		
4. -		
5. -		
6. -		
7. -		
8. -		
9. -		
10. -		
11. -		
12. -		
13. มีความรู้สึกว่าเรื่องราวต่าง ๆ ประดังเข้ามา (เช่น กังวลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นห่วงว่าท่านจะจัดการได้อย่างไร)		

ที่มา: Sasat, S. (1998). **Caring for dementia in thailand : a study of family care for demented elderly relatives in thai buddhist society**. Doctoral dissertation, Nursing Studies Gerontology, University of Hull, UK.

แผนการสอน

เรื่อง	แนวทางการดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย
สถานที่สอน	ห้องสอนสุขศึกษาภายในหอผู้ป่วย และภายในห้องผู้ป่วย
ผู้สอน	น.ส. พนิตตา ศรีหาคลัง
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผศ.ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้เรียน	ผู้ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย
เวลาที่สอน	45 – 60 นาที
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย 1. มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ อาการและอาการแสดง ที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย 2. มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย 3. มีความสามารถในการจัดการอาการแสดงของผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้ายได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ 4. มีทักษะการจัดการความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน/ระยะเวลา	การประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย 2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถบอก อาการและอาการแสดง ที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมะเร็งระยะสุดท้าย แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ความสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้	**การสร้างสัมพันธภาพ** สวัสดีค่ะ คุณ.....ดิฉันพนิตตา ศรีหาคลัง เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มผู้ดูแล เพื่อลดความเครียด จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ - - - **การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ดูแล** ก่อนที่จะเริ่มเข้าสู่เนื้อหาของกิจกรรม ขอให้คุณ..... เล่าถึงปัญหาและความเจ็บป่วยในปัจจุบันของคุณตา/ยาย/ปู่/ย่า เป็นอย่างไร ..... - - -	- ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแลด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย - ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในปัจจุบัน แนวทางการดูแลที่ได้รับอยู่	- เวลา 5 นาที - เวลา 45 นาที - ใช้แฟ้มประกอบภาพเป็นสื่อการสอนเป็นรายบุคคล	- ผู้ดูแลสนใจฟัง ให้ความร่วมมือในการวิจัยและซักถาม - ผู้ดูแลสามารถบอกลักษณะกิจกรรมและจำนวนในการทำกิจกรรมได้ - ผู้ดูแลสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ตนเองกำลังดูแล พร้อมบอกปัญหาที่เกิดในระหว่างที่ดูแล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คู่มือการทำกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

โดย

นางสาว พนิตตา ศรีหาคลัง

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว พนิตตา ศรีหาคลัง เกิดวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2526 ที่จังหวัดยโสธร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา 2549 จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ (รุ่นที่ 32) กรุงเทพมหานคร และเข้ารับการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2553 ด้านประวัติการทำงาน เริ่มปฏิงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ที่โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี เมื่อ พ.ศ.2549-2553 ในแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด เมื่อ พ.ศ.2553-2555 ได้ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด และเมื่อ พ.ศ.2555 จนถึงปัจจุบัน ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำการหออภิบาลคุณภาพชีวิต ของโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University