



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิต

วิญญานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย"

ของ สรรสนีย์ จันทร์มา

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร แนนวบุตร)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุบผงค์ จันทรวิจิตร)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความ ผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
ผู้วิจัย	สรรสนีย์ จันทร์มา
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทัพย์วาริรัมย์
กรรมการที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวรงค์ จันทรวิจิตร
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัย นเรศวร, 2564
คำสำคัญ	ความเครียด, ความผาสุกทางจิตวิญญาณ, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยระยะระยะ สุดท้าย

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อลดความเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลน่าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มละ 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณผ่านการตรวจสอบความเที่ยงจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 และแบบประเมินความเครียด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่คู่และสถิติที่อิสระ

ผลการวิเคราะห์พบว่า

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเครียดลดลงอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. กลุ่มทดลองมีความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. กลุ่มทดลองมีความพอใจทางจิตวิญญาณหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัยเสนอแนะให้นำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อลดความเครียดและเพิ่มความพอใจทางจิตวิญญาณ



Title	EFFECTS OF THE SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON STRESS AND SPIRITUAL WELL – BEING AMONG CARE GIVERS OF END STAGE CANCER PATIENT
Author	SUNSANEE JUNMA
Advisor	Assistant Professor Worawan Tipwareerom, Ph.D.
Co-Advisor	Assistant Professor Yuwayong Juntarawijit, Ph.D.
Academic Paper	M.N.S. Thesis in Community Nurse Practitioner, Naresuan University, 2021
Keywords	Stress, Spiritual Well - being, Caregiver, End stage patients cancer

ABSTRACT

This study was quasi - experimental research, using a two-group, pre-test/post-test design. Objective was to examine the effectiveness of the social support program on stress and spiritual well-being among caregivers of end-stage cancer patients. The samples were caregivers of end-stage cancer patients who received treatment in NAN Hospital. The samples were selected by purposive sampling, 30 persons each group divided in control group and experimental group. The control group received usual care and the experimental group received social support program on stress and spiritual well-being among caregivers of end-stage cancer patients 12 weeks. The research instruments consisted of personal data, spiritual well – being assessment with its reliability 0.85 and stress assessment with its reliability 0.89 analyzed using paired t-test and independent t - test.

The results showed that

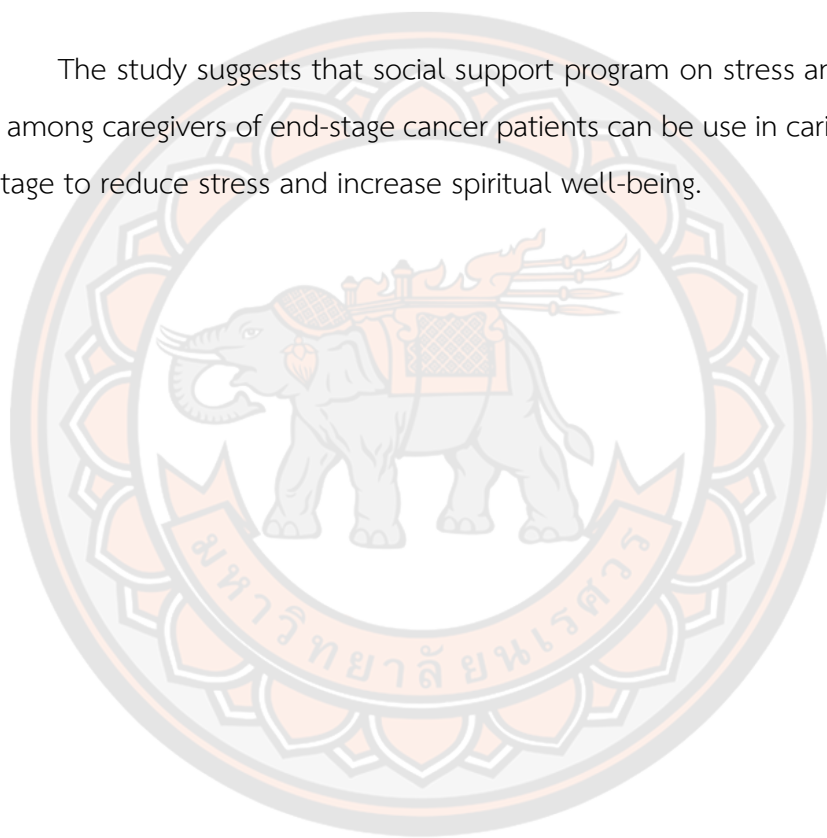
1. The experimental group had the mean score of preoperative stress level was significantly decreased ($p < .001$)

2. After receiving the program, the caregivers well-being score of the experimental group level was significantly increased ($p < .001$)

3. After receiving the program, the caregivers role stress score of the experimental group lower than before receiving the program ($p < .001$) .

4. After receiving the program, the caregivers well-being score of the experimental group was higher than before receiving the program ($p < .001$).

The study suggests that social support program on stress and spiritual well-being among caregivers of end-stage cancer patients can be use in caring for caregivers end-stage to reduce stress and increase spiritual well-being.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณทิพย์วาริรมย์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวรงค์ จันทรวิจิตร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้อุทิศสละเวลาอันมีค่ามาเป็นที่ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อชี้แนะ คำแนะนำที่มีคุณค่าเพื่อทำให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระวีวรรณ พิไลเกียรติ อาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร แนวนบุตร อาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แพทย์หญิงวาลิกา รัตนจันทร์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลน่าน พว.สมพร รอดจินดา พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญพิเศษ โรงพยาบาลน่าน พว.จุฬารัตน์ สุริยาทัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าวังผา ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ที่กรุณาให้คำแนะนำตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สมบูรณ์และมีคุณค่า

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่านและคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน ที่ให้ความกรุณาอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย และเก็บข้อมูลในพื้นที่ และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน ให้ความร่วมมือด้วยดีตลอดการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ตลอดระยะเวลาการศึกษา

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้อำนาจใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน

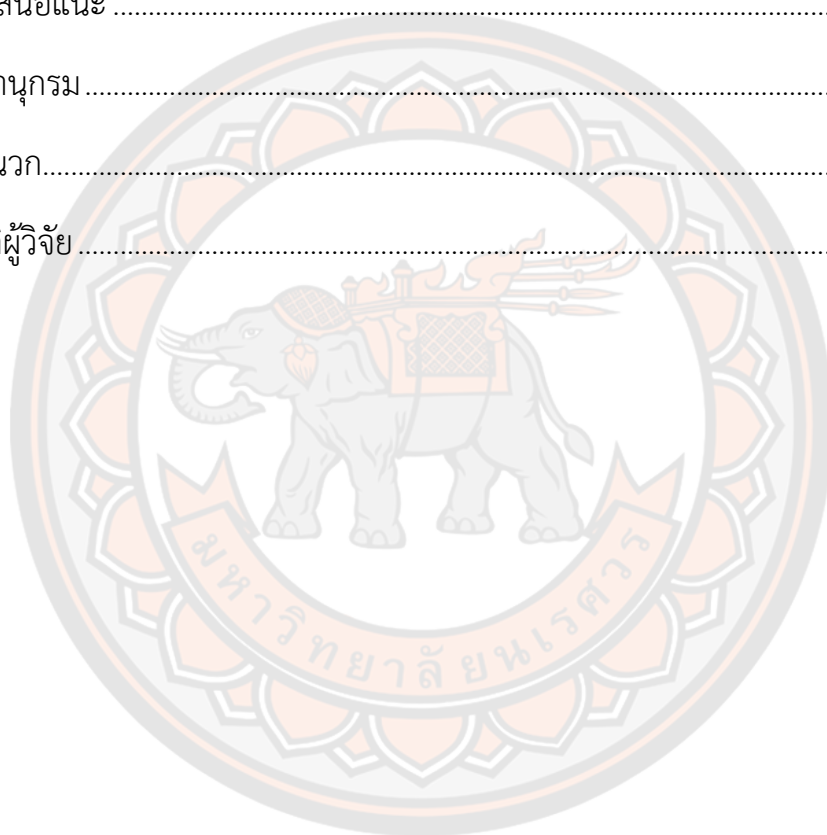
สรรสเนีย์ จันทร์มา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
จุดมุ่งหมายของการศึกษา.....	7
สมมุติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	24
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด.....	31
แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ.....	37
แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	40

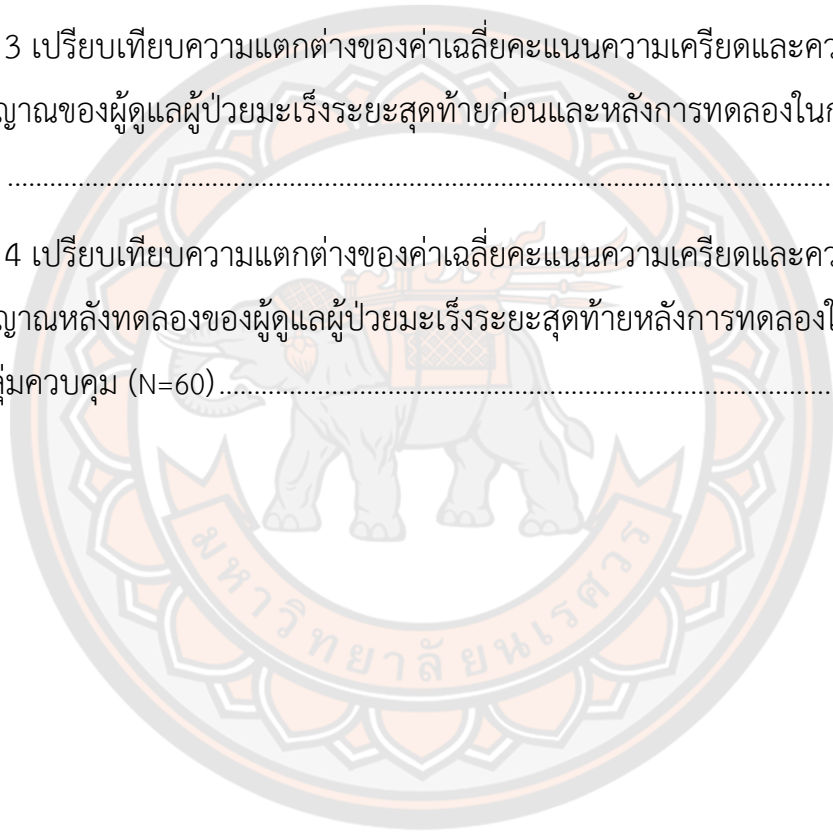
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	46
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	48
ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	48
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	49
แผนภาพตารางแสดงรูปแบบการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	52
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	52
กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	53
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria).....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	57
วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
กิจกรรมการดำเนินการทดลอง	60
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	65
การวิเคราะห์ข้อมูล	65
บทที่ 4 ผลการวิจัย	66
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	66
ส่วนที่ 2 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง	70

ส่วนที่ 3 ความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	71
บทที่ 5 บทสรุป.....	72
สรุปผลการวิจัย.....	73
อภิปรายผล	74
ข้อเสนอแนะ	78
บรรณานุกรม.....	79
ภาคผนวก.....	88
ประวัติผู้วิจัย.....	136



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 สรุปจำนวนวันโดยประมาณที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เมื่อเทียบกับคะแนน PPS	23
ตาราง 2 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม คุณลักษณะของประชากร (N= 60).....	67
ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและความผาสุก ทาง จิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (N=30)	70
ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและความผาสุกทาง จิตวิญญาณหลังทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (N=60).....	71



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	48
ภาพ 2 Flow chart สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	64



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งขององค์การอนามัยโลกในปีพ.ศ. 2561 ทั่วโลกพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวนกว่า 18.1 ล้านคน สถิติของโรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกในโลก ได้แก่ มะเร็งปอด 2.1 ล้านราย มะเร็งเต้านม 2.1 ล้านราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านราย มะเร็งต่อมลูกหมาก 1.3 ล้านราย และมะเร็งกระเพาะอาหาร 1.0 ล้านราย โดยในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตถึง 9.6 ล้านคน เป็นมะเร็งปอดถึง 1.8 ล้านราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ 881,000 ราย มะเร็งกระเพาะอาหาร 783,000 ราย มะเร็งตับ 782,000 ราย และมะเร็งเต้านม 627,000 ราย (WHO, 2017)

สถิติโรคมะเร็งของคนไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ของคนไทย ในปี 2562 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวนถึง 122,757 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 59,662 คน และเพศหญิง 63,095 คน และมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2562) จากข้อมูลของกรมการแพทย์ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าโรคมะเร็งที่พบในเพศชายคือมะเร็งปอด ร้อยละ 22.9 มะเร็งลำไส้ร้อยละ 15.0 และมะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 9.4 เพศหญิงพบมะเร็งเต้านม ร้อยละ 44.3 มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 11.9 และมะเร็งปอด ร้อยละ 8.9 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

จังหวัดน่านมีประชากรทั้งหมด 476,363 คน จำนวนประชากรในเขตอำเภอเมือง 81,481 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) จากข้อมูลประชากรเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในพื้นที่ เขตเมืองมีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น มีผู้มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลน่านด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แต่ไม่มีการทำวิจัยเกี่ยวผู้ดูแลผู้ป่วยมีเพียงการเก็บข้อมูลปัญหาผู้ดูแลเท่านั้น จากสถิติของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ามาใช้บริการจากโรงพยาบาลน่าน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มาเข้ารับบริการ ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 304 คน ปี พ.ศ.2562 จำนวน 310 คน ปีพ.ศ. 2563 จำนวน 428 คน จากการเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย อัตราการกลับมาอนช้ำด้วยอาการรบกวนคิดเป็นร้อยละ 12 ของผู้ป่วย ในปีงบประมาณ 2563 (เวชระเบียนโรงพยาบาลน่าน, 2563)

ผู้ดูแลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะที่ 4 เป็นผู้ที่ไม่สามารถรักษาการลุกลามของโรคให้หายขาดได้ เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการลุกลามของโรค อาการที่พบได้บ่อยในระยะท้าย ทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ปวด ไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหาร และวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ด้านจิตใจและสังคม รู้สึกสิ้นหวัง คุณภาพชีวิตลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ และมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ไม่ดีวิตกกังวล อารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า และมีการปรับตัวที่ผิดปกติ (Diaz Frutos et al., 2016) เครียด (พนิตตา ศรีหาค้าง, 2559) อาการดังกล่าวของผู้ป่วยส่งผลทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย หรือบทบาททางสังคมของผู้ป่วยลดลง กลัว โกรธ ซึมเศร้า กังวล ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น มีปัญหาด้านการรู้คิด ไม่สามารถสื่อสารถึงความรู้สึกนึกคิดหรือความต้องการได้ และด้านจิตวิญญาณ การไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องการการพึ่งพาจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น จากปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและจากการเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลน่านและการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร เช่น การรักษาของแพทย์ การวางแผนการรักษา ขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคของผู้ป่วยขณะให้การดูแล การจัดการอาการไม่สบายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นที่บ้าน ขาดทักษะการใช้อุปกรณ์ ไม่ได้รับการฝึกฝนวิธีการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ผู้ดูแลบางรายมีความเครียดมากคิดอยากฆ่าตัวตายเนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลนาน มีคนดูแลคนเดียว เสียเวลาในการดูแล เกิดความตระหนก กลัว เศร้า วิตกกังวล และเกิดความเครียด (พนิตตา ศรีหาค้าง, 2559) การขาดความรู้ความสามารถหรือทักษะที่ดีพอเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดเจตคติที่ไม่ดีต่อตัวผู้ป่วย เกิดความเครียดและขาดความสุข นอนไม่หลับ มีอาการรบกวนทางร่างกาย การเจ็บป่วยทางกายเกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตร และไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ขาดความสุขและขาดความรู้สึกภูมิใจในตัวเองในการดูแลผู้ป่วย ทางด้านจิตใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ด้านเศรษฐกิจและสังคมมี ค่าใช้จ่ายและมีหนี้สินไม่มีเวลาไปทำงาน ไม่มีเงินใช้จ่ายภายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ผู้ดูแลบางรายต้องสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพและรายได้เนื่องจากต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมลดลง เนื่องจากเวลาในแต่ละวันจะหมดไปกับการดูแลผู้ป่วย ต้องเปลี่ยนแผนการทำงานไม่มีเวลาทำอย่างอื่นต้องดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ขวัญตา บุญวาศ, 2560) รวมทั้งการขาดอุปกรณ์และทรัพยากรที่ช่วยเหลือผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และทางด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยอาจจะเป็นที่มาของความรุนแรงของอาการที่มากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยจนต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บทบาทหลักคือ

ต้องให้การดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ต้องการได้รับข้อมูล ความรู้ คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต้องการญาติหรือเพื่อนบ้านมาแบ่งเบาภาระในการดูแล ต้องการรายได้หรือเงินช่วยเหลือ ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านและต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานในท้องถิ่น (ขวัญตา บุญวาศ, 2556) พบว่าหากไม่มีการตอบสนองความต้องการเหล่านี้จะส่งผลต่อความเครียดที่เกิดจากการให้การดูแลโดยตรงมีผลกระทบต่อชีวิตญาติผู้ดูแล (ณชนก เอียดสุข, 2552) การที่ต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดและความกดดันในจิตใจเป็นอย่างมาก และส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ไม่มีความสุข ขาดความสุขทั้งทางกายและทางจิตใจ มีผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1985) มีผลโดยตรงในการลดความเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีการแยกประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมเฮ้าส์เป็น 4 ประเภท คือ 1) Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย 2) Information Support คือ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ 3) Instrumental Support คือ การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา และ 4) Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ และผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพที่ดีและผู้ดูแลมีความสุข ลดความเครียดการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะการดูแลและผู้ดูแลมีความเครียดน้อยลง (พนิตตา ศรีมหาคลัง, 2559) การมีความพร้อมในบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดลดลง (นิภาวรรณ สามารถกิจ และคณะ, 2553) และยังช่วยประคับประคองจิตใจญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ (รวี เตือนดาว, 2547) เป็นกัลยาณมิตรในการดูแลความผาสุกทางจิตวิญญาณ สร้างศรัทธาและการไว้วางใจ (จุฑามาส แสงทองดี, 2563) การสนับสนุนทางสังคมช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาและฝึกทักษะเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระ และให้ความมั่นใจแก่ญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อช่วยลดความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย (Caress, 2009) และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติประจำวันของผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและบุคคลแวดล้อมที่ดี จะทำให้ความวิตกกังวลลดลง และสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น มีความสงบในจิตใจ

ความเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2542) เป็นปัจจัยสำคัญมีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจเกิดการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกาย มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม บุคคลส่งผลต่อความผิดปกติของบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและตัวผู้ดูแลเอง สาเหตุของความเครียดเกิดได้หลายปัจจัยทั้งปัจจัยภายใน เช่น จากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ การจัดการความเครียดไม่ได้หรือไม่เพียงพอ ขาดความเข้าใจ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลมักรู้สึกถึงการอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ รู้สึกกลัวการสูญเสียหรือการพลัดพรากจากบุคคลที่รักและผูกพันปัจจัยทางสังคม เช่น ความเครียดในที่ทำงาน ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดลง หมดกำลังใจ สับสนคับข้องใจ รู้สึกผิดไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งมีผลต่อภาวะจิตใจ จิตวิญญาณความผาสุกของผู้ดูแลลดลงด้วยการสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกวิธีที่สามารถช่วยลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การปรับตัวต่อบทบาทในฐานะผู้ดูแล ซึ่งส่งผลให้เป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยลดความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ขวัญตา บุญวาศ (2560) ศึกษาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง ในพื้นที่จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงซึ่งมีความพิการ ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียงที่บ้านในจังหวัดตรังมีความเครียด ในระดับสูง โดยมีระดับความเครียดมากที่สุด ได้แก่ ด้านการปรับตัวของคนในครอบครัว รองลงมา คือ ด้านการต้องเปลี่ยน แผนการทำงาน การไม่มีเวลาทำอย่างอื่น และการที่ผู้พิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ระดับความเครียดน้อยที่สุด คือ ความไม่สะดวกในการดูแลผู้พิการ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (สมพร ปานผดุง, 2558) เป็นปัจจัยสำคัญในการมีชีวิตของบุคคล ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ อาจจะไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงในผู้ดูแล สูญเสียคุณค่าและพลังอำนาจในตนเอง หมดความสุข สิ้นหวัง และไม่อยากจะใช้ชีวิตต่อไป พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาความทุกข์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความทุกข์เกิดจากความเจ็บป่วยที่รุนแรง ภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรงขึ้น การหย่อนสมรรถภาพและความเสื่อมของร่างกาย กลัวว่าโรคที่เป็นอยู่จะทรุดลงกว่าเดิม กลัวการพลัดพรากจากสิ่งที่รัก มีความรู้สึกโกรธ ความกดดัน ไม่มีเป้าหมายในชีวิต รู้สึกไร้อำนาจ (รวี เดือนดาว, 2547) แต่สิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดพลังในการเยียวยาตนเอง เกิดการยอมรับกับภาวะสุขภาพ และปรับเปลี่ยนความคาดหวังต่อตนเองได้ คือ การพัฒนาทักษะด้านจิตวิญญาณที่ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นลักษณะภายในของบุคคลที่แสดงออกถึงความสมบูรณ์พร้อมของร่างกายและจิตใจ เป็นพลังอำนาจที่นำไปสู่การมีความหมาย เป้าหมายและ

ความหวังในการดำเนินชีวิต มีกำลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีส่วนสำคัญในการป้องกันตนเองในภาวะคุกคาม หากบุคคลมีภาวะพร่องในมิติจิตวิญญาณจะส่งผลเชื่อมโยงกับความสมดุลในทุกมิติ และสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่มีความผาสุกจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ที่วิกฤตในชีวิตได้ดี การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล สร้างความไว้วางใจความเชื่อมั่นในการให้ความช่วยเหลือและการให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทรอย่างจริงจัง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ ค้นหาความต้องการจากการบอกเล่าประสบการณ์ที่มีคุณค่าในใจจากสิ่งที่มีค่าที่สุดในชีวิตและสะท้อนคิดความหมายและเป้าหมายของชีวิตของผู้ดูแล เพื่อความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต จะเห็นว่าผู้ดูแลมีความต้องการการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณเพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยมีเป้าหมายให้ผู้ดูแลระยะสุดท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Accessibility) จากทีมสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสมผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูล (Information) อย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยได้รับ Opioids ตามเกณฑ์มีการวางแผนล่วงหน้า มีการเยี่ยมบ้าน (Home Visit), (Service Plan กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลต่อที่บ้าน ผู้ดูแลสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ และมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม รวมทั้งเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยจนนำไปสู่การดูแลต่อที่บ้านได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการเกิดขึ้นในทุกระบบที่มะเร็งมีการแพร่กระจายออกไป ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในหลายบทบาท ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ตัดสินใจ บทบาทการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย บทบาทการเป็นผู้สื่อสาร บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแลและบทบาทของการเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม (Blum, 2010; National Cancer Institute, 2013) ซึ่งการทำหน้าที่ในหลายบทบาทดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาหรือความต้องการต่างๆ ตามมาหลายประการ ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความต้องการด้านจิตอารมณ์ ความต้องการทางกาย ความต้องการทางสังคมความต้องการทางจิตวิญญาณ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการลดความเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล

อย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวคิดหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยมีความเห็นในการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาใช้นำมาประยุกต์เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งส่งผลดีต่อผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นมีจิตใจเป็นไปในทางบวก ลดภาวะเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง รู้สึกปลอดภัย มีความสุข ประกอบด้วยกิจกรรมที่ง่ายและไม่ซับซ้อน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางด้านสังคม (House, 1985) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional support) การแสดงความห่วงใยต่อผู้ดูแล 2) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Information support) การให้ความรู้ 3) การสนับสนุนทรัพยากร (Instrument support) การสนับสนุนเรื่องอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยและ 4) การสนับสนุนเกี่ยวกับการประเมิน (Appraisal Support) คือ การกล่าวชมเชย การให้กำลังใจ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลลดความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในฐานะผู้วิจัยเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งมีบทบาทหน้าที่ดูแลสุขภาพและเสริมสร้างระบบบริการปฐมภูมิต้องดูแลสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวมทั้งการดูแลทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในพื้นที่การจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ หรือผู้ที่ต้องพึ่งพิงในชุมชนตลอดจนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตให้ตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จึงได้ศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลลดความเครียดและเพิ่มความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งจะส่งผลดีต่อผลลัพธ์ของการดูแลและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแล

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือไม่ อย่างไร

จุดมุ่งหมายของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังทดลองการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังทดลองการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองก่อนทดลองและหลังทดลองการสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกัน
2. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในกลุ่มทดลองก่อนทดลองและหลังทดลองการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน
3. คะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความแตกต่างกัน
4. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความแตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลน่าน ทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 – มีนาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 60 คน

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายโดยผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมที่พัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (House , 1985)ในการลดความเครียดและส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

2. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเขตอำเภอเมืองน่าน โดยผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการกระจายไปที่อวัยวะอื่นมากกว่าหนึ่งอวัยวะไม่สามารถรักษาให้หายขาด และการรักษาที่ได้รับไม่สามารถหยุดยั้งการเจริญของมะเร็งได้ ตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2563) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดน่าน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน่านปีงบประมาณ 2563 จำนวน 810 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลน่านโดยการเลือกผู้ป่วยที่มีระดับการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale : PPS) อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 60% เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการรบกวนและมีชีวิตอยู่ได้นาน 6 เดือน ถึง 1 ปีมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดน่านและรับการรักษาที่โรงพยาบาลน่าน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 60 คน

3. ขอบเขตด้านพื้นที่ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตพื้นที่ไว้ คือ เขตอำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน

4. ตัวแปรที่ศึกษา

4.1 ตัวแปรต้น ประกอบด้วยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

4.2 ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ความเครียดของผู้ดูแลและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ของผู้ดูแล

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลซึ่งแพทย์วินิจฉัยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอายุอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี มีการกระจายไปที่อวัยวะอื่นมากกว่าหนึ่งอวัยวะไม่สามารถรักษาให้หายขาด และการรักษาที่ได้รับไม่สามารถหยุดยั้งการเจริญของมะเร็งได้ มีชีวิตอยู่ได้นาน 6 เดือน ถึง 1 ปีประเมินโดยใช้ PPS คะแนนได้เท่ากับหรือมากกว่า 60

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดญาติหรือ บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลหลักในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งในขณะที่ยังนอนรักษาที่โรงพยาบาลและให้การดูแลต่อเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลผู้ดูแล 1 คน ต่อ ผู้ป่วย 1 คน

ความเครียดของผู้ดูแล หมายถึง ผลของการประเมิเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่าคุกคามต่อความสุข มีความหนักใจต่อเหตุการณ์ เกินความสามารถของตนเองต่อการปรับตัว และเผชิญปัญหา ต้องการการสร้างความสมดุลระหว่างความต้องการและแหล่งทรัพยากรที่ผู้ดูแลมีอยู่ต่อการปรับตัว และเผชิญปัญหา กระบวนการตัดสินใจและประเมินการตัดสินใจด้วยสติปัญญา จะช่วยลดความเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ประเมินจากแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) (โรชินี อุปรา, 2008)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง สภาวะจิตใจที่มีความสุข มีความสงบเย็น เป็นความสุข ความสงบที่เกิดจากความดี มีความเมตตา กรุณา ความไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละมีสติรู้ตื่นและเบิกบาน กับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิตในทุกย่างก้าวทุกขณะ มีปัญญาเข้าใจธรรมชาติของชีวิต มีการรู้แจ้ง เห็นจริง มีการเข้าถึงสิ่งสูงสุด มีความเชื่อศรัทธา มีเป้าหมายในชีวิต และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของบุคคลอื่นประเมิน วัดจากแบบประเมินของกัลยาพลอยใหม่ (2545)

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง รูปแบบกิจกรรมการได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด กิจกรรมที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบโดยการส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยประยุกต์สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางด้านสังคม (House, 1985) โดยมีการจัดทำกิจกรรม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทรัพยากร การสนับสนุนเกี่ยวกับการประเมิน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotionnal support) ประกอบด้วย กิจกรรม การแสดงความห่วงใย ฝึกการจัดการความเครียดทางอารมณ์ นั่งสมาธิแบบอานาปานสติ ฝึกการหายใจที่ถูกต้อง การฟังการบรรยายธรรมะ จัดกิจกรรมการระบายความรู้สึก การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง รับฟังความคิดเห็น

2. การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Information support) ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ข้อมูลและความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะสุดท้าย อาการรบกวน การจัดการอาการรบกวน คู่มือการทำสมาธิ การฝึกการหายใจ คู่มือการดูแลผู้ป่วย การจัดเตรียมอาหารและยาให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การติดต่อสื่อสารทางไลน์แอปพลิเคชัน โทรศัพท์ติดตาม และมีการเยี่ยมบ้าน

3. การสนับสนุนทรัพยากร (Instrument support) ประกอบด้วยกิจกรรม การสนับสนุน เครื่องอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประสานงานศูนย์เยี่ยมผู้ป่วย การสอนการใช้ อุปกรณ์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสำหรับใช้ที่บ้าน

4. การสนับสนุนเกี่ยวกับการประเมิน (Appraisal support) ประกอบด้วย กิจกรรม การกล่าวชมเชย สาธิตย้อนกลับทักษะการดูแล สาธิตย้อนกลับการนั่งสมาธิ

แบบแผนการดูแลการให้ความรู้ตามปกติ ประกอบด้วย กระบวนการดูแลตามมาตรฐาน ของโรงพยาบาลน่านที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การประเมิน ความเครียด ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ การให้ข้อมูลคำปรึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายและช่วยเหลือญาติผู้ป่วย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 1.2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 1.3 การประเมินผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale: PPS
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 2.1 ความหมายผู้ดูแล
 - 2.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 2.3 ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลหลัก
 - 2.3.1 ปัญหาความเครียด
 - 2.3.2 ปัญหาความผาสุกทางจิตวิญญาณ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
4. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
5. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
 - 5.1 รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยศึกษาได้ศึกษาแนวคิดเพิ่มเติมดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. ความหมายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หาย หรือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เคยรักษาให้หายแล้ว ต่อมาเกิดการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง หรือเกิดการกระจายของโรคมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ รักษาไม่หาย มีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมหน้าที่ ก่อนที่จะนำไปสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งระยะเวลาในการเข้าสู่วาระสุดท้ายนั้นจะแตกต่างกันไป (สุพัตรา แสงรุจิ, 2548)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและติดตามไประยะหนึ่งแล้ว การพยากรณ์ของโรคค่อนข้างแม่นยำว่าไม่มีทางรักษาให้หายดี เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีการแพร่กระจายไปอวัยวะต่างๆและที่มีการล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญ เช่น ปอด หัวใจ ตับ ไต ไชกระดูกพร้อม ๆ กัน 3 ระบบ หรือมากกว่า มีการดูแลเพื่อยืดเวลาการเสียชีวิตออกไปเท่านั้น

โรคมะเร็งระยะลุกลาม (Advance Cancer) หมายถึง โรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถึงแม้จะอยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าไม่มีการดูแลรักษา ผู้ป่วยมะเร็งระยะนี้ ยังคงได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว (WHO, 2018)

มะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่มีการดำเนินของโรคมามากแล้ว ตอบสนองการรักษาไม่ดีขึ้น ควบคุมไม่ได้ โรคกลับมา ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เกิดความทุกข์ทรมานกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แพทย์สภาได้ให้คำจำกัดความว่าเป็นผู้ป่วยที่แพทย์ทราบแน่ชัดว่าการรักษาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับขณะนั้นหรือที่จะได้รับต่อไป ไม่สามารถทำให้มีชีวิตรอดอยู่ได้นานพอ ในระดับที่จะดำรงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2549 อ้างถึงใน ทศนีย์ ทองประทีป, 2553)

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นระยะสุดท้าย โรคไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ สุขภาพโดยรวมทรุดโทรมลงเรื่อย ๆ และมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน

สรุป ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แน่ชัดแล้วว่า การดำเนินของโรคเป็นมากแล้ว ไม่สามารถรักษาไม่หายได้ ไม่ตอบสนองต่อการรักษา การดำเนินของโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ กระทบต่อความสามารถในการ

ดูแลตนเองไม่สามารถปกป้องและคงอยู่ตามสภาพปกติของความเป็นมนุษย์กระทบต่อความผาสุกในชีวิต

2. ปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559)

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายประสบปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนี้

2.1 ด้านร่างกาย

การประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านร่างกาย จะประเมินจากอาการไม่สุขสบาย ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก แล้วจึงประเมินการตรวจร่างกาย โดยต้องคำนึงถึง ความสุขสบายของผู้ป่วยและรบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2.1.1 ความเจ็บปวด (Pain) ความปวด เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญ ในการประเมิน ความปวดต้องประเมินความรุนแรงของความปวด ตำแหน่ง ที่ปวด ลักษณะของ ความปวด ระยะเวลาที่ปวด สิ่งที่มีผลต่อความปวด อาการร่วมอื่น ๆ ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน

2.1.2 ภาวะเบื่ออาหารและผอมแห้ง (Anorexia and cachexia) มักไม่สามารถ หลีกเลียงได้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยและ ครอบครัว จากวัฒนธรรม และความเชื่อ ความรุนแรงของน้ำหนักที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับพยากรณ์ โรค ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งเป็นเรื่องปกติที่ต้อง เกิดขึ้น ความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย เพราะจะทำให้มีสารคดีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคดีโตนจะทำให้ความเจ็บปวดบรรเทาและผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น

2.1.3 การหายใจลำบาก (Breathlessness/dyspnea) ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะมีการหายใจ เปลี่ยนแปลงเหมือนหายใจไม่ออก ทำให้ญาติเกิดความตื่นตระหนกและทนเห็นไม่ได้ เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะได้รับความทรมานและอึดอัดจากการขาดออกซิเจน แต่ในความเป็นจริง ผู้ป่วย ใกล้เสียชีวิตไม่ได้รู้สึกอย่างที่ญาติเข้าใจและการให้ออกซิเจนก็ไม่มีประโยชน์เพิ่มขึ้น

2.1.4 อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) ในระยะสุดท้าย ความสามารถในการกลืนจะหายไป ทำให้มีน้ำลายและสิ่งคัดหลั่งจากช่องปากและคอ (Oropharynx) คั่งค้างเกิดเสียงดังเวลาหายใจ ออก บางครั้งเหมือนเสียงสำลักเรียกว่า “Death rattle” ทำให้ญาติ เกิดความตื่นตระหนกและทนไม่ได้ เมื่อ ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้

2.1.5 ความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า (Weakness/fatigue) ความอ่อนเพลียและ เหนื่อยล้าจะเพิ่มมากขึ้น จนในที่สุดจะมากขึ้นจนผู้ป่วยไม่สามารถขยับตัวได้ ทำให้เกิดการยึดติดของ เอ็นและข้อหรืออาการปวด ข้อและเกิดแผลกดทับได้ อาการเหนื่อยล้า มีลักษณะจำเพาะคือไม่ ตอบสนองต่อการนอนพักผ่อน อาการไม่สัมพันธ์กับการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรม เป็นอาการ

ที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะช่วงท้ายของชีวิต มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตและ กิจกรรมของผู้ป่วย ทำให้วิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว มีคุณภาพ ชีวิตที่ไม่ดี

2.1.6 อาการปากแห้ง (Dry mouth) ผู้ป่วยใกล้ตายจะดื่มน้ำน้อยลงหรืองดดื่มเลย ภาวะขาดน้ำที่ เกิดขึ้นในช่วงสุดท้ายใกล้ตายไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นจึงไม่ควรฝืนให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ แต่ควรดูแลทำความสะอาดและรักษาความชื้นของปาก ริมฝีปาก จมูก และตาไว้ โดยอาจใช้สำลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำแตะที่ปากริมฝีปาก จมูก หรือทาเจลที่ริมฝีปากเพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งหรือแตก ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถ หลับตาได้ให้หยอดน้ำตาเทียมหรือน้ำเกลือทุก 15-30 นาที

2.1.7 การขับถ่ายผิดปกติ อาจมีอาการถ่ายเหลว กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ เนื่องจากการทำงานของหูรูดเสียไป ควรอธิบายให้ญาติเข้าใจเพื่อลดความวิตกกังวล และให้การดูแล รักษาผิวหนังให้สะอาด ถ้าไม่จำเป็นไม่ต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้ เพราะในระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะมี ปริมาณปัสสาวะน้อยมาก (กิติพล นาควิโรจน์, และดาริน จตุรภัทรพร, 2556)

2.2 ปัญหาทางด้านจิตใจ (กิติพล นาควิโรจน์, 2559)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความผิดปกติทางด้านจิตใจ 3 อย่าง (ภุขงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550) คือ 1) ภาวะซึมเศร้า (Depression) 2) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) และ 3) ภาวะสับสน (Delirium)

2.2.1 ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ อาการทุกข์ ทรมานทางกายโดยเฉพาะอาการปวดที่ยังควบคุมไม่ได้ การนอนไม่หลับ การนอน รักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ขาดการสนับสนุนทางสังคม มีความพิการ ผลจากโรคเช่น โรคเมเร็งบางชนิด ผลจากยารักษา เช่น เคมีบำบัด

2.2.2 ภาวะวิตกกังวล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความวิตกกังวลจะส่งผลทำให้ แสดงออกทางด้านร่างกาย คือ กระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย และมีอาการทางระบบประสาท อัตโนมัตินำงานมากกว่าปกติ เช่น ใจสั่น มือสั่น หายใจไม่สะดวก หน้ามืด มึนงง กลืนลำบาก ท้องอืด เพื่อ หรือท้องผูก บางรายมีความเครียดเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันเช่น หายใจไม่ออกกะทันหัน หิว หรือ รู้สึกใจเสียคล้ายเป็นบ้าถ้าควบคุมไม่ได้

2.2.3 ภาวะสับสน เกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดปกติทั้งในด้านการรับรู้ การคิดและการแสดงออก โดยเฉพาะการแสดงออกของผู้ป่วยมีทั้งรูปแบบที่สับสน วุ่นวายมากขึ้น (Hyperactive delirium) และแบบที่ ซึมลง (Hypoactive delirium) ผู้ป่วยอาจมี พฤติกรรม เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น ย้ำคิดย้ำทำ โวยวายอาละวาดหรือซึมเศร้า มีอาการสับสน การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล ไม่ตรงตามความจริง

ปฏิกริยาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะและปฏิกริยาต่อการการรักษายาบาล
เจ็บป่วยของผู้ป่วย

1. ระยะช็อกและปฏิเสธ ผู้ป่วยจะนิ่งแสดงความตกใจ ในการตรวจ ไม่ยอมรับความจริง ไม่ยอมพุดถึงการเจ็บป่วยของตนเลย
2. ระยะโกรธ (Anger) ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง พุดจก้าว่าร้าย เป็นระยะที่ยุ่งยากในการดูแล แสดงความ โกรธความ โชคร้ายของตน และโกรธ
3. ระยะต่อรองค้นหา (Bargaining) ผู้ป่วยมักพุดขอต่อรองขอให้มีชีวิตอยู่ต่อไปกับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือสาเหตุุมักเกิดจาก ผู้ป่วยความรู้สึกผิดที่ทำในอดีต
4. ระยะซึมเศร้า โศกเศร้า (Depression) ผู้ป่วยเข้าใจแล้วไม่สามารถปฏิเสธความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รู้สึกสูญเสีย โศกเศร้ากับสิ่งที่เกิดขึ้น กังวล ผู้ป่วยอาจนอนซึมทั้งวันไม่สนใจอะไร อาการเหล่านี้เป็นอาการแสดงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความ ท้อแท้ หมดหวัง

3. วิธีการประเมินผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยใช้ Palliative Performance Scale: PPS (บุศยมาส ชิวสกุลยง และคณะ, 2557)

วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society ที่รัฐ British Columbia เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน ด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย Palliative Care PPS มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) 2) ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง กลาง (40-70%) และ 3) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%)

Palliative Performance Scale: PPS เป็นเครื่องมือใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว

ประโยชน์ของ Palliative Performance Scale (PPS) คือ เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา, ประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีคะแนน 60-70 % หมายถึงว่าผู้ป่วยจะต้องการ การดูแลทางด้านการพยาบาลมากขึ้นและญาติผู้ป่วยมักจะต้องการการดูแลทางจิตใจมากขึ้น, ใช้สำหรับสื่อสารกันระหว่างบุคลากรในทีม และใช้ประเมินการพยากรณ์โรคโดยคร่าว

การใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale for adult Suandok) PPS v2 Thai version (PPS Adult Suandok)

ผู้ประเมินต้องอ่านนียมคำศัพท์ประกอบการใช้ PPS Adult Suandok ด้วย

1. ให้ใช้เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS Adult Suandok) ในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

2. การประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองควรทำโดยเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความคุ้นเคยกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Functional status) ของผู้ป่วย ได้แก่ เจ้าหน้าที่พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่ช่วยเหลือในฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

3. ใช้ข้อมูลระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นข้อมูลสนับสนุนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยให้ประเมินในระยะแรกเริ่ม (Initial assessment) และประเมินหลังจากนั้นทุกสัปดาห์และ/หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

4. เริ่มต้นประเมินที่คอลัมน์ด้านซ้าย คือ คอลัมน์ “การเคลื่อนไหว” (Ambulation) โดยให้ดูจากขั้วบนลงมาข้างล่าง (Downwards) จนกระทั่งพบกับระดับของการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยจากนั้นให้ประเมินในคอลัมน์ต่อไป จนครบทั้งหมด 5 คอลัมน์ โดยที่คอลัมน์ที่อยู่ด้านซ้ายของแต่ละคอลัมน์ ที่กำลังประเมินจะเป็นคอลัมน์ หลักที่กำหนดระดับในคอลัมน์ต่อไป (Left ward precedence) ถ้าประเมินได้ในระดับที่เหมือนกันเช่น ระดับ PPS ร้อยละ 80 ระดับ PPS ร้อยละ 90 และระดับ PPS ร้อยละ 100 ในคอลัมน์ “การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน” พบว่าผู้ป่วยสามารถทำได้เอง จึงให้เลือกคอลัมน์ “การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน” ในระดับ PPS ตามคอลัมน์ “การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค” ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด

เมื่อประเมินครบทั้ง 5 คอลัมน์แล้ว ให้ดูในแนวนอน (Reading horizontally) เพื่อตัดสินใจคะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) อยู่ในระดับร้อยละเท่าไรที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด (Best fit) โดยให้ยึดถือจำนวนคอลัมน์ที่ตรงกับสภาพผู้ป่วย 3 คอลัมน์ หรือมากกว่านั้นเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยอยู่ในระดับที่เท่าไร

5. คะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) ในแต่ละระดับ มีช่วงคะแนนห่างกันร้อยละ 10 บางคอลัมน์ ผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในระดับเดียวกันจะมีการปรับคะแนนให้สูงหรือต่ำกว่าระดับที่เลือกไว้ดังนั้นผู้ประเมินจำเป็นต้องใช้การตัดสินใจทางคลินิก เลือกกระดับที่เหมาะสมที่สุด (Best fit) ห้ามเลือกคะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ชนิดแบ่งครึ่ง (Half fit) เช่น PPS ร้อยละ 45 เพราะถือว่าเป็นการคิดคะแนนไม่ถูกต้อง

6. การประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอาจนำไปใช้ได้หลายวัตถุประสงค์ได้แก่

6.1 เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นเครื่องมือที่ดีเยี่ยมในการติดต่อสื่อสารเพื่อความรวดเร็วในการอธิบายระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมในขณะปัจจุบัน

6.2 อาจเป็นเกณฑ์ในการประเมินภาระงาน

6.3 เป็นเครื่องมือที่ใช้พยากรณ์โรคของผู้ป่วย (Prognostic value)

3.1 หลักการดูแลและเฝ้าระวังระยะสุดท้าย (กิติพล นาควิโรจน์, 2559)

มะเร็ง เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโตและแบ่งตัวมากกว่าปกติจนเกิดก้อนเนื้อขึ้นที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ต่อมาเนื้อร้ายนี้จะลุกลามไปบริเวณอื่นหากไม่ได้รับการรักษา โดยอาการจะแตกต่างกันไปตามชนิด บริเวณที่ตรวจพบและความเร็วในการเจริญเติบโตของมะเร็ง

มะเร็งระยะสุดท้าย คือ ระยะที่มะเร็งได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย โดยเซลล์มะเร็งจะขยายตัวใช้พื้นที่และแย่งสารอาหารที่จำเป็นต่ออวัยวะในร่างกาย ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำงานตามปกติเป็นอย่างมาก การรักษาโดยมุ่งกำจัดมะเร็งไม่ได้ผล และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาต่อมา โดยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอาจมีอาการต่าง ๆ ดังนี้

1. มีอาการเมื่อยล้าและอ่อนแรง โดยผู้ป่วยอาจรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์
2. มีอาการเจ็บปวดทางร่างกาย ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติอยู่จะสามารถบอกได้ว่ารู้สึกปวดที่บริเวณ ไต แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถพูดหรือสื่อสารได้ ผู้ดูแลอาจสังเกตอาการต่าง ๆ ที่อาจเป็นสัญญาณบ่งบอก เช่น หายใจเสียงดัง ขยับตัวไปมาเพื่อหาตำแหน่งที่สบายตัวขึ้น กระจกกระสาย และมีการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง เป็นต้น
3. ความอยากอาหารลดลง ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย และน้ำหนักตัวลดลง
4. พบปัญหาในการหายใจ เช่น หายใจลำบาก หายใจไม่อิ่ม และหายใจช้าหรือเร็วผิดปกติ เป็นต้น
5. ระบบไหลเวียนโลหิตและอุณหภูมิในร่างกายผิดปกติ โดยอาจรู้สึกเย็นเมื่อสัมผัสที่บริเวณขาหรือ แขนของผู้ป่วย และผิวหนังของผู้ป่วยอาจเย็น แห้ง หรือขึ้น
6. พบปัญหาในการขับถ่าย เช่น ปัสสาวะน้อยและมีสีเข้ม ไม่สามารถควบคุมการปัสสาวะหรืออุจจาระได้ เป็นต้น
7. รู้สึกสับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ รวมถึงการจดจำบุคคลใกล้ชิด
8. มีพฤติกรรมนอนที่เปลี่ยนไป โดยผู้ป่วยอาจมีอาการง่วงซึม นอนหลับบ่อยขึ้น หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือ รู้สึกสับสนขณะเพิ่งตื่นนอน
9. แยกตัวออกจากครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน และขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ ซึ่งอาจเกิดจากข
10. การที่ออกซิเจนในสมองลดลง การไหลเวียนโลหิตลดลง ความอ่อนเพลียมากขึ้น หรือการเตรียมสภาพจิตใจก่อนเสียชีวิต นอกจากนี้ ยังมีอาการอื่น ๆ ที่มักเกิดขึ้น เช่น อาการซึมเศร้า วิตกกังวล คลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก เป็นต้น

นอกจากนี้ ผู้ป่วยมะเร็งมักรู้สึกกลัวอาการเจ็บปวดมากกว่าสิ่งอื่นใด เนื่องจากอาการปวดอาจทำให้รู้สึกหงุดหงิด นอนไม่หลับ มีความอยากอาหารที่ลดลง และไม่มีสมาธิ ทั้งนี้ ผู้ป่วยควรทำความเข้าใจว่าอาการเจ็บปวดสามารถควบคุมบรรเทาได้ และไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยควรขอคำปรึกษาเกี่ยวกับอาการเจ็บปวดใด ๆ ที่เกิดขึ้นและให้ความร่วมมือกับทีมแพทย์เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดต่าง ๆ และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

หลังจากที่ผู้ป่วยทราบว่าเหลือเวลาใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้อีกจำกัดเนื่องจากมะเร็งลุกลามไปมากแล้ว คนในครอบครัวหรือผู้ดูแลควรเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ และเรียนรู้วิธีดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ รวมถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากมะเร็งโดยที่ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายขาดจากมะเร็ง แต่เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณโดยมุ่งเน้นไปที่ตัวตนของผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่าโรค ซึ่งวิธีที่ใช้รักษาเพื่อบรรเทาอาการอาจรวมถึงการบำบัดด้วยรังสี เคมีบำบัด การผ่าตัด หรือการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้สะดวกขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาหลายเดือนหรือหลายปี โดยผู้ดูแลควรให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามคำแนะนำดังนี้

การดูแลทางด้านร่างกาย

ผู้ดูแลควรให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังงานมากจนเกินไป รวมทั้งหมั่นสังเกตอาการของผู้ป่วยที่อาจเป็นสัญญาณของความเจ็บปวดและสอบถามอาการของผู้ป่วยอยู่เสมอ และควรให้ผู้ป่วยรับประทานยา เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดหรืออาการทางร่างกายอื่น ๆ เช่น ท้องผูก คลื่นไส้ และหายใจไม่อิ่ม เป็นต้น

การให้ความช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร

แม้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอาจจะมีความอยากอาหารลดลง และรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มได้น้อย แต่ผู้ดูแลก็ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกว่าอยากรับประทานอะไรหรือเมื่อใด ซึ่งผู้ป่วยอาจเลือกรับประทานอาหารที่มีลักษณะเป็นของเหลวหรือไม่แข็งมากอย่างไอศกรีมหรือมิลค์เชค เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจประสบปัญหาในการเคี้ยวอาหาร จึงไม่ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่แข็งจนเกินไป

การดูแลเรื่องการใช้ยา

แพทย์อาจบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยด้วยการให้ยาระงับอาการปวด ซึ่งผู้ดูแลควรใส่ใจเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยมากเป็นพิเศษ และควรปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับยาและปริมาณการใช้ยาที่ถูกต้อง ทั้งนี้ หากผู้ป่วยพบปัญหาในการกลืนยา ผู้ดูแลอาจขอ

คำปรึกษาจากแพทย์เกี่ยวกับยาระงับอาการปวดชนิดน้ำ หรือชนิดแผ่นแปะ นอกจากนี้ ยังมีวิธีการบรรเทาอาการปวดอื่น ๆ เช่น การนวด การประคบ และการใช้เทคนิคผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

การดูแลทางด้านจิตใจ

เนื่องจากกำลังใจถือเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิดควรให้กำลังใจให้ผู้ป่วยอยู่เสมอ โดยคุณอาจพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล อ่านหนังสือให้ฟัง หรืออยู่เคียงข้างผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดแม้ในขณะนอนหลับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดสิ่งที่มีค่ามีความหมายในชีวิตหรือแสดงความรู้สึกในเรื่องที่ผู้ป่วยรู้สึกเป็นกังวลรวมถึงให้คำยืนยันว่าจะทำตามความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ อย่างเรื่องพิธีกรรม หรือสิ่งที่คุณต้องการแต่ยังค้างคาอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ป่วยอาจรับรู้ได้แม้จะไม่สามารถตอบสนองได้ก็ตาม นอกจากนี้ ผู้ดูแลอาจนำวัตถุหรือสิ่งของที่มีความหมายกับผู้ป่วยมาไว้ใกล้ผู้ป่วย หรืออาจเชิญให้นักบาทศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือเสด็จมาพบปะสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจมากยิ่งขึ้น

การดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องนอนบนเตียง

ผู้ดูแลควรให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องนอนบนเตียงตามลักษณะของอาการของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น การใช้ผ้ารองนอนสำหรับผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้เพื่อความสะอาดในการทำความสะอาด การช่วยปรับท่าทางของผู้ป่วยโดยอาจใช้หมอนรองศีรษะหรือปรับระดับของเตียงเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการพลิกตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถทุก ๆ 1-2 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยต้องนอนบนเตียง การห่มผ้าเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น เป็นต้น

3.2 การประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (กิติพล นาควิโรจน์, 2559)

1. การเคลื่อนไหวร่างกาย (Ambulation) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1.1 การเคลื่อนไหวปกติ (Full ambulation) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 80 – PPS ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเอง สามารถลุกจากเตียงได้เอง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ทำงานอย่างที่เคยทำได้ตามปกติสามารถประกอบอาชีพได้ สามารถทำงานอดิเรก หรือ สามารถทำกิจกรรมงานที่เคยทำได้ปกติ

1.2 ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (Reduced ambulation) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 60 - PPS ร้อยละ 70 เมื่อพิจารณาโดยใช้คอลัมน์อื่นร่วมด้วย (Adjacent column) พบว่าระดับ PPS ร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวลดลง (Reduced ambulation) จะเป็น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างที่เคยทำตามปกติไม่สามารถประกอบอาชีพ ระดับ PPS ร้อยละ 60 ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นบางครั้งหรือบาง

เรื่องไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือไม่สามารถทำกิจกรรมงานบางอย่างที่เคยทำตามปกติ เดินได้ระยะทำงานลดลง

1.3 นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ (Mainly sit/lie) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 50 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถทำงานต่างๆที่เคยทำได้เลยผู้ป่วยอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือไม่สามารถทำงานบ้านอย่างที่เคยทำ รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง (Reduced ambulation) แต่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียง

1.4 นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ (Mainly in bed) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 40 ผู้ป่วยกลุ่มนี้อ่อนเพลียมากจึงทำกิจกรรมได้น้อยมาก ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นส่วนใหญ่

1.5 นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา (Totally bed bound) อยู่ในระดับ PPS ร้อยละ 10 ถึงระดับ PPS ร้อยละ 30 เนื่องจากผู้ป่วยอ่อนเพลียอย่างมาก หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถลุกจากเตียงได้เอง และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างด้วยตนเอง

ในการศึกษารั้งนี้ ได้ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีระดับ PPS ร้อยละ 60-70

2. การปฏิบัติกิจกรรม (Activity) และการดำเนินโรค (Extent of disease) (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559)

2.1 การปฏิบัติกิจกรรม (Activity) พิจารณาจากความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ว่าทำได้เหมือนเดิมหรือไม่ได้แก่การทำงาน การทำงานอดิเรกหรือการทำกิจกรรมอื่น ๆ แบ่งเป็น 6 ระดับ ดังนี้

2.1.1 ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ (Normal activity & work) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำงานได้อย่างที่เคยทำ ตามปกติ สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิมสามารถทำงานบ้านได้ และทำงานอดิเรกได้อย่างที่เคยทำตามปกติรวมทั้งสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติเช่น เดินได้โดยไม่เหนื่อย

2.1.2 ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ (Normal activity with effort) หมายถึง ผู้ป่วยต้องใช้แรงมากขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การเดินการทำงาน หรือการประกอบอาชีพทำงานอดิเรก ทำงานบ้านอย่างที่เคยทำตามปกติ

2.1.3 ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (Unable normal job/work) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานอย่างที่เคยทำตามปกติหรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิมแต่สามารถทำงานอดิเรก หรืองานบ้านได้

2.1.4 ไม่สามารถทำงานอดิเรก หรืองานบ้านได้ (Unable hobby/house work) หมายถึงผู้ป่วยอ่อนเพลียจนไม่สามารถทำงานอดิเรก หรือไม่สามารถทำงานบ้านอย่างที่เคยทำ

2.1.5 ไม่สามารถทำงานได้เลย (Unable to do any work) หมายถึงผู้ป่วยอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถทำงานอดิเรก หรือไม่สามารถทำงานบ้านอย่างที่เคยทำ และไม่สามารถทำงานต่างๆได้จึงนั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง (Reduced ambulation)

2.1.6 ทำกิจกรรมได้น้อยมาก (Unable to do most activity) หมายถึงผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก หรือเหนื่อยล้า จึงต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่

2.1.7 ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ (Unable to do any activity) หมายถึงผู้ป่วยอ่อนเพลียมากหรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวจึงไม่สามารถทำกิจกรรมใดได้เลย และต้องการการดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด

2.2 การดำเนินโรค (Extent of disease)

การดำเนินโรค แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามการตรวจร่างกายและการวินิจฉัยทางการแพทย์แสดงถึงระดับความรุนแรงของโรค ดังนี้

2.2.1 ไม่มีอาการของโรค (No evidence of disease)

2.2.2 มีอาการของโรคบางอาการ (Some) มีอาการของโรคบางอาการ

2.2.3 มีอาการของโรคอย่างชัดเจน (Significant disease) มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปที่อวัยวะอื่น 1 แห่ง หรือ 2 แห่ง เช่น ปอด หรือ กระดูก จะอยู่ในระดับมีอาการของ โรคอย่างชัดเจน

2.2.4 มีอาการของโรคอย่างมาก หรือมีการลุกลามของโรค (Extensive disease) มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปที่อวัยวะหลายแห่ง ได้แก่ปอด กระดูก ตับ สมองแล้วมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมีอาการของโรคอย่างมาก หรือมีการลุกลามของโรค
การดำเนินโรค (Extent of disease) ยังหมายถึงความถึงความก้าวหน้าของโรค (Progression of disease) ทั้งที่กำลังให้การรักษา (Active treatments) อยู่

3. การทำกิจวัตรประจำวัน (Self care) ได้แก่ การอาบน้ำ การล้างหน้า การแปรงฟัน การใส่เสื้อผ้าการรับประทานอาหารการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ
การทำกิจวัตรประจำวัน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

3.1 ทำได้เอง (Full self care) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่างด้วยตนเอง

3.2 ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง หรือบางเรื่อง หมายถึง ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้เช่น ลุกจากเตียงได้เอง เดินได้เอง ล้างหน้าเองไปห้องน้ำเอง และรับประทานอาหารด้วยตนเอง แต่ในบางครั้งผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็น เช่น บางวันผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเวียนศีรษะจึงต้องการให้เจ้าหน้าที่พยาบาลช่วยเหลือในการพาไปเข้าห้องน้ำ

3.3 ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น (Considerable assistance required) หมายถึง ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างเป็นประจำทุกวันจากผู้ดูแลจำนวน 1 คน ได้แก่การลุกจากเตียง การเดิน และการรับประทานอาหารเป็นประจำทุกวันจากผู้ดูแลจำนวน 1 คน

3.4 ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ (Mainly assistance) หมายถึง ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่

3.5 ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด (Total care) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันใดๆด้วยตนเองจึงต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมดความต้องการการช่วยเหลือขึ้นอยู่กับสภาพอาการทางคลินิกของผู้ป่วย

4. การรับประทานอาหาร (Intake) การเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหาร มี 4 ระดับ ดังนี้

4.1 รับประทานอาหารปกติ (Normal intake) หมายถึง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ

4.2 ลดลง (Reduced intake) หมายถึง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลงจากเดิม

4.3 จิบน้ำได้เล็กน้อย (Minimal to sips) หมายถึง ผู้ป่วยสามารถจิบน้ำ หรืออาหารเหลวได้เล็กน้อย

4.4 รับประทานทางปากไม่ได้ (Mouth care only) หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอาหารได้ถ้ากลืนอาหารจะมีอาการสำลัก หรือเสี่ยงต่อการสำลักเนื่องจากผู้ป่วยซึมหลับหรือไม่รู้สึกตัว หรือสับสนผู้ป่วยบางรายได้รับการใส่สายยางเพื่อให้อาหาร โดยใส่ทางจมูกลงสู่กระเพาะอาหาร (Nasogastric tube) จึงต้องดูแลทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วย

5. ระดับความรู้สึกตัว (Conscious level) แบ่งเป็น 4ระดับ ดังนี้

5.1 รู้สึกตัวดี (Full consciousness) หมายถึง รู้สึกตัวดี และรับรู้วัน เวลา และสถานที่ได้ปกติ มีสติสัมปชัญญะดี มีความสามารถในการรับรู้ทั้งด้านความคิด ความจำ ความรู้สึก

5.2 สับสน (Confusion) หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีอาการสับสนฉับพลัน (Delirium) หรือ มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) มีระดับความรู้สึกลดลง อาจมีอาการเล็กน้อย หรือ ปานกลาง หรือรุนแรงที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ

5.3 ง่วงซึม (Drowsiness) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า (Fatigue) หรือมีอาการง่วงซึมจากการได้รับผลข้างเคียงจากยา หรือมีอาการสับสนเฉียบพลัน หรือมีอาการอยู่ใน ภาวะใกล้ตาย บางครั้งรวมถึงอาการซึ่มมาก (Stupor)

5.4 ไม่รู้สึกตัว (Coma) หมายถึงผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อคำ พูด หรือไม่ ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทางร่างกาย (Verbal or physical stimuli) ผู้ป่วยอาจมีปฏิกิริยา การตอบสนองแบบอัตโนมัติ (Reflex) หรือไม่มีปฏิกิริยาการตอบสนองแบบอัตโนมัติได้ ภาวะ ไม่รู้สึกตัวของผู้ป่วยอาจจะเปลี่ยนแปลงตลอด 24 ชั่วโมง

ตาราง 1 สรุปจำนวนวันโดยประมาณที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เมื่อเทียบกับคะแนน PPS

PPS(%)	จำนวนวันที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่จนกระทั่งเสียชีวิต
10	2-5
20	4-10
30	13-24
40	25-36
50	37-47
60	48-77
70	78-90
80	89-101
90	100-121
100	120-132

ที่มา: บุศยมาส ชิวสกุลยง และคณะ, 2557

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มี PPS 60-70% เริ่มมี อาการรบกวนและช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงมีความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแลมากขึ้น ในการ วิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาในผู้ป่วยที่มี PPS 60-70 % เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้จะมีชีวิตอยู่ได้ ประมาณ 3-6 เดือน การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มผู้ป่วยนี้จึง เหมาะสมต่อการศึกษาในครั้งนี้

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (กิติพล นาควิโรจน์ และดาริน จตุรภัทร, 2556)

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งระยะสุดท้ายส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงตามสภาพความเจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลจึงนับว่าเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

1. ความหมายผู้ดูแล มีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทุกเรื่องให้สุขสบายทั้งกายและใจ และช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ (ภารดี ปรีชาวิทยากุล, 2549, น. 71 - 84)

ญาติผู้ดูแล หมายถึง เป็นผู้ให้การช่วยเหลือหรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือทางอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้ที่ได้รับการดูแลเป็นบุคคลที่ต้องการการดูแลและการดูแลนั้นต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อื่น ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546, น. 156-165)

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตามปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะของการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ได้แก่ เป็นผู้ตัดสินใจทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็นนักสื่อสาร เป็นผู้ให้การดูแล และผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจะเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร เพื่อน หรือญาติ (วารุณี มีเจริญ, 2557, น. 10)

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือเพื่อนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ดูแลไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน และให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร ดังนั้นผู้ดูแลอาจจะเป็น คู่สมรส ลูก หลาน พี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน (ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2549)

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง เป็นคำที่ใช้อธิบายบุคคลที่ไม่ใช่บุคลากรทางวิชาชีพหรือจากหน่วยงานใด แต่เป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือญาติ เพื่อนที่พิการหรือเจ็บป่วยอย่างสม่ำเสมอ (Robinson, & Staker, 1992)

สรุปผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือหรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือทางอ้อม โดยการดูแลนั้นต้องเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร ซึ่งผู้ดูแลอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดามารดาญาติ พี่ น้อง ลูก ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย ฯลฯ ที่ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย

ประเภทของผู้ดูแล ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน สุทวารวรรณ์ ไชยมูล, 2551, น. 34) ได้จำแนกตามระดับความรับผิดชอบในการดูแลเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ป้อนอาหาร ทำความสะอาดแผล เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องกว่าคนอื่น ๆ

2. ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึงบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรือสังคม หรืออาจจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่แทนได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด ญาติหรือ บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลหลักในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งในขณะที่ยังนอนรักษาที่โรงพยาบาลและให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลผู้ดูแล 1 คน ต่อ ผู้ป่วย 1 คน

องค์ประกอบของการดูแลเมเยอร์ออฟ (Mayeroff, 1971. อ้างถึงใน สุทวารวรรณ์ ไชยมูล, 2551, น. 32) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการดูแลที่สำคัญมี 8 ประการ คือ

1. ความรู้ (Knowing) ผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคล ความต้องการและวิธีการตอบสนองความต้องการนั้น

2. ความจริงใจ (Honesty) ผู้ดูแลมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงที่จะให้ความช่วยเหลือบุคคล

3. ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ดูแลบุคคลที่ได้รับการดูแลเพื่อก่อให้เกิดความไว้วางใจ ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สุภาพซึ่งกันและกัน

4. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ความรู้สึกอ่อนน้อมถ่อมตนจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากผู้รับการดูแล อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล

5. ความอดทน (Patience) ผู้ดูแลมีความอดทน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง

6. ความหวัง (Hope) ผู้ดูแลต้องมีความหวังว่าการช่วยเหลือของตนจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาผู้รับการดูแล เป็นการมองโลกไปในอนาคตเพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

7. ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมเพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

8. การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล (Alternating Rhythm) เป็นการเรียนรู้ผลของการดูแลจากประสบการณ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการคงไว้หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการช่วยเหลือบุคคลการปรับตัวของผู้ดูแลการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องปรับตัวกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ต้องหัดเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจากหลายทาง และอาศัยความหวังและกำลังใจจึงจะสามารถยืนหยัดดูแล

2. บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (กิติพล นาควิโรจน์, และดาริน จตุรภัทรพรหม, 2556)

บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วย 3 บทบาท ได้แก่

2.1 การดูแลผู้ป่วยโดยตรงด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณบทบาทแรกที่เป็นพื้นฐานของการดูแลคล้ายกับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยทั่วไปคือบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณนั้น ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มุ่งเน้นให้เกิดความสุขสบายด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการช่วยเหลือบรรเทาอาการด้านร่างกายผู้ดูแลยังต้องให้การดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการจากความเจ็บป่วยได้แก่อาการปวดอาการเหนื่อย อาการท้องผูกและอาการหลงลืมไปพร้อม ๆ กับการดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดการอาการปวดสำหรับการดูแลด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบ ซึ่งอาจจะเหมาะสมกับสถานการณ์ระยะท้ายของผู้ป่วยโดยการให้กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญและให้การดูแลด้วยความอดทนให้ความเข้าใจและให้ความเห็นอกเห็นใจ รวมทั้งให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพบูชาผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้การดูแลด้านจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบโดยการอยู่เคียงข้าง การใช้หลักศาสนามาดูแลในมิติทางสังคมของการตายผู้ป่วยควรจะได้จากไปในบรรยากาศที่อบอุ่น คือ ผู้ป่วยระยะท้ายได้อยู่ใกล้ชีวิตหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวญาติมิตรหรือบุคคลที่ตนรักได้

2.2 การเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลระยะสุดท้าย

การเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลระยะสุดท้ายผู้ดูแลต้องมีการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลในระยะเสียชีวิตและภายหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมีการพูดคุยวางแผนแนวทางการรักษา ภารกิจต่าง ๆ ที่จะตามมาก่อนและหลังผู้ป่วยจากไปสถานที่สุดท้ายที่ต้องการจะเสียชีวิต การจัดสภาพศพและพิธีศพโดยมีความหวังอยากให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

2.3 การปรับตัวและการดูแลตนเอง

การปรับตัวและการดูแลตนเอง ผู้ดูแลนอกจากจะมีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแล้วยังต้องปรับตัวกับการทำหน้าที่ผู้ดูแลและการคงบทบาทอื่น ๆ ตลอดจนการดูแลตนเองไม่ให้เจ็บป่วยพร้อมที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลาโดยการหาเวลาพัก เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หาแหล่งประโยชน์จากบุคคลในครอบครัวมาช่วยดูแลผู้ป่วยรวมถึงการช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อให้ดำรงบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

3. ปัญหา/อุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (กิติพล

นาควิโรจน์, ดาริน จตุรภัทรพรม, 2556)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัว การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย เป็นข่าวร้ายที่คุกคามความหวังและ อนาคตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในกระบวนการรักษาโรคนั้นอาจใช้เวลาในระยะหนึ่ง ญาติ จะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับคนที่รัก เช่น ชูบผอม อ่อนเพลีย การรับรู้และการตัดสินใจ เปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนให้รับรู้ว่าการพลัดพรากนั้นใกล้เข้ามา โดยทั่วไปแล้วการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย มีดังนี้

1. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน มักรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ ไร้ค่า แม้ว่าสมาชิกในครอบครัวที่ให้การช่วยเหลือพยายามทำทุกอย่างให้เป็นปกติ แต่ผู้ป่วยมักรู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง ญาติจำเป็นต้องอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายของผู้ป่วย และต้องเอาชนะความหวั่นไหว และความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตที่กำลังจะสูญเสียคนที่ตนรัก

2. ภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ ญาติในกลุ่มนี้มักมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย มีความรักและความผูกพัน กันอย่างแน่นแฟ้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยญาติกลุ่มนี้จะคิดว่าการดูแลกันในยามป่วยไข้เมื่อใกล้จะ เสียชีวิตเป็นหน้าที่และเป็นการทดแทนบุญคุณ จึงเป็นการดูแลกันด้วยความรักและความเข้าใจ อดทนและเสียสละเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุข ญาติกลุ่มนี้มักค้นพบศักยภาพของตนเอง เรียนรู้สัจธรรมชีวิตและประสบการณ์ใกล้ตายจากคนที่ตนรัก ทำให้สามารถปรับการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

3. ความรู้สึกว่าเป็นภาระ ญาติบางกลุ่มอาจคิดว่าการดูแลกันยามเจ็บไข้หรือยามใกล้เสียชีวิต เป็นภาระ เช่น ภาระด้านสุขภาพ เพราะต้องดูแลเรื่องสุขอนามัย อาหาร ญาติมีความวิตกกังวล และกลัวว่าตนเองอาจติดโรคร้าย หรือเป็นโรคร้ายแรงเหมือนผู้ป่วย หรือญาติบางรายอาจคิดว่าการ เจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายและเวลา เพราะต้องมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เช่น ผ้าอ้อม ถุงมือ หรือค่าเดินทางในการมาเยี่ยม บางรายต้องหยุดงานบ่อย หรือลาออกจากงาน จึงมีความรู้สึกขัดแย้งภายในตนว่าควรเลือกดูญาติที่เจ็บป่วย หรือกลับไปทำงานตามหน้าที่ของตน ความรู้สึกขัดแย้งนี้ทำให้เกิดความกังวล แม้ว่าจะเลือกทางใดทางหนึ่งแล้วก็ตาม

3.1 ปัญหาด้านความเครียด

3.1.1 ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และการดูแล และมีความต้องการเรียนรู้เรื่องโรค แนวทางในการดูแลและรักษาที่ถูกต้อง

3.1.2 ปัญหาทางด้านพฤติกรรม พบว่าอาการกระวนกระวายไม่หยุดนิ่งของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในการดูแลมากที่สุด

3.1.3 ระดับความช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Activity of Daily Living หรือ ADL) พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยเท่าไร ยิ่งต้องการเวลาในการดูแลมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากยิ่งขึ้น

3.1.4 ระดับความเจ็บป่วย (Level of Illness) ในผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น ยิ่งต้องการการดูแลมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากขึ้น

3.1.5 ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล จากภาวะปัจจุบันที่ทั้งผู้หญิงและผู้ชายต้องออกไปทำงานนอกบ้านและขนาดของครอบครัวลดลง ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแลรวมทั้งคนทำงานบ้านที่สามารถดูแลผู้ป่วย และหากจ้างเจ้าหน้าที่ช่วยการดูแลจากศูนย์ต่าง ๆ ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง

3.1.6 ปัญหาด้านการเงิน ผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาที่นานในการรักษาและเป็นการป่วยเรื้อรังจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงตามไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ญาติต้องรับภาระนี้ด้วยตนเองและญาติอาจต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547 อ้างถึงใน สุทวารธรรม ไชยมูล, 2551, น. 34-35)

3.2 ปัญหาด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ

3.2.1 ความเชื่อและทัศนคติ (Belief and Attitude) ผู้ดูแลมักจะเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นผลมาจากกรรมเก่าของผู้ป่วยและผู้ดูแล บ้างก็คิดว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำในขณะเดียวกันเพื่อนบ้านและชุมชนก็คิดว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถูกคาดหวังมากทำให้ความสุขในการดูแลผู้ป่วยลดลง ภาระในการดูแลและความยุ่งยากในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือความรู้สึกกดดันของผู้ดูแลกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอยู่ก่อให้เกิดความตึงเครียดของสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล เนื่องจากความไม่สมดุลทางอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความรู้สึกวิตกกังวลและมีความไม่มั่นคงในจิตใจ ถูกจำกัดกิจกรรมที่เคยปฏิบัติ กลัวที่จะต้องสูญเสียผู้ป่วย และรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว เมื่อการสนับสนุนจากบุคคลอื่นลดลงและต้องดูแลผู้ป่วยโดยลำพัง ก่อให้เกิดความซึมเศร้า ความทุกข์ ทรมานและความเครียด โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงรุนแรงเพิ่มขึ้น ความทุกข์ทรมานและความเครียดของผู้ดูแลก็มากขึ้นด้วย เมื่อความเครียดรุนแรงมากขึ้น ก็จะนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตใจได้ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ การให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อบทบาทในสังคม

และการทำงานของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านการพัฒนาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม บางรายแยกตัวออกจากสังคมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้สังคมตามปกติของผู้ดูแลลดลง เช่น การเยี่ยมเยียนหรือสังสรรค์กับญาติพี่น้องหรือเพื่อน การช่วยงานการกุศลต่าง ๆ การทำงาน นอกบ้าน ทำให้มีรายได้ในครอบครัวลดลง เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ

3.2.2 ด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจะเกิดความรู้สึกไร้อำนาจ ไม่มีพลัง สูญเสีย ไม่มีความสุข และหมดความหวังในชีวิตเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤติหรือการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนกระทั่ง ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ดูแลมีความต้องการยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่ออ่อนน้อมต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (วิภา วิเสโส, 2552) ซึ่งเป็นกลไกที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจากบทบาทการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล นอกจากนี้ ความศรัทธาจะทำให้ผู้ดูแลพบความหมายของชีวิต สามารถควบคุมจิตใจให้สงบ ลดผลกระทบด้านลบของจิตใจ เช่น ความโกรธ ความกดดัน และความกลัวได้ด้วย ผู้ดูแลจึงมีความต้องการหาหนทางที่จะทำให้รู้สึกถึงการมีชีวิตและพบความหมายในสิ่งที่เป็นอยู่ รวมถึงกำหนด เป้าหมายที่ท้าทายที่ตนเองต้องเผชิญขณะให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทำให้ผู้ดูแลมีความสุขเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว อย่างเลี่ยงไม่ได้ นอกจากผู้ดูแลจะรับภาระด้านร่างกายแล้วยังเป็นผู้ที่รับปฏิกริยาของผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ดูแลมุ่งให้การดูแลผู้ป่วยจนละเอียดละเลยที่จะดูแลตนเองหากขาดการจัดการที่ดีอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยแบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้

1) ด้านร่างกาย

ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อให้การดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลต้องทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจ และการคิดจัดการกับปัญหาเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยมากขึ้นจากสภาวะความกดดันหรือความตึงเครียดในการใช้ความพยายามอย่างสูงในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพได้ง่าย เช่น มีไข้ เป็นหวัด ปวด เมื่อยตามร่างกาย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น บางครั้งผู้ดูแลมีความ สนใจในตัวเองลดลง (รวี เตื่อนดาว, 2547) ส่วนใหญ่เห็นว่า ปัญหาของผู้ป่วยสำคัญกว่า หรือคิดว่ารอไว้ก่อนได้ ซึ่งการเจ็บป่วยนี้ถ้าเกิดขึ้นเนิ่นนานต่อไป อาจเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและยากต่อการ รักษาได้ นอกจากนี้การให้การดูแลผู้ป่วยยังทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพ ของผู้ดูแลด้านพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่เพื่อลดความเครียดจากการดูแลเวลาในการออกกำลังกายลดลง พักผ่อนไม่เพียงพอ และบางครั้งลืมที่จะรับประทานยาหรือลืมตรวจสุขภาพของตนเอง (รวี เตื่อนดาว, 2547)

2) ด้านจิตใจและอารมณ์

ปัญหาด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ดูแลมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยระยะท้ายต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องที่ไม่อาจกำหนดเวลาที่สิ้นสุดเป็นเหตุให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้า มีความทุกข์ด้านจิตใจจากอาการเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รักที่มีการเปลี่ยนแปลง ลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นจึงมีทั้งระยะก่อนและหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่เป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม การให้คำปรึกษาแนะนำที่เหมาะสม รวมทั้งการดูแลหลังการสูญเสีย (Bereavement care) ซึ่งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลังการสูญเสียเกิดดังนี้ เช่น ใจสั่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เศร้า เสียใจ รู้สึกผิด โกรธตนเอง ไม่มีสมาธิ สับสน หรือ ปฏิเสธไม่ยอมรับว่ามีการสูญเสียเกิดขึ้น จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกทุเลาจากภาวะเครียดและปรับตัวยอมรับการสูญเสียได้ดีขึ้น

3) ด้านสังคมเศรษฐกิจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน ผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเป็นเวลาเป็นทำงานบางเวลา ผู้ดูแลบางรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้สูญเสียรายได้ รายได้ไม่เพียงพอ และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องไปหยิบยืมมาเป็นค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว อาจจะมีการผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ กระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือในผู้ดูแลที่มีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย (อรวีรุท กาญจนจารี และคณะ, 2560) ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่

1. ความต้องการข้อมูลในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายข้อมูลที่ต้องการได้แก่การดำเนินโรค อาการระยะท้ายก่อนเสียชีวิตเพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนที่จะไปดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านความรู้และทักษะจัดการอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในระยะท้ายและมีส่วนร่วมในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะท้าย (ศิริพร เสมสาร, 2561) เพื่อการเตรียมพร้อมผู้ดูแลจะได้วางแผนได้ล่วงหน้าเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจากทีมสุขภาพ เนื่องจากขณะที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอนบางครั้งอาการดีขึ้น บางครั้งอาการแยลงสลับไปมา ผู้ดูแลไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทรมานต้องการให้จากไปอย่างสงบต้องการข้อมูลการเตรียมเอกสารที่สำคัญ และจำเป็นล่วงหน้าเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตให้จากไปด้วยดี

2. ความต้องการประสานงานเพื่อเข้าถึงบริการระยะท้ายผู้ดูแลต้องการให้หน่วยงานของโรงพยาบาลที่ทำการรักษาให้มีระบบประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อตามสิทธิของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง และลดขั้นตอนเรื่องเอกสาร

3. ความต้องการให้บุคลากรของสถานบริการช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแทนตนเองเมื่อจำเป็นตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสุขด้านร่างกาย มีความสบายใจมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและผลการรักษามีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจมีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงและมีความเป็นส่วนตัวมีบุคลากรที่ให้ความเป็นกันเอง มีความเข้าใจมีสัมพันธภาพที่ดีรวมถึงสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมความสบายบรรยากาศของความเป็นมิตร ทำให้ผ่อนคลายผู้ดูแลบางรายต้องการให้มีพยาบาลช่วยดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลในกรณีที่ตนเองต้องไปทำงานหรือต้องการกลับไปดูแลงานบ้านหรือทำธุระส่วนตัวหรือผู้ดูแลต้องการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจากความรับผิดชอบของตนเองที่ผู้ดูแลคาดหวังจะได้รับการบริการ

4. ความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินผู้ดูแลเมื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแลมีผลกระทบต่อบทบาทการทำงานเพื่อเลี้ยงชีพโดยอาจต้องปรับวิธีการทำงานนอกบ้าน มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายทั้งรายจ่ายของตนเองและรายจ่ายของผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือด้านสวัสดิการระหว่างที่ต้องกลางานต้องการมีความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่เฉพาะในกลุ่มนี้เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลถ้าการดำเนินโรคไปถึงระยะท้าย เพื่อความต่อเนื่องในการรักษาและเป็นแนวทางในการวางแผนในการดูแล

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้แนวคิดความเครียดไว้หลายแนวคิด ดังนี้

1. ความหมายของความเครียด

Selye (1976) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เมื่อร่างกายถูกควบคุมด้วยความเครียด หรือทำให้เกิดความเครียด ทำให้ร่างกายของเราเปลี่ยนแปลงไป ขาดสมดุลและเมื่อร่างกายถูกคุกคาม จะทำให้เกิดการตอบสนอง มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ชีววิทยาและชีวเคมีของร่างกาย และ การตอบสนองต่อสิ่งเร้าก่อให้เกิดความเครียดในแต่ละบุคคลแตกต่างกันตามปัจจัยภายใน เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม ส่วนปัจจัยภายนอก เช่น การรักษาด้วยฮอร์โมน ยาและอาหาร นอกจากนี้ ความเครียดหลาย ๆ ชนิดที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ซึ่งจะเพิ่มการกระตุ้นความเครียด มีผลทำให้การต้านทานต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดลดลง

Lazarus, & Folkman (1984) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยบุคลิกลักษณะของตนเอง ส่วนหนึ่ง และ ตามธรรมชาติของเหตุการณ์ในขณะนั้นว่าความสัมพันธ์เกินขีดความสามารถหรือทรัพยากรที่มีอยู่ ที่ ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ และรู้สึกว่าจะถูกคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อความเป็นสุข

กรมสุขภาพจิต (2542) ให้ความหมายของความเครียดว่า การที่ร่างกายและจิตใจเกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งซึ่งคิดว่าไม่น่าพอใจเป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากรที่มีอยู่ หรือเกินความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจและเป็นทุกข์ กระวนกระวายใจ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับความรู้สึกว่าตนเองจะได้รับอันตรายในอนาคตได้

2. ทฤษฎีความเครียด

นักทฤษฎีได้ให้ความหมายของความเครียดแตกต่างกัน สามารถสรุปได้เป็น 3 ทฤษฎี ดังนี้

2.1 ความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนอง (Stress as response) โดย Selye (1976) ให้ความหมายของความเครียด ว่าเป็นการตอบสนองระหว่างบุคคลกับสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้น (Stressor) จากแนวคิดนี้สามารถสรุปได้ 3 ประการ ดังนี้

2.1.1 การตอบสนองทางร่างกายไม่เฉพาะเจาะจง (Nonspecific) มีผลต่อทุกระบบ (Whole organism) เรียกว่ากลุ่มอาการปรับตัวทั่วไป (General Adaptation Syndrome: GAS)

2.1.2 ความเครียดเป็นการตอบสนองทางร่างกายเท่านั้น ไม่ใช่ด้านจิตใจ

2.1.3 ความเครียดสามารถเกิดจากสาเหตุการเชื่อว่าเป็นสิ่งดีและไม่ดีได้

2.2 ความเครียดเป็นตัวกระตุ้น (Stress as a stimulus) ความเครียดเป็นภาวะที่ทำให้มนุษย์ต้องมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่ง เหตุการณ์มีทั้งทางบวกและทางลบสามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ เช่น การแต่งงาน การตั้งครุฑ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว การเสียชีวิต เป็นต้น บุคคลที่ได้รับผลจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ทำให้ชีวิตเกิดการเปลี่ยนแปลงมากอาจเกิดการเจ็บป่วยได้สูง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ตามทฤษฎีนี้ จึงมองว่าความเครียด คือ ตัวกระตุ้น (Stimulus) หรือ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตกับการเจ็บป่วย

2.3 ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Transaction model of stress) โดย Lazarus, & Folkman (1984) ได้มองความเครียดแตกต่างจากนักทฤษฎี ท่านอื่น ๆ ที่กล่าวมา คือ ความเครียดไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม แต่บุคคลและสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อกันเป็นปฏิสัมพันธ์ (Stress viewed as transaction) ในทฤษฎีนี้ประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ความเครียด 2) การประเมินเหตุการณ์ และ 3) การเผชิญความเครียด ซึ่งจะเน้น

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม โดยที่เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กล่าวคือ ความเครียดเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินตัดสินว่า มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและต้องใช้ทรัพยากรในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังที่ต้องใช้ในการเผชิญปัญหา หรือรู้สึกว่าคุณค่าต่อความเป็นสุข การเกิดความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินเหตุการณ์ว่ามีความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ของบุคคลโดยผ่านกระบวนการตัดสิน ประเมินด้วยสติปัญญา

3. การเผชิญความเครียด

Lazarus, & Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียด เป็นการลงมือ ดำเนินการจัดการกับปัญหา หรือความเครียด ด้วยวิธีการจัดการกับความเครียด โดยมี 2 แบบ คือ

1. การแก้ปัญหาแบบการมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการทำความเข้าใจกับปัญหา พิจารณาปัญหาหาสาเหตุ และหาทางออกของปัญหาด้วยวิธีที่เป็นไปได้ อาจใช้วิธีการเปลี่ยนทัศนคติและความต้องการ พัฒนาทักษะต่าง ๆ เพื่อนำมาแก้ไขปัญหานั้น เป็นต้น ทำให้บุคคลมีการวางแผน มีขั้นตอนในการดำเนินการ และลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้เพื่อแก้ปัญหานั้นโดยตรง

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

4. สาเหตุความเครียดจากการดูแล นอกจากผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลยังมีชีวิตส่วนตัวและงานที่ตนเองต้องรับผิดชอบอยู่ปัจจุบัน จากภาระงานและการให้การดูแลที่มากขึ้นจึงเป็นสาเหตุของความเครียด สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) คือ

1. ความเครียดที่มีสาเหตุจากการให้การดูแลโดยตรง (primary stressor) คือ ความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยจากสาเหตุความพร่องทางร่างกาย ความคิด สติปัญญา ความต้องการส่วนบุคคล

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

นอกจากนี้สาเหตุของความเครียดในญาติผู้ดูแลอาจเกิดได้จากความไม่แน่ใจในบทบาทหน้าที่ของตน ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เช่น การขาดงานบ่อย จนทำให้ขาด รายได้ ขาดการพักผ่อน

ที่เพียงพอจนส่งผลต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาวะ ที่ต้องตัดสินใจและการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ (ชูชื่น ชิวพูนพล, 2541)

สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความเครียด มี 2 ประการ (Selye, 1976) ดังนี้

1. Non specific stress agent เป็นสาเหตุที่ไม่มีตัวตน มักเกิดมาจากทางด้านจิตใจ และ สังคม เช่น ความวิตกกังวล ความกดดันจากสังคม การสูญเสีย การล้มเหลว ความคับข้องทางจิตใจ เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่น่าสนใจทำให้เกิดความเครียดได้มาก

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, & Folkman (1984) มีผลกระทบแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อคนจำนวนมาก และอยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุม ของบุคคลของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เช่น สงคราม แผ่นดินไหว พายุ อุทกภัย เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อคนบางส่วน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่สำคัญ เช่น การถูกออกจากงาน ความเจ็บป่วย การหย่าร้าง การคลอดบุตร การเสียชีวิตของบุคคลใกล้ ชิด ซึ่ง ความเครียดประเภทนี้อาจก่อให้เกิดผลกระทบได้ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

3. ความยุ่งยากประจำวัน (Daily hassle) เป็นเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ น้อย ๆ ของชีวิต ซึ่งเป็นตัวก่อให้เกิดความเครียดอันเนื่องมาจากการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การจราจร ติดขัดทำให้ไปทำงานสาย การโต้เถียงกับคู่สมรส เป็นความเครียดที่เป็นเรื่องเล็กน้อย แต่ก่อให้เกิด ความทุกข์ได้

5. ผลกระทบจากความเครียด

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

5.1 ผลเสียทางด้านสรีระ

เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานานจะทำให้สุขภาพร่างกายแยลง เนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ฮอร์โมนเป็นสารชีวเคมีสำคัญในร่างกาย ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย ความเครียดมีผลต่อการหลั่งของฮอร์โมน ทำให้การทำงานของร่างกายขาดสมดุล ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย เจ็บปวด หรือทำให้เกิดโรคทางกาย ที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic Disease) เช่น หน้ามืดเป็นลม เจ็บหน้าอก

ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ แผลในกระเพาะอาหาร โรคหอบหืด ความเครียดที่มีความรุนแรงมาก ๆ อาจมีผลทำให้บุคคลเสียชีวิตหรืออาการของโรคกำเริบ (ละออหุตางกูร, 2534)

5.2 ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์

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

5.3 ผลเสียทางด้านความคิด ความเครียดมีผลกระทบต่อความคิดของบุคคลทำให้เกิดความคิดในด้านลบต่อตนเอง คิดท้อแท้สิ้นหวัง คิดบิดเบือนไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเองและโทษคนอื่น คิดแปลความหมาย ของสภาพการณ์นั้นผิดพลาด

5.4 ผลเสียทางด้านพฤติกรรม

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

5.5 ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ

ความเครียดก่อให้เกิดการสูญเสียรายได้จากการขาดงาน หรือผลการทำงานทั้งปริมาณและประสิทธิภาพน้อยลง เมื่อบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยจึงต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บป่วยที่ยาวนานและเรื้อรังมีผลต่อความเครียดจากการดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงาน ตกงาน ขาดรายได้ ส่งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สาเหตุความเครียดของผู้ดูแลมาจากผลกระทบจากเหตุการณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแล โดยให้การดูแลผู้ป่วยควบคู่กับการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ของตนเอง หากผู้ดูแลขาดการจัดการปัญหาและการวางแผนในการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสะสมเรื้อรังจนส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

จากการทบทวนวรรณกรรมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายที่สำคัญ เช่น การถูกออกจากงาน ความเจ็บป่วย การหย่าร้าง การเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด ซึ่ง ความเครียดประเภทนี้อาจก่อให้เกิดผลกระทบได้ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งเป็นตัวก่อให้เกิดความเครียดอันเนื่องมาจากการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การจราจร ติดขัดทำให้ไปทำงานสาย การโต้เถียงกับคู่สมรส เป็นความเครียดที่เป็นเรื่องเล็กน้อย แต่ก่อให้เกิด ความทุกข์ได้

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์สนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1985) ซึ่งได้มีการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ด้านอารมณ์ (Emotional support) การได้รับความรัก ความหวังโย การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ให้ ความเคารพ ได้รับการสนับสนุนให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมจากบุคคลใกล้ชิด การสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร (Information support) การได้รับความรู้คำแนะนำ การได้รับข้อมูล ด้านการสนับสนุน ทรัพยากร (Instrument support) สิ่งอำนวยความสะดวกการได้รับความช่วยเหลือ ในเรื่องวัสดุ และด้านการสนับสนุนเกี่ยวกับการประเมิน (Appraisal support) การกล่าวคำชมเชย ให้กำลังใจ จะ ช่วยให้การดูแลผู้ดูแลสามารถลดความเครียดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

6. เครื่องมือวัดความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีแบบวัดความเครียดหลายแบบแตกต่างกันไปตาม แนวคิดความเครียด ดังนี้

6.1 แบบวัดความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) เป็นแบบ วัดแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นมาจากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ สังคมของความเครียด

6.2 แบบวัดการรับรู้ความเครียดของ Cohen et. al. (1983) ตามแนวคิด ความเครียด ของ Lazarus, & Folkman (1984) แปลเป็นภาษาไทยโดย สิริสุดา ชาวภูเขต (2541)

6.3 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทย ของกรมสุขภาพจิต (2542) ที่สร้างจากแนวคิดของ Lazarus, & Folkman (1984) เพื่อให้ทราบระดับ ความรุนแรงของความเครียด

6.4 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ เนื้อหาของข้อคำถามเกี่ยวกับอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกของบุคคลใน 2 เดือนที่ผ่านมา

6.5 แบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) เครื่องมือนี้ สร้างโดย Robinson (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย โรชนี อุปรา (2008) ใช้วัด ภาวะเครียดของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก (Physical and emotional strain) ด้านสังคม (Social strain) ด้านเศรษฐกิจ (Financial strain) และด้านการประกอบอาชีพ (Occupational strain of caregiving) การให้คะแนน ถ้าตอบว่า “ใช่” หมายถึง 1 คะแนน และตอบว่า “ไม่” หมายถึง 0 คะแนน ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง การแปลผล คะแนนรวมจากการประเมิน คะแนนมากหมายถึง มีภาวะเครียดมาก ผู้ดูแลที่มีคะแนนมากกว่าหรือ เท่ากับ 7 ถือว่ามีภาวะเครียดสูงกว่าปกติ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินภาวะเครียดในผู้ดูแล (CSI) เพื่อใช้วัดระดับ ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (โรชนี อุปรา, 2008)

แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) เป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต ความหมายของสุขภาวะทางจิตวิญญาณจึงมีความหลากหลาย ความแตกต่างของการนิยามความหมายเหล่านั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดู ค่านิยม ปรัชญาในการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนา (Potter, & Perry, 1999) ความหมายของสุขภาวะทางจิตวิญญาณตามแนวคิดตะวันตก และความหมายของสุขภาวะทางจิตวิญญาณตามแนวคิดตะวันออก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมายของสุขภาวะทางจิตวิญญาณตามแนวคิดตะวันตก

The National Interfaith Coalition on Aging (NICA) (1975, p. 1) ได้ นิยามความหมายของสุขภาวะทางจิตวิญญาณไว้ว่า หมายถึงความรู้สึกกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียวในความสัมพันธ์ของตนกับพระเจ้าหรือสิ่งที่ตนยึดเหนี่ยว รู้สึกถึงความเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งหล่อเลี้ยงและให้ความเป็นตัวตนทั้งหมดของบุคคล

สุขภาวะทางจิตวิญญาณนั้น เป็นสิ่งที่จะได้มากก็ต่อเมื่อบุคคลพบความ สมดุลระหว่างคุณค่าชีวิต เป้าหมาย ความเชื่อ สัมพันธภาพระหว่างตนกับผู้อื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลมี ความรัก ความศรัทธา ความหวัง มีการค้นหาความหมายชีวิต และผดุงรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Potter, & Perry, 1997, p. 443)

พอลูทเซีย, และเอลลิสัน (Paloutzian, & Ellison. 1982) กล่าวว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติโดยมีเป้าหมายของชีวิตและประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ที่แสดงถึงความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณในตัวบุคคลอีกด้วย เอลลิสัน (Elison, 1983) ได้แบ่งองค์ประกอบของความ ผาสุกทางจิตวิญญาณได้ 2 ด้าน คือ

1. ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ (The existential well-being) กล่าวถึงความรู้สึกมีเป้าหมาย และความหมายของชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

2. ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นทางศาสนา (The religious well-being) กล่าวถึงความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือหรือยึดเหนี่ยว

แลนดิส (Landis, 1996) มีทัศนะถึงสุขภาวะทางจิตวิญญาณว่าเป็น ลักษณะของความเข้มแข็งในตัวบุคคลที่พร้อมจะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นความพึงพอใจใน ชีวิตที่ได้มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งเหนือธรรมชาติ และมีการรับรู้ถึงการมี ความหมายชีวิต

ฮังเกิลแมนน์ และคณะ (Hungelmann et al., 1996, p. 263) อธิบายว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกอันผสมผสานกลมกลืนระหว่างตนเองกับผู้อื่น กับธรรมชาติ และ กับสิ่งเหนือธรรมชาติที่อยู่เหนือกาลเวลาและสถานที่และเป็นกระบวนการทางพลวัตในการ เจริญเติบโตอันนำมาซึ่งการตระหนักถึงความหมายและเป้าหมายในชีวิต

2. ความหมายของสุขภาวะทางจิตวิญญาณตามแนวคิดตะวันออก

พระมหาธเนศร์ รามางกูร (2547) อธิบายความหมายของสุขภาวะทางจิตวิญญาณว่าเป็น สภาวะจิตใจที่เป็น ความสุขแยกจากดินแดนของวัตถุ อยู่เหนือดินแดนของวัตถุ ไม่เกี่ยวข้องกับสภาพร่างกาย เป็นเรื่องของจิตใจล้วน ๆ ที่มีประสบการณ์ทางศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง บุคคลนั้นจะเป็นผู้ที่มีความสุข สงบชีวิตมีเป้าหมาย มีอุดมคติ มีความหวัง มีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต หรือกล่าวได้ว่าบุคคลนั้นมีจิตใจ ที่มีสภาวะเป็นที่พึงที่ระลึก

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ยังหมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น สุขภาวะทาง จิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุด พ้นจากความมีตัวตน (self transcending) จึงมีอิสระภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มี ความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นทิพย์ สบายอย่างยิ่ง สุขภาพดีอย่างยิ่ง มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม (ประเวศ วะสี, 2543, น. 5)

คันสนีย์ เสถียรสุด (2544) อธิบายความหมายของสุขภาวะทาง จิตวิญญาณว่าเป็น สภาวะจิตใจที่มีความสุข มีความสงบเย็น และมีความแข็งแรงทางจิตวิญญาณ ตลอดจนมีภูมิคุ้มกันทางจิตที่มีกระแสความรู้ที่ไวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบ รู้ตื่นและเบิกบานกับการ ทำหน้าที่และการใช้ชีวิต ไม่ประมาทหรือขาดสติ เป็นพลังงานแห่งความเข้าใจการใช้ชีวิต เป็นสิ่ง ที่สามารถทำอะไรที่มีประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้อีกมากมาย และเป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดสุขภาพทางกายและใจที่ดีอย่างถ่องแท้ได้แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนว คิดตะวันออกของประเวศ วะสี (2544) คันสนีย์ เสถียรสุด (2544) ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความสุขความสงบที่เกิดจากความดี ความไม่เห็นแก่ตัว และมีพรหมวิหาร 4
2. ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต
3. การมีสติ สมาธิ และปัญญา

พงศ์เทพ สุธีรุฒิ (2550) อธิบายว่า สุขภาวะทาง จิตวิญญาณมีความหมายได้หลากหลายดังนี้

1. สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นความจริงแท้แน่นอน คือ การไม่มีตัวตน ทุกอย่างเป็นพลวัต เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน เชื่อมโยงถึงกันเป็นส่วนของมันและกัน มองไป ถึงเรื่องของการเข้าถึงสิ่งดีงาม ความถูกต้อง การไม่มีอวิชชา การที่มีวิชาคือรู้เท่าทันของ ความเป็นมนุษย์ สรรพสิ่งในโลกความเป็นไป ความเป็นเช่นนั้นเองของสรรพสิ่ง การได้ สัมผัสกับพระเจ้า โดยพระเจ้าในที่นี้คือความถูกต้อง คือสิ่งที่ประเสริฐสุด

2. สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นสภาวะที่อยู่ในกระบวนการพัฒนาจิตให้สูงขึ้นเพื่อกลับคืนสู่ธรรมชาติ คนที่พัฒนาจิตวิญญาณสูงขึ้น จิตใจจะละเอียดบางยิ่งขึ้น มีความสามารถในการสัมผัสสิ่งต่าง ๆ รอบตัวไวขึ้น ละเอียดประณีตขึ้น

3. สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นสภาวะที่อยู่ในกระบวนการเรียนรู้ กล่าวคือ สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นสภาวะที่มีความพร้อมที่จะเปิดตัวให้เกิดการเรียนรู้ตลอดเวลา พร้อมทั้งจะเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตนเอง เป็นการเรียนรู้ที่จะเข้าสู่ในสภาวะปกติ เป็นการเข้าสู่มณฑลแห่งพลังจิตวิญญาณ

4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นสภาวะที่มีสัมมาทิฐิ โดยจิตรู้ว่า สิ่งนี้ไม่ควรทำสิ่งนี้สังคมรับสิ่งนี้สังคมไม่รับ สิ่งนี้ดี สิ่งนี้ชั่ว บางท่านให้ความเห็นว่า ดีชั่ว ถูก ผิด เป็นเรื่องของจิต ส่วนจิตวิญญาณไม่มีคำว่า ดี ชั่ว มีแต่ เมตตา ไม่มีตนเอง เมื่อไม่มีตนเอง แล้ว ทุกสิ่งเป็นสากล เป็นหนึ่ง และมีความเป็นองค์รวมทุกอย่าง โดยสรุปคือเมื่อมีทิฐิชอบ

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2543) กล่าวว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การมีสติ ปัญญาสมบูรณ์ จิตใจมั่นคง และมีความสงบสุขอยู่ในภายใน ปราศจากความกลัว ความวิตกกังวล และความทุกข์ใจใด ๆ นึกคิดในการ พิจารณาไตร่ตรองสิ่งต่าง ๆ มีความเมตตา กรุณา และมีจิตใจที่เข้มแข็ง

ระวีวรรณ ถวายทรัพย์ (2545) ได้สรุปความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณตาม การรับรู้และประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณคือมีความสุขใจ สบายใจ มีความปกติและอึดเอิบใจ มีความสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่รุ่มรวยสับสน ไม่กระวนกระวายใจ ไม่คิดมาก มีสติ มีการรู้แจ้งเห็นจริง รู้จักระงับและยับยั้งความคิด มีความรู้สึก

สมพร ปานผดุง (2558) สรุปได้ว่า จิตวิญญาณ หมายถึง องค์ประกอบของสุขภาพ เป็นสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุดและความหมายที่ลึกซึ้งต่อการมีชีวิตของมนุษย์ เป็นพลังยิ่งใหญ่ของจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อชีวิตมาก เกี่ยวข้องกับ ปรัชญาและเป้าหมายของชีวิตขอบเขตของความคิด ความเชื่อ ค่านิยม จริยธรรมและศาสนา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ความหมายความผาสุกทางจิตวิญญาณของสมพร ปานผดุง (2558) โดยใช้หลักพุทธธรรมและความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดตะวันออกเพื่อใช้วัดระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเนื่องจากมีข้อคำถามความเหมาะสมและครอบคลุมเกี่ยวกับองค์ประกอบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ พฤติกรรมและ เป็นสิ่งที่จะก่อเกิดผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งมีผู้ศึกษาได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลาย รูปแบบ ดังนี้

1. ความหมาย สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้าน ข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม คน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้คือ หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ผู้นำ ชุมชน เพื่อนร่วมงาน ครู เพื่อนนักเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.)

กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542, อ้างถึงใน กนกทอง สุวรรณบุลย์, 2545) ได้ให้ความหมาย ไว้ว่า การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุประสงค์ของต่าง ๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้น คือ สมาชิกใน ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนเกิดความรู้สึก ผูกพัน เชื่อว่า มีคนรัก มองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและ ตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษา สุขภาพอนามัยและมีสุขภาพที่ดี

แคพแพลน (Caplan, 1976 อ้างถึงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ, 2548) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือ กลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่ เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสารที่ทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรักความเอาใจใส่เห็นคุณค่ายกย่อง รวมทั้งความรู้สึก ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม

คานน์ (Kahn, 1979, อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554) มีความเห็นว่าการสนับสนุน ทางสังคม เป็นปฏิกริยาแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลในด้านที่เป็นความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับและ รับรู้ถึงพฤติกรรมการแสดงออกซึ่งกันและกัน

2. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มสังคมจัดแบ่งออก ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่าง สมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่ม สังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคล

ในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาจากกล่าวโดยสรุปว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนทางสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลของบุคคลเป็นอย่างดี โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548)

เซเฟอร์คอยน์, และลาซาร์ส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นการบุคคลให้การช่วยเหลือกัน จากการที่มีปฏิสัมพันธ์กันในด้านอารมณ์ด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของ รวมทั้งการบริการ

เฮลเลอร์, และเซนเดล (Heller, & Cindle, 1991, อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมและบุคคลในช่วงเวลาซึ่งแต่ละบุคคลมีบทบาทในการที่จะเลือกและดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์และการสนับสนุน

แคพแพลน (Caplan, 1976, pp. 39 - 42) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงานหรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

3. องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย

3.1 ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

3.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น ประกอบด้วย

3.2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่ และมีความรัก ความหวังดี

ในสังคมอย่างจริงจัง

3.2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมี

ประโยชน์แก่สังคม

3.2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับใน

สังคม

3.3 ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยผู้รับให้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548)

4. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมเข้าสู่ ได้แบ่งประเภทพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

4.1 แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพื่อใจ การยอมรับ น้บถือ การแสดงถึงความห่วงใย

4.2 แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูล ป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ น้ือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

4.3 แรงสนับสนุนด้านข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

4.4 แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร/ เครื่องมือ (Instrument Support) เช่น แรงงาน เงิน อุปกรณ์ เวลา

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เกิดเป็นเครือข่ายทางสังคม และมีการช่วยเหลือสนับสนุนกัน ทั้งด้านอารมณ์การยอมรับ การให้กำลังใจ ให้ความห่วงใย ช่วยเหลือด้านวัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสาร

การประเมินผล ประเมินค่าของพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติลดความเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณได้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียด

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกทฤษฎีของเฮาส์ ในการจัดการปัญหาปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการความช่วยเหลือโดยตรง จะทำให้มีอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยลดค่าใช้จ่าย ลดความเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ป้องกันไม่ให้บุคคลมีความเครียดจนทำให้เกิดความรู้สึกหมดหนทางในการแก้ปัญหา การสูญเสียความภาคภูมิใจ และไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยป้องกันภาวะเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ขวัญตา บุญวาศ (2560) ศึกษาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงในพื้นที่จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงซึ่งมีความพิการ จำนวน 50 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียงที่บ้านในจังหวัดตรังมีความเครียด ในระดับสูง โดยมีระดับความเครียดมากที่สุด ได้แก่ ด้านการปรับตัวของคนในครอบครัว

รองลงมา คือ ด้านการต้องเปลี่ยน แผนการทำงาน การไม่มีเวลาทำอย่างอื่น และการที่ผู้พิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ระดับความเครียดน้อยที่สุด คือ ความไม่สะดวกในการดูแลผู้พิการ ความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียงในจังหวัดตรัง ได้แก่ 1) ต้องการความรู้ คำแนะนำในการดูแลผู้พิการ 2) ต้องการญาติหรือเพื่อนบ้านมาแบ่งเบาภาระในการดูแล 3) ต้องการรายได้หรือเงินช่วยเหลือ 4) ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้าน และต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานในท้องถิ่น บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียง โดยการรับฟังปัญหาด้วยความเข้าใจ การให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลที่ถูกต้อง การจัดสิ่งสนับสนุนตอบสนองความต้องการ และการป้องกันผลกระทบที่เกิดจากการดูแล

พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ, และประนอม โอทกานนท์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนคัดกรองแบ่งขนาดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ใช้แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมการทำสมาธิ การพัฒนาสมรรถภาพของจิตใจในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเผชิญความเครียด และการผ่อนคลายความเครียด การทบทวนตนเองและการเข้าใจผู้อื่น การค้นหาคุณค่าของตนเอง ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาว่าเคยประสบผลสำเร็จในชีวิตหรือไม่ การวางแผนชีวิต พบผู้นำชุมชนการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนให้เขียนถึงความดีหรือความประทับใจต่อเพื่อนสมาชิกที่ร่วมกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีเพื่อนและเครือข่ายในสังคมช่วยพัฒนาปัจจัยสนับสนุนของสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่าหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

พนิตตา ศรีหาค้าง (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นระยะเวลาศึกษารวม 6 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล หลังจากจำหน่ายผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีการติดตามผู้ดูแลทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เมื่อสิ้นสุดการทดลองประเมินความเครียดผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความเครียดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรรถัย วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, และอภิญญา วงศ์ซารี (2562) การศึกษาความเครียด และภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีความเครียดปานกลางร้อยละ 40 และมีความเครียดสูงร้อยละ 13.75 มีรายได้ต่ำ มีสุขภาพไม่ดี มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผลกระทบต่อผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลมีความเครียดและภาวะสุขภาพจิตที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องการการดูแลมากขึ้นและภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้การสนับสนุนจากครอบครัวและคนในครอบครัวลดน้อยลง การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคลากร และจากภาครัฐ จึงมีความสำคัญและมีบทบาทมากขึ้น ดังนั้นกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮ้าส์ ที่ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ การทำสมาธิ การจัดการความเครียด ด้านข้อมูลข่าวสาร ให้ความรู้การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ แนวทางการดูแลสุขภาพ และจิตใจตนเอง ด้านทรัพยากร การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน ด้านการประเมินค่า การค้นหาคุณค่าในตนเอง

2. งานวิจัยที่เกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

สมพร ปานผดุง (2558) ศึกษาการใช้แบบแผนการวิจัยโดยการสุ่มสองกลุ่มวัดสองกลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้บุญกิริยาวัตตุสาม (ธรรมปิฎก, 2545) และเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ บุญกิริยาวัตตุสาม ผลการวิจัยพบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้บุญกิริยาวัตตุสามสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้บุญกิริยาวัตตุสามสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์,(2556) ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะเยลุลกลาม ในโรงพยาบาลเพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะเยลุลกลามในโรงพยาบาล ตามแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านตะวันออก โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านตะวันออก ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะเยลุลกลามในโรงพยาบาลมีระดับคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะเยลุลกลามมีความต้องการการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สุวรรณภา มีจำนงค์, จรรยา สันตยากร, และชมนาด วรรณพรศิริ (2552) ศึกษาประสบการณ์การดูแลแบบองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของชีวิตการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 10 คน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หล่อหลอมเป็นหนึ่งเดียว ซึ่งในระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลได้สัมผัสถึงจิตใจของกันและกันและมีการประสานเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกับสังคมภายนอก โดยได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ และชุมชน ผู้ป่วยถึงจะได้รับการดูแลที่ครอบคลุมแบบองค์รวม

จุฑามาส แสงทองดี (2563) ศึกษาโปรแกรมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามแนวพุทธจิตวิทยา เชิงทดลองแบบกึ่งทดลองพบว่า การดูแลความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความผาสุกทางจิตวิญญาณระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียด

ณชนก เอียดสุข (2552) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกสมอง ระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมองผลการวิจัยพบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลของญาติผู้ดูแลมี 2 ลักษณะ คือ 1) ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลโดยตรง ได้แก่ ความต้องการการดูแลที่เกิดจากพยาธิสภาพของเนื้องอกสมอง การเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย กังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของการรักษา และ 2) ความเครียดจากผลกระทบต่อชีวิตญาติผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านอารมณ์จิตใจการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต และผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดและด้านการจัดการกับอารมณ์ตามลำดับ

นันทกาญจน์ ปักซี, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง, และสิริรัตน์ สีลาจรัส (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแล ความเครียด และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในบริการที่ได้รับ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

Porter et al. (2011) ศึกษาเปรียบเทียบการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแลมะเร็งเรื้อรังปวด ระหว่างการฝึกทักษะด้วยคู่มือการจัดการอาการ และแผ่นบันทึกข้อมูล CD เพื่อให้ผู้ดูแลไปฝึกที่บ้าน ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการอาการปวด อาการเหนื่อยล้า การหายใจสั้น ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ และอาการแสดงของมะเร็งปอดกับการสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด เป็นการวิจัยเชิงการทดลองทางคลินิกแบบมีการสุ่ม กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 1, 2 และ 3 จำนวน 233 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะการจัดการอาการ 81 ราย ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มผู้ดูแลมะเร็งเรื้อรังปอด ระยะที่ 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 แล้ววัดคุณภาพชีวิต ความเครียดผู้ดูแล และประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยการจัดการด้วยตนเองจากการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 2, 3 ได้รับประโยชน์จากการฝึกทักษะการจัดการอาการ มากกว่าการสนับสนุนความรู้ ผู้ดูแลมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยการจัดการด้วยตนเอง เพิ่มขึ้น ความเครียดลดลงหลังจาก 4 เดือน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร การสนับสนุนการประเมิน ผู้ดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันเป็นไปในรูปแบบการให้ความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลและการประสานงานเชื่อมโยงไปสู่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลจะเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม การให้ความรู้ ทักษะ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การดูแลทางด้านสังคม จิตใจ การเพิ่มความพึงพอใจทางจิตวิญญาณทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถและทักษะดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีพยาบาลคอยให้คำปรึกษาตลอดหากมีข้อสงสัย ผู้ดูแลมีความสุขมากขึ้นสามารถวางแผนชีวิตประจำวันของตนเองได้ ลดความวิตกกังวล ความเครียดได้ สามารถทำงานได้ตามปกติ ลดปัญหาเรื่องเศรษฐกิจในครอบครัวได้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์มาใช้กับญาติผู้ดูแลเพื่อลดความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจทางจิตวิญญาณโดยมีการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ (Emotional support) ประกอบด้วย กิจกรรมการสนับสนุนโดยฝึกการจัดการความเครียดทางอารมณ์ ฝึกนั่งสมาธิอานาปานสติ จัดกิจกรรมการระบายความรู้สึก การสร้าง

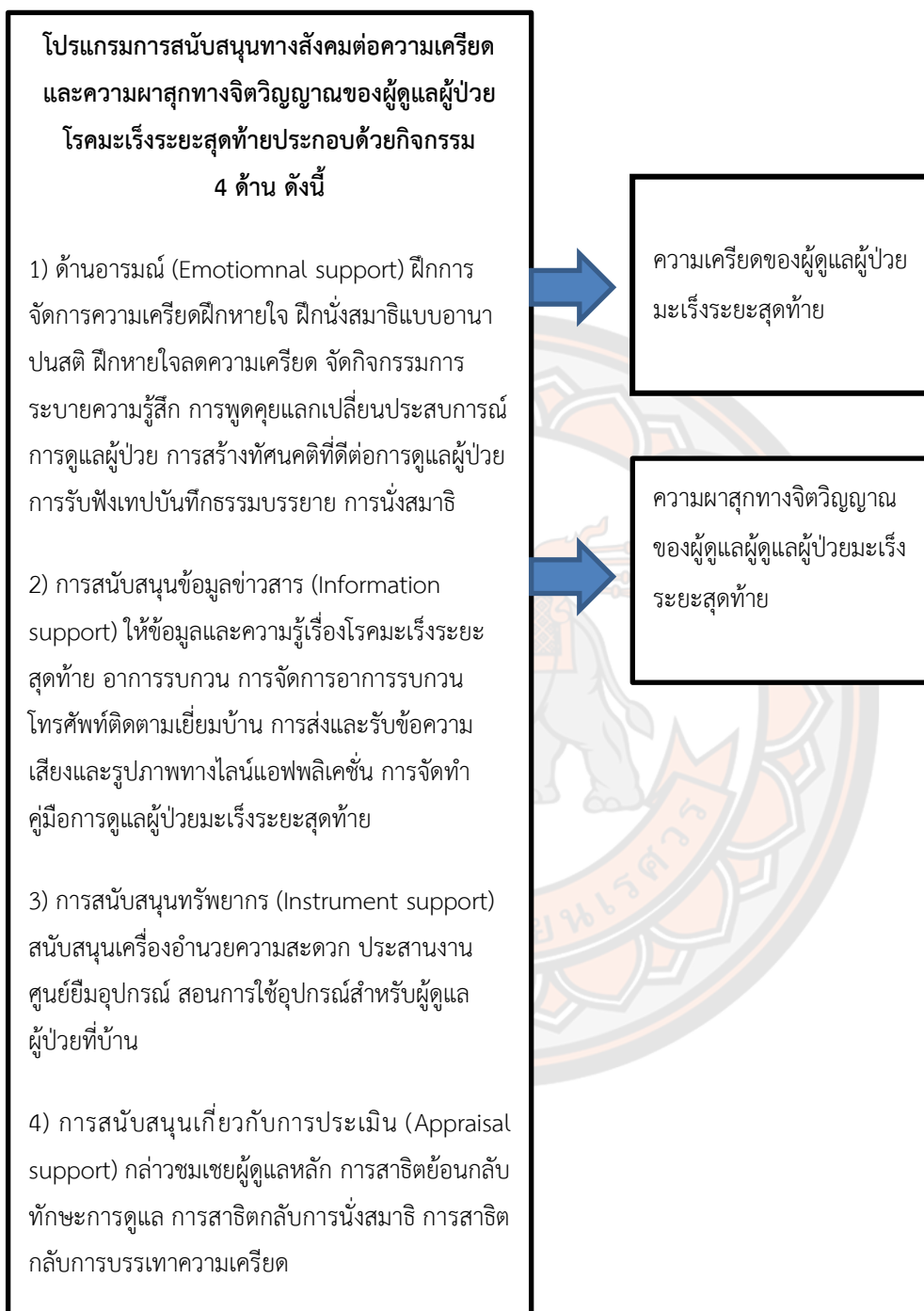
ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย การรับฟังเทพบันทึก
 ธรรมบรรยาย การนั่งสมาธิ การฝึกการหายใจที่ถูกต้อง

2. การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Information support) ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องอาการรบกวน การจัดการอาการรบกวน เช่นอาการปวด อาการเหนื่อย การลดความเครียด การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ปัญหาจากการดูแล การรับฟังปัญหาที่คล้ายคลึงกันของผู้อื่น การนำปัญหามาวางแผนความต้องการความช่วยเหลือ โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 6,10 เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพการส่งและรับข้อความเสียงและรูปภาพทางไลน์แอฟพลิเคชั่น การจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การนั่งสมาธิ การฝึกการหายใจ

3. การสนับสนุนทรัพยากร (Instrument support) ประกอบด้วย กิจกรรมการสนับสนุนเครื่องอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประสานงานศูนย์เยี่ยมอุทิศ สอนการใช้อุปกรณ์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

4. การสนับสนุนเกี่ยวกับการประเมิน (Appraisal support) ประกอบด้วย กิจกรรมการชมเชยผู้ดูแลหลักเมื่อผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมลดความเครียด การสาธิตย้อนกลับทักษะการดูแล การสาธิตกลับการนั่งสมาธิ การสาธิตกลับการบรรเทาความเครียด การบันทึกผลการทำสมาธิ การหายใจที่ถูกต้อง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในพื้นที่จังหวัดน่าน เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) วัตถุประสงค์และหลังการทดลอง (Two - group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีแผนการวิจัยทั้งหมดรวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

แผนภาพตารางแสดงรูปแบบการวิจัย

สัปดาห์	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
กลุ่มทดลอง	O1	X1			X2					X3		O2
กลุ่มควบคุม	O3											O4

โดยกำหนดให้

O1 หมายถึง การประเมินความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง

O2 หมายถึง การประเมินความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

O3 หมายถึง การประเมินความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม

O4 หมายถึง การประเมินความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

X 1 (สัปดาห์ที่ 1) หมายถึง กิจกรรมสนับสนุนทางอารมณ์และกิจกรรมการสนับสนุนด้านข่าวสารและการสนับสนุนด้านทรัพยากรในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานอำเภอเมืองน่าน แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธ์ภาพ แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูลชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเซ็นยินยอมร่วมการวิจัย ชี้แจงการเข้า ร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและขั้นตอนในการวิจัย

2. กิจกรรมการสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการนั่งสมาธิ ทารฝึกการหายใจเข้าออกที่ถูกต้อง โดยการหายใจเข้าลึกๆและเป่าออกทางปาก โดยกำหนดลมหายใจไว้ที่ปลายจมูกหรือหน้าผาก เปิดวิถีทัศน์ให้ปฏิบัติตาม การให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล การให้ผู้ดูแลได้ระบายความในใจความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน กิจกรรมการสอนการนั่งสมาธิโดยผู้เชี่ยวชาญ การฟังเทปธรรมะ การสอนการนั่งสมาธิ การฝึกสมาธิ การสาธิตการนั่งสมาธิ การสาธิตย้อนกลับการนั่งสมาธิ แนะนำเรื่องการนั่งสมาธิเมื่อรู้สึกมีความเครียดและรู้สึกไม่สบายใจ หดหู่ ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง

3. กิจกรรมให้ผู้ดูแลได้เล่าประสบการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน และ รับฟังปัญหาที่คล้ายคลึงกันของผู้ดูแลท่านอื่นสอบถามความต้องการในการดูแลในด้านต่าง ๆ

4. นำปัญหาที่ได้จากผู้ดูแลและความต้องการของผู้ดูแล มาวางแผนการดูแลกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดงและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ผลกระทบความเครียด การลดความเครียดด้วยตนเอง การเพิ่มความผูกพันทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

5. กิจกรรมแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยและสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและคู่มือการนั่งสมาธิ การฝึกการหายใจเพื่อลดความเครียด

6. กิจกรรมการสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสปฏิบัติจริง จะช่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้กิจกรรมสนับสนุนด้านทรัพยากร ประกอบด้วย กิจกรรมดังนี้ประสานศูนย์อุปกรณ์เครื่องมือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น เตียงนอนปรับระดับ เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เครื่องให้ยาใต้ผิวหนัง เครื่องพ่นยา สอนการใช้อุปกรณ์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อช่วยอำนวยความสะดวก และแบ่งเบาภาระแก่ผู้ดูแล

X2 (สัปดาห์ที่ 5) หมายถึง กิจกรรมการสนับสนุนการประเมินประเมินความเครียดและการประเมินภาวะความผูกพันทางจิตวิญญาณ ในสัปดาห์ ที่ 5

1. ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลาพูดคุยประมาณ 15-20 นาทีต่อครั้ง
2. ผู้วิจัยประเมินปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ชักถามข้อสงสัยจากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมาทางโทรศัพท์ รวมถึงความต้องการในการดูแล

ในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติม ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย และการดูแล ประเมินภาวะเครียด อาการและอาการแสดงผลกระทบจากภาวะ เครียดจากการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับให้คำแนะนำในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

3. ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยการสาธิตย้อนกลับพูดถึงการจัดการอาการรบกวน เช่นอาการปวด เหนื่อย พร้อมกับให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลในส่วนที่ยังบกพร่อง ให้คำปรึกษา ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นรายบุคคล ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลหมั่นฝึกปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยจนเกิดความชำนาญ กล่าวชมเชยแก่ผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องหากมีปัญหา นอกเหนือจากเวลาที่โทรไปคุณสามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลที่บ้าน

4. ผู้วิจัยประเมินปัญหาและความสำเร็จในการฝึกหายใจที่ถูกต้อง สอบถามการทำสมาธิ โดยมีการนั่งสมาธิวันละ 2 ครั้ง หลังตื่นนอนและก่อนนอน หรือเวลาที่ไม่สบายใจ มีสิ่งรบกวนในจิตใจ X3 (สัปดาห์ที่ 10) หมายถึง กิจกรรมการสนับสนุนการประเมิน

1. ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 10 ใช้เวลาพูดคุยประมาณ 15-20 นาทีต่อครั้ง

2. ผู้วิจัยประเมินปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ชักถามข้อสงสัยจากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมาทางโทรศัพท์ รวมถึงความต้องการในการดูแลในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติม ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และการดูแล ประเมินภาวะเครียด อาการและอาการแสดงผลกระทบจากภาวะ เครียดจากการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับให้คำแนะนำในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

3. ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยการสาธิตย้อนกลับพูดถึงการจัดการอาการรบกวน เช่นอาการปวด เหนื่อย พร้อมกับให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลในส่วนที่ยังบกพร่อง ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นรายบุคคล ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลหมั่นฝึกปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยจนเกิดความชำนาญ กล่าวชมเชยแก่ผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องหากมีปัญหา นอกเหนือจากเวลาที่โทรไปคุณสามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลที่บ้าน

4. ผู้วิจัยประเมินปัญหาและความสำเร็จในการฝึกหายใจที่ถูกต้อง สอบถามการทำสมาธิ โดยมีการนั่งสมาธิวันละ 2 ครั้ง หลังตื่นนอนและก่อนนอน หรือเวลาที่ไม่สบายใจ มีสิ่งรบกวนในจิตใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในจังหวัดน่านโดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการกระจายไปที่อวัยวะอื่นมากกว่าหนึ่งอวัยวะไม่สามารถรักษาให้หายขาด และการรักษาที่ได้รับไม่สามารถหยุดยั้งการเจริญของมะเร็งได้ที่มาติดตามรักษา มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดน่าน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน่านในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 428 คน (เวชระเบียนโรงพยาบาลน่าน, 2562)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ คำนวณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยนำการศึกษาของ Jansen (2010) มาร่วมกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 90% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 ขนาดอิทธิพล 0.7 ได้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย กลุ่มละ 25 คน จำนวนตัวอย่างควรจะมีค่ามากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มาจากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้น และมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลง ซึ่งย่อมมีผลทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ของประชากร นั่นก็คือ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน แต่เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความเสี่ยงต่อการออกจากกลุ่มได้ง่าย จึงจำเป็นต้องสำรองกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกกลุ่มละ 5 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เพื่อให้มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มี PPS มากกว่าหรือเท่ากับ 60% เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในจังหวัดน่านใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนโดยหยิบสลักรับใบที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม ใบที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง ใบที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ใบที่ 4 เป็นกลุ่มทดลองสลับกันจนครบ 60 ใบ

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลมีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
3. เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น บุตร หลาน ญาติพี่น้อง หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น สามี ภรรยา ลูกสะใภ้ หลานสะใภ้ โดยให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง
4. มีระดับความเครียดที่สูงมากกว่า 7 คะแนน
5. มีระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณต่ำกว่า 93.5 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. อาสาสมัครมีปัญหาสุขภาพภายหลังจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
2. อาสาสมัครได้สิ้นสุดบทบาทการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายลงอันเนื่องมาจากผู้ป่วยที่ดูแล เสียชีวิตระหว่างการวิจัย
3. อาสาสมัครขอลงตัวออกจากโครงการวิจัย
4. อาสาสมัครย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยระหว่างการวิจัย

การกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของงานวิจัยครั้งนี้ได้จัดการดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีความใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) โดยมีลักษณะคล้ายคลึงกันดังนี้

1. ผู้ดูแลมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดของบุคคล ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย (ซูซึน ชิวพูนพล, 2541; ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548)
2. ระดับความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับเดียวกันเนื่องจากระดับความสัมพันธ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความเครียด (สมใจ เนวชื่น, 2547)
3. ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองอยู่ในระดับเดียวกัน Palliative Performance Scale: PPS มากกว่าหรือเท่ากับ 60%

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ได้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการบูรณาการความรู้เชิงทฤษฎีและจากหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ด้าน

1.1 ด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนโดยฝึกการจัดการความเครียดทางอารมณ์ ฝึกนั่งสมาธิ จัดกิจกรรมการระบายความรู้สึกปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลและรับฟังปัญหาที่คล้ายคลึงกันของผู้อื่น เสริมสร้างกำลังใจ และลดความกดดันภายในจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกับบุคคลอื่นในกลุ่มการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย เทปธรรมะ สื่อวีดิทัศน์ บรรยายการฝึกสมาธิการควบคุมการหายใจ หลังจากนั้นมีการติดตามการทดลอง ผู้ดูแลกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน

การวัดการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1985)

1.2 การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง นำปัญหาของผู้ดูแลมาวางแผนหาแนวทางในการฝึกทักษะการดูแลต่าง ๆ และเตรียมอุปกรณ์ การให้ความรู้เนื้อหาในการเพิ่มความรู้ครอบคลุมในเรื่องอาการรบกวน การจัดการไม่สุขสบายอาการปวด อาการเหนื่อย ความรู้เรื่องการจัดการคลายเครียด การเพิ่มความสนุกสนานจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากนั้นให้ฝึกทักษะต่างๆตามที่วางแผนไว้กับผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามทั้งหมด 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้วิธีโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 5, 10 การให้ความรู้ทาง Line application แจกแผ่นพับ สมุดประจำตัว ในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นเอกสารรูปเล่มที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลกระทบความเครียดและการผ่อนคลาย การนั่งสมาธิ โดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมปรึกษาแพทย์และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลนำไปทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน เนื้อหาในคู่มือสอดคล้องกับแผนการสอนและแจกให้กลุ่มทดลองคนละ 1 เล่ม

1.3 การสนับสนุนทรัพยากร (Instrument support) หมายถึง การสนับสนุนเครื่องอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประสานงานศูนย์ยืมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ดูแลเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.4 การสนับสนุนเกี่ยวกับการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การชมเชย ผู้ดูแลหลักเมื่อผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมลดความเครียด โทรศัพท์ติดตามทั้งหมด 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้วิธีโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 5, 10

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.2 แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ใช้วัดความเครียดของผู้ดูแล เครื่องมือนี้สร้างโดย Robinson (1983) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยโรชนี อีปรา (2008) โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วโดยผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือและภาษา ประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

1.2.1 ด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก (Physical and emotional strain) 10 ข้อ

1.2.2 ด้านสังคม (Social strain) 1 ข้อ

1.2.3 ด้านเศรษฐกิจ (Financial strain) 1 ข้อ

1.2.4 ด้านการประกอบอาชีพ (Occupational strain of caregiving) 1 ข้อ

การให้คะแนน ถ้าตอบว่า “ใช่ “ หมายถึง 1 คะแนน

การให้คะแนน ถ้าตอบว่า “ไม่ “ หมายถึง 0 คะแนน

ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง การแปลผลคะแนนรวมจากการประเมิน ผู้ดูแลที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ถือว่ามีความเครียดสูงกว่าปกติ

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณตามแนวตะวันออกของกัลยา พลอยใหม่ (2545) ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 โดยดัดแปลงแบบประเมิน ด้วยตนเองมาเป็นแบบสัมภาษณ์และใช้ภาษาให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และวิจัยที่เกี่ยวข้องและผ่านการตรวจคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85 แบบประเมินนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบข้อคำถาม จำนวน 36 ข้อ ได้แก่ 1) ความสุข ความสงบที่เกิดจากความดี ความไม่เห็นแก่ตัว มีพรหมวิหาร 4 ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ 2) ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่ และการใช้ชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ 3) การมีสติ สมาธิ ปัญญา ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น

มาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แบบประเมินมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน	5	หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
ระดับคะแนน	4	หมายถึง เห็นด้วยมาก
ระดับคะแนน	3	หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
ระดับคะแนน	2	หมายถึง เห็นด้วยน้อย
ระดับคะแนน	1	หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ในแบบประเมินนี้ข้อคำถามมีความหมายทั้งในทางบวกและลบ รายข้อที่มีความหมายในทางลบซึ่งได้แก่ ข้อ 2, 5, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 28, 30 จะได้รับการกลับค่าคะแนนไปใน ทางตรงกันข้ามก่อนที่จะนำมา รวมคะแนนกับข้ออื่น ๆ ที่เหลือ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบ ประเมินมีค่าระหว่าง 36-180 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยวิธีการทางสถิติโดยการกำหนดอันตรภาคชั้น ดังนี้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยรวม

คะแนน	36.0 - 64.7	หมายถึง ไม่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ
คะแนน	64.8 - 93.5	หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ
คะแนน	93.6- 122.3	หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง
คะแนน	122.4- 151.1	หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง
คะแนน	151.2- 180.0	หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูงมาก

1.4 แบบประเมินผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Palliative Performance Scale: PPS) เป็นเครื่องมือใช้ในการประเมิน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว (บุศยมาส ชิวสกุลยง และคณะ, 2556) มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) 2) ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง (40-70%) และ 3) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%)

ในการวิจัยนี้เลือกใช้ PPS \geq 60% ตามเกณฑ์อ้างอิงเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มี PPS 60-70% เริ่มมีอาการรบกวนและช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงมีความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแลมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาในผู้ป่วยที่มี PPS 60-70 % เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้จะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 3-6 เดือน การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มผู้ป่วยนี้จึงเหมาะสมต่อการศึกษาในครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบสอบถาม เพื่อประเมินความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณ คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร การสนับสนุนเกี่ยวกับการประเมิน สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 ท่าน เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำไปให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างอ่านเพื่อความเข้าใจในเนื้อหา

เกณฑ์การประเมินความสอดคล้อง (Index of consistency: IOC) ของผู้เชี่ยวชาญมีดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ +1 หมายถึง แน่ใจว่าถูกต้อง สอดคล้องตรงกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องตรงกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ -1 หมายถึง ยังไม่ถูกต้องไม่สอดคล้อง ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์

$$\text{สูตรการคำนวณ } \text{IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

IOC คือ ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา

R คือ คะแนนของผู้เชี่ยวชาญ

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

N คือ จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 – 1.00 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ไม่ได้

แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (Content Validity) ของเครื่องมือทั้ง 3 ส่วน

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ในช่วง 0.6-1.00

แบบสอบถามความเครียด มีค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ในช่วง 0.6-1.00

แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ในช่วง 0.6-1.00

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมือง จังหวัดน่านมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละข้อความหรือข้อความถามของแบบวัด มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 แบบวัดที่ดีควรมีแอลฟาเท่ากับ 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553, น. 236)

การศึกษาครั้งนี้ แบบสอบถามความเครียด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85 แล้วจึงนำแบบสอบถามนี้ไปเก็บข้อมูลจริง

วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเองตั้งแต่ เดือน มกราคม 2564 ถึง เดือน มีนาคม 2564 แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง 3) ขั้นประเมินผล เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความซ้อนทับกัน ระหว่างการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) และการใช้โปรแกรม (กลุ่มทดลอง) ผู้วิจัยจะทำการทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนหลังจากเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วจึงทำการทดลองกับกลุ่มทดลองต่อไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. เตรียมผู้วิจัย โดยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การลดความเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการโครงการวิจัยแต่เพียงผู้เดียว

2. ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม

3. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล โดยผู้ประเมินระดับความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแล

4. เตรียมสถานที่สำหรับดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสืออนุญาตการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติในการดำเนินการแล้ว ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตามวิธีการทดลองโดยเป็นกลุ่มทดลองวิธีการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเก็บข้อมูลวันและเวลาที่จะดำเนินการวิจัย

5. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดคะแนนมากกว่า 7 โดยผู้ประเมินระดับความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) และกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณคะแนนต่ำกว่า 93.5 คะแนน โดยผู้ประเมินระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณด้วยแบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาที่คลินิกบริบาลบรรเทา โรงพยาบาลน่าน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่กำหนดไว้จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่ม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง ผู้วิจัยจับคู่ผู้ดูแลหลักกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันของผู้ดูแล หลัก เรื่องอายุ ระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (PPS score) (วารุณี มีเจริญ และคณะ, 2556)

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลน่าน อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและการพิทักษ์สิทธิ์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยและลงนามยินยอมร่วมในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล

ผู้วิจัยทำการสรุปและกล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุมและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย และกล่าวให้กำลังใจเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการลดความเครียดและมีความสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การประเมินผลกลุ่มทดลองนั้นผู้วิจัยกระทำภายหลังจากเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงทำการประเมินผล โดยผู้วิจัยทำการสรุปและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (Post-test) กล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยและกล่าวให้กำลังใจเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการลดความเครียดและมีความสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ณ ศูนย์สาธารณสุขอำเภอเมืองน่าน (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

กิจกรรมการดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม เริ่มตั้งแต่เดือน มกราคม 2564 – มีนาคม 2564 มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลน่าน ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม ที่คลินิกบริบาลบรรเทาโรงพยาบาลน่าน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

1. กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้วิจัยที่คลินิก ประคับประคองได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลและชี้แจงให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มทดลอง (เวลาประมาณ 30 นาที)

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการประเมินความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Pre-test) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

4. ทำการนัดกลุ่มควบคุมในการพบครั้งต่อไปหลังสัปดาห์ที่ 12 ที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อวัดความเครียดของผู้ดูแลและวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Post-test)

ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายการฝึกการหายใจ การนั่งสมาธิให้ผู้ดูแลศึกษา พร้อมแจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย ขอขอบคุณผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

กลุ่มทดลอง เริ่มตั้งแต่เดือน มกราคม 2564- มีนาคม 2564 มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานอำเภอเมืองน่าน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เวลา 10.00-11.30 น. โดยดำเนินการดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางอารมณ์และการสนับสนุนทางข่าวสาร (ใช้ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง) (ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1) งบประมาณจากผู้วิจัยโดยมีค่าชดเชยการเสียเวลา จำนวน 50 บาท/คน/ครั้ง

เป้าหมาย

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้วิจัย
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเกี่ยวกับอาการรบกวน การจัดการอาการรบกวน
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคลายความเครียด ได้ระบายความเครียด รู้วิธีการจัดการความเครียด
4. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายค้นหาเป้าหมายในชีวิตของตนเอง การมีสมาธิ

กิจกรรมประกอบด้วย

1. กิจกรรมสร้างความคุ้นเคย การแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพแสดงความห่วงใยต่อผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประเมินปัญหา และความต้องการการดูแลของผู้ดูแล และชี้แจงรายละเอียดกิจกรรมการวิจัยให้กลุ่มทดลองรับทราบ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เข้าสู่โรคมะเร็งระยะสุดท้าย และการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะ

2. ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย

- 2.1 การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และการดูแลจัดการกับอาการที่ไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าสู่โรคมะเร็งระยะสุดท้าย ความเครียดที่มีต่อบทบาทในการดูแลในด้านต่าง ๆ เพื่อการเตรียมพร้อมในการดูแล แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยและสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

- 2.2 สาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลด้านต่าง ๆ เช่น การจัดการไม่สุขสบาย การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสปฏิบัติจริง จะช่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ โดยกลุ่มทดลองได้รับการประเมินความต้องการด้านทักษะการดูแลที่บ้านและมีการสอนแบบภาพรวม

- 2.3 สาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการนั่งสมาธิ การหายใจที่ถูกต้อง โดยการเปิดวิดีโอทัศน์ให้ปฏิบัติตามการให้คำปรึกษา การให้ผู้ดูแลได้ระบายความในใจ ความเครียด ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเครียดอาการและอาการแสดง ผลกระทบจากภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับให้คำแนะนำในการผ่อนคลาย ความเครียดด้วยตนเองให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นรายบุคคล ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง

- 2.4 ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการทำสมาธิแบบอานาปานสติ 15 นาทีต่อครั้งในการทำสมาธิ สอบถามผลจากการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค สรุปประเด็นที่ได้จากการฟังเทศและการนำมาใช้ในชีวิตจริง แนะนำให้ญาติผู้ดูแลฟังเทศ อภิปรายร่วมกันถึงประสบการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย และวิธีการแก้ปัญหา รับฟังด้วยความตั้งใจ เห็นใจ เข้าใจในความรู้สึกแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ ให้ความรู้แนะนำ เสริมแรงให้คำชมเชย และกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วยการปฏิบัติที่ดีต่อผู้ป่วย ร่วมค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแล จากสิ่งที่มีคุณค่าที่สุดในชีวิตและเป้าหมายในอนาคต สะท้อนคิดให้ญาติผู้ดูแล ได้เห็นเป้าหมายนั้น และแนะนำการปฏิบัติด้วยหลักมงคลสูตร เพื่อก่อให้เกิดความสุข สงบจากการทำความดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติได้ปฏิบัติกิจทางศาสนาตามที่ผู้ป่วยและญาติต้องการสอบถามความสนใจในหลักธรรมะ และการฝึกสมาธิให้คำแนะนำและสอนสาธิตการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ฝึกปฏิบัติ และให้สาธิตย้อนกลับ และแนะนำให้กลุ่มทดลองฝึกที่บ้านวันละ 2 ครั้ง ๆ หลังตื่นนอนและก่อนนอนครั้งละ 15 นาที หรือเวลาที่กลุ่มทดลองต้องการทำ

2.5 การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการถ่ายทอดประสบการณ์การจัดการความเครียด จากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยแบ่งกลุ่ม ๆ ละ 6 คน ในกลุ่มจะแต่งตั้งหัวหน้ากลุ่มจับเวลาให้แต่ละคนถ่ายทอดประสบการณ์การจัดการความเครียดคนละ 5 นาทีและส่งตัวแทนมาสรุปให้กลุ่มอื่น ๆ ฟังที่หน้าห้อง

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนทรัพยากรและการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแลที่บ้าน
2. เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กิจกรรมประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยสอนการใช้อุปกรณ์ที่บ้าน และในชุมชนจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อผู้ป่วยเพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลที่บ้านและสาธิตการใช้อุปกรณ์

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนทางด้านการประเมินการสนับสนุนทางอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสาร (ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 10)

เป้าหมาย

1. เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน
2. เพื่อเพิ่มความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน

กิจกรรมประกอบด้วย

1. โทรศัพท์ติดตามหลังจากที่ให้ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการอาการรบกวน และประเมินโดยการสาธิตย้อนกลับการโทรศัพท์ติดตามของผู้วิจัย 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 5, 10 ในแต่ละครั้งที่ใช้เวลาพูดคุยประมาณ 15-20 นาที สอบถามปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การจัดการอาการรบกวน การฝึกสมาธิของผู้ดูแล การจัดการอาการเครียด ความสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้แบบประเมินความเครียดและแบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ นอกเหนือจากเวลาที่โทรไป

คุยสามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลที่บ้าน

2. ผู้วิจัยประเมินปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ชักถามข้อสงสัยจากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา รวมถึงความต้องการในการดูแล ในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติม ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และการดูแล ประเมินภาวะเครียด อาการและอาการแสดงผลกระทบจากภาวะ เครียดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลหมั่นฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจนเกิดความชำนาญ กล่าวชมเชยแก่ผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 4 สิ้นสุดการทดลองการสนับสนุนทางด้านการประเมินและการสนับสนุนทางอารมณ์ (สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12)

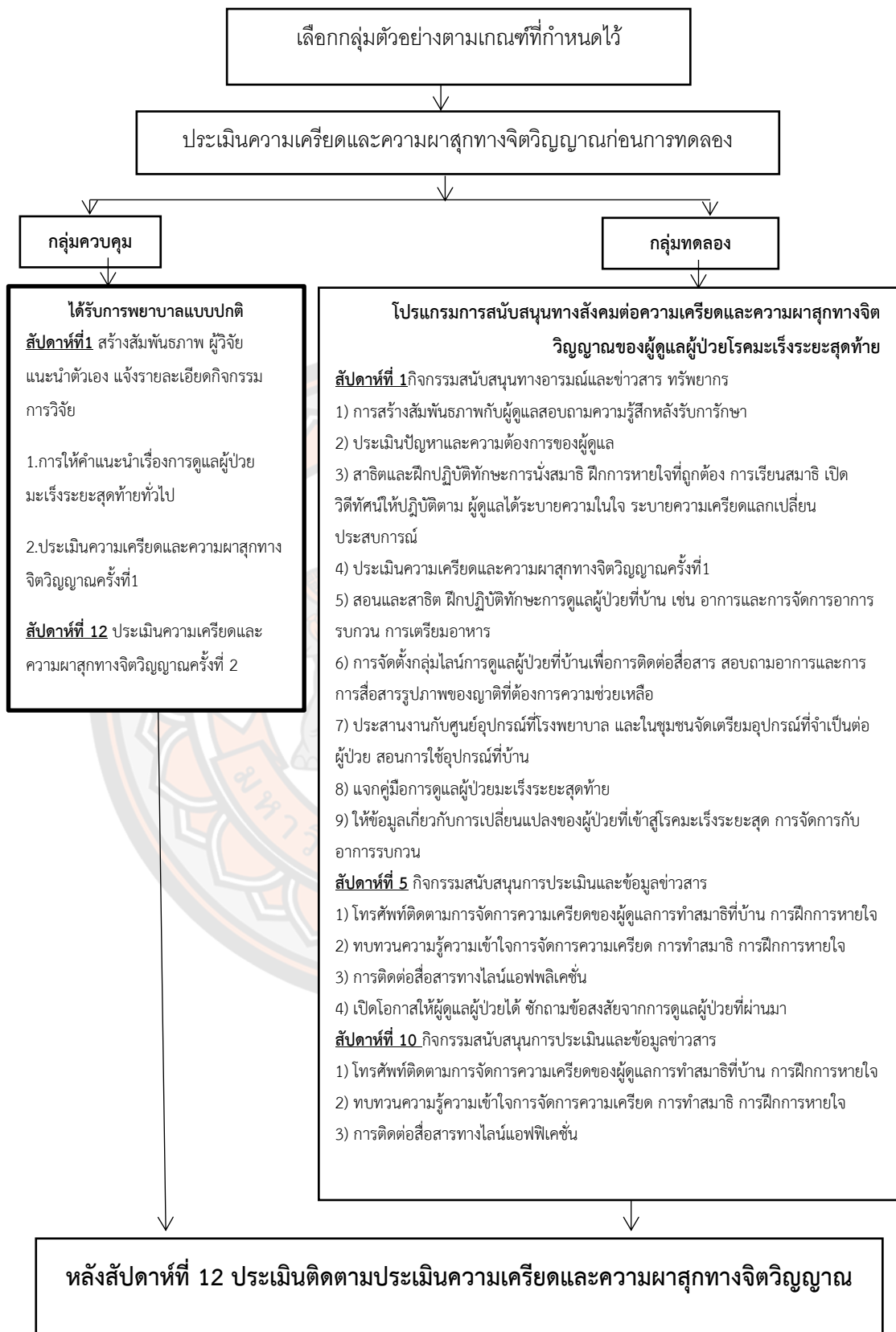
ดำเนินการประเมินความเครียดและประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ดำเนินการปิดกิจกรรมการทดลอง

เป้าหมาย

1. เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน
2. เพื่อเพิ่มความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน

กิจกรรมประกอบด้วย

1. นัดพบกลุ่มทดลองที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานอำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่านประเมินความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล หลังสัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลาพูดคุยประมาณ 15-20 นาที
2. นัดพบกลุ่มควบคุมที่คลินิกบริบาลบรรเทา โรงพยาบาลน่านประเมินความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล หลังสัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลาพูดคุยประมาณ 15-20 นาที



ภาพ 2 Flow chart สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข IRB No P3-0064/2563 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองและขอความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้ สามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีคู่ (Independent t- test)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 60 คน กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2564 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางแบ่งเป็น 3 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 ความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สูงสุด สถานภาพสมรส มีผู้ดูแลที่บ้าน สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยการปฏิบัติกิจทางศาสนา ประสบการณ์การดูแล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามคุณลักษณะของประชากร (N= 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n= 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	9	30.0	5	14.3	.460
หญิง	21	70.0	25	71.4	
อายุ(ปี)					
>30	5	16.7	3	8.6	.317
30-49	6	20.0	41	3.3	
50-69	19	3.3	22	62.9	
≥ 70	0	0.0	1	3.3	
อาชีพ					
รับราชการ-รัฐวิสาหกิจ	1	3.3	20	66.7	.164
รับจ้าง-ลูกจ้าง	8	26.7	2	6.7	
เกษตรกรกรรม	15	50.0	3	10.0	
ค้าขาย-ธุรกิจส่วนตัว	5	16.7	2	6.7	
แม่บ้าน	1	3.3	1	3.3	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	0.0	13	6.7	
สถานภาพสมรส					
คู่	21	70.0	23	76.7	.577
โสด	6	20.0	4	13.3	
หม้าย	1	3.3	2	6.7	
หย่า/แยกกันอยู่	2	6.7	1	3.3	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	3	10.0	1	3.3	.548
ประถมศึกษา	21	70.0	15	50.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	13.3	5	16.7	
อนุปริญญา/ ปวส.	1	3.3	2	6.7	
ปริญญาตรี	1	3.3	7	23.3	
ศาสนา					
พุทธ	30	100.0	30	100.0	.657
อิสลาม	0	0.0	0	0.0	
คริสต์	0	0.0	0	0.0	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n= 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การรับรู้การวินิจฉัยโรค					
รับทราบจากแพทย์	30	100.0	30	100.0	.657
ไม่ทราบ	0	0.0	0	0.0	
รับรู้จากผู้ป่วย/ญาติ	0	0.0	0	0.0	
ท่านคิดว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง					
ระยะสุดท้ายเป็นภาระในการดูแล					
หรือไม่					
ใช่	4	6.6	5	8.3	.438
ไม่ใช่	26	43.3	25	41.6	
มีผู้ดูแล					
1-2 คน	20	66.7	24	80.0	.440
3-4 คน	10	33.3	6	20.0	
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอและมีเงินเก็บ	8	26.7	7	23.3	.673
เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ	20	66.6	16	53.4	
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	2	6.7	7	23.3	
ความเกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล					
บิดา-มารดา	5	16.7	3	10.0	.524
บุตร	6	20.0	11	36.6	
สามี-ภรรยา	16	53.3	14	46.7	
พี่น้อง	3	10.0	2	6.7	
ระดับสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย					
ปานกลาง	10	33.3	11	36.6	.797
ดี	17	56.7	16	53.4	
ดีมาก	3	10.0	3	10.0	
วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ					
แบบประคับประคอง	18	60.0	15	50.0	.653
ฉายแสง	2	6.7	4	13.3	
เคมีบำบัด	10	33.3	11	36.7	
มีความสุขในการดูแลผู้ป่วย					
มะเร็งระยะสุดท้าย					
มี	14	46.7	5	14.3	.462
ไม่มี	16	53.3	25	71.7	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n= 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กิจกรรมทางศาสนา					
ทำทุกวัน	3	10.0	5	16.7	.516
ทำวันเว้นวัน	7	23.3	5	16.7	
ทำ 4 ครั้ง/สัปดาห์	12	40.0	9	30.0	
ทำ 5 ครั้ง/สัปดาห์	3	10.0	5	16.7	
ไม่ทำเลย	5	16.7	6	20.0	
ประสบการณ์การในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย					
มี	22	73.3	6	20.0	.436
ไม่มี	8	26.7	24	80.0	

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มทดลองในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ข้อมูลกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึง ร้อยละ 71.4 อายุอยู่ระหว่าง 50-69 ปี ร้อยละ 63.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับปริญญาตรี ร้อยละ 16.7 และ 23.3 ตามลำดับ รับราชการ - รัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 66.7 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 53.3 มีความสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.3 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นสามีภรรยาที่ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 46.7 เป็นบุตร ร้อยละ 36.78 และเป็นบิดามารดาที่ดูแลบุตร ร้อยละ 10 ตามลำดับ การรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยได้รับทราบจากแพทย์ผู้ดูแล ร้อยละ 100 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไม่เป็นภาระแก่ผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 41.6 การรักษาส่วนใหญ่รักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 50 เคมีบำบัด ร้อยละ 36.7 และการฉายแสง ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่มีความสุขในชีวิตระหว่างการดูแล คิดเป็นร้อยละ 71.4 และผู้ดูแลมีผู้ดูแล 1-2 คนที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 80 มีการปฏิบัติกิจทางศาสนาไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนาไปวัดเพื่อทำบุญในวันพระ 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 30

ส่วนที่ 2 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (N=30)

ตัวแปร	การทดลอง	Mean	S.D.	t	p-value
ความเครียด	ก่อนทดลอง	120.70	11.83	23.48	<.001***
	หลังทดลอง	86.68	12.64		
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	ก่อนทดลอง	92.88	11.89	25.05	<.001***
	หลังทดลอง	160.70	17.84		

*** $p < .001$

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนทดลอง เท่ากับ 120.70 (S.D.= 11.83) และคะแนนหลังทดลองเท่ากับ 86.68 (S.D.= 12.64) ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 92.88 (S.D. = 11.89) และคะแนนหลังการทดลองเท่ากับ 160.70 (S.D. = 17.84) ค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนที่ 3 ความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและความผาสุกทางจิต
วิญญาณหลังทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม (N=60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความเครียด	86.68	12.64	145.70	16.84	5.87	<.001***
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	160.70	17.84	92.88	18.84	7.87	<.001***

*** $p < .001$

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังทดลองเท่ากับ 86.68 (S.D. = 12.84) และคะแนนกลุ่มควบคุมหลังทดลองเท่ากับ 145.70 (S.D. = 16.84) ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองลดลงหลังทดลองและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังทดลองเท่ากับ 160.70 (S.D. = 17.84) และคะแนนกลุ่มควบคุมหลังทดลองเท่ากับ 92.88 (S.D. = 18.84) ค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นหลังทดลองและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 คน ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2564 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับความสัมพันธ์สภาพของผู้ดูแลกับผู้ดูแลมะเร็งระยะสุดท้าย ความพอเพียงของรายได้การรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย ($PPS \geq 60\%$)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1985) แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม ความเครียดและแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความสุข ความสงบที่เกิดจากความดี ความไม่เห็นแก่ตัว มีพรหมวิหารสี่ 2) ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต และ 3) การมีสติสมาธิและปัญญาผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมือง จังหวัดน่านมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (Content Validity) ของเครื่องมือทั้ง 3 ส่วน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ในช่วง 0.6-1.00 แบบสอบถามความเครียด มีค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ในช่วง 0.6-1.00 แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทั้งหมด 36 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ในช่วง 0.6-1.00

การศึกษาคั้งนี้ แบบสอบถามความเครียด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85 แล้วจึงนำแบบสอบถามนี้ไปเก็บข้อมูลจริง

วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์แบบฟิชเชอร์ (Fishers exact-test) และวิเคราะห์ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความเครียด ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ก่อนและหลังได้ รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองด้วยสถิติที่คู่ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสถิติ Independent t-test การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้ พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและวิธีการดำเนินการวิจัยแบบสอบถามในการวิจัยได้ผ่านการอนุมัติจาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

พบว่า กลุ่มทดลองในการศึกษาคั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ข้อมูลกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงถึง ร้อยละ 71.4 อายุอยู่ระหว่าง 50-69 ปี ร้อยละ 63.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับปริญญาตรี ร้อยละ 16.7 และ 23.3 ตามลำดับ รับราชการ-รัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 66.7 มีรายได้เพียงพอ แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 53.3 มีความสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.3 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นสามีภรรยาที่ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 46.7 เป็นบุตร ร้อยละ 36.78 และเป็นบิดามารดาที่ดูแล บุตร ร้อยละ 10 ตามลำดับ การรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยได้รับทราบจากแพทย์ผู้ดูแล ร้อยละ 100 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่เป็นภาระแก่ผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 41.6 การรักษา ส่วนใหญ่รักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 50 เคมีบำบัด ร้อยละ 36.7 และการฉายแสง ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่มีความสุขในชีวิตระหว่างการดูแล คิดเป็น ร้อยละ 71.4 และผู้ดูแลมีผู้ดูแล 1-2 คนที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 80 มีการปฏิบัติกิจทางศาสนาไปทำบุญที่วัดในวัน สำคัญทางศาสนาไปวัดเพื่อทำบุญในวันพระ 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 30

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนทดลองเท่ากับ 120.70 (S.D.= 16.84) และคะแนนหลังทดลองเท่ากับ 86.68 (S.D.= 12.64) ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนทดลองเท่ากับ 92.88 (S.D. = 11.89) และคะแนนหลังทดลอง 160.70 (S.D. = 17.84) เท่ากับ ค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังทดลองเท่ากับ 86.68 (S.D.= 12.84) และคะแนนกลุ่มควบคุมหลังทดลองเท่ากับ 145.70 (S.D.=16.84) ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองลดลงหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังทดลองเท่ากับ 160.70 (S.D.= 17.84) และคะแนนกลุ่มควบคุมหลังทดลองเท่ากับ 92.88 (S.D.= 18.84) ค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

จากการวิจัยมีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผลดังนี้

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองก่อนทดลองและหลังทดลองการสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกัน ผลของการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนความเครียดต่ำลง $M = 86.68$ (S.D. = 12.84) จากผู้วิจัยสอบถาม พูดคุยและประเมินความเครียด พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของฮาส์ (House, 1985) โดยมีการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและทรัพยากรทั้งนี้ จากกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยทำงาน ต้องทำงานหาเงินเพื่อใช้จ่ายในครอบครัว เมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยมะเร็งเป็นเรื่องที่หนักเกินกำลังทรัพยากรที่มีอยู่ หรือเกินความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจและเป็นทุกข์ กระวนกระวายใจทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย ก่อให้เกิดความเครียดและด้วยความเครียดของผู้ดูแลเอง ทำให้การควบคุมอารมณ์และสถานการณ์ต่างๆของผู้ดูแลเป็นไปอย่างยากลำบากมากขึ้น บางรายเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย โปรแกรมดังกล่าวการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของฮาส์ (House, 1985) เน้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือ สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวลดความเครียดจัดการความเครียดและเพื่อให้การจัดการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายประสบความสำเร็จและชัดเจนมากขึ้น โดยในโปรแกรมผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการจัดการกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม สอดแทรกการใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว การให้ความรู้จากผู้วิจัย การรับฟังปัญหาด้วยความเข้าใจ การแจกคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะสุดท้าย การใช้สื่อการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ การโทรศัพท์ติดตามที่บ้าน การประสานผู้นำชุมชน เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นใช้ที่บ้านการจัดสิ่งสนับสนุนตอบสนองความต้องการ การฝึกการหายใจ การนั่งสมาธิ และการป้องกันผลกระทบที่เกิดจากการดูแล ซึ่งการบูรณาการกิจกรรมตามโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมทั้งหมดสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา บุญวาศ (2560) ที่พบว่าผู้ดูแลต้องการความรู้ คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยต้องการญาติหรือเพื่อนบ้านมาแบ่งเบาภาระในการดูแล รวมทั้งต้องการรายได้หรือเงินช่วยเหลือและต้องการให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้าน ต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานในท้องถิ่น และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พนิตตา ศรีหาค้าง (2559) ที่พบว่าการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโดยมีกิจกรรมฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย และจัดกิจกรรมกลุ่ม สนับสนุนผู้ดูแล หลังจากจำหน่าย มีการติดตามผู้ดูแลทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประเมิน ความเครียดผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดลดลง

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในกลุ่มทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนทดลองและหลังทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน พบว่าการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลของการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคะแนนหลังได้รับโปรแกรม $M = 92.88$ ($S.D = 11.89$) ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของฮาส์ (House, 1981) โดยการสนับสนุนทางด้าน ข้อมูลและอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ส่งผลให้มีความสุข สงบที่เกิดจากการทำความดี ซึ่งถือเป็นความพึงพอใจทางจิตวิญญาณด้านหนึ่งที่ถูกกระทบเนื่องจากผู้ดูแลมักไม่มีเวลา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เวลานาน ถือเป็นบทบาทภาระหน้าที่เกินซึ่งภาระในการดูแลส่งผลให้ญาติเหนื่อย ล้า ท้อแท้ ต้องเผชิญกับอารมณ์รองรับอารมณ์ของผู้ป่วย อีกทั้งผู้ดูแลยังถูกคาดหวังจากบุคคลในครอบครัว กลัวการสูญเสียสิ่งที่มีค่า หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จากปัญหาดังกล่าวมีการ ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) เน้นการส่งเสริมทางด้านอารมณ์โดยมีกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล เพ็ชรบุรี (2560) ที่พบว่ากิจกรรมการทำสมาธิ การพัฒนา สมรรถภาพของจิตใจในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้าน ร่างกายและจิตใจ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเผชิญความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด การทบทวนตนเองและการเข้าใจผู้อื่น การค้นหาคุณค่าของตนเอง ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ว่าเคยประสบผลสำเร็จในชีวิตหรือไม่ การวางแผนชีวิต พบผู้นำชุมชนการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนใน ชุมชนให้เขียนถึงความดีหรือความประทับใจต่อเพื่อนสมาชิกที่ร่วมกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการมีเพื่อน

และเครือข่ายในสังคมช่วยเหลือกันเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนสุขภาพจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ดูแลที่ขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 คະแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองและและกลุ่มควบคุมของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความแตกต่างกันเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการศึกษาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของฮาส์ (House, 1985) โดยการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรและการประเมินผล ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีความเครียดโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรและข้อมูล มีการประเมินผลหลังจากผู้ดูแลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสนับสนุนสิ่งของ การบริการต่าง ๆ และอำนวยความสะดวกที่จำเป็น กิจกรรมกระตุ้นการเตือนการปฏิบัติทางโทรศัพท์ การสอบถามปัญหาและอุปสรรค การใช้สื่อในการสอน โดยมีทั้งคู่มือการสอนการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการรบกวน อาการแสดงที่จำเป็นต้องมารพ. ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะช่วยผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ รับรู้สาเหตุ อาการและผลกระทบ สามารถจัดการอาการแสดงของโรคได้มากขึ้น จากการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้าร่วมโปรแกรมจึงมีความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีกิจกรรมสอดคล้องกับงานวิจัย Porter et al. (2011) การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแลมะเร็งปอดระหว่างการฝึกทักษะด้วยคู่มือการจัดการอาการ และแผ่นบันทึกข้อมูล CD เพื่อให้ผู้ดูแลไปฝึกที่บ้าน ผู้วิจัยแจกเป็นหนังสือคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการอาการปวด อาการเหนื่อยล้า การฝึกหายใจ การนั่งสมาธิ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ การสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทกาญจน์ ปักษี (2551) ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแลความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแล ความเครียด และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในบริการที่ได้รับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยมีกิจกรรมที่สอดคล้องคือการสอนใช้อุปกรณ์ ในสัปดาห์ที่ 1 และมีการโทรศัพท์ติดตามการใช้ที่บ้านในสัปดาห์ที่ 5, 10 ร่วมด้วยกิจกรรมที่มีการสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1 โทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 5, 10 ซึ่งมีกิจกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของพนิตตา ศรีหาค้าง (2559) ที่พบว่าการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีกิจกรรมฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล หลังจากจำหน่ายผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีการติดตามผู้ดูแลทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ประเมินความเครียดผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะ

สุดท้ายในกลุ่มทดลอง หลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีความเครียดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความแตกต่างกันเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการศึกษาโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของฮาส์ (House, 1985) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ทำให้ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดคุยระบายความรู้สึกและปัญหาของผู้ดูแลเอง รับฟังปัญหาของผู้ดูแลอย่างตั้งใจ เข้าใจ เห็นใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลท่านอื่น ๆ ช่วยผู้ดูแลค้นหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขในการดูแลผู้ป่วยและการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการสร้าง ความไว้วางใจให้ความช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร แนะนำผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตามหลักของศีลด้วยหลักพรหมวิหารสี่และมงคลสูตร แนะนำและฝึกปฏิบัติการทำสมาธิแบบอานาปานสติ เพื่อให้จิตใจสงบ มีความมั่นคงในอารมณ์ การฟังเทศธรรมะ การค้นหาและสะท้อนคิดความหมายในการเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต เพื่อให้การช่วยเหลือในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลด้วยกิจกรรมนำหลักพุทธธรรมมาช่วยในการส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยความสุข สงบจากการทำความดีจากการวิจัย พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ มีความสุขจากการทำความดีที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ยังมีความรู้สึกจิตใจว้าวุ่น ไม่มีความสงบในจิตใจตั้งแต่เริ่มให้การดูแลผู้ป่วยและมีความรู้สึกไม่มั่นคงในจิตใจเมื่อเห็นผู้ป่วยเป็นทุกข์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพจนผู้ดูแลไว้วางใจ และให้ข้อเสนอแนะให้ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ในหลักของศีล ในการคิดดีพูดดีและกระทำดีต่อผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยหลักพรหมวิหารสี่ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเมตตา รักใคร่ ปรารถนาดีด้วยความกรุณาช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยอย่างจริงใจโดยไม่หวังผลตอบแทน ด้วยการมีเมตตา พลอยยินดีเมื่อผู้ป่วยมีความสุข และอุเบกขา คือ การวางใจให้เป็นกลางกับความรู้สึกทุกข์ ในสถานการณ์ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ถึงแม้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างเต็มที่แล้วก็ตาม โดยไม่หวังผลตอบแทนจะส่งผลให้จิตใจของผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายเป็นจิตใจที่บริสุทธิ์ปราศจากกิเลส ซึ่งก่อให้เกิดความสุข สงบจากการทำความดี ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลัทธมา กิจรุ่งโรจน์ (2556) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และประสบการณ์การดูแลแบบองค์รวมของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หล่อหลอมเป็นหนึ่งเดียว ซึ่งในระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลได้สัมผัสถึงจิตใจของกันและกันและมีการประสานเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกับสังคมภายนอก โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ และชุมชน ผู้ป่วยถึงจะได้รับการดูแลที่ครอบคลุมแบบองค์รวมและสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยและคนในครอบครัวมีความรู้สึกรักมีคุณค่า ในตนเองและมีความสุขทางจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเนื่องจาก การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้ลดความเครียดและมีความสุขทางจิตวิญญาณจะนำมาซึ่งการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้โดยเฉพะอย่างยิ่งการดูแลใน ด้านองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง สมานิสติปัญญา และความเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต
2. ด้านการวิจัยทางการแพทย์บาลนักวิจัยทางการแพทย์สามารถนำความสุขทางจิตวิญญาณไปหาความสัมพันธ์หรือหาผลลัพธ์ในมิติอื่น ๆ ของบุคคลทั้งผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลเพื่อนำการดูแลเพื่อส่งเสริมความสุขทางจิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต่อไป
3. ด้านการศึกษาควรมีการส่งเสริมการให้ความรู้ ในหน่วยงานเรื่องการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านจิตวิญญาณเพื่อส่งเสริมสุขภาวะแบบองค์รวมให้บุคคลมีความสมดุลในชีวิตในทุกมิติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. สามารถนำโปรแกรมประยุกต์ไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหาสุขภาพอื่น
5. ด้านนโยบาย ควรมีนโยบายพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลแบบองค์รวม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัญหาความเครียดและมีความสุขทางจิตวิญญาณในกลุ่มตัวอย่างในศาสนาอื่น ๆ เช่น ศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์ เป็นต้น เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและญาติได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาติดตามระดับความเครียดและมีความสุขทางจิตวิญญาณหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลังการสูญเสีย



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยบูรรัมย์

บรรณานุกรม

- กิติพล นาควิโรจน์. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- กิติพล นาควิโรจน์, และดาริน จตุรภัทรพร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative Care)*. สืบค้น 1 กันยายน 2562, จาก <http://portal.in.th/ms-pcare>
- กัลยา พลอยใหม่. (2545). *ความผาสุกทางวิญญาณของเด็กวัยรุ่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤติยาพร ไยโนนตาล. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2542). *คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต*. สืบค้น 1 กันยายน 2562, จาก <https://www.dmh-elibrary.org/items/show178>
- ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, นิมิตต์ตรา แว. (2560). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 205-216.
- ดลฤทัย บุญชู, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, วิไลวรรณ ทองเจริญ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแลภาระในการดูแลแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารสงขลานครินทร์*, 35(2), 61-78.
- จรัสพร หอมจันทร์. (2559). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑามาส แสงทองดี. (2563). โปรแกรมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามแนวพุทธจิตวิทยา. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(4), 336-350.

- จำเนียง กิ่งแก้ว. (2555). ผลของการสอนแบบอริยสัจสี่ที่มีต่อความสามารถในการคิดอย่างมี
 วิจารณญาณ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่องหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาของนักเรียน
 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านป่าช้า จังหวัดอุบลราชธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหาบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช.
- ณชนก เอียดสุข, ศุภร วงศ์ทัญญู, และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2552). ความเครียดและการเผชิญ
 ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับ
 การผ่าตัดสมอง. *วารสารรามธิบดีพยาบาล*, 19(3), 249-264.
- ชนิกา เจริญจิตต์กุล. (2552). *จิตวิญญาณ: การดูแล*. สืบค้น 1 สิงหาคม 2562, จาก
www.academic.hcu.ac.th/forum/board_possts.asp
- ชูชื่น ชิวพูนพล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติ
 ผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ
 ลุกลาม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนัดดา ผาสุกมุล. (2545). *สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาท
 น้ำพุ จังหวัดลพบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). กิจกรรมการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ. *วารสารสภาการพยาบาล*,
 5(3), 55-64
- ทรงสุดา ยงพัฒนจิตร, สุปรีดา มั่นคง, และนุชนาฏ สุทธิ. (2563). *ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย
 ระยะท้าย และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบ
 ประคับประคอง*(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุศยมาส ชิวสกุลยง. (2557). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative care*. เชียงใหม่:
 กลางเวียงการพิมพ์.
- บุญเพ็ญ แคว้นนะ. *คู่มือการปฏิบัติอานาปนสติสมาธิและกฐนแห่งธรรมชาติ*. สำนักพุทธศาสตร์โลกและ
 ธรรม. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, อรพรรณโตสิงห์, และธวัชชัย วรพงศกร. (2553).
 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและรางวัลที่ได้รับจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
 ทางสมองในประเทศไทย. *แปซิฟิกปริทัศน์ Int J Nurses*, 14(4), 297-314
- นันทพร ศรีนิม. (2558). รายงานเบื้องต้น: ประสบการณ์ปัญหา และการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการ
 ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(1), 61-71.

- นันทกาญจน์ ปักซี่, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง, และสิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะ เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 22(1), 65-80.
- นภรรสสร กุรมาภิรักษ์, นภาพร แก้วนิมิตชัย, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2558) ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 19(37), 105-116.
- นงเยาว์ กันทะมูล.(2546).*ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา คชศิลา.(2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลโรครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาวะทางจิตวิญญาณ. *หมอชาวบ้าน*, 22(261), 41-45.
- ไพศาล วิสาโล (2549). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิธีแบบพุทธ.* กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.
- พุทธทาสภิกขุ. (2541). *คู่มือมนุษย์ ฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เอมี่เทรตติ้ง
- พนิตดา ศรีหาค้าง,ศิริพันธ์ุสาส์ตย์.(2559).ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(1), 1-10.
- พระมหาเถรศรี รามางกูร. (2547). *การประยุกต์และการยึดมั่นหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาในการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนภูเวียง จังหวัดขอนแก่น* (ภาคนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 9(2), 156-165.
- รวี เตือนดาว. (2547). *ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระวีวรรณ ถวายทรัพย์. (2545). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รศรินทร์ เกรย์, และมสาลีณี เทพสุวรรณ.(2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารสงขลานครินทร์ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 21(1), 203-228.

- ระวีวรรณ ถวายทรัพย์. (2545). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรชนี อุปรา. (2008). Effective of an evidence base intervention on level of strain experienced by caregiver of stroke patients in Thailand. In *Paper presented at Sydney South Western Area Health Service (SSWAHS) Research Showcase*. Sydney.
- ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, และสมนึก สกุดหงส์โสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารรามาคิดดีพยาบาล*, 20(1), 82-96.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวความคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาคิดดีพยาบาลสาร*, 2(1), 84-94.
- ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, สมพร ปานผดุง, และกิตติกร นิลมานันต์. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยหลักพุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(1), 16-28.
- ลลนา คันธวัฒน์. (2560). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารูปแบบสื่อมีเดียต่อความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เวชระเบียนโรงพยาบาลน่าน. (2563). *ข้อมูล 43 แพ้มี จังหวัดน่าน*. สืบค้น 1 สิงหาคม 2562, จาก <http://www.nanhospital.go.th/>
- วรุณวรรณ ฝาโคตร. (2548). *การนำกระบวนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม*. กรุงเทพฯ: เค.เอส.พี. การพิมพ์.
- วาสิณี วิเศษฤทธิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และพิไลพร สุขเจริญ. (2562). การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือประเมินความต้องการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทวัฒนธรรมไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์*, 35(1), 163-173.
- ภารดี ปรีชาวิทยากุล. (2549). ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารเย็นศิริ อาคารที่พักชั่วคราวของผู้ป่วยและญาติ. *สงขลาวารสาร*, 24(1), 71-74.
- ศิริวรรณ วรรณศิริ. (2548). *การศึกษาความต้องการของญาติในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- คັນสนีย์ เสถียรสุด. (2543). การมีสติในทุกขณะคือ. *วารสารหมอชาวบ้าน*, 22(161), 14-16.
- ศิริพร เสมสาร, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และพิชัย จันทร์ศรีวงศ์ (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย. *วารสารการปฏิบัติกิจการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 5(1), 112-126.
- ศรีรัตน์ กินาวงค์, และปณณณิน เชื้อนเพ็ชร. (2559). ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย. *เชียงใหม่รายวารสาร*, 8(2), 1-7.
- ศรินยา ฉันทะปรีดา. (2549). ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโดยค้ำต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิตารัตน์ สัมครสมาน. (2550). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2560). *สถิติสาธารณสุข*. สืบค้น 1 สิงหาคม 2562, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, (2560). *ตัวชี้วัด service Excellence*. สืบค้น 1 สิงหาคม 2562, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ระบบการพยาบาลแบบประคับประคอง (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: สื่อตะวัน.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *ยุทธศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2557-2566*. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). *รายงานสถิติรายปี*. สืบค้น 1 สิงหาคม 2562, จาก <http://www.nso.go.th>
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.
- เสาวนีย์ ชนะพาล, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2558). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต. สืบค้น 1 สิงหาคม 2562, จาก <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/50256>
- สมใจ เนวชื่น. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมพร ปานผดุง. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยหลักพุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(1). 16-28.
- สุพัตรา แสงรุจิ, สมศรี รัตนวิจิตรศิลป์, และวิสุทธิ วุฒิพฤษ. (2548). โรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย. *สารศิริราช*, 57(6), 230-233
- วีณา ลิ้มสกุล. (2557). รายงานสรุปโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี: คณะพยาบาลศาสตร์.
- อรรวิธ กาญจนจारी, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และสุปรีดา มั่นคง. (2555). บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. *วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล*, 23(3), 328-343.
- อรุณี ชุมหบดี, ธิติรัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา, สุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 24(2), 1-9
- อรุณี ยุทธิปุ่น. (2557). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุมุสลิมที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- อรัญญ์ วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, และอภิญา วงศ์ซารี. (2562). การศึกษาความเครียดและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 2(4), 40-49.
- ฤทัย แสนสี. (2549). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Advanced Cancer and Palliative Care Treatment Guidelines for Patients. (2003). *NCCN Guidelines Version 1 /December 2003* (pp. 5-22). N.P.: n.p.
- Blum, D. (2010). *Caregiving for your loved one with cancer*. Retrieved April 4, 2012, from http://www.cancer.org/pdf/booklets/ccc_caregiver
- Bums, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization* (5th ed.). St. Louis MO: Elsevier Saunders.
- Caplan, G., Killilea, M. (1976). *Support Systems and Mutual Help*. New York: Grune & Stratton.

- Caress, A. L., Chalmers, K., & Luker, K. (2009). A narrative review of intervention to support family carers who provide physical care to family members with cancer. *Internal Journal of Nursing Studies*, *46*(1), 1516-1527.
- Cobb S. (1976). Soxail support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*, 300-314
- Cohen J. (1992). Power primer. *Psychologica bulletine*, *112*(1), 155-159.
- Diaz, F. (2016). Suicide ideation among oncologic patients in a Spanish ward. *Diaz-Frutos D, Baca-Garcia E, Mahillo-Fernandez I, Garcia-Foncillas J, Lopez-Castroman J Psychol Health Med*. 2016; *21*(3), 261-271.
- Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *British Medical Journal*, doi:10.1136/bmj.38740.614954.55.
- Hours, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support: *See Cohn & Syme*, 83 – 108
- Hultcrantz, M., Svensson, T., Derolf, A. R., Kristinsson, S. Y., Lindqvist, E. K., Ekbohm A. ..., Bjorkholm, M. (2015). Incidence and risk factors for suicide and attempted suicide following a diagnosis of hematological malignancy. *Cancer Medicine*, *4*(1), 147–154. doi: 10.1002/cam4.316
- Hungelmann, J. (1996). Focus on spiritual well-being harmonious interconnectedness of mind-body-spirit. Use of the JAREL spiritual well-being scale. *Geratric Nursing*, *17*(6), 262-266.
- Jansen, K. S. E. (2010). *Adherence of elderly patients to antidepressant treatment*. Master thesis. LVR-Klinikum: Düsseldorf, Department Gerontopsychiatry.
- Lazarus, & Folkman. (1984). Stress appraisal and coping. *Spriger Publishing Company Oncology*, *1*(2), 73-80
- Paloulzian, R. F., Ellison, C. W., & Bufford, R. K. (2001). Norms for the Spiritual a Concept analysis. *J Holist Nurse*, *19*, 27-41.
- Polit, D. F., & Hungler B. P. (1999). *Nursing research: principle and method* (6 th ed). Lippincott: Williams& Wilkins.

- Porter, L. S., Keefe, F. J., Garst, J., Baucom, D. H., McBride, C. M., McKee, D. C., ... Scipio, C. (2011). Caregiver-assisted coping skills training for lung cancer: Results of randomized clinical trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(1), 1-13.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (1995). Comfort. In A. P. Potter, (Ed.). *Basic Nursing: Theory and Practice* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Sasat, S. (1998). *Caring for dementia in Thailand: A study of family care for demented elderly relatives in Thai Buddhist society* (Doctoral dissertation). UK: University of Hull.
- Taylor. (2010). Structure and mechanism of bacterial β -glucosaminidase having O-GlcNAcase activity. *Nature Structural & Molecular Biology* volume, 26(13). 365-371.
- World Health Organization. (2017). *Cancer data*. Retrieved September 1, 2019, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- World Health Organization. (2018). *Definition of Palliative care*. Retrieved 18 January, 2019, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาพร แนนบุตร
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระวีวรรณ พิไลเกียรติ
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. แพทย์หญิงวาลิกา รัตน์จันทร์
รองผู้อำนวยการ ฝ่ายปฐมภูมิ โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน
4. นางสมพร รอดจินดา
พยาบาลเชี่ยวชาญพิเศษ โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน
5. นางจุฬารัตน์ สุริยาทัย
พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน



ภาคผนวก ข ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย

COA No. 485/2020
IRB No. P3-0064/2563



AF 12-10/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผูกพันทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยหลัก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ร่วมวิจัย : นางสาวสรณีย์ จันทร์มา

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเติมชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 02 มิถุนายน 2563
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 02 มิถุนายน 2563
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 02 มิถุนายน 2563
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2563
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2563
6. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2563
7. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2563
8. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 20 สิงหาคม 2563
9. ประวัติผู้ร่วมวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มิถุนายน 2563
10. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 สิงหาคม 2563
11. แบบคัดกรอง เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2563
12. จบประมาณที่ได้รับโดยย่อ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มิถุนายน 2563

ลงนาม *วิไลวรรณ วัชรพงษ์ผล*
(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 02 ธันวาคม 2563

วันหมดอายุ : 02 ธันวาคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

COA No. 003
Nan Hos. REC No.003/2564



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลน่านกระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 1 ถนน วรวิชัย ตำบลในเวียง อำเภอเมือง จังหวัดน่านโทร. 054 719 000

เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลน่าน ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสรรสนีย์ จันทร์มา

สังกัดหน่วยงาน : กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

วิธีบททวน : แบบเร็ว

รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หาก

ความก้าวหน้า ดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง : โครงการวิจัย ฉบับวันที่ ธันวาคม 2563
แบบเก็บข้อมูล ฉบับวันที่ ธันวาคม 2563

ลงนาม *อัมมมา* ลงนาม *Dr. Dr.*
(นางอัจฉริยา กาญจนสินธุ์) (นางกนิษฐา เสาวลักษณ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : ธันวาคม 2563

วันหมดอายุ : ธันวาคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อ
ความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความเครียด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเครียด

NO.....

กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย √ลงใน และเติมข้อความลงในช่องว่าง ให้ตรงกับข้อเท็จจริง
เกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

วันที่เก็บข้อมูล.....

1. เพศ
 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ..... ปี
3. อาชีพ
 1. รับราชการ – รัฐวิสาหกิจ 2. รับจ้าง - ลูกจ้าง
 3. เกษตรกรรม 4. ค้าขาย – ธุรกิจส่วนตัว
 5. แม่บ้าน 6. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 7. อื่นๆ ระบุ.....
4. ศาสนา
 1. พุทธ 2. อิสลาม
 3. คริสต์ 4. อื่นๆ
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
 1.ไม่ได้เรียน 2.ประถมศึกษา
 3.มัธยมศึกษาตอนต้น 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.
 5.อนุปริญญา / ปวส. 6.ปริญญาตรี
 7.สูงกว่าปริญญาตรี

6. สถานภาพสมรส
 1. โสด 2. คู่
 3. หย่า / แยกกันอยู่ 4. หม้าย
7. มีผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านกี่คน
8. สัมพันธภาพกับผู้ป่วย
 1. ไม่ดี 2. น้อย 3. ปานกลาง 4. ดี 5. ดีมาก
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 1. บิดา - มารดา 2. บุตร
 3. สามิ-ภรรยา 4. พี่น้อง
 5. หลาน 6. อื่น ๆ.....
10. ความพอเพียงของรายได้
 1. เพียงพอและมีเงินเก็บ 2. เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ
 3. ไม่เพียงพอแต่ไม่มีภาระหนี้สิน 4. ไม่เพียงพอและมีภาระหนี้สิน
11. การรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย
 1. รับทราบจากแพทย์ผู้ดูแล 2. ไม่ทราบ
 3. รับรู้จากผู้ป่วย /ญาติ
12. ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นภาระในการดูแลหรือไม่
 1. ใช่ 2. ไม่ใช่
13. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือความศรัทธาในศาสนา เช่น ไปวัด
 ใส่บาตร ทำบุญที่วัด สวดมนต์ก่อนนอน ก็ครั้งต่อสัปดาห์
 1. ทำทุกวัน 2. ทำวันเว้นวัน
 3. ทำ 4 ครั้ง/ สัปดาห์ 4. ทำ 5 ครั้ง/ สัปดาห์ 5. ไม่ทำเลย
14. ผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้รับการรักษาด้วยวิธีใด(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. แบบประคับประคอง 2. การฉายแสง
 3. เคมีบำบัด 4. ผ่าตัด
 5. ไม่ได้รับการรักษา 6. แพทย์ทางเลือก
 7. อื่นๆ.....
15. ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 1. มี ระยะเวลา..... ปี 2. ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกและความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตและความตาย คุณค่าของชีวิต เป้าหมายของชีวิต ความเชื่อ ความศรัทธา ในศาสนา การยอมรับการเปลี่ยนแปลง การยอมรับความตาย และการเตรียมพร้อมต่อความตาย เป็นต้น

โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดตามเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเหมือนกับข้อความดังกล่าวน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเหมือนกับข้อความดังกล่าวเลย

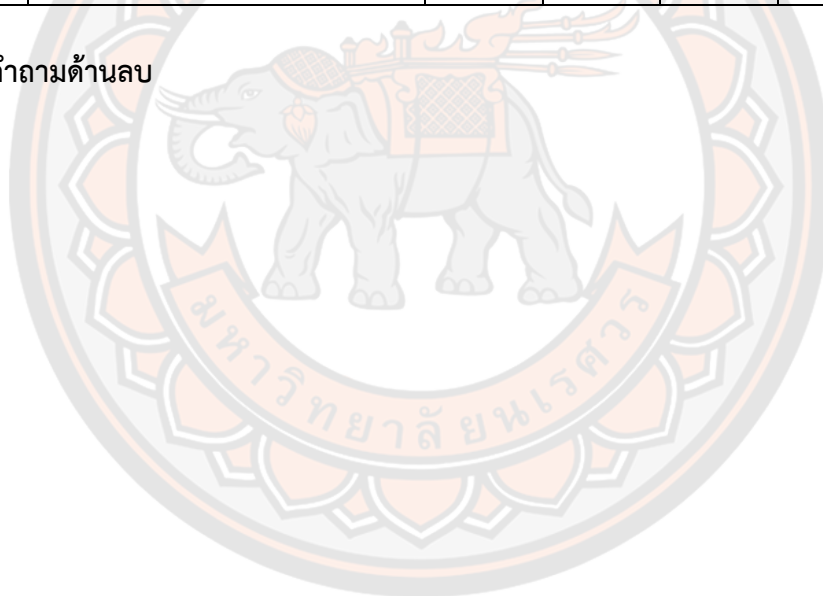
ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	การดูแลผู้ป่วยถึงแม้มีความลำบาก ยุ่งยากแต่ท่านรู้สึกเป็นสุขที่ได้ทำความดีที่ได้ดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ					
*2	ท่านรู้สึกจิตใจว่าวุ่น ไม่มีความสงบในจิตใจตั้งแต่เริ่มให้การดูแลผู้ป่วย					
3	ท่านรู้สึกอึดอัดใจและคลายความทุกข์จากความยุ่งยาก ลำบากในการดูแลผู้ป่วยจากการเสียสละ					
4	ท่านมีความรู้สึกพร้อมที่จะให้อภัยแก่ผู้ป่วยถึงแม้มีเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านเสียใจ					
*5	ท่านรู้สึกคลายทุกข์และแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ จากการมีเงินทองมาก ๆ					
6	ท่านรู้สึกเบิกบานและสงบสุขเมื่อได้แผ่เมตตาให้แก่สิ่งมีชีวิตทั้งหลาย					
7	ท่านมีความสุขเมื่อได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์					

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8	ท่านรู้สึกมีความสุขเมื่อผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา					
9	ท่านรู้สึกทำใจให้มั่นคงได้เมื่อเห็นผู้ป่วยมีความสุขและถึงแม้ท่านได้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่แล้ว					
10	ท่านรู้สึกถึงความสามารถในการยอมรับความเชื่อต่างๆของผู้ป่วยได้มากขึ้น					
11	ท่านรู้สึกต้องการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา					
12	ท่านรู้สึกต้องการการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อทำให้ท่านรู้สึกมีความสุข ความหวังและกำลังใจเช่น การปล่อยปลา สวดมนต์					
*13	ท่านรู้สึกคับข้องใจที่ภาระการดูแลทำให้ท่านไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ					
*14	ท่านรู้สึกวิตกกังวลเมื่อต้องเข้าสู่สังคมหรือสังสรรค์กับเพื่อนบ้านมากกว่าเมื่อก่อน					
*15	ท่านรู้สึกไม่พอใจที่ไม่สามารถช่วยเหลือหรือทำหน้าที่ในครอบครัวได้เหมือนเดิม					
*16	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีแต่ความทุกข์ ความล้มเหลวและผิดหวังหลังจากผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษา					
*17	ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นถึงแม้ได้รับการรักษาแล้ว					
18	ท่านรู้สึกมีกำลังใจจากการปฏิบัติธรรมเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วย					

ลำดับ	ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
*19	ท่านรู้สึกอยากแยกตัวอยู่คนเดียว เงียบ ๆ เสมอไม่ต้องการพูดคุยหรือ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น					
20	ท่านต้องการแสวงหาวิธีการรักษา ต่างๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น					
*21	ท่านรู้สึกว่าเป็นเรื่องของกรรมเก่าที่ ยอมรับได้ ทำให้ท่านใช้ชีวิตตามปกติ แม้ต้องการให้การดูแลผู้ป่วย					
*22	ท่านรู้สึกเป็นทุกข์มากเมื่อเห็นผู้ป่วย ทุกข์ทรมาน					
23	ท่านรู้สึกว่าอยากดูแลผู้ป่วยด้วยความ ตั้งใจว่าจะไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ ทรมานมากกว่านี้					
24	ท่านรู้สึกว่ากรรมนั้นทำแต่กรรมดีเป็น การใช้ชีวิตด้วยความไม่ประมาท					
25	ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถควบคุม อารมณ์ได้และรู้ตัว ไม่ว่าจะคิดจะพูด หรือจะทำอะไร					
26	ท่านยอมรับความทุกข์ที่เกิดขึ้นว่าเป็น ธรรมดาของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้					
27	ท่านยอมรับและอดทนต่อความ ยากลำบากที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย					
*28	ท่านรู้สึกขาดสติบ่อย ๆ เช่น อารมณ์ เปลี่ยนแปลงโดยควบคุมตัวเองได้ยาก ขณะที่ดูแลผู้ป่วย					
29	ท่านรู้สึกพร้อมที่จะเผชิญกับความรู้สึก สูญเสียได้ทุกขณะ					
*30	ท่านรู้สึกเป็นทุกข์ทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยมี อาการแย่งลง					
31	ท่านมีความรู้สึกนึกคิด พิจารณา ไตร่ตรองสิ่งต่างๆ และระงับยับยั้ง ความคิดฟุ้งซ่านได้ดี					

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
32	ท่านรู้สึกมีความสุขเมื่อท่าน สวดมนต์ หรือทำศาสนกิจ					
33	ท่านรู้สึกมีความสุขเมื่อท่านสวดมนต์ ทำสมาธิ					
34	ท่านรู้สึกยอมรับการเปลี่ยนแปลง ต่าง ๆ ในชีวิตได้					
35	ท่านยอมรับและเข้าใจว่าการเกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต					
36	ท่านรู้สึกว่าเป็นเรื่องปกติที่ผู้ป่วย จะต้องเสียชีวิตในวันข้างหน้าในขณะที่ ท่านยังคงต้องมีชีวิตอยู่					

* ข้อคำถามด้านบน



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดในผู้ดูแล

คำชี้แจง: กรุณาอ่านทำความเข้าใจข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าท่านมีพฤติกรรมนั้น ๆ ใช่หรือไม่ใช่ในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง โดยให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวตามความหมายที่กำหนด

ใช่ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมนั้น

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรมนั้น

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. นอนไม่เพียงพอ (เพราะผู้ป่วยตื่นบ่อย หรือเดินไปมา ฯลฯ)		
2. ไม่สะดวกในการดูแลผู้ป่วย (เพราะในการช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องใช้เวลามาก หรือต้องเดินทางไกล ฯลฯ)		
3. รู้สึกมีปัญหาทางกาย (เพราะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้าย และต้องใช้ความพยายามและการดูแลเอาใจใส่อย่างมาก)		
4. การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านไม่มีเวลาทำอย่างอื่น		
5. การดูแลผู้ป่วยทำให้คนในครอบครัวต้องปรับตัว (เพราะการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเวลาการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน / หรือ ทำให้ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว)		
6. การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านต้องเปลี่ยนแผนการทำงานของท่าน (เช่น ต้องปฏิเสธงานที่ได้รับมอบหมาย หรือไม่สามารถไปเที่ยวหรือ ทำธุระส่วนตัวได้)		
7. ต้องใช้เวลาไปกับคนในครอบครัวมากขึ้น		
8. ต้องพยายามปรับตัวหรือสภาพจิตใจ และอารมณ์ (เพราะมักมีการขัดแย้ง รุนแรงเกิดขึ้น)		
9. อาการหรือพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วยทำให้ท่านวิตกกังวลหรือหนักใจ (เช่น ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย หลงลืม หรือมีพฤติกรรมกล่าวหา คนอื่น ๆ ที่เอาของของตนไป)		
10. รู้สึกไม่สบายใจเมื่อพบว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปหลังจากเจ็บป่วย (อาจเปลี่ยนไปเป็นคนละคน)		
11. ต้องมีการปรับตัวเรื่องการทำงาน(เช่น ต้องลางานเพื่อมาดูแล ผู้ป่วยบ่อยๆ)		
12. เกิดปัญหาด้านการเงิน		
13. รู้สึกว่ามีปัญหาารุมเร้า (เช่น ท่านกังวลตลอดเวลาว่าจะแก้ปัญหาหลายอย่างในเวลาเดียวกัน)		

ที่มา: Robinson, B., 1983

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

นางสาวสรสนีย์ จันทร์มา นักศึกษาปริญญาโท

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก จ คู่มือการดำเนินการใช้โปรแกรม

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร

ระยะเวลา: 1.30 ชั่วโมง

สถานที่: ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานอำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน

บุคคลที่เกี่ยวข้อง: ผู้วิจัย ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

- สื่อ:
1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 2. คู่มือการนั่งสมาธิแบบอานาปนสติ
 3. คู่มือการฝึกการหายใจเพื่อลดความเครียด
 4. แผนการสอน เรื่อง วิธีลดความเครียดและเพิ่มความสุขของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 5. สมุดบันทึก
 6. กระดาษและปากกาสี

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิธีการประเมินผล/ เกณฑ์การประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดความไว้วางใจระหว่างกัน	1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแลหลักโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ แผนการดำเนินงานของการทำวิจัยและการเข้าร่วมโปรแกรม การสิ้นสุดการวิจัยและการเข้าร่วมโปรแกรม การสิ้นสุดการวิจัย ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับทราบเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พร้อมขอความร่วมมือและชี้ถึงประโยชน์ที่ผู้ดูแลจะได้รับจากการเข้าร่วมและขอบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรของการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้	วิธีการประเมินผล - โดยการสังเกตสีหน้า ท่าทางและบรรยากาศการพูดคุย การซักถาม การเสนอแนะขณะร่วมกิจกรรม - การมีส่วนร่วมในกิจกรรม เกณฑ์การประเมิน 1. ผู้วิจัยและผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ภาพที่ดี สีหน้าแสดงความพึงพอใจ
		2. ผู้ดูแลตอบรับและยินดีเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมให้ความร่วมมือในการรับความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิธีการประเมินผล/ เกณฑ์การประเมินผล
<p>2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเกี่ยวกับอาการรบกวน การจัดการอาการรบกวน</p>	<p>2. ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย</p> <p>2.1 การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การดูแลจัดการกับอาการที่ไม่สุขสบายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าสู่โรคมะเร็งระยะสุดท้าย สาเหตุความเครียดในการดูแลในด้านต่าง แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยและสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย</p> <p>2.2 สาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลด้านต่าง ๆ เช่น การจัดการไม่สุขสบาย การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสปฏิบัติจริง จะช่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้</p>	<p>วิธีการประเมินผล</p> <p>-การมีส่วนร่วมในกิจกรรม</p> <p>-ใช้คำถาม ถามตอบ</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>-ผู้ดูแลหลักมีความรู้ สามารถตอบคำถามและผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 80 %</p> <p>-ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติและสาธิตกลับได้ถูกต้อง</p>
<p>3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคลายความเครียด ได้ระบายความเครียด รู้วิธีการจัดการความเครียด</p>	<p>3.1 สาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการนั่งสมาธิ โดยการเปิดวิดีโอทัศน์ให้ปฏิบัติตามการให้คำปรึกษา การให้ผู้ดูแลได้ระบายความในใจ ความเครียด ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นรายบุคคล ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง</p> <p>ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเครียด อาการและอาการ แสดง ผลกระทบจากภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วยพร้อมกับให้คำแนะนำในการผ่อนคลาย ความเครียดด้วยตนเองให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นรายบุคคล ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง</p> <p>3.2 การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการถ่ายทอดประสบการณ์การ</p>	<p>วิธีการประเมินผล</p> <p>-การมีส่วนร่วมในกิจกรรม</p> <p>-ใช้คำถาม ถามตอบ</p> <p>-ใช้แบบประเมินความเครียดและความพึงพอใจจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</p>

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิธีการประเมินผล/ เกณฑ์การประเมินผล
	จัดการความเครียดจากกลุ่มผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จ	
4. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายค้นหาเป้าหมายในชีวิตของตนเอง การมีสมาธิ	4.1 ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการทำสมาธิแบบอานาปานสติ สอบถามผลจากการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค สรุปรประเด็นที่ได้จากการฟังเทศและการนำมาใช้ในชีวิตจริง แนะนำให้ญาติผู้ดูแลฟังเทศ อภิปรายร่วมกันถึงประสบการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย และวิธีการแก้ปัญหา รับฟังด้วยความตั้งใจ เห็นใจ เข้าใจในความรู้สึกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้ความรู้แนะนำเสริมแรงให้คำชมเชย และกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ด้วยการปฏิบัติที่ดีต่อผู้ป่วย ร่วมค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแล จากสิ่งที่มีคุณค่าที่สุดในชีวิตและเป้าหมายในอนาคต สะท้อนคิดให้ญาติผู้ดูแลได้เห็นเป้าหมายนั้น และแนะนำการปฏิบัติด้วยหลักมกคลสูตร เพื่อก่อให้เกิดความสุข สงบจากการทำความดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติกิจทางศาสนาตามที่ผู้ป่วยและญาติต้องการสอบถามความสนใจในหลักธรรมะ และการฝึกสมาธิให้คำแนะนำและสอนสาธิตการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ ฝึกปฏิบัติ และให้สาธิตย้อนกลับ	เกณฑ์การประเมิน - ผู้ดูแลหลักมีความรู้ สามารถตอบคำถามและผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 80 % - ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติและสาธิตกลับได้ถูกต้อง วิธีการประเมินผล - การมีส่วนร่วมในกิจกรรม - ใช้คำถาม ถามตอบ - ใช้แบบประเมินความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิธีการประเมินผล/ เกณฑ์การประเมินผล
<p>5. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแลที่บ้าน เพื่อเป็นการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน</p> <p>6. เพื่อเป็นการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน</p>	<p>1. ผู้วิจัยสอนการใช้อุปกรณ์ที่บ้าน และในชุมชนจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อผู้ป่วยเพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลที่บ้าน และสาธิตการใช้อุปกรณ์</p> <p>-การใช้เครื่องผลิตออกซิเจน</p> <p>1. โทรศัพท์ติดตามหลังจากที่ให้ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการอาการรบกวน และประเมินโดยการสาธิตย้อนกลับการโทรศัพท์ติดตามของผู้วิจัย 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 6,10 ในแต่ละครั้งที่ใช้เวลาพูดคุยประมาณ 15-20 นาที สอบถามปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การจัดการอาการรบกวน การฝึกสมาธิของผู้ดูแล การจัดการอาการเครียด ความสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง นอกเหนือจากเวลาที่โทรไปคุย สามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลที่บ้าน</p> <p>2. ผู้วิจัยประเมินปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ชักถามข้อสงสัยจากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา รวมถึงความต้องการในการดูแล ในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติม ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ</p>	<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ดูแลหลักมีความรู้ สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง - สาธิตย้อนกลับการนั่งสมาธิ การฝึกหายใจถูกต้อง <p>วิธีการประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - การมีส่วนร่วมในกิจกรรม - ใช้คำถาม ถามตอบ - สาธิตย้อนกลับการใช้อุปกรณ์ <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ดูแลสามารถใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ดูถูกวิธีและใช้อย่างปลอดภัย - ผู้ดูแลมีอุปกรณ์จำเป็นใช้ที่บ้าน <p>วิธีการประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - การมีส่วนร่วมในกิจกรรม - ใช้คำถาม ถามตอบ - ติดตามแบบบันทึกการให้ยาเพื่อบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ - ส่งข้อมูลทางไลน์ <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ดูแลสามารถใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ดูถูกวิธีและใช้อย่างปลอดภัย - ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง - ผู้ดูแลฝึกสมาธิและฝึกการหายใจอย่างสม่ำเสมอ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิธีการประเมินผล/ เกณฑ์การประเมินผล
	<p>เจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะ สุดท้าย และการดูแล ประเมินภาวะ เครียด อาการและอาการแสดงผล กระทบจากภาวะ เครียดจากการ ดูแลผู้ป่วย พร้อมกับให้คำแนะนำใน การผ่อนคลายความเครียดด้วย ตนเองส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล หมั่นฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจนเกิด ความชำนาญ กล่าวชมเชยแก่ผู้ดูแล เมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง</p>	



ครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการสนับสนุนทางด้านประเมิน

ระยะเวลา: 15 นาที

สถานที่: อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน

บุคคลที่เกี่ยวข้อง: ผู้วิจัย ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สื่อ: แบบประเมินความเครียดและแบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิธีการประเมินผล/ เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อประเมินความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแลที่บ้าน</p> <p>2. เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</p>	<p>1. ผู้ดูแลประเมินแบบประเมินความเครียดและแบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่ม</p>	<p>วิธีการประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - การมีส่วนร่วมในกิจกรรม - ใช้คำถาม ถามตอบ - ใช้แบบประเมินความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - คะแนนความเครียดน้อยกว่า 7 - คะแนนความพึงพอใจจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากกว่า 93.5

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมการสนับสนุนทางด้านประเมินข้อมูลข่าวสาร

ระยะเวลา: 15-20 นาที

สถานที่: อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน

บุคคลที่เกี่ยวข้อง: ผู้วิจัย ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สื่อ: แบบประเมินความเครียดและแบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิธีการประเมินผล/ เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อประเมินความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป้าหมาย</p> <p>1. เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน</p> <p>2. เพื่อเพิ่มความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน</p>	<p>1. โทรศัพท์ติดตามหลังจากที่ให้ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการอาการรบกวน และการโทรศัพท์ติดตามของผู้วิจัยตามแบบฟอร์มการติดตามทางโทรศัพท์ และการติดตามทางไลน์ตามแบบฟอร์มการติดตามใช้เวลาพูดคุยประมาณ 15-20 นาที สอบถามปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายการจัดการอาการรบกวน การฝึกสมาธิของผู้ดูแล การจัดการอาการเครียด คะแนนความสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง</p> <p>2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ซักถามข้อสงสัยจากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา รวมถึงความต้องการในการดูแล ในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติม ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และกิจกรรมการดูแล ประเมินภาวะเครียด อาการและอาการแสดงผลกระทบจากภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>วิธีการประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - การมีส่วนร่วมในกิจกรรม - ใช้คำถาม ถามตอบ - ติดตามแบบบันทึกการให้ยาเพื่อบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ - ส่งข้อมูลทางไลน์ <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ดูแลสามารถใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย - ผู้ดูแลมีคะแนนความเครียดน้อยกว่า 7 - ผู้ดูแลมีคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณมากกว่า 93.5 - ผู้ดูแลฝึกสมาธิและฝึกการหายใจอย่างสม่ำเสมอ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิธีการประเมินผล/ เกณฑ์การประเมินผล
	<p>พร้อมกับให้คำแนะนำในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง</p> <p>3. ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลหมั่นฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจนเกิดความชำนาญ กล่าวชมเชยแก่ผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง</p>	



ครั้งที่ 4

ครั้งที่ 4 หลังสัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมการสนับสนุนทางด้านประเมิน

ระยะเวลา: 15 นาที

สถานที่: อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน

บุคคลที่เกี่ยวข้อง: ผู้วิจัย ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สื่อ: แบบประเมินความเครียดและแบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	วิธีการประเมินผล/เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อประเมินความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</p> <p>1. เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</p> <p>2. เพื่อเพิ่มความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</p>	<p>1. ผู้ดูแลประเมินแบบประเมินความเครียดและแบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มทดลองครั้งที่ 4 และดำเนินการปิดกิจกรรมการทดลอง</p>	<p>วิธีการประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - การมีส่วนร่วมในกิจกรรม - ใช้คำถาม ถามตอบ - ใช้แบบประเมินความเครียดและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - คะแนนความเครียดน้อยกว่า 7 - คะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากกว่า 93.5

แผนการสอนที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง การลดความเครียดตามเศรษฐกิจการส่งเสริมมิติทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ระยะเวลาในการสอน 1.30 ชั่วโมง

ผู้สอน น.ส. สรรสนีย์ จันทร์รามา

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ผู้เรียน ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน

สถานที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนอำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการและการแสดง ที่จะเกิดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. มีทักษะการลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
5. เพิ่มความผูกพันทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้ (นาที)	การประเมิน
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพก่อนให้ผู้เข้าร่วมฟังมีความคุ้นเคยกันและเป็นการรวมความสนใจ</p>	<p>การสร้างสัมพันธ์ภาพ</p> <p>สวัสดิ์ตะ ดิฉัน นางสาวสรสมัย จันทร์มาก เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์กรวิจัยเกี่ยวกับความเครียดและความเครียดเพิ่มจากความผูกพันทางจิตวิญญาณถึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยค่ะวันนี้มีความรู้สึกยินดีและดีใจเป็นอย่างยิ่งที่ได้มาให้สุศึกษาเรื่องโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแก่ท่านและบางท่านอาจมี ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งแต่ไม่เป็นที่ทราบทั้งในวันนี้ถือว่าเป็นการเพิ่มความรู้นะคะ</p> <p>วันนี้เราจะคุยกันถึงโรคมะเร็ง สาเหตุการเกิดโรค อากาการแทรกซ้อนและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>ขณะที่เราคุยกันท่านก็มีข้อสงสัยให้ยกมือถามได้นะคะ</p>	<p>ตอบคำถาม และสอบถามเมื่อมีคำถาม</p>	<p>power point ประกอบการสอน</p>	<p>5 นาที</p>	
<p>2. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะเร่งระยะสุดท้าย</p> <p>2.1. ด้านร่างกาย</p> <p>2.2. การให้ความช่วยเหลือเรื่อง การรับประทานอาหาร</p> <p>2.3. การดูแลเรื่องการใช้ยา</p>	<p>บทนำ</p> <p>❖ มะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร มะเร็ง เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ในร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโตและแบ่งตัวมากกว่าปกติจนเกิดขึ้นที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ต่อมาเนื้อร้ายนี้จะลุกลามไปบริเวณอื่นหากไม่ได้รับการรักษา โดยอาการจะแตกต่างกันไปตามชนิด บริเวณที่ตรวจพบ และความเร็วในการเจริญเติบโตของมะเร็ง</p> <p>มะเร็งระยะสุดท้าย คือ ระยะที่มะเร็งได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย โดยเซลล์มะเร็งจะขยายตัวใช้พื้นที่และแย่งสารอาหารที่จำเป็นต่ออวัยวะในร่างกาย ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำงานตามปกติเป็น</p>	<p>ขั้นนำ</p> <p>ผู้สอน: ผู้ให้สุศึกษาและนำตนเอง กล่าวทักทายผู้ฟัง: สร้างสัมพันธ์ภาพก่อนให้ผู้เข้าร่วมฟัง มีความคุ้นเคยกันและเป็นการรวมความสนใจ ผู้ร่วมกิจกรรม ช่วยกันปรับมือต้อนรับสมาชิก</p>	<p>ผู้สอนบรรยายและ สอบถามผู้เรียน เช่น “ผู้ป่วยระยะเร่งระยะสุดท้ายมีอาการไม่สุขสบายอย่างไรบ้าง และมีวิธีจัดการอาการไม่สุขสบายอย่างไรบ้าง” และเปิดโอกาสให้ผู้ สอนถาม</p>	<p>30 นาที</p>	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้ (นาที)	การประเมิน
<p>3. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถบอก อากา รอาการไม่สุขสบายใน การจัดการอาการไม่สุขสบายใน ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้</p>	<p>อย่างมก การรักษาดูแลโดยมุ่งกำจัดมะเร็งไม่ได้ผล และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะ เสียชีวิตในเวลาต่อมา</p> <p>โดยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอาการต่าง ๆ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีอาการเมื่อยล้าและอ่อนแรง โดยผู้ป่วยอาจรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ 2. มีอาการเจ็บปวดทางร่างกาย ซึ่งในกรณีนี้ผู้ป่วย ยังมีสติอยู่จะสามารถบอกได้ว่ารู้สึกปวดที่บริเวณใด แต่หากผู้ป่วยไม่ สามารถพูดหรือสื่อสารได้ ผู้ดูแลอาจสังเกตอาการต่าง ๆ ที่อาจเป็น สัญญาณบ่งบอก เช่น หายใจเสียงดัง ชยับตัวไปมาเพื่อหาตำแหน่งที่สบาย ตัวขึ้น กระสับกระส่าย และมีกรแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง เป็นต้น 3. ความอยากอาหารลดลง ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย และน้ำหนัก ตัวลดลง 4. พบปัญหาในการหายใจ เช่น หายใจลำบาก หายใจไม่เต็ม และหายใจช้า หรือเร็วผิดปกติ 5. ระบบไหลเวียนโลหิตและอุณหภูมิในร่างกายผิดปกติ โดยอาจรู้สึกเย็น เมื่อสัมผัสที่บริเวณขาหรือแขนของผู้ป่วย และผิวหนังของผู้ป่วย 6. รู้สึกสับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ รวมถึงการจัดจำบุคคลใกล้ชิด 7. มีพฤติกรรมนอนที่เปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยอาจมีอาการง่วงซึม นอน หลับบ่อยขึ้น หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือรู้สึกสับสนขณะเพิ่งตื่นนอน 8. แยกตัวออกจากครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน และขาดความสนใจใน กิจกรรมที่เคยทำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ออกซิเจนในสมองลดลง การ ไหลเวียนโลหิตที่ลดลง ความอ่อนเพลียมากขึ้น หรือการเตรียมสภาพจิตใจ 	<p>ผู้สอน:</p> <ul style="list-style-type: none"> -บรรยายถึงวิธียกตัวอย่าง ประกอบภาพ -บรรยายและแสดงตัวอย่างของ อาการโรคมะเร็งระยะสุดท้าย <p>ผู้ฟัง :</p> <ul style="list-style-type: none"> ให้ความร่วมมือ โต้ตอบปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> -แผนพับ -ภาพพลิก -ผู้ให้สรุปศึกษาบรรยาย ให้ผู้ร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมโดยการถาม ว่ามีใครบ้างทราบถึง เรื่องราวของอาการไม่ สุขสบายที่ท่าน ทั้งหลายรู้จัก 	30 นาที	
		<p>ผู้ฟัง : ให้ความร่วมมือ โต้ตอบ ปัญหาเพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้</p>	<ul style="list-style-type: none"> -ให้ผู้ฟังมีส่วนร่วมในการตอบเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษาที่ผู้ฟังเคยทราบมา 		

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้ (นาที)	การประเมิน
	<p>ก่อนเสียชีวิต นอกจากนี้ ยังมีอาการอื่น ๆ ที่มักเกิดขึ้น เช่น อាកาซีมีแคร์รา วิดกกังวล คลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก จิตใจ</p>				
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย <ul style="list-style-type: none"> วิธีดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างเห็นแก่ตัว หรือขึ้น 6.ปัญหาในการขับถ่าย เช่น ปัสสาวะน้อยและมีสีเข้ม ไม่สามารถควบคุมการปัสสาวะหรืออุจจาระหลังจากที่ผู้ป่วยทราบว่าเหลือเวลาใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้อีกจำกัดเนื่องจากมะเร็งลุกลามไปมากแล้ว คนในครอบครัวหรือผู้ดูแลควรเตรียมความพร้อมทางด้านในช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาหลายเดือนหรือหลายปี โดยผู้ดูแลควรรีความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามคำแนะนำดังนี้ ❖ การดูแลทางด้านร่างกาย <ul style="list-style-type: none"> ผู้ดูแลควรรีให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังงานมากเกินไป รวมทั้งหมั่นสังเกตอาการของผู้ป่วยที่อาจเป็นสัญญาณของความเจ็บปวดและสอบถามอาการของผู้ป่วยอยู่เสมอ และควรรีให้ผู้ป่วย 				
	<p>รับประทานยา เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดหรืออาการทางกายอื่น ๆ เช่น ท้องผูก คลื่นไส้ และหายใจไม่เต็ม เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ การให้ความช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร แก้วผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> ในระยะสุดท้ายอาจจะมีอาการอาเจียนหรืออาหารลดลง และรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มได้น้อย แต่ผู้ดูแลก็ควรเปิดโอกาสให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ รวมถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากมะเร็งโดยที่ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วย 				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้ (นาที)	การประเมิน
	<p>หายขาดจากมะเร็ง แต่เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณโดยมุ่งเน้นไปที่ตัวตนของผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่าโรค ซึ่งวิธีที่รักษาเพื่อบรรเทาอาการรวมถึงการบำบัดด้วยรังสี เคมีบำบัด การผ่าตัด หรือการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้สะดวกขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p>ผู้ป่วยได้เลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งหรือเมื่อใด ซึ่งผู้ป่วยอาจเลือกรับประทานอาหารที่มีลักษณะเป็นของเหลวหรือไม่แข็งมากอย่าง</p>				
	<p>ไอศกรีมหรือมีลิตเชด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจประสบปัญหาในการเคี้ยวอาหาร จึงไม่ควรให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่แข็งเกินไป</p> <p>❖ การดูแลเรื่องการใช้ยา</p> <p>แพทย์อาจบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยด้วยการให้ยาบรรเทาอาการปวด ซึ่งผู้ดูแลควรรีเสีใจเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยมากเป็นพิเศษ และควรปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับยาและปริมาณการใช้ยาที่ถูกต้อง ทั้งนี้ หากผู้ป่วยพบปัญหาในการกลืนยา ผู้ดูแลอาจขอคำปรึกษาจากแพทย์เกี่ยวกับวิธีการรับประทานยา หรือชนิดแผนและนอกจากนี้ ยังมีวิธีการบรรเทาอาการปวดอื่น ๆ เช่น การนวด การประคบ และการใช้เทคนิคผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น</p>				
<p>4. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยระยะรุนแรงระยะสุดท้าย</p> <p>ทางด้านจิตใจได้</p>	<p>4.การดูแลทางทังจิตใจ</p> <p>กำลังใจถือเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วยระยะรุนแรงสุดท้าย ผู้ดูแลหรือคนใกล้ตัวควรถักกำลังใจให้ผู้ป่วยอยู่เสมอ</p> <p>โดยพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล อ่อนหนึ่งเสียงให้ฟัง หรืออยู่เคียงข้างผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในขณะนอนหลับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดสิ่งที่มีความสำคัญหรือแสดงความรู้สึกในเรื่องที่ผู้ป่วยรู้สึกเป็นกังวล</p>	<p>ผู้สอน:</p> <ul style="list-style-type: none"> -บรรยายถึงวิธียกตัวอย่างประกอบบทบาท -บรรยายและแสดงตัวอย่างวิธีการดูแลทางด้านจิตใจ โรคมะเร็งระยะสุดท้าย 	<p>บรรยาย</p> <ul style="list-style-type: none"> -แผ่นพับ 	<p>10 นาที</p>	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้ (นาที)	การประเมิน
	<p>รวมถึงให้คำยืนยันว่าจะทำตามความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ เช่น เรื่องพินัยกรรม หรือสิ่งผู้ป่วยต้องการแต่ยังคงค้างอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ป่วยอาจรับรู้ได้แม้จะไม่สามารถตอบสนองได้ก็ตาม</p> <p>นอกจากนี้ ผู้ดูแลอาจนำวัตถุหรือสิ่งของที่มีความหมายกับผู้ป่วยมาไว้ใกล้ผู้ป่วย หรืออาจเชิญให้ไปกับவுตามศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือเพื่อเสริมความสงบนาเพื่อให้อุปัวยรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจมากยิ่งขึ้น</p>	<p>-บรรยายเรื่องการทำสมณานิธิ</p> <p>-สภิตการทำสมณานิธิ</p>			
5.เพื่อให้ผู้ฟังสามารถบอกความต้องการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องนอนบนเตียง	<p>5.การดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องนอนบนเตียง</p> <p>ผู้ดูแลควรรีให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องนอนบนเตียงตามลักษณะของอาการของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น การใช้ผ้ารองนอนสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้เพื่อความสะดวกในการทำความสะอาด การช่วยปรับท่าทางของผู้ป่วยโดยอาจใช้หมอนรองศีรษะหรือปรับระดับของเตียงเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการพลิกตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถทุก ๆ 1-2 ชั่วโมงเมื่อผู้ป่วยต้องนอนบนเตียง การห่มผ้าเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น</p>	<p>ผู้สอน:</p> <p>-บรรยายถึงความต้องการการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องนอนบนเตียงของโรคเมเร็งระยะสุดท้าย</p> <p>ผู้ฟัง: ให้ความร่วมมือ โต้ตอบปัญหาเพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้</p>	<p>บรรยาย</p> <p>-แผนพับ</p>	10 นาที	
6.สามารถบอกอาการที่เมื่อใดควรขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ	<p>6.ควรขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเมื่อใด</p> <p>ผู้ดูแลควรรขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญหากสังเกตว่าผู้ป่วยเมเร็งระยะสุดท้ายมีอาการบางอย่างที่อาจเป็นสัญญาณอันตรายดังต่อไปนี้</p> <p>6.1.คลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>6.2. รู้สึกสับสน วิตกกังวล การสายการสับ</p> <p>6.3.ความเจ็บปวดอย่างรุนแรง</p> <p>6.4. มีอาการหายใจลำบาก</p>	<p>ผู้สอน:</p> <p>-บรรยายถึงอาการที่เมื่อใดควรขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>โรคเมเร็งระยะสุดท้าย</p> <p>ผู้ฟัง: ให้ความร่วมมือ โต้ตอบปัญหาเพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้</p>	<p>บรรยาย</p> <p>-แผนพับ</p>	10 นาที	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้ (นาที)	การประเมิน
	<p>6.5 ไม่สามารถบ่งชี้ภาวะหรืออาการตามปกติได้</p> <p>6.6 มีอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย</p> <p>ผู้ป่วยที่มีอาการปวด เหนื่อยหอบ แพทย์รับยาแก้ปวดให้ยาที่สำคัญต่อผู้ป่วย</p> <p>การใช้ยาแก้ปวดมอร์ฟีนชนิดน้ำออกฤทธิ์เร็ว</p> <p>ยาแก้ปวด มอร์ฟีน ชนิดออกฤทธิ์เร็ว สามารถใช้ได้เมื่อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 มีอาการปวด 2 มีอาการหอบ เหนื่อย 3 ใช้เพื่อป้องกันอาการปวดก่อนทำกิจกรรม เช่น <ul style="list-style-type: none"> - กินยาแก้ปวด 15 นาที ก่อนกินผลไม้ - กินยาแก้ปวด 15 นาที ก่อนจะลุกไปอาบน้ำหรือเข้าห้องน้ำ <p>ยาแก้ปวดมอร์ฟีนควบคุมอาการปวดทั้งวัน ชนิดแปะผิวหนัง</p> <p>ยาดูดซึมผ่านผิวหนัง สามารถควบคุมอาการปวดได้ต่อเนื่อง 3 วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ควรติดแผ่นแปะในบริเวณที่เรียบ และแห้ง - ควรสลับตำแหน่งแปะแผ่นยา 				
	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลไม่ให้แผ่นยาหลุดออกจากผิวหนัง - สามารถเขียน วันและเวลา บนแผ่นยา เพื่อความถูกต้องในการเปลี่ยนยา <p>การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p> <p>ผู้ป่วยมีอาการปวด ควรทำอย่างไร ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบการกินยาว่าถูกต้องตามฉลากหรือไม่ 2. กินยาแก้ปวดชนิดออกฤทธิ์เร็วได้เท่าที่มีอาการปวด อาจกินได้ทุก 1-4 ชั่วโมง ตามฉลาก 				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้ (นาที)	การประเมิน
	<p>3. หากกินยาแก้ปวดชนิดออกฤทธิ์เริ่มมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน แสดงว่าอาการปวดยังไม่สามารถควบคุมได้ ให้มาพบแพทย์ก่อนนัด หรือ โทรปรึกษาพยาบาล</p> <p>4. หากปวดมาก ไม่สามารถควบคุมอาการที่บ้านได้ ให้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินตลอด 24 ชม</p>				
	<p>ผู้ป่วยท้องผูก ควรทำอย่างไร ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กินยาระบายก่อนนอนทุกคืน 2. กินอาหารกากใยสูง เช่น ผรั่ง แอปเปิ้ล ชมพู แก้วมังกร มะละกอ ผลไม้ต่าง ๆ ผลไม้ปั่นไม่แยกกาก หรือ ผักต้ม 3. หากกินยาระบายก่อนนอน แต่ยังมีอาการท้องผูกนานเกิน 3 วัน อาจใช้ยาระบายแบบสวน 4. ไม่ควรให้ผู้ป่วยท้องผูกเกิน 3 วัน ให้ปรึกษา รพสต (อนามัย) ใกล้บ้าน เพื่อปรับการใช้ยา 5. ไม่ควรใช้ยาล้าง เพราะอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของลำไส้ได้ <p>ผู้ป่วยกินได้น้อย คลื่นไส้ ไม่อยากอาหาร ควรทำอย่างไร ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เลือกรับประทานอาหารอ่อน เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ไข่ต้ม ไข่ตุ๋น เต้าหู้ นมวัว นมถั่วเหลือง ผลไม้ปั่น ผักต้ม 2. เลือกรับประทานอาหารที่ผู้ป่วยชอบเปลี่ยนอาหารให้หลากหลาย 3. ให้ผู้ป่วยกินเท่าที่กินได้ หลีกเลี่ยงการบังคับให้ผู้ป่วยกิน 4. จัดอาหารรสจัด งดอาหารกลิ่นฉุน 5. ไม่ควรกินอาหารดิบ ไม่ควรกินของหมักดอง เช่น ผักกาดดอง หน่อไม้ดอง แหนม ลาบดิบ 				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้ (นาที)	การประเมิน
	<p>6. หากมีผู้ป่วยในปากหรือลิ้น หรือ อาเจียนมาก ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อพิจารณาการรักษา</p> <p>7. แบ่งกินอาหารทีละน้อย แต่ให้กินบ่อย วันละ 6-8 มื้อ</p> <p>8. กินอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว ไข่ ปลา ไข่ ถั่ว นมทุกชนิด</p> <p>อาหารทางการแพทย์ชนิดดื่ม ที่สามารถทำได้ที่บ้าน</p> <p>ปริมาณอาหารทางการแพทย์ ปริมาตร 1000 ซีซี (ปริมาณ 1000 กิโลแคลอรี)</p> <p>1. เครียม : นมจืด 2 ถ้วยใหญ่ (400-500 ml) + นมผงแอนลิ้น</p> <p>4 ซ่อนโต๊ะ + น้ำตาลทราย 7 ซ่อนโต๊ะ</p> <p>- ไข่ไก่ต้มสุก 2 ฟอง + น้ำมันพืช 2 ซ่อนชา + ไมโลผง 2 ซ่อนโต๊ะ + ขนมะขิง 6 แผ่น + น้ำต้มสุก 500 ซีซี (ครึ่งลิตร)</p> <p>2. นำส่วนผสมทั้งหมดใส่ปั่นให้ละเอียด</p> <p>3. ตักใส่ถ้วย หรือ ถ้วย ก้อน เก็บไว้ในตู้เย็น อุณหภูมิต่ำกว่า 5 องศา ในช่องฟรีซ หรือ ช่องน้ำแข็ง</p> <p>หมายเหตุ 1 ซ่อนโต๊ะ = 1 ซ่อนแกง</p>				
<p>7. ผู้ดูแลสามารถบอกริวิต ความเครียดและได้รับการส่งเสริมความผูกพันทางจิตวิญญาณได้</p>	<p>ต่อไปเป็นการสอนและสถิติการลดความเครียดและการฝึกการหายใจ การนั่งสมาธิเพื่อลดความเครียดและเพิ่มความผูกพันทางจิต</p> <p>1. กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลบอกเล่าถึงปัญหาและเปิดโอกาสระบายความคับข้องใจโดยรับฟังอย่างตั้งใจ ให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจด้วย</p> <p>ความเอื้ออาทร อธิบายและตอบข้อสงสัยของผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ญาติและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีปฏิสัมพันธ์กันด้วยกิจกรรมพิธีกรรมพิธีและหลักมงคลสูตร ประกอบความดีต่อกัน ด้วยหลักของศีลในพุทธศาสนา</p>	<p>ผู้ฟัง : ให้ความร่วมมือ โต้ตอบ ปัญหาเพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้</p> <p>- สาคิดย้อนกลับ</p> <p>ผู้สอน:</p> <p>- บรรยายวิถีลดความเครียดและได้รับการส่งเสริมความผูกพันทางจิตวิญญาณ</p>	<p>การบรรยาย</p> <p>แผ่นพับ</p> <p>การสาธิต</p>	30 นาที	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้ (นาที)	การประเมิน
	<p>2.อภิปรายร่วมกันถึงประสบการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการเดินทางดูแลผู้ป่วยและวิธีการแก้ปัญหา ingsอย่างตั้งใจ เห็นใจ เข้าใจความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้คำแนะนำ เสริมแรงคำชมเชยเมื่อผู้ดูแลทำถูกวิธีและให้กำลังใจ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>และสร้างความรู้สึกรับผิดชอบตนเองโดยการปฏิบัติต่อผู้ป่วย</p> <p>3. ร่วมค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตของผู้ดูแลจากสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดในชีวิตและเป้าหมายในอนาคต สะท้อนคิดให้ญาติได้เห็นเป้าหมายนั้น และนำไปปฏิบัติด้วยหลักมงคลสูตร เพื่อก่อให้เกิดความสุข สงบจากการทำความดี เมื่อรู้ตัวว่าเครียดแล้ว ก็ใช้เวลาคลายเครียด ซึ่งมีหลากหลายวิธี สามารถเลือกไปใช้ได้ตามความเหมาะสมและความพอใจส่วนตัว</p> <p>วิธีที่ 1 หันเหความสนใจ ด้วยการอ่านหนังสือ ฟังเพลง ออกกำลังกาย ดูหนัง หรือทำงานอดิเรกที่ชอบ แม้จะไม่ใช้วิธีแก้ปัญหาโดยตรง แต่ก็ใช่วิธีที่ง่ายในการลดความเครียด ทำให้เรากลับมามีสติอยู่กับตนเอง และค้นพบทางออกได้เพิ่มขึ้นเมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะเกิดปฏิกิริยา ทำให้กล้ามเนื้อไม่ว่าจะเป็นบริเวณที่ตึงตัวหรือว่าไหล่ หดเกร็งโดยไม่รู้ตัว ทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ ทางแก้ก็คือการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ 10 กลุ่มทั่วร่างกาย</p>	-สไลด์ท่าคลายลดความเครียด	การบรรยาย	10 นาที	
	<p>เริ่มตั้งแต่เมื่อและแขน โดยกำมือ เกร็งจน และคลาย ทั้งซ้ายและขวา หน้าผาก โดยเล็กนิ้วแล้วคลาย ขมวดนิ้วแล้วคลาย</p> <p>ตา กำม จมูก โดยหลับตาแน่น ย่นจมูกแล้วคลาย</p> <p>ขากรรไกร ลิ้น ริมฝีปาก โดยกัดฟัน ใช้ลิ้นดันเพดานปากแล้วคลาย เม้มปากแน่นแล้วคลายคอ โดยก้มหน้าให้คางงอแล้วคลาย เงยหน้าจนสุด</p>				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้ (นาที)	การประเมิน
	<p>แล้วคลายอก ไหล่ และหลัง โดยหายใจเข้าลึกๆ กลืนน้ำแล้วคลาย ยกไหล่ สูงแล้วคลายหน้าท้องและก้น โดยแขม่วท้องแล้วคลาย ขมิบก้นแล้วคลาย เท้าและขา โดยเหยียดขา งอนิ้วเท้าแล้วคลาย เหยียดขาและกระดูก บलयเท้าแล้วคลาย ทั้งด้านซ้ายและขวาให้ระยะเวลาที่เกร็งกล้ามเนื้อ น้อยกว่าระยะเวลาที่ผ่อนคลายออกเลือกปฏิบัติเฉพาะส่วนที่เป็นปัญหา เท่านั้นก็ได้</p>				
	<p>ฝึกหายใจ เมื่อเกิดความเครียด ร่างกายจะมีการหายใจที่เร็วขึ้น ซึ่งอาจทำให้ได้รับ ออกซิเจนไม่เพียงพอ การฝึกหายใจเข้าออกช้าๆ ลึกๆ โดยใช้ กล้ามเนื้อกระบังลมจะช่วยให้สามารถสูดอากาศเข้าปอดได้มากขึ้นและ ควบคุมให้หัวใจเต้นช้าลง สมอแงไม่เส เพราะได้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง มากขึ้น ลองทำตามดังนี้ - นั่งในท่าที่สบาย หลังตลาง เขามือประสานกันไว้บริเวณท้อง ค่อย ๆ หายใจเข้าพร้อมกับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ ให้มีอู้อืสึกว่าหน้า ท้องพองขึ้น จากนั้นกลืนหายใจไว้ชั่วคราว นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกโดยนับ 1 ถึง 8 จนลมออกหมดแล้วหน้าท้องแฟบลงและทำซ้ำอีก โดยให้ช่วงที่หายใจออก นานกว่าช่วงที่หายใจเข้าควรทำติดต่อกันประมาณ 4-5 ครั้ง และควรทำ ทุกครั้งที่รู้สึกเครียด</p>	<p>บรรยาย สาธิตและสาธิตย้อนกลับ</p>		15 นาที	
	<p>การทำสมาธิ เป็นวิธีที่ได้ผลดีในการบำบัดความเครียด หลักการทำสมาธิก็คือ การเอาใจไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียวด้วยการใช้วิธีนับ ลมหายใจ</p>	<p>บรรยาย สาธิตและสาธิตย้อนกลับ</p>		15 นาที	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้ (นาที)	การประเมิน
	<p>เป็นหลัก เริ่มต้นจากการนั่งในท่าที่สบายจะนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ หรือนอนก็ได้ จากนั้นให้หลับตาแล้วหายใจเข้าออกช้าๆ เริ่มทำสมาธิด้วยการนับลมหายใจเข้า 1 หายใจออก 1 นับไปเรื่อยๆ จนถึง 5 ต่อจากนั้น ให้เริ่มนับ 1 ใหม่ จนถึง 6 แล้วกลับไปเริ่มต้นใหม่จนถึง 7 ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนครบ 10 ถือเป็น 1 รอบ</p> <p>การปฏิบัติอานาปานสติสมาธิ</p> <p>ขั้นตอนที่ ๑ ความสงบจากลมหายใจ</p> <p>ขั้นตอนที่ ๑</p> <p>นั่งในท่าที่สบายที่สุด แล้วทำให้สงบโดยระงับความยุ่งยาก ความขัดข้อง ความรัก ความห่วง ความกังวล ความดีใจ ความโกรธ ความเสียใจ ความต้องการ ความสงสัย “ลา” ด้วยวิธีการ “ลืมมันเสียชั่วคราว” หรือถ้าลืมสิ่งต่างๆ ไม่ได้ ก็ทำใจเสียใหม่ว่า “เรามีตัวคนเดียวในโลกที่นั่นอยู่ตรงนี้เท่านั้น” แล้วทำให้สงบ ไม่ยุ่งยากอีกต่อไป ขั้นตอนที่ ๒</p> <p>ใช้ สติ ระลึกรู้ลมหายใจเข้าออกแต่อย่างเดียว ไม่เมื่อกถึงอะไรทั้งสิ้น บริการมากกว่าว่า “พุทธ” เมื่อหายใจเข้า “โธ” เมื่อหายใจออก หรือจะใช้คำอื่นตามความพอใจ</p> <p>ขั้นตอนที่ ๓</p> <p>เมื่อนั่งไปจนรู้สึกว่าจิตใจไม่วุ่นวายและมีความสงบเกิดขึ้นบ้างเล็กน้อยแล้ว ให้สติจับอยู่ที่ปลายจมูกตรงจุดลมหายใจเข้าและออกกระทบ อย่านำให้คิดสายไปทางใด</p> <p>ขั้นตอนที่ ๔</p> <p>เมื่อรู้สึกว่ามี ความสงบอันมั่นคงเกิดขึ้นแล้ว ต้องดำเนินการดังต่อไปนี้</p> <p>๑. ระวังอย่าให้เมล็ดสติ กำหนดให้สติจับไว้ตรงปลายจมูกให้มั่นคงยิ่งขึ้น</p>				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้ (นาที)	การประเมิน
	<p>๒. ทำลมหายใจให้ละเอียดยิ่งขึ้นกว่าปกติ</p> <p>๓. ปรับอินทรีย์ ให้ความสม่ำเสมอ</p> <p>วิธีฝึกสมาธิที่ง่ายและได้ผลมากที่สุดก็คือ “อานาปานสติ” หรือ การรู้ลมหายใจเข้าออก นั่นเอง</p> <p>อานาปานสติแบบเบื้องต้นมีวิธีฝึกง่ายดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หาห้องว่างที่ไม่มีคนอื่นอยู่ด้วย ปิดเสียงโทรศัพท์ ไม่มีเสียงอื่นใดรบกวน ไม่มีลมพัดสัฟวีกาย เพราะเสียงและลมเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฝึกสมาธิในห้องนี้จะเป็นที่ของพระหรือพระพุทธรูปอยู่ในห้องหรือไม่ก็ได้ 2. นั่งขัดสมาธิกับพื้นฐาน ขาไปไหนทับขาไหนก็ได้ จะปูผ้าเพื่อความสบายในการนั่งด้วยก็ได้ (ถ้าขาไม่ตึงหรือยังไม่ได้จะนั่งบนเก้าอี้ก็ได้) มีอวางซ้อนกันบนตักจะข้างไหนทับข้างไหนก็ได้ หลังตา ไม่เคลื่อนไหว 3. กำหนดรู้ลมหายใจเข้าออกตามธรรมชาติ กล่าวคือ หายใจเข้าก็รู้ว่าหายใจเข้า หายใจออกก็รู้ว่าหายใจออก ไปเรื่อย ๆ 4. ในระหว่างการนั่งสมาธิ ถ้าจิตไปคิดเรื่องอื่น เช่น เรื่องอดีต เรื่องอนาคต เรื่องความโกรธแค้นพยาบาท เรื่องลามก ลังเลสงสัยว่านั่งทำอะไรอยู่ ง่วงนอน ปวดเมื่อย คัน เหน็บขา ให้ตั้งจิตกลับมารับรู้ลมหายใจให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ 5. ระยะเวลาฝึก สำหรับผู้เริ่มต้นอาจจำเป็นต้องใช้นาฬิกาหรือมีสติจับเวลาช่วย โดยเริ่มต้นจาก 5 นาที 10 นาที 15 นาที ตามลำดับ และต้องสัญญากับตัวเองว่า トラบาได้ทีเสียนาฬิกายังไม่เตือนจะไม่ลืมตาเด็ดขาด 				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้ (นาที)	การประเมิน
	<p>สำหรับผู้ฝึกเป็นประจำอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องจับเวลาครับเพราะเรารู้จัก เพื่อให้มีสมาธิและมีสติมิใช่ฝึกเพื่อเอา Time Record</p> <p>6. เมื่อครบกำหนดเวลาหรือฝึกจนพอใจแล้วก็กำหนดรู้ว่าจะออกจากสมาธิ แล้วค่อยกลับมาเริ่มต้นใหม่ในการฝึกสมาธิด้วยอานาปานสติมีอยู่ 6 ขั้นตอนดังกล่าวนี้นี้</p> <p>7. เมื่อออกจากสมาธิแล้ว ให้แผ่เมตตาถึงบรรพบุรุษ สรรพสัตว์ทั้งหลาย เจ้ากรรมนายเวรขอให้เขาอโหสิกรรม ให้อภัยหรือขอโทษสิกรรมกับผู้ที่เคยทำไม่ดีกับเรา</p> <p>8. กำหนดสติรู้ลมหายใจเข้าออกตลอดวัน ยืนก็รู้ว่ายืน เดินก็รู้ว่าเดิน นั่งก็รู้ว่านั่ง เรียนก็รู้ว่าเรียน ทำงานก็รู้ว่าทำงาน คิดก็รู้ว่าคิด เป็นต้น</p> <p>เมื่อมีสมาธิดีขึ้น ต่อไปเราจะรู้ทันอารมณ์ตัวเอง เช่น โกรธก็รู้ว่าโกรธและจะสามารถระงับการแสดงออกหรือการพูดขณะโกรธได้</p> <p>9. ตั้งใจรักษาศีลห้า แรกอาจเริ่มต้นจากสัปดาห์ละ 1 วัน แล้วค่อยเพิ่มขึ้นจนถึงจุดที่สามารถรักษาศีลห้าได้ทุกวันตามปกติ</p> <p>ถ้ารักษาศีลห้าได้ชีวิตจะมีความสุขมากขึ้นและประสบความสำเร็จในการเรียนและการทำงานอย่างยั่งยืนอดีตที่ผ่านมาเป็นอย่างไรไม่สำคัญ ถ้าต้องการมีอนาคตที่ดี มีความสุข มีความสำเร็จ ต้องเริ่มต้นจากการทำสิ่งที่ดีและถูกต้องในปัจจุบันคือ “ฝึกอานาปานสติและรักษาศีลห้า”</p>				
	<p>ขั้นสรุป ผู้สอน: - สรุปบททบทวนรู้อย่างย่อ ผู้ฟัง:</p>				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาทฤษฎี	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	เวลาที่ใช้ (นาที)	การประเมิน
	<p>ให้ผู้ฟังซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคเมเร็งระยะสุดท้ายไปประเด็นที่ยังไม่ได้พูดถึง และให้โอกาสสมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนบรรยากาศในเชิงสรุปเนื้อหาและให้ผู้ฟังร่วมแสดงความรู้สึก ความประทับใจในการเข้าร่วมรับฟัง แลกเปลี่ยนความรู้ในวันนี้</p>				



คู่มือการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ใส่ใจดูแล

จัดทำโดย นางสาวสรรสนีย์ จันทร์มา

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำนำ

คู่มือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยรูปแบบกึ่งทดลองในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โดยศึกษา ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ช่วยลดความเครียด การฝึกการหายใจที่ช่วยบรรเทาอาการความเครียดรวมทั้งการนั่งสมาธิ ที่จะช่วยเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สรรสันย์ จันทร์มา



สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
มะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร	126
วิธีดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	127
การใช้ยา	128
ยาแก้ปวดมอร์ฟินชนิดน้ำออกฤทธิ์เร็ว	128
ยาแก้ปวดมอร์ฟินควบคุมอาการปวดทั้งวัน ชนิดแปะผิวหนัง	129
การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	129
วิถีคลายเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย	131



มะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร

มะเร็งระยะสุดท้าย คือ ระยะที่มะเร็งได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย โดยเซลล์มะเร็งจะขยายตัวใช้พื้นที่และแย่งสารอาหารที่จำเป็นต่ออวัยวะในร่างกาย ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำงานตามปกติเป็นอย่างมาก การรักษาโดยมุ่งกำจัดมะเร็งไม่ได้ผล และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาต่อมาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอาจมีอาการต่าง ๆ ดังนี้

1. มีอาการเมื่อยล้าและอ่อนแรงผู้ป่วยอาจรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์
2. มีอาการเจ็บปวดทางร่างกายในกรณี que ผู้ป่วยยังมีสติอยู่จะสามารถบอกได้ว่ารู้สึกปวดที่บริเวณใด แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถพูดหรือสื่อสารได้ผู้ดูแลอาจสังเกตอาการต่าง ๆ ที่อาจเป็นสัญญาณบ่งบอก เช่น หายใจเสียงดัง ขยับตัวไปมาเพื่อหาตำแหน่งที่สบายตัวขึ้น กระจกกระส่าย และมีการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง เป็นต้น
3. ความอยากอาหารลดลง ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย และน้ำหนักตัวลดลง
4. พบปัญหาในการหายใจ เช่น หายใจลำบาก หายใจไม่อิ่ม และหายใจช้าหรือเร็วผิดปกติ
5. ระบบไหลเวียนโลหิตและอุณหภูมิในร่างกายผิดปกติ โดยอาจรู้สึกเย็นเมื่อสัมผัสที่บริเวณขาหรือแขนของผู้ป่วย และผิวหนังของผู้ป่วยอาจเย็น แห้ง หรือขึ้น
6. ปัญหาในการขับถ่าย เช่น ปัสสาวะน้อยและมีสีเข้ม ไม่สามารถควบคุมการปัสสาวะหรืออุจจาระได้
7. รู้สึกสับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ รวมถึงการจดจำบุคคลใกล้ชิด
8. มีพฤติกรรมนอนที่เปลี่ยนไป โดยผู้ป่วยอาจมีอาการง่วงซึม นอนหลับบ่อยขึ้น หลับๆ ตื่น ๆ หรือรู้สึกสับสนขณะเพิ่งตื่นนอน
9. แยกตัวออกจากครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน และขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ออกซิเจนในสมองลดลง การไหลเวียนโลหิตลดลง ความอ่อนเพลียมากขึ้น
10. การเตรียมสภาพจิตใจก่อนเสียชีวิต นอกจากนี้ ยังมีอาการอื่น ๆ ที่มักเกิดขึ้น เช่น อาการซึมเศร้า วิดกกังวล คลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก

วิธีดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. การดูแลทางด้านร่างกาย

ผู้ดูแลควรให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังงานมากเกินไป รวมทั้งหมั่นสังเกตอาการของผู้ป่วยที่อาจเป็นสัญญาณของความเจ็บปวดและสอบถามอาการของผู้ป่วยอยู่เสมอ และควรให้ผู้ป่วยรับประทานยา เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดหรืออาการทางร่างกายอื่น ๆ เช่น ท้องผูก คลื่นไส้ และหายใจไม่อิ่ม เป็นต้น

2. การให้ความช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร

แม้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอาจมีความอยากอาหารลดลง และรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มได้น้อย แต่ผู้ดูแลก็ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกว่าอยากรับประทานอาหารอะไรหรือเมื่อใด ซึ่งผู้ป่วยอาจเลือกรับประทานอาหารที่มีลักษณะเป็นของเหลวหรือไม่แข็งมากอย่างไอศกรีมเนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจประสบปัญหาในการเคี้ยวอาหาร จึงไม่ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่แข็งจนเกินไป

3. การดูแลเรื่องการไซยา

แพทย์อาจบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยด้วยการให้ยาระงับอาการปวด ซึ่งผู้ดูแลควรใส่ใจเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยมากเป็นพิเศษ และควรปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับยาและปริมาณการให้ยาที่ถูกต้อง ทั้งนี้ หากผู้ป่วยพบปัญหาในการกลืนยา ผู้ดูแลอาจขอคำปรึกษาจากแพทย์เกี่ยวกับยาระงับอาการปวดชนิดน้ำ หรือชนิดแผ่นแปะ นอกจากนี้ ยังมีวิธีการบรรเทาอาการปวดอื่น ๆ เช่น การนวด การประคบ และการใช้เทคนิคผ่อนคลายความเครียด

4. การดูแลทางด้านจิตใจ

เนื่องจากกำลังใจถือเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิดควรให้กำลังใจให้ผู้ป่วยอยู่เสมอ โดยคุณอาจพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล อ่านหนังสือให้ฟัง หรืออยู่เคียงข้างผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดแม้ในขณะนอนหลับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงสิ่งที่มีค่า มีความหมายในชีวิตหรือแสดงความรู้สึกในเรื่องที่ผู้ป่วยรู้สึกเป็นกังวล รวมถึงให้คำยืนยันว่าจะทำตามความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ อย่างเรื่องพิธีกรรม หรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการแต่ยังค้างคาอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ป่วยอาจรับรู้ได้แม้จะไม่สามารถตอบสนองได้ก็ตาม นอกจากนี้ ผู้ดูแลอาจนำวัตถุหรือสิ่งของที่มีความหมายกับผู้ป่วยมาไว้ใกล้ผู้ป่วย หรืออาจเชิญให้นักบวชตามศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือเลื่อมใสมาพบปะสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจมากยิ่งขึ้น

5. การดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องนอนบนเตียง

ผู้ดูแลควรให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องนอนบนเตียงตามลักษณะของอาการของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น การใช้ผ้ารองนอนสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้เพื่อความสะอาดในการทำความสะอาด การช่วยปรับท่าทางของผู้ป่วยโดยอาจใช้หมอนรองศีรษะหรือปรับระดับของเตียงเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการพลิกตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถทุก ๆ 1-2 ชั่วโมงเมื่อผู้ป่วยต้องนอนบนเตียง การห่มผ้าเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น

ควรขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเมื่อใด

ผู้ดูแลควรขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญหากสังเกตว่าผู้ป่วยมีภาวะระยะสุดท้ายมีอาการบางอย่างที่อาจเป็นสัญญาณอันตรายดังต่อไปนี้

1. มีอาการบางอย่างที่เกิดขึ้นใหม่ หรือเกิดอาการที่เคยควบคุมได้กลับเป็นมากขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกสับสน วิดกกังวล กระจายกระสับ แสดงอาการที่บ่งบอกถึงความไม่สบายตัวอย่างการแสดงสีหน้า หรือเสียงร้องที่แสดงถึงความเจ็บปวดอย่างรุนแรง มีอาการเจ็บปวดหลังจากการใช้ยาระงับอาการปวด มีอาการหายใจลำบาก ไม่สามารถปัสสาวะหรืออุจจาระตามปกติได้ มีอาการซึมเศร้าและพูดถึงการฆ่าตัวตาย



การใช้ยา

ยาแก้ปวดมอร์ฟีนชนิดน้ำออกฤทธิ์เร็ว

ยาแก้ปวด มอร์ฟีน ชนิดออกฤทธิ์เร็ว สามารถใช้ได้เมื่อ

1. มีอาการปวด
2. มีอาการหอบ เหนื่อย
3. ใช้เพื่อป้องกันอาการปวดก่อนทำกิจกรรม เช่น
 - กินยาแก้ปวด 15 นาที ก่อนทำแผล
 - กินยาแก้ปวด 15 นาที ก่อนจะลุกไปอาบน้ำหรือเข้าห้องน้ำ



ยาแก้ปวดมอร์ฟีนควบคุมอาการปวดทั้งวัน ชนิดแปะผิวหนัง

ยาดูดซึมผ่านผิวหนัง สามารถควบคุมอาการปวดได้ต่อเนื่อง 3 วัน

- ควรติดแผ่นแปะในบริเวณที่เรียบ และแห้ง
- ควรสลับตำแหน่งแปะแผ่นยา
- ดูแลไม่ให้แผ่นยาหลุดออกจากผิวหนัง
- สามารถเขียน วันและเวลา บนแผ่นยา เพื่อความถูกต้องในการเปลี่ยนยา

แบบบันทึกการให้ยาชนิดออกฤทธิ์เร็ว

วันที่	คะแนนปวดก่อน ได้รับยา	จำนวนยา (ซีซี)	คะแนนปวด ก่อนได้รับยา	ลงชื่อผู้ให้ยา
ตัวอย่าง				
10ส.ค.63	8	2	3	สรรสณีย์

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้ป่วยมีอาการปวด ควรทำอะไร ?

1. ตรวจสอบการกินยาว่าถูกต้องตามฉลากหรือไม่
2. กินยาแก้ปวดชนิดออกฤทธิ์เร็วได้เท่าที่มีอาการปวด อาจกินได้ทุก 1-4 ชั่วโมง ตามฉลาก
3. หากกินยาแก้ปวดชนิดออกฤทธิ์เร็วมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน แสดงว่าอาการปวดยังไม่สามารถควบคุมได้ ให้มาพบแพทย์ก่อนนัด หรือ โทรปรึกษาพยาบาล
4. หากปวดมาก ไม่สามารถควบคุมอาการที่บ้านได้ ให้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง

ผู้ป่วยท้องผูก ควรทำอะไร ?

1. กินยาระบายก่อนนอนทุกคืน
2. กินอาหารกากใยสูง เช่น ฝรั่ง แอปเปิ้ล ชมพู แก้วมังกร มะละกอ ผลไม้ต่างๆผลไม้ปั่นไม่แยกกาก หรือ ผักต้ม
3. หากกินยาระบายก่อนนอน แล้วยังมีอาการท้องผูกนานเกิน 3 วัน อาจใช้ยาระบายแบบสวน
4. ไม่ควรให้ผู้ป่วยท้องผูกเกิน 3 วัน ให้ปรึกษา รพสต (อนามัย) ใกล้บ้านเพื่อปรับการใช้ยา
5. ไม่ควรใช้นิ้วล้วง เพราะอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของลำไส้ได้

ผู้ป่วยกินได้น้อย คลื่นไส้ ไม่อยากอาหาร ควรทำอะไร ?

1. เลือกอาหารอ่อน เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ไข่ต้ม ไข่ตุ๋น เต้าหู้ นมวัว นมถั่วเหลือง ผลไม้ปั่น ผักต้ม
2. เลือกอาหารที่ผู้ป่วยชอบ เปลี่ยนอาหารให้หลากหลายเพื่อให้ถูกปากผู้ป่วย
3. ให้ผู้ป่วยกินเท่าที่กินได้ หลีกเลี่ยงการบังคับให้ผู้ป่วยกิน
4. งดอาหารรสจัด งดอาหารกลิ่นฉุน
5. ไม่ควรกินอาหารดิบ ไม่ควรกินของหมักดอง เช่น ผักกาดดอง หน่อไม้ดอง แหนม
6. หากมีฝ้าขาวในปากหรือลิ้น หรือ อาเจียนมาก ควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษา
7. แบ่งกินอาหารทีละน้อย แต่ให้กินบ่อย วันละ 6-8 มื้อ
8. กินอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว ไข่ ปลา ไข่ ถั่ว นมทุกชนิด

อาหารทางการแพทย์ชนิดดื่ม ที่สามารถทำได้ที่บ้าน

ปริมาณอาหารทางการแพทย์ ปริมาตร 1000 ซีซี (ปริมาณ 1000 กิโลแคลอรี)

1. เตรียม: นมจืด 2 กล่องใหญ่ (400-500 ml) + นมผงแอนลีน4 ซ้อนโต๊ะ + น้ำตาลทราย 7 ซ้อนโต๊ะ
 - ไข่ไก่ต้มสุก 2 ฟอง + น้ำมันพืช 2 ซ้อนชา + ไมโลผง 2 ซ้อนโต๊ะ+ ขนมะปราง 6 แผ่น + น้ำต้มสุก 500 ซีซี (ครึ่งลิตร)
2. นำส่วนผสมทั้งหมดใส่โถปั่นให้ละเอียด
3. ตักใส่ถุง หรือ กล่อง เก็บไว้ในตู้เย็น อุณหภูมิต่ำกว่า 5 องศา (ในช่องฟรีซ หรือ ช่องน้ำแข็ง)

หมายเหตุ: 1 ซ้อนโต๊ะ = 1 ซ้อนแกง

วิธีคลายเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย

วิธีที่ 1 หันเหตความสนใจ ด้วยการอ่านหนังสือ ฟังเพลง ออกกำลังกาย ดูหนัง หรือทำงานอดิเรกที่ชอบ ทำให้เรากลับมามีสติอยู่กับตนเองและค้นพบทางออกได้เพิ่มขึ้น

วิธีที่ 2 ผ่อนคลาย / ควบคุมความเครียด คือผ่อนคลายกล้ามเนื้อคือการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ 10 กลุ่มทั่วร่างกาย

มือและแขน โดยกำมือ เกร็งแขน และคลาย ทั้งซ้ายและขวา

หน้าผาก โดยเลิกคิ้วสูงแล้วคลาย ขมวดคิ้วแล้วคลาย

ตา แก้ม จมูก โดยหลับตาแน่น ย่นจมูกแล้วคลาย

ขากรรไกร ลิ้น ริมฝีปาก โดยกัดฟัน ใช้ลิ้นดันเพดานปากแล้วคลาย เม้มปากแน่นแล้วคลาย

คอ โดยก้มหน้าให้คางจดคอแล้วคลาย เงยหน้าจนสุดแล้วคลาย

อก ไหล่ และหลัง โดยหายใจเข้าลึกๆ กลั้นไว้แล้วคลาย ยกไหล่สูงแล้วคลาย

หน้าท้องและก้น โดยแขม่วท้องแล้วคลาย ขมิบก้นแล้วคลาย

เท้าและขา โดยเหยียดขา งอนิ้วเท้าแล้วคลาย เหยียดขาและกระดกปลายเท้าแล้วคลาย ทั้งด้านซ้ายและขวา

ฝึกหายใจ

เมื่อเกิดความเครียด ร่างกายจะมีการหายใจที่เร็วขึ้น ซึ่งอาจทำให้ได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ การฝึกหายใจเข้าออกช้า ๆ ลึก ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมจะช่วยให้สามารถสูดอากาศเข้าปอดได้มากขึ้นและควบคุมให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใส เพราะได้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ลองทำตามดังนี้

นั่งในท่าที่สบาย หลับตาลง เอามือประสานกันไว้บริเวณท้อง ค่อยๆ หายใจเข้าพร้อมกับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ ให้มีรู้สึกที่หน้าท้องพองขึ้น จากนั้นกลั้นหายใจไว้ชั่วครู่ นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกโดยนับ 1 ถึง 8 จนลมออกหมดแล้วหน้าท้องแฟบลงและทำซ้ำอีก โดยให้ช่วงที่หายใจออกนานกว่าช่วงที่หายใจเข้าควรทำติดต่อกันประมาณ 4-5 ครั้ง และควรทำทุกครั้งที่รู้สึกเครียด

ทำสมาธิ

การบำบัดความเครียด หลักการทำสมาธิก็คือเริ่มต้นจากการนั่งในท่าที่สบายจะนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ หรือนอนก็ได้ จากนั้นให้หลับตาแล้วหายใจเข้าออกช้า ๆ

ทำสมาธิด้วยการนับลมหายใจเข้า 1 หายใจออก 1 นับไปเรื่อย ๆ จนถึง 5 ต่อจากนั้น ให้เริ่มนับ 1 ใหม่ จนถึง 6 แล้วกลับไปเริ่มต้นใหม่จนถึง 7 ทำเช่นนั้นไปเรื่อย ๆ จนครบ 10 ถือเป็น 1 รอบ

การปฏิบัติอานาปานสติสมาธิ

ขั้นตอนทำความสงบจากลมหายใจ

ขั้นตอนที่ 1

นั่งในท่าที่สบายที่สุด แล้วทำใจให้สงบโดยระงับความยุ่งยาก ความขัดข้อง ความรัก ความห่วง ความกังวล ความดีใจ ความโกรธ ความเสียใจ ความต้องการ ความสงสัย ฯลฯ ด้วยวิธีการ "ลืมนั่นเสียชั่วคราว" หรือถ้าลืมสิ่งต่าง ๆ ไม่ได้ ก็ทำใจเสียใหม่ว่า "เรามีตัวคนเดียวในโลกที่นั่งอยู่ตรงนี้เท่านั้น" แล้วทำใจให้สงบ ไม่ยุ่งยากอีกต่อไป

ขั้นตอนที่ 2

ใช้ สติ ระลึกรู้ลมหายใจเข้าออกแต่อย่างเดียว ไม่นึกถึงอะไรทั้งสิ้น บริกรรมภาวนาว่า "พุทฺธ" เมื่อหายใจเข้า "โธ" เมื่อหายใจออก หรือจะใช้คำอื่นตามความพอใจ

ขั้นตอนที่ 3

ใช้สติจับอยู่ที่ปลายจมูกตรงจุดลมหายใจเข้าและออกกระทบ อย่าให้ซัดสายไปทางใด

ขั้นตอนที่ 4

เมื่อรู้สึกว่ามี ความสงบอันมั่นคงเกิดขึ้นแล้ว ต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ระวังอย่าให้เพลอสติ กำหนดให้สติจับไว้ตรงปลายจมูกให้มั่นคงยิ่งขึ้น
2. ทำลมหายใจให้ละเอียดยิ่งขึ้นกว่าปกติ
3. ปรับอินทรีย์ ให้มีความสม่ำเสมอ

วิธีฝึกสมาธิที่ง่ายและได้ผลมากที่สุดก็คือ "อานาปานสติ" หรือ การรู้ลมหายใจเข้าออกนั่นเอง อานาปานสติแบบเบื้องต้นมีวิธีฝึกง่าย ๆ ดังนี้

1. หาห้องว่างที่ไม่มีคนอื่นอยู่ด้วย ปิดเสียงโทรศัพท์ ไม่มีเสียงอื่นใดรบกวน ไม่มีลมสัมผัสผิวหนัง เพราะเสียงและลมเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฝึกสมาธิในห้องนี้จะเป็นห้องพระหรือมีพระพุทธรูปอยู่ในห้องหรือไม่ก็ได้

2. นั่งขัดสมาธิกับพื้นฐาน ขาไหนทับขาไหนก็ได้ จะปูผ้าเพื่อความสบายในการนั่งด้วยก็ได้ (ถ้าขาไม่ดีหรืออ้อมไม่ได้จะนั่งบนเก้าอี้ก็ได้) มีอวางซ้อนกันบนตักจะข้างไหนทับข้างไหนก็ได้ หลับตา ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย

3. กำหนดรู้ลมหายใจเข้าออกตามธรรมชาติ กล่าวคือ หายใจเข้าก็รู้ว่าหายใจเข้า หายใจออกก็รู้ว่าหายใจออก ไปเรื่อย ๆ

4. ในระหว่างการนั่งสมาธิ ถ้าจิตไปคิดเรื่องอื่น เช่น เรื่องอดีต เรื่องอนาคต เรื่องความโกรธ แค้นพยาบาท ลังเลสงสัยว่านั่งทำอะไรอยู่ ง่วงนอน ปวดเมื่อย คับ เหน็บชา ให้ดึงจิตกลับมารับรู้ลมหายใจให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

5. ระยะเวลาฝึก สำหรับผู้เริ่มต้นอาจจำเป็นต้องใช้นาฬิกาหรือมือถือจับเวลาช่วย โดยเริ่มต้นจาก 5 นาที 10 นาที 15 นาที ตามลำดับ และต้องสัญญากับตัวเองว่า トラบใดที่เสียงนาฬิกายังไม่เตือนจะไม่ลืมตาเด็ดขาด

6. เมื่อครบกำหนดเวลาให้กำหนดรู้ว่ากำลังจะออกจากสมาธิ แล้วค่อยๆ ลืมตา

7. เมื่อออกจากสมาธิแล้ว ให้แผ่เมตตาถึงบรรพบุรุษ สรรพสัตว์ทั้งหลาย เจ้ากรรมนายเวร ขอให้เขาโหสิกรรม ให้อภัยหรือขอโหสิกรรมกับผู้ที่เคยทำไม่ดีกับเรา

8. กำหนดสติรู้ลมหายใจเข้าออกตลอดวัน ยืนก็รู้ว่ายืน เดินก็รู้ว่าเดิน นั่งก็รู้ว่านั่ง เรียนก็รู้ว่าเรียน ทำงานก็รู้ว่าทำงาน เป็นต้น เมื่อมีสมาธิดีขึ้น ต่อไปเราจะรู้ทันอารมณ์ตัวเอง เช่น โกรธก็รู้ว่าโกรธและจะสามารถระงับการแสดงออกหรือการพูดขณะโกรธได้

9. ตั้งใจรักษาศีลห้า แรกๆ อาจเริ่มต้นจากสัปดาห์ละ 1 วัน แล้วค่อยเพิ่มขึ้นจนถึงจุดที่สามารถรักษาศีลห้าได้ทุกวันตามปกติ ถ้ารักษาศีลห้าได้ชีวิตจะมีความสุขมากขึ้นและประสบความสำเร็จในการเรียนและการทำงานอย่างยั่งยืน

ภาคผนวก ฉ ภาพประกอบกิจกรรมจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม





ประวัติผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยสุรินทร์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล สรรสนีย์ จันทร์มา
วัน เดือน ปี เกิด
ที่อยู่ปัจจุบัน
ที่ทำงานปัจจุบัน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลน่าน ตำบลในเวียง อำเภอเมือง
น่าน จังหวัดน่าน 55000
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ประวัติการศึกษา 2559 พย.บ. (เฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง)
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2540 พย.บ. วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

