



รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์
จังหวัดอุตรดิตถ์



รัชนิกร ใจคำสืบ

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์
จังหวัดอุตรดิตถ์



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมือง
อุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์"
ของ รัชนิกร ใจคำสืบ
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วัฒนสินธุ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ กิรติสิโรจน์)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์
ผู้วิจัย	รัชนิกร ใจคำสืบ
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร
กรรมการที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วัจนสินธุ์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565
คำสำคัญ	ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, สุขภาวะทางใจ, รูปแบบการสร้าง เสริมสุขภาวะทางใจ

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูง แบบอธิบายตามลำดับขั้นครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะตามกระบวนการวิจัย ได้แก่ ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 ศึกษาสุขภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ส่วนที่ 2 ศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลแบบแก่นสาระ ระยะที่ 2 สร้าง พัฒนา และประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีสุขภาวะทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.94, SD = 0.73) โดยปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล และความแข็งแกร่งในชีวิต ปัจจัยทั้งหมด 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 60.2 ($R^2 = 0.602$; $F = 40.386$; $p < 0.001$) ทั้งนี้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ กำหนดนโยบายการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบเครือข่ายและการสร้างศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลศูนย์และชุมชน พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว เตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จัดบริการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลที่บ้าน ระบบบริการผลิตเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระบบการให้

คำปรึกษาผ่านโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” การให้คำแนะนำผ่าน Application “ตอบไว คุใจผู้ดูแล” ซึ่งได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญว่า มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ ในทางปฏิบัติ รูปแบบนี้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติ เพื่อบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลในพื้นที่ และพื้นที่อื่นๆ ตามความเหมาะสมต่อไป



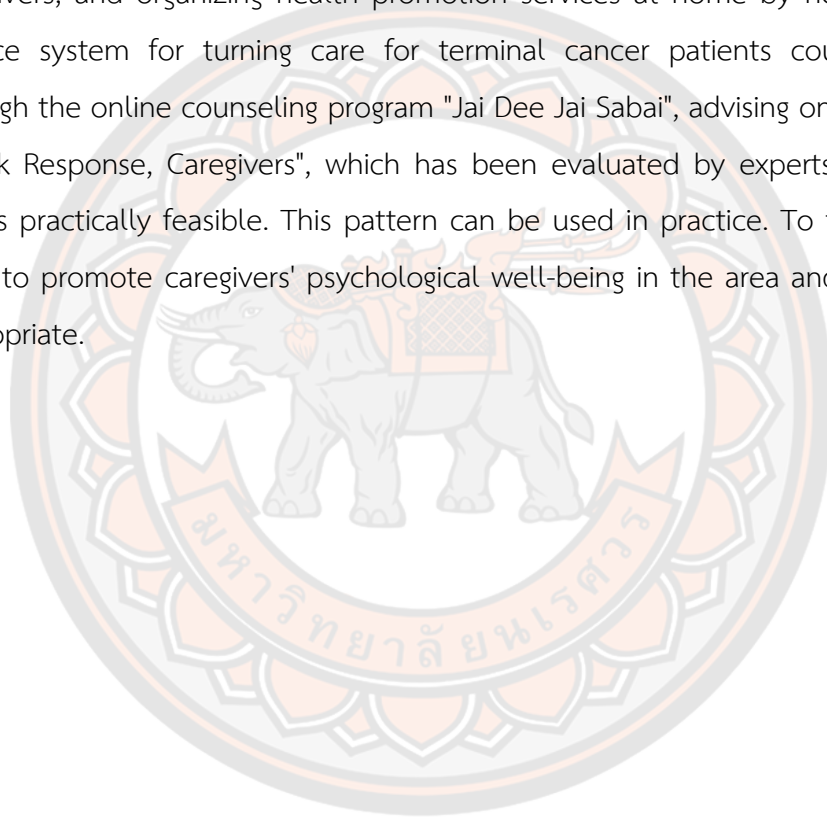
Title	MODEL OF ENHANCING PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF TERMINAL CANCER PATIENT CAREGIVERS IN MUANG DISTRICT,UTTARADIT PROVINCE
Author	Ratchaneekorn Jaikhamsuep
Advisor	Assistant Professor Civilaiz Wanaratwichit, Ph.D.
Co-Advisor	Asstant Professor Artittaya Wangwonsin, Ph.D.
Academic Paper	Dr.P.H. Dissertation in Public Health Program - (Type 2.1), Naresuan University, 2022
Keywords	Psychological well-being, Model of enhancing psychological well-being, Terminal cancer patient caregivers

ABSTRACT

This advanced mixed method research design with an explanatory sequential design aimed to create the model of enhancing psychological well-belling of terminal cancer patient caregivers in Muang district Uttaradit province. There were 2 phases of the research process as follows; phase 1.1 studied psychological well-being and factors affecting the psychological well-being of terminal cancer patient caregivers; data were analyzed by descriptive statistics and phase 1.2 studied perspectives on factors affecting the psychological well-being of terminal cancer patient caregivers; data were analyzed by thematic analysis; phase 2 created development and evaluate a model of enhancing psychological well-being of terminal cancer patient caregivers; data were analyzed by content analysis

The results revealed a model of enhancing psychological well-being of terminal cancer patient caregivers at a moderate level of psychological well-being (Mean = 2.94, SD = 0.73). Factors affecting the psychological well-being of terminal cancer patient caregivers were support from public health personnel, spouse, support from neighbors and community, underlying disease of caregivers, and resilience. All 5 variables were able to predict psychological well-being at 60.2% ($R^2 =$

0.602; $F = 40.386$; $p < 0.001$). The model of enhancing psychological well-being of terminal cancer patient caregivers; consists of 8 components: establishing a network-based care and support policy for terminal cancer patient caregivers and the creation of a Center for Empowering Caregivers and Cancer Patients.; Building a network of care for terminal cancer patient caregivers and terminal cancer patients in hospitals, centers, and communities. To develop the potential of public health personnel to care for terminal cancer patients and their families. Preparing terminal cancer patient caregivers, and organizing health promotion services at home by health personnel. Service system for turning care for terminal cancer patients counseling system through the online counseling program "Jai Dee Jai Sabai", advising on the application "Quick Response, Caregivers", which has been evaluated by experts as appropriate and is practically feasible. This pattern can be used in practice. To further integrate work to promote caregivers' psychological well-being in the area and other areas as appropriate.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วังวนสินธุ์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่เสียสละเวลาอันมีค่ามาเป็นทีปรึกษาพร้อมทั้งกระตุ้นเตือนให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำแนะนำเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น อันประกอบด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ กิริตสิโรจน์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความใส่ใจ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ และทรงคุณค่า

กราบขอบพระคุณ นายแพทย์อายุส ภมระราภา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และ นางสาวสิรินาถ มีเจริญ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เป็นอย่างสูง ที่เปิดโอกาสให้เข้ารับการศึกษาและสนับสนุนให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยพร้อมให้คำแนะนำในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหารทางสาธารณสุขทั้งภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรทางสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว และผู้นำชุมชน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ทำวิจัยเป็นอย่างดีในการเข้าไปทำวิจัย และเก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

เหนืออื่นใดของกราบขอบพระคุณครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนร่วมชั้นเรียนทุกท่านที่ให้อกำลังใจ สนับสนุนในทุกๆด้านอย่างดีเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแต่ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างรูปแบบการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ สำหรับระบบสาธารณสุขในระดับภาค ระดับประเทศ และผู้สนใจนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคตต่อไป

รัชนิกร ใจคำสือบ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
ประกาศคุณูปการ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....	7
วัตถุประสงค์เฉพาะ.....	7
สมมติฐานของการวิจัย.....	7
ขอบเขตด้านประชากร.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ตอนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง.....	10
ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	16
ตอนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	19
ตอนที่ 4 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย.....	26
ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	37

ตอนที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย	47
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	51
รูปแบบการวิจัย.....	51
การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาสภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย และศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลและข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสภาวะ ทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	56
การวิจัยระยะที่ 2 การสร้าง พัฒนา และประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสภาวะทางใจของผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	73
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	84
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	86
การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะทางใจ และศึกษามุมมอง ต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์	86
การวิจัยระยะที่ 2 การสร้าง พัฒนา และประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย	131
บทที่ 5 บทสรุป.....	181
สรุปผลการวิจัย.....	182
อภิปรายผลการวิจัย	190
ข้อเสนอแนะ	200
บรรณานุกรม	203
ภาคผนวก	215
ประวัติผู้วิจัย	235

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกข้อมูลส่วนบุคคลฯ (n=250).....	88
ตาราง 2	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=250).....	90
ตาราง 3	แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกตามรายชื่อ (n=250)	91
ตาราง 4	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=250).....	92
ตาราง 5	แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=250).....	93
ตาราง 6	แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลด้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=250)	94
ตาราง 7	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายด้าน (n=250).....	95
ตาราง 8	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามรายชื่อ (n=250).....	96
ตาราง 9	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามรายด้าน (n=250)	97
ตาราง 10	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามรายชื่อ (n=250).....	98
ตาราง 11	แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร.....	100
ตาราง 12	แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=250).....	104
ตาราง 13	แสดงสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (เรียงตามค่าสัมประสิทธิ์ที่ใช้ในการทำนายจากมากไปน้อย).....	106
ตาราง 14	แสดงสรุปข้อมูลความเชื่อมโยงปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลฯ จากวิจัยเชิงปริมาณสู่วิจัยเชิงคุณภาพ และข้อเสนอแนะในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง	125

ตาราง 15	แสดงความคิดเห็นของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อร่างรูปแบบฯ และความคิดเห็นของ นักวิจัยต่อการพัฒนาร่างฯรูปแบบ.....	143
ตาราง 16	แสดงประเด็นที่ ตัดออก/ปรับปรุง/เพิ่มเติม ที่ผู้วิจัยนำไป “พัฒนารูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	167
ตาราง 17	แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ.....	169



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1	แสดงกรอบแนวคิดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์	49
ภาพ 2	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1.1	50
ภาพ 3	แสดงระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Design)	53
ภาพ 4	แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods)	54
ภาพ 5	แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	55
ภาพ 6	แสดงการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 การศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลและข้อเสนอแนะต่อ การสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	66
ภาพ 7	แสดงสรุปขั้นตอนการศึกษาวิจัยระยะที่ 2	74
ภาพ 8	แสดงสรุปสาเหตุรากเหง้าของปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย	128
ภาพ 9	แสดงสรุปข้อเสนอแนะรากเหง้าของปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย	129
ภาพ 10	แสดง (ร่าง) รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	141
ภาพ 11	แสดง (สรุป) รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย..	180

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

มะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกทั้งหมด 14.1 ล้านคน และพบผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งถึง 8.2 ล้านคน ซึ่งเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization, 2013) ในประเทศไทย ปี 2559 ถึง ปี 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 83,353, 88,497 และ 87,371 คน ตามลำดับ และมีสถิติการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง วันละ 230 คน หรือ 84,073 คนต่อปี ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของผู้ป่วยโรคร้ายทั้งหมด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2562) สอดคล้องกับสถิติโรคมะเร็งของเขตสุขภาพที่ 2 ที่พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโรคร้ายในเขตสุขภาพที่ 2 (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2, 2562)

มะเร็งเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด เกิดจากความผิดปกติภายในเซลล์ ส่งผลให้เซลล์เจริญเติบโตที่อาจควบคุมได้ และสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ห่างไกลจากเซลล์ต้นกำเนิด โดยมะเร็งสามารถแบ่งได้เป็นระยะที่ 1- ระยะที่ 4 ตาม Primary tumor Regional lymph node metastasis staging system การรักษามะเร็งสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การผ่าตัด (Surgery) การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) การฉายรังสี (Radiation therapy) การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal therapy) การรักษาแบบเฉพาะเจาะจงเซลล์มะเร็ง (Targeted Therapy) หรือการใช้หลายวิธีร่วมกัน (ชลิยา วามะลุน และนุสรรา ประเสริฐศรี, 2561) ซึ่งแพทย์ผู้รักษาจะพิจารณาให้การรักษาที่แตกต่างกันไปตามระยะของโรค แต่อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยมะเร็งส่วนหนึ่งที่ป่วยหนักจนกระทั่งมีการดำเนินของโรคมารถึงระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย หรือหมดหวังที่จะรักษาให้หายขาดได้ (Terminal illness) เนื่องจากมีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นและหมดหวังในการรักษา ความรุนแรงของโรคส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวด และอาการไม่สบาย ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเอง ลดลงต้องการพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น (มลฤดี เกษเพชร, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2555) ดังนั้นการรักษามะเร็งจึงต้องอาศัยการดูแลที่ต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิต (จอนณะจง เพ็งจาด, 2556) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Terminal cancer patients care) เป็นการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) มีความจำเป็นต้องอาศัยการดูแลเป็นขั้นตอนที่แตกต่างจากการดูแลในสภาวะปกติ วัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ลดความทุกข์ทรมานจากอาการ

ไม่สุขสบายต่างๆ สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างมีคุณภาพและเสียชีวิตอย่างสงบ (ศรีเวียงไพโรจน์สกุล, 2559) แต่เนื่องจากในปัจจุบันนโยบายการรักษาผู้ป่วยโรคร้ายรวมถึงโรคมะเร็งในสถานพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ ต้องการลดระยะเวลาการนอนของผู้ป่วยให้น้อยลงเนื่องจากมีความแออัดและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น (พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์, พรศิริ พันธสี และกมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, 2554) เน้นการให้บริการเชิงรุกโดยพัฒนาระบบบริการ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” เพื่อประชาชนได้รับบริการถึงบ้านหรือในชุมชนอย่างใกล้ชิดทั่วถึง (ประเวศ วะสี, 2560) ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวและชุมชนจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์ และคณะ, 2554)

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Caregivers of terminal cancer patients) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติ และไม่ได้รับค่าตอบแทน (จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์, สุริพร ธนศิลป์, พัททอง และจันทร์, 2560; ซอผกา ปุยขาว, 2557; วารุณี มีเจริญ, 2554) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งมีความพึงพิงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นภาระที่หนักที่ผู้ดูแลต้องแบกรับความรับผิดชอบและความคาดหวังของครอบครัว จากการที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่พามารับการรักษามากระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลต้องดำรงบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน (มลฤดี เกษเพชร และคณะ, 2555) โดยผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสุขสบาย บรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (National Comprehensive Cancer Network, 2018) ผู้ดูแลต้องอาศัยความรู้ทักษะ ความพยายามอย่างต่อเนื่อง และต้องปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป (พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์ และคณะ, 2554) หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับบทบาทหน้าที่ได้ อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในทุกๆ มิติสุขภาพ

ปัญหาและผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล 1) ด้านร่างกาย (Physical health problem) จากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน ทำให้มีปัญหาสุขภาพของหลัง คอ ไหล่ โดยเฉพาะผู้ดูแลบางคนที่มีโรคประจำตัว ทำให้สุขภาพร่างกายถดถอย เกิดความเหนื่อยล้า หรือมีความรุนแรงของโรคประจำตัวเพิ่มมากขึ้น (Lawang, Sungserg & Rodejapai, 2005; วริศรา ลุวิระ, 2556) 2) ด้านจิตใจ (Psychological health problem) ซึ่งเกิดจากภาระการดูแลร่วมกับความหวั่งกังวลในการรักษาที่มีความยุ่งยากลำบาก ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เบื่อหน่ายการทำหน้าที่ บางครั้งอาจจะโกรธหรือทะเลาะกับผู้ป่วย มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกเหงา สูญเสีย เสรีภาพ และเกิดภาวะซึมเศร้า ระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมักเกิดจากความเครียดวิตกกังวลที่สูงขึ้น, การรบกวนการนอนหลับ, ความเมื่อยล้า, ความโกรธ, ความรู้สึกผิดและหงุดหงิด รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำและความพึงพอใจกับชีวิต (Lawang et al., 2005; Yeh, Wierenga & Yuan,

2009) 3) ด้านสังคม (Social health problem) จากการสูญเสียความเป็นส่วนตัว ขาดเพื่อนฝูง อาจสูญเสียทั้งการศึกษา อาชีพ และรายได้ ขณะเดียวกันต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ภายในบ้าน รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา 4) ปัญหาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual health problem) ผู้ดูแลรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเอง เกิดความขัดแย้งในตนเอง รู้สึกเป็นคนไม่ดีทำอะไรไม่สำเร็จ โทษตนเอง เป็นต้น (Lawang et al., 2005)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับสูงอันเนื่องมาจากบทบาทการดูแลผู้ป่วย (จิตพันธ์ ธานีรัตน์, เยาวลักษณ์ พนิตอังกูร, ต้นติมา ดั่งวงโยธา, อุบลรัตน์ ฐีรราช และปิยนุช กิมเสาว์, 2559) ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาต่อการเกิดความทุกข์ทางใจมากที่สุด (มลฤดี เกษเพชร และคณะ, 2555) จินตนา อาจสันเทียะ และรัชณีย์ ป้อมทอง, 2561) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลมีความทุกข์ทางใจและปัญหาความทุกข์ใจเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยมีปัญหาทางด้านอารมณ์สูงสุด ซึ่งปัญหาความทุกข์ใจ 5 อันดับแรกคือ ความกังวลใจ อ่อนเพลีย/อ่อนล้า เศร้า/เสียใจ การนอนหลับ และความหดหู่สะเทือนใจ (รัตติยา ไชยชมพู, อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2560) ทั้งนี้ พบว่าความทุกข์ทางใจมีสัมพันธ์กับความต้องการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Northouse, Williams, Given & McCorkle (2012) พบ 5 อันดับของความทุกข์ คือ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รู้สึกหมดหนทาง สูญเสียการควบคุม และความยากลำบากในการจัดการกับบทบาทการดูแล ตามลำดับ (Northouse et al., 2012) ปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจให้มีปัญหาความรุนแรงขึ้น ดังมีผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป (Heidari Gorji et al., 2012) และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง และภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 1 ปีหลังจากได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีผลการศึกษาชี้ชัดเจนว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย (จิตพันธ์ ธานีรัตน์ และคณะ, 2559) และพบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Psychological domain) อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (วรรณกานต์ ประไพรัตน์, อมรรรัตน์ ศรีอำไพวารามรณ์ และภาณุ อดกกลิ่น, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะจิตใจของผู้ดูแลแตกต่างกันไปตามคุณลักษณะต่างๆ สามารถสรุปได้ 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เช่น อายุ (Given et al., 2004) สถานภาพสมรส (เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และมณีรัตน์พราหมณี, 2557) ภาวะสุขภาพผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีโรคประจำตัว 3.71 เท่า (เพ็ญวิภา แก้วพิภพ, 2560) และพบว่าคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจ (เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และมณีรัตน์พราหมณี, 2557) เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วยมะเร็ง เช่น ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย พบว่าระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองมีความสัมพันธ์ทางอ้อมต่อความผาสุกของผู้ดูแล (Rattanasuk,

Nantachaipan, Sucamvang & Moongtui, 2013) เป็นต้น และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้ดูแลมีความทุกข์ทางใจมีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว (Cassidy & McLaughlin, 2015) 3) ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นต้น

ปัญหาด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เผชิญ หากเกิดความทุกข์ทางใจเป็นเวลานาน โดยไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางใจของผู้ดูแล (Psychological well-being) จนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป (Burnout) (วริสรา ลูวีระ, 2556) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพใจให้ดีขึ้น

สุขภาพทางใจ เป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจ ความพึงพอใจในชีวิต สามารถควบคุมตนเองได้ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และมีความกังวลหรือความซึมเศร้าเล็กน้อย (Dupuy, 1977) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับตัวเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ความเป็นตัวของตัวเอง การมีความงอกงามในตน การมีสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และการมีความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม (Ryff & Keyes, 1995) สุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Psychological well-being in terminal cancer patient caregivers) เป็นภาวะทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิต สามารถจัดการกับความทุกข์ทั้งทางบวกและทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ดูแล เพราะการที่ผู้ดูแลดำเนินชีวิตอยู่บนพื้นฐานของความเครียดและความวิตกกังวล เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตมาเป็นดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางสังคมและชีวิตความเป็นอยู่ ซึ่งมีอิทธิพลต่ออารมณ์ความรู้สึก ถ้าหากปล่อยให้เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาอันยาวนาน อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดสุขภาพทางใจของ Ryff & Keyes (1995) มาใช้ในการศึกษาสุขภาพทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สุขภาพทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายถือว่าเป็นประเด็นสำคัญที่แสดงออกถึงภาวะสุขภาพ ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้รับการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพทางใจอย่างดีจะส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีสุขภาพทางใจสูงมักจะดูแลตนเอง หรือช่วยเหลือครอบครัวได้สามารถจัดการความคิด และความรู้สึกเชิงลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การได้รับการยอมรับจากสังคม รวมทั้งมีการปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (Ryff & Keyes, 1995) และ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีสุขภาพทางใจสูงมักเป็นผู้ยอมรับตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีความมั่นใจ ความเป็นตัวของตัวเอง มีความสามารถในการควบคุมหรือจัดการกับเรื่องต่างๆ ในชีวิต รวมทั้งมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการมีชีวิตอยู่ และเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น (ปิยะกมล วิจิตรศิริ, 2555)

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ตามกฎบัตรออตตาวา (World Health Organization, 1986) หมายถึง กระบวนการที่ทำให้บุคคลเพิ่มความสามารถในสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งปัจเจกบุคคลต้องมีความสามารถในการตระหนักถึงความปลอดภัยของตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการของตนเองได้และปรับปรุงตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยที่สุขภาพมีความหมายทางบวกหรือเป็นวิถีชีวิต เน้นที่ความสำคัญของบุคคลสมรรถภาพของร่างกายและสังคม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี อันนำไปสู่สุขภาพโดยรวมได้ โดยมีกลยุทธ์ 5 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน 4) การพัฒนาทักษะบุคคล 5) การปรับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวมีความเหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพทางใจของ Ryff & Keyes (1995) 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การยอมรับตนเอง 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น 3) การมีความเจริญงอกงามในตน 4) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต 5) ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม 6) ความมีอิสระแห่งตน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการทบทวนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันพบว่าให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านติดเตียง มีการจัดระบบการดูแลระยะยาว Long Term Care (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556) โดยให้ผู้ดูแลเป็นกลไกสำคัญ เน้นสนับสนุนให้อาสาสมัครต่างๆ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มามีส่วนร่วม และสนับสนุนอาสาสมัครในครอบครัว (อสค.) เน้นการฝึกทักษะผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) ในส่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุน “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง” จัดชุดสิทธิประโยชน์ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวญาติผู้ดูแล (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556) จากนโยบายของรัฐที่กล่าวข้างต้น ยังไม่ปรากฏนโยบายเกี่ยวกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และไม่ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพทางใจของผู้ดูแลโดยตรง

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ายังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายค่อนข้างน้อย โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพทางใจ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ตัวผู้ดูแลเป็นหลัก ทั้งการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคมะเร็ง (ธิดารัตน์ ทองหนู และวีณา จีระแพทย์, 2559) การพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย (ชลียวามะลุน และนุสรุ ประเสริฐศรี, 2561) และการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ดูแล ในการจัดการกับอาการหรือ ปัญหาด้านอารมณ์จิตใจความทุกข์ รวมทั้งกระบวนการจัดการตนเอง การวิเคราะห์ปัญหา และการแก้ไขปัญหา (Hudson et al., 2015; มลฤดี เกษเพชร และคณะ, 2555; วาสนา สวัสดิ์สินธุ

นาท, อมรพันธุ์ ชานีรัตน์ และธารทิพย์ วิเศษธาร, 2558) ตลอดจนการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง การส่งเสริมมีทั้งรูปแบบที่เป็นรายบุคคลและเป็นรายกลุ่ม จากรูปแบบดังกล่าวมีข้อสังเกตคือ ยังไม่ปรากฏชัดในด้านสังคม สิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมสนับสนุนสุขภาวะทางใจของผู้ดูแล ทั้ง ๆ ที่สาเหตุของการเกิดปัญหาทางจิตใจของผู้ดูแล พบปัจจัยทางด้านสังคมเป็นปัจจัยสำคัญอีกหนึ่งด้าน เช่น การสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษา

สถานการณ์โรคมะเร็งจังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2562 ถึง 2564 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 175.4, 192 และ 274.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้พบสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายถึงร้อยละ 44.4 (งานทะเบียนมะเร็งจังหวัดอุดรดิตถ์, 2565) โดยพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งสะสมมากที่สุดคือ อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งหมายถึงจำนวนและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีมากขึ้นตาม จากภาระการดูแลดังกล่าวพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีปัญหาด้านจิตใจ ความเครียด วิตกกังวลจากการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ซึ่งสภาวะดังกล่าวหากเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาานาน โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด โดยภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้ฆ่าตัวตายได้ถึงร้อยละ 2.04 (เนตรนภภรรยา, 2565)

ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรได้รับการสร้างเสริมสุขภาพทางใจอย่างจริงจัง ในขณะที่ปัจจุบันนโยบายของรัฐ ยังไม่ปรากฏนโยบายเกี่ยวกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง รวมทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีค่อนข้างน้อย ที่มีส่วนใหญ่พบว่ามีมุ่งเน้นไปที่ตัวผู้ดูแลเป็นหลัก แต่ยังไม่ปรากฏชัดในด้านสังคมให้การสนับสนุนสุขภาวะทางใจของผู้ดูแล จึงแก้ปัญหาไม่ครอบคลุม ผู้ศึกษาจึงสนใจใช้แนวคิดสุขภาพทางใจของ Ryff & Keyes (1995) มาใช้ในการศึกษาสุขภาพทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีผู้นำไปใช้ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ยุพา ทองสุข, 2559) และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ภคินี สุตะ, 2559) ขณะเดียวกันใช้กรอบแนวคิดส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1986) มาศึกษาในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแล เนื่องจากมุมมองของแนวคิดครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล และระดับสังคมทั้งนี้เพื่อผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการศึกษารูปแบบผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ขึ้น เพื่อได้ทราบถึงระดับของปัญหาสุขภาพทางใจ และได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย นำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนากลยุทธ์ นโยบาย และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาพทางใจกลุ่มผู้ดูแลในพื้นที่อื่นต่อไป

คำถามการวิจัย

1. สุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ มีอะไรบ้าง
3. มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นอย่างไร
4. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสุขภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์
2. เพื่อศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์
3. เพื่อสร้าง พัฒนา และประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสร้างสุขภาวะทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายหลักที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 1,380 คน

ขอบเขตด้านพื้นที่

ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาทำการวิจัยและเก็บข้อมูล ปี 2563 ถึง 2565

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 ที่มีการลุกลามแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะต่างๆ ซึ่งไม่สามารถรักษาหายขาดได้ และเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคไม่สามารถดูแลตนเองได้ เป้าหมายในการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเกิดจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรคมะเร็ง

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ เช่น บิดา มารดา บุตร คู่สมรส หรือญาติใกล้ชิด และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย สัมพันธภาพกับผู้ป่วย การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเพียงพอของความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย

ภาวะในการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

การมองโลกในแง่ดี หมายถึง การที่ผู้ดูแลมองเหตุการณ์ต่างๆ ที่อยู่รอบตัวในทางบวก ลดความคิดด้านลบ และเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถควบคุม เหตุการณ์หรือภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้

ความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยุงยาก มีความเข้มแข็ง มั่นใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่า มีความหวัง ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยด้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดโรคมะเร็ง ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง

แรงสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการช่วยเหลือ การให้กำลังใจ การสนับสนุนการเงินจากครอบครัว อันจะนำไปสู่สภาวะทางใจที่ดี

แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการช่วยเหลือ การให้กำลังใจ ตลอดจนการผลัดเปลี่ยนการดูแล เพื่อส่งเสริมสภาวะทางใจ

แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข หมายถึง การบริการจากบุคลากรทางสาธารณสุข ทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) โดยจัดบริการสร้างเสริมศักยภาพผู้ดูแล โดยให้ความรู้และทักษะ ให้คำปรึกษา และคำแนะนำ ในการส่งเสริมสุขภาพใจและสุขภาพกายของตนเอง รวมถึงการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง คุณลักษณะทางจิตใจเชิงบวกของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหา ความเครียด รวมถึงสามารถสร้างคุณค่าให้กับตนเองและผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ การยอมรับตนเอง มีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเอง การมีความองงามในตน สามารถจัดการสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกเชิงลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการของระบบบริการสุขภาพและชุมชนในการส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

รูปแบบการสร้างเสริมสภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง องค์ประกอบและกระบวนการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยความร่วมมือภาคส่วนสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน ที่มีการทำงานเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงบริการจากระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมของการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

ตอนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ตอนที่ 2 แนวคิดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตอนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. ความหมายของผู้ดูแล
2. ปัญหาและผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล
3. ความต้องการของผู้ดูแล

ตอนที่ 4 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพทางใจ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
3. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพทางใจ

ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตอนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

โรคมะเร็ง (Cancer) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของยีน (Gene) ที่มีความสำคัญต่อการควบคุม การเจริญเติบโตของเซลล์ ซึ่งความผิดปกติของยีนนี้จะมีผลต่อยีนที่มีบทบาทในการกระตุ้นให้เซลล์แบ่งตัวหรือยีนที่ยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ ทำให้เซลล์สามารถแบ่งตัวเพิ่มอย่างรวดเร็วและสามารถถ่ายทอดความผิดปกติสู่เซลล์เกิดใหม่ได้ แพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียง และทั่วทั้งร่างกาย เกิดการทำลายเนื้อเยื่อต่างๆ จนผู้ป่วยเสียชีวิตได้ สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำจำกัดความของโรคมะเร็งว่า เป็นกลุ่มของโรคที่มีความผิดปกติของการเจริญเติบโตของเซลล์ ในลักษณะที่เซลล์มีการเจริญเติบโต ที่ควบคุมไม่ได้ คือ เซลล์จะมีการแบ่งตัวเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ และ

สามารถแพร่กระจายไปสู่อวัยวะ อื่นๆ มีการแบ่งตัวเกิดเป็นมะเร็งที่อวัยวะนั้น ถ้าการแพร่กระจายควบคุมไม่ได้ จะทำให้เสียชีวิตได้ (American Cancer Society, 2006)

ระยะและการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง (Stage of Cancer)

ระยะของโรคมะเร็ง เป็นตัวบ่งบอกถึงการลุกลาม ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การที่แพทย์ทราบระยะของโรคแพทย์จะสามารถวางแผนการรักษาและพยากรณ์โรคได้ ซึ่งระยะของโรคมะเร็งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ปัจจุบันการกำหนดระยะของโรคหลายระบบ สำหรับระบบที่นิยมและใช้กันแพร่หลายเป็นมาตรฐานสากลทั่วโลก คือ ระบบ Primary tumor regional lymph node metastasis staging system (TNM Staging System) ซึ่งกำหนดขึ้นโดย International Union Against Cancer (UICC) และ The American Joint Committee on Cancer (AJCC) เป็นแบบ TNM โดยกำหนดได้จาก

Primary Tumor (T) ขนาดของก้อน จำนวนก้อน ตำแหน่งที่ก้อนอยู่

Tx เนื่องจากระยะเริ่มแรก ไม่สามารถประเมินก้อนได้

T0 ไม่มีหลักฐานของก้อน เนื่องจากนั้นไม่ใช่มะเร็ง

Tis มะเร็งระยะต้นๆ ที่อยู่บนชั้นของเซลล์ปกติยังไม่แทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติ

T1, 2, 3, 4 ขนาดต่างๆ กันของก้อนจากเล็กไปใหญ่

Regional Lymph nodes (N) ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งลุกลามไป

Nx ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้ (cannot be assessed)

N0 ไม่พบการแพร่กระจายมะเร็งในต่อมน้ำเหลือง

N1, 2, 3 มะเร็งเข้าไปในต่อมน้ำเหลือง (จำนวนต่อมและตำแหน่งต่อมที่แพร่ไป)

Distant Metastasis (M) การแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น

Mx ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายได้

M0 ไม่พบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

M1 แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

การกำหนดระยะโรคแบบ TNM ยกเว้นบางชนิดเท่านั้น เช่น มะเร็งเส้นประสาทไขสันหลัง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือด มะเร็งปากมดลูก มดลูก รังไข่ ช่องคลอด และมะเร็งที่อวัยวะสืบพันธุ์มะเร็งในเด็กบางชนิด

สรีรวิทยาพื้นฐานของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของดีเอ็นเอ (Deoxyribonucleic acid: DNA) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของยีน หรือสารที่แสดงลักษณะทางพันธุกรรมที่มีอยู่ในเซลล์ ทำให้เซลล์ปกติมีการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ เรียกว่า กระบวนการก่อกำเนิดมะเร็ง (Carcinogenesis/ Oncogenesis) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1. ระยะเริ่มต้น (initiation) เป็นระยะที่โปรโตออนโคยีน (Proto-oncogenes) ได้รับการกระตุ้นจากสารก่อมะเร็ง ได้แก่ สารเคมี รังสีหรือการระคายเคืองอย่างเรื้อรัง และเชื้อไวรัส ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของดีเอ็นเอ คือ มีการแบ่งตัวอย่างสมบูรณ์ของสายดีเอ็นเอหนึ่งตำแหน่งหรือมากกว่านั้น มีการทำลายหรือตัดส่วนประกอบของสายดีเอ็นเอ และเกิดความผิดพลาดในการซ่อมแซมของดีเอ็นเอ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ อาจสามารถฟื้นคืนสภาพเดิมได้ด้วยกลไกการป้องกันตามปกติของร่างกาย และการไม่ได้รับการกระตุ้นจากสารที่ออกฤทธิ์เสริมกับสารก่อมะเร็ง

2. ระยะกระตุ้น (Promotion) เป็นระยะที่เซลล์ถูกกระตุ้นโดยสารที่ออกฤทธิ์เสริมกับสารก่อมะเร็ง ได้แก่ ฮอโมน ผลิตภัณฑ์จากพืช อุตุสาหกรรมเคมี เช่น ยา เป็นต้น ทำให้เกิดการทำลายเซลล์เพิ่มขึ้น ซึ่งเซลล์อาจไม่สามารถฟื้นคืนสภาพเดิมได้ เซลล์จะสะสมความผิดปกติขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้มีการก่อตัวกลายเป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งเซลล์นี้จะมีการแบ่งตัวอย่างต่อเนื่องและควบคุมไม่ได้

3. ระยะที่เซลล์กลายเป็นเซลล์มะเร็ง (Progression) เป็นระยะที่เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปแบบโครงสร้างและหน้าที่ เซลล์จะมีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง มีการเพิ่มลำดับความผิดปกติของเซลล์เพิ่มขึ้น พบว่า ในระยะนี้เซลล์มะเร็งสามารถกระตุ้นให้เกิดการสร้างหลอดเลือดมาเลี้ยงตนเอง ทำให้เจริญเติบโตต่อไปได้ ก้อนมะเร็งที่เกิดจากเซลล์ปกติ (Primary tumor) ในระยะนี้ สามารถเจริญเติบโตและเป็นสาเหตุของการทำลายหรือกดเบียดเนื้อเยื่อปกติข้างเคียงได้

4. ระยะแพร่กระจาย (Metastasis) เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งมีการเคลื่อนที่จากตำแหน่งเดิม (Secondary tumor) ไปเพิ่มจำนวนหรือเจริญเติบโตยังอวัยวะอื่นในร่างกาย ผ่านระบบไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง ทำให้เกิดความผิดปกติในอวัยวะส่วนนั้นๆ ได้

ความผิดปกติของระบบอวัยวะต่างๆ จากการขยายตัวของมะเร็งเนื่องจากเนื้อเยื่อปกติถูกทำลาย ส่งผลตามมา คือ เกิดการกดเบียดหรือแย่งที่ของเซลล์มะเร็ง ทำให้มีการอุดตันของหลอดเลือด ระบบน้ำเหลืองและท่อจากอวัยวะต่างๆ บางครั้งเกิดการฉีกขาดของเส้นเลือด นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่างๆ มีการสร้างฮอโมนเกิดขึ้นผิดปกติ ภูมิคุ้มกันถูกกดดังเช่นในกรณีของมะเร็งปอดจะขัดขวางทางเดินหายใจ และการไหลเวียนของหลอดเลือดดำใหญ่ที่เข้าสู่ปอด รบกวนการแลกเปลี่ยนออกซิเจน มะเร็งตับทำให้เซลล์ตับทำงานผิดปกติ มะเร็งเม็ดเลือดขาว จะทำให้เซลล์ไขกระดูกปกติอื่นๆ ถูกสร้างน้อยลง การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งที่กระดูก ทำให้กระดูกอ่อนแอและหักง่าย ก้อนมะเร็งในช่องท้องอาจกดต่อไตทำให้เกิดไตวาย ส่วนมะเร็งในสมองอาจกระตุ้นให้เกิดอาการปวดศีรษะ อาเจียนและชักได้ (ก้ำพล ศรีวัฒนกุล, 2543) จากความผิดปกติดังที่กล่าวมานั้น จะทำให้เกิดอาการและอาการแสดงทางคลินิกกับผู้ป่วยรุนแรงแตกต่างกันไป ตามชนิดของอวัยวะที่เกิดมะเร็งและระยะของการเกิดโรค ดังนั้นการวินิจฉัยโรคตามความรุนแรงของโรค

จึงเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาและการพยากรณ์โรค ซึ่งการแบ่งระยะของโรคมะเร็งและการทราบ สรีรวิทยาพื้นฐานของโรคมะเร็งจะมีประโยชน์ในการรักษา โดยใช้ติดตามว่ามีการแพร่กระจายเชื้อว่า อยู่ในระยะใด เลือกรักษาวิธีการรักษาแบบใดจึงจะเหมาะสมรวมทั้งใช้ประเมินผลการรักษา การแพร่กระจายของมะเร็ง (Metastasis) มะเร็งแต่ละชนิดมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ จำเพาะเจาะจงตามความสามารถในการจับกันระหว่างเซลล์มะเร็ง การตอบสนองของเซลล์มะเร็งต่อ อวัยวะเป้าหมายซึ่งแบ่งวิธีการแพร่กระจายได้เป็น การแพร่กระจายทางท่อน้ำเหลือง การแพร่กระจายทางหลอดเลือดและการแพร่กระจายวิธีอื่นๆ เช่น การแพร่กระจายตามน้ำไขสันหลัง ของมะเร็งเนื้อสมอง

วิธีการรักษาโรคมะเร็ง

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด (Surgery) การฉายรังสี (Radiation therapy) การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal therapy) การรักษาแบบจำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง (Targeted therapy) การใช้ สารชีวภาพหรือวิธีกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Biologic therapy or immunotherapy) หรือการใช้หลายวิธี ร่วมกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของมะเร็ง ตำแหน่งของมะเร็ง และ ความกว้างที่มะเร็งลุกลามไป ดังนี้

1. การผ่าตัด (Surgery) การผ่าตัดเป็นวิธีหลักในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีบทบาทใน ด้านการช่วย วินิจฉัยโรค ด้วยการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิสภาพ เพื่อให้ทราบชนิดและระยะของ มะเร็งทำให้ สามารถระบุขอบเขตของโรค และช่วยประกอบการตัดสินใจในการเลือกการรักษาที่ เหมาะสม ในกรณีที่ก้อนมะเร็งขนาดเล็ก การผ่าตัดอาจจะช่วยกำจัดก้อนมะเร็งออกได้หมด ส่วนก้อน มะเร็ง ขนาดใหญ่ การผ่าตัดจะช่วยลดขนาดของก้อนมะเร็ง ลดอาการหรืออันตรายที่เกิดจากการกด เบียด อวัยวะต่างๆ ได้ นอกจากนี้การผ่าตัด ช่วยในด้านการป้องกัน เช่น การตัดติ่งเนื้อขนาดเล็กของ มะเร็งลำไส้ใหญ่ (Small colonic cancer polyp) ป้องกันไม่ให้เจริญเติบโตกลายเป็นมะเร็ง และการ ผ่าตัดร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น จะมีบทบาทใน การช่วยควบคุมไม่ให้โรคลุกลามอีกด้วย (Thompson & Wells, 2006)

2. รังสีรักษา (Radiation therapy) รังสีรักษามีบทบาทในการรักษาโรคมะเร็ง โดย สามารถให้ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด การฉายรังสีก่อนผ่าตัดจะทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลงเพียง พอที่จะทำผ่าตัดได้ และคงสภาพการ ทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ ส่วนการฉายรังสีหลังผ่าตัดจะช่วย กำจัดเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ ลดภาวะเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง นอกจากนี้ การให้รังสี รักษายังมีประสิทธิภาพ ในการรักษามะเร็งในระยะแพร่กระจายเมื่อใช้ร่วมกับการรักษามะเร็งด้วยวิธี อื่น เช่น การใช้รังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด เป็นต้น (ชลเกียรติ์ ขอบประเสริฐ, 2545)

3. เคมีบำบัด (Chemotherapy) การให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีเป้าหมายในการรักษา การควบคุมโรค และลดอาการของโรคมะเร็ง เช่น อาการปวด เป็นต้น ประโยชน์ของยาเคมีบำบัดในการรักษาน้ำ (Neo adjuvant chemotherapy) คือ การทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลงก่อนผ่าตัดหรือให้รังสีรักษา คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะและลดความเป็นพิษจากยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ส่วนการรักษาเสริม (Adjuvant chemotherapy) จะใช้หลังการผ่าตัดก้อนมะเร็งออก เพื่อกำจัดหรือทำลายเซลล์มะเร็ง ขนาดเล็กที่ยังเหลืออยู่ เป็นการป้องกันไม่ให้เซลล์มีการแบ่งตัวเพิ่มลุกลามไปยังเซลล์ข้างเคียงและแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย (Coward & Coley, 2006) ทำให้ระยะปลอดโรคยาวกว่าเดิม และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ซึ่งอาจมีผลต่อการอยู่รอดของผู้ป่วย (อาคม เขียรศิลป์, 2545)

4. การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal therapy) บทบาทของฮอร์โมนในการรักษาโรคมะเร็ง คือ การยับยั้งการเจริญเติบโตของก้อนมะเร็ง โดยขัดขวางการทำงานของฮอร์โมนที่กระตุ้นการเจริญเติบโตของก้อนมะเร็ง มีผลทำให้เกิดความเสื่อมของเซลล์มะเร็ง ซึ่งการรักษาด้วยฮอร์โมน มีประสิทธิภาพสูงในการรักษามะเร็งที่มี การตอบสนองต่อฮอร์โมน เช่น มะเร็งเต้านม หรือมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น (Fenlon, 2006)

5. การรักษาแบบจำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง (Targeted therapy) เป็นการรักษาโรคมะเร็งแบบออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง โดยให้ยาหรือสารไปยับยั้งกระบวนการส่งสัญญาณระดับเซลล์ ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเจริญเติบโตและแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง

6. การรักษาโดยใช้สารชีวภาพหรือวิธีกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Biologic therapy or immunotherapy) การรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีนี้ เป็นการรักษาโดยใช้โปรตีนที่เกิดขึ้นจากสารชีวภาพมากระตุ้นการตอบสนองของร่างกายต่อกระบวนการเกิดโรค ปรับแก้กระบวนการทางชีวเคมีและสภาวะแวดล้อมของมะเร็ง ทำให้มีการหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ประกอบด้วย 4 วิธี (Batchelor, 2006) ได้แก่

6.1 การรักษาโดยใช้วิธีสร้างภูมิคุ้มกันโรค (Immunotherapy) โดยใช้ตัวกระตุ้นที่ได้รับจากภูมิคุ้มกัน เช่น โปรตีน เป็นต้น มากระตุ้นหรือปรับปรุงการตอบสนองของร่างกาย

6.2 การสร้างภูมิคุ้มกันโดยการฉีดวัคซีน (Vaccination therapy)

6.3 การยับยั้งการสร้างเส้นเลือดของก้อนมะเร็ง (Angiogenesis inhibition)

6.4 การรักษาด้วยยีน (Gene therapy)

การรักษาโรคมะเร็งพิจารณาตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยเพราะถ้าเลือกการรักษาที่เหมาะสมจะทำให้ผลการรักษาที่ดี ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะมารักษาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง แต่การรักษาทำอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร กัดการทำงานของไขกระดูกทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีด ติดเชื้อง่าย และมีเลือดออกผิดปกติในผู้ป่วยที่ให้

เคมีบำบัด และเกิดอาการเจ็บปากและคอ เกิดแผลในช่องปากติดเชื้อ กลืนลำบาก การรับรู้รสเสียไป ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ในผู้ป่วยรับรังสีรักษา ดังนั้นปัจจุบันจึงแนวทางการรักษาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยดังนี้

แนวทางการรักษาโรคมะเร็ง

ปัจจุบันในแนวทางการรักษาแพทย์จะให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษา โดยจะอธิบายถึงลักษณะของการพยากรณ์โรค วิธีการรักษา ผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสตัดสินใจร่วมกันในการรักษา (นรินทร์ วรวิทย์, 2550) โดยสรุปเป็นแนวทางการรักษาได้ดังนี้

การเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังนี้

1. Patient factor ปัจจัยของผู้ป่วย
2. Tumor factors ปัจจัยจากตัวโรคมะเร็ง
3. Treatment factor การรักษาโรค

วัตถุประสงค์ของการรักษา แบ่งออกได้ 4 ข้อ ดังนี้

1. การรักษาให้หายขาด (Curative intent) คือ การรักษาที่ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว ได้เท่าคนปกติที่ไม่เป็นอะไร
2. การรักษาเพื่อทุเลาอาการ (Palliative intent) เป็นการรักษาที่ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคที่เป็นได้ แต่ลดปริมาณของเซลล์มะเร็งและทุเลาอาการ เช่น อาการเจ็บปวด ไม่สบายต่างๆ
3. การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive care) ในรายที่โรคเป็นมาเกินกว่าจะรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นความทุกข์ทรมาน และเพิ่มคุณภาพชีวิต
4. การเพิ่มอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งและกลับเป็นซ้ำของโรค (Prolonged survival and disease free survival)
5. การเพิ่มคุณภาพชีวิต (Quality of life)

วิธีการรักษาโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็งมีตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็ง ระยะเป็น

เฉพาะที่ และระยะแพร่กระจายไปสู่อวัยวะข้างเคียงหรืออวัยวะอื่น ดังนั้นการรักษาต้องมีหลายวิธีเพื่อให้เหมาะสมกับโรค โดยสรุปการรักษาโรคมะเร็งสามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบคือ

Curative treatment มุ่งหวังรักษาให้หายขาด

Palliative treatment มุ่งหวังหยุดยั้งมะเร็งให้นานที่สุดเท่าที่ทำได้

นอกจากการรักษาดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในปัจจุบันผู้ป่วย/ญาติหรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้แสวงหาการรักษาเสริมอื่นๆ มาผสมผสานนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย เช่น การใช้พืชสมุนไพร (Herb medicine) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (Relaxation) สมาธิบำบัด (Meditation) โยคะ (Yoga) ดนตรีบำบัด (Musical therapy) การนวด (Massage) เป็นต้น

สรุปได้ว่าโรคมะเร็ง หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์อวัยวะในร่างกาย ซึ่งมีการเจริญเติบโตเป็นก้อนเนื้อรบกวนการทำงานของเซลล์ปกติ และสามารถลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ได้ผ่านระบบเลือดหรือระบบทางเดินน้ำเหลือง มะเร็งมีหลายชนิดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของอวัยวะที่เป็นจุดกำเนิด และชนิดของเนื้อเยื่อที่อยู่ภายในอวัยวะนั้นๆ ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับชนิดและระยะโรคของมะเร็ง

ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

มะเร็งระยะสุดท้ายเป็นสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างหนึ่ง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ดังนี้

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2560) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นระยะที่ 4 โรคมะเร็งมีการลุกลามไป ยังอวัยวะที่สำคัญ การรักษามุ่งเน้น ไปเพื่อการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานเป็นหลัก

National Cancer Institute (2017) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตไม่เกิน 6 เดือน

วาสนา สวัสดิ์นันท และคณะ (2558) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่าหมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกเปลี่ยนแปลงในทางเลวลงและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ อาการที่พบบ่อยและสร้างความทุกข์ทรมานที่สุด คือ ความปวด และผู้ป่วยจะมีความบีบคั้นทางด้านจิตวิญญาณ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2561) ได้ให้คำนิยามของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วยที่มะเร็งมีการลุกลามไปอวัยวะอื่นๆ (Distant metastasis) หรือแพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นระยะที่ 4 หรือการรักษาแบบไม่หวังผลหาย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 ซึ่งไม่สามารถรักษาหายขาดได้ โดยมีการลุกลามแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะต่างๆ และเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง เป้าหมายในการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานอันเกิดจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรคมะเร็ง

2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วย เริ่มตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จนกระทั่งระยะสุดท้ายของชีวิต ผลกระทบจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งตามระยะต่างๆ ของโรคมะเร็ง ดังนี้

1. มะเร็งระยะต้น เป็นระยะเริ่มแรกของโรคมะเร็ง ซึ่งการดำเนินของโรคอาจไม่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยมากนัก แต่การรับรู้ว่าเป็นโรคร้ายแรงและผลข้างเคียงของการรักษามีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย อาการที่เกิดขึ้นมีหลายรูปแบบ อาการด้านร่างกายที่พบได้บ่อย ได้แก่ รู้สึกอ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง ผอมร่าง ปากแห้ง คลื่นไส้ ความอยากอาหารลดลง (Chou, 2007) มีความเหนื่อยล้า การรบกวนการนอนหลับ (Byar, Berger, Bakken & Cetak, 2006) การทำหน้าที่ด้านกระบวนการคิดลดลง และมีอาการทางระบบประสาทด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการป่วยเป็นโรคมะเร็ง มีความวิตกกังวล และความซึมเศร้า (Schlich-Bakker et al., 2006) ในการ สัมภาษณ์งานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มอาการ (symptom clusters) ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดย Armstrong, Cohen, Eriksen & Hickey (2004) พบว่า กลุ่มอาการของ โรคมะเร็งเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป อาการที่พบในงานวิจัย ได้แก่ ความรุนแรงของความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น ความปวด ความซึมเศร้า การขาดประจำเดือน และมีการรบกวนการนอนหลับ นอกจากนี้การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง วิธีการรักษาโรคมะเร็งและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษายังก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูงอีกด้วย (Hansen, 2008) ซึ่งถ้าความรู้สึกที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการตอบสนองหรือการช่วยเหลือ จะทำให้อาการรุนแรงขึ้นจนกระทั่งกลายเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจได้ ผลที่เกิดขึ้นตามมาคือ ผู้ป่วยจะขาดความสนใจในตนเอง การดูแลตนเองลดลง ทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรม ต่างๆในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลจากผู้ดูแลทั้งในการดูแลโดยตรง การจัดการกับอาการและด้านอารมณ์ การเดินทางร่วมกับผู้ป่วย ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ และการติดต่อประสานงานอื่นๆ

2. มะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะมีความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น ทั้งอาการของโรคที่รุนแรงขึ้นและการรักษาที่เข้มข้น ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไร้เรี่ยวแรง อ่อนเพลียมาก มีความปวดเพิ่มมากขึ้น โศกเศร้า และง่วงซึม (McPherson, Wilson, Lobchuk & Braitman, 2008) ความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น การหายใจสั้น ความอยากอาหารลดลง มีการรบกวนการนอนหลับ และเกิดความทุกข์ทรมาน ถ้าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการรักษา จะนำไปสู่การเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองทั้งด้านการปฏิบัติกิจกรรม การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และมีคุณภาพชีวิตต่ำ ผู้ป่วยจึงมักมีการ เปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาและการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้ป่วยจะมีความสามารถในการควบคุมกระบวนการทำหน้าที่ของร่างกายได้ลดลง และมี

บทบาทในสังคมลดลงจากความเจ็บป่วย (Olson, Krawchuk & Quddusi, 2007) อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ในด้านการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และไม่สามารถกระทำบทบาท ในครอบครัวและสังคมได้ ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล โดยติดตามดูแล และการจัดการอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายขณะที่เจ็บป่วย

3. มะเร็งระยะสุดท้าย เมื่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งและดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดหรือความพร่องทางร่างกาย อันเกิดจากโรคหรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วยมากขึ้น อาการด้านร่างกายที่พบบ่อย คือ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดเพิ่มขึ้น บางรายมีอาการกลืนลำบาก หายใจลำบาก คลื่นไส้และอาเจียน เบื่ออาหาร และเหนื่อยล้า ด้านจิตใจผู้ป่วยจะเกิดภาวะกลัวความตาย มีความหวงกังวล มีความเครียดสูง เนื่องจากการดำเนินของโรคมะเร็งก้าวหน้ารุนแรงขึ้น (Herschbach et al., 2004) นอกจากนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวของจิตใจในการช่วยให้สามารถเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย โดย ผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับการดูแลอย่างเอาใจใส่อย่างมีน้ำใจและเอื้ออาทร ต้องการที่จะให้และได้รับความรัก รวมถึงการยอมรับในสิ่งที่แสดงออกด้านศาสนา และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เชื่อมั่นศรัทธา (Taylor, 2003) รวมถึงการมีความหวังที่จะไม่ทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็ง การยอมรับความเจ็บป่วย และ พยายามจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในด้านบวก มีความสุขในชีวิตได้แม้ในขณะที่มีอาการแสดงของความเจ็บป่วย (Weaver & Flannelly, 2004) ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลจากผู้ดูแล โดยต้องการได้รับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว หรือการเคลื่อนไหว เป็นต้น การควบคุม อาการ การสนับสนุนด้านจิตใจ การจัดการเกี่ยวกับยา และด้านเศรษฐกิจ (Given et al., 2006) การได้รับการช่วยเหลือจะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง สามารถยอมรับและเผชิญกับ ความเจ็บป่วยหรือความตายได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคมะเร็งแตกต่างกันไปตามระยะของโรค โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ความต้องการในการดูแลมากที่สุดเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากการดำเนินของโรคก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนับเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและซับซ้อน เนื่องจากความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติและการที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค รวมถึงการเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าว (พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หักกิจ, 2558) ซึ่งผู้ดูแล

เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยแสดงความเห็นอกเห็นใจและประคับประคองผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ตอนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. ความหมายของผู้ดูแล

“ผู้ดูแลผู้ป่วย” หรือ “ญาติผู้ดูแล” หรือ “ผู้ดูแลในครอบครัว” หรือศัพท์ภาษาอังกฤษที่เขียน

ในบทความหรือรายงานวิจัยต่างๆ คือ Caregiver” นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา หรือ “Carer” นิยมใช้ใน สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น

ช่อผกา ปุยขาว (2557) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือมีบทบาทหน้าที่ทางสังคมต่อกัน เช่น บิดา มารดา บุตร สามีภรรยา หรือเครือญาติที่ผู้ป่วยมีความผูกพันใกล้ชิดและดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

วารุณี มีเจริญ (2554) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติใกล้ชิด หรืออาจจะเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน เป็นต้น ที่ต้องรับภาระเป็นผู้ดูแลหลักในการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็ง

จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ และคณะ (2560) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า ผู้ดูแล คือ ญาติของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร ญาติ พี่น้อง ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ให้การ ดูแลด้วยความสมัครใจ ไม่ได้รับค่าตอบแทน

ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ เช่น บิดา มารดา บุตร คู่สมรส หรือญาติใกล้ชิด และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

ประเภทของผู้ดูแล

ประเภทของผู้ดูแล การพิจารณาผู้ดูแลโดยแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

1. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver/ careers) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานพยาบาล หรือองค์กรต่างๆ ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ รวมทั้ง

ผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Care assistant) โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ ตามข้อตกลง

2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver/careers) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนาน 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์แบบหนึ่งต่อหนึ่ง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

ในกลุ่มของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการอาจมีผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกันหลายคน Parker (1992) ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ดูแลและปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้

1. แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ดูแล

1.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver/careers) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นผู้ดูแลไม่เป็นทางการที่พบบ่อยในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้ อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนดูแลเรื่องการพาไปพบแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความคล่องตัว ในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

1.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน การช่วยเหลือมาจากความรัก ความผูกพัน หรือการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแล ประเภทนี้มาก่อนในอดีต

2. แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ มีดังนี้

2.1 ผู้ดูแลหลัก (Main caregivers/major/primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น บุคคลที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด หรือผู้ที่อาจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล (self-identified) ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลเรื่องการกินยา การทำแผล เป็นต้น โดยใช้เวลาของการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่เผชิญกับความเครียดสูงสุด และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับโรคหรือปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับของความเครียดต่างกัน

2.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver/careers) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่
ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่าง
สม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก เช่น
ให้การดูแลผู้ป่วยแทน เป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไป
ปฏิบัติ หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเท่านั้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลในครอบครัว
ที่ให้ความช่วยเหลือหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะ
มีความสัมพันธ์กับแบบเครือญาติ เช่น บิดา มารดา บุตร คู่สมรส หรือญาติใกล้ชิด และให้การดูแลโดย
ไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

2. ปัญหาและผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมักมีปัญหาและผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล แบ่งออกเป็น
3 ด้าน ได้แก่ จิตใจ ร่างกาย และด้านสังคมเศรษฐกิจ (สุทวารวรรณ ไชยมูล, 2551) ซึ่งมีรายละเอียด
ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ภาวะเครียด และความทุกข์ทางใจของผู้ดูแล
(Psychological problem)

1.1 อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อ ผู้ดูแลจะรู้สึกสูญเสียญาติของตน
ไปทั้งๆที่ยังมีชีวิตอยู่เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง มี
บุคลิกลักษณะ เปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง

1.2 ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจาก
ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลกิจกรรมหรือทำกิจกรรมต่างๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของ
ตนเองภายหลัง

1.3 ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทาง
การแพทย์ พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาล ที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

1.4 ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ในกรณีที่ผู้ป่วยอาจมีปัญหาทางด้าน
สมองและความจำ ส่งผลให้มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่
เหมาะสมในที่สาธารณะ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้

1.5 ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง
ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบเพื่อนฝูง จนเหมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยว
ได้

1.6 ความรู้สึกเครียด (Stress and strain) ผู้ดูแลมีความเครียดเนื่องมาจากภาระ
จากการดูแล และความเครียดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแล

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological problem)

การศึกษาของยาร์ทแมน (Yeatman & Benzie, 1993) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง

เสื่อมมีปัญหาสุขภาพโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ดูแลที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน และสรุปปัญหาและผลกระทบทางด้านร่างกายที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อยๆ ได้แก่

2.1 ปวดหลัง (Backache) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักมีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัว ร่างกายอ่อนแอเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง และปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจ (Psychosomatic) ที่มีสาเหตุจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่าที่ผู้ดูแลรับไว้วันนี้วันยิ่งมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาระนั้น

2.2 อ่อนเพลียไม่มีแรง (Weakness) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการพักผ่อน หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดโรคแทรกซ้อนได้ และยังทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิดโมโหง่าย ส่งผลกระทบต่อการใช้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้เช่นกัน

2.3 ปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase health problem) ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาและอยู่ในวัยสูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองลดลงไม่มีเวลาไปพบปะแพทย์ตามนัดรับประทาน อาหารและยาไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้โรคประจำตัวที่เป็นกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น

3. ผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ (Socio-economic problem)

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน (change in working pattern) มีผู้ดูแลบางรายอาจต้องปรับลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางราย ต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

3.2 รายได้ลดลง (Lower income) ผู้ดูแลบางรายที่มีการปรับลักษณะงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้นทำให้รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องไปหยิบยืมผู้อื่นมาเป็นค่ารักษาพยาบาล

3.3 ความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้วจะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองและอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

การเป็นผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านจิตใจทำให้เกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ เช่น โกรธ อับอาย รู้สึกผิด เกิดความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า ทางด้านร่างกายเกิดอาการปวดเมื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และปัญหาทางสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจทำให้ต้องลาออก หรือขาดงานทำให้ รายได้ลดลง และเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวตามมา

วิธีการปรับตัวและเผชิญปัญหาของผู้ดูแล

การศึกษาของ ภารดี ปรีชาวิทยากุล (2549) จำแนกวิธีการปรับตัวและเผชิญปัญหาได้ 8 ลักษณะ คือ

1. แสวงหาความรู้
2. อดทนเข้าใจ
3. พยายามเข้าใจ และยอมรับ
4. สร้างความเข้มแข็งด้วยตนเอง
5. มีแรงสนับสนุนทางสังคมช่วย
6. ยึดถือศาสนาสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่พึ่งทางใจ
7. ปรับอารมณ์ตนเอง
8. หางานทำอย่าให้ว่าง

3. ความต้องการของผู้ดูแล

ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลเป็นผลจากการที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงความไม่สมดุล ระหว่างบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและการทำกิจกรรมอื่นๆ เกิดความรู้สึกเป็นภาระ และมีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีดังนี้

1. ความต้องการด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร ผู้ดูแลมีความต้องการด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร เริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ขณะรับการดูแลรักษาโรค ระยะการดูแลแบบประคับประคอง จนกระทั่งหลังผู้ป่วยเสียชีวิต กล่าวคือ ผู้ดูแลมีความต้องการ ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การพยากรณ์โรค และความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล ทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ข้อมูลเกี่ยวกับความช่วยเหลือด้านการรักษา การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเอง และข้อมูลด้านเครือข่ายทางสังคมที่ผู้ดูแลสามารถเข้าถึง รวมถึงการจัดการกับปัญหาด้านการปฏิบัติและจิตอารมณ์ของผู้ดูแล ขณะดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและระยะหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารนี้ พบว่ามีความสำคัญและจำเป็นที่สุดถ้าผู้ดูแลต้องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะผู้ดูแลอาจมีการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการทดลองใช้วิธีการต่างๆ และขจัดวิธีที่ผิดออกไป ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและความเครียด การให้ความรู้ที่ตรงกับความต้องการของผู้ดูแล จะช่วยชี้แนะให้ผู้ดูแล

สามารถเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติ กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ทำให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง (Given & Given, 2001)

2. ความต้องการจัดการเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติเพื่อตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาส่วนตัวลดลง ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลมากขึ้นก็จะทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ดูแลไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน รวมถึงความยากลำบากในการปฏิบัติเนื่องจากขาดทักษะ ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ มากเกินความจำเป็น นอกจากนี้ การต้องเฝ้าดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลา ในการออกกำลังกายหรือปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น การพักผ่อนระหว่างการดูแล การอยู่ในสถานที่ที่สงบสบาย เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลลดความเครียดได้ (American Cancer Society, 2006) ผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษา เพื่อให้สามารถจัดการกับเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถวางแผนปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ตามลำดับความสำคัญ และให้การดูแลผู้ป่วยควบคู่กับการปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิต ตามปกติ โดยที่ไม่ทำให้รู้สึกเกิดความรู้สึกเป็นภาระหรือความยากลำบาก

3. ความต้องการจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือภาระงานที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับงานและภาระส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิม มีผลทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ ผู้ดูแลมีความต้องการจัดการกับความทุกข์ทรมานด้านจิตใจหรือความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย เพื่อไม่ให้มีความรุนแรงขึ้นจน กลายเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจ การศึกษาของ Pitceathly & Maguire (2003) พบว่า ผู้ดูแลที่มีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ อารมณ์ในระดับสูง หรือมีความเจ็บป่วยด้านจิตใจ เกิดขึ้นจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลและมีความรู้สึกด้านลบต่อความเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลเหล่านี้จะใช้วิธีหลีกเลี่ยงเพื่อแก้ไขปัญหาทางจิตใจที่เกิดขึ้น ทำให้สัมพันธภาพลดลง เกิดความขัดแย้งในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนเพียงเล็กน้อย และถูกกดดันมากจากผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงมีความต้องการที่จะจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยและจัดการกับ สภาวะอารมณ์ของตนเองรวมด้วย

4. ความต้องการด้านการติดต่อสื่อสาร ผู้ดูแลต้องการที่จะเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างสะดวกและได้รับการดูแลอย่างเอาใจใส่จากหน่วยบริการ สามารถเข้าร่วมกระบวนการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ขอคำแนะนำปรึกษา สอบถามข้อมูลต่างๆ ให้ได้คำตอบที่เฉพาะเจาะจง ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล นอกจากนี้ ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการรับฟัง การอธิบาย ถึงประเด็นที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก และการพูดคุยหรือสอบถามเกี่ยวกับโรคมะเร็งและแนวทาง การรักษาได้ทุกประเด็น ซึ่งความต้องการนี้ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือต่อเนื่องแม้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตแล้ว

5. ความต้องการเครือข่ายทางสังคม ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ ในสังคมในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เพื่อน หรือทีมสุขภาพในหน่วยบริการด้านสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแล เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์ จะช่วยให้ผู้ดูแลเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะมีผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น และบางครั้งเป็นการลดภาระงานในการดูแลผู้ป่วยได้โดยตรง ผู้ดูแลจึงมีเวลาเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการพัฒนา ความรู้และทักษะในการดูแล รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษาเมื่อต้องการ สิ่งเหล่านี้จะมีผลให้ผู้ดูแลเกิด ความมั่นใจ ในการดูแล ปรับตัวกับภาระงานของผู้ดูแลได้ ลดความเครียดในการดูแล และส่งผลให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

6. ความต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุน ผู้ดูแลมีความต้องการการช่วยเหลือที่มีผลลัพธ์ในการช่วยเหลือผู้ดูแลโดยตรง ความต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนของผู้ดูแลจะ เพิ่มขึ้นเมื่อการรักษาของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง สภาวะของโรคมะเร็งมีความก้าวหน้ารุนแรงขึ้น และผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่เสื่อมถอยลง การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาหรือปรับทิศทางในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็จะลดความเครียด ความทุกข์ทรมาน และความกดดันที่เกิดขึ้นกับ ผู้ดูแลได้อีกด้วย (Given & Given, 2001)

แนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแล

จากการศึกษาวิจัยต่างๆ ได้เสนอแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหาต่อไปได้มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ประการต่อไปนี้ (Parker, 1992)

1. ผู้ดูแลมีเวลาหยุดพักจากการดูแล (time off from caring) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล
2. ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (help from others) เป็นความพึงพอใจจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแล เช่น จากเพื่อน เพื่อนบ้าน หรือชุมชน ในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความเมตตา การช่วยเหลือทางสังคม
3. การให้บริการด้านต่างๆ จากจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (provision of services) บทบาทของการบริการที่ช่วยลดภาวะเครียด ในผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน ได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลชุมชน เป็นต้น

จากการศึกษาของสาวิตรี สารพล (2552) ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง สรุปวิธีการช่วยเหลือได้เป็น 2 หมวดคือ หมวดที่ 1 วิธีการช่วยเหลือที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การสนับสนุนความรู้และข้อมูล การฝึกทักษะ การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนการแก้ไขปัญหา ซึ่งมีลักษณะร่วมของวิธีการ

คือ 1) มีความครอบคลุมทุกมิติของปัญหาคือ ด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดย เน้นทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) เน้นการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล โดยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ จากการปฏิบัติ 3) มีความต่อเนื่องของการช่วยเหลือ มีการติดตามเป็นระยะ มีการสนับสนุนให้การศึกษาดูแลระยะเวลาในการช่วยเหลือ และหมวดที่ 2 วิธีการช่วยเหลือที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแล ได้แก่ ลักษณะของวิธีการเป็นการจัดกระทำที่เฉพาะ เน้นส่งเสริมความสุขสบายของผู้ดูแลในระยะสั้น และเป็นวิธีการที่ไม่ต่อเนื่อง วิธีการได้แก่ การนัดและการสัมผัส กิจกรรม การสร้างสรรค์งานศิลปะ และการส่งเสริมการนอนหลับ

สรุปวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำในสถานพยาบาลและมุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้ข้อมูล ความรู้การฝึกทักษะ การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนการแก้ไขปัญหา มีลักษณะเป็นโปรแกรมหรือวิธีการที่ออกแบบมาเฉพาะในแต่ละการศึกษา โดยมีจุดเน้นที่คล้ายคลึงกันคือ มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคมาเร็ง การพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับอาการหรือ ปัญหาด้านอารมณ์ของผู้ป่วย การวิเคราะห์ปัญหาและการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง การส่งเสริมวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลมีทั้งรูปแบบที่เป็นรายบุคคลและเป็นรายกลุ่ม

ตอนที่ 4 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมาเร็งระยะสุดท้าย

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะทางใจ (Psychological Well-being)

ความหมายของสุขภาวะทางใจ

จากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาวะทางใจ ผู้วิจัยได้สืบค้นความหมายของคำว่าสุขภาวะทางใจ (Psychological well-being) พบว่า มีผู้ใช้คำว่า “สุขภาวะทางใจ” ไว้อย่างหลากหลาย ได้แก่ สุขภาพจิต ความผาสุกทางใจ สุขภาวะทางจิต และสุขภาวะทางใจ โดยนักวิจัยและนักจิตวิทยาให้ความหมายของสุขภาวะทางใจไว้ ดังนี้

สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวแก้ปัญหาสร้างสรรค์ทำงานได้ มีความรู้ สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ (กรมสุขภาพจิต, 2545)

สุขภาพจิต (Mental health) เป็นสภาพของจิตใจที่เกิดจากความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม (Goldberg, 1972)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2001) สุขภาวะทางใจ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสุขภาวะทางสังคม

สุขภาพจิต คือ สุขภาวะที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนเองได้ การส่งเสริมสุขภาพจิตส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวมและควรเป็นองค์ประกอบสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ (แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต, 2560)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014a) ได้ให้ความหมายสุขภาพทางใจไว้ว่าหมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาความเครียด ความรู้สึก รวมถึงสามารถสร้างคุณค่าให้กับตนเอง และผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ภณิดา ชลวิทยาสัทธิกุล (2548) ได้ให้ความหมายของสุขภาพทางจิตว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์หนึ่งที่ผ่านมาในชีวิตโดยรวม ซึ่งความรู้สึกนั้นมีทั้งทางด้านบวก เช่น ความสุข ความพึงพอใจ ความมีชีวิตชีวา และความรู้สึกทางลบ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความทุกข์ใจ ผู้ที่มีสุขภาพทางจิตที่ดีมีความรู้สึกทางบวกมากกว่าความรู้สึกทางลบและมีความพึงพอใจในชีวิต

แพรวดาว พงศาจารย์, เรวดี พจนบรรพต และนิธิพัฒน์ กุศลสร้าง (2554) ให้คำนิยามสุขภาพทางจิต หมายถึง ภาวะอารมณ์ของบุคคลต่อสถานการณ์รอบตัวในขณะนั้น ซึ่งมีทั้งอารมณ์ทางบวกและทางลบ โดยภาวะอารมณ์นี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอด ขึ้นกับการรับรู้ของบุคคล

กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (2553) ได้สรุปความหมายของ สุขภาวะทางจิตว่าเป็นความสมบูรณ์อย่างสมดุลของสุขภาพบุคคลทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา โดยมิติทั้งสี่จะเชื่อมโยงสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

รักชนก ชูพิชัย (2550) ได้ให้ความหมายของสุขภาพทางใจ ว่าเป็นภาวะที่แต่ละบุคคลรับรู้ ต่อสภาวะการณ์ที่เป็นอยู่ แสดงออกโดยความยินดี ความพึงพอใจและความสุขที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ การบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน และเกิดเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้น สุขภาวะทางใจเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นความสำเร็จอันเกิดจากผลของความพยายาม และมีแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอบุคคล สามารถมีสุขภาพทางจิตที่ดีได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะความยากลำบากต่างๆ หรือเมื่อมีการสูญเสียโครงสร้าง และหน้าที่ตามปกติของร่างกาย ดังนั้น คนที่เจ็บป่วยเรื้อรังอาจรับรู้สุขภาพทางใจได้เนื่องจากสุขภาพทางใจเป็นการรับรู้ถึงสภาวะแห่งตน

วรัปสร โรหิตะบุตร (2558) ได้นิยาม สุขภาวะทางใจว่าเป็นความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ประกอบด้วย ความรู้สึกทางบวกและทางลบ การมีสุขภาพทางจิตมากสะท้อนให้เห็นผ่านความรู้สึก ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล 6 ด้าน คือ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความผาสุก และการควบคุมตนเอง แสดงถึงการมีสุขภาพทางจิต

ภณิดา ชลวิทยาสิทธิกุล (2548) กล่าวว่าสุขภาวะทางใจว่าเป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์ของชีวิตในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง ประกอบด้วยความรู้สึกทางบวก (Positive Affect) ได้แก่ ความพึงพอใจ ความสุข และความรู้สึกทางด้านลบ (Negative Affect) ได้แก่ ความวิตกกังวล ความทุกข์ เบื่อ ว้าเหว่ ความซึมเศร้า ซึ่งแต่ละคนจะรับรู้สุขภาวะทางใจแตกต่างกัน

ยุพา ทองสุข (2559) ได้ให้ความหมายของ ความผาสุกทางใจ ว่าเป็นความพึงพอใจทางบวกประกอบด้วยประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความเป็น ตัวของตัวเอง ความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อม การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และความเจริญงอกงามของบุคคล

วันเพ็ญ โพธิ์ยอด (2548) กล่าวว่าคุณลักษณะของสุขภาวะทางใจ (Psychological Well-Being) ที่อยู่ภายใต้ความหมายของสุขภาพจิต (Mental Health) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องของอารมณ์ความรู้สึก ทั้งทางบวกและทางลบ ความรู้สึกทางบวก ได้แก่ ความรู้สึกร่าเริง มีความสุขและความสนุกสนาน กับชีวิตและความรู้สึกทางลบหรือความกดดันทางจิตใจ (Psychological Distress) ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า สูญเสียการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ดังนั้น การวัดสุขภาพจิตจึงวัดสุขภาวะทางใจ ที่ต้องคำนึงถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบดังกล่าวข้างต้น โดยได้สร้างแบบวัดสุขภาพจิต (Mental Health (MHI)) ที่วัดองค์ประกอบดังกล่าวในปี พ.ศ. 2556

มัญจนา เหลี่ยมโສ๊ะ, เทพกร พิทยาภินันท์ และชัตเจน จันทรพัฒน์ (2558) ได้ให้ความหมายของสุขภาวะทางใจ ว่าเป็นภาวะที่แต่ละบุคคลรับรู้ต่อสภาวะการณที่เป็นอยู่ บุคคลจะประเมินตนเองตามบริบทของการดำรงชีวิตต่างๆ ไปถึงความพึงพอใจในประสบการณ์ของตนที่ผ่านมาในแต่ละช่วง ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ทางลบหรืออารมณ์ทางบวก

ภูว แสงวิณณ์ (2559) ได้ให้นิยามของ สุขภาวะทางใจ ว่าเป็นภาพสะท้อนของสภาวะทางจิตใจด้านบวกของบุคคล เช่น ความสุข ความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อชีวิต และการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยผ่านกระบวนการของการเรียนรู้ เข้าใจตนเองและพัฒนาตนเอง อันจะนำไปสู่การเลือกตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องตามความเชื่อและค่านิยมส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม

วรัถ์นันท์ ชุชนะโชติ (2561) ความผาสุกทางใจ หมายถึง การรับรู้ถึงความพึงพอใจและความสุขในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การยอมรับตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง มีความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อม มีจุดหมายในชีวิต มีความเจริญงอกงามของบุคคล และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

Dupuy (1977) ได้ให้นิยาม สุขภาวะทางจิตที่ดี หมายถึง การที่มีความพึงพอใจในชีวิตสามารถควบคุมตนเองได้ เปี่ยมด้วยชีวิตชีวา มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และมีความกังวลหรือความซึมเศร้าน้อย

ในขณะที่ Ryff & Keyes (1995) ให้ความหมายของสุขภาวะทางจิต ว่าเป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจ ที่มีความหลากหลายด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย การยอมรับตัวเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ความเป็นตัวของตัวเอง การมีความงอกงามในตน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และการมีความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม

เมื่อประมวลความหมายงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่ามีการให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาวะทางใจ (Psychological well-being) ไว้หลากหลาย ซึ่งสุขภาวะทางใจเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพราะเป็นบุคคลที่ดำเนินชีวิตอยู่บนพื้นฐานของความเครียดและความวิตกกังวล การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ดูแล การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และชีวิตความเป็นอยู่มีอิทธิพลต่ออารมณ์และความรู้สึก ผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมเหล่านี้ แม้ไม่ได้แสดงผลรุนแรง แต่หากเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาอันอาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ เช่น ความเครียดและวิตกกังวล ความทุกข์ทางใจ หรือบางรายอาจรุนแรงจนเป็นโรคซึมเศร้าได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สุขภาวะทางใจ (Psychological well-being) หมายถึง คุณลักษณะทางจิตใจเชิงบวกของบุคคล ในการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาความเครียด รวมถึงสามารถสร้างคุณค่าให้กับตนเองและผู้อื่นในสังคม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ การยอมรับตนเอง มีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเอง การมีความงอกงามในตน สามารถจัดการสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกเชิงลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของของสุขภาวะทางใจ

จากบททวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิจัยและนักจิตวิทยาหลายคน ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางใจ และได้แบ่งองค์ประกอบของสุขภาวะทางใจไว้แตกต่างกันดังนี้

Lawton (1983) ได้แบ่งองค์ประกอบของสุขภาวะทางใจออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ความรู้สึกทางลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า กระวนกระวาย การมองโลกในแง่ร้าย และภาวะบีบคั้นทางจิตใจที่แสดงอาการทางโรคประสาท

2. ความรู้สึกทางบวก เป็นการแสดงออกของอารมณ์พึงพอใจในขณะนั้น ซึ่งไม่เป็นการตัดสินใจด้วยความนึกคิด ไม่จำเป็นต้องมีเหตุผล

3. ความสมดุลระหว่างความปรารถนากับการได้รับการตอบสนองตามความปรารถนา

4. ความรู้สึกต่อเรื่องต่าง ๆ ซึ่งเป็นการประมวลความรู้สึกที่ดี ที่ผ่านมาในชีวิต

Dupuy (1997) ได้ระบุองค์ประกอบของสุขภาวะทางใจไว้ 6 ด้าน ดังนี้

1. ความวิตกกังวล - การไม่มั่นใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้มีอาการเครียด กลัว กระวนกระวายใจ และวิตกกังวล

2. ภาวะซึมเศร้า - ความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งอาจแสดงออกทางกายด้วย เช่น การเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย

3. สุขภาวะทางบวก - ความรู้สึกทางบวก จากความพึงพอใจในชีวิตหรือการรับรู้ความสุขในการดำเนินชีวิต

4. การควบคุมตัวเอง - ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนได้ เพื่อเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ความมีชีวิตชีวา - ความรู้สึกสดชื่น เบิกบานใจ มีพลังในการทำสิ่งต่างๆ

6. ภาวะสุขภาพทั่วไป - ภาวะความเจ็บป่วยของร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้ไม่มีความสุข

วริสปร โรหิตะบุตร (2558) แบ่งองค์ประกอบของสุขภาวะทางใจออกเป็น 6 มิติ ประกอบด้วย

1. การยอมรับในตน หมายถึง การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง เข้าใจและยอมรับลักษณะต่างๆ ของตนเองทั้งแง่ดีและไม่ดี มีความรู้สึกในแง่บวกต่ออดีตของตนขึ้นกับตนในอดีต มีสิ่งรบกวนจิตใจหรือทำให้รู้สึกเจ็บปวด ประารถนาที่จะแตกต่างไปจากสิ่งที่ ตนเป็นอยู่ในขณะนี้

2. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น หมายถึง มีสัมพันธภาพที่อบอุ่น พึงพอใจและไว้วางใจ มีความสามารถในการเข้าใจความรู้สึก การให้ความร่วมมือ รวมถึงการให้และการรับในสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล และความสามารถที่จะรักและสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด

3. ความเป็นตัวของตัวเอง หมายถึง การกำกับควบคุมตนเองได้ ความเป็นอิสระสามารถ ประเมินตนเองตามจริงได้ สามารถที่จะทนทานต่อแรงกดดันจากสังคมในด้านความคิดและการกระทำได้ ควบคุมพฤติกรรมจากภายในตนเอง ประเมินตนตามมาตรฐานของตนเอง

4. ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม ที่อยู่รอบตัว สามารถดูแล ควบคุมกิจกรรมหรือสถานการณ์ที่อยู่ยากต่างๆ ทำผ่านไปได้ ด้วยดี สามารถใช้โอกาสที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถเลือกและสร้างสรรค์สิ่งที่เหมาะสมกับตนเอง

5. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต หมายถึง การมีความมุ่งหมายในการมีชีวิต มีเป้าหมายในชีวิตและสามารถกำหนดทิศทางในชีวิตตนเอง มีความเชื่อที่เป็นหลักยึดในจิตใจเพื่อที่จะนำไปสู่จุดมุ่งหมาย ในชีวิต มองเห็นคุณค่าและความหมายของชีวิตที่ผ่านมา

6. การมีความงอกงามในตน หมายถึง การมีความต้องการที่จะพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนบรรลุ ถึงศักยภาพสูงสุดที่ตนมี เห็นถึงความงอกงามและเปิดกว้างในตนเอง เปิดรับประสบการณ์ใหม่ ตระหนักถึง ศักยภาพที่ตนเองมี มองเห็นการพัฒนาในตนเองและพฤติกรรมตลอดเวลา มีการเปลี่ยนแปลงที่สะท้อน ให้เห็นถึงการตระหนักและมีประสิทธิภาพในตนเอง

อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Ryff & Keyes (1995) ซึ่งเป็นแนวคิดหลักที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แบ่งองค์ประกอบของสุขภาวะทางใจที่มีความชัดเจน โดยมีแนวคิดที่ว่าสุขภาวะทางใจเป็นความพึงพอใจสามารถบรรลุถึงความสำเร็จของช่วงชีวิต ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ซึ่งผู้ดูแลควรจะต้องมีสุขภาวะในแต่ละมิติ ดังนี้

1. การยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) เป็นคุณลักษณะของการมีทัศนคติเชิงบวกที่มีต่อตนเอง เข้าใจและยอมรับต่อหลายๆ มุมมองที่เกี่ยวกับตนเอง ทั้งแง่บวกและแง่ลบ และมีความรู้สึกเชิงบวกต่อชีวิตในอดีตที่ผ่านมา

2. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive Relations with Others) อธิบายถึงขอบเขตความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เชิงบวก การมีชีวิตที่ดี ความเป็นมิตรภาพ และมีความรักต่อผู้อื่น มีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น มีความไว้วางใจผู้อื่น

3. การมีความเจริญงอกงามในตน (Personal Growth) คือมีการเปิดรับประสบการณ์ในเรื่องสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาและการพัฒนาที่เกิดขึ้น มีความสามารถในการเผชิญหน้ากับความท้าทายใหม่ๆ โดยบุคคลที่มีองค์ประกอบด้านนี้สูงจะมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี

4. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in Life) คือ การให้ความสำคัญกับความเชื่อในเป้าหมายและความหมายในชีวิต มีความเข้าใจในเป้าหมายอย่างชัดเจนทั้งในเรื่องทิศทางของเป้าหมายและมีความตั้งใจ

5. ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environmental Mastery) เป็นทักษะความสามารถของบุคคลในการเลือกหรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตนเองได้ มีความสามารถในการจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อนได้ มีการเรียนรู้สิ่งแวดล้อม สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของโลกได้

6. ความมีอิสระแห่งตน (Autonomy) คือ การมีอำนาจในการตัดสินใจอย่างด้วยตนเอง มีอิสระและกำกับพฤติกรรมของตนเองจากภายในได้ มีการต่อต้านวัฒนธรรมภายนอกที่ขัดแย้งกับวัฒนธรรมภายในตนเอง (Resistance to Enculturation) มีความอดทนต่อแรงกดดันต่างๆ และสามารถประเมินตนเองได้ด้วยมาตรฐานของตนเองที่ยึดถือไว้

จากองค์ประกอบสุขภาวะทางใจที่กล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่าองค์ประกอบสุขภาวะทางใจ สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ ความรู้สึกทางบวกและทางลบ ซึ่งบุคคลจะประเมินความรู้สึกจากภาวะความสมดุลระหว่างความรู้สึกในทางบวกและทางลบ ถ้าความรู้สึกด้านใดด้านหนึ่งมีมากกว่า แสดงว่าบุคคลนั้นมีความเป็นอยู่ในลักษณะนั้น เช่น ถ้าบุคคลมีความรู้สึกทางบวกจะมีจิตใจที่มีความสุข ร่าเริง คล่องแคล่ว และบุคคลที่มีความรู้สึกทางลบจะมีความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาครั้งนี้ นำองค์ประกอบสุขภาวะทางใจตามแนวคิดของ Ryff & Keyes

(1995) มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การยอมรับตนเอง 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น 3) การมีความเจริญงอกงามในตน 4) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต 5) ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม 6) ความมีอิสระแห่งตน เนื่องจากมีผู้นำมาใช้ในการศึกษาสุขภาวะทางใจในกลุ่มผู้ดูแล เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลโรคสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น

การวัดหรือประเมินองค์ประกอบสุขภาวะทางใจ

การวัดองค์ประกอบสุขภาวะทางใจ ตามแนวคิด Ryff & Keyes (1995) สามารถได้วัด 6 องค์ประกอบ โดยใช้แบบวัดสุขภาวะทางใจ 18 ข้อคำถาม ลักษณะของข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ ความพึงพอใจ การมีความสุขกับชีวิตที่มองสุขภาวะทางใจของบุคคลในองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ ด้านการยอมรับตนเอง ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล มีข้อคำถาม ทั้งหมดจำนวน 18 ข้อคำถาม มีข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีให้เลือกตอบตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ข้อคำถามทางลบ (Reverse item) ทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 6, 8, 12, 13, 15 และ 18 ข้อคำถามเหล่านี้จะได้รับการกลับค่าคะแนนไปในทางตรงข้าม คะแนนเต็ม 72 คะแนน โดยแบ่งคะแนนสุขภาวะทางใจได้โดยมีเกณฑ์การแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 18-36 คะแนน หมายถึง มีสุขภาวะทางใจในระดับต่ำ, 37-54 คะแนน หมายถึง มีสุขภาวะทางใจระดับปานกลาง 55-72 คะแนน หมายถึง มีสุขภาวะทางใจระดับสูง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้แบบวัดสุขภาวะทางใจตามแนวคิดของ Ryff & Keyes (1995) แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย ปิยะกมล วิจิตรศิริ (2555)

2. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

สุขภาพ เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่ต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ที่พัฒนาทั้งทางด้านวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อบุคคลทุกคน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2551) ให้ความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพ ว่าเป็นการสร้างเสริมให้บุคคล มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม มีการสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่ไปร่างกายที่แข็งแรง สุขภาพจิตที่สมบูรณ์อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

World Health Organization (2013) ได้ให้คำนิยาม การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) ว่าเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะบุคคลให้มีความสามารถในการควบคุมและดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์

ปี ค.ศ.1986 มีการประกาศ “กฎบัตรออตตาวา” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) โดยมีแนวคิดดังนี้ (World Health Organization, 1986)

1. ปัจเจกบุคคล ควรที่จะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งปรารถนาของตนเองที่จะสนองความต้องการต่าง ๆ ของตนเองและสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

2. เรื่องสุขภาพถูกมองในลักษณะของความจำเป็นสำหรับชีวิตประจำวัน มิใช่เป็นเพียงจุดมุ่งหมายของการดำรงชีวิตเพียงเท่านั้น

3. สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในทางบวก เน้นหนักที่ทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกับสมรรถนะต่างๆ ทางร่างกาย ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่เป็นความรับผิดชอบ

ขององค์กรในภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากเกินความนอกเหนือจากการมีชีวิตอย่างมีสุขภาพดีไปสู่เรื่องของสุขภาวะโดยรวม อันประกอบด้วย สภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ

4. การส่งเสริมสุขภาพมีพื้นฐานมาจากความคิดที่ว่า “อะไรสร้างหรือทำลายสุขภาพ” และ “การสร้างหรือทำลายสุขภาพเกิดขึ้นที่ไหน

กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (World Health Organization, 1986) ประกอบด้วย 3 ประการ

1. Advocate เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชนเพื่อสร้างกระแสทางสังคมและสร้างแรงกดดันให้แก่ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ มีการกำหนดนโยบายในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

2. Enable เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี กำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึง มีทักษะในการดำเนินชีวิตและมีโอกาสที่จะเลือกทางเดินที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

3. Mediate เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มหรือหน่วยงานต่างๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข รวมไปถึงหน่วยงานด้านเศรษฐกิจ สังคมและสื่อมวลชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ซึ่งมีกลวิธีการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action) มี 5 ประการ ดังต่อไปนี้

3.1 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) หน่วยงานภาครัฐและเอกชน จำเป็นจะต้องมีนโยบายสาธารณะที่จะต้องยอมรับและมีการปฏิบัติอย่างจริงจัง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จะเกี่ยวข้องกับกฎหมาย มาตรการทางเศรษฐกิจ การคลัง การเงินการเก็บภาษี รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรที่แน่ชัดเพื่อรับผิดชอบด้านต่าง ๆ

3.2 การสร้างสรรคสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) มี 2 ประการ คือ

3.2.1 การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับโลกให้มีความสมดุล ทั้งนี้เนื่องจากความสมดุลของธรรมชาติย่อมมีผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพดี

3.2.2 การจัดสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิต การทำงานและการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (Healthy Society) การสร้างเมืองที่มีสุขภาพดี (Healthy City) การจัดที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Workplace) และการทำให้เป็นโรงเรียนเพื่อสุขภาพ (Healthy School) เป็นต้น

3. การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthen Community Action) เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ มีการระดมทรัพยากร และวัสดุภายในชุมชน ทั้งนี้ชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสารได้รับโอกาสการเรียนรู้และแหล่งทุนสนับสนุน

4. การพัฒนาทักษะบุคคล (Develop Personal Skills) คือ การสร้างเสริมโอกาสในการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาความรู้/ทักษะชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงและตัดสินใจเลือกสิ่งที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ

5. การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorient Health Services) คือ บทบาทของทุกภาคส่วนที่จะทำงานร่วมกัน เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) เป็นปัจจัยที่สามารถเพิ่มพูนหรือคุกคามสภาวะสุขภาพของบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ อาจมาจากการตัดสินใจของแต่ละบุคคล สภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคล เช่น ปัจจัยทางเพศ ชนชั้นชาติพันธุ์ การเข้าถึงการศึกษา คุณภาพของที่อยู่อาศัย การมีสัมพันธภาพที่เกื้อหนุนช่วยเหลือ และระดับการมีส่วนร่วมทางสังคมและการปกครองในชุมชน มีการจ้างงาน คุณภาพอากาศ และการออกแบบภูมิทัศน์ของเมือง

สรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการของระบบบริการสุขภาพและชุมชน ในการส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การช่วยเหลือผู้ดูแลนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขควรทราบปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลก่อนเพื่อสามารถวางแผนในการให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม จากการศึกษาของพิมพ์พนิตภาศรี และคณะ (2558) ที่ศึกษาความต้องการการช่วยของผู้ดูแลพบว่า สิ่งที่คุณดูแลส่วนใหญ่ต้องการคือ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เพราะได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดการลองผิดลองถูกและอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2564;

ชลิยา วามะลุน และนุสรา ประเสริฐศรี, 2561) 2) การสนับสนุนทางสังคม เช่น การมีครอบครัวที่ดี มีเพื่อนหรือบุคคลในสังคมมาเยี่ยม ซึ่งแสดงถึงการมีเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็งจะทำให้ช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยลงได้ (จินตนา อางสันเทียะ และรัชณีย์ ป้อมทอง, 2561) 3) ด้านส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแล ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง

จากนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนวปฏิบัติในการช่วยเหลือในการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งจำแนกตามความต้องการของผู้ดูแลได้ดังต่อไปนี้

3.1 การสนับสนุนด้านข้อมูล (Education support) จำแนกออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านข้อมูลความรู้และทักษะ ซึ่งด้านข้อมูลและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่างมีความต้องการคล้ายคลึงกัน คือ ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความก้าวหน้าของโรค/ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแล ซึ่งการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอจะช่วยให้ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนได้มีการวางแผน/การเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ และเป็นการเตรียมจิตใจสำหรับสมาชิกครอบครัวก่อนที่วาระสุดท้ายของผู้ป่วยจะมาถึง (พิมพ์พนิต ภาครี และคณะ, 2558) ส่วนความต้องการด้านทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการช่วยพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการใช้ดูแลและจัดการอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพ (Semsam, Chaiviboontham & Chansriwong, 2018; ชลิยา วามะลุน และนุสรา ประเสริฐศรี, 2561)

3.2 ด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลอื่นด้วย ซึ่งแหล่งการช่วยเหลือแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มปฐมภูมิ และทุติยภูมิ โดยกลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ภาพใกล้ชิด ได้แก่ คู่สมรส ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน และเพื่อนบ้านที่ช่วยเหลือในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วย การช่วยเหลืองานบ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาหยุดพัก (Time off from caring) ปลีกตัวจากผู้ป่วยที่ดูแล ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสนับสนุนและผู้ให้บริการทางสุขภาพต่างๆจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Provision of services) ทั้งภาครัฐและเอกชน การสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการเยี่ยมจากให้กำลังใจคนในสังคม ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางจิตใจ (Psychological support) สามารถช่วยลดภาวะเครียดในผู้ดูแลได้ (Juarez & Otis-Green, 2012; Rattanasuk et al., 2013)

3.3 ด้านสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ (Psychological well-being promotion) เป็นการสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยตัวผู้ดูแลเอง (Self-management) ซึ่งสุขภาพจิตเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิตให้เป็นปกติสุข การมีสุขภาพจิตที่ดีจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้ว่าสิ่งใดเป็นปัญหาและควรจัดการกับมันอย่างไร ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลระหว่างความรู้สึกทางบวกและทางลบคงไว้ซึ่งสุขภาวะทางใจที่ดี โดยการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถสร้างได้ด้วยตนเอง เพียงการปรับเปลี่ยนมุมมองและหมั่นเติมพลังบวกให้ตัวเอง ซึ่งสามารถทำได้โดยการปรับพฤติกรรม การดำเนินชีวิต (Jepson, McCorkle, Adler, Nuamah & Lusk, 1999; Ryff & Keyes, 1995); กิจกรรมที่ทำได้แก่

3.3.1 การนั่งสมาธิสวดมนต์ (Meditation) เป็นการฝึกจิตวิธีหนึ่งโดยการทำให้ใจให้ว่างเปล่าเพื่อช่วยเสริมสุขภาพจิตและผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ การปฏิบัติควรนั่งสมาธิประมาณ 10-30 นาที (ธิดารัตน์ ทองหนู และวิภา จีระแพทย์, 2559)

3.3.2 กิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง (Physical activity) ด้วยการออกกำลังกาย (Exercise) เช่น การเดิน วิ่ง หรือเต้นแอโรบิก อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยการปฏิบัติพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ดูแลแต่ละคน ซึ่งการออกกำลังกายนอกจากจะทำให้ร่างกายของผู้ดูแลแข็งแรงแล้ว ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตช่วยให้ลดความเครียดวิตกกังวล นอกจากนี้การเคลื่อนไหวของร่างกายจะทำให้ระบบต่างๆ ภายในร่างกายทำงานได้เต็มประสิทธิภาพ นอกเหนือได้เต็มที่ ทั้งช่วยให้เรารู้สึกกระปรี้กระเปร่า สดชื่นแจ่มใส แจ่มใส (Black et al., 2015)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นภาระที่หนัก ผู้ดูแลมะเร็งระยะสุดท้ายจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความทุกข์ทางใจที่ส่งผลด้านลบต่อสุขภาวะหรือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สุขภาวะทางใจจึงเป็นประเด็นสำคัญที่แสดงถึงสุขภาวะหรือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและการช่วยเหลือ โดยเริ่มจากการประเมินปัญหา ผลกระทบ และความต้องการของผู้ดูแล โดยนำแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 1986 ตามประกาศ “กฎบัตรออตตาวา” (Ottawa Charter for Health Promotion) ในเรื่องกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสรรคสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ มาประยุกต์สู่การปฏิบัติในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมุมมองแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ (World Health Organization, 1986) เป็นมุมมองที่ครอบคลุมทั้งบุคคลและสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น กระบวนการเพิ่มสมรรถนะบุคคลให้มีความสามารถในการควบคุมและดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ การเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลโดยการให้ข้อมูลความรู้และทักษะ

ในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในช่วยเหลือในยามที่ผู้ดูแลต้องการ การให้ผู้ดูแลได้หยุดพักจากการดูแล และการเยี่ยมพบปะพูดคุยให้กำลังใจของคนในครอบครัว คนในสังคม หน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจซึ่งปฏิบัติโดยตัวผู้ดูแลเอง เช่น กิจกรรมการนั่งสมาธิและการเคลื่อนไหวออกแรง ซึ่งแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ดูแลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และสุขภาวะทางใจที่ดี เป็นผู้ยอมรับตนเอง มีทัศนคติที่ดี มีความมั่นใจเป็นตัวของตัวเอง สามารถควบคุม หรือจัดการกับเรื่องต่างๆ ในชีวิตได้ดี มีการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ดีอีกด้วย

ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางใจ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และการส่งเสริมสุขภาพไว้ ดังนี้

1. สุขภาวะทางใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีปัญหาด้านจิตใจ หรือมีปัญหาด้านสุขภาวะทางใจ ดังผลการศึกษาต่อไปนี้

จากการทบทวนผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง แต่คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Psychological domain) อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (วรรณกานต์ ประไพ์ทั้ง และคณะ, 2559) โดยคุณภาพชีวิตด้านใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ และคณะ (2560) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 120 คน จากโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง

ความทุกข์ทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทางใจและปัญหาความทุกข์ใจเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยมีปัญหาทางด้านอารมณ์สูงสุด ซึ่งปัญหาความทุกข์ใจ 5 อันดับแรก คือ ความกังวลใจ อ่อนเพลีย/อ่อนล้า เศร้า/เสียใจ การนอนหลับ และความหดหู่สะเทือนใจ (รัตติยา ไชยชมพู และคณะ, 2560) โดยความทุกข์ทางใจสัมพันธ์กับความต้องการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยสูงอายุ

นอกจากนี้ ยังพบภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับบทบาทในการดูแล

ผู้ป่วย ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 1 ปีหลังให้การดูแลผู้ป่วย และพบว่าภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในกลุ่มผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิตพันธ์ ธาณิรัตน์ และคณะ, 2559) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลระยะสุดท้ายได้มากที่สุด จิตดินันท์ ส่องแสงจันทร์ และคณะ (2560) และ Rhee et al. (2008) ศึกษาความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 64.2% (199 คน) และเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย มีสุขภาพไม่ดี มีความรู้สึกผิดชอบ ปรับตัวไม่ดี ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคะแนนความซึมเศร้าสูง

และยังพบว่าผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวล เนื่องมาจากบทบาทการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (จิตพันธ์ ธาณิรัตน์ และคณะ, 2559) ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลโดยตรง และความเครียดส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ดูแล (ณชนก เอียดสุข และคณะ, 2554) พบว่าผู้ดูแลครึ่งหนึ่งมีความเครียดทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร (จินตนา อาจสันเทียะ และรัชณีย์ ป้อมทอง, 2561) ซึ่งความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด (จิตพันธ์ ธาณิรัตน์ และคณะ, 2559) และความวิตกกังวลจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ ยิ่งผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในการดูแลมาก จะส่งผลให้ปัญหาสุขภาพยิ่งสูงตามมา (จินตนา อาจสันเทียะ และรัชณีย์ ป้อมทอง, 2561)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปผลการศึกษาได้ตามปัจจัยของผู้ดูแล 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ปัจจัยด้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

อายุ พบว่า อายุผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์ต่อภาวะจิตใจ จากการศึกษาภาระของผู้ดูแลและภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุ 45-54 ปี มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี มีความรู้สึกที่ถูกทอดทิ้งมากที่สุด ผู้ดูแลผู้ที่เป็นเด็กโตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ที่ได้รับการว่าจ้าง มีอาการซึมเศร้าในระดับสูง Given et al. (2005) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และมณิรัตน์ พรหมณี (2557) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

เพศ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้ดูแล มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมีระดับความเครียดเฉลี่ยสูงกว่าผู้ดูแลเพศชาย (สาสินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์ และรศรินทร์ เกรย์, 2562) และผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงความทุกข์ทางใจสูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cassidy & McLaughlin, 2015) และ จากการศึกษาผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในการ

ดูแลผู้ป่วย พบว่าญาติผู้ดูแลเพศหญิง ประสบความเครียดเรื้อรัง ในระหว่างให้การดูแลซึ่งจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพญาติผู้ดูแลโดยตรง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ, 2557)

สถานภาพสมรส มีการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะทางจิตใจผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบว่าผู้หญิงที่ไม่ใช่คู่สมรส มีความรู้สึกรู้สึกท้อทึงมาก Given et al. (2005) และพบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและอยู่ด้วยกันได้รับการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้น (Wang, Yu & Wei, 2012) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และมณีรัตน์พรหมณี (2557) ที่พบว่าสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกับภาวะวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลมีการศึกษามากกว่าระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (จิตพันธ์ ธาณิรัตน์ และคณะ, 2559) และระดับการศึกษายังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอีกด้วย ซึ่งการศึกษามีส่วนในการให้การดูแลผู้ป่วย เพราะที่มีการศึกษาดีจะมีการใช้เหตุผล และวิธีการแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้มากขึ้น (Heidari Gorji et al., 2012)

รายได้ พบว่ารายได้หรือสถานะทางการเงินเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลแบบแปรตาม โดยสถานะทางการเงินที่แย่งส่งผลผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น (อิศรพงษ์ ยรรยง และปิยะภัทร พัทธราวิวัฒน์พงษ์, 2556) และปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแล ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าหากผู้ดูแลมีรายได้สูงขึ้นจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และมณีรัตน์พรหมณี, 2557)

ภาวะสุขภาพผู้ดูแล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจ (Yeh et al., 2009) โดยปัจจัยโรคประจำตัวของผู้ดูแลสัมพันธ์กับสุขภาพจิต พบว่าผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีโรคประจำตัว 3.71 เท่า (เพ็ญวิภา แก้วพิภพ, 2560) โดยการศึกษาของ วารุณี มีเจริญ (2554) ที่พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยหลังให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพกายและจิตใจแย่งกว่าก่อนเริ่มการดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบมาก คือ ปวดศีรษะ ปวดหลัง และโรคกระเพาะอาหาร (Yeh et al., 2009) และพบว่าความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็ง ส่งผลต่อทางจิตใจ Northouse et al. (2012) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมองเสื่อม พบว่า ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ภาวะตั้งเครียด เป็นตัวแปรที่มีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล

ความเกี่ยวข้องเป็นสมาชิกภรรยาของผู้ป่วย พบว่าความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์แบบคู่ชีวิต สมาชิกภรรยา รองลงมาเป็นบุตรหลาน ซึ่งส่งผลต่อความผาสุกทาง

ใจสูงขึ้น ในทางกลับกันถ้าผู้ดูแลเป็นบุคคลอื่นอาจส่งผลให้ความผาสุกทางใจลดลงได้ (Yeh et al., 2009)

สัมพันธภาพกับผู้ป่วย พบว่าสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ให้การดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นสมองเสื่อม มีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล (Given et al., 2005) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาระที่ลดลงด้วย (Francis, Worthington, Kyriotakis & Rose, 2010) และ พบว่าสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว เป็นตัวแปรที่มีผลกระทบกับญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นสมองเสื่อม

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย พบว่าระยะเวลาที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตใจ จากผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน จะช่วยเพิ่มประสบการณ์การดูแล แต่ในขณะเดียวกันระยะเวลาที่ในการดูแลที่ยาวนานอาจมีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลมากขึ้น และพบว่าพบว่า ระยะเวลาในการดูแล และภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ดูแลวัยสูงอายุ (ปพิชญาลักษณ์ ตันติ และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2559) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของเพ็ญวิภา แก้วพิภพ (2560) และ ธิติพันธ์ ธาณิรัตน์ และคณะ (2559) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุเรื้อรังในการดูแลผู้ป่วย พบว่าระยะเวลาที่ให้การดูแล ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลประสบความเครียดเรื้อรัง ในระหว่างให้การดูแลซึ่งจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพญาติผู้ดูแลโดยตรง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ, 2557)

ความเพียงพอของความรู้ในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ความเพียงพอของความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเป็นความต้องการอันดับแรกของผู้ดูแล

ภาระการดูแล (Caregiving Burden) เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคมและเศรษฐกิจที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย (Zarit, 2008) ทั้งนี้ภาระจากการเป็นผู้ดูแล สามารถแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ภาระเชิงปรนัย หรือภาระที่เป็นรูปธรรม (Objective burden) ได้แก่ ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การเงิน การทำงาน การเข้าสังคม และ ภาระเชิงอัตนัย หรือภาระตามการรับรู้ (Subjective burden) ได้แก่ ปฏิกริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแล เช่น ความรู้สึกสูญเสีย ความกลัว วิตกกังวล และความลำบากใจ (Pai & Kapur, 1981) ซึ่งภาระการดูแลมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางใจ ดังการศึกษาของสุพัตรา บำรุงจิตร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุตมทรัพย์ (2563) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีภาระการดูแลสูง มักรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานภาวะสุขภาพทรุดโทรม รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ส่งผลให้สุขภาวะทางใจต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น

มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลที่ลดลง โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะการดูแลสูงมักรู้สึกเหนื่อย ลำทั้งร่างกายและจิตใจเกิดความรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย ซึมเศร้าและมีสภาวะทางใจต่ำ (ภาคิณี เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2563)

สรุปได้ว่า ภาวะการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

การมองโลกในแง่ดี (Optimism) หมายถึง การที่บุคคลสามารถมองสาเหตุหรือคุณลักษณะของเหตุการณ์ต่างๆ ในทางบวก และเชื่อมั่นว่าเรื่องที่เกิดจากปัจจัยภายนอกและจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวตามแต่สถานการณ์เท่านั้น (Seligman, 2011) การมองโลกในแง่ดี จะสร้างเสริมความคาดหวังในเชิงบวก ลดความคิดในด้านลบของบุคคลจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวและในสถานที่ทำงาน (Carver & Scheier, 2002) สอดคล้องกับ Seligman (2011) ให้ความหมาย การมองโลกในแง่ดี คือ กระบวนการทางปัญญาเกี่ยวกับความคาดหวังเชิงบวกของเราและการระบุสาเหตุของเหตุการณ์เลวร้ายที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากปัจจัยภายนอกตนเอง ดำรงอยู่เพียงชั่วคราว และเกิดขึ้นเฉพาะเหตุการณ์นั้นเท่านั้น ดังการศึกษาของ ภาคิณี เดชชัยยศ และคณะ (2563) ที่ศึกษาการมองโลกในแง่ดีต่อสภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะทางใจของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถควบคุมเหตุการณ์หรือภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้ จึงทำให้ใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข เป็นไปในทิศทาง เดียวกับการศึกษาการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสภาวะทางใจของผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ($r=.20, p<.000$) สอดคล้องกับการศึกษาของวรัถนันท์ ชุชนะโชติ (2561) ที่พบว่าการมองโลกในแง่ดีเป็นตัวแปรที่ทำนายความผาสุกทางใจได้มากที่สุด ($\beta=0.630, p< 0.001$)

สรุปได้ว่า การมองโลกในแง่ดี หมายถึง การที่ผู้ดูแลมองเหตุการณ์ต่างๆ ที่อยู่รอบตัวในทางบวก ลดความคิดด้านลบ และเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถควบคุม เหตุการณ์หรือภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้

ความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดเพื่อให้ผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจและสามารถฟื้นตัวได้ในเวลารวดเร็ว นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เกิดการเรียนรู้เติบโตขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้น และเข้มแข็งขึ้น (Grotberg, 2003; พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ และโสภณ แสงอ่อน, 2558) ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) สิ่งที่มี (I have) เป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ยุ่งยาก 2) สิ่งที่มีเป็น (I am) เป็นความเข้มแข็งภายในจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ และความรู้สึก มั่นใจในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่า ความรับผิดชอบ และ 3) ความสามารถที่มี (I can) เป็นทักษะทางสังคมที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลโดยการ

ปฏิสัมพันธ์ภายในบุคคลและการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Grotberg, 1995) โดยบุคคลมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จะสามารถจัดการกับสถานการณ์ยุ่งยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีสุขภาพทางใจสูง (Grotberg, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาคิณี เดชชัยยศ และคณะ (2563) ที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาพทางใจ ($\beta=0.240, p<0.01$)

สรุปได้ว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ่งยาก มีความเข้มแข็ง มั่นใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่า มีความหวัง ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ปัจจัยด้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและข้อมูลการเจ็บป่วย ดังนี้

การศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของพบว่า อายุ เพศ โรคของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพทางใจของผู้ดูแล โดยระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล (Rattanasuk et al., 2013)

2.3 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง กระบวนการที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคมที่อาจทำให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น โดย (House & Kahn, 1985) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย 2) การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3) การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ 4) การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น สิ่งของ แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น จากการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ และคณะ, 2560) โดยแหล่งการสนับสนุนทางสังคม จากการมีครอบครัวที่ดี มีเพื่อนหรือบุคคลในสังคมมาเยี่ยม การได้รับข้อมูลและการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย แสดงถึงการมีเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็ง จะทำให้ช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยลงได้ (จินตนา อาจสันเทียะ และรัชณีย์ ป้อมทอง, 2561)

แรงสนับสนุนจากครอบครัว เกิดจากการที่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือ การให้กำลังใจ การสนับสนุนการเงินจากสมาชิกครอบครัว การศึกษาของ Cassidy & McLaughlin (2015) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความทุกข์ทางใจ ในทางกลับกันผล

การศึกษา (Yeh et al., 2009) พบว่า การที่ผู้ดูแลขาดการสนับสนุนครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพของผู้ดูแล

แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน การที่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือ การให้กำลังใจ มีเพื่อนหรือบุคคลในสังคมมาเยี่ยม ตลอดจนการผลักดันเปลี่ยนแปลงการดูแล แสดงถึงการมีเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็ง จะทำให้ช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยลงได้ (จินตนา อาจสันเทียะ และ รัชณีย์ ป้อมทอง, 2561)

แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข บุคลากรทางสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนและให้บริการทางสุขภาพต่างจากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง (Provision of services) ทั้งภาครัฐและเอกชน การสนับสนุนบริการ ได้แก่ การสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ทักษะ การให้คำปรึกษาและรวมถึงคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยการศึกษาของพิมพ์พนิต ภาศรี และคณะ (2558) พบว่าการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข ด้านข้อมูล และการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยด้านความต้องการการช่วยเหลืออยู่ในระดับมาก โดยความต้องการมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ต้องการมีคนที่ช่วยเหลือในยามฉุกเฉิน โดยความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่ามีตัวแปรที่เกี่ยวข้องจำแนกออกเป็น 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สุขภาพผู้ดูแล ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล การมองโลกแง่ดี ความแข็งแกร่งในชีวิต และ 2) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย 3) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน และแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขและบริการ

รูปแบบที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า วิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำในสถานพยาบาลและมุ่งเน้น

การให้ข้อมูลความรู้

ธิดารัตน์ ทองหนู และวิภา จีระแพทย์ (2559) ได้ศึกษาผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาและ ได้รับยาเคมีบำบัดระยะเข้มข้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 50 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติ ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม 1) การให้ข้อมูลด้านขั้นตอนการดูแล 2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึกรู้สึก 3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียด 4) การโทรศัพท์ติดตาม 5) การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการฝึกอานาปานสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ชลียา วามะลุน และนุสรา ประเสริฐศรี (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 30 คน ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายประกอบด้วย 10 หน่วยเรียน จำนวน 18 ชั่วโมง พัฒนาทักษะใช้เทคนิค การสอนเชิงปฏิบัติการพัฒนาทักษะ 9 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการเฝ้าระวัง 2. ด้านการแปลความหมาย 3. ด้านการตัดสินใจ 4. ด้านการปฏิบัติการ 5. ด้านการปรับกิจกรรมตามความเหมาะสม 6. ด้านการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน 7. ด้านการให้การดูแล 8. ด้านความร่วมมือกับผู้ป่วย และ 9. ด้านการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ผลการประเมิน โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เปรียบเทียบทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะ 5 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนการแก้ไขปัญหามีลักษณะเป็นโปรแกรมหรือวิธีการที่ออกแบบมาเฉพาะในแต่ละการศึกษา ดังผลการศึกษาของ Hudson et al. (2015) ได้ศึกษาการลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน:ผลกระทบในระยะยาวจากการทดลองแบบสุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 298 รายทำ การสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 ได้รับการเยี่ยม 1 ครั้ง โทรศัพท์ 3 ครั้ง 57 ราย, กลุ่ม 2 ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง โทรศัพท์ 3 ครั้ง 93 ราย ทั้ง 2 กลุ่มจะมีพยาบาลประคับประคองช่วยการดูแลและสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามมาตรฐาน 3 ครั้ง ระยะเวลาการศึกษา 8 สัปดาห์ พบว่าในกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 มีอาการหดหู่ในช่วงเวลา 1 และ 3 ลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 และกลุ่มควบคุมอาการหดหู่ไม่แตกต่างกัน

การให้คำปรึกษา

Chen (1999) ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาในการส่งเสริมสุขภาพกับครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง 84 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาในการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) จากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมสุขภาพในขณะเยี่ยมบ้าน กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 6 พฤติกรรม คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคล การค้นพบตัวเอง และการจัดการความเครียด ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษามีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลองและสูงกว่ากลุ่มไม่ได้รับคำปรึกษา

การใช้วิธีการเผชิญความเครียด

วาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ, วันธณี วิรุฬห์พานิช และพิสมัย วัฒนสิทธิ์ (2562) การศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่นำเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดสงขลา โดยใช้กรอบแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman มี 3 วิธี คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) 2) การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping) และ 3) การบรรเทาความรู้สึกเครียด (Palliative coping) และแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเผชิญความเครียดหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีคะแนนเผชิญความเครียดหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ

มลฤดี เกษเพชร และคณะ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย คะแนนเผชิญการรับรู้ความผาสุก ทางใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเผชิญคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การใช้แนวพุทธจิตวิทยา

จุฑารัตน์ สติปัญญา (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามแนวพุทธจิตวิทยา ศึกษาสภาพและวิธีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน หลักการแนวคิดวิธีการดูแลความผาสุกทางจิตวิญญาณของ

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามหลักพุทธจิตวิทยา สร้างและทดลองใช้โปรแกรมการดูแลความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามหลักพุทธจิตวิทยา โดยใช้การวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าการดูแลความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้านในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบการดูแลความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมและรายด้านระยะหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีความผาสุกทางจิตวิญญาณระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การประยุกต์แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแล

การศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน โดยการประยุกต์รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 การประเมินคุณภาพ ชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และส่วนที่ 2 รูปแบบและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน 3 ราย เป็นระยะ เวลา 4 สัปดาห์ ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่ ส่งเสริมให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง รวมทั้งการร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้มีเครือข่ายที่ช่วยเหลือกันใน ชุมชน ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (พวงแก้ว พุทธพิทักษ์ และคณะ, 2554)

นอกจากนี้ นัยน์รัตน์ จันทรเพ็ง และคณะ (2561) ศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย/ผู้ดูแลโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ปัญญานันทภิกขุ) สู่เครือข่ายชุมชนแบบไร้รอยต่อ เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการฯของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ฯ ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับการพัฒนารูปแบบการดูแลทำให้ดูแลผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้ครอบคลุมองค์รวมและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การบริบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น คือ 1) ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากร้อยละ 98 2) มีระดับอาการรบกวนลดลงหลังการได้รับการบรรเทาอาการรบกวน ร้อยละ 100 3) ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านจิต สังคมและจิตวิญญาณร้อยละ 96 4) ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและสง่า (Good death) ร้อยละ 100 5) ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้านจากโรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายร้อยละ 100

โดยงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นมีจุดเน้นคือ มุ่งเน้นไปที่ตัวผู้ดูแลเป็นหลัก ทั้งการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคมะเร็ง การพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย และการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ดูแล ในการจัดการกับอาการหรือ ปัญหาด้านอารมณ์จิตใจความทุกข์ รวมทั้งกระบวนการจัดการตนเอง การวิเคราะห์

ปัญหาและการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง การส่งเสริมมีทั้งรูปแบบที่เป็นรายบุคคลและเป็นรายกลุ่ม

จากรูปแบบดังกล่าวมีข้อสังเกต คือ ยังไม่ปรากฏชัดในด้านสังคม สิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมสนับสนุนสุขภาวะทางใจของผู้ดูแล ทั้งๆที่สาเหตุของการเกิดปัญหาทางจิตใจของผู้ดูแล พบปัจจัยทางด้านสังคมเป็นปัจจัยสำคัญอีกหนึ่งด้าน เช่น การสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตอนที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย

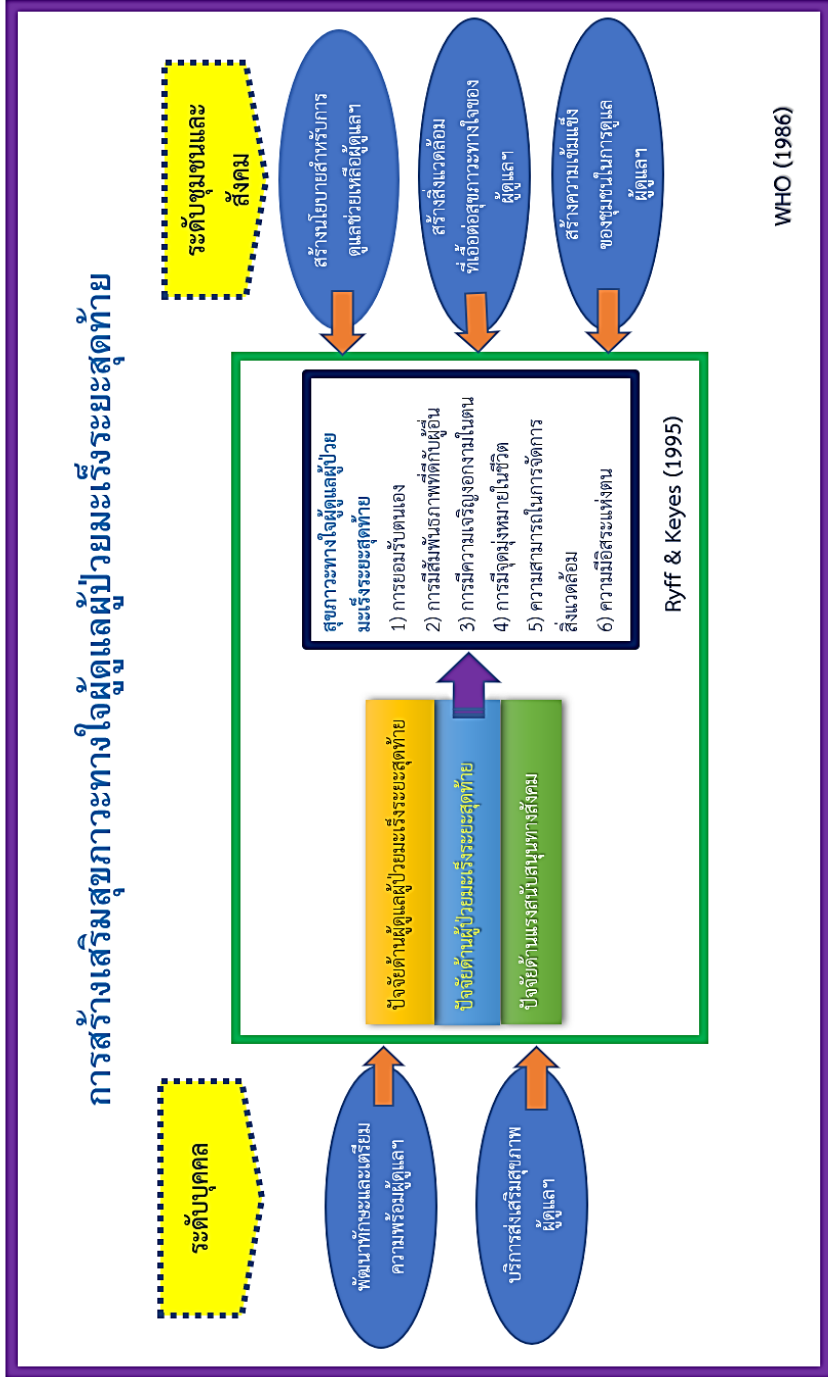
กรอบแนวคิดของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำแนวคิดสุขภาวะทางใจของ Ryff & Keyes (1995) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การมีความเจริญงอกงามในตน การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม และความมีอิสระแห่งตน มาเป็นตัวแปรตามในการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาสุขภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลฯ นอกจากนี้ ได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสรุปได้ตัวแปรต้น 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพผู้ดูแล ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเพียงพอของความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ภาระการดูแล การมองโลกในแง่ดี และความแข็งแกร่งในชีวิต 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ อายุ เพศ ชนิดโรคมะเร็ง ระดับความสามารถในช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย และ 3) ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข แรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน

ส่วนการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1986) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีสุขภาพที่ดี ซึ่งมีกลวิธีการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ (การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบองค์ประกอบและเนื้อหากิจกรรมของรูปแบบฯ ได้แก่ 1) สร้างนโยบายสำหรับผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3) สร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 4) พัฒนาทักษะและเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ

สุดท้าย 5) บริการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นำมาประกอบกับผลการศึกษาใน
ระยะที่ 1 โดยมีกรอบแนวคิดการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
ระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ดังภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 1 ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดสุขภาพทางใจของ
Ryff & Keyes (1995) ประกอบกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ตัวแปรทั้งหมด 21 ตัวแปรมา
ศึกษาสุขภาพทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมือง
อุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ดังภาพ 2



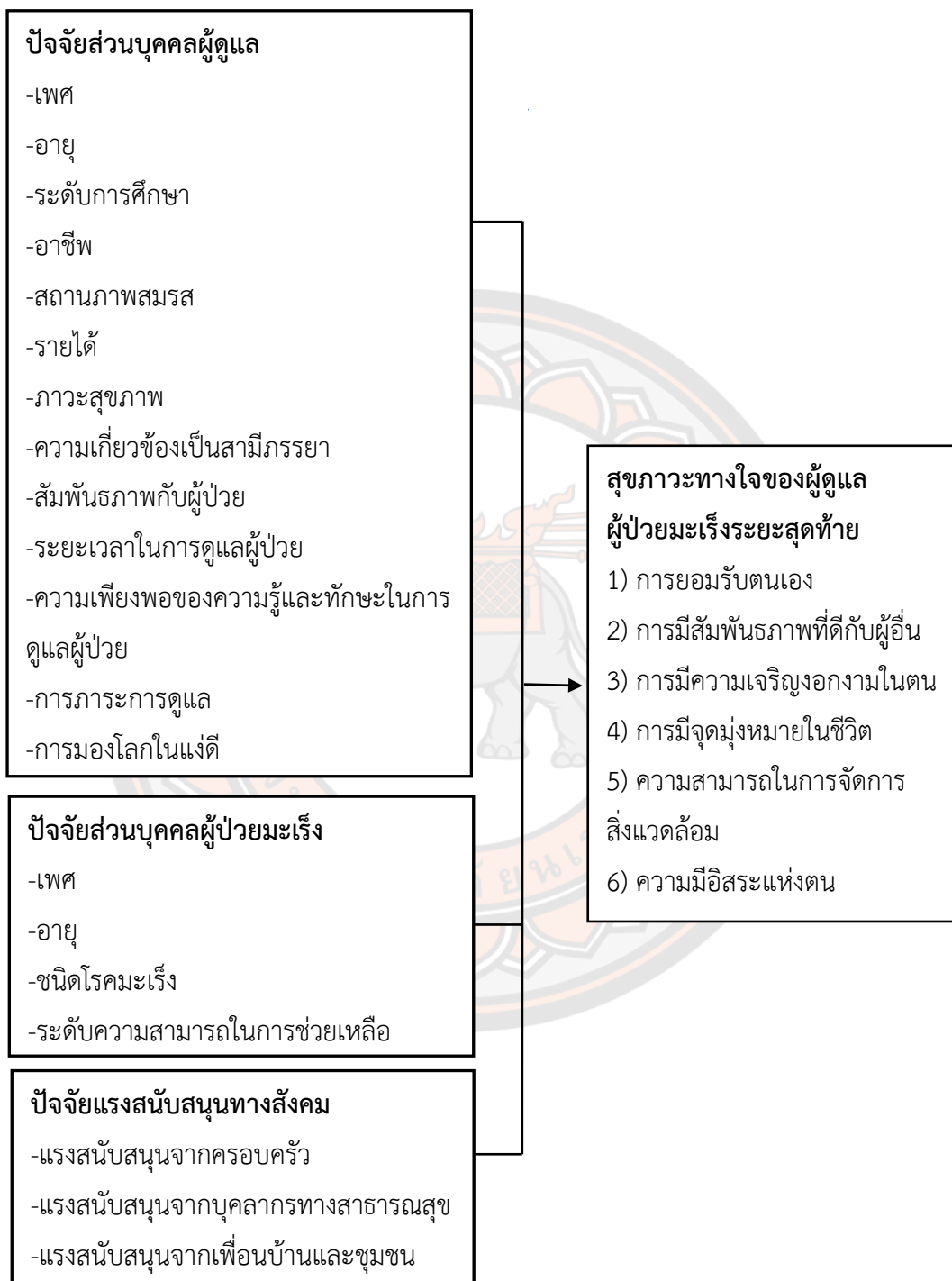


ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1.1

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพทางใจ ปัจจัยที่ส่งผลและมุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อสร้าง พัฒนา และประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยบทนี้จะนำเสนอ ระเบียบวิธีวิจัย ขั้นตอนวิธีการในการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

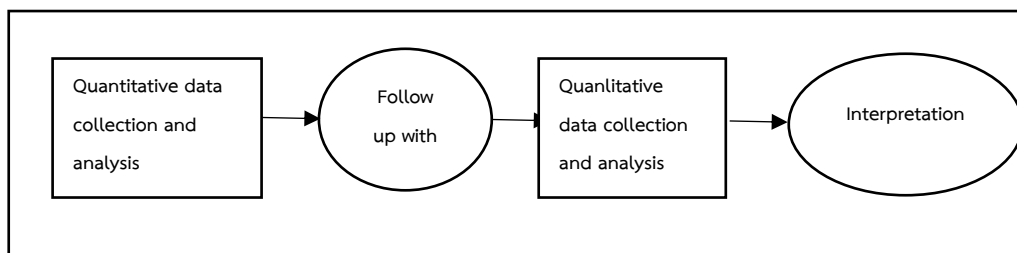
1. กระบวนทัศน์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีมุมมอง แนวความคิด และความเชื่อในกระบวนทัศน์แบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ที่เชื่อว่าความรู้ที่มีอยู่หากไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จะไร้ค่า สามารถใช้วิธีวิจัยแบบใดก็ได้ที่ตอบคำถามการวิจัยได้ดีที่สุด และข้อมูลเพียงวิธีการเดียวไม่สามารถอธิบายรายละเอียดของสถานการณ์นั้นได้ การผสมผสานเทคนิคทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจะทำให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูล (นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์, 2555) ซึ่งเป็นการผสมผสานวิธีวิจัยที่เน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มุ่งการแก้ปัญหามากกว่าการติดยึดวิธีวิจัย มีการใช้การเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี และมุ่งให้เกิดการปฏิบัติในโลกจริง (Creswell, 2014) จากกระบวนทัศน์แบบปฏิบัตินิยมมีมุมมองประเด็นเชิงปรัชญาที่เกี่ยวข้อง 3 ด้านคือ 1) ภววิทยา (Ontology) เป็นการแสวงหาความจริงที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และมุ่งผลลัพธ์จากการปฏิบัติ 2) ญาณวิทยา (Epistemology) ยอมรับธรรมชาติของความจริงทั้งปฏิฐานนิยม (Positivism) และปรากฏการณ์นิยม (Constructivism) ความรู้ที่ถูกต้องมาจากแบบปรวิสัย (Objectivity) และอัตวิสัย (Subjectivity) และการให้เหตุผลแบบนิรนัย (Deduction) และแบบอุปนัย (Induction) และ 3) วิธีการ (Method) ให้ความสำคัญกับปัญหาในโลกแห่งความเป็นจริง และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง มุ่งการแก้ปัญหามากกว่าการติดยึดวิธีวิจัย โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มาผสมผสานร่วมกันและมีการใช้การเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี

จากกระบวนการค้นข้างต้น ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) มาใช้ในการวิจัยเรื่องรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ เนื่องจากการเป็นวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research designs) เนื่องจากผลการวิจัยการผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งสามารถเสริมต่อกัน โดยใช้ผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่งช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว โดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่งหรือการใช้ผลการวิจัยวิธีหนึ่งไป ตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นในตนเอง สามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น ดำเนินการศึกษาในช่วงเวลาการประเมินความสำเร็จของการนำโปรแกรมหรือกิจกรรมไปปฏิบัติตามที่กำหนดไว้

ภายในการศึกษานี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นระยะการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) ระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Design) ตามภาพ 3 ซึ่งอธิบายถึงการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพในสองขั้นตอนติดต่อกัน ต้องใช้กระบวนการวิจัยที่เชื่อมโยงข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และผลลัพธ์จะถูกรวมเข้าด้วยกัน โดยในระยะแรกจะทำการเลือกและวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในข้อมูลเชิงปริมาณ จากนั้นจึงนำไปสู่การศึกษาค้นหาสาเหตุและที่มาของปัจจัย เพื่อตั้งคำถามวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่สอง และนำผลมาเชื่อมโยงในช่วงการแปลผล (Connecting data) โดยอาจนำเอาข้อมูลคุณภาพที่วิเคราะห์ได้ในระยะที่ 2 มาช่วยอธิบายผลกับข้อมูลเชิงปริมาณในระยะแรกกว่าจะเป็นข้อสรุป ตรวจสอบความถูกต้องซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น นำผลที่ได้จากการศึกษาทั้งสองวิธีการมาเชื่อมโยงกัน จากนั้นนำข้อมูลมาตีความสิ่งที่ต้องการจะศึกษาต่อไป (Creswell, 2014)

การวิจัยนี้ใช้การวิจัยแบบหลายช่วง (Multi-phase design) เป็นการวิจัยที่มีหลายช่วงหลายรูปแบบการวิจัยเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อตอบปัญหาการวิจัยที่ต้องอาศัยสิ่งที่เรียนรู้จากหลายๆ การวิจัยร่วมกัน โดยมีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ผล และการสรุปผลตามช่วงเวลาการดำเนินการวิจัยแต่ละช่วงหรือตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งในแต่ละขั้นตอนสามารถเป็นตัวแทนของการศึกษาเดียวได้



ภาพ 3 แสดงระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Design)

ที่มา: Creswell, 2014

2. ระยะเวลาวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งระยะเวลาวิจัยออกเป็น 2 ระยะตามกระบวนการวิจัย ดังต่อไปนี้

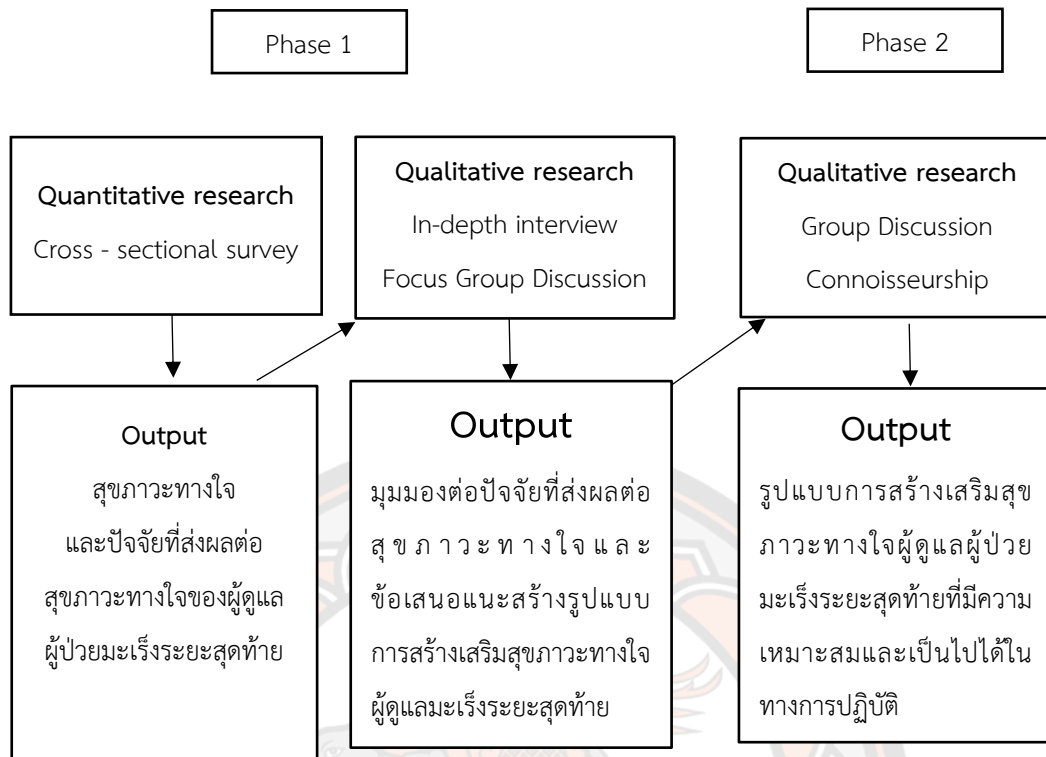
1. การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางใจและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Mixed Method) ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1.1 การศึกษาสุขภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 1.2 การศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจและข้อเสนอแนะการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. การวิจัยระยะที่ 2 การสร้าง พัฒนา และประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

โดยสามารถเขียนขั้นตอนการวิจัยแบบผสมผสาน ได้ดังภาพ 4 และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังภาพ 5



ภาพ 4 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods)



ภาพ 5 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาสุขภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลและข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การวิจัยระยะนี้เป็น การวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบตามลำดับ (Explanatory Sequential Design) เพื่อศึกษาสุขภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจและข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งจะนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ไปใช้ในระยถัดไป

ส่วนที่ 1 การศึกษาสุขภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 1,380 คน โดยประมาณการจากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (งานทะเบียนมะเร็งจังหวัดอุดรดิตถ์, 2562)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้จากสูตรการประมาณค่าสัดส่วน

$$n = \frac{nZ^2 p(1 - p)}{[e^2 (N-1) + Z^2 p(1 - p)]}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

p = ค่าสัดส่วนประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ค่าสัดส่วนของผู้ดูแลที่มีสุขภาพจิตต่ำคนทั่วไป จากการศึกษาของ ภคินี สุตะ (2559) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตต่ำในสัดส่วนเท่ากับ 0.56

Z = ค่ามาตรฐาน มีค่าเท่ากับ 1.96 เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95%

e = ค่าคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.06

แทนค่าในสูตร จะได้ดังนี้ต่อไปนี้

$$n = \frac{1,380(1.96^2)(0.56)(1-0.56)}{[(0.06)^2(1,380-1) + (1.96^2)(0.56)(1-0.56)]}$$

n = 221

ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 221 คน เพื่อลดปัญหาของการตอบแบบสอบถามไม่ครบ หรือข้อมูลสูญหาย (missing data) และความเหมาะสมของการวิจัย ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10% รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 คน

1.3 การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling technique) ดังนี้ โดยใช้รายชื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อสุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

1.3.1 เรียงลำดับรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งอำเภอเมืองจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้ชื่อตำบลเรียงตามลำดับตัวอักษร ก-ฮ และเรียงลำดับเลขหมู่บ้านเรียงจากน้อยไปหามาก

1.3.2 กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกหน่วย ในประชากร

1.3.3 หาอัตราส่วน (k) ระหว่างประชากร (N) และขนาดตัวอย่าง (n) ได้เท่ากับ 20 หมายความว่าจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยทุกๆ 20 คน จะได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 คน

1.3.4 สุ่มตัวอย่างเพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างคนแรกของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากกลุ่มตัวอย่างหมายเลข 1-20 มา 1 หมายเลขได้ 15

1.3.5 หมายเลขของกลุ่มตัวอย่างคนต่อไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบโดยการรวมอัตราส่วนที่ได้จากข้อ 1.3.3 จนได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 250 ตัวอย่าง

1.4 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.4.1 อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

1.4.2 เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความสัมพันธ์เป็นญาติใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

1.4.3 มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 1 เดือนขึ้นไป

1.4.4 เป็นผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือผู้ดูแลหลักที่ยินยอมให้ใช้ข้อมูล

1.4.5 มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

1.4.6 ยินยอมให้ข้อมูลและสมัครในเข้าร่วมกิจกรรม

1.5 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.5.1 ผู้ดูแลที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

1.5.2 ผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะดำเนินการวิจัย

1.5.3 เป็นผู้ดูแลที่ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนการดำเนินการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือเพื่อใช้ในการศึกษาหาปัจจัยและสาเหตุที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งด้านปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพ และนำปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาร่วมเป็นตัวแปรในการศึกษา ดังนั้นการวิจัยเชิงปริมาณที่ทำการศึกษาในระยะที่ 1 ประกอบด้วยตัวแปรต้น และตัวแปรตามที่จะศึกษา ดังต่อไปนี้

ตัวแปรต้นที่ทำการศึกษา

1. ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเพียงพอของความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ภาระในการดูแล การมองโลกในแง่ดี และความแข็งแกร่งในชีวิต

2. ปัจจัยด้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดโรคมะเร็ง ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง

3. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน และแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข

ตัวแปรตามที่ทำการศึกษา

คือ สุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดของ Ryff & Keyes (1995) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การมีความเจริญงอกงามในตน การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม และความมีอิสระแห่งตน

ลักษณะเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ลักษณะคำถามเป็นแบบชนิดให้เลือกตอบ และเติมคำตอบ ตามคุณลักษณะข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ให้ มีดังนี้

ตัวแปรต้นที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังต่อไปนี้

ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี) และความเพียงพอของความรู้และ

ทักษะในการดูแลผู้ป่วย ลักษณะคำถามเป็นชนิดแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ ตามคุณลักษณะของ
ข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ให้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะในการดูแล เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบมาเพื่อวัดภาวะ
ของผู้ดูแลของ Zarit, Reeve & Bach-Peterson (1980) ซึ่งแปลโดย (อรรวรรณ แผนคง, 2547)
แบบสอบถามลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

ไม่เคยเลย	หมายถึง	0	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	1	คะแนน
เป็นครั้งคราว	หมายถึง	2	คะแนน
บ่อย ๆ	หมายถึง	3	คะแนน
ประจำ	หมายถึง	4	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับค่าเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่างๆ มีสมการคำนวณ
อันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 1 โดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์ของ (Fisher, 1950)

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนของภาวะการดูแล ดังนี้

คะแนน 0 - 20	หมายถึง	ไม่มีภาวะการดูแล
คะแนน 21 - 40	หมายถึง	มีภาวะการดูแลต่ำ
คะแนน 41 - 60	หมายถึง	มีภาวะการดูแลปานกลาง
คะแนน มากกว่า 60	หมายถึง	มีภาวะการดูแลสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินของ
จารุวรรณ ยอดระฆัง (2554) ที่พัฒนาแบบสอบถาม The Life Orientation Test [LOT] ของ Scheier,
Carver & Bridges (1994) ที่มุ่งถามถึงความคาดหวังที่มีต่อเหตุการณ์ที่บุคคลคาดว่าจะเกิดขึ้นนั้นเป็นไป
ในเชิงบวกหรือลบ แบบสอบถามลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ แต่ละข้อคำถาม
แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อคำถาม
เชิงลบ จำนวน 1 ข้อ การให้คะแนนสำหรับคำถามเชิงบวก และคำถามเชิงลบ มีดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ไม่ตรงเลย	1	5
ค่อนข้างไม่ตรง	2	4
ปานกลาง	3	3
ค่อนข้างตรง	4	2
ตรงที่สุด	5	1

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับค่าเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่างๆ มีสมการคำนวณ
 อัตราภาคส่วนของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 โดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์ของ Fisher
 R.A. (1950)

ความกว้างของอัตราภาคส่วน = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนของการมองโลกในแง่ดี ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมาก

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) สร้างขึ้น

โดย พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2558) พัฒนาจากแนวคิด resilience ของ Grotberg (1995)
 แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ I am แหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต
 (external supports) I have ความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล (inner strengths) และ I can
 ปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal and
 problem-solving skills) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ แต่ละข้อคำถามแบ่งเป็น
 มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	2	คะแนน
เฉยๆ	หมายถึง	3	คะแนน
เห็นด้วย	หมายถึง	4	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	5	คะแนน

คะแนนรวมในความแข็งแกร่งในชีวิต มีค่า 28-140 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความ
 แข็งแกร่งในชีวิตสูง

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับค่าเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่างๆ มีสมการคำนวณ
 อัตราภาคส่วนของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 โดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์ของ Fisher
 (1950)

ความกว้างของอัตราภาคส่วน = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนของความแข็งแกร่งในชีวิต ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมาก

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากที่สุด

2. ปัจจัยด้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ได้แก่

เพศ อายุ ชนิดโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale: PPS Adult Suandok) (Chewaskulyong, 2011)

ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society ที่รัฐ British

Columbia เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันต่างๆของ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรม

และความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว โดยแบบประเมินฯ นี้ มี

การแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับไล่ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% แยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่

ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (คะแนน <40 %)

ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย (คะแนน 40-70 %)

ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (คะแนน >70 %)

3. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพัฒนาโดย เฮาส์ (House,

1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบที่ตรงกับการได้รับ

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และบุคลากรทางสาธารณสุข

ประกอบด้วยสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน แรงงาน

การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านจิตใจ การประเมินที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ แบ่งเป็น

รายด้าน ดังนี้

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านและชุมชน จำนวน 5 ข้อ

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ

โดยมีเกณฑ์การได้รับแรงสนับสนุนตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง 5 คะแนน

มาก หมายถึง 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง 3 คะแนน

น้อย หมายถึง 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง 1 คะแนน

การแปลผลลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวกทั้งหมดว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางสาธารณสุขในแต่ละเรื่องมากน้อยเพียงใด คะแนนสูงแสดงว่าได้รับการสนับสนุนมาก คะแนนต่ำแสดงว่าได้รับการสนับสนุนน้อย โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับค่าเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่างๆ มีสมการคำนวณ ันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 โดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์ของ Fisher (1950)

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนของความแข็งแกร่งในชีวิต ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนมาก
ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด

ตัวแปรตามที่ทำการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ คือ

แบบวัดสุขภาวะทางใจ โดยอาศัยแนวคิด Ryff & Keyes (1995) แปลเป็นภาษาไทย และปรับปรุงแบบวัดโดย ปิยะกมล วิจิตรศิริ (2555) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือกตอบ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วย หมายถึง	2	คะแนน
เห็นด้วย หมายถึง	3	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง	4	คะแนน

ข้อคำถามทางลบ (Reverse item) ทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 6, 8, 12, 13, 15 และ 18 ข้อคำถามเหล่านี้จะได้รับการกลับค่าคะแนนไปในทางตรงข้าม

แบบสอบถามทั้งหมด มีคะแนนรวมระหว่าง 18-72 คะแนน ถ้าคะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้สุขภาวะทางใจต่ำ คะแนนสูง หมายถึงการรับรู้สุขภาวะทางใจสูง นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งคะแนนสุขภาวะทางใจได้ 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย คือ

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับค่าเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่างๆ มีสมการคำนวณ
 อันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 1 โดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์ของ Fisher (1950)

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้นเกณฑ์การแปล
 ความหมายคะแนนของการรับรู้การดูแล ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง มีสุขภาพทางใจระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง มีสุขภาพทางใจระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง มีสุขภาพทางใจระดับสูง

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดสุขภาพทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจของผู้ดูแล
 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดำเนินการดังต่อไปนี้

3.1 ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับ
 กรอบแนวคิดการวิจัย

3.3 สร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยพิจารณาจากคำนิยามศัพท์ และวัตถุประสงค์
 ของการศึกษาวิจัย และนำมากำหนดในการสร้างแบบสอบถาม

3.4 นำแบบสอบถามที่สร้างปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม
 ความถูกต้องของภาษา และปรับแก้แบบสอบถามตามคำแนะนำ

3.5 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัย
 สร้างขึ้นและได้รับการปรับปรุง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
 ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้ว
 นำมาปรับปรุงแก้ไข โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความ
 คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC 0.92 -1.00
 จำนวน 5 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน เชี่ยวชาญด้านงานมะเร็งระยะสุดท้าย 1 ท่าน
 และผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 2 ท่าน โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายชื่อ
 ดังนี้

ให้ +1 = แนใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ 0 = ไม่แนใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ -1 = แนใจว่าไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย
 (IOC) จากสูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977) ดังนี้

$$IOC = (\sum R)/N$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

$\sum R$ = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายชื่อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (Rovinelli & Hambleton, 1977)

3.6 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ส่วนที่ 1 ถึงส่วนที่ 7 โดยใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือได้ ต้องมากกว่า 0.70 (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตตา วานิชย์บัญชา, 2558) ซึ่งค่าเฉลี่ยผลรวมของค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ 0.84 ค่าความเที่ยงรายฉบับมีค่าดังนี้

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง
แบบสอบถามข้อมูลด้านผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ป่วยมะเร็งฯ	0.86
แบบวัดสุขภาพทางใจ	0.82
แบบสอบถามการดูแล	0.79
แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม	0.91
แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี	0.76
แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต	0.87
แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	0.89
รวมทั้งฉบับ	0.84

3.7 จัดทำแบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยการดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยขออนุญาติการทำวิจัยและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No.515/2020 IRB No. P3-0095/2563 หลังจากได้รับการรับรองแล้วจัดเก็บข้อมูลมีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ผู้วิจัยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและฝึกทักษะการเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลศูนย์ สาธารณสุขอำเภอ และเทศบาลเมืองอุตรดิตถ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

4.3 ส่งแบบสอบถามที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในแบบสอบถามจะมีคำชี้แจงการทำแบบสอบถามและขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งเขียนชี้แจงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ไว้ที่แบบสอบถามทุกฉบับให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ช่วยเก็บข้อมูล

4.4 ประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ช่วยรวบรวมแบบสอบถามจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตรับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของโรงพยาบาลศูนย์เป็นผู้ช่วยรวบรวม กำหนดส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัย ภายใน 2 สัปดาห์

4.5 แบบสอบถามที่ไม่ได้รับคืน ผู้วิจัยตรวจสอบจากรหัสแบบสอบถามแล้ว ตามเก็บข้อมูลด้วยตนเองและประสานงานช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับหมู่บ้านหรือระดับตำบลหรือระดับอำเภอ แล้วแต่กรณี

4.6 หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ข้อมูลด้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และแรงสนับสนุนทางสังคม ($n = 250$) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

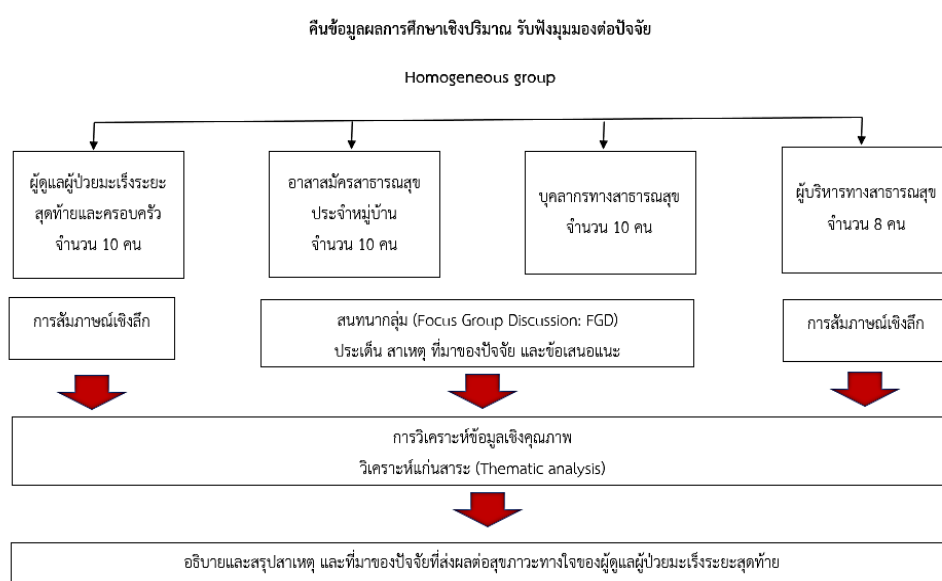
5.2 การวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($n = 250$) โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

5.3 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

ส่วนที่ 2 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลและข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และสรุปประเด็นสาเหตุปัจจัย และข้อเสนอแนะต่อการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 1.2 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลและข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



ภาพ 6 แสดงการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 การศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลและข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 การศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลและข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

โดยมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คืนข้อมูลผลการศึกษาเชิงปริมาณ ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและรับฟังมุมมองความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่าง ทำการเก็บข้อมูลเชิงลึกในกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยนำเสนอระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งได้จากการวิจัยระยะที่ 1 เพื่อเป็นการคืนข้อมูลและให้กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เกี่ยวข้องสะท้อนมุมมอง สาเหตุปัจจัย และปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้

สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในพื้นที่ที่สามารถนำมาสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ในกลุ่มที่มีลักษณะขั้นตอนที่แบบเอกพันธ์ (Homogeneous group) คือ มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะช่วยลดความผันแปร (หรือลดความแตกต่าง) ของข้อมูล และช่วยให้การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้ง่ายขึ้น และยังช่วยอำนวยความสะดวกในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) บุคลากรทางสาธารณสุข (Public Health Provider: PHP) 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Health Volunteer: HV) และทำการสัมภาษณ์เชิงลึก 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Caregiver: CG) 2) ผู้บริหารสาธารณสุข (Public Health Administrator: PHA)

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยสังเคราะห์มุมมอง และอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจ รวมทั้งข้อเสนอแนะ เพื่อสรุปประเด็นสาเหตุปัจจัยและข้อเสนอแนะต่อการสร้างรูปแบบ โดยมีรายละเอียดในการดำเนินขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 10 คน

1.2 บุคลากรทางสาธารณสุข จำนวน 10 คน

1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน

1.4 ผู้บริหารทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 8 คน

1.2 การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) เป็นการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีขนาดเล็กแต่ครอบคลุมความหลากหลายมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ หรืออาจจะเป็นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ในพื้นที่ที่ต่างกัน และในระยะเวลาที่ต่างกัน (Miles & Huberman, 1994)

1.3 เกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Inclusion criteria)

1.3.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักและไม่ได้รับค่าตอบแทน
2. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
3. ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเนื่องเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
4. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. ผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะดำเนินการวิจัย

1.3.2 บุคลากรทางสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยโรครื้อรัง (โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเนื่องเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 5 ปี
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
 2. ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะดำเนินการวิจัย
- 1.3.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงาน/หรือได้รับมอบหมายในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเนื่องเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 5 ปี
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
 2. เป็นผู้ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะดำเนินการวิจัย
- 1.3.4 ผู้บริหารที่มีส่วนดูแลผู้ป่วยและผลักดันนโยบายสร้างเสริมสุขภาพะทางใจ ทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 8 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในระดับตำบล และ/หรือระดับอำเภอ จังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 5 ปี
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. เป็นผู้ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะดำเนินการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยกลุ่มที่ให้ข้อมูลหลักที่ได้คัดเลือกไว้ (กลุ่มที่ 1.3.1 และ 1.3.4) ทำการสัมภาษณ์กำหนดเวลาไม่เกิน 30 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

การแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่ศึกษาเชิงคุณภาพจากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงปริมาณด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยแยกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

2.1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 10 คน โดยประเด็นการสัมภาษณ์และข้อความที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

- 1) ปัญหาของปัจจัยทางสุขภาวะทางใจ และอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา
- 2) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจเป็นอย่างไร
- 3) ข้อเสนอแนะความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ ความต้องการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ หรือช่องทางการติดต่อสื่อสาร ประสานงาน บุคลากร เพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและดูแลสุขภาพผู้ดูแล เป็นต้น

2.1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง สำหรับผู้บริหารทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 8 คน โดยประเด็นและข้อความที่ศึกษาเชิงคุณภาพ คือ

- 1) การให้บริการด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา พบปัญหาใดที่เป็นปัจจัยของระบบการให้บริการ และอุปสรรคในการดำเนินการตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย
- 2) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร
- 3) ข้อเสนอแนะความต้องการพัฒนาระบบการให้การสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ ที่มีความเหมาะสมและมีประโยชน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในพื้นที่

2.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกไว้ (กลุ่ม 1.3.2-1.3.3) ทำการสนทนาจนได้ข้อมูลอ้อมตัว กำหนดเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามเกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ประเด็นการสนทนากลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพจากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงปริมาณด้านมุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลและข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยแยกประเด็นและข้อคำถามตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

2.2.1 บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญหรือปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) จำนวน 10 คน โดยประเด็นและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพที่เหมือนกันกับผู้บริหาร เป็นไปในแนวทางด้านเดียวกัน คือ

1) การให้บริการด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมาพบปัญหาใดที่เป็นปัจจัยของระบบการให้บริการ และอุปสรรคในการดำเนินการตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย

2) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร

3) ข้อเสนอแนะความต้องการพัฒนาระบบการให้การสร้างเสริมสุขภาวะทางใจที่มีความเหมาะสมและมีประโยชน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในพื้นที่

2.2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเชี่ยวชาญและ/หรือได้รับมอบหมายในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 10 คน โดยประเด็นการสนทนากลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

1) ปัญหาของปัจจัยสุขภาพจิตที่มักพบในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในพื้นที่ ๆ ท่านรับผิดชอบ ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือเมื่อพบปัญหาสุขภาพที่ผ่านมา

2) อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาวะทางใจและข้อเสนอแนะกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ สามารถตอบสนองการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลการมีสุขภาวะทางใจที่ดี

3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในสถานการณ์สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) ซึ่งมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึกของแต่ละบุคคลจึงใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก เพราะข้อมูลที่ได้จะเป็นมุมมองส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักเองและการสัมภาษณ์จะดำเนินการพร้อมกับการสังเกตทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูล และสกัดประเด็นได้ประจักษ์แจ้งในปัญหายิ่งขึ้น โดยใช้กระบวนการดังนี้

3.1 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการพหุวิธีกลุ่มตัวอย่าง โดยขอ อนุมัติการทำวิจัยและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย นเรศวร เลขที่ IRB No. P3-0095/2563 หลังจากได้รับการรับรองแล้วจัดเก็บข้อมูลมีวิธีการ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.2 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตต์ เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานนัดหมายกลุ่มผู้ให้ ข้อมูลหลักล่วงหน้า ตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษา

3.3 จัดทำแนวทางการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามที่ผู้วิจัยใช้จุด ประเด็นการสนทนา เป็นคำถามปลายเปิดที่แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นปัญหา มุมมองต่อปัจจัย และข้อเสนอแนะความต้องการรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลที่เหมาะสมต่อพื้นที่ ตามกลุ่มที่ได้แบ่งไว้

3.4 การเตรียมตัวและอุปกรณ์ นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเตรียมตัวโดยการทำความเข้าใจประเด็นที่ต้องศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมสนทนา และเตรียมอุปกรณ์ เช่น เครื่อง บันทึกเสียง สมุดปากกา สำหรับบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

3.5 เตรียมสถานที่ เป็นสถานที่ที่สะดวกสบาย ไม่พลุกพล่าน สามารถควบคุมเสียงจาก ภายนอกและผู้ไม่เกี่ยวข้องได้ มีบรรยากาศเป็นกันเองเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลายไม่กังวล และไม่ รู้สึกเกร็งที่จะพูดและแสดงความคิดเห็น รวมถึงจัดที่นั่งเป็นวงกลมหรือวงรีในการดำเนินการ เพื่อให้ ผู้ดำเนินการสนทนาสามารถสบตาในระหว่างดำเนินการสนทนา

3.6 ขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ขออนุญาตบันทึกเทปในการ สัมภาษณ์ พร้อมทั้งขออนุญาตให้ผู้ให้ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้ข้อคิดเห็นมุมมองต่อ ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจและข้อเสนอแนะในการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ และขอให้กลุ่มผู้ให้ ข้อมูลซึ่งเป็นระดับผู้บริหารให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นสำหรับประเด็นการสร้างรูปแบบในระดับการ ผลักดันนโยบาย เพื่อนำมาเชื่อมโยงกับปัญหา โดยเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล กล่าวทักทาย สอบถามเรื่องทั่วไป อธิบายโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และขอคำยินยอมการวิจัยโดยการลง ลายมือชื่อให้คำยินยอมในการวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

3.7 ขั้นตอนดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัยและผู้ร่วมสนทนาмаพบกันเริ่มด้วย การทำความรู้จักกันเพื่อให้ทุกคนผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยแจ้งเป้าหมายของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลใจเรื่องผิดถูก การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นผู้วิจัยก็เริ่มประเด็นการสนทนาของปัญหา และข้อเสนอแนะอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบว่า ข้อมูลที่ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด จะไม่ถูกนำไปให้ใครรับทในการสร้างรูปแบบตามแนวทางการสนทนาที่เตรียมไว้ โดยผู้วิจัยจับประเด็นต่างๆ ที่ปรากฏแล้วพยายามให้ผู้ร่วมสนทนาได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการทำแผนที่ความคิด (Mind mapping) และเทคนิคการใช้คำสำคัญ (Key word)

3.8 ขั้นสรุปข้อมูลของรูปแบบหลังการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยถอดเทปการสนทนา และการสัมภาษณ์คำต่อคำ โดยบันทึกลงในกระดาษตลอดการสนทนาเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับมุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจผู้ดูแลและข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจที่เหมาะสมกับพื้นที่ ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดจะนำมารวบรวมเพื่อใช้ในการสร้างร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยด้วยวิธีการ ดังนี้

4.1 การวางแนวทางวิเคราะห์โดยใช้ทฤษฎี (Analytical approach using theory) ผู้วิจัยตั้งต้นการวิเคราะห์โดยใช้แนวทางจากทฤษฎีที่ผู้วิจัยศึกษา

4.2 การจัดระบบข้อมูล และแยกประเภทของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ (Organization of information and classify the types of data into categories) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งกระบวนการ โดยเริ่มต้นที่การถอดข้อความจากเสียงบันทึก การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนาของแต่ละกลุ่ม โดยถอดข้อความคำต่อคำและจัดพิมพ์ข้อมูล ในรูปแบบไฟล์ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่กำหนดรหัสผ่าน ผู้วิจัยอ่านข้อมูลอย่างวิเคราะห์ เพื่อหาความหมายในข้อมูลนั้น

4.3 การให้รหัสข้อมูล (Coding) ผู้วิจัยจำแนกข้อมูล ออกเป็นหน่วยย่อยโดยการใช้ในการกำหนดรหัสของข้อมูล โดยที่แต่ละหน่วยมีความหมายเฉพาะของตนเอง โดยแต่ละหน่วยย่อยของข้อมูลนั้นจะถูกทำเป็นรหัส รวมถึงการกำหนดรหัสแทนการใช้ชื่อจริง นามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง มีการเปรียบเทียบรหัสข้อมูลในชุดเดียวกันเพื่อเป็นการทวนสอบความถูกต้อง

4.4 การให้ความหมาย ตีความข้อมูล (Themes and categories) ผู้วิจัยเชื่อมโยงเปรียบเทียบมโนทัศน์ และให้ความหมายที่ปรากฏอยู่ในข้อความ โดยยึดใจความที่เข้ากันได้และที่บ่ง

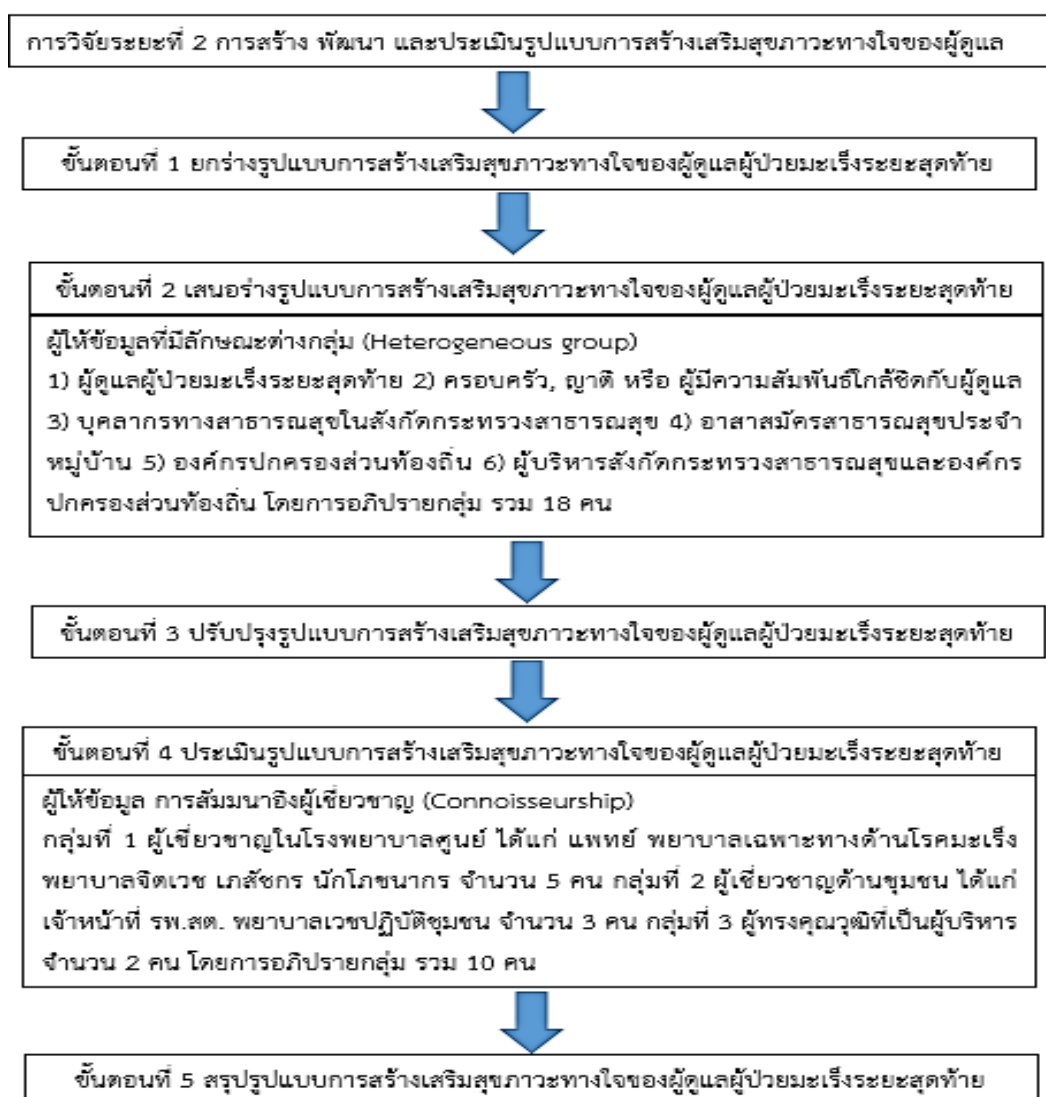
บอกถึงเรื่องหรือแก่นสาระ (Theme) เดียวกัน และมีการบูรณาการให้เป็นเรื่องราว โดยอาศัยความสัมพันธ์ของมโนทัศน์หรือหัวข้อย่อยเป็นแนวทางและมีการตรวจสอบมโนทัศน์เหล่านี้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ว่าข้อสรุปหรือความหมายที่ได้นั้นมีความถูกต้องตรงประเด็นและน่าเชื่อถือ

4.5 การแสดงข้อมูลจัดกลุ่ม (Data display) ผู้วิจัยใช้แผนที่ความคิด (Thematic map) แสดงความเชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วแต่ละมโนทัศน์เข้าด้วยกัน เพื่อบอกความหมายของข้อมูลที่ศึกษา

4.6 การนำเสนอข้อมูลหรือการสรุปข้อมูล (Representing the data analysis) การนำเสนอข้อค้นพบแยกตามหมวดหมู่ของแก่นสาระ และมีการแสดงข้อความมโนทัศน์ย่อยและหลัก โดยใช้ข้อมูลจากคำพูดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบตามวัตถุประสงค์

การวิจัยระยะที่ 2 การสร้าง พัฒนา และประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การสร้าง พัฒนา และประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยความร่วมมือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว ภาควิชาอายุรศาสตร์ทางสาธารณสุข และผู้บริหารด้านผลิตภัณฑ์นโยบาย ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม โดยมี 5 ขั้นตอน สรุปขั้นตอนระยะที่ 2 ของการวิจัย ดังแผนภาพ 6



ภาพ 7 แสดงสรุปขั้นตอนการศึกษาระยะที่ 2

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 และจากการทบทวนจากแนวคิดทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการจัดทำร่างรูปแบบที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 เสนอร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. ผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อระดมความคิดเห็นต่อรูปแบบ ในประเด็น 1) ตรงตามความต้องการของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม 2) มีความเป็นไปได้และเหมาะสมในการปฏิบัติ 3) จัดทำข้อเสนอเชิงปฏิบัติการเพิ่มเติมเพื่อหาแนวทางการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. ทำอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแนวทางการอภิปรายกลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจด ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะแบบวิวิธพันธ์ (Heterogeneous group) ได้แก่ 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2) ครอบครัว, ญาติ หรือผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ดูแล 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) บุคลากรทางสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา โภชนากร นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นักวิชาการสาธารณสุข 5) ผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) และเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ ด้วยแนวทางการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ณ ห้องประชุม ศูนย์มะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

2.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีคุณลักษณะของผู้ดูแลที่มีสุขภาวะทางใจที่ดี จำนวน 2 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักและไม่ได้รับค่าตอบแทน
2. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
3. ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเนื่องเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
4. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. ผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะดำเนินการวิจัย

2.1.2 ครอบครัว,ญาติ หรือผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ดูแล จำนวน 2 คน
(1 ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วย 1 คน)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
3. ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเนื่องเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
4. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. ผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะดำเนินการวิจัย

2.1.3 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วยบุคลากรจากโรงพยาบาลศูนย์ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา โภชนากร นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ตำแหน่งละ 1 คน, ผู้รับผิดชอบงานมะเร็ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน รวมทั้งหมด 8 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเนื่องเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 5 ปี
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะดำเนินการวิจัย

2.1.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงาน/หรือได้รับมอบหมายในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 2 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ มีประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเนื่องเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 5 ปี
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. เป็นผู้ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะดำเนินการวิจัย

2.1.5 เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ไม่น้อยกว่า 5 ปี
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. เป็นผู้ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะดำเนินการวิจัย

2.1.6 ผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน

2 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในระดับอำเภอ ระดับจังหวัดอุดรดิตถ์เป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 5 ปี
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. เป็นผู้ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะดำเนินการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) เป็นการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีขนาดเล็กแต่ครอบคลุมความหลากหลายมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ หรืออาจจะเป็นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ในพื้นที่ที่ต่างกัน และในระยะเวลาที่ต่างกัน (Miles & Huberman, 1994)

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2.2.2 แนวทางการอภิปรายกลุ่ม ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interview) ครอบคลุมประเด็นการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเด็นความคิดเห็นเพิ่มเติมจากรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีกระบวนการวิจัยในขั้นตอนนี้ ดังนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายกลุ่ม สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ สร้างบรรยากาศการสนทนาเป็นกันเอง และให้ความเคารพเจ้าของสถานที่ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวเองและผู้ช่วยนักวิจัย มอบร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อให้อ่าน โดยให้เวลาคิดและการตัดสินใจโดยไม่เร่งรัด โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นลงในเอกสารได้ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงอธิบายขั้นตอนการอภิปรายกลุ่ม

2) เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล แสดงความคิด ความเห็นและอภิปรายเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์ใช้แผนที่ความคิด (Mind mapping) เทคนิคการใช้คำสำคัญ (Key word) เพื่อค้นหาความต้องการและข้อเสนอแนะในกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ว่าควรเป็นอย่างไร

3) ผู้วิจัยสังเคราะห์และสรุปข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็น 1) ตรงตามความต้องการของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม 2) มีความเป็นไปได้ และเหมาะสมในการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับท้องถิ่น 3) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการเพิ่มเติม จากการอภิปรายกลุ่มของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด แล้วสรุปเป็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอีกครั้ง โดยพิจารณาความสอดคล้องและความสัมพันธ์ของข้อเสนอแนะทางการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2.3 การสร้างและการตรวจคุณภาพเครื่องมือ

2.3.1 ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแนวคำถามการสนทนากลุ่มชนิดกึ่งมีโครงสร้าง (Semi - structured interview) ให้สอดคล้องกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.3.2 นำเสนอเครื่องมือต่อประธานที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ครอบคลุมชัดเจน และนำมาปรับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

2.3.3 หลังจากนั้นนำมาปรับแนวคำถาม แนวทางการสนทนากลุ่มและเตรียมทักษะการสนทนากลุ่มที่เหมาะสมก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

2.3.4 ผู้วิจัยใช้การสนทนากลุ่ม เพื่อยืนยันร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีประเด็นการอภิปรายกลุ่มในด้านตรงตามความต้องการ ความตรงประเด็น ความเหมาะสมในการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินงานจริงและปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยเข้าสู่กลุ่มสนทนา โดยการแนะนำตนเอง และวัตถุประสงค์ แนะนำกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดให้มีปฏิสัมพันธ์เริ่มต้นต่อ

กัน และดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้ดำเนินงาน และดำเนินการอภิปรายกลุ่ม วิชาฯ ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นของกลุ่มสนทนาทั้งหมดจนสกัดข้อมูลมาเป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ตรงตามความต้องการ ความตรง ประเด็น ความเหมาะสมในการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินงานจริง

2.5 การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ตามแนวทางของ (Teddlie & Tashakkori, 2009) ดังนี้

2.5.1 ระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่ที่นานพอ (Prolonged engagement) ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลโดยการเข้าไปพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป จนผู้ให้ข้อมูลเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจมากยิ่งขึ้น จึงดำเนินการอภิปรายกลุ่มใหญ่

2.5.2 การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) ตลอดระยะเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านมา ผู้วิจัยมีการสังเกตร่วมกับการจดบันทึกทำทางการแสดงออกและความรู้สึกนึกคิดควบคู่กันไปด้วย

2.5.3 การตรวจสอบสามเส้า (Use of triangulation technique) ผู้วิจัยมีการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และสนทนาผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมาตรวจสอบแบบสามเส้า ดังนี้

1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) จะเน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่างๆ นั่นที่มีความเหมือนกันหรือไม่ทั้งในส่วนของ การตรวจสอบความโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ซึ่งถ้าทุกแหล่งของข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบที่ได้มามีความเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่วิจัยได้มามีความถูกต้อง

2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการวิจัย (Methodological triangulation) ได้แก่ การวิจัยเชิงปริมาณ, การวิจัยเชิงคุณภาพ (ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการถอดเสียงสัมภาษณ์)

3) การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) โดยการนำข้อมูลในขั้นตอนของการวิเคราะห์และสรุปความไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบการตีความและข้อค้นพบ

4) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่าน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้ยืนยันความถูกต้องของข้อมูลโดยไม่มีการแก้ไข

2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) วิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ด้วยการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic inductive) โดยการจำแนกและระบบข้อมูล (Typology and Taxonomy) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยถอดความจากเสียงบันทึกการอภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ประยุกต์มาจากแนวคิด Creswell & Plano-Clark (2007); Miles & Huberman (1994) ดังนี้

1.1 การจัดระเบียบข้อมูล (Preparing and exploring the data for analysis) ผู้วิจัย เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งกระบวนการ โดยเริ่มต้นที่การถอดข้อความจากแถบเสียงบันทึก การสนทนาของแต่ละกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยถอดข้อความคำต่อคำและจัดพิมพ์ข้อมูลในรูปแบบไฟล์ข้อมูลใน คอมพิวเตอร์ที่กำหนดรหัสผ่าน ผู้วิจัยอ่านข้อมูลอย่างวิเคราะห์ เพื่อหาความหมายในข้อมูลนั้น

1.2 การกำหนดรหัสข้อมูล (Coding) ผู้วิจัยจำแนกข้อมูล ออกเป็นหน่วยย่อยโดยใช้การกำหนดรหัสของข้อมูล โดยที่แต่ละหน่วยมีความหมายเฉพาะของตนเอง โดยแต่ละหน่วยย่อยของข้อมูลนั้นจะถูกเป็นรหัส รวมถึงการกำหนดรหัสแทนการใช้ชื่อจริง นามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง มีการเปรียบเทียบรหัสข้อมูลจากการที่กำหนดรหัสข้อมูลในชุดเดียวกันเพื่อเป็นการทวนสอบความถูกต้อง

1.3 การให้ความหมาย ตีความข้อมูล (Themes and categories) ผู้วิจัย เชื่อมโยง เปรียบเทียบมโนทัศน์ และให้ความหมายที่ปรากฏอยู่ในข้อความ โดยยึดใจความที่เข้ากันได้ และที่บ่งบอกถึงเรื่องหรือแก่นสาระ (Theme) เดียวกัน และมีการบูรณาการให้เป็นเรื่องเป็นราว โดยอาศัยความสัมพันธ์ของมโนทัศน์หรือหัวข้อย่อยเป็นแนวทางและมีการตรวจสอบมโนทัศน์เหล่านี้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ว่าข้อสรุปหรือความหมายที่ได้นั้นมีความถูกต้องตรงประเด็นและหน้าเชื่อถือ

1.4 การแสดงข้อมูลจัดกลุ่ม (Data display) ผู้วิจัยใช้แผนที่ความคิด (Thematic map) แสดงความเชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วแต่ละมโนทัศน์ เข้าด้วยกันเพื่อบอกความหมายของข้อมูลที่ศึกษา

1.5 การนำเสนอข้อมูล (Representing the data analysis) การนำเสนอ ข้อค้นพบแยกตามหมวดหมู่ของแก่นสาระ และมีการแสดงข้อความสนับสนุนมโนทัศน์ย่อยและหลัก โดยใช้ข้อมูลจากคำพูดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบตามวัตถุประสงค์

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ปรับปรุงสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยนำผลเสนอและสรุปความคิดเห็นเพิ่มเติม ปรับปรุง และตัดออก ของร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากขั้นตอนที่ 2 มาสร้าง ปรับปรุง และแก้ไขให้ครอบคลุม ตรงประเด็นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ มาพัฒนาจนได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ฉบับปรับปรุง)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

โดยรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการในพื้นที่ ด้วยการจัดสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามจำนวนที่เหมาะสม เพื่อประเมินรูปแบบเกี่ยวกับความเหมาะสม การนำไปใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของรูปแบบต่อการนำไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ ใช้เวลาในการดำเนินการ 1 ชั่วโมง 30 นาที ณ ห้องประชุม ศูนย์เคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักโภชนาการ จำนวน 5 คน กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 3 คน กลุ่มที่ 3 ผู้บริหารระดับตำบล/อำเภอที่มีส่วนในการเสนอแนะนโยบาย จำนวน 2 คน โดยการอภิปรายกลุ่ม รวม 10 คน

1.2 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

1.3 เกณฑ์คัดเข้า

1.3.1 อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

1.3.2 กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักโภชนาการ สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี และ/หรือ ปริญญาโท สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี

1.3.3 กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 3 คน สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี และ/หรือ ปริญญาโท สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี

1.3.4 กลุ่มที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้บริหารระดับตำบล หรืออำเภอที่มีส่วนในการเสนอนโยบาย ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ในระดับตำบล และ/หรือ ระดับอำเภอ มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี

1.3.5 ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย

1.3.6 ยินดีให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็นตามความเชี่ยวชาญ และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุดกิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแนวคำถามตามประเด็นความเหมาะสม มีประโยชน์ และความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ แบบสอบถามลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ แต่ละข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย หมายถึง 0 คะแนน เห็นด้วย หมายถึง 1 คะแนน

2.2 ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ด้วยการนำเสนอวัตถุประสงค์ และผลการวิจัยที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา จากนั้นนำเสนอรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ฉบับปรับปรุง) นักวิจัยเริ่มดำเนินการโดยชี้แจงเป้าหมายของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดให้ข้อเสนอแนะ และประเมินรูปแบบได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกการสนทนากลุ่มพร้อมบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นนักวิจัยก็จุดประเด็นการสนทนาตามแนวทาง ผู้ดำเนินการจะคอยจับประเด็นต่างๆ ที่ปรากฏแล้วพยายามให้ผู้ร่วมอภิปรายได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทุกท่านจะผลัดกันให้ข้อเสนอแนะ ประเมิน และร่วมยืนยันรูปแบบ ด้วยการเสนอความคิดเห็น และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานในพื้นที่ จนครบทุกท่าน ตามความเหมาะสม ประโยชน์ และความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ โดยผู้วิจัยบันทึกการสนทนา จุดประเด็นการสนทนา ตามแนวทางการร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็น

3. การสร้างและการตรวจคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแนวคำถามตามประเด็นความเหมาะสม มีประโยชน์ และความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ เป็นโดยเนื้อหาสอดคล้องกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3.2 นำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ฉบับปรับปรุง) และแนวทางกสนสนทนากลุ่ม นำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอข้อเสนอแนะและปรับปรุงก่อนการนำไปใช้

3.3 นำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ฉบับปรับปรุง) ไปจัดอภิปรายกลุ่ม ตามหัวข้อที่กำหนดไว้

3.4 สรุปผลการประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ข้อเสนอนแนะ ข้อคิดเห็นของการยืนยันรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ต่อการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงเป็นรูปแบบที่สมบูรณ์ เสนอต่อประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อขอคำแนะนำและความเห็นชอบเพิ่มเติม ก่อนการนำเสนอผลการวิจัยรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ขั้นเตรียมการ

4.1.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอความร่วมมือเก็บข้อมูล และประสานงานนัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักล่วงหน้า ตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษา

4.1.2 นัดหมายการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยติดต่อประสานงานกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการ ระยะเวลา และแผนการดำเนินกิจกรรม เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1.3 เตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เช่น เทปบันทึกการสนทนา สมุดจดบันทึก

4.2 ขั้นตอนการนำแนวทางการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ แนะนำผู้ช่วยนักวิจัยกับผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยการทำความรู้จักกันให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการทำแผนที่ความคิด (Mind mapping) และเทคนิคการใช้คำสำคัญ (Key word) จากนั้นนำแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสม ประโยชน์ และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เน้นการพิจารณาตัดสินคุณค่าหรือการสรุปความเห็นเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยมีข้ออภิปรายเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ฉบับปรับปรุง) ที่ผู้วิจัย

นำมา นำข้อมูลการอภิปรายกลุ่มมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อเสนอแนะต่างๆ ของผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรที่เกี่ยวข้องมาพิจารณา และปรับปรุง แก้ไข เพื่อยืนยันรูปแบบฯ ให้มีความเหมาะสม

4.3 ขั้นสรุปผลการตรวจสอบความเหมาะสม โดยนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับการยืนยันจากการทำกลุ่มการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) มาสรุปผลขั้นสุดท้าย เพื่อให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความเหมาะสม เป็นประโยชน์ และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนตามกระบวนการวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

การวิเคราะห์และยืนยันรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสม ประโยชน์ และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

5.1 ความตรงประเด็น (Validity) หมายถึง ประเด็นดังกล่าวสามารถเป็นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้จริง

ความเหมาะสม (Appropriateness) หมายถึง เป็นมาตรการหรือ กิจกรรมที่เหมาะสมต่อผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและบริบทพื้นที่ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ทุกหน่วยงานในพื้นที่

ความเป็นไปได้ในการดำเนินงานจริง (Practicality) หมายถึง กระบวนการนั้นสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง เมื่อนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 5 สรุปรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ขั้นตอนนี้ดำเนินการโดยผู้วิจัย ผู้วิจัยนำข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่างๆ ของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณา และปรับปรุง แก้ไข รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และดำเนินการสรุปรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (Ethical consideration) โดยเสนอโครงร่างเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่รับรอง เลขที่ COA No.515/2020 IRB No. P3-0095/2563 (24 ธันวาคม 2565-24 ธันวาคม 2566) หลังจากได้รับการรับรองแล้วจัดเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การปกปิดรายชื่อและข้อมูล

ได้จากแบบสอบถาม โดยจะไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้สอบถาม กลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้จะไม่ผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่ม ตัวอย่าง แบบสอบถามและข้อมูลจะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมีการ วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมจะไม่ระบุ หรืออ้างอิงกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล หากไม่ได้รับอนุญาต โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขึ้นกำหนดหัวข้อเรื่องที่จะทำวิจัย ผู้วิจัยเลือกเรื่องเกี่ยวกับประเด็นสำคัญที่เป็น ประโยชน์แก่สังคมโดยรวม
2. ขั้นตอนการออกแบบการวิจัย ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลต้อง ให้ความยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษา รักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการนำเสนอ ชื่อ-สกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล และสรุปข้อมูลเป็นภาพรวม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่อาจจะมีอัน เนื่องมาจากการให้ความร่วมมือในการศึกษา
3. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยวางแผนการเก็บข้อมูลโดย ไม่รบกวนต่อชีวิตและการทำงานตามปกติของแหล่งข้อมูลน้อยที่สุด และหลีกเลี่ยงวิธีการที่จะ ก่อให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลแก่ผู้ให้ข้อมูล ไม่มีการใส่ชื่อผู้ให้ข้อมูลในเครื่องมือที่เก็บ ข้อมูล โดยใช้รหัสแทน หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือออกจากกรวิจัยได้ ตลอดเวลา ในกรณีผู้ให้ข้อมูลเกิดความเครียดหรือไม่สบายใจทางอารมณ์และความรู้สึก ผู้วิจัยจะยุติ การสัมภาษณ์ ปล่อยให้โอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลระบายหรือแสดงความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ โดยรับฟังด้วย ความตั้งใจและแสดงความเห็นใจ
4. ขั้นตอนการจดบันทึกและถอดเทปสัมภาษณ์ ผู้วิจัยคำนึงถึงการรักษาความลับเคารพใน ความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล โดยไม่ใส่อะไรที่ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวในบทบันทึกหรือบท สัมภาษณ์ในระหว่างการถอดเทป
5. ขั้นตอนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่าง “ละเอียดลึกซึ้ง” ด้วยความระมัดระวังในการตีความที่ห่างจากความเป็นจริงเกินไป และให้ผู้ให้ข้อมูล บางส่วนมีส่วนร่วมในการตีความข้อมูลภายหลังจากที่ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว
6. ขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจะเผยแพร่ข้อมูลเฉพาะ ความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือเท่านั้น ผลการศึกษาใดที่ยังคลุมเครือหรือ ยังไม่ได้ตรวจสอบอย่างรอบคอบจะไม่เปิดเผย เพราะอาจก่อให้เกิดผลเสียหายแก่แหล่งข้อมูลได้
7. ขั้นตอนรายงานผล ผู้วิจัยรายงานผลการวิจัยเฉพาะข้อมูลที่เป็นข้อมูลที่เปิดเผยได้ หาก ส่วนใดที่เป็นความลับ เป็นเรื่องส่วนตัว หรือเป็นเรื่องที่ทำให้ผู้อ่านรู้ว่าผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนั้นเป็น ใคร ผู้วิจัยจะมีความระมัดระวังในการนำเสนอ และปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อหาความเหมาะสม ในการนำเสนอต่อไป

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา “รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์” โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) ใช้ ระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Design) ซึ่งอธิบายถึงการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสุขภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ 2) เพื่อศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลและข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ 3) เพื่อสร้าง พัฒนา และประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสร้างสุขภาวะทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามระยะการวิจัย 2 ระยะ ดังนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 สุขภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจ และศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลและข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

2. การวิจัยระยะที่ 2 การสร้าง พัฒนา และประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสร้างสุขภาวะทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสุขภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจ และศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

การวิจัยระยะนี้เป็นการศึกษาเชิงผสมผสาน (Mixed methods research designs) แบบอธิบายตามลำดับ (Explanatory sequential design) เพื่อศึกษาสุขภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ และเพื่อศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งจะนำผลการวิจัยระยะที่ 1 ไปใช้ในระยะเวลาที่ 2 ต่อไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาสุขภาพทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การวิจัยส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาสุขภาพทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิษฐ์ จังหวัดอุดรดิษฐ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 250 คน ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในเดือนมิถุนายน 2564 ถึง กันยายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.6 อายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 58.8 รองลงมาอายุ 20-39 ปี ร้อยละ 29.2 มีอายุเฉลี่ย 45.8 ปี (SD=11.95) อายุน้อยที่สุด 22 ปี มากที่สุด 75 ปี มีสถานภาพคู่ร้อยละ 59.6 รองลงมามีสถานภาพโสด ร้อยละ 28 การศึกษาส่วนใหญ่ การศึกษาระดับอนุปริญญา ร้อยละ 31.6 รองลงมาเป็นประถมศึกษา ร้อยละ 29.6 อาชีพ ผู้ดูแล ประกอบอาชีพเกษตรกรรมส่วนใหญ่ร้อยละ 24.0 รองลงมาเป็นพนักงานบริษัท ร้อยละ 21.6 และรับจ้าง ร้อยละ 16.0 รายได้ มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 38.8 (รายได้สูงที่สุด 50,000 บาท ต่ำสุดคือไม่มีรายได้; $\bar{x} = 11,869$, $SD = 9,857$) ส่วนใหญ่มีเงินเพียงพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บออม ร้อยละ 39.2 ด้านภาวะสุขภาพผู้ดูแล ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.2 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.8 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 13.2 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เกี่ยวข้องเป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 41.6 รองลงมาเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 30 และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ร้อยละ 55.2 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 36.8 มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 70.8 รองลงมาระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย 1-3 ปี ร้อยละ 16.8 และมีความเพียงพอของความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 83.6 เพียงพอ ร้อยละ 16.4 รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกข้อมูลส่วนบุคคลฯ (n=250)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	174	69.6
ชาย	76	30.4
อายุ		
20-39 ปี	73	29.2
40-59 ปี	147	58.8
> 60 ปี	30	12.0
(Minimum = 22, Maximum = 75, Mean = 45.80, SD =11.95)		
สถานภาพสมรส		
โสด	70	28.0
คู่	149	59.6
หม้าย	10	4.0
หย่า	10	4.0
แยกกันอยู่	11	4.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	30	12.0
ประถมศึกษา	74	29.6
มัธยมศึกษา/ปวช.	42	16.8
อนุปริญญา/ปวส.	79	31.6
ปริญญาตรี	20	8.0
ปริญญาโท	5	2.0
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	60	24.0
รับจ้าง	40	16.0
ค้าขาย	35	14.0
พนักงานบริษัท	54	21.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	10.4
อื่นๆ	35	14.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
<5,000 บาท	74	29.6
5,000-7500 บาท	17	6.8
7,501-10,000 บาท	62	24.8
>10,000 บาท	97	38.8
(Minimum= 0, Maximum=50,000, Mean=11,869, SD=9,857)		
สถานะการเงิน		
ไม่เพียงพอ	92	36.8
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	98	39.2
เพียงพอเหลือเก็บออม	60	24.0
ภาวะสุขภาพผู้ดูแล		
ไม่มีโรคประจำตัว	163	65.2
มีโรคประจำตัว	87	34.8
เบาหวาน	33	13.2
ความดันโลหิตสูง	37	14.8
หัวใจและหลอดเลือด	8	3.2
ไขมันในเลือดสูง	5	2.0
ไตวายเรื้อรัง	2	0.8
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
บุตร	104	41.6
สามี/ภรรยา	76	30.0
บิดา/มารดา	10	4.0
เพื่อน	28	11.2
ญาติ	28	11.2
อื่นๆ	4	1.6
สัมพันธภาพกับผู้ป่วย		
พอใช้	6	2.4
ปานกลาง	14	5.6
ดี	92	36.8
ดีมาก	138	55.2

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	177	70.8
1 – 3 ปี	42	16.8
4 – 6 ปี	21	8.4
มากกว่า 6 ปี	10	4.0
(Minimum = 0.67, Maximum = 10, Mean = 1.46, SD = 1.99)		
ความเพียงพอของความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่เพียงพอ	209	16.4
เพียงพอ	41	16.4

1.2 ผลการวิเคราะห์ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่มีภาวะการดูแล ร้อยละ 68.0 มีภาวะการดูแล ร้อยละ 32 ส่วนใหญ่มีภาวะการดูแลระดับต่ำ (21-40 คะแนน) ร้อยละ 24 รองลงมาเป็นระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) ร้อยละ 6.4 และ ระดับสูง (มากกว่า 61 คะแนน) ร้อยละ 1.6 ตามลำดับ โดยมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนนสูงสุด 67 คะแนน ($\bar{x} = 16.98$, $SD = 14.23$) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=250)

ภาวะการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะการดูแล (0-20 คะแนน)	170	68.0
มีภาวะการดูแล	80	32.0
ระดับต่ำ (21-40 คะแนน)	60	24.0
ระดับปานกลาง (41-60 คะแนน)	16	6.4
ระดับสูง (มากกว่า 61 คะแนน)	4	1.6
(Minimum= 0, Maximum= 67, Mean = 16.98, SD = 14.23)		

เมื่อจำแนกภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลต่ำสุด คือ ข้อ 16 “ท่านรู้สึกว่าคุณจะไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกไม่นาน” ($\bar{x}=0.10$, $SD=0.41$) รองลงมาเป็นข้อ 18 “ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและให้คนอื่นมาดูแลแทน” ($\bar{x}=0.12$, $SD=0.38$) ส่วนข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 21 “ท่านรู้สึกว่าคุณน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้” ($\bar{x}=2.0$, $SD=1.64$) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกตามรายข้อ (n=250)

ภาระการดูแล	Mean	SD	แปลผล
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง	0.96	1.19	ไม่มีภาระการดูแล
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง	0.78	1.14	ไม่มีภาระการดูแล
3. ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ	1.06	1.27	มีภาระการดูแลต่ำ
4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย	0.54	1.01	ไม่มีภาระการดูแล
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือโกรธขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย	0.34	0.79	ไม่มีภาระการดูแล
6. ท่านรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลผู้ป่วยหรือไม่	0.78	1.10	ไม่มีภาระการดูแล
7. ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่าน	1.52	1.38	มีภาระการดูแลต่ำ
8. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน	1.70	1.79	มีภาระการดูแลต่ำ
9. ท่านรู้สึกดีที่เครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย	0.42	0.88	ไม่มีภาระการดูแล
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องจากจากการดูแลผู้ป่วย	0.48	0.83	ไม่มีภาระการดูแล
11. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการเนื่องจากจากการดูแลผู้ป่วย	0.44	0.83	ไม่มีภาระการดูแล
12. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากจากการดูแลผู้ป่วย	0.58	1.00	ไม่มีภาระการดูแล
13. ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อน เนื่องจากจากการดูแลผู้ป่วย	0.58	0.78	ไม่มีภาระการดูแล
14. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมากเสมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้	1.48	1.54	มีภาระการดูแลต่ำ
15. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย	1.38	1.40	มีภาระการดูแลต่ำ
16. ท่านรู้สึกว่า ท่านจะไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกไม่นาน	0.10	0.41	ไม่มีภาระการดูแล
17. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย	0.26	0.63	ไม่มีภาระการดูแล
18. ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและให้คนอื่นมาดูแลแทน	0.12	0.38	ไม่มีภาระการดูแล
19. ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย	0.58	0.96	ไม่มีภาระการดูแล
20. ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับ การดูแลจากญาติคนอื่น	0.58	0.92	ไม่มีภาระการดูแล
21. ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้	2.00	1.64	มีภาระการดูแลต่ำ
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน	0.30	0.90	ไม่มีภาระการดูแล
ภาระการดูแล (โดยรวม)	0.77	1.03	ไม่มีภาระการดูแล

1.3 ผลการวิเคราะห์การมองโลกในแง่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.77$, $SD=0.71$) โดยข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 4 หากผู้ป่วยที่ท่านดูแลเกิดปัญหาฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาด่วน ท่านเชื่อว่าท่านสามารถจัดการช่วยเหลือจนได้รับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ($\bar{x} = 4.38$, $SD=0.75$) รองลงมาคือ ข้อ 2 “เมื่อต้องเจอปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ท่านเชื่อว่าท่านสามารถจัดการปัญหาเหล่านั้นได้แน่นอน เช่น ไม่มีเงิน มีความเครียด” ($\bar{x} = 3.92$, $SD=0.96$) ส่วนข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 5 “ท่านแทบจะไม่เคยเชื่อว่าจะมีสิ่งดีๆ เกิดกับท่าน” ($\bar{x} = 2.98$, $SD=1.49$) รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=250)

การมองโลกในแง่ดี	Mean	SD	แปลผล
1. เมื่อท่านเผชิญสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน ท่านมักคาดหวังสิ่งที่ดีไว้ก่อนเสมอ	3.84	0.86	มาก
2. เมื่อต้องเจอปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ท่านเชื่อว่า ท่านสามารถจัดการปัญหาเหล่านั้นได้แน่นอน เช่น ไม่มีเงิน มีความเครียด	3.92	0.96	มาก
3. การดูแลญาติที่ป่วยและมีปัญหาหนักทุกวัน นับเป็นโอกาสดีที่ท่านได้เพิ่มบุญกุศลสำหรับตัวเอง	3.76	1.37	มาก
4. หากผู้ป่วยที่ท่านดูแลเกิดปัญหาฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาด่วน ท่านเชื่อว่าท่านสามารถจัดการช่วยเหลือจนได้รับการรักษาในโรงพยาบาลได้	4.38	0.75	มากที่สุด
5. ท่านแทบจะไม่เคยเชื่อว่าจะมีสิ่งดีๆ เกิดกับท่าน	2.98	1.49	ปานกลาง
การมองโลกในแง่ดี (โดยรวม)	3.77	0.71	มาก

1.4 ผลการวิเคราะห์ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.15$, $SD=0.71$) โดยข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 16 “ฉันเชื่อว่าชีวิตนี้ยังมีความหวังเสมอ” ($\bar{x} = 4.58$, $SD=0.50$) รองลงมา คือ ข้อ 2 “ฉันเป็นคนที่มีรู้จักเห็นอกเห็นใจและสามารถแสดงออกซึ่งความห่วงใยใส่ใจต่อคนรอบข้าง” ($\bar{x} = 4.38$, $SD=0.79$) ส่วนข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 11 “ฉันมีคนนอกครอบครัวอย่างน้อย 1 คนที่สามารถไว้วางใจ/เชื่อใจได้ และพร้อมที่จะให้ความรักแก่ฉันเสมอไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น” ($\bar{x} = 3.86$, $SD=0.92$) รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=250)

ความแข็งแกร่งในชีวิต	Mean	SD	แปลผล
1. ฉันมีคนในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่ฉันสามารถไว้วางใจ/เชื่อใจได้ และพร้อมที่จะให้ความรักแก่ฉันเสมอไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น	3.90	1.21	มาก
2. ฉันเป็นคนที่ยึดมั่นเห็นอกเห็นใจและสามารถแสดงออกซึ่งความห่วงใยใส่ใจต่อคนรอบข้าง	4.34	0.79	มากที่สุด
3. ฉันมีคนที่จะคอยสอน/ตักเตือน/บอก ในการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อที่ฉันจะได้ไม่ทำในสิ่งที่อาจนำปัญหาและความยุ่งยากมาสู่ตัวเอง	4.10	0.90	มาก
4. ฉันสามารถที่จะมีอารมณ์ขันเพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของตนเอง	4.20	0.69	มาก
5. ฉันมีครอบครัวที่มั่นคง	4.24	0.91	มากที่สุด
6. ฉันสามารถที่จะหาทางออกหรือวิธีการใหม่ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่	4.08	0.92	มาก
7. ฉันมีบุคคลหรือแหล่งที่ให้การดูแลฉันในเรื่องของการได้รับการ/สวัสดิการทางสังคม และด้านความปลอดภัย	3.94	0.90	มาก
8. ฉันสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากใครสักคนได้ในเวลาที่ฉันต้องการ	4.28	0.52	มากที่สุด
9. ฉันเป็นคนที่สามารถที่จะรักและเป็นที่ยอมรับของคนอื่นได้	4.26	0.66	มากที่สุด
10. คนใกล้ชิดของฉันบอกฉันว่าฉันเป็นคนมีนิสัยดีและวางตัวสบายๆ	4.22	0.61	มากที่สุด
11. ฉันมีคนนอกครอบครัวอย่างน้อย 1 คนที่สามารถไว้วางใจ/เชื่อใจได้ และพร้อมที่จะให้ความรักแก่ฉันเสมอไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น	3.86	0.92	มาก
12. ฉันเป็นคนที่มีความภาคภูมิใจในตนเอง แต่ในขณะที่เดียวกันก็พร้อมที่จะยอมรับและยกย่องผู้อื่น	4.18	0.66	มาก
13. ฉันพร้อมที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่ฉันกระทำ และยอมรับผลของการกระทำนั้น	4.18	0.62	มาก
14. ฉันรู้จักเลือกจังหวะเวลาและรู้กาลเทศะที่เหมาะสมในการพูดคุยกับผู้อื่น	4.26	0.60	มากที่สุด
15. คนอื่นๆ มักดูจะมีความสุขเมื่อได้พบเห็น/พูดคุยกับฉัน	4.08	0.59	มาก
16. ฉันเชื่อว่าชีวิตนี้ยังมีความหวังเสมอ	4.58	0.50	มากที่สุด
17. ฉันเป็นคนอารมณ์ดี	4.26	0.77	มากที่สุด
18. ฉันมีแบบอย่างที่ดีซึ่งแสดงให้เห็นอย่างสม่ำเสมอว่าการกระทำต่างๆ ในทางที่ถูกที่ควรเป็นอย่างไร	4.22	0.54	มากที่สุด
19. ฉันเป็นคนที่ไม่ละความพยายามในงานที่ทำอยู่จนกว่าสำเร็จ	4.20	0.60	มาก
20. ฉันสามารถที่จะบอกความคิด ความรู้สึกของตนเองให้กับผู้อื่นได้	3.98	0.76	มาก
21. ฉันเป็นคนที่ดีพิจารณาวางแผนในอนาคตที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง	3.94	0.81	มาก
22. ฉันสามารถที่จะจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ	3.98	0.71	มาก
23. ฉันมีบุคคลหรือแหล่งที่ให้การดูแลฉันในเรื่องของสุขภาพและการศึกษา	4.00	0.69	มาก
24. ฉันมีคนที่จะพร้อมจะให้กำลังใจและสนับสนุนให้ฉันเป็นตัวของตัวเอง	4.18	0.73	มาก
25. ฉันมีความเชื่อมั่นว่าสิ่งต่างๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดีแม้อยู่ในภาวะยากลำบาก	4.18	0.56	มาก
26. ฉันรู้จักเลือกจังหวะเวลาและรู้กาลเทศะที่เหมาะสมในการแสดงออกทั้งด้านการพูด	4.14	0.56	มาก
27. ฉันมีความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ช่วยหนุนนำจิตใจ	4.22	0.57	มากที่สุด
28. ฉันมีชีวิตอยู่ในชุมชนที่ดูแลฉันและให้ความช่วยเหลือฉันได้เมื่อฉันต้องการ	4.16	0.61	มาก
ความแข็งแกร่งในชีวิต (โดยรวม)	4.15	0.71	มาก

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.6 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 50 รองลงมาอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 44.8 อายุเฉลี่ย 59.3 ปี (SD=11.07) อายุน้อยที่สุด 33 ปี มากที่สุด 84 ปี ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านมร้อยละ 30 รองลงมาเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 20 และโรคมะเร็งปอดร้อยละ 16.8 ส่วนใหญ่ความสามารถในช่วยเหลือตนเองได้น้อย ร้อยละ 60.8 รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลด้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=250)

ข้อมูลด้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	86	34.4
หญิง	164	65.6
อายุ		
20-39 ปี	13	5.2
40-59 ปี	112	44.8
≥60 ปี	125	50.0
(Minimum = 37, Maximum = 84 , Mean = 59.32, SD = 11.07)		
ชนิดโรคมะเร็ง		
มะเร็งกระเพาะอาหาร	13	5.2
มะเร็งปอด	42	16.8
มะเร็งตับและท่อน้ำดี	16	6.4
มะเร็งเต้านม	75	30.0
มะเร็งลำไส้ใหญ่	50	20.0
มะเร็งปากมดลูก	5	2.0
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	13	5.2
มะเร็งหลอดอาหาร	30	12.0
มะเร็งอื่นๆ	6	2.4
ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (PPS)		
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (<40%)	98	39.2
ช่วยเหลือตนเองได้น้อย (40-70%)	152	60.8

3. ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.84$, $SD=0.94$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.00$, $SD=0.83$) รองลงมาเป็นแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ($\bar{x} = 3.90$, $SD=1.05$) และแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน ($\bar{x} = 3.40$, $SD=0.94$) ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายด้าน (n=250)

ด้าน	Mean	SD	การแปลผล
สมาชิกในครอบครัว	3.90	1.05	มาก
เพื่อนบ้านและชุมชน	3.40	0.94	ปานกลาง
บุคลากรทางสาธารณสุข	4.00	0.83	มาก
แรงสนับสนุนทางสังคม (โดยรวม)	3.84	0.94	มาก

เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายข้อ พบว่า ด้านแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ข้อที่ได้คะแนนสูงสุด คือ ข้อ 3 “คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจ” ($\bar{x} = 4.38$, $SD=0.75$) ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 4 “ท่านได้รับคำเตือนในการรับประทานยาจากบุคคลในครอบครัว” ($\bar{x} = 3.44$, $SD=1.25$) ด้านแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน ข้อที่ได้คะแนนสูงสุด คือ ข้อ 10 “ท่านได้รับคำตักเตือนจากเพื่อนเรื่องการดูแลสุขภาพ” ($\bar{x} = 3.64$, $SD=0.94$) ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 8 “ท่านได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย” ($\bar{x} = 3.46$, $SD=0.99$) และด้านแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข ข้อที่ได้คะแนนสูงสุด คือ ข้อ 13 “บุคลากรทางสาธารณสุขให้ความช่วยเหลือ/อำนวยความสะดวกเมื่อท่านพาผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจโรค” ($\bar{x} = 4.26$, $SD=0.80$) ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อ 10 “ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย” ($\bar{x} = 3.80$, $SD=0.90$) รายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามรายชื่อ (n=250)

แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	แปลผล
สมาชิกในครอบครัว			
1. สมาชิกในครอบครัวให้คำแนะนำท่านในการดูแลตนเอง	3.82	1.13	มาก
2. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงินและขาดแคลนเครื่องใช้ต่างๆ คนในครอบครัวช่วยเหลือท่านได้	3.68	1.09	มาก
3. คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจ	4.38	0.75	มากที่สุด
4. ท่านได้รับคำเตือน ในการรับประทานยาจากบุคคลในครอบครัว	3.44	1.25	มาก
5. ท่านสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆ กับคนในครอบครัวได้ทุกเรื่อง	4.10	1.03	มาก
เพื่อนบ้านและชุมชน			
6. ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากเพื่อนและชุมชน	3.58	0.98	มาก
7. ท่านได้รับคำปรึกษาจากเพื่อนและชุมชนเมื่อเจ็บป่วย	3.58	0.98	มาก
8. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย	3.46	0.99	มาก
9. ท่านได้รับความใส่ใจและปลอบใจจากเพื่อนและชุมชนเมื่อท้อแท้	3.86	0.85	มาก
10. ท่านได้รับคำตักเตือนจากเพื่อนเรื่องการดูแลสุขภาพ	3.64	0.94	มาก
บุคลากรทางสาธารณสุข			
11. ท่านได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย	3.90	0.94	มาก
12. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย	3.80	0.90	มาก
13. บุคลากรทางสาธารณสุขให้ความช่วยเหลือ/อำนวยความสะดวกเมื่อท่านพาผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจโรค	4.26	0.80	มากที่สุด
14. ท่านได้รับกำลังใจจากบุคลากรทางสาธารณสุข	4.14	0.78	มาก
15. ท่านได้รับคำตักเตือนเรื่องการดูแลสุขภาพของท่าน จากบุคลากรทางสาธารณสุข	3.88	0.74	มาก

4. ผลการวิเคราะห์สภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.94$, $SD = 0.73$) เมื่อพิจารณาสภาวะทางใจรายด้านพบว่า ด้านการยอมรับตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.87$, $SD = 0.71$) ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.00$, $SD = 0.72$) ด้านความเป็นตัวของตัวเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.80$, $SD = 0.76$) ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.01$, $SD = 0.67$) ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.81$, $SD = 0.82$) และด้านความเจริญงอกงามของบุคคลอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.21$,

SD=0.70) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางใจด้านความเจริญงอกงามของบุคคลมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ความเป็นตัวของตัวเอง และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต รายละเอียดดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามรายด้าน (n=250)

ด้าน	Mean	SD	แปลผล
การยอมรับตนเอง	2.87	0.71	ปานกลาง
การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น	3.00	0.72	สูง
ความเป็นตัวของตัวเอง	2.80	0.76	ปานกลาง
ความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม	3.01	0.67	สูง
การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	2.81	0.82	ปานกลาง
ความเจริญงอกงามของบุคคล	3.21	0.70	สูง
สุขภาวะทางใจ (โดยรวม)	2.94	0.73	ปานกลาง

เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 17 “ท่านคิดว่าชีวิตคือกระบวนการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลง และการเจริญงอกงาม” ($\bar{x} = 3.42$, $SD=0.60$) รองลงมาเป็นข้อ 10 “ท่านสามารถจัดการความรับผิดชอบในชีวิตประจำวันของท่านได้” ($\bar{x} = 3.32$, $SD=0.51$) ส่วนข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 1 “ในหลายๆ เรื่องในชีวิตที่ผ่านมา ท่านยังรู้สึกว่าคุณเองไม่ประสบความสำเร็จ” ($\bar{x} = 2.32$, $SD=0.86$) ส่วน รายละเอียดดังตาราง 10

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามรายชื่อ (n=250)

สุขภาวะทางใจ	Mean	SD	แปลผล
1. ในหลายๆ เรื่องในชีวิตที่ผ่านมา ท่านยังรู้สึกว่า ตนเองไม่ประสบความสำเร็จ	2.32	0.86	ปานกลาง
2. เมื่อย้อนกลับไปดูชีวิตของตนเองที่ผ่านมา ท่านรู้สึกพอใจกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น	3.04	0.72	สูง
3. ท่านพอใจในความเป็นตัวของตัวเอง	3.26	0.56	สูง
4. ใครๆ มักจะบอกว่า ท่านเป็นผู้เสียสละเวลาและมักให้ความช่วยเหลือกับผู้อื่น	3.23	0.53	สูง
5. ท่านมีความลำบากใจ ที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น	3.24	0.62	สูง
6. ท่านไม่ค่อยมีความสัมพันธ์ที่อบอุ่นกับคนรอบข้าง	2.54	1.00	ปานกลาง
7. ท่านยืนยันในความคิดของท่าน แม้ว่ามันจะแตกต่างจากคนอื่น	2.68	1.01	ปานกลาง
8. ท่านมักคล้อยตามคนที่มีความคิดแน่วแน่	2.74	0.66	ปานกลาง
9. ท่านตัดสินใจได้ด้วยความคิดของตนเองไม่ใช่ตามคนอื่น	2.98	0.62	ปานกลาง
10. ท่านสามารถจัดการความรับผิดชอบในชีวิตประจำวันของท่านได้	3.32	0.51	สูง
11. ท่านรู้สึกว่า ท่านเป็นผู้ควบคุมชีวิตของตัวเอง	3.12	0.65	สูง
12. สิ่งต่างๆ ที่ต้องทำในชีวิตประจำวันทำให้ท่านเหนื่อยล้า	2.58	0.85	ปานกลาง
13. บางที่ท่านรู้สึกเหมือนกับว่าท่านได้ทำทุกอย่างในชีวิตครบถ้วนแล้ว	2.46	0.73	ปานกลาง
14. ท่านไม่ได้ใช้ชีวิตอย่างไร้จุดหมายเหมือนคนอื่นๆ บางคน	2.94	0.79	ปานกลาง
15. ท่านมีชีวิตอยู่ไปวันๆ โดยไม่ได้คิดถึงอนาคตมากนัก	3.04	0.94	สูง
16. ท่านคิดว่า การมีประสบการณ์ใหม่ๆ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ท่านได้คิดเกี่ยวกับตนเองและโลกภายนอก	3.28	0.67	สูง
17. ท่านคิดว่าชีวิตคือกระบวนการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงและการเจริญงอกงาม	3.42	0.60	สูง
18. ท่านเลิกที่จะพยายามเปลี่ยนแปลงชีวิตของท่านมานานแล้ว	2.92	0.82	ปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3.1 สมการในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots b_nx_n$$

เมื่อ Y = สุขภาวะทางใจ

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเพศ

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุ

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพสมรส

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระดับการศึกษา

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพ

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของรายได้

b_7 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย

b_8 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

b_9 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล

b_{10} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

b_{11} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความเพียงพอของความรู้และทักษะใน

การดูแลผู้ป่วย

b_{12} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของภาระในการดูแล

b_{13} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการมองโลกในแง่ดี

b_{14} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความแข็งแกร่งในชีวิต

b_{15} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเพศของผู้ป่วย

b_{16} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุของผู้ป่วย

b_{17} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของชนิดโรคมะเร็งของผู้ป่วย

b_{18} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย

b_{19} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนจากครอบครัว

b_{20} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน

B_{21} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข

x_1 = เพศ

x_2 = อายุ

x_3 = สถานภาพสมรส

x_4 = ระดับการศึกษา

x_5 = อาชีพ

x_6 = รายได้

x_7 = ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย

x_8 = สัมพันธภาพกับผู้ป่วย

x_9 = การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล

- x_{10} = ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย
 x_{11} = ความเพียงพอของความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย
 x_{12} = ภาระในการดูแล
 x_{13} = การมองโลกในแง่ดี
 x_{14} = ความแข็งแกร่งในชีวิต
 x_{15} = เพศของผู้ป่วย
 x_{16} = อายุของผู้ป่วย
 x_{17} = ชนิดของโรคมะเร็ง
 x_{18} = ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย
 x_{19} = แรงสนับสนุนจากครอบครัว
 x_{20} = แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน
 x_{21} = แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข

3.2 ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตาราง 11 แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
เพศ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) (หญิง = 0, ชาย = 1)
อายุ	อัตราส่วน
สถานภาพสมรส	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) สถานภาพสมรส (อ้างอิง) สถานภาพโสด (โสด = 1, อื่นๆ = 0) สถานภาพหย่า (หย่า = 1, อื่นๆ = 0) สถานภาพหม้าย (หม้าย = 1, อื่นๆ = 0) สถานภาพแยกกันอยู่ (แยก = 1, อื่นๆ = 0)
ระดับการศึกษา	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) การศึกษาประถมศึกษา (อ้างอิง) ศึกษามัธยมศึกษา (มัธยมศึกษา = 1, อื่นๆ = 0) ศึกษาอนุปริญญา/ปวส. (อนุปริญญา/ปวส. = 1, อื่นๆ = 0) ศึกษาปริญญาตรี หรือสูงกว่า (ปริญญาตรีหรือสูงกว่า = 1, อื่นๆ = 0)

ตาราง 11 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
อาชีพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) อาชีพทำงานบ้าน/ว่างงาน (ทำงานบ้าน/ว่างงาน = 1, อื่นๆ = 0) อาชีพเกษตรกรรม (เกษตรกรรม = 1, อื่นๆ = 0) อาชีพรับจ้าง (รับจ้าง = 1, อื่นๆ = 0) อาชีพค้าขาย (ค้าขาย = 1, อื่นๆ = 0) อาชีพพนักงานบริษัท (พนักงานบริษัท = 1, อื่นๆ = 0)
รายได้	อัตราส่วน
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ความเกี่ยวข้องเป็นสามี/ภรรยา (สามี/ภรรยา = 1, อื่นๆ = 0)
สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) (ดี = 1, ไม่ดี = 0)
การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) (มีโรคประจำตัว = 1, ไม่มี = 0)
ความเพียงพอของความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย	นามบัญญัติ (เพียงพอ = 1, ไม่เพียงพอ = 0)
เพศของผู้ป่วย	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) (ชาย = 1, หญิง = 0)
อายุของผู้ป่วย	อัตราส่วน
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย	นามบัญญัติ (ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ = 1, ช่วยเหลือตัวเองได้ น้อย = 0)
สุขภาวะทางใจของผู้ดูแล	อัตราส่วน
ภาระในการดูแล	อัตราส่วน
การมองโลกในแง่ดี	อัตราส่วน
ความแข็งแกร่งในชีวิต	อัตราส่วน
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	อัตราส่วน
แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน	อัตราส่วน
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข	อัตราส่วน

3.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 20 ตัวแปร พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระอยู่ระหว่าง -0.482 ถึง 0.644 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ โดยไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไปไม่เกิน 0.80 (ชวลิต ทับสีร์ก, 2555)

3.4 ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558) พบว่า

3.4.1 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4.2 ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Dubin Watson เท่ากับ 2.13 (เกณฑ์คือ 1.50 - 2.50)

3.4.3 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.971 (เกณฑ์คือ S.D. เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot

3.4.4 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่

3.4.5 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าตั้งแต่ -0.482 ถึง 0.644 (เกณฑ์คือ น้อยกว่า 0.80) ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.254 ถึง 2.157 (เกณฑ์คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.464 ถึง 0.797 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแล 5 ตัวแปรเรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายการผันแปรของอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข ($\beta=0.313$, $p<0.001$) รองลงมา ได้แก่ ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วยฯ ($\beta=-0.261$, $p<0.001$) แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน ($\beta=0.144$, $p=0.003$) การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล ($\beta=-0.144$, $p=0.007$) และความแข็งแกร่งในชีวิต ($\beta=0.071$, $p<0.001$) โดยที่

1. แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อสุขภาวะทางใจและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย 0.450 เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่คะแนนแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะเพิ่มขึ้น 0.450 หน่วย

2. ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อสุขภาวะทางใจและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย เท่ากับ -0.869 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ การที่ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย จะคะแนนสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะลดลง 0.869 หน่วย เมื่อเทียบกับผู้ดูแลไม่ได้เกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยา

3. แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านชุมชน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อสุขภาวะทางใจและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย 0.189 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านชุมชนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะเพิ่มขึ้น 0.189 หน่วย

4. การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อสุขภาวะทางใจและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย 0.556 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล จะทำให้คะแนนสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะลดลง -0.556 หน่วย เมื่อเทียบกับผู้ดูแลที่ไม่มีโรคประจำตัว

5. ความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อสุขภาวะทางใจและมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย 0.094 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะเพิ่มขึ้น 0.094 หน่วย

ปัจจัยทั้งหมด 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 60.2 ($R^2=0.602$; $F=40.386$; $p<0.001$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มากที่สุด คือ แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข รองลงมา เป็นความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยา แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล และความแข็งแกร่งในชีวิต ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 12

ตาราง 12 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=250)

ตัวแปรพยากรณ์	R Square	R Square Change	b	Beta	SE	t	P-value
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข	0.255	0.252	0.450	0.313	0.076	5.900	<0.001
ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยา	0.520	0.062	-0.869	-0.261	0.164	-5.309	<0.001
แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านชุมชน	0.590	0.017	0.189	0.144	0.063	3.014	0.003
การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล	0.602	0.012	-0.556	-0.144	0.205	-2.438	0.007
ความแข็งแกร่งในชีวิต	0.573	0.029	0.094	0.071	0.021	3.584	<0.001

Constant (a)=30.809, R=0.776, R²= 0.602, Adjusted R²= 0.587, F=40.386, p<0.001

3.3 สมการในการพยากรณ์ตัวแปรตาม

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการอธิบายสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\text{สมการทำนาย } Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5$$

เมื่อ Y = สุขภาวะทางใจ

a = ค่าคงที่

b₁ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข

b₂ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยา

b₃ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน

b₄ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล

b₅ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความแข็งแกร่งในชีวิต

x₁ = แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข

x₂ = ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย

x₃ = แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน

x₄ = การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล

x₅ = ความแข็งแกร่งในชีวิต

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์สุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

สุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย = $30.809 + 0.450$ (แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข) - 0.869 (ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย) + 0.189 (แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านชุมชน) - 0.556 (การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล) + 0.094 (ความแข็งแกร่งในชีวิต)

ส่วนที่ 2 การศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การวิจัยส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษามุมมองและข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลมุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Design) ซึ่งอธิบายถึงการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพในสองขั้นตอนติดต่อกัน ต้องใช้กระบวนการวิจัยที่เชื่อมโยงข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยในระยะแรกจะทำการเลือกและวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในข้อมูลเชิงปริมาณ จากนั้นจึงนำไปสู่การศึกษาสาเหตุและที่มาของปัจจัย และนำผลมาเชื่อมโยงในช่วงการแปลผล (Connecting data) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสองวิธีนี้จะมีประเด็นการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ในประเด็นของมุมมอง และรากเหง้าของปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และข้อเสนอแนะที่ช่วยสนับสนุนทำให้สร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ตามลำดับ ดังนี้

1. อธิบายปัจจัยที่จะนำเข้าในการสนทนากลุ่ม คือ เพื่อศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร และข้อเสนอแนะที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (การวิจัยเชิงปริมาณ) ได้แก่ แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน และการมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล และความแข็งแกร่งในชีวิต รวม 5 ปัจจัย/ตัวแปร รายละเอียดดังตาราง 13

ตาราง 13 แสดงสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
(เรียงตามค่าสัมประสิทธิ์ที่ใช้ในการทำนายจากมากไปน้อย)

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลการวิจัย
ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (การวิจัยเชิงปริมาณ)	
1. แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข	การสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข มีผลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ความเกี่ยวข้องเป็นสมาชิกรรยาของผู้ป่วย	ความเกี่ยวข้องเป็นสมาชิกรรยากับผู้ป่วย มีผลทางลบต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน	แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน มีผลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
4. การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล	การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล มีผลทางลบต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
5. ความแข็งแกร่งในชีวิต	ความแข็งแกร่งในชีวิต มีผลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. ทำการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ถึงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแล ผู้วิจัยเชื่อมโยงมุมมองผู้ให้ข้อมูล จากปัจจัยสู่สาเหตุอย่างเป็นเหตุเป็นผล

3. สังเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับมุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแล

4. สรุปข้อมูล นำสู่การสังเคราะห์ร่างรูปแบบ และเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการต่อไป

ผลจากการวิเคราะห์มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแล เมื่อนำข้อมูลการสนทนากลุ่ม มาวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ได้ข้อค้นพบนำเสนอตามลำดับปัจจัย ดังนี้

1. แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า แรงสนับสนุนทางจากบุคลากรทางสาธารณสุขและบริการเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มุมมองต่อ “แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขและบริการ” จากผู้ให้ข้อมูลหลัก สรุปได้ว่า การสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาล ได้รับบริการเป็นอย่างดี ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษา รวมถึงมีวางแผนประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่

บ้าน โดยมีบุคลากรผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งและมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบ ทีมสหสาขา ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จึงลดความวิตกกังวล ดั่งคำสัมภาษณ์ ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อไปนี้

...เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลดูแลดีมาก โดยเฉพาะหมอประจำตัวให้ คำแนะนำดีมาก
พยาบาลประจำตึกที่นอนก็ดูแลดีดี

...เวลามีปัญหาปรึกษาหมอที่ดูแลคนป่วย ก็มีคุยวางแผนว่าจะต้องทำอะไรต่อบ้าง
(CG03, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 18 ธันวาคม 2564)

...พยาบาลมาสอนทำอาหารสายยางกับทำแผลจนทำเป็น

...ก่อนกลับมีโภชนากรมาช่วยสอนทำอาหารปั่น

...มีนักสังคมสงเคราะห์กับพยาบาลเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล มาช่วยเตรียมพร้อมบ้าน
ด้วย
(CG06, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 20 ธันวาคม 2564)

...ตอนเข้ามาอยู่โรงพยาบาลใหม่ๆ ก็กังวลเรื่องดูแลคนไข้ แต่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล หมอ
พยาบาล ช่วยเหลือดี ให้ สอนให้อาหารสายยาง ให้อาบน้ำแปรงฟัน ดูดเสมหะ พอทำได้หายไป
กังวลไปเยอะ
(CG7, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 20 ธันวาคม 2564)

ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นจากการสนทนาของกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขและ
บริการในโรงพยาบาลศูนย์ ต่อไปนี้

...การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของเรามีการดูแลแบบสหสาขาและมีการปรึกษา
ทีม palliative care ร่วมดูแลทุกรายเพื่อประเมินปัญหาและตอบสนองความต้องการของ
ผู้ป่วยทั้งทางกายและจิตใจ

(FGPHP 04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม วันที่ 27 มกราคม 2565)

การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและบริการในชุมชนยังไม่มากพอ เมื่อย้ายผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูที่บ้าน สิ่งที่คุณดูแลได้รับการสนับสนุนส่วนใหญ่ คือ การเยี่ยมบ้าน และผู้ดูแลได้รับส่วนใหญ่ คือ กำลังใจ ยังขาดการบริการด้านข้อมูลและทักษะเฉพาะที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รวมถึงการดูแลด้านร่างกาย จิตใจของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สาเหตุมาจากบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน มีจำนวนน้อย ภาระงานที่รับผิดชอบมาก เปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อย ต้องดำเนินการตามงานนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันยังไม่มีนโยบายและงบประมาณสำหรับช่วยเหลือสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ ทำให้ผู้ดูแลถูกละเลยในการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขณะเดียวกันบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนมีความรู้ทักษะที่เฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายค่อนข้างน้อย เช่น เรื่องยาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง เมื่อพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความรู้สึกเกรงใจ ไม่กล้าถาม จึงเกิดความคับข้องใจ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อไปนี้

...มี อสม.ก็เข้ามาเยี่ยมถามสารทุกข์สุขดิบบ้าง แต่ไม่ได้ช่วยอะไร

...บางทีอยากถามเรื่องการดูแลคนไข้บ้างอย่างกับหมออนามัยที่มาเยี่ยมคนไข้ แต่ก็เกรงใจ ไม่อยากรบกวนมาก

(CG01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 15 ธันวาคม 2564)

...อสม. มาเยี่ยมวัดความดันให้คนไข้บางครั้ง

(CG03, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 18 ธันวาคม 2564)

...หมออนามัยเข้ามาเยี่ยม พูดคุยให้กำลังใจ ถามสารทุกข์สุขดิบว่าเป็นยังบ้าง แต่มาแป๊บเดียวก็กลับ

(CG04, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 19 ธันวาคม 2564)

...หมออนามัยมาเยี่ยมบ้าน ช่วยทำแผลดูแลผู้ป่วย

(CG06, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 20 ธันวาคม 2564)

...ทำไมคนไข้โรคมะเร็งถึงไม่มีเงินช่วยเหลือเหมือนคนไข้โรคไตคะ เห็นคนแถวบ้านเป็นโรคไตเค้าได้เงินช่วยเหลือรายเดือนด้วย

(CG7, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 20 ธันวาคม 2564)

...เจ้าหน้าที่ รพ.สต.แควบ้านเปลี่ยนหน้าที่ความรับผิดชอบบ่อย บางคนเพิ่งย้ายมาใหม่ พอถามเรื่องยามะเร็งก็ตอบได้บ้างไม่ได้บ้าง

(CG8, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 21 ธันวาคม 2564)

ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน ต่อไปนี้

...รัฐยังไม่มียุทธศาสตร์ นโยบาย งบประมาณ และแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน Home ward

...ตอนนี้ในพื้นที่มีแต่บริบาลผู้สูงอายุ คนไข้ติดเตียง มีดูแลคนไข้มะเร็งบ้าง แต่ยังไม่ได้รวมถึงคนดูแล

(FGPHP01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

...นโยบายที่จะดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยตรงยังไม่มี จะมีก็แต่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังพวก ไทวาย สะโตร์ค

(FGPHP05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

...เจ้าหน้าที่ทั้งทางด้านสุขภาพและหน่วยงานอื่นในพื้นที่ ยังไม่เข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ี่เข้าใจแต่น้อยมาก

(FGPHP06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

...บุคลากรไม่เพียงพอ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยไม่ตรงกัน ไม่มีงบประมาณสำหรับสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

(FGPHP07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

...บุคลากรเครือข่ายมีน้อย ภาระงานที่ต้องรับผิดชอบก็มาก เปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบก็บ่อย การดูแลคนไข้เฉพาะโรคอย่างมะเร็งยังทำได้ไม่ดีเลย

(FGPHP08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

นอกจากนี้เครื่องมือ ทรัพยากรทางการแพทย์ได้รับเพียงบางราย จึงไม่เพียงพอ และขาดงบประมาณสนับสนุนสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากภาครัฐ จึงเกิดความเครียดและวิตกกังวลดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อไปนี้

...ขาดถึงออกซิเจนเวลาแม่เหนื่อยไม่มีต้องหาอ้อมที่นอนม้ายๆ ก็มีถึงเดียว ไม่พอ ต้องไปหาเช่าซื้อจากที่อื่นกว่าจะได้เล่นเอาเครียดเลยครับ..

(CG01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 15 ธันวาคม 2564)

... เดี่ยวนี้ถึงออกซิเจน เตียง หายากครับ ยี่มอนามัย แต่ไม่มี หมอบอกว่าเพราะคนป่วยเยอะ เราก็กังวลกลัวว่าถ้าแฟนเกิดเหนื่อยขึ้นมา จะไปหาหีบยี่มได้ที่ไหน ขนาดอนามัยยังไม่มีเลย

(CG04, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 18 ธันวาคม 2564)

ซึ่งสอดคล้องกับคำสัมภาษณ์ของผู้บริหารสาธารณสุขในชุมชน ต่อไปนี้

...เดี๋ยวนี้ที่ รพ.สต. คนไข้ระยะสุดท้ายเยอะ จนพวกถึงออกซิเจน ซักชั้น เตียง ไม่พอให้ยี่ม

(PHA01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565)

ข้อเสนอแนะ ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนี้

1. ควรกำหนดนโยบายสำหรับช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้กลุ่มบุคลากรได้วางแผนปฏิบัติการดูแลกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังคำสัมภาษณ์ของผู้บริหารสาธารณสุข ต่อไปนี้

...ผมว่ากระทรวงน่าจะทำเป็นนโยบายสำหรับช่วยกลุ่มผู้ดูแล เหมือนกับงานโรคไม่ติดต่อ ที่กำหนดเป็นนโยบายชัดเจน

(PHA03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 กุมภาพันธ์ 2565)

...น่าจะกำหนดเป็นนโยบายช่วยเหลือผู้ดูแล อย่างเช่นจัดคนช่วยดูแลผู้ป่วยเฉพาะทั้งของรัฐและอปท.ในแต่ละพื้นที่ให้ทั่วถึง

(PHA05, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2565)

...ควรเพิ่มผู้ป่วยมะเร็งในนโยบาย home ward ของกระทรวงจะได้มีเจ้าหน้าที่เข้าไปช่วยผู้ดูแลคนไข้มากขึ้น

(PHA08, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565)

ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข ต่อไปนี้

...ควรมีนโยบายเพื่อให้มีคนเพื่อดูแลผู้ป่วยเฉพาะและมีเวลาดูแลผู้ป่วยทั้งของรัฐและอปท.ในแต่ละพื้นที่ให้ทั่วถึง ด้านเงินและสิ่งของควรมีให้การสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยที่ยากไร้ให้ทั่วถึง

(FGPHP07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

สอดคล้องกับความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล
ต่อไปนี

...กระทรวงควรเห็นความสำคัญ ควรมีกองทุนช่วยเหลือผู้ดูแลเพราะบางทีครอบครัวก็ยากจน

(FGHV01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 29 มกราคม 2565)

...ทำเป็นกองทุนหมู่บ้าน หรือกองทุนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อช่วยผู้ดูแลเบื้องต้น

(FGHV03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 29 มกราคม 2565)

2. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ทำงานในชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย ให้มีศักยภาพในการดูแลกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเฉพาะเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และการดูแลสุขภาพกายและจิตสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มบุคลากรในชุมชน ต่อไปนี้

...ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ระดับ รพ.สต.ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

(FGPHP05, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 27 มกราคม 2565)

...ควรให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และ
ผู้ดูแล โดยจัดการอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

(FGPHP10, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 27 มกราคม 2565)

ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
ตำบล ต่อไปนี้

...ควรจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูบุคลากรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว
อย่างต่อเนื่อง

(FGHV03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 29 มกราคม 2565)

...ควรจัดการอบรม อสม. เรื่องการดูแลและการประเมินด้านจิตใจของผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายและผู้ดูแล

(FGHV05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 29 มกราคม 2565)

สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากคำสัมภาษณ์ของผู้บริหารสาธารณสุข ต่อไปนี้

...ควรอบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ย้ายมาปฏิบัติงานใหม่หรือจบใหม่เพื่อที่จะสามารถให้การดูแล
คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแลได้

(PHA08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2565)

3. จัดบริการและช่องทางให้คำปรึกษาเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ให้
กำลังใจ หาทางให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลาย และคอยตักเตือนในการดูแลสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีมาช่วยใน
การให้คำปรึกษา ดังคำสัมภาษณ์ของผู้บริหารทางสาธารณสุข ต่อไปนี้

...เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก หรือ บอกปัญหา/ความต้องการ โดยการ
คุยเป็นการส่วนตัวและช่วยจัดการปัญหาที่สามารถทำได้ ร่วมกับทีม

(PHA02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 กุมภาพันธ์ 2565)

...นำเทคโนโลยีมาช่วยในการบริการให้คำปรึกษา เช่น แอปพลิเคชัน เพื่อสร้างความ
มั่นใจให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล

(PHA04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 กุมภาพันธ์ 2565)

...การช่วยเหลือผู้ดูแลเราจะควรมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและมีกิจกรรมของครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสุขภาพจิตที่ดี อย่างเช่นสร้างช่องทางในการรับปรึกษา เช่น ไลน์กรุป website หรือวิดีโอคอลให้คำปรึกษาอะไรแบบเนี้ยคะ

(PHA06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 16 กุมภาพันธ์ 2565)

4. จัดทำแผนจัดซื้อเครื่องมือและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ดังความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มบุคลากรในชุมชน ต่อไปนี้

...จัดทำงบประมาณสนับสนุนในกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ในระดับปฐมภูมิควรมีเครื่องมือแพทย์ที่เพียงพอสำหรับความต้องการของผู้ป่วย

(FGHV04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 29 มกราคม 2565)

ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการสัมภาษณ์ของผู้บริหารสาธารณสุขในชุมชน

ต่อไป

...จัดทำแผนจัดซื้อเครื่องมือ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์การแพทย์ให้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

(PHA05, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2565)

...รัฐควรสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยให้เพียงพอ

(PHA07, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565)

สอดคล้องข้อเสนอแนะจากคำสัมภาษณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อไปนี้

...อยากให้มียุทธศาสตร์การแพทย์ ออกซิเจน เตียงผู้ป่วย เพียงพอสำหรับประจำไว้ให้นานมัย ให้ผู้ป่วยยิ้ม

(CG04, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 18 ธันวาคม 2564)

5. ควรสร้างเครือข่ายการดูแลครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้เข้มแข็ง โดยมีการประสานงาน ส่งต่อการดูแลจากโรงพยาบาลศูนย์ถึงสถานบริการสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะมีระบบบริการติดตามเยี่ยมบ้านเชื่อมโยงเครือข่ายที่ดูแลทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังคำสัมภาษณ์ของผู้บริหารสาธารณสุข ต่อไปนี้

... โรงพยาบาลที่รักษาควรมีการประสานงานกับพื้นที่ในการติดตามเยี่ยมเพื่อดูแล ต่อเนื่องที่บ้านทุกเคส

(PHA01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565)

...จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ กลุ่มดูแลผู้ป่วย และควรรสร้างเครือข่ายการ ดูแลครอบครัวมะเร็งระยะสุดท้าย จากโรงพยาบาลศูนย์ สู่ รพ.สต. และชุมชนให้เข้มแข็ง

(PHA04, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565)

...ควรที่จะส่งเสริมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตั้งแต่ในโรงพยาบาล จนถึงดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีระบบการติดตามดูแลเป็นระยะๆจนวาระสุดท้ายของชีวิต

(PHA08, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565)

2. ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย จากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลทางลบต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย มุมมองต่อ “ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย” จากผู้ให้ข้อมูลหลัก สรุป ได้ว่า การที่ผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่มีคนช่วยเหลือ ทำให้ ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า จากการพักผ่อนน้อย และไม่ได้ทำงาน ทำให้ขาดรายได้ จึงรู้สึกเครียด วิตกกังวล ดั่งคำสัมภาษณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไปนี้

...เหนื่อย บางวันแทบไม่ได้นอนเลย เครียดมาก จนบางทีอยากหนีไปไกลๆ แต่ก็ สงสารเค้า

(CG01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 15 ธันวาคม 2564)

...บางครั้งก็เครียดเพราะต้องขาดงานด้วยและดูแลเค้าด้วย

...ไม่มีคนมาเปลี่ยน ดูแลคนเดียว ลูกชายลูกสาว ญาติพี่น้องอยู่ต่างจังหวัด

(CG05, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 19 ธันวาคม 2564)

...เหนื่อยมาก ท้อแท้ ไม่มีคนช่วยเลย มีญาติแต่อยู่ไกล มาช่วยไม่ได้ วันๆผมไม่ได้ไป ไหน ไม่ได้พักเลย

(CG06, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 20 ธันวาคม 2564)

...ผมต้องดูแลคนป่วยคนเดียวทั้งวัน ทำทุกอย่าง ทั้งทำงานบ้านเอย ล้างถ้วยจาน ทั้ง
 เครียดทั้งเหนื่อยนะแต่ก็ต้องทำเพราะเราไม่ทำก็ไม่มีใครทำ

(CG07, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 20 ธันวาคม 2564)

ซึ่งสอดคล้องกับการสนทนากลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขต่อไปนี้

...เคยเจอเคสที่ผู้ดูแลเป็นสามีคอยดูคนไข้ที่เป็นภรรยาทั้งวันไม่ได้พักผ่อนเหนื่อยล้า
 ขาดงาน ขาดรายได้ จนเครียดไหนจะปัญหาของตัวเอง ไหนกังวลกับอาการของคนไข้

(FGPHP02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 27 มกราคม 2565)

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นสามีภรรยาไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน และ
 ยอมรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยรุนแรงของคู่ชีวิตและเห็นความทุกข์ทรมานจากโรคของผู้ป่วย จึงทำใจ
 ไม่ได้ รู้สึกท้อแท้ หดหู่ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อไปนี้

...ผมไม่เตรียมตัวเตรียมใจเลยว่าชีวิตจะต้องมาเจอกับเรื่องแย่ที่สุดที่แฟนจะต้องมา
 เป็นแบบนี้ ถ้าเห็นเค้าอยู่อย่างทรมานก็ไม่อยากให้ช่วยฟื้นคืนชีพ ปล่อยให้เค้าไปตามระยะ
 โรค แต่สุดท้ายทนเห็นเค้าจากไปไม่ได้

...ท้อแท้ ชีวิตนี้ถ้าไม่มีเค้า คงทำใจไม่ได้รักเค้ามากๆ ไปไหนมาไหนด้วยกันตลอด

(CG05, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 19 ธันวาคม 2564)

...พอรู้ว่าแฟนเป็นมะเร็งทำใจไม่ได้ เห็นเค้าตั้งแต่เริ่มป่วยกินไม่ได้ พามาหาหมอตตาม
 นัดตลอดโรงพยาบาลตลอด หวังว่าจะให้หาย แต่พอหมอบอกเป็นมะเร็งขั้นสุดท้าย ท้อแท้
 ถ้าไม่มีเค้าจะอยู่ยังไง คงทำใจไม่ได้

(CG06, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 20 ธันวาคม 2564)

...อยากให้แฟนหาย ทั้งที่รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ แต่ทนเห็นเค้าทรมานไม่ได้ สงสารเค้ายัง
 ทำใจไม่ได้ แอบร้องไห้คนเดียว

(CG7, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 20 ธันวาคม 2564)

ซึ่งสอดคล้องกับการสนทนากลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขต่อไปนี้

...การดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายปัญหาที่พบมากคือเรื่องของการยอมรับในโรคที่เป็นที่เพ็งวิวินิจฉัยว่าเป็นระยะสุดท้าย เพราะผู้ป่วยกับญาติไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน ทำให้การยอมรับที่จะเป็นเรื่องที่ยากมาก

(FGPHP01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

...เมื่อญาติเห็นอาการของผู้ป่วยแยกลง วิดกกังวล โศกเศร้า ปฏิเสธไม่ยอมรับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ส่วนใหญ่จะต้องการยืดชีวิตให้ผู้ป่วยให้นานที่สุด

(FGPHP02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

...ผู้ดูแลและครอบครัวส่วนใหญ่มักจะไม่เตรียมตัวรับข่าวร้ายมาก่อน ทำให้รับไม่ได้ที่จะเห็นผู้ป่วยทรมาณจากโรค

(FGPHP08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 27 มกราคม 2565)

ข้อเสนอแนะ ทั้งนี้กลุ่มผู้ใช้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนี้

1. ควรให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโดยการให้ความรู้เรื่องมะเร็งระยะสุดท้ายและการดูแลคนที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย และการดูแลตนเอง ดังความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขต่อไปนี้

...แพทย์เจ้าของไข้ควรเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติโดยให้ข้อมูลแผนการรักษาและความคืบหน้าของโรคเป็นระยะๆ เพื่อให้ญาติได้ทราบและวางแผนการดูแลผู้ป่วยของญาติเมื่อถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย

(FGPHP02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

...ควรให้ข้อมูลความรู้เรื่องมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจสามารถเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

(FGPHP04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

...แนะนำ/สอน ให้ข้อมูลความรู้ หรือหากต้องการทักษะในการดูแล อาจช่วยสอน/เพิ่มทักษะ กระทั่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้

(FGPHP06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

...ควรที่จะส่งเสริมความรู้ทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการดูแลตนเอง และผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงดูแลต่อเองที่บ้าน

(FGPHP10, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

2. ควรมีการเสริมแรง พูดคุยให้กำลังใจผู้ดูแลฯ ดังความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่ม บุคลากรทางสาธารณสุข ต่อไปนี้

...ควรเสริมแรง พูดคุยให้กำลังใจ หาแนวทางแก้ปัญหา ช่วยให้ญาติให้เกิดความสบายใจขึ้น

(FGPHP02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 27 มกราคม 2565)

...ส่งเสริมให้ญาติให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยฯ empowerment พูดคุยให้กำลังใจผู้ดูแล

(FGPHP09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

3. ควรมีการประเมินติดตามช่วยเหลือผู้ดูแลฯ และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากหน่วยงานบริการสุขภาพ ดังความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข ต่อไปนี้

...ควรการประเมินติดตามช่วยเหลือจากหน่วยงานบริการสุขภาพ ไม่ทอดทิ้ง

(FGPHP04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

...จัดให้มีทีมสุขภาพรับผิดชอบช่วยเหลือดูแลและตรวจเยี่ยมช่วยเหลือเป็นระยะๆ

(FGPHP09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

4. ควรมีการประสานให้หน่วยงานทางสังคมร่วมดูแลหากมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ดังความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขต่อไปนี้

...ควรมีการประสานหน่วยงานทางสังคมร่วมดูแล เช่น รพ.สต. ศูนย์ช่วยเหลือ สังคมสงเคราะห์

(FGPHP04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

3. แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน จากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชนเป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มุมมองต่อ “แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน” จากผู้ให้ข้อมูลหลัก สรุปได้ว่า คนในชุมชนมาเยี่ยมให้กำลังใจ และนำสิ่งของมาฝาก ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคลายทุกข์ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อไปนี้

...เพื่อนบ้าน คนในหมู่บ้านชุมชน มาเยี่ยมให้กำลังใจ เพราะเป็นหมู่บ้านเล็กๆ รู้จักกันหมด

(CG01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 ธันวาคม 2564)

...มีเพื่อนบ้าน มาเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ ซื่อของมาฝากบ้าง

(CG02, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 18 ธันวาคม 2564)

...มีผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เข้ามาพูดคุยให้กำลังใจ

(CG04, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 19 ธันวาคม 2564)

การมีเพื่อนบ้านช่วยเหลือโดยช่วยดูแลผู้ป่วยให้บางช่วงเวลา ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีเวลาหยุดพัก ได้พักผ่อน และมีกำลังใจ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อไปนี้

...มีเพื่อนบ้านที่สนิทกันช่วยสลับการดูแลในตอนกลางวัน พอได้พัก ไปทำธุระบ้าง

(CG03, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 18 ธันวาคม 2564)

...บางทีมีธุระที่ต้องออกไปทำ ก็มีคนสนิทข้างช่วยดูแลคนไข้ให้ มีอะไรเค้าก็ช่วยตลอด อุ่นใจ มีกำลังใจขึ้น

(CG04, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 19 ธันวาคม 2564)

ข้อเสนอแนะ ทั้งนี้กลุ่มผู้ใช้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนี้

1. ควรมีแกนนำในชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งด้านจิตใจและการเจ็บป่วย ดังความคิดเห็นของการสนทนากลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขต่อไปนี้

...ผู้ดูแลควรมีคนพลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วย โดยชุมชนควรมีส่วนร่วมในการสนับสนุนเพื่อให้ผู้ดูแลได้หยุดพัก

(FGPHP03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

...ควรมีแกนนำดูแลสุขภาวะทางใจให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกับชุมชนและองค์กรในชุมชน เพื่อสนับสนุนการดูแลร่วมกันอย่างมีความสุขกับครอบครัว

(FGPHP08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

2. ท้องถิ่นควรมีการวางแผนการดูแลร่วมกันกับแกนนำและบุคลากรทางสาธารณสุขในการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้าน โดยจัดผู้รับผิดชอบที่ดูแลผู้ป่วยเฉพาะเพื่อให้ผู้ดูแลได้หยุดพัก ดึงคำสัมภาษณ์ของบุคลากรผู้บริหารทางสาธารณสุขดังต่อไปนี้

...ชุมชนควรมีการวางแผนการดูแลร่วมกันกับแกนนำและบุคลากรทางสาธารณสุขในการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย

(PHA04, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565)

...ควรมีการดูแลแบบมีส่วนร่วมของบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและเสริมศักยภาพให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

(PHA08, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565)

3. ท้องถิ่นควรช่วยเหลือสนับสนุนด้านเงินและสิ่งของในแต่ละพื้นที่ให้ทั่วถึง ดึงคำสัมภาษณ์ของผู้บริหารทางสาธารณสุขดังต่อไปนี้

...ภาครัฐและอปท.ควรมีให้การสนับสนุนด้านเงินและสิ่งของให้ทั่วถึงในแต่ละพื้นที่

(PHA07, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565)

ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล ต่อไปนี้

...ควรมีงบประมาณช่วยเหลือผู้ดูแลที่ยากจน ทำเป็นกองทุนหมู่บ้าน หรือกองทุนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลเบื้องต้น

(FGHV08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 28 มกราคม 2565)

4. การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล

จากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีผลทางลบต่อสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มุมมองต่อ“การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล” จากผู้ให้ข้อมูลหลัก สรุปได้ว่าผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวมีสุขภาพร่างกายแย่/โรคกำเริบรุนแรงขึ้นเนื่องจากพักผ่อนน้อย รับประทานอาหารและยาไม่ตรงเวลา ไม่ไปรับยาตามนัด ทำให้รู้สึกท้อแท้ ห่อเหี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดั่งคำสัมภาษณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อไปนี้

...ไม่ค่อยมีเวลาพัก เหนื่อย ปวดหลัง กินข้าวไม่ตรงเวลาหรือไม่หิวไปเลย บางคืนอดหลับอดนอน จนปวดหัวความดันขึ้น

(CG04, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 23 ธันวาคม 2564)

...ดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวัน เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงอยู่ บางทีลืมหินข้าว กินยา ปวดหัว นอนไม่หลับร่างกายแย่ แต่ไม่มีเวลาไปหาหมอตตามนัด ท้อแท้ ห่อเหี่ยวใจ ไหนจะต้องดูคนไข้ไหนจะดูแลตัวเอง

(CG05, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 11 มกราคม 2565)

วันๆหนึ่งได้นอนแค่ 3-4 ชม. เพราะต้องคอยดูแลเค้าเพราะมีโรคประจำตัวเป็นความดัน
ปวดเวียนหัว

(CG8, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565)

...กินข้าวไม่ตรงเวลา จนปวดท้องโรคกระเพาะกำเริบ

(CG09, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2565)

ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ของผู้บริหารสาธารณสุขในชุมชน ต่อไปนี้

...บางทีเจอผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ สอบถามไปสาเหตุเกิดจากการดูแลผู้ป่วย พักผ่อนไม่พอ กินยาโรคประจำตัวไม่สม่ำเสมอ

(PHA01, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565)

ข้อเสนอแนะ ทั้งนี้กลุ่มผู้ใช้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนี้

1. ควรมีการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มผู้ดูแล โดยการพูดคุยเป็นการส่วนตัว รับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก หรือ บอกปัญหา/ความต้องการ เพื่อให้ผู้ดูแลสบายใจและมีทางออก ดังความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขต่อไปนี้

...เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก หรือ บอกปัญหา/ความต้องการ โดยการคุยเป็นการส่วนตัวเพื่อให้ผู้ดูแลสบายใจ มีสุขภาวะทางใจดีขึ้น

(FGPHP02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 27 มกราคม 2565)

...ควรพูดคุยให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้ระบายและประเมินปัญหาของผู้ดูแลว่ามีความต้องการได้รับการช่วยเหลือด้านใด เช่น หากพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาทางร่างกายตรวจสุขภาพประเมินเบื้องต้น ช่วยแนะนำ/สอนการดูแลตัวเอง เช่น การรับประทานอาหารและยา หรือถ้าประเมินแล้วผิดปกติส่งต่อให้พบแพทย์

(FGPHP04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 27 มกราคม 2565)

...จัดทีมสหวิชาชีพให้ปรึกษาการดูแลทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยตามความต้องการ รวมถึงอุปท.เพื่อจะได้ดูแลร่วมกัน

(FGPHP07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 27 มกราคม 2565)

2. ควรมีบุคคลที่มาผลัดเปลี่ยนดูแลผู้ป่วยในบางช่วงเวลา โดยเฉพาะเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องไปพบแพทย์ตามนัด หรือเมื่อเจ็บป่วย อย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ดังความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขต่อไปนี้

...ควรมีคนผลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วยในบางช่วงเวลาโดยเฉพาะเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องไปพบแพทย์ตามนัด หรือเมื่อเจ็บป่วย อย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง

(FGPHP03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 27 มกราคม 2565)

...ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยจัดคนผลัดเปลี่ยนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย อาจเป็นเพื่อนบ้านหรืออาสาสมัครบริบาล โดยให้เพื่อให้ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวได้ไปรับยาตามนัด

(FGPHP08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

3. ผู้ดูแลควรได้รับการดูแลทั้งด้านสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ดังความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขต่อไปนี้

...ท้องถิ่นควรให้การดูแลสุขภาพของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบองค์รวมทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจ

(FGPHP05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 27 มกราคม 2565)

...เมื่อพบผู้ดูแลที่มีปัญหาทางด้านจิตใจเข้าไปพูดคุย ให้กำลังใจ พร้อมกับสอบถามถึงปัญหาและความต้องการ

(FGPHP09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 27 มกราคม 2565)

5. ความแข็งแกร่งในชีวิต จากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มุมมองต่อ “ความแข็งแกร่งในชีวิต” จากผู้ให้ข้อมูลหลัก สรุปได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรู้สึกมีความหวัง อยากให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด โดยมีสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต่อไปนี้

...เราเหมือนเป็นหลักเพราะพอกับน้องชายให้เราเป็นคนตัดสินใจ เราจะพักผ่อนอ่อนแอไม่ได้ หวังอย่างเดียวว่าให้แม่สุขสบายที่สุด ยังกดีที่มีน้อง หลาน คนรอบข้างช่วยสลับการดูในตอนกลางวัน

(CG03, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 18 ธันวาคม 2564)

...ไม่ท้อนะ อยากดูแลให้ดีที่สุด ปล่อยวาง มีความหวังว่าจะยื้อชีวิตให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้พอกับน้องชายช่วยเปลี่ยนบางเวลา

(CG04, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 19 ธันวาคม 2564)

...ก็ดูแลพ่อตั้งแต่เริ่มป่วยจนหมอบอกว่าเป็นระยะท้ายแล้ว คุยกับแม่กับน้องยังงี้ก็ ยังหวังว่าดูแลให้พ่ออยู่ไปให้นานที่สุด ถึงจะเหนื่อยแค่ไหนก็ยอมค่ะ

(CG06, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 20 ธันวาคม 2564)

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีภาคภูมิใจในตนเอง ที่สามารถจัดการการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง จึงเกิดพลัง กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ดั่งคำสัมภาษณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

..ดูแลแม่เองตั้งแต่รู้ว่าเป็นมะเร็งจนถึงตอนนี้ งานบ้านล้างถ้วยจาน ทำเองทุกอย่าง ภูมิใจที่ดูแลแม่ได้ดี เห็นแม่ดีขึ้น ทำให้มีพลังกำลังใจที่จะดูแลค่ะ

(CG02, ผู้ให้สัมภาษณ์, วันที่ 18 ธันวาคม 2564)

ซึ่งสอดคล้องกับการสนทนากลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขต่อไปนี้

...จากที่ได้ไปเยี่ยมบ้านญาติบางคนเค้าดูแลคนไข้ดีมาก แผลกดทับไม่มีเลย ชื่นชมเค้านะ พอชมเค้าๆยิ้มแล้วบอกว่า“...ภูมิใจมาก เพราะพลิกตะแคงตัวให้แม่ตลอดตามที่หมอบอก พอเปียกฉี้อก็รีบเปลี่ยนแพมเพิสเลย อยากให้แม่สุขสบายที่สุดเท่าที่จะทำได้...”

(FGPHP10, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

ข้อเสนอแนะ ทั้งนี้กลุ่มผู้ใช้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนี้

1. บุคลากรทางสาธารณสุขควรช่วยเหลือในการส่งเสริมความรักความเข้าใจในครอบครัว
2. การสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย โดยมองโลกตามความเป็นจริง จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความแข็งแกร่งในชีวิตและสามารถจัดการกับสถานการณ์ยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดั่งคำสัมภาษณ์ของผู้บริหารทางสาธารณสุข ต่อไปนี้

...ควรมีกิจกรรมของครอบครัวเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางใจของผู้ดูแล มีช่องทางในการรับปรึกษา สร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองและผู้ป่วย อย่างเช่น ไลน์กรุป website โทรศัพท์

(PHA06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 16 กุมภาพันธ์ 2565)

...ควรส่งเสริมความรักความเข้าใจในครอบครัว ใช้การ Motivate interview สร้างแรงจูงใจ เข้มแข็งมองโลกตามความเป็นจริง

(PHA08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 23 กุมภาพันธ์ 2565)

3. ควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล เมื่อมารับบริการที่คลินิกโรคมะเร็งในโรงพยาบาล ดังความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขต่อไปนี้

...ควรมีการเสริมสร้างความภาคภูมิใจในความสามารถด้านต่างๆ ของผู้ดูแล เพราะจะทำให้เค้ามีความรู้สึกมีคุณค่า รู้จักใหญ่จักษ์รับ จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

(FGPHP07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

...ควรให้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจ และ Empowerment ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแก่พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และผู้ดูแล

(FGPHP10, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, วันที่ 27 มกราคม 2565)

ทั้งนี้สามารถสรุปเป็น ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เชื่อมโยงกันทั้งจากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังตาราง 14

ตาราง 14 แสดงสรุปข้อมูลความเชื่อมโยงปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพภาวะทางใจของผู้ดูแลฯ จากวิจัยเชิงปริมาณสู่วิจัยเชิงคุณภาพ และข้อเสนอแนะในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง

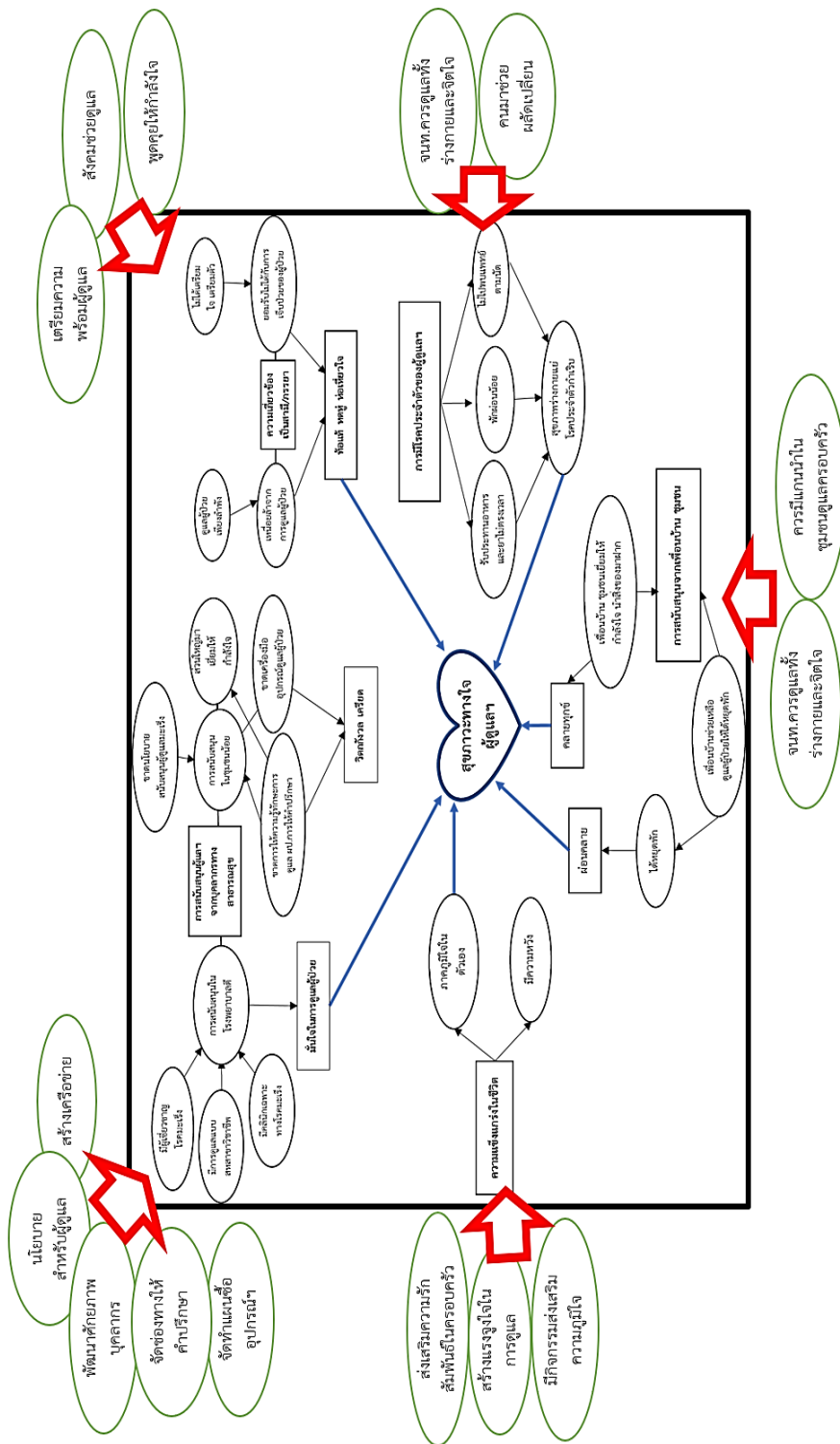
ปัจจัย/ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง	อธิบายปัจจัยในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง	ข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง
1. แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขและบริการ	<p>การสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขส่งผลทางบวกต่อสุขภาพภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังมากที่สุดท้าย โดยพบว่า การสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาล ได้รับการเป็นอย่างดี ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษา รวมถึงมีวางแผนประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีบุคลากรผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคเรื้อรังและมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขา ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง</p>	<p>1) ควรกำหนดนโยบายสำหรับช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังมากที่สุดท้าย เพื่อให้กลุ่มบุคลากรได้วางแผนปฏิบัติการดูแลกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังมากที่สุดท้าย</p> <p>2) ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ทำงานในชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย ให้มีศักยภาพในการดูแลกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังมากที่สุดท้าย โดยเฉพาะเรื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่สุดท้าย และการดูแลสุขภาพกายและจิตสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่สุดท้าย</p> <p>3) จัดบริการและช่องทางให้คำปรึกษาเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ ท้าทายให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลาย และคอยคำปรึกษา</p>
ของผูดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่สุดท้าย	<p>การสังเกตและทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังมากที่สุดท้าย รวมถึงการสังเกตและทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังมากที่สุดท้าย</p>	<p>4) จัดทำแผนจัดซื้อเครื่องมือและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่สุดท้ายในชุมชน</p> <p>5) ควรสร้างเครือข่ายการดูแลครอบครัวผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่สุดท้ายโดยมีการประสานงาน ส่งต่อการดูแลจากโรงพยาบาลศูนย์ถึงสถานบริการสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะมีระบบบริการติดตามเยี่ยมบ้าน</p>
1. แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขและบริการ	<p>การสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขส่งผลทางบวกต่อสุขภาพภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังมากที่สุดท้าย โดยพบว่า การสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาล ได้รับการเป็นอย่างดี ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษา รวมถึงมีวางแผนประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีบุคลากรผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคเรื้อรังและมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบทีมสหสาขา ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง</p>	<p>4) จัดทำแผนจัดซื้อเครื่องมือและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่สุดท้ายในชุมชน</p> <p>5) ควรสร้างเครือข่ายการดูแลครอบครัวผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่สุดท้ายโดยมีการประสานงาน ส่งต่อการดูแลจากโรงพยาบาลศูนย์ถึงสถานบริการสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะมีระบบบริการติดตามเยี่ยมบ้าน</p>
ของผูดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่สุดท้าย	<p>การสังเกตและทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังมากที่สุดท้าย รวมถึงการสังเกตและทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังมากที่สุดท้าย</p>	<p>4) จัดทำแผนจัดซื้อเครื่องมือและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่สุดท้ายในชุมชน</p> <p>5) ควรสร้างเครือข่ายการดูแลครอบครัวผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่สุดท้ายโดยมีการประสานงาน ส่งต่อการดูแลจากโรงพยาบาลศูนย์ถึงสถานบริการสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะมีระบบบริการติดตามเยี่ยมบ้าน</p>

ตาราง 14 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	อธิบายปัจจัยในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง	ข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง
<p>2. ความเกี่ยวข้องกับสามีภรรยาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</p> <p>ความเกี่ยวข้องกับสามีภรณกรรยกับผู้ป่วยส่งผลทางลบต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยพบว่า การที่ผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาต่อดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง โดยไม่มีคนช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า จากการพัฒนาอ่อนแอ และการไม่ได้ทำงาน ทำให้ขาดรายได้ จึงรู้สึกเครียด วิตกกังวล นอกจากนี้ผู้ดูแลไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน และยอมรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยรุนแรงของคู่ชีวิตและเห็นความทุกข์ทรมานจากโรคของผู้ป่วย จึงทำใจไม่ได้ รู้สึกท้อแท้ ทดหู่</p>	<p>1) ควรให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโดยการให้ความรู้เรื่องมะเร็งระยะสุดท้ายและการดูแลตนเอง</p> <p>2) ควรมีการเสริมแรง พุดคุยให้กำลังใจผู้ดูแลฯ ดังความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มบุคคลากรทางสาธารณสุข</p> <p>3) ควรมีการประเมินติดตามช่วยเหลือผู้ดูแลฯและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากหน่วยงานบริการสุขภาพ</p> <p>4) ควรมีการประสานให้หน่วยงานทางสังคมร่วมดูแลหากมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ</p>	<p>1) ควรให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโดยการให้ความรู้เรื่องมะเร็งระยะสุดท้ายและการดูแลตนเอง</p> <p>2) ควรมีการเสริมแรง พุดคุยให้กำลังใจผู้ดูแลฯ ดังความคิดเห็นจากการสนทนากลุ่มบุคคลากรทางสาธารณสุข</p> <p>3) ควรมีการประเมินติดตามช่วยเหลือผู้ดูแลฯและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากหน่วยงานบริการสุขภาพ</p> <p>4) ควรมีการประสานให้หน่วยงานทางสังคมร่วมดูแลหากมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ</p>
<p>3. แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน</p> <p>แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชนมีผลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยพบว่า การที่มีคนในชุมชนมาเยี่ยมให้กำลังใจ นำสิ่งของมาฝาก และการมีเพื่อนบ้านช่วยดูแลผู้ป่วยให้บางช่วงเวลา ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีเวลาหยุดพัก คลายทุกข์ และมีกำลังใจมากขึ้น</p>	<p>1) ควรมีแกนนำในชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งด้านจิตใจและการเจ็บป่วย</p> <p>2) ควรการวางแผนการดูแลร่วมกันกับแกนนำและบุคลากรทางสาธารณสุขในการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้าน โดยจัดผู้รับผิดชอบที่ดูแลผู้ป่วยเฉพาะเพื่อให้ผู้ดูแลได้หยุดพัก</p> <p>3) ควรช่วยเหลือสนับสนุนด้านเงินและสิ่งของในแต่ละพื้นที่ให้ทั่วถึง</p>	<p>1) ควรมีแกนนำในชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งด้านจิตใจและการเจ็บป่วย</p> <p>2) ควรการวางแผนการดูแลร่วมกันกับแกนนำและบุคลากรทางสาธารณสุขในการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้าน โดยจัดผู้รับผิดชอบที่ดูแลผู้ป่วยเฉพาะเพื่อให้ผู้ดูแลได้หยุดพัก</p> <p>3) ควรช่วยเหลือสนับสนุนด้านเงินและสิ่งของในแต่ละพื้นที่ให้ทั่วถึง</p>

ตาราง 14 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปรที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	อธิบายปัจจัยในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง	ข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง
4. การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล	การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลจะมีผลทางลบต่อสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยพบว่า ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวมีสุขภาพร่างกายแย่มากกว่า/โรคกำเริบรุนแรงขึ้น เนื่องจากพักผ่อนน้อย รับประทานอาหารและยาไม่ตรงเวลา ไม่ไปรับยาตามนัด ทำให้รู้สึกท้อแท้ ท่อเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	1) การมีบุคคลที่มาผลัดเปลี่ยนดูแลผู้ป่วยในบางช่วงเวลา โดยเฉพาะเมื่อผู้ดูแลต้องไปพบแพทย์ตามนัด หรือเมื่อเจ็บป่วย อย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง 2) การมีการให้คำปรึกษา โดยการพูดคุยเป็นการส่วนตัว รับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก หรือ บอกปัญหา/ความต้องการ เพื่อให้ผู้ดูแลสบายใจและมีทางออก 3) การมีการดูแลผู้ดูแลที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพจิตใจและร่างกาย
5. ความแข็งแกร่งในชีวิต	ความแข็งแกร่งในชีวิตมีผลทางบวกต่อสุขภาพทางใจของผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะรู้สึกมีความหวัง อยากรู้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด การที่สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถจัดการการดูแลผู้ป่วยและเรื่องต่างๆได้ด้วยตนเอง จึงเกิดพลังกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย	1) บุคลากรทางสาธารณสุขควรช่วยเหลือในการส่งเสริมความรักความเข้าใจในครอบครัว 2) การสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย โดยมองโลกตามความเป็นจริง จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความแข็งแกร่งในชีวิตและสามารถจัดการกับสถานการณ์ยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) การมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล เมื่อมารับบริการที่คลินิกโรคมะเร็งในโรงพยาบาล



ภาพ 9 แสดงสรุปข้อเสนอแนะจากทั้งข้างปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สรุปผลการวิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหา จากการเชื่อมโยงวิจัยเชิงปริมาณและเชิง

คุณภาพ

ผลการวิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหา จากการเชื่อมโยงวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สรุปได้ดังนี้

1. การสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข

ปัจจุบันยังไม่มีนโยบายจากรัฐและเครือข่ายสำหรับช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลโดยตรง เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน จึงได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขระดับท้องถิ่นค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่มาเพียงเยี่ยมให้กำลังใจ รพ.สต.บางแห่งมีเจ้าหน้าที่น้อยและมีการเปลี่ยนหน้าที่ความรับผิดชอบบ่อย ทำให้ขาดความรู้ทักษะ การให้คำปรึกษา และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง จึงทำให้การดูแลเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุมถึงผู้ดูแล รวมถึงขาดแคลนอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล

2. ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย

ผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไม่ได้รับการเตรียมตัว เตรียมใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาก่อน เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จึงทำให้ผู้ดูแลยอมรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยรุนแรงของคู่ชีวิต และการเห็นความทุกข์ทรมานจากโรคของผู้ป่วย จึงทำใจไม่ได้ รู้สึกท้อแท้ หดหู่ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังจนไม่ได้หยุดพัก ทำให้ผู้ดูแลเหนื่อยล้า ต้องขาดงาน ขาดรายได้ จึงเกิดความเครียดสะสม ทั้งปัญหาของตัวเอง ผู้ดูแลเองและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

3. แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน

การที่มีเพื่อนบ้านคอยช่วยเหลือผู้ผู้ป่วยให้บางช่วงเวลา และคนในชุมชนมาเยี่ยมให้กำลังใจ นำสิ่งของมาฝาก ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มีเวลาหยุดพัก ปลีกตัวจากผู้ป่วยที่ดูแล คลายทุกข์ และมีกำลังใจมากขึ้น

4. การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล

ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวมีสุขภาพร่างกายแย่งลง โรคประจำตัวที่เป็นกำเริบรุนแรงขึ้น เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้หยุดพัก ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อดนอน รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารไม่สม่ำเสมอ และไม่ได้ไปพบแพทย์เพื่อรับยาตามนัด ทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหู่ ห่อเหี่ยวใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

5. ความแข็งแรงในชีวิต

ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ความแข็งแรงในชีวิตจะมีความเข้มแข็ง ไม่ท้อแท้ ท้อถอย ถึงจะรู้ว่าผู้ป่วยไม่มีทางรักษาให้หายได้ แต่ยังมีความหวังอยากดูแลให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ให้ยาวนานที่สุด โดยมีสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลมีภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถจัดการการดูแลผู้ป่วยและเรื่องต่างๆได้ด้วยตนเอง จึงมีกำลังใจทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ดี

การวิจัยระยะที่ 2 การสร้าง พัฒนา และประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

โดยความร่วมมือของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย บุคลากรทางสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้ผลักดันนโยบาย ใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และอภิปรายกลุ่ม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งได้จากการเชื่อมโยงผลการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผลการสนทนากลุ่มในวิจัย ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลและข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ ตามมุมมองของปัจจัย และเหตุของปัจจัยที่สามารถนำมาสร้างเสริมให้เกิดสุขภาวะทางใจที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ขั้นตอนการร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. ผู้วิจัยนำเสนอผลและสรุปประเด็นข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปพิจารณาสู่การสร้าง (ร่าง) รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยพิจารณาความเชื่อมโยงเกิดจากการนำสัมประสิทธิ์ตัวแปรที่ใช้ในการทำงาน 5 ตัวแปร (ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1) ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้ามาเชื่อมโยงกับข้อสรุปในการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้รับการสังเคราะห์รากเหง้าที่มา สาเหตุ ปัจจัย (ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2) ที่ตรงกับความต้องการ มีความครอบคลุม ตรงประเด็น เหมาะสม และเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

2. นำข้อสรุปประเด็น และข้อเสนอแนะ ของระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 มาพิจารณาสู่การยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ออกแบบกิจกรรมตามข้อเสนอแนะ และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ตามบริบทการทำงานในพื้นที่ โดยพิจารณาความเชื่อมโยงของข้อมูลในกิจกรรมจากทั้งระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2

4. ผู้วิจัยสรุป (ร่าง) รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีรายละเอียดองค์ประกอบรูปแบบฯ ที่ร่างขึ้น 8 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 กำหนดนโยบายสร้างศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

โดยเป็นนโยบายของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานสำหรับสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. เพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

ผู้รับผิดชอบศูนย์ คือ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการสาขาโรคมะเร็ง

ผู้ปฏิบัติงานประจำในศูนย์ จำนวน 2 คน ได้แก่ พยาบาลประจำการ จำนวน 2 คน

ผู้ร่วมงานหรือให้คำปรึกษา ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ

คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานประจำในศูนย์

1. เป็นผู้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งและให้คำปรึกษา

2. เป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี เสียสละและมีจิตสาธารณะ

3. มีความสามารถในการติดต่อประสานงานเชื่อมโยงทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

ภารกิจของศูนย์ฯ

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้เข้มแข็งโรงพยาบาลศูนย์และชุมชน

2. เตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านจิตใจ ร่างกาย และความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย

3. ให้การดูแลและให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4. กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยฯและผู้ดูแลฯ โดยเครือข่ายมีส่วนร่วม

องค์ประกอบที่ 2 สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน โรงพยาบาลศูนย์และชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลศูนย์มีการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกัน

2. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกัน โดยมีแนวทางและเป้าหมายเดียวกัน

เครือข่ายการดูแลฯ ประกอบด้วย

1. เครือข่ายในโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนและแผนกมะเร็งและเคมีบำบัด

2. เครือข่ายในชุมชน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และแกนนำในชุมชน

การเชื่อมโยงการทำงานภายในเครือข่าย

1. กำหนดผู้รับผิดชอบและคณะทำงานเครือข่ายการดูแลฯ โดยออกเป็นคำสั่งแต่งตั้งชัดเจน

2. ประชุมกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด วางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ทุกเดือน

3. ประสานงานการดูแลต่อเนื่องโดยใช้เทคโนโลยี เช่น ไลน์กรุป, โปรแกรม Thai COC หรือ Application “ใจดี ใจสบาย”

ขอบเขตการบริการ

1. **เครือข่ายในโรงพยาบาลศูนย์:** ประกอบด้วย ศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลฯ และทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวของโรงพยาบาลศูนย์ พยาบาลประจำการจากศูนย์ฯ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว

บทบาทหน้าที่

1. ศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล

1.1. เป็นแม่ข่ายประสานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว กับเครือข่ายทั้งหมด

1.2. เป็นผู้นำในการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด วางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผล รวมทั้งกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยฯและผู้ดูแลฯ โดยเครือข่ายมีส่วนร่วม

1.3. เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและแหล่งให้เยี่ยมอุปกรณ์หรือครุภัณฑ์ทางการแพทย์

1.4. เป็นผู้รับผิดชอบจัดการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว

1.5. เป็นผู้ให้ความรู้ ฝึกทักษะ และประเมินความพร้อมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนส่งผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน

2. ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวร่วมกับศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล

2.1. เป็นทีมเยี่ยมบ้านร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่น

2.2. ให้คำปรึกษาบุคลากรสาธารณสุขและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2.3. ให้คำปรึกษาผู้ดูแลในการสร้างเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ

2. เครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน

บทบาทหน้าที่

1. บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่

1.1 เป็นลูกข่ายผู้ประสานงานระหว่างแม่ข่ายกับชุมชน

1.2 เป็นผู้เยี่ยมบ้านเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวก่อนการส่งต่อกลับไปฟื้นฟูที่บ้าน

1.3 เป็นผู้จัดหา/ยืมอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วย เช่น ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เพียงปรับระดับได้

1.4 เป็นผู้เยี่ยมและดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวที่บ้าน

1.5 เป็นผู้จัดตั้งและสรรหากลุ่มเสริมพลังให้ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน

1.6 เป็นผู้อบรมฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเบื้องต้นกับแกนนำสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน

2. กลุ่มเสริมพลังให้ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน ซึ่งเป็นอาสาสมัครในชุมชนที่มีจิตอาสาช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว มีหน้าที่

2.1 เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล ในการผลิตเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเมื่อผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือ ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรทางสาธารณสุข (รพ.สต.) และการสนับสนุนจากท้องถิ่น

2.2 เป็นผู้ประสานงานระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับท้องถิ่นหรือบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อส่งต่อข้อมูลความต้องการของครอบครัวฯ

องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มที่รับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข

บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลศูนย์ บุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (เน้น ผู้รับผิดชอบงานใหม่)

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข

1. การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้ความรู้และทักษะ การให้คำปรึกษาเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเทคนิคการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. นิเทศติดตามประเมินผล

เนื้อหาการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพยากรณ์โรค และการรักษาแบบประคับประคอง

2. ทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น การทำแผลมะเร็ง การดูแลทวารเทียม การประเมินและจัดการอาการปวดโดยใช้ยาระงับปวดทั้งแบบรับประทาน และแบบฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง (Syringe driver)

3. การให้คำปรึกษาและการสื่อสารพื้นฐานเกี่ยวกับ พยากรณ์โรค เป้าหมายการดูแลแผนการกู่ชีพ สำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4. การประเมินสุขภาพจิต เช่น การประเมินความเครียด ประเมินภาวะซึมเศร้า/การฆ่าตัวตาย

5. เทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจและสร้างความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

องค์ประกอบที่ 4 เตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถเผชิญปัญหา มีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลสุขภาพกายและใจตนเอง

ช่วงเวลาการเตรียมความพร้อม

ช่วงเวลาการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนเข้ารับการรักษา ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล จนถึงส่งผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

รูปแบบการการเตรียมความพร้อม

ให้ความรู้ สอน สาธิต ฝึกปฏิบัติ และประเมินผลหลังการเตรียมความพร้อม

เนื้อหาการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย

1. โรคมะเร็งระยะสุดท้ายและการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การวินิจฉัยโรคและระยะของโรคมะเร็ง การพยากรณ์โรคและการดำเนินของโรค วิธีการดูแลรักษาและบรรเทาอาการเจ็บปวดหรืออาการอื่นๆของผู้ป่วย
2. การทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเบื้องต้น เช่น การให้อาหารทางสายยาง การให้ออกซิเจน การประเมินอาการปวดและการให้ยาบรรเทาปวด
3. การสร้างเสริมสุขภาพกายของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามหลัก 5 อ. (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์, ทำงานอดิเรก และดูแลสุขภาพอนามัย) และเน้นในเรื่องดังนี้
 - 3.1 อาหาร รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่และรับประทานตรงเวลา
 - 3.2 ออกกำลังกาย (physical activity) โดยเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม ทำเป็นประจำ
 - 3.3 อนามัย การรับประทานยาและการตรวจสุขภาพตามนัดในผู้ที่มีโรคประจำตัว
4. การสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 4.1 การใช้วิธีเผชิญปัญหาเฉพาะหน้า
 - 4.2 การนั่งสมาธิสวดมนต์ (Meditation)
 - 4.3 เทคนิคการผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียด
 - 4.4 การพักผ่อนให้เพียงพอ
5. วิธีการขอรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น ไลน์ และจากโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” และวิธีใช้ เพื่อขอรับคำแนะนำ

องค์ประกอบที่ 5 จัดบริการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลที่บ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ร่วมทั้งมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง

ผู้ให้บริการ

1. ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว จากโรงพยาบาลศูนย์
2. บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วย

บทบาทหน้าที่

1. ทำแผนปฏิบัติการ วางแผนเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล กำหนด 4 ครั้ง/ปี
2. ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย/ประเมินความต้องการช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. ให้ความช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษา/คำแนะนำในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. สร้างเสริมกำลังใจ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน

บริการส่งเสริมสุขภาพผ่านการเยี่ยมบ้าน

1. การสร้างเสริมสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 1.1 ประเมินสุขภาพผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้มีโรคประจำตัวเน้นในเรื่องการติดตามผลการรักษา เช่นวัดความดันโลหิต ตรวจวัดระดับน้ำตาล การรับประทานยา
 - 1.2 ส่งเสริมให้ผู้ดูแล ดูแลสุขภาพตนเอง โดยแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และตรงเวลา การพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายบริหารร่างกาย (physical activity)
2. การสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 2.1 ประเมินสุขภาพจิต เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความคับข้องใจและให้คำปรึกษา
 - 2.2 ให้กำลังใจ สร้างเสริมพลังใจ ชื่นชมในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ภาคภูมิใจในตัวเอง
3. การประเมินและดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

องค์ประกอบที่ 6 ระบบบริการผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีบริการ ช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ให้ผู้ดูแลได้หยุดพัก โดยกลุ่มเสริมพลังในชุมชน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง

ผู้รับผิดชอบระบบ

1. บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. หน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมรับผิดชอบด้านทรัพยากร

องค์ประกอบของระบบผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. สร้างกลุ่มเสริมพลังในชุมชนเพื่อการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. จัดบริการผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. การสร้างกลุ่มเสริมพลังในชุมชนเพื่อการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์ เพื่อสรรหาผู้ที่มีจิตอาสาในการช่วยเหลือ ผลัดเปลี่ยน ให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มที่รับการสรรหาและพัฒนา ประกอบด้วย 1) จิตอาสาในชุมชน 2) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน

รูปแบบการสร้างกลุ่มเสริมพลังในชุมชน

ใช้วิธีการวิธีการอบรม สอน และสาธิตการดูแลผู้ป่วย การเสริมพลังแก่ผู้ดูแลอบรมแกนนำในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เนื้อหาสร้างกลุ่มเสริมพลังในชุมชน ประกอบด้วย การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเบื้องต้น การประสานงานการดูแลกับบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และการสร้างเสริมพลังใจ/การให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. จัดบริการผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้เกี่ยวข้องในการจัดบริการผลัดเปลี่ยนดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 2) ทีมบุคลากรสหสาขา จากโรงพยาบาลศูนย์ 3) กลุ่มเสริมพลังในชุมชน 4) หน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่ม

1. หน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ในการวางแผนกำกับดูแล ให้คำปรึกษากรณีแกนนำพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนงบประมาณ เครื่องมือ และครุภัณฑ์ การแพทย์ที่จำเป็น เช่น ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เตียงปรับระดับ
2. บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นผู้กำกับดูแลคุณภาพการทำงานการจัดตารางเวร และประสานงานกลุ่มผู้สร้างพลัง
3. ทีมบุคลากรสหสาขา จากโรงพยาบาลศูนย์ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะกับบุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และกลุ่มเสริมพลังในชุมชน
4. กลุ่มเสริมพลังในชุมชน มีหน้าที่ช่วยเหลือผลักดันเปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลได้หยุดพัก สักด่าห์ละครึ่ง หรือ เมื่อผู้ดูแลมีความต้องการ

ขั้นตอนการทำงานร่วมกัน

1. กำหนดผู้รับผิดชอบ คำสั่งแต่งตั้งเป็นคณะทำงาน
2. ประชุมกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด วางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ทุกเดือน
3. แบ่งพื้นที่รับผิดชอบ จัดตารางเวรช่วยเหลือผู้ดูแลโดยการผลักดันดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย
4. กลุ่มสร้างพลัง ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกับบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และให้การดูแลตามแผน

องค์ประกอบที่ 7 ระบบการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผ่อนคลายความเครียด ได้ระบายความคับข้องใจ มีวิธีการและแนวทางในการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มผู้ให้บริการคำปรึกษา ประกอบด้วย

1. ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว จากโรงพยาบาลศูนย์
2. บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว

การจัดการระบบให้คำปรึกษา

1. กำหนดผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาและคำแนะนำในแต่ละวัน
2. สร้างไลน์, โปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”

3. สอนและสาธิตให้ผู้ดูแลฯ ในการขอปรึกษาผ่านระบบ chatbot จากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น โลင်း, และ โปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”

4. ผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาตามขั้นตอน ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหาและสาเหตุ วางแผนแก้ปัญหา และยุติบริการ

ขั้นตอนการการให้คำปรึกษาผ่านระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพิมพ์ข้อความที่ต้องการขอรับคำปรึกษาลงใน chatbot ผ่านไลน์ หรือโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”

2. ระบบจะแจ้งข้อความเข้าถึงผู้รับผิดชอบ

3. ผู้รับผิดชอบเข้าไปให้คำปรึกษาโดยตอบเป็นข้อความหรือวิดีโอคอล

องค์ประกอบที่ 8 การให้คำแนะนำผ่าน Application “ตอบไว ใจดีผู้ดูแล”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้นด้วยระบบ AI ที่เข้าถึงได้ง่ายและทุกเวลาเมื่อพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลเอง

ผู้ดูแลระบบเทคโนโลยี

1. เจ้าหน้าที่ IT โรงพยาบาลศูนย์สร้าง Application “ตอบไว ใจดีผู้ดูแล”

2. เจ้าหน้าที่ จาก “ศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล”

ผู้ใช้ Application “ตอบไว ใจดีผู้ดูแล”

ผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มเสริมพลังใจครอบครัว

3. ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด

4. บุคลากรสาธารณสุขชุมชน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล

หัวข้อในการให้คำแนะนำ

1. การให้อาหารทางสายยาง

2. การเคลื่อนไหวและแผลกดทับ

3. การดูแลผู้ป่วยท้องผูก

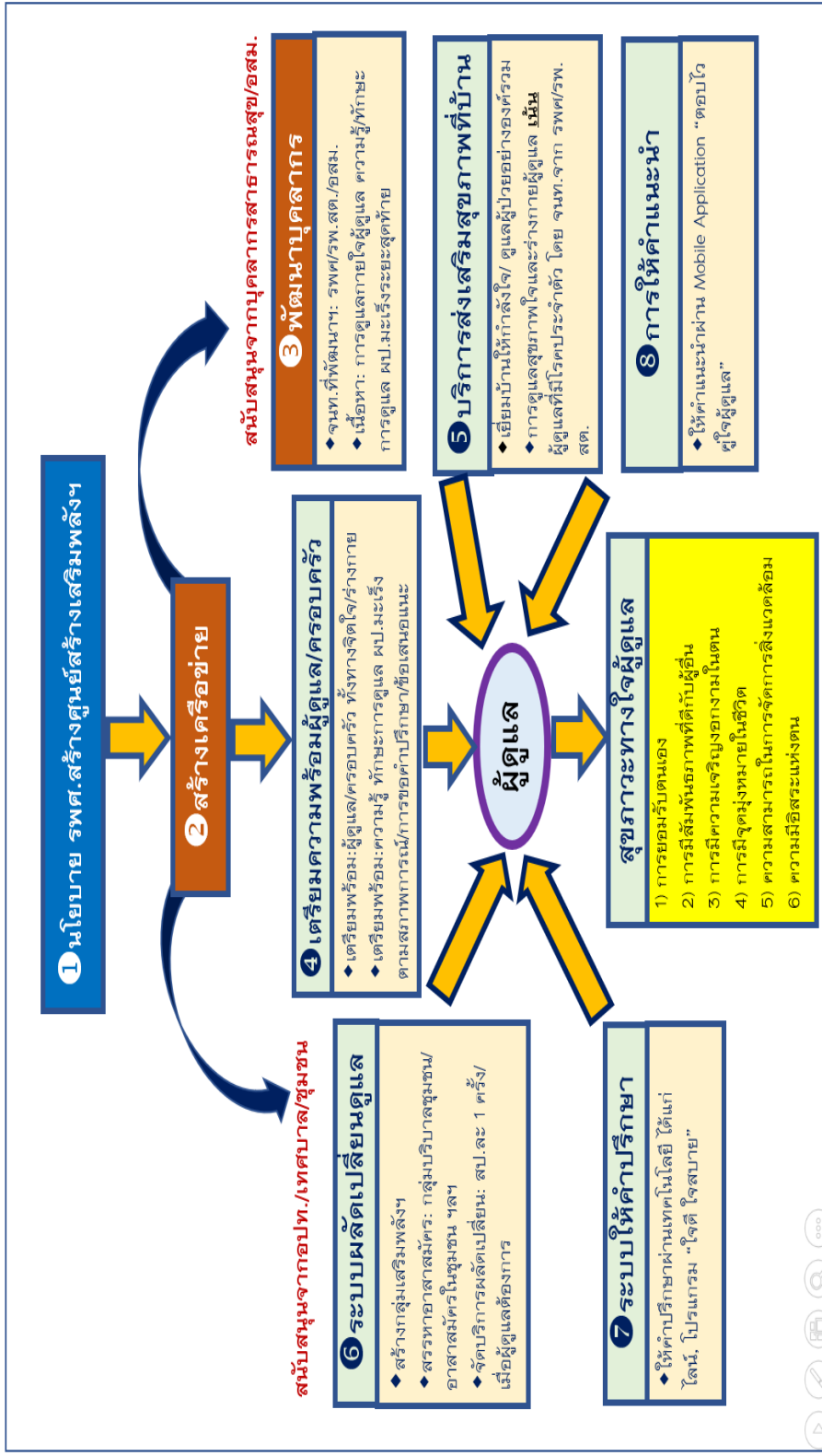
4. การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวด

5. การดูแลผู้ป่วยด้านการขับถ่าย

6. การผ่อนคลายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เช่น ดนตรีบำบัด

7. การสร้างเสริมพลังใจด้วยตัวเอง

สรุป (ร่าง) รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังภาพ 10



ภาพ 10 แสดง (ร่าง) รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ขั้นตอนที่ 2 นำเสนอร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. ผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผู้วิจัยร่างขึ้นเสนอต่อกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2) ครอบครัว,ญาติ หรือผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ดูแล 3) บุคลากรทางสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา โภชนากร นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6) ผู้บริหารสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 เวลา 13.30-15.00 น. ณ ห้องประชุมศูนย์มะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อร่วมกันแสดงความคิดเห็นโดยพิจารณาจากความเป็นไปได้และเหมาะสมในการปฏิบัติ ตรงตามความต้องการของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม และจัดทำข้อเสนอเชิงปฏิบัติการเพิ่มเติมให้ได้ข้อสรุปเพื่อหาแนวทางการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ดังแสดงตาราง 15

ตาราง 15 แสดงความคิดเห็นของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อร่างรูปแบบฯ และความคิดเห็นของนักวิจัยต่อการพัฒนาร่างรูปแบบ

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
องค์ประกอบที่ 1 กำหนดนโยบายสร้างศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ดูแลและผู้ช่วยระยะเร่งระยะสุดท้าย โดยเป็นนโยบายของ ผอ.โรงพยาบาลศูนย์วัตถุประสงค์	✓ ไม่เห็นด้วย	ผู้ที่สามารถการออกนโยบายจัดตั้งศูนย์ฯ ได้ต้องเป็นผู้ที่บริหารระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับการร่างนโยบาย อาจเป็นผู้อำนวยการ รพศ. หรือ นายแพทย์ สสจ. -การตั้งศูนย์ในระยะแรก สามารถประสานหรือจน concept ใช้บุคลากรกับทีมเดียวกับศูนย์เคมีบำบัดในระยะแรก เนื่องจากเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอยู่แล้ว เมื่อโครงสร้างชัดเจน มีภาระงานเพิ่มขึ้นอาจขออัตราค่าจ้างเพิ่มขึ้น	1. ประเด็นที่ “เพิ่มเติม” คือ นโยบายนายแพทย์ สสจ. ให้มีการดูแลเป็นเครือข่ายในภาพจังหวัด 2. ประเด็นที่ “ปรับปรุง” คือ ผู้ปฏิบัติงานประจำในศูนย์เสริมสร้างพลังใจ มาจากศูนย์มะเร็งและเคมีบำบัดและเพิ่มบทบาทในการให้คำปรึกษา
1. เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานสำหรับสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย			
2. เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม			
ผู้รับผิดชอบศูนย์ คือ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการสาขาโรคมะเร็ง			
ผู้ปฏิบัติงานประจำในศูนย์ จำนวน 2 คน ได้แก่			
พยาบาลประจำการ จำนวน 2 คน			
ผู้ร่วมงานหรือให้คำปรึกษา ทีมสหสาขาวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ			
คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานประจำในศูนย์			
1. เป็นผู้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งและให้คำปรึกษา			

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
<p>3. เป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี เสียสละและมีจิตสาธารณะ</p> <p>3. มีความสามารถในการติดต่อประสานงานเชื่อมโยงทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน</p> <p>ภารกิจของศูนย์ฯ</p> <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้เข้มแข็งโรงพยาบาลศูนย์และชุมชน เตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้านจิตใจ ร่างกาย และความรู้ทักษะในการดูแล ให้การดูแลและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเครือข่ายมีส่วนร่วม 	<p>✓</p>		

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ		ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย		
องค์ประกอบที่ 2 สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน โรงพยาบาลศูนย์และชุมชน	✓	✓	- ควรเปลี่ยนจัดประชุมจากทุกเดือน เป็นอย่างน้อยทุกไตรมาส (ทุก 3 เดือน)	1. ประเด็นที่ “ปรับปรุง” เปลี่ยนจัดประชุม จากทุกเดือนเป็นทุก 3 เดือน) 2. ประเด็น “เพิ่มเติม” เชิญชวนกลุ่มที่มีเดิมในท้องถิ่น เช่น กลุ่มผู้บริหารในชุมชน เข้ามาเป็นกลุ่มเสริมพลัง (นำไปใส่ไว้ในองค์ประกอบที่ 6)
1. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลศูนย์มีการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ดูแลมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกัน	- มีการเชื่อมโยง ออกคำสั่งที่ชัดเจน	- การเปลี่ยนจัดประชุม จากทุกเดือนเป็นอย่างน้อย ทุกไตรมาส (ทุก 3 เดือน)	- คณะทำงานควรเป็นผู้ที่รับผิดชอบหลักที่สามารถตัดสินใจได้มาประชุม เพราะบางครั้งเปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อยทำให้ขาดการติดตามต่อเนื่อง	
2. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกัน โดยมีแนวทางและเป้าหมายเดียวกัน			- นำกลุ่มบริหารในชุมชน ซึ่งดูแลผู้ป่วยติดเตียง เข้ามาอยู่ในกลุ่มเสริมพลัง โดยมีการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบ	
เครือข่ายการดูแลฯ ประกอบด้วย			ระดับรองและทุกกระทรวงสาธารณสุข	
1. เครือข่ายในโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ แพทย์เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนและแผนกมะเร็งและเคมีบำบัด			ระดับรองและทุกกระทรวงสาธารณสุข	

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
2. เครือข่ายในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และแกนนำในชุมชน	✓			
การเชื่อมโยงการทำงานภายในเครือข่าย				
1. กำหนดผู้รับผิดชอบและคณะทำงานเครือข่าย การดูแล โดยออกเป็นคำสั่งแต่งตั้งชัดเจน				
2. ประชุมกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด วางแผนดำเนินงาน และติดตามประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ทุกเดือน				
3. ประสานงานการดูแลต่อเนื่องโดยใช้เทคโนโลยี เช่น ไลน์, โปรแกรม Thai COC หรือ โปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”				

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
ขอบเขตการบริการ 1_เครือข่ายในโรงพยาบาลศูนย์ ประกอบด้วย ศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ดูแลฯ และทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวของโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลประจำการจากศูนย์ฯ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญ ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
บทบาทหน้าที่ 1) ศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล				
1.1. เป็นแม่ข่ายประสานงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว กับเครือข่ายทั้งหมด				
1.2. เป็นผู้นำเฝ้าระวังการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดวางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผล				

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
<p>รวมทั้งกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเครือข่ายมีส่วนร่วม 1.3. เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะรังสีระยะสุดท้ายและแหล่งให้ข้อมูลบริการหรือครุภัณฑ์ทางการแพทย์</p> <p>1.4. เป็นผู้รับผิดชอบจัดการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะรังสีระยะสุดท้ายและครอบครัว</p> <p>1.5. เป็นผู้ให้ความรู้ ผูกทักษะ และประเมินความพร้อมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนส่งผู้ป่วยกลับไปที่พักที่บ้าน</p> <p>2) ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยระยะรังสีระยะสุดท้ายและครอบครัว ร่วมกับศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วยระยะรังสีระยะสุดท้ายและผู้ดูแล</p> <p>2.1 เป็นทีมเยี่ยมบ้านร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่น</p> <p>2.2 ให้คำปรึกษาบุคลากรสาธารณสุขและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะรังสีระยะสุดท้าย</p>	<p>✓</p>		

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
<p>2.3 ให้คำปรึกษาผู้ดูแลในการสร้างเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ</p> <p>2. เครื่องช่วยในชุมชน</p> <p>1) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานแม่แรงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของงานแม่แรงขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนันและผู้ใหญ่บ้าน</p> <p>บทบาทหน้าที่</p> <p>1.1 เป็นลูกข่ายผู้ประสานงานระหว่างแม่ข่ายกับชุมชน</p> <p>1.2 เป็นผู้เยี่ยมบ้านเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวก่อนการส่งต่อไปฟื้นฟูที่บ้าน</p>	<p>✓</p>		

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
<p>1.3 เป็นผู้จัดหา/ยืมอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วย เช่น ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เติงปรับระดับได้</p> <p>1.4 เป็นผู้เยี่ยมและดูแลผู้ป่วยระยะรุนแรงระยะสุดท้ายและครอบครัวที่บ้าน</p> <p>1.5 เป็นผู้จัดตั้งและสรรหากลุ่มเสริมพลังให้ครอบครัวผู้ป่วยระยะรุนแรงสุดท้ายในชุมชน</p> <p>1.6 เป็นผู้อบรมฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะรุนแรงสุดท้ายเบื้องต้นกับแกนนำสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวผู้ป่วยระยะรุนแรงสุดท้ายในชุมชน</p> <p>2) กลุ่มเสริมพลังให้ครอบครัวผู้ป่วยระยะรุนแรงระยะสุดท้ายในชุมชน เป็นอาสาสมัครในชุมชนที่มีจิตอาสาช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p><u>บทบาทหน้าที่</u></p> <p>2.1 เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลฯ ในการผลิตเปลี่ยน การดูแลผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเมื่อผู้ดูแลต้องการ</p>	<p>✓</p>	<p>ไม่เห็นด้วย</p>	<p>✓</p>

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
<p>ความช่วยเหลือ ภายใต้งานกำกับดูแลของบุคลากรทางสาธารณสุข (รพ.สต.) และการสนับสนุนจากท้องถิ่น</p> <p>2.2 เป็นผู้ประสานงานระหว่างครอบครัวผู้ป่วย กับท้องถิ่นหรือบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อส่งต่อข้อมูลความต้องการของครอบครัวฯ</p> <p>องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายและครอบครัว</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย และการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของครอบครัวผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย</p>	<p>✓</p>	<p>เพิ่มเติม</p>	<p>สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย</p> <p>1. ประเด็นที่ “เพิ่มเติม” คือ เนื้อหาการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข</p> <p>-การใช้โปรแกรมออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” และการใช้ Application “ตอบใจใจผู้ดูแล” เพื่อให้บุคลากรสามารถสอนญาติและให้คำปรึกษาการใช้แก่ผู้ดูแลได้</p> <p>-การประเมินภาวะหม่ไฟอ่อนล้าของผู้ดูแล</p>

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
กลุ่มที่รับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลศูนย์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย รูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข 1. การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้ความรู้และทักษะ การให้คำปรึกษาเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเทคนิคการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2. นิเทศติดตามประเมินผล	เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย		

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
<p>✓</p> <p>เนื้อหาการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพยาบาลโรค การรักษาแบบประคับประคอง 2. ทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น การทำแผลมะเร็ง การดูแลทวารเทียม การประเมินและจัดการอาการปวดโดยการใชยาระงับปวดทั้งแบบรับประทาน และแบบฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง (Syringe driver) 3. การให้คำปรึกษาและการสื่อสารพื้นฐานเกี่ยวกับ พยากรณ์โรค เป้าหมายการดูแล แผนการกู้ชีพ สำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 4. การประเมินสุขภาพจิต เช่น การประเมิน ความเครียด ประเมินภาวะซึมเศร้า/การฆ่าตัวตาย 5. เทคนิคการสร้างเสริมแรงใจและสร้าง ความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 	<p>✓</p>	<p>เพิ่มเติม “ประเมินภาวะหมดไฟของผู้นำดูแล”</p>	

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
<p>องค์ประกอบที่ 4 เตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถเผชิญปัญหา มีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลสุขภาพกายและใจตนเอง</p> <p>ช่วงเวลาการเตรียมความพร้อม</p> <p>ช่วงเวลาการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนเข้ารับการรักษา ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล จนถึงส่งผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน</p> <p>รูปแบบการเตรียมความพร้อม</p> <p>ให้ความรู้ สอน สาธิต มีกวีปฏิบัติ และประเมินผลหลังการเตรียมความพร้อม</p> <p>เนื้อหาการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การวินิจฉัยโรคและระยะของโรคมะเร็ง การพยาบาลโรคและการดำเนินของโรค วิธีการดูแลรักษาและบรรเทาอาการเจ็บปวดหรืออาการอื่นของผู้ป่วย 	<p>✓</p> <p>ไม่เห็นด้วย</p> <p>ไม่เห็นด้วย</p>	<p>- เพิ่มเนื้อหาเรื่องทักษะการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และการดูแลเสมหะ</p>	<p>-ประเด็นที่ “เพิ่มเติม” เนื้อหาการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย การดูแลกายและใจ ดังนี้</p> <p>-เพิ่มเนื้อหา ทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเบื้องต้นตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น ทักษะการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และการดูแลเสมหะ</p>

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
		ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
		ไม่เห็นด้วย	✓
2. ทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายป้องกัน เช่น การให้อาหารทางสายยาง การให้ออกซิเจน การประเมินอาการปวดและการให้ยาบรรเทาปวด			
3. การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเร่งระยะสุดท้าย ตามหลัก 5 อ. (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์, ทำงานอดิเรก และดูแลสุขภาพอนามัย) และเน้นในเรื่องดังนี้			
- อาหาร รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่และรับประทานตรงเวลา			
- ออกกำลังกาย (physical activity) โดยเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม ทำเป็นประจำ			
- อนามัย การรับประทานและการตรวจสุขภาพตามนัดในผู้ที่มีโรคประจำตัว			
4. การสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเร่งระยะสุดท้าย			
- การใช้วิธีเผชิญปัญหาเฉพาะหน้า			
- การนั่งสมาธิสวดมนต์ (meditation)			
- เทคนิคการผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียด			
- การพักผ่อนให้เพียงพอ			

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
<p>5. วิธีการขอรับค่าบริการจากผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น โอนไลน์ และจากโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “จิตใจสบาย” และวิธีใช้ เพื่อขอรับคำแนะนำองค์ประกอบที่ 5 จัดบริการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลที่บ้าน</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเร่งรัดสุดท้ายมีกำลังใจและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะเร่งรัดสุดท้าย รวมทั้งมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง</p> <p>ผู้ให้บริการ</p> <ol style="list-style-type: none">1. ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยระยะเร่งรัดสุดท้ายและครอบครัว จากโรงพยาบาลศูนย์2. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วย <p>บทบาทหน้าที่</p> <ol style="list-style-type: none">1. ทำแผนปฏิบัติการ วางแผนเยี่ยมบ้านร่วมกับระหว่างโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล กำหนด 4 ครั้ง/ปี	<p>✓</p> <p>ไม่เห็นด้วย</p> <p>ไม่เห็นด้วย</p>		สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ		ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย		
2. ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย/ประเมินความต้องการช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	✓			
3. ให้ความช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษา/คำแนะนำในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย4. สร้างเสริมกำลังใจ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน				
บริการส่งเสริมสุขภาพผ่านการเยี่ยมบ้าน				
1. การสร้างเสริมสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย				
-ประเมินสุขภาพผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้มีโรคประจำตัว				
เน้นในเรื่องการติดตามผลการรักษา เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจวัดระดับน้ำตาล การรับประทานยา				
- ส่งเสริมให้ผู้ดูแล ดูแลสุขภาพตนเอง โดยแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และตรงเวลา การพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายบริหารร่างกาย (physical activity)				

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
<p>2. การสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย</p> <p>- ประเมินสุขภาพจิต เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบาย ความคับข้องใจและให้คำปรึกษา</p> <p>- ให้กำลังใจ สร้างเสริมพลังใจ ชื่นชมในการปฏิบัติ หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ภาคภูมิใจในตัวเอง</p>	<p>✓</p>		
<p>3. การประเมินและดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p>	<p>✓</p>	<p>องค์ประกอบที่ 6 ระบบบริการผลิตเปลี่ยนการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย</p> <p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีบริการ ช่วยเหลือ แบ่งเบา ภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการ ผลิตเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ให้ ผู้ดูแลได้หยุดพัก โดยกลุ่มเสริมพลังใจชุมชน</p>	<p>-ประเด็น “เพิ่มเติม” คือ เพิ่มกลุ่มบริบาลในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับการสรรหาและพัฒนา</p>

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
ผู้รับผิดชอบระบบ 1. บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. เป็นผู้รับผิดชอบหลักด้านคุณภาพการดูแลฯ 2. หน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมรับผิดชอบด้านทรัพยากร	✓ ✓ ✓		
องค์ประกอบของระบบฯ 1. สร้างกลุ่มเสริมพลังในชุมชนเพื่อการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2. จัดบริการผลิตเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย			
1) การสร้างกลุ่มเสริมพลังในชุมชนเพื่อการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วัตถุประสงค์ เพื่อสรรหาผู้ที่มีจิตอาสาในการช่วยเหลือ ผลิตเปลี่ยน ให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย			

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
<p>ประเด็นเนื้อหา</p> <p>กลุ่มที่รับการพัฒนาและพัฒนา ประกอบด้วย 1) จิตอาสาในชุมชน 2) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน</p> <p>รูปแบบการสร้างแกนนำ วิธีการอบรม สอน และ สหัตถ์การดูแลผู้ป่วย การเสริมพลังแก่ผู้ดูแล</p> <p>เนื้อหาสร้างกลุ่มเสริมพลังในชุมชน</p> <p>ประกอบด้วยการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะเร่งรัดระยะสุดท้ายเบื้องต้น การประสานงานการดูแลกับ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และการสร้างเสริมพลังใจ/การให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเร่งรัดระยะสุดท้าย</p> <p>2) จัดบริการผลิตเปลี่ยนดูแลผู้ป่วยระยะเร่งรัดระยะสุดท้าย</p>	<p>ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ</p> <p>เห็นด้วย <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/></p>	<p>ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม</p>	<p>สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย</p>
<p>ผู้เกี่ยวข้องในการจัดการผลิตเปลี่ยนดูแลผู้ป่วย</p> <p>ประกอบด้วย 1) บุคลากรสาธารณสุข</p> <p>2) ทีมบุคลากรสหสาขาจาก รพศ. 3) กลุ่มเสริมพลังในชุมชน 4) หน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>			

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
<p>บทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่ม</p> <p>1. หน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ในการวางแผนกำกับดูแล ให้คำปรึกษากฎหมาย แก่นำพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนงบประมาณ เครื่องมือ และครุภัณฑ์การแพทย์ที่จำเป็น เช่น ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เตียงปรับระดับ</p> <p>2. บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นผู้กำกับดูแลคุณภาพการทำงาน การจัดการวางร และประสานงานกลุ่มผู้สร้างพลัง</p> <p>3. ทีมบุคลากรสหสาขา จากโรงพยาบาลศูนย์ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะกับบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเร่งรัดท้ายสุดท้าย และกลุ่มเสริมพลังในชุมชน</p> <p>4. กลุ่มเสริมพลังในชุมชน มีหน้าที่ช่วยเหลือผลักดันเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยระยะเร่งรัดท้ายสุดท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลได้หยุดพัก สืบตาค่าและครั้ง หรือ เมื่อผู้ดูแลมีความต้องการ</p>	<p>ไม่เห็นด้วย</p> <p>ไม่เห็นด้วย</p>	<p>✓</p>	

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
ขั้นตอนการทำงานร่วมกัน	✓		
1. กำหนดผู้รับผิดชอบ คำนึงแต่งตั้งเป็นคณะทำงาน			
2. ประชุมกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด วางแผนดำเนินงาน และติดตามประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ทุกเดือน			
3. แบ่งพื้นที่รับผิดชอบ จัดตารางเวรช่วยเหลือผู้ดูแล โดยการผลัดเปลี่ยนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย			
4. กลุ่มเสริมพลัง ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยระยะรุนแรงสุดท้ายกับบุคลากรทางสาธารณสุข และให้การดูแลตามแผน			
องค์ประกอบที่ 7 ระบบการให้คำปรึกษา ผ่านโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”	✓		
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่อนคลายความเครียด ได้ระบายความคับข้องใจ มีหลักการและแนวทางการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย			

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
<p>กลุ่มผู้ให้บริการคำปรึกษา ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none">1. ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และครอบครัว จากโรงพยาบาลศูนย์2. บุคลากรทางสาธารณสุขในชุมชนที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพและให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว <p>การจัดการระบบให้คำปรึกษา</p> <ol style="list-style-type: none">1. กำหนดผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาและคำแนะนำในแต่ละวัน2. สร้างไลน์ และโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”3. สอนและสาธิตให้ผู้ดูแลฯ ในการขอปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น ไลน์, และโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”			ประเด็นนี้คงเดิม

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
4. ผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาตามขั้นตอน ได้แก่ สร้างสัมพันธ์ภาพ สำรวจปัญหาและสาเหตุ วางแผน แก้ปัญหา และยุติบริการ ขั้นตอนการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”	✓		
1. ผู้ดูแลฯ ทบทวนข้อความที่ต้องการขอรับคำปรึกษาลงในแชทไลน์ หรือโปรแกรมฯ			
2. ระบบจะแจ้งข้อความเข้าถึงผู้รับผิดชอบ			
3. ผู้รับผิดชอบเข้าไปให้คำปรึกษา โดยตอบเป็นข้อความหรือวิดีโอคอล	✓		
องค์ประกอบที่ 8 การใช้ Application “ตอบใจดีใจสบาย”			
วัตถุประสงค์ เพื่อให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้นด้วยระบบ AI ที่เข้าถึงได้ง่ายและทุกเวลาเมื่อพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยฯ			
			1. ประเด็นที่ “เพิ่มเติม” คือ หัวข้อในการให้คำแนะนำ ได้แก่ “การดูแลผู้ป่วยที่มีต่อเจาะคอ และการดูแลเสมหะ” ในการให้คำแนะนำ

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
ผู้ดูแลระบบเทคโนโลยี <ol style="list-style-type: none">เจ้าหน้าที่ IT โรงพยาบาลศูนย์สร้าง Application “ตอบไว คู่ใจผู้ดูแล”เจ้าหน้าที่ จาก “ศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล”	✓ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย		
ผู้ใช้ Application <ol style="list-style-type: none">ผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มเสริมพลังใจครอบครัวทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ และ นักกายภาพบำบัดบุคลากรสาธารณสุขชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต., อสม.			

ตาราง 15 (ต่อ)

ประเด็นเนื้อหา	ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย	ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม	สรุปความคิดเห็นของนักวิจัย
หัวข้อในการให้คำแนะนำ	✓		
1. การให้อาหารและยาทางสายยาง			
2. การเคลื่อนไหวและแผลกดทับ			
3. การดูแลผู้ป่วยท้องผูก			
4. การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวด			
5. การดูแลผู้ป่วยด้านการขับถ่าย			
6. วิธีการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วยอย่างรุนแรง เช่น ดนตรีบำบัด โยคะ			
7. การสร้างเสริมพลังใจด้วยตัวเอง			

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยนำผลสรุปรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลฯ จากขั้นตอนที่ 2 มาปรับปรุงและแก้ไขให้มีความครอบคลุม ความตรงประเด็น ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยปรับปรุง/เพิ่มเติมองค์ประกอบ ดังแสดงตาราง 16

ตาราง 16 แสดงประเด็นที่ ตัดออก/ปรับปรุง/เพิ่มเติม ที่ผู้วิจัยนำไป “พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ประเด็นที่ “ตัดออก”	ประเด็นที่ “ปรับปรุง”	ประเด็นที่ “เพิ่มเติม”
ไม่มี	2.1 องค์ประกอบที่ 1 ปรับปรุง ผู้ปฏิบัติงาน ประจำในศูนย์ เสริมสร้างพลังใจ มาจากศูนย์เคมีบำบัดและเพิ่มบทบาทในการให้ คำปรึกษา	3.1 องค์ประกอบที่ 1 เพิ่ม นโยบาย นายแพทย์ สสจ. ให้มีการดูแลเป็น เครือข่ายในภาพจังหวัด
	2.2 องค์ประกอบที่ 2 เปลี่ยนจัด ประชุมจากทุกเดือนเป็นทุก เดือน	3.2 องค์ประกอบที่ 2 เพิ่ม กลุ่มผู้บริหารใน ชุมชน เข้ามาเป็นกลุ่มเสริมพลัง (ใน องค์ประกอบที่ 6)
		3.3 องค์ประกอบที่ 3 เพิ่ม เนื้อหาการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข ได้แก่ -การใช้โปรแกรมออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” และการใช้ Application “ตอบไว คุ้มใจ ผู้ดูแล” เพื่อให้บุคลากรสามารถสอนสาธิต และให้คำปรึกษาการใช้แก่ผู้ดูแลได้ -การประเมินภาวะหมดไฟอ่อนล้าของผู้ดูแล
		3.4 องค์ประกอบที่ 6 เพิ่มกลุ่มบริหารใน ชุมชนในกลุ่มที่ได้รับการสรรหาและพัฒนา
		3.5 องค์ประกอบที่ 8 เพิ่มเนื้อหา ทักษะ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเบื้องต้น ตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น ทักษะ การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และการดูดเสมหะ

ผู้วิจัยได้ปรับปรุง/เพิ่มเติมเนื้อเป็นไปตามข้อเสนอแนะของกลุ่ม ยกเว้น เรื่องการนำโรงพยาบาลชุมชนเข้ามาเป็นเครือข่าย ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบฯ นี้ ทำในพื้นที่เขตอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จึงยังไม่ได้นำโรงพยาบาลชุมชนเข้ามาร่วมด้วย แต่เมื่อรูปแบบฯ ได้รับการรับรองแล้ว สามารถนำไปปรับให้ใช้กับโรงพยาบาลชุมชนต่อไป จากนั้นมีการปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอของกลุ่มและได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ฉบับปรับปรุง)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ฉบับปรับปรุง) เป็นการรับฟังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการในพื้นที่ ด้วยการจัดสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามจำนวนที่เหมาะสม เพื่อประเมินรูปแบบเกี่ยวกับความเหมาะสมการนำไปใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของรูปแบบต่อการนำไปปฏิบัติ

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ที่ร่วมในการประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักโภชนาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้บริหารระดับอำเภอที่มีส่วนในการเสนอแนะนโยบาย รวมทั้งหมด 10 คน ด้วยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ ใช้เวลาในการดำเนินการ 1 ชั่วโมง 30 นาที

2. ดำเนินการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ด้วยการนำเสนอวัตถุประสงค์ และผลการวิจัยที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา จากนั้นนำเสนอรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ฉบับปรับปรุง) ให้ผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ข้อเสนอแนะ และประเมินรูปแบบทุกท่าน ตามประเด็นความเหมาะสม ประโยชน์ และความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ ผู้วิจัยบันทึกผลการสนทนา จุดประเด็นการสนทนา ตามแนวทางการ ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็น

ผลการประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 48.8 ปี (อายุน้อยที่สุด 28 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี; SD = 8.75) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 80 และมีตำแหน่งของการปฏิบัติงานเป็นผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 80 สถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 50 ดังแสดงตาราง 17

ตาราง 17 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	8	80.0
ชาย	2	20.0
อายุ		
20-39 ปี	2	20.0
40-59 ปี	7	70.0
≥60 ปี	1	10.0
(Minimum = 28, Maximum = 60, Mean = 48.8, SD =8.75)		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี (จบเฉพาะทางโรคมะเร็ง)	2	20.0
ปริญญาโท	8	80.0
ตำแหน่งการปฏิบัติงาน		
ผู้ปฏิบัติ	8	80.0
ผู้บริหาร	2	20.0
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลศูนย์	5	50.0
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล	4	40.0
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1	10.0

2. ผลการประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า

2.1 ผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน เห็นด้วยกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในประเด็นความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

2.2 ผู้เชี่ยวชาญ ได้ให้ข้อเสนอแนะ ในประเด็นที่ควรพิจารณาปรับปรุง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

2.2.1 การสร้างระบบผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นระบบที่เกิดขึ้นใหม่และยังไม่มีเคยมีมาก่อน ควรทำให้เกิดขึ้นจริง ยั่งยืน และสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่นั้น เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรวางแผนการเขียนโครงการเพื่อพัฒนาตนเอง ตามบริบทพื้นที่หรือชุมชนของตนเอง ตามความต้องการของผู้ดูแลในการ

สร้างเสริมสุขภาพกายและใจ โดยเสนองบประมาณต่อกองทุนต่าง ๆ เสนอวิธีการดำเนินงาน และการขอการสนับสนุนจากหน่วยงาน อปท. สาธารณสุข ชุมชน และภาควิชาการ

2.2.2 การปรับระบบบริการ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลและผู้ป่วย

มะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน ควรมีผู้เชี่ยวชาญที่มีบทบาทในการประสานความร่วมมือด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งในระดับตำบล และอำเภอ

จากผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริม สุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 กำหนดนโยบายการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบเครือข่าย และการสร้างศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

โดยการกำหนดนโยบายการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แยกออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. นโยบายของนายแพทย์ สสจ. ในการดูแลผู้ดูแลฯ แบบเครือข่ายในภาพจังหวัด
2. นโยบายของผู้อำนวยการ รพศ. สร้างศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะ

สุดท้าย

วัตถุประสงค์ของนโยบายการสร้างศูนย์ฯ

1. เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานสำหรับสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. เพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม

ผู้รับผิดชอบศูนย์ คือ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการสาขาโรคมะเร็ง

ผู้ปฏิบัติงานประจำในศูนย์ จากศูนย์มะเร็งและเคมีบำบัด โดยเพิ่มบทบาทในการให้

คำปรึกษาและประสานงานเครือข่าย และมีผู้ประสานงานหลัก จำนวน 1 คน

ผู้ร่วมงานหรือให้คำปรึกษา ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง

คุณสมบัติของผู้ประสานงานหลักประจำในศูนย์

เป็นผู้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งและให้คำปรึกษา

เป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี เสียสละและมีจิตสาธารณะ

มีความสามารถในการติดต่อประสานงานเชื่อมโยงทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

ภารกิจของศูนย์ฯ

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้เข้มแข็งโรงพยาบาลศูนย์และชุมชน
2. เตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้านจิตใจ ร่างกาย และความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย
3. ให้การดูแลและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
4. กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลฯ โดยเครือข่ายมีส่วนร่วม

องค์ประกอบที่ 2 สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน โรงพยาบาลศูนย์และชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลศูนย์มีการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกัน
2. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกัน โดยมีแนวทางและเป้าหมายเดียวกัน

เครือข่ายการดูแลฯ ประกอบด้วย

1. เครือข่ายในโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนและแผนกมะเร็งและเคมีบำบัด
2. เครือข่ายในชุมชน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และแกนนำในชุมชน

การเชื่อมโยงการทำงานภายในเครือข่าย

1. กำหนดผู้รับผิดชอบหลักและคณะทำงานเครือข่ายการดูแลฯ โดยออกเป็นคำสั่งแต่งตั้งชัดเจน
2. ประชุมกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด วางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค อย่างน้อยทุก 3 เดือน (4 ครั้งต่อปี)
3. ประสานงานการดูแลต่อเนื่องโดยใช้เทคโนโลยี เช่น ไลน์, โปรแกรม Thai COC หรือ Application “ใจดี ใจสบาย”

ขอบเขตการบริการ

1. เครือข่ายในโรงพยาบาลศูนย์ : ประกอบด้วย ศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลฯ และทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวของโรงพยาบาลศูนย์ พยาบาลประจำการจากศูนย์ฯ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยานักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว

บทบาทหน้าที่

1. ศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล

1.1 เป็นแม่ข่ายประสานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว กับเครือข่ายทั้งหมด

1.2 เป็นผู้นำในการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด วางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผล รวมทั้งกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลฯ โดยเครือข่ายมีส่วนร่วม

1.3 เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและแหล่งให้ยืมอุปกรณ์หรือครุภัณฑ์ทางการแพทย์

1.4 เป็นผู้รับผิดชอบจัดการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว

1.5 เป็นผู้ให้ความรู้ ฝึกทักษะ และประเมินความพร้อมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนส่งผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน

2. ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวร่วมกับศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล

2.1 เป็นทีมเยี่ยมบ้านร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่น

2.2 ให้คำปรึกษาบุคลากรสาธารณสุขและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2.3 ให้คำปรึกษาผู้ดูแลในการสร้างเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ

2. เครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เทศบาล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนันและผู้ใหญ่บ้าน

บทบาทหน้าที่

1. บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่

- 1.1 เป็นลูกข่ายผู้ประสานงานระหว่างแม่ข่ายกับชุมชน
- 1.2 เป็นผู้เยี่ยมบ้านเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวก่อนการส่งต่อกลับไปฟื้นฟูที่บ้าน
- 1.3 เป็นผู้จัดหา/ยืมอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วย เช่น ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เตียงปรับระดับได้
- 1.4 เป็นผู้เยี่ยมและดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวที่บ้าน
- 1.5 เป็นผู้จัดตั้งและสรรหากลุ่มเสริมพลังให้ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน
- 1.6 เป็นผู้อบรมฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเบื้องต้นกับแกนนำสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน

2. กลุ่มเสริมพลังให้ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน ซึ่งเป็นอาสาสมัครในชุมชนที่มีจิตอาสาช่วยเหลือผู้ป่วย กลุ่มบริหารในชุมชน และครอบครัว มีหน้าที่

- 2.1 เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลฯ ในการผลิตเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเมื่อผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือ ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรทางสาธารณสุข (รพ.สต.) และการสนับสนุนจากท้องถิ่น
- 2.2 เป็นผู้ประสานงานระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับท้องถิ่นหรือบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อส่งต่อข้อมูลความต้องการของครอบครัวฯ

องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มที่รับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข

บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลศูนย์ บุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (เน้น ผู้รับผิดชอบงานใหม่)

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข

1. การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้ความรู้และทักษะ การให้คำปรึกษาเฉพาะด้าน ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเทคนิคการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของครอบครัวผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย

2. นิเทศติดตามประเมินผล

เนื้อหาการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพยากรณ์โรค และการรักษาแบบประคับประคอง

2. ทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น การทำแผลมะเร็ง การดูแลทวารเทียม การประเมินและจัดการอาการปวดโดยใช้ยาระงับปวดทั้งแบบรับประทาน และแบบฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง (Syringe driver) การดูแลผู้ป่วยที่เจาะคอและการดูดเสมหะ

3. การให้คำปรึกษาและการสื่อสารพื้นฐานเกี่ยวกับ พยากรณ์โรค เป้าหมายการดูแล แผนการกู้ชีพ สำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4. การประเมินสุขภาพจิต เช่น การประเมินความเครียด ประเมินภาวะซึมเศร้า/การฆ่าตัวตาย การประเมินภาวะหมดไฟอ่อนล้าของผู้ดูแล

5. เทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจและสร้างความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

6. การใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” และการใช้ Application “ตอบไว ใจผู้ดูแล”

องค์ประกอบที่ 4 เตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถเผชิญปัญหา มีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลสุขภาพกายและใจตนเอง

ช่วงเวลาการเตรียมความพร้อม

ช่วงเวลาการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนเข้ารับการรักษา ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล จนถึงส่งผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน

รูปแบบการเตรียมความพร้อม

ให้ความรู้ สอน สาธิต ฝึกปฏิบัติ และประเมินผลหลังการเตรียมความพร้อม

เนื้อหาการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย

1. โรคมะเร็งระยะสุดท้ายและการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การวินิจฉัยโรคและระยะของโรคมะเร็ง การพยากรณ์โรคและการดำเนินของโรค วิธีการดูแลรักษาและบรรเทาอาการเจ็บปวดหรืออาการอื่นๆของผู้ป่วย

2. การทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเบื้องต้น เช่น การให้อาหารทางสายยาง การให้ออกซิเจน การประเมินอาการปวดและการให้ยาบรรเทาปวด การดูแลท่อเจาะคอและการดูแลเสมหะ

3. การสร้างเสริมสุขภาพกายของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามหลัก 5 อ. (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์, ทำงานอดิเรก และดูแลสุขภาพอนามัย) และเน้นในเรื่องดังนี้

3.1 อาหาร รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่และรับประทานตรงเวลา

3.2 ออกกำลังกาย (physical activity) โดยเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม ทำเป็นประจำ

3.3 อนามัย การรับประทานยาและการตรวจสุขภาพตามนัดในผู้ที่มีโรคประจำตัว

4. การสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4.1 การใช้วิธีเผชิญปัญหาเฉพาะหน้า

4.2 การนั่งสมาธิสวดมนต์ (meditation)

4.3 เทคนิคการผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียด

4.4 การพักผ่อนให้เพียงพอ

5. วิธีการขอรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น ไลน์ และจากโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” และวิธีใช้ เพื่อขอรับคำแนะนำ

องค์ประกอบที่ 5 จัดบริการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลที่บ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รวมทั้งมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง

ผู้ให้บริการ

1. ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว จากโรงพยาบาลศูนย์

2. บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ได้รับการอบรมพัฒนา

ศักยภาพการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วย

บทบาทหน้าที่

1. ทำแผนปฏิบัติการ วางแผนเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ทุก 3 เดือน

2. ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย/ประเมินความต้องการช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3. ให้ความช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษา/คำแนะนำในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. สร้างเสริมกำลังใจ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน

บริการส่งเสริมสุขภาพผ่านการเยี่ยมบ้าน

1. การสร้างเสริมสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.1 ประเมินสุขภาพผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวเน้นในเรื่องการติดตามผลการรักษา เช่นวัดความดันโลหิต ตรวจวัดระดับน้ำตาล การรับประทานยา

1.2 ส่งเสริมให้ผู้ดูแล ดูแลสุขภาพตนเอง โดยแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และตรงเวลา การพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายบริหารร่างกาย (physical activity)

2. การสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2.1 ประเมินสุขภาพจิต เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความคับข้องใจและให้คำปรึกษา

2.2 ให้กำลังใจ สร้างเสริมพลังใจ ชื่นชมในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ภาคภูมิใจในตัวเอง

3. การประเมินและดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

องค์ประกอบที่ 6 ระบบบริการผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีบริการ ช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ให้ผู้ดูแลได้หยุดพัก โดยกลุ่มเสริมพลังในชุมชน

ผู้รับผิดชอบระบบ

1. บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเป็นผู้รับผิดชอบหลักด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. หน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมรับผิดชอบด้านทรัพยากร

องค์ประกอบของระบบผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. สร้างกลุ่มเสริมพลังในชุมชนเพื่อการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. จัดบริการผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. การสร้างกลุ่มเสริมพลังในชุมชนเพื่อการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์ เพื่อสรรหาผู้ที่มีจิตอาสาในการช่วยเหลือ ผลัดเปลี่ยน ให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มที่รับการสรรหาและพัฒนา ประกอบด้วย 1) จิตอาสาในชุมชน 2) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน 3) กลุ่มผู้บริบาลในชุมชน

รูปแบบการสร้างกลุ่มเสริมพลังในชุมชน

ใช้วิธีการวิธีการอบรม สอน และสาธิตการดูแลผู้ป่วย การเสริมพลังแก่ผู้ดูแลอบรมแกนนำในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เนื้อหาสร้างกลุ่มเสริมพลังในชุมชน ประกอบด้วย การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเบื้องต้น การประสานงานการดูแลกับบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และการสร้างเสริมพลังใจ/การให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. จัดบริการผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้เกี่ยวข้องในการจัดบริการผลัดเปลี่ยนดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 2) ทีมบุคลากรสหสาขา จากโรงพยาบาลศูนย์ 3) กลุ่มเสริมพลังในชุมชน 4) หน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่ม

1. หน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ในการวางแผนกำกับดูแล ให้คำปรึกษากรณีแกนนำพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนงบประมาณ เครื่องมือ และครุภัณฑ์ การแพทย์ที่จำเป็น เช่น ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เตียงปรับระดับ

2. บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นผู้กำกับดูแลคุณภาพการทำงานการจัดตารางเวร และประสานงานกลุ่มผู้สร้างพลัง

3. ทีมบุคลากรสหสาขา จากโรงพยาบาลศูนย์ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะกับบุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และกลุ่มเสริมพลังในชุมชน

4. กลุ่มเสริมพลังในชุมชน มีหน้าที่ช่วยเหลือผลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลได้หยุดพัก สัปดาห์ละครั้ง หรือ เมื่อผู้ดูแลมีความต้องการ

ขั้นตอนการทำงานร่วมกัน

1. กำหนดผู้รับผิดชอบ คำสั่งแต่งตั้งเป็นคณะทำงาน
2. ประชุมกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด วางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ทุกเดือน

3. แบ่งพื้นที่รับผิดชอบ จัดตารางเวรช่วยเหลือผู้ดูแลโดยการผลัดเปลี่ยนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. กลุ่มเสริมพลังในชุมชน ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกับบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และให้การดูแลตามแผน

องค์ประกอบที่ 7 ระบบการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผ่อนคลายความเครียด ได้ระบายความคับข้องใจ มีวิธีการและแนวทางในการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มผู้ให้บริการคำปรึกษา ประกอบด้วย

1. ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว จากโรงพยาบาลศูนย์
2. บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว

การจัดการระบบให้คำปรึกษา

1. กำหนดผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาและคำแนะนำในแต่ละวัน
2. สร้างไอดีไลน์, โปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”
3. สอนและสาธิตให้ผู้ดูแลฯ ในการขอปรึกษาผ่านระบบ chatbot จากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น ไลน์ และ โปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”
4. ผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาตามขั้นตอน ได้แก่ สร้างสัมพันธ์ภาพ สำรวจปัญหาและสาเหตุ วางแผนแก้ปัญหา และยุติบริการ

ขั้นตอนการการให้คำปรึกษาผ่านระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพิมพ์ข้อความที่ต้องการขอรับคำปรึกษาลงใน chatbot ผ่านไลน์ หรือโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”
2. ระบบจะแจ้งข้อความเข้าสู่ผู้รับผิดชอบ
3. ผู้รับผิดชอบเข้าไปให้คำปรึกษาโดยตอบเป็นข้อความหรือวิดีโอคอล

องค์ประกอบที่ 8 การให้คำแนะนำผ่าน Application “ตอบไว ใจดีผู้ดูแล”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้นด้วยระบบ AI ที่เข้าถึงได้ง่ายและทุกเวลาเมื่อพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลเอง

ผู้ดูแลระบบเทคโนโลยี

1. เจ้าหน้าที่ IT โรงพยาบาลศูนย์สร้าง Application “ตอบไฉ่ ใค้ใจผู้ดูแล”
2. เจ้าหน้าที่ จาก “ศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล”

ผู้ที่ใช้ Application “ตอบไฉ่ ใค้ใจผู้ดูแล”

1. ผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. กลุ่มเสริมพลังให้ครอบครัว
3. ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์
4. บุคลากรสาธารณสุขชุมชน ได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล

หัวข้อในการให้คำแนะนำ

การให้อาหารทางสายยาง

การเคลื่อนไหวและผลกดทับ

การดูแลผู้ป่วยท้องผูก

การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวด

การดูแลผู้ป่วยด้านการขับถ่าย

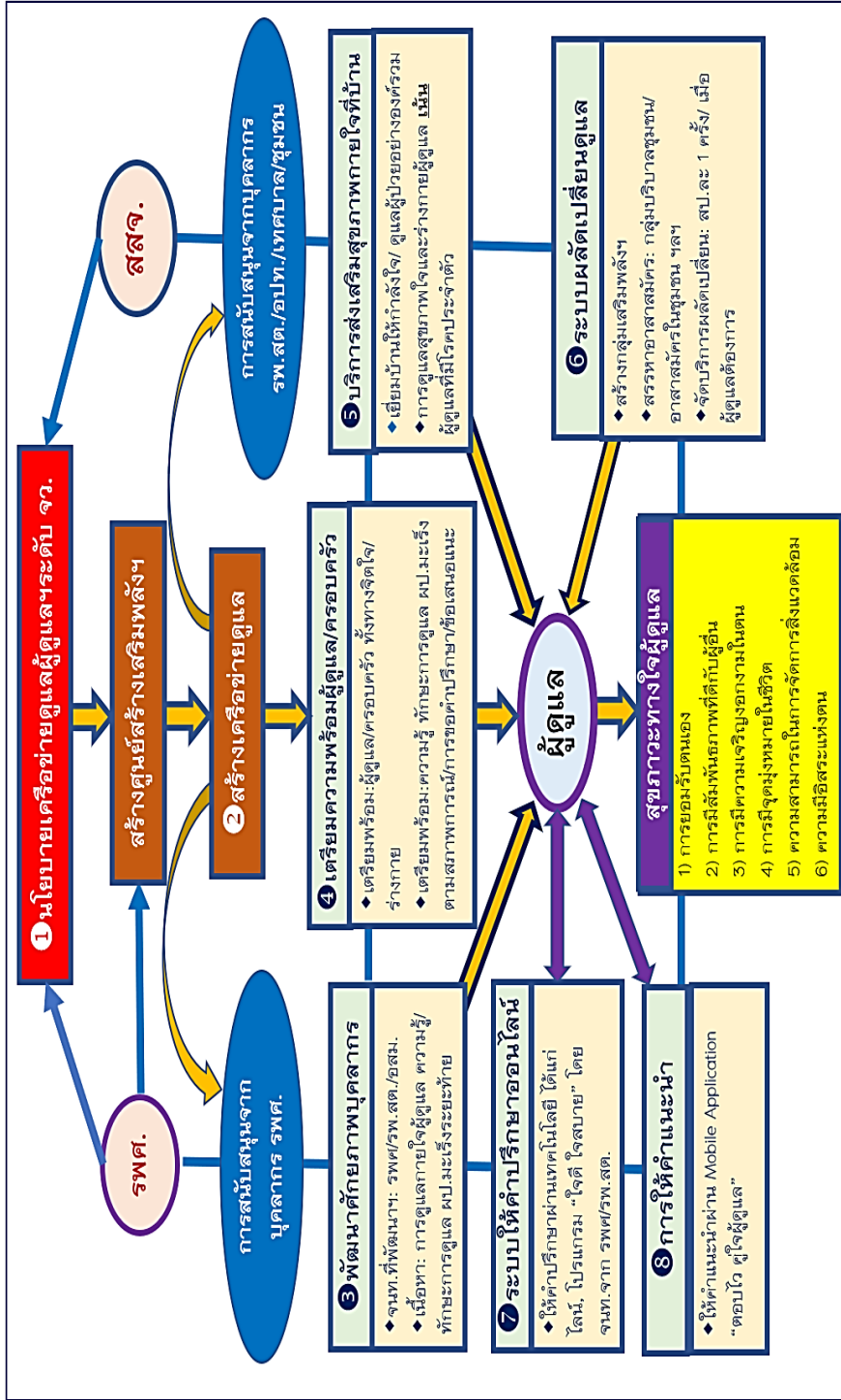
การดูแลผู้ป่วยเจาะคอและการดูดเสมหะ

การผ่อนคลายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เช่น ดนตรีบำบัด

การสร้างเสริมพลังใจด้วยตัวเอง

ดังนั้น “รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” จึงมี

องค์ประกอบ โดยสรุปดังภาพ 11



ภาพ 11 แสดง (สรุป) รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาเรื่อง “รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์” ด้วยวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) ใช้ ระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Design) ซึ่งอธิบายถึงการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสุขภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ 2) เพื่อศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลและข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ 3) เพื่อสร้าง พัฒนา และประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสร้างสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย บุคลากรทางสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้บริหารสาธารณสุขที่มีส่วนในการผลักดันนโยบายการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลฯ ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเมินรูปแบบจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ครอบครัว, ญาติ หรือผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรทางสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลด้านผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ป่วยมะเร็งฯ แบบวัดสุขภาวะทางใจ แบบสอบถามภาวะการดูแล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีทั้งแบบเลือกตอบ เติมคำในช่องว่าง และแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบสนทนากลุ่มชนิดกึ่งมีโครงสร้าง แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยพัฒนา และปรับปรุงจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย ในระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้เก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ทำการวิเคราะห์ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาระดับสุขภาวะทางใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะ

ทางใจของผู้ดูแลฯ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) และ ในระยะที่ 2 เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินรูปแบบด้วยการอภิปรายกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์

1. ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า

สุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.94$, $SD=0.73$) เมื่อพิจารณาสุขภาวะทางใจรายด้านพบว่า ด้านการยอมรับตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.87$, $SD=0.71$) ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.00$, $SD=0.72$) ด้านความเป็นตัวของตัวเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.80$, $SD=0.76$) ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.01$, $SD=0.67$) ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.81$, $SD=0.82$) และด้านความเจริญอกงามของบุคคลอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.21$, $SD=0.70$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางใจด้านความเจริญอกงามของบุคคลมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ความเป็นตัวของตัวเอง และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า มีตัวแปรร่วมพยากรณ์สุขภาวะทางใจ จำนวน 5 ตัวแปร ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 60.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียงลำดับตามความสามารถพยากรณ์จากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ($\beta=0.313$, $p<0.001$) ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย ($\beta=-0.261$, $p<0.001$) แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน ($\beta=0.144$, $p=0.003$) การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล ($\beta=-0.144$, $p=0.007$) และ ความแข็งแกร่งในชีวิต ($\beta=0.071$, $p<0.001$) ซึ่งสามารถเขียนสมการพยากรณ์สุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

สุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย = $30.809 + 0.450$ (แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข) - 0.869 (ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย) + 0.189 (แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน) - 0.556 (การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล) + 0.094 (ความแข็งแกร่งในชีวิต)

2. ผลการศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากมุมมองต่อปัจจัยของกลุ่มตัวอย่างต่อ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลสามารถสังเคราะห์รากเหง้า ที่มา สาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นำไปสู่การยกกร่างรูปแบบฯ ดังนี้

1. การสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข

ปัจจุบันยังไม่มีนโยบายจากรัฐและเครือข่ายสำหรับช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลโดยตรง เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน จึงได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขระดับท้องถิ่นค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่มาเพียงเยี่ยมให้กำลังใจ รพ.สต.บางแห่งมีเจ้าหน้าที่น้อยและมีการเปลี่ยนหน้าที่ความรับผิดชอบบ่อย ทำให้ขาดความรู้ทักษะด้านการดูแล ขาดความมั่นใจในการให้คำปรึกษา และการคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแก่ผู้ดูแล รวมถึงสถานบริการขาดแคลนอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ อีกทั้งการดูแลเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล

2. ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย

ผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไม่ได้รับการเตรียมตัว เตรียมใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาก่อน เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จึงทำให้ผู้ดูแลยอมรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยรุนแรงของคู่ชีวิต และการเห็นความทุกข์ทรมานจากโรคของผู้ป่วย จึงทำใจไม่ได้ รู้สึกท้อแท้ หดหู่ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังจนไม่ได้หยุดพัก ทำให้ผู้ดูแลเหนื่อยล้า ต้องขาดงาน ขาดรายได้ จึงเกิดความเครียดสะสม ทั้งปัญหาของตัวเองและผู้ดูแลเองและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

3. แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน

การที่มีเพื่อนบ้านคอยช่วยดูแลผู้ป่วยให้บางช่วงเวลา และคนในชุมชนมาเยี่ยมให้กำลังใจ นำสิ่งของมาฝาก ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มีเวลาหยุดพัก ปลีกตัวจากผู้ป่วยที่ดูแล คลายทุกข์ และมีกำลังใจมากขึ้น

4. การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล

ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวมีสุขภาพร่างกายแย่งลง โรคประจำตัวที่เป็นกำเริบรุนแรงขึ้น เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้หยุดพัก ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อดนอน รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารไม่สม่ำเสมอ และไม่ได้ไปพบแพทย์เพื่อรับยาตามนัด ทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหู่ ห่อเหี่ยวใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

5. ความแข็งแกร่งในชีวิต

ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ความแข็งแกร่งในชีวิตจะมีความเข้มแข็ง ไม่ท้อแท้ ท้อถอย ถึงจะรู้ว่าผู้ป่วยไม่มีทางรักษาให้หายได้ แต่ยังมีความหวังอยากดูแลให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ให้ยาวนานที่สุด โดยมีสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลมีภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถจัดการการดูแลผู้ป่วยและเรื่องต่างๆได้ด้วยตนเอง จึงมีกำลังใจทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ดี

3. ผลการศึกษาการสร้างและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การสร้างและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากการศึกษาเหตุรากเหง้าแห่งปัจจัยและข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง จากการค้นคว้าเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย ผู้วิจัยได้ยกร่างรูปแบบจากผลการวิจัยในระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2 นำมาจัดองค์ประกอบ และรายละเอียดของรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis model) และทำการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากการวิเคราะห์ที่ผู้วิจัยสามารถสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอมืออูตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) กำหนดนโยบาย การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบเครือข่ายและการสร้างศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2) สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน โรงพยาบาลศูนย์และชุมชน 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว 4) เตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 5) จัดบริการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลที่บ้าน 6) ระบบบริการผลัดเปลี่ยน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 7) ระบบการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” และ 8) การให้คำแนะนำผ่าน Application “ตอบไว ใจผู้ดูแล ”

ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เข้าสู่เวทีการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะและยืนยันองค์ประกอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความเหมาะสม การนำไปใช้ ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของรูปแบบต่อการนำไปปฏิบัติ โดย “รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” มีรายละเอียด โดยสรุปดังนี้

ประเด็นที่พัฒนา ไม่มีประเด็นที่ “ตัดออก” แต่ “ปรับปรุง” องค์ประกอบที่ 1 ด้าน ผู้ปฏิบัติงานประจำในศูนย์เสริมสร้างพลังใจ มาจากศูนย์เคมีบำบัดและเพิ่มบทบาทในการให้ คำปรึกษา และองค์ประกอบที่ 2 จัดประชุมจากทุกเดือนเป็นทุก 3 เดือน ส่วนประเด็นที่ “เพิ่มเติม” ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 เพิ่มนโยบายนายแพทย์ สสจ. ให้มีการดูแลเป็นเครือข่ายในภาพจังหวัด และ

เพิ่มกลุ่มผู้บริบาลในชุมชน เข้ามาเป็นกลุ่มเสริมพลัง (ในองค์ประกอบที่ 6) นอกจากนี้มีเพิ่มเนื้อหาในการสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นตามสภาพผู้ป่วยแต่ละคนใน องค์ประกอบที่ 8 มีรายละเอียดโดยสรุปรูปแบบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 กำหนดนโยบายการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบเครือข่ายและการสร้างศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
องค์ประกอบนี้เป็นการกำหนดนโยบายการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ นโยบายของนายแพทย์ สสจ. ในการดูแลผู้ดูแลฯ แบบเครือข่ายในภาพจังหวัด และนโยบายของผู้อำนวยการ รพศ. สร้างศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นนโยบายของนายแพทย์ สสจ. ที่ให้มีการดูแลผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบเครือข่ายในภาพจังหวัด และนโยบายของผู้อำนวยการ รพศ. ในการสร้างศูนย์สร้างเสริมพลังใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ดูแลและผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยศูนย์เสริมสร้างพลังใจฯ มีภารกิจเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งโรงพยาบาลศูนย์และในชุมชน มีการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย และความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงให้การดูแลแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม

องค์ประกอบที่ 2 การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน โรงพยาบาลศูนย์และชุมชน องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลศูนย์และชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกัน ซึ่งเครือข่ายการดูแลฯ ประกอบด้วย 1) เครือข่ายในโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนและแผนกมะเร็งและเคมีบำบัด 2) เครือข่ายในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่มเสริมพลังในชุมชน ซึ่งมีการเชื่อมโยงการทำงานภายในเครือข่ายมีผู้รับผิดชอบ เป้าหมาย ตัวชี้วัด มีการวางแผนการดำเนินการช่วยเหลือผู้ดูแลและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ชัดเจน และประชุมติดตามปัญหาอุปสรรคทุก 3 เดือน ประสานการดูแลต่อเนื่องให้คำปรึกษาโดยใช้เทคโนโลยี เช่น ไลน์กรุป, โปรแกรม Thai COC หรือ โปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”

องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (เน้น ผู้รับผิดชอบงานใหม่) โดยจัดอบรมให้ความรู้และทักษะ การให้คำปรึกษาเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเทคนิคการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และ นิเทศติดตามประเมินผล โดยเนื้อหาการอบรม ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพยากรณ์โรค และการรักษาแบบประคับประคอง, ทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น การทำแผลมะเร็ง การดูแลทวารเทียม การประเมินและจัดการอาการปวดโดยการให้ยาระงับปวดทั้งแบบรับประทาน และแบบฉีดเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง (Syringe driver), การให้คำปรึกษาและการสื่อสารพื้นฐานเกี่ยวกับ พยากรณ์โรค เป้าหมายการดูแล แผนการกู้ชีพ สำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, การประเมินสุขภาพจิต เช่น การประเมินความเครียด ประเมินภาวะซึมเศร้า/การฆ่าตัวตาย การประเมินภาวะหมดไฟอ่อนล้า และเทคนิคการสร้างเสริมแรงใจและสร้างความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

องค์ประกอบที่ 4 เตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีความมั่นใจ คลายวิตกกังวลสามารถเผชิญปัญหา มีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลสุขภาพกายและใจตนเอง โดยช่วงเวลาการเตรียมความพร้อม เริ่มตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนเข้ารับการรักษา ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล จนถึงส่งผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน โดยรูปแบบการการเตรียมความพร้อม ให้ความรู้ สอน สาธิต ฝึกปฏิบัติ และประเมินผลหลังการเตรียมความพร้อม ซึ่งมีเนื้อหาการเตรียมความพร้อม ดังนี้ 1) โรคมะเร็งระยะสุดท้ายและการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การวินิจฉัยโรคและระยะของโรคมะเร็ง การพยากรณ์โรคและการดำเนินของโรค วิธีการดูแลรักษาและบรรเทาอาการเจ็บปวดหรืออาการอื่นๆของผู้ป่วย 2) การทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเบื้องต้น เช่น การให้อาหารทางสายยาง การให้ออกซิเจน การประเมินอาการปวดและการให้ยาบรรเทาปวด การดูแลท่อเจาะคอและการดูดเสมหะ 3) การสร้างเสริมสุขภาพกายของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามหลัก 5 อ. (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์, ทำงานอดิเรก และดูแลสุขภาพอนามัย) และเน้นในเรื่องนี้ อาหาร รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่และรับประทานตรงเวลา, ออกกำลังกาย (Physical activity) โดยเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม ทำเป็นประจำ, อนามัย การรับประทานยาและการตรวจสุขภาพตามนัดในผู้ที่มีโรคประจำตัว 4) การสร้างเสริมสุขภาพทางใจ

ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ การใช้วิธีเผชิญปัญหาเฉพาะหน้า การนั่งสมาธิสวดมนต์ (Meditation) เทคนิคการผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียด และการพักผ่อนให้เพียงพอ 5) วิธีการขอรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น ไลน์ และจากโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “จิตใจสบาย” และวิธีใช้ เพื่อขอรับคำแนะนำ App “ตอบไว คู่ใจผู้ดูแล”

องค์ประกอบที่ 5 จัดบริการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลที่บ้าน

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รวมทั้งมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง โดยมีผู้ให้บริการเป็นทีมสหสาขาจากโรงพยาบาลศูนย์ และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ 1) ร่วมกันทำแผนปฏิบัติการวางแผนเยี่ยมบ้านทุก 3 เดือน 2) ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย/ ประเมินความต้องการช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3) ให้ความช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษา/คำแนะนำในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 4) สร้างเสริมกำลังใจ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ การประเมินสุขภาพผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้มีโรคประจำตัวเน้นในเรื่องการติดตามผลการรักษา เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจวัดระดับน้ำตาล การรับประทานยา, ส่งเสริมให้ผู้ดูแล ดูแลสุขภาพตนเอง โดยแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และตรงเวลา การพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายบริหารร่างกาย (Physical activity), การสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ ประเมินสุขภาพจิต เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความคับข้องใจและให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ สร้างเสริมพลังใจ ชื่นชมในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ภาคภูมิใจในตัวเอง, การประเมินและดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

องค์ประกอบที่ 6 ระบบบริการผลิตเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อจัดให้มีบริการ ช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการผลิตเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ดูแลได้หยุดพัก โดยกลุ่มเสริมพลังในชุมชน

ผู้รับผิดชอบระบบ คือ บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเป็นผู้รับผิดชอบหลักด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และหน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมรับผิดชอบด้านทรัพยากร องค์ประกอบของระบบผลิตเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ 1) การสร้างกลุ่มเสริมพลังในชุมชน โดยสรรหาผู้ที่มีจิตอาสาในการช่วยเหลือ ผลิตเปลี่ยน ให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มที่รับการสรรหาและพัฒนา ได้แก่ จิตอาสาในชุมชน, กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน,และนักบริบาลในชุมชน จากนั้น

จัดการอบรมพัฒนาศักยภาพกลุ่มเสริมพลังโดยสอน และสาธิตการดูแลผู้ป่วย การเสริมพลังแก่ผู้ดูแล
 อบรมแกนนำในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื้อหาสร้างกลุ่มเสริมพลังในชุมชน
 ประกอบด้วย การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเบื้องต้น การประสานงานการดูแลกับ
 บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และการสร้างเสริมพลังใจ/การให้
 กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2) จัดบริการผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้เกี่ยวข้องในการจัดบริการผลัดเปลี่ยนดูแลผู้ป่วย คือ บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาล
 ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ทีมบุคลากรสหสาขาจากโรงพยาบาลศูนย์, กลุ่มเสริมพลังในชุมชน และ
 หน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยแต่ละกลุ่มมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ 1) หน่วยงานของ
 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ในการวางแผนกำกับดูแล ให้คำปรึกษากรณีแกนนำพบปัญหาใน
 การดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนงบประมาณ เครื่องมือ และครุภัณฑ์การแพทย์ที่จำเป็น เช่น ถัง
 ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เตียงปรับระดับ 2) บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 ประจำตำบล เป็นผู้กำกับดูแลคุณภาพการทำงานการจัดตารางเวร และประสานงานกลุ่มผู้สร้างพลัง
 3) ทีมบุคลากรสหสาขา จากโรงพยาบาลศูนย์ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะกับบุคลากรสาธารณสุข
 จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และกลุ่มเสริมพลังใน
 ชุมชน 4) กลุ่มเสริมพลังในชุมชน มีหน้าที่ช่วยเหลือผลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 เพื่อให้ผู้ดูแลได้หยุดพัก สัปดาห์ละครั้ง หรือ เมื่อผู้ดูแลมีความต้องการ โดยมีขั้นตอนการทำงาน
 ร่วมกัน ดังนี้ กำหนดผู้รับผิดชอบ ประชุมกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด วางแผน ดำเนินงาน และติดตาม
 ประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค แบ่งพื้นที่รับผิดชอบ จัดตารางเวรช่วยเหลือผู้ดูแลโดยการ
 ผลัดเปลี่ยนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มเสริมพลังประสานงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 กับบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และให้การดูแลตามแผน

**องค์ประกอบที่ 7 ระบบการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี
 ใจสบาย”** องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผ่อนคลายความเครียด
 ได้ระบายความคับข้องใจ มีวิธีการและแนวทางในการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย โดยกลุ่มผู้ให้บริการ
 คำปรึกษา ประกอบด้วย ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว จาก
 โรงพยาบาลศูนย์ และ บุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ที่ได้รับ
 การอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว มีการ
 จัดการระบบให้คำปรึกษา กำหนดผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาและคำแนะนำในแต่ละวัน ให้คำปรึกษา
 ผ่านระบบไลน์, โปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” สอนและสาธิตให้ผู้ดูแล ในการขอ
 ปรึกษาผ่านระบบ chatbot จากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น ไลน์กรุป, เฟซบุ๊ก และ
 โปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” ผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาตามขั้นตอน ได้แก่ สร้าง
 สัมพันธภาพ สำรวจปัญหาและสาเหตุ วางแผนแก้ปัญหา และยุติบริการ ขั้นตอนการการให้คำปรึกษา

ผ่านระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพิมพ์ข้อความที่ต้องการขอรับคำปรึกษาลงใน chatbot ผ่านไลน์ หรือโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย”

ระบบจะแจ้งข้อความเข้าถึงผู้รับผิดชอบ ผู้รับผิดชอบเข้าไปให้คำปรึกษาโดยตอบเป็นข้อความหรือวิดีโอคอล

องค์ประกอบที่ 8 การให้คำแนะนำผ่าน Application “ตอบไว คุใจผู้ดูแล”

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้นด้วยระบบ AI ที่เข้าถึงได้ง่ายและทุกเวลาเมื่อพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลเอง ผู้ดูแลประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ IT โรงพยาบาลศูนย์สร้าง Mobile Application “ตอบไว คุใจผู้ดูแล” และเจ้าหน้าที่ จาก “ศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล” ผู้ที่ใช้ Application “ตอบไว คุใจผู้ดูแล” ประกอบด้วย ผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มเสริมพลังให้ครอบครัว ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพ นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด และ บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล หัวข้อในการให้คำแนะนำ ได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนไหวและแผลกดทับ การดูแลผู้ป่วยท้องผูก การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวด การดูแลผู้ป่วยด้านการขับถ่าย การดูแลท่อเจาะคอและการดูดเสมหะ การผ่อนคลายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เช่น ดนตรีบำบัด และการสร้างเสริมพลังใจด้วยตัวเอง

4. ผลการประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านเห็นด้วยกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในประเด็นความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ทั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะในประเด็นที่ควรพิจารณาปรับปรุง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ ระบบการผลิตเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งฯ และจัดบริการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลที่บ้าน

5. สรุปรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยสังเคราะห์ได้ใหม่ และได้รับการตรวจสอบประเมินรูปแบบเกี่ยวกับความเหมาะสม การนำไปใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของรูปแบบต่อการนำไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ โดยรูปแบบฯ ต้องเริ่มต้นนโยบายของนายแพทย์ สสจ.ให้กำหนดนโยบายการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบเครือข่ายในภาพจังหวัด และนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาล จัดตั้งศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล โดยกำหนดแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานสำหรับสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ

ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม โดยมีเครือข่ายในการดูแลประกอบด้วย เครือข่ายในโรงพยาบาลศูนย์ และเครือข่ายในชุมชน ร่วมกันดูแลดำเนินการ มีโครงสร้างที่ชัดเจน และบูรณาการร่วมกัน เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาสุขภาวะทางใจ ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และมุมมองที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า

1.1 สุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 97.3 และพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ความเป็นตัวของตัวเอง และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต อภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญหน้าและความอดทนต่อแรงกดดันต่างๆลดลง แสดงถึงว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นกลุ่มที่ค่อนข้างมีปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ขณะที่สุขภาวะทางใจด้านความเจริญงอกงามของบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยรายด้านสูงที่สุด แสดงถึงผู้ดูแลมีความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพของตน พร้อมเปิดรับประสบการณ์ใหม่ มองเห็นคุณค่าในตนเอง และรับรู้ความสามารถของตนเอง (Ryff & Keyes, 1995) ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับการพัฒนาความรู้/ทักษะในการเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง จะส่งผลดีต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้ดูแลฯ (World Health Organization, 2014b) แต่ปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์ของรัฐที่มุ่งเน้นในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยตรง มีเพียงนโยบายที่ช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายถูกละเลย

1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และมุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความเกี่ยวข้องเป็นสามีภรรยา การมีโรคประจำตัว และความแข็งแรงในชีวิต ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วน อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ภาระในการดูแล และการมองโลกในแง่ดี ไม่มีผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลฯ สรุปจากการวิเคราะห์และแปลผลจากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน มีตัวแปรทั้งหมด 5 ตัวแปร ที่สามารถร่วมพยากรณ์สุขภาวะทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามปัจจัย ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ความเกี่ยวข้องเป็นสามมิติของภรรยาของผู้ดูแล การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล และความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่แตกต่างกัน โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามตัวแปร ดังต่อไปนี้

ความเกี่ยวข้องเป็นสามมิติของภรรยาของผู้ป่วย มีผลทางลบต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อภิปรายได้ว่า เนื่องจากผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องเป็นสามมิติหรือภรรยาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไม่รับการเตรียมตัว เตรียมใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาก่อน เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จึงทำให้ผู้ดูแลยอมรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยรุนแรงของคู่ชีวิต และการเห็นความทุกข์ทรมานจากโรคของผู้ป่วย จึงทำใจไม่ได้ รู้สึกท้อแท้ หดหู่ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังจนไม่ได้หยุดพัก ทำให้ผู้ดูแลเหนื่อยล้า ต้องขาดงาน ขาดรายได้ จึงเกิดความเครียดสะสม ทั้งปัญหาของตัวผู้ดูแลเองและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ส่งผลให้มีสุขภาวะทางใจลดลง ซึ่งการที่ผู้ดูแลเป็นสามมิติสัมพันธ์สภาพใกล้ชิดกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง โดยไม่มีคนช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า จากการพักผ่อนน้อย และการไม่ได้ทำงาน ทำให้ขาดรายได้ จึงรู้สึกเครียด วิตกกังวล (กัญญาณัฐ สุภาพร, 2563) นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจกับการที่ต้องเผชิญกับภาวะที่ใกล้สูญเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักที่จะเกิดขึ้นมาก่อน ทำให้ยอมรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยรุนแรงของคู่ชีวิต และการเห็นความทุกข์ทรมานจากโรคของผู้ป่วย จึงทำใจไม่ได้ รู้สึกท้อแท้ หดหู่ หากเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้นส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาวะทางใจที่ลดลง (อรทัย วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร และอภิญญา วงศ์ซาร, 2562)

การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีผลทางลบต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวมีสุขภาพร่างกายแย่งลง โรคประจำตัวที่เป็นกำเริบรุนแรงขึ้น เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้หยุดพัก ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อดนอน รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และไม่ได้ไปพบแพทย์เพื่อรับยาตามนัด ทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหู่ ห่อเหี่ยวใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้มีสุขภาวะทางใจลดลง ซึ่งผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวมีภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจแย่งลงกว่าก่อนเริ่มการดูแลผู้ป่วย เพราะต้องเฝ้าดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงทำให้พักผ่อนน้อย รับประทานอาหารและยาไม่ตรงเวลา ไม่ไปรับยาตามนัด โรคประจำตัวกำเริบรุนแรงขึ้น ซึ่งปัญหาสุขภาพกายที่พบมาก คือ ปวดศีรษะ ปวดหลัง และโรคกระเพาะอาหาร (Yeh et al., 2009) ทำให้รู้สึกท้อแท้ ห่อเหี่ยวใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญวิภา แก้วพิภพ (2560)

ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีโรคประจำตัว 3.71 เท่า

ความแข็งแกร่งในชีวิต มีผลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อภิปรายได้ว่า การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ความแข็งแกร่งในชีวิตจะมีความเข้มแข็ง ไม่ท้อแท้ ท้อถอย ถึงจะรู้ว่าผู้ป่วยไม่มีทางรักษาให้หายได้ แต่ยังคงมีความหวังอยากดูแลให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ให้ยาวนานที่สุด โดยมีสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลมีภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถจัดการการดูแลผู้ป่วยและเรื่องต่างๆได้ด้วยตนเอง จึงมีกำลังใจทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ดี ส่งผลให้มีสุขภาวะทางใจเพิ่มขึ้น ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นความสามารถของผู้ดูแลในการยืนหยัดเพื่อให้อ่านผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจได้และสามารถฟื้นตัวได้ในเวลารวดเร็ว นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เกิดการเรียนรู้เติบโตขึ้น เข้าใจชีวิตมากขึ้น และเข้มแข็งขึ้น (Grotberg, 1995; พัทธินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2558) โดยการศึกษาของ ภาคิณี เดชชัยยศ และคณะ (2563) พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจ ($\beta=0.240, p<0.01$) บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จะสามารถจัดการกับสถานการณ์ยุ่งยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Grotberg, 2003) จะรู้สึกมีความหวัง เกิดพลังใจ ทำให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลภาคภูมิใจในตนเอง มีพลังและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย

1.2.2 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข และแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า โดยพบว่า

แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข มีผลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อภิปรายได้ว่า การสนับสนุนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลศูนย์ ให้บริการดี เพราะมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคมะเร็ง และมีแผนกการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะ แต่เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์จากรัฐและเครือข่ายสำหรับช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลโดยตรง เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน จึงได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขระดับท้องถิ่นค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่มาเพียงเยี่ยมให้กำลังใจ รพ.สต.บางแห่งมีเจ้าหน้าที่น้อยและมีการเปลี่ยนหน้าที่ความรับผิดชอบบ่อย ทำให้ขาดความรู้ทักษะ การให้คำปรึกษา และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง จึงทำให้การดูแลเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุมถึงผู้ดูแล รวมถึงขาดแคลนอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งการที่บุคลากรทางสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ สนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยให้บริการด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ รวมถึงการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น (Instrumental Support)

(House, 1981) และการช่วยเหลือผู้ดูแลในยามที่ต้องการทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ ทั้งนี้การสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข เป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาวะทางใจด้านบวก ลดความเครียด วิตกกังวล ยอมรับตนเอง เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นความสามารถของตนเองในการเผชิญกับปัญหา และสามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตตินันท์ สองแสงจันทร์ และคณะ (2560) ที่พบว่า การสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน มีผลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อภิปรายได้ว่า การที่มีเพื่อนบ้านคอยช่วยเหลือผู้ป่วยให้บางช่วงเวลา และคนในชุมชนมาเยี่ยมให้กำลังใจ นำสิ่งของมาฝาก ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มีเวลาหยุดพัก ปลีกตัวจากผู้ดูแล คลายทุกข์ และมีกำลังใจมากขึ้น ซึ่งการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชนที่เพิ่มขึ้นมีผลให้สุขภาวะทางใจที่ดีขึ้น เนื่องจากเพื่อน เพื่อนบ้านเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ภาพใกล้ชิดเป็นที่ไว้วางใจของผู้ดูแลได้ให้การช่วยเหลือในการดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ผู้ดูแลทั้งนี้การช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมและชุมชน โดยเฉพาะการช่วยเหลืองานบ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาหยุดพัก (Time off from caring) ปลีกตัวจากผู้ดูแล และการเยี่ยมให้กำลังใจจากคนในชุมชน ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางจิตใจ (Psychological support) ทำให้ผู้ดูแลลดความเครียด คลายทุกข์ได้ (Cassidy & McLaughlin, 2015; Juarez & Otis-Green, 2012)

2. ผลของการสร้าง พัฒนา และประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

ผู้วิจัยสรุปสังเคราะห์รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องประกอบด้วย 8 ประการ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 กำหนดนโยบายการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบเครือข่าย และการสร้างศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยองค์ประกอบนี้เป็นนโยบายของนายแพทย์ สสจ.ให้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นแบบเครือข่ายในภาพจังหวัด และนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาล จัดตั้งศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยศูนย์นี้มีภารกิจเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล โดยมีการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลฯ ทั้งโรงพยาบาลศูนย์และชุมชนในการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย และความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงให้การดูแลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม อภิปรายได้ว่า การกำหนดนโยบายการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบเครือข่ายภาพจังหวัด และนโยบายการจัดตั้งศูนย์เสริมสร้างพลัง

ใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล จะเป็นจุดรวมของผู้เกี่ยวข้อง และใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเกิดการประสานงานที่ดี ในการทำงานระหว่างกลุ่มหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลทั้งระบบ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลผู้ดูแล ซึ่งเป็นไปตามกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action) ขององค์การอนามัยโลก การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ดูแลจำเป็นต้องมีนโยบายและหน่วยงานเป็นสื่อกลาง (Mediate) (World Health Organization, 1986) โดยมีผู้ที่นำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพไปทำสำเร็จแล้ว ดังเช่น (กานดาวลี มาลีวงษ์ และคณะ, 2562) นำไปใช้ในการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผลลัพธ์ทำให้บุคลากรมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุไปในทิศทางเดียวกัน

องค์ประกอบที่ 2 การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลศูนย์และชุมชน องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลศูนย์และชุมชนมีการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกัน ซึ่งเครือข่ายการดูแลฯ ประกอบด้วย 1) เครือข่ายในโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน และศูนย์เคมีบำบัด 2) เครือข่ายในชุมชน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่มเสริมพลังในชุมชน ซึ่งมีการเชื่อมโยงการทำงานภายในเครือข่ายมีผู้รับผิดชอบ เป้าหมาย ตัวชี้วัด มีการวางแผนการดำเนินการช่วยเหลือผู้ดูแลและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ชัดเจน และประชุมติดตามปัญหาอุปสรรคทุก 3 เดือน ประสานการดูแลต่อเนื่องให้คำปรึกษาโดยใช้เทคโนโลยี เช่น ไลน์กรุป, โปรแกรม Thai COC หรือ Application “ใจดีใจสบาย” อภิปรายได้ว่า การสร้างเครือข่ายการดูแล ฯ ในโรงพยาบาลศูนย์และชุมชน ซึ่งไม่เคยมีมาก่อนในระบบบริการสุขภาพนี้ นับว่าเป็นการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reoriented Health Service) ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ดูแลและดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนบริการเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ (World Health Organization, 1986)

เครือข่ายของผลการศึกษานี้ เป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชน จนถึงระดับจังหวัด ซึ่งเป็นสิ่งใหม่และท้าทายที่ต้องทำงานท่ามกลางบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบริการเบื้องต้น จนถึงระดับตติยภูมิซึ่งเป็นบริการที่ซับซ้อน เข้ามาการทำงานร่วมกันโดยมีเป้าหมายเดียวกันคือเพื่อดูแลสุขภาพทางใจกลุ่มผู้ดูแลฯ ซึ่งการดูแลแบบเครือข่ายเป็นสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนมาก

ในปัจจุบัน สืบเนื่องจากมีคู่มือการจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (เน้น ผู้รับผิดชอบงานใหม่) โดยจัดอบรมให้ความรู้และทักษะ การให้คำปรึกษา เฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเทคนิคการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และ นิเทศติดตามประเมินผล โดยเนื้อหาการอบรม เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะสุดท้าย, ทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, การประเมินสุขภาพจิต และเทคนิคการสร้างเสริมแรงจูงใจและสร้างความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อภิปรายได้ว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การให้คำปรึกษาเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และการดูแลสุขภาพกายจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม จึงมั่นใจในการให้บริการตระหนักถึงหน้าที่ เข้าใจบทบาทของตนเอง และสามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะการพัฒนาบุคลากรที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน (เกสรฯ บุญครอบ และภัทรนันท์ สุระชาติ, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์ และคณะ (2554) ที่พัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน โดยมีการพัฒนาความรู้บุคลากรและแนวปฏิบัติส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ส่งผลทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขเกิดความมั่นใจ ในการปฏิบัติงาน มีการให้ความรู้และทักษะที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านได้ดี มีคุณภาพ

องค์ประกอบที่ 4 เตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีความมั่นใจ คลายวิตกกังวลสามารถเผชิญปัญหา มีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลสุขภาพกายและใจตนเอง โดยช่วงเวลาการเตรียมความพร้อม เริ่มตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนเข้ารับการรักษา ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล จนถึงส่งผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน โดยรูปแบบการการเตรียมความพร้อม ให้ความรู้ สอน สาธิต ฝึกปฏิบัติ และประเมินผลหลังการเตรียมความพร้อม ซึ่งมีเนื้อหาการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับความรู้โรคมะเร็งระยะสุดท้ายและการรักษาแบบประคับประคอง ทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเบื้องต้น การสร้างเสริมสุขภาพกายและใจ

ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิธีการขอรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น ไลน์ และจากโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” Mobile Application “ตอบไว ใจผู้ดูแล” และวิธีใช้เทคโนโลยีเพื่อขอรับคำปรึกษาและคำแนะนำ อภิปรายได้ว่า การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล โดยการให้ความรู้ทักษะที่ถูกต้องตรงกับความต้องการของผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและสามารถดูแลตนเองได้ดี ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดวิตกกังวลลดลง โดยการพัฒนาทักษะบุคคล (Develop Personal Skills) จะช่วยพัฒนาศักยภาพบุคคล ให้มั่นใจในการเผชิญปัญหา สามารถการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environmental Mastery) ความมีอิสระแห่งตน (Autonomy) สามารถในการตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมด้วยตนเอง และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ryff & Keyes, 1995) นอกจากนี้การศึกษาของ (เจษฎาภรณ์ อิกำเหน็ด และวราวรรณ อุดมความสุข, 2563) พบว่าการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดภาระการดูแลได้อีกด้วย

องค์ประกอบที่ 5 จัดบริการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลที่บ้าน

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รวมทั้งมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง โดยมีผู้ให้บริการเป็นทีมสหสาขาจากโรงพยาบาลศูนย์ และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ 1) ร่วมกันทำแผนปฏิบัติการวางแผนเยี่ยมบ้านทุก 3 เดือน 2) ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย/ประเมินความต้องการช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) ให้ความช่วยเหลือ/ให้คำปรึกษา/คำแนะนำในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) สร้างเสริมกำลังใจ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ การประเมินสุขภาพผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้มีโรคประจำตัวเน้นในเรื่องการติดตามผลการรักษา เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจวัดระดับน้ำตาล การรับประทานยา, ส่งเสริมให้ผู้ดูแล ดูแลสุขภาพตนเอง โดยแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และตรงเวลา การพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายบริหารร่างกาย (Physical activity), การสร้างเสริมสุขภาพทางใจและตรวจสุขภาพเบื้องต้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ ประเมินสุขภาพจิต เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความคับข้องใจและให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ สร้างเสริมพลังใจชื่นชมในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ภาคภูมิใจในตัวเอง, การประเมินและดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อภิปรายได้ว่า การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข เป็นการจัดการดูแลสุขภาพเชิงรุกผ่านการเยี่ยมบ้าน โดยเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ ทีมสหสาขาจากโรงพยาบาลศูนย์ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้การดูแลด้านร่างกายแก่ผู้ดูแล โดยเฉพาะ

ผู้ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งหากได้รับการดูแลต่อเนื่อง ก็สามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้ (ณิสาชล นาคกุล, 2559) และผลการศึกษานี้ให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลที่บ้าน เพราะหน้าที่ของผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านจิตใจตลอดเวลา หากผู้ดูแลได้รับการดูแลด้านจิตใจที่บ้านอย่างใกล้ชิด ได้รับคำแนะนำ กิจกรรมที่ช่วยบำบัดและส่งเสริมสุขภาพใจ จะช่วยลดภาวะเครียดได้ (วาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ และคณะ, 2562) และสอดคล้องกับกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ (World Health Organization, 1986) ซึ่งเป็นการปรับระบบบริการในการสร้างเสริมสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลเสริมสร้างกำลังใจ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง

องค์ประกอบที่ 6 ระบบบริการผลิตเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อจัดให้มีบริการช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังเพื่อให้ผู้ดูแลได้หยุดพัก ซึ่งผู้เกี่ยวข้องในการจัดบริการผลิตเปลี่ยนดูแลผู้ป่วย คือ บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ทีมบุคลากรสหสาขาจากโรงพยาบาลศูนย์, กลุ่มเสริมพลังในชุมชน และหน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยแต่ละกลุ่มมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ 1) หน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ในการวางแผนกำกับดูแล ให้คำปรึกษากรณีแกนนำพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนงบประมาณ เครื่องมือ และครุภัณฑ์การแพทย์ที่จำเป็น 2) บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นผู้กำกับดูแลคุณภาพการทำงานการจัดตารางเวร และประสานงานกลุ่มเสริมพลัง 3) ทีมบุคลากรสหสาขา จากโรงพยาบาลศูนย์ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะกับบุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกลุ่มเสริมพลังในชุมชน 4) กลุ่มเสริมพลังในชุมชน มีหน้าที่ช่วยเหลือผลิตเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สัปดาห์ละครั้ง หรือ เมื่อผู้ดูแลมีความต้องการ โดยมีขั้นตอนการทำงานร่วมกัน ดังนี้ กำหนดผู้รับผิดชอบ ประชุมกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด วางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค แบ่งพื้นที่รับผิดชอบ จัดตารางเวรช่วยเหลือผู้ดูแลโดยการผลิตเปลี่ยนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มเสริมพลังประสานงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และให้การดูแลตามแผน โดยระบบผลิตเปลี่ยนยังไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในประเทศไทย อภิปรายได้ว่า ระบบการผลิตเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยกลุ่มเสริมพลังในชุมชน ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางสาธารณสุข เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่แสดงถึงการมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง เป็นกิจกรรมที่สร้างและส่งเสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชน (จรรยา กิตติปัญญา และจรัส ลีภา, 2564) ซึ่งการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และการช่วยเหลืองานบ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาหยุดพัก ปลีกตัวจากผู้ป่วยที่ดูแล ช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการดูแล และมีเวลาเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น

นอกจากนี้ การเยี่ยมให้กำลังใจของคนในชุมชน เป็นการสนับสนุนทางจิตใจ ที่ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ ช่วยลดความเครียดได้ (Juarez & Otis-Green, 2012; Rattanasuk et al., 2013) โดยระบบ ผลัดเปลี่ยนการดูแลฯ สอดคล้องกับกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1986) ด้านการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ชุมชน พึ่งพาตนเองได้ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ และมีการปรับระบบบริการสุขภาพ นำไปสู่การมี สุขภาวะทางใจที่ดีของผู้ดูแล

องค์ประกอบที่ 7 ระบบการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์

“ใจดี ใจสบาย” องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผ่อนคลาย ความเครียด ได้ระบายความคับข้องใจ มีวิธีการและแนวทางในการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย โดยกลุ่มผู้ให้บริการคำปรึกษา ประกอบด้วย ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและ ครอบครัว จากโรงพยาบาลศูนย์ และ บุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำ ตำบล ที่ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและ ครอบครัว มีการจัดการระบบให้คำปรึกษา กำหนดผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาและคำแนะนำในแต่ละ วัน ให้คำปรึกษาผ่านระบบไลน์, โปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” สอนและสาธิตให้ ผู้ดูแลฯ ในการขอปรึกษาผ่านระบบ chatbot จากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น ไลน์กรุป และ โปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” ผู้รับผิดชอบให้คำปรึกษาตามขั้นตอน ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหาและสาเหตุ วางแผนแก้ปัญหา และยุติบริการ ขั้นตอนการการให้ คำปรึกษาผ่านระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพิมพ์ ข้อความที่ต้องการขอรับคำปรึกษาลงใน chatbot ผ่านไลน์ หรือโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจ ดี ใจสบาย” ระบบจะแจ้งข้อความเข้าถึงผู้รับผิดชอบ ผู้รับผิดชอบเข้าไปให้คำปรึกษาโดยตอบเป็น ข้อความหรือวิดีโอคอล อภิปรายได้ว่า ระบบการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจ ดี ใจสบาย” เป็นช่องทางหนึ่ง ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลของบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ดูแล สามารถเข้าถึงบริการขอรับคำปรึกษา ได้อย่างรวดเร็ว และได้คำตอบที่ เฉพาะเจาะจง ตรงกับปัญหาความต้องการของผู้ดูแล ทั้งนี้การที่คนได้รับการปรับทุกข์ ได้ระบาย ความรู้สึกเมื่อต้องการ จะช่วยลดเหตุการณ์การทำร้ายตนเองได้ (อนงค์ อรุณรุ่ง, 2565)) สอดคล้องกับ การศึกษาของวิณา ลิ้มสกุล, อุไรวรรณ แฉ่งจ้อย และอาภรณ์ สุขโสตา (2557) ที่ศึกษาผลของการให้ คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลสามารถลดความเครียดของ ผู้ดูแลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

องค์ประกอบที่ 8 การให้คำแนะนำผ่าน Mobile Application “ตอบไว ใจดีผู้ดูแล”

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการดูแลผู้ป่วยและ ดูแลตนเองเบื้องต้นด้วยระบบ AI ที่เข้าถึงได้ง่ายและทุกเวลาเมื่อพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ

สุดท้ายและผู้ดูแลเอง ผู้ดูแลประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ IT โรงพยาบาลศูนย์สร้าง Application “ตอบไว คุใจผู้ดูแล” และเจ้าหน้าที่จาก “ศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแล” ผู้ที่ใช้ Mobile Application “ตอบไว คุใจผู้ดูแล” ประกอบด้วย ผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มเสริมพลังให้ครอบครัว ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพ นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด และ บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล หัวข้อในการให้คำแนะนำ ได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนไหวและแผลกดทับ การดูแลผู้ป่วยท้องผูก การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวด การดูแลผู้ป่วยด้านการขับถ่าย การดูแลท่อเจาะคอและการดูดเสมหะ การผ่อนคลายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เช่น ดนตรีบำบัด และการสร้างเสริมพลังใจด้วยตัวเอง อภิปรายได้ว่า การให้คำแนะนำผ่านเทคโนโลยี Mobile Application “ตอบไว คุใจผู้ดูแล” เป็นช่องทางในการสนับสนุนด้านข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ที่เข้าถึงง่าย สะดวกในการใช้งาน สอบถามข้อมูลต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว ช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วเหมาะสม ทั้งนี้การใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการบริการ จะช่วยให้การบริการประสบผลสำเร็จ และรวดเร็วยิ่งขึ้น ดังการศึกษาของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2564) ที่ใช้ Application ในการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในการทำกายภาพบำบัด ทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ (ภัทรภร สฤชสมบัติ และสมชาย ชัยจันทร์, 2565) ที่พัฒนาการให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเด็ก ผ่านเทคโนโลยีผ่านโปรแกรมแชทบอท ซึ่งใช้งานได้สะดวก มีความน่าสนใจ เนื้อหาเข้าใจได้ง่าย และครอบคลุมตรงกับความต้องการ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น จึงสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันก็จะลดความเครียด ความทุกข์ทรมาน และความกดดันที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลได้อีกด้วย

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 กำหนดนโยบายการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบเครือข่าย และการสร้างศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย องค์ประกอบที่ 2 สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน โรงพยาบาลศูนย์และชุมชน องค์ประกอบที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว องค์ประกอบที่ 4 เตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย องค์ประกอบที่ 5 จัดบริการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลที่บ้าน องค์ประกอบที่ 6 ระบบบริการผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย องค์ประกอบที่ 7 ระบบการให้คำปรึกษาผ่านโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์ “ใจดี ใจสบาย” องค์ประกอบที่ 8 การให้คำแนะนำผ่าน Application “ตอบไว คุใจผู้ดูแล”

รูปแบบเป็นลักษณะเครือข่ายให้การช่วยเหลือดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมทั้งสุขภาพทางใจ ร่างกายและสังคม รวมถึงคุณภาพชีวิต เน้นความร่วมมือของเครือข่ายทั้งภาคสาธารณสุขและไม่ใช่อ

สาธารณสุข โดยเริ่มจากการกำหนดเป็นนโยบายในการช่วยเหลือผู้ดูแลฯและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในระดับจังหวัดและโรงพยาบาล จากนั้นจัดตั้งศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ดูแลฯและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล มีหน้าที่เตรียมความพร้อมผู้ดูแลฯ เพื่อให้ผู้ดูแลฯได้เตรียมกาย และเตรียมใจ มีความมั่นใจในการดูแลตนเองและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีเครือข่ายทั้งหน่วยงานสาธารณสุขและไม่ใช่งานสาธารณสุข เพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลฯ ซึ่งมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและผู้ให้บริการผลัดเปลี่ยนที่บ้านก่อนการให้บริการ นอกจากนี้ยังจัดบริการเยี่ยมส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจที่บ้าน และจัดเวรผลัดเปลี่ยนจากชุมชนไปช่วยดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ดูแลฯได้หยุดพัก เมื่อผู้ดูแลฯพบปัญหาด้านจิตใจและปัญหาการดูแลผู้ป่วย จะมีระบบการให้คำปรึกษา และการให้คำแนะนำ ผ่านเทคโนโลยีที่สะดวกและเข้าถึงได้ง่าย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลฯสามารถจัดการเรื่องยุ่งยากต่างๆและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีสุขภาวะทางใจที่ดี

รูปแบบที่ได้จากผลการศึกษา มีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ มีความแตกต่างจากรูปแบบอื่นที่ผ่านมา ที่มีมุ่งไปที่การแก้ปัญหาไปที่เฉพาะกลุ่มผู้ดูแล โดยการบริการและพัฒนาพฤติกรรม ส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ดูแล ในการจัดการกับปัญหาด้านอารมณ์จิตใจความทุกข์ เพื่อส่งผลต่อจิตใจ (จุฑามาส แสงทองดี, 2563; ชลिया วามะสุน และนุสรา ประเสริฐศรี, 2561; วาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ และคณะ, 2562) แต่มีบางส่วนที่คล้ายกับรูปแบบอื่น เช่น การเยี่ยมบ้าน ลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ดูแล การศึกษาของ Hudson et al. (2015)

รูปแบบจากผลการศึกษาครั้ง มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของกลุ่มผู้ดูแลฯ โดยกระบวนการศึกษาที่มีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกัน ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และได้รับการยืนยันผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ว่ามีความครอบคลุม เหมาะสม และเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ (Implementation) ตามบริบท

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ค้นพบจากผลการวิจัย

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1.1 กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย ควรพิจารณาการกำหนดนโยบายสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ให้เป็นนโยบายในระดับชาติ เพื่อผลักดันให้เกิดการกำหนดมาตรการ กลยุทธ์ และการปฏิบัติในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยนำลงสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่

1.1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรพิจารณานำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เกิดจากผลการศึกษา ไปกำหนดเป็นนโยบายของจังหวัดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในจังหวัดต่อไป

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1.2.1 บุคลากรทางสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ควรเร่งรัดวางแผนดำเนินการเชิงรุกในการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแล เนื่องจากผลการศึกษาชี้ชัดว่าคะแนนสุขภาพทางใจผลต่อผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และการยอมรับตนเอง

1.2.2 หน่วยงานโรงพยาบาลระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ควรร่วมมือกับภาคีในชุมชนนำ “รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” นี้ไปประยุกต์ใช้ โดยควรเริ่มต้นจากการผลักดันให้เกิดนโยบายสร้างเครือข่ายการทำงาน จัดตั้งศูนย์เสริมสร้างพลังใจผู้ดูแล และ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากนั้นร่วมมือกันให้การสนับสนุนการอบรมการเยี่ยมบ้านดูแลจิตใจ ร่างกาย ช่วยเหลือผู้ดูแลฯ ตลอดถึงการให้เทคโนโลยีในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำ

1.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1.3.1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นรูปแบบที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ได้สังเคราะห์ด้วยหลักและวิธีการทางวิชาการ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ดำเนินการได้ในพื้นที่ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในภาคสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องนอกภาคสาธารณสุข

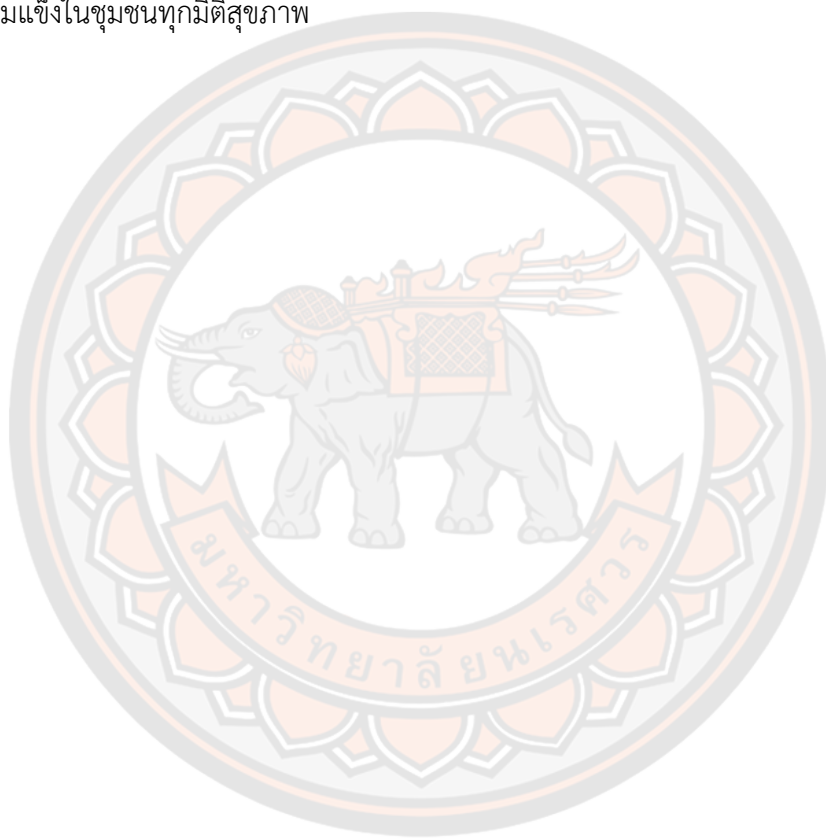
1.3.2 องค์ความรู้จากกระบวนการสร้างและพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นระบบ มีส่วนร่วม และเชื่อมโยง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ตั้งแต่การค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัญหาจนกระทั่งได้รูปแบบนั้น มีลำดับขั้นตอนอย่างเป็นระบบ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนั้นต้องประกอบด้วยหลายภาคส่วนทั้งทาง การแพทย์และสาธารณสุข ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาควิชาการ ส่วนวิธีการและกิจกรรมเป็นกระบวนการอย่างมีส่วนร่วมโดยตรงจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ชุมชน สาธารณสุข ภาควิชาการ

1.3.3 สถาบันการศึกษาสามารถนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นี้ทั้งหลักการ กระบวนการ และวิธีการตามองค์ประกอบต่าง ๆ ไปใช้ในการเรียนการสอน ในสาขาวิชาที่หลากหลายโดยมิได้จำกัดเพียงสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพเท่านั้น เนื่องจากเป็นกระบวนการเชิงสังคมและวิถีชีวิต และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาโดยนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนี้ ไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ และต่อยอดพัฒนาในทางปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ และพื้นที่จังหวัดอื่นในบริบทที่ใกล้เคียงกัน และในบริบทที่ต่างกัน

2.2 ควรมีการศึกษาโดยนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนี้ ไปประยุกต์ใช้กับการดูแลสร้างเสริมสุขภาวะทางใจในผู้ดูแลกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้มีศักยภาพในการพัฒนาประชาชนทั่วถึง และเกิดความเข้มแข็งในชุมชนทุกมิติสุขภาพ



บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2545). *รายงานการวิจัยการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2551). *รายงานประจำปี 2551*. กรุงเทพฯ.: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2559). *นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญาณัฐ สุภาพร. (2563). ภาวะในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(1), 150-161.
- กัลยา วานิชย์บัญชา, และฐิตา วานิชย์บัญชา. (2558). *การใช้ spss for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา.
- กานดาวลี มาลีวงษ์, วนิดา ตูรงค์ฤทธิชัย, หทัยชนก บัวเจริญ, ศรีสุดา สว่างสาละ, เบญจวรรณ จันทพล, ยงยศ หัตถพรสวรรค์, และวนิดา มงคลสินธุ์. (2562). การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผ่านกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพโดยชมรมผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(2), 84-101.
- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2543). *ศาสตร์แห่งโรคมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: ยู-บอส คอร์ปอเรชั่น.
- กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. (2553). *บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบและสภาวะทางจิตของคนไทย*. ปทุมธานี: คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ วิทยาเขตรังสิต.
- เกสรดา บุญครอบ, และภัทรนันท์ สุระชาติ. (2565). การพัฒนาบุคลากรที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของบริษัท มิตรชุย พรินซ์ซันไทย จำกัด. *วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์*, 24(2), 51-62.
- งานทะเบียนมะเร็งจังหวัดอุดรดิตถ์. (2562). *ทะเบียนมะเร็ง 2562*. อุดรดิตถ์: โรงพยาบาลอุดรดิตถ์.
- งานทะเบียนมะเร็งจังหวัดอุดรดิตถ์. (2565). *ทะเบียนมะเร็ง 2565*. อุดรดิตถ์: โรงพยาบาลอุดรดิตถ์.
- จรรยา กิตติปัญญา, และจรัส ลีภา. (2564). การเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนในยุคไทยแลนด์ 4.0 กรณีศึกษาชุมชนเข้มแข็งองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกุงชนสาร อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์*, 8(1), 189-201.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2556). การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. ใน *ลักขมีชาญเวช และดุสิต สกาม (บก.), The dawn of palliative care in thailand* (น. 25-38). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

- จากรุวรรณ ยอดระฆัง. (2554). การทดสอบแบบจำลองปัจจัยเอื้อต่อการทำงานและทรัพยากรส่วนบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการริเริ่มด้วยตนเองภายใต้บทบาทสื่อของความผูกพันในงาน (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์, สุรีพร ธนศิลป์, และนพมาศ พัดทอง,. (2560). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(2), 111-130.
- จินตนา อาจสันเทียะ , และ รัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). บทบาทพยาบาล: กรณีศึกษาการดูแลด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 1-8.
- จุฑามาส แสงทองดี. (2563). โปรแกรมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายตามแนวพุทธจิตวิทยา. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(5), 336-350.
- จุฑารัตน์ สติธิปัญญา. (2555). *สุขภาพจิต*. สงขลา: นำศิลป์โฆษณา.
- จุฬาวลี มณีเลิศ. (2564). การพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงด้วยเทคโนโลยีความเป็นจริงเสริม. *วารสารวิชาการการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ*, 7(2), 83-94.
- เจษฎาภรณ์ อิกำเหน็ด, จินดารัตน์ ชัยอาจ, และวราวรรณ อุดมความสุข. (2563). การลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง: การทบทวนอย่างเป็นระบบ พยาบาลสาร, 47(1), 164-174.
- ชลเกียรติ ขอบประเสริฐ. (2545). วิทยาการใหม่ของการรักษามะเร็งด้วยรังสี. ใน นภดล วรอุไร, สุมิตร วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนสิริ, สุทธิจิต ลีนานนท์, และ วัฒนา สุพรหมจักร (บก.), *คัลยศาสตร์วิวัฒน์* (น. 597-609). กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- ชลธิยา วามะลุน, และนุสรุ ประเสริฐศรี. (2561). โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(2), 60-69.
- ชวลิต ทับสีรัก. (2555). ตัวแปรเชิงคุณภาพกับการวิเคราะห์การถดถอย. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 17(1), 31-42.
- ช่อมภา ปุຍุขาว. (2557). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภูาว แสงวัฒน์. (2559). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสติ การกำกับอารมณ์แบบปรับเปลี่ยนความคิด การกำกับอารมณ์แบบเก็บกด และสุขภาวะทางใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณิสาชล นาคกุล. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 36-50.
- ธิดารัตน์ ทองหนู, และวิณา จีระแพทย์. (2559). ผลของรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของผู้ดูแลในครอบครัว.

วารสารเกื้อการุณย์, 23(2), 86-103.

ธิตีพันธ์ ธาณิรัตน์, เยาวลักษณ์ พนิตอังกูร, ต้นติมา ต้วงโยธา, อุบุญรัตน์ ฐีรีราช, และปิยนุช กิมเสาว์.

(2559). ความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(4), 319-330.

นรินทร์ วรวิทย์. (2550). *Cancer biology ตำราอายุรศาสตร์ 4*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2555). วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานสำหรับงานสาธารณสุข. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), 130-152.

เนตรนภา ภมระภา. (2565). การพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการป้องกันและควบคุมโรค สคร*, 9(3), 92-107.

ปพิชญาลักษณ์ ต้นดี, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, และชมนาด สุ่มเงิน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลสูงอายุที่ดูแลสมาชิก ในครอบครัวที่ป่วยเป็นมะเร็ง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ*, 32(2), 43-55.

ประเวศ วะสี. (2560). *ระบบสุขภาพไทยในทศวรรษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

ปิยะกมล วิจิตรศิริ. (2555). *ความเป็นปราชญ์ การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดสารอด เขตราชบุรีบูรณ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พวงแก้ว พุทธพิทักษ์, พรศิริ พันธสี, และกมลทิพย์ ชลัษธรรมเนียม. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน. *วารสารวิจัยมสค*, 4(1), 39-52.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ, และโสภิต แสงอ่อน. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิด การประเมินการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: จุกทอง.

พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, และอุไร หักกิจ. (2558). ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 79-92.

เพ็ญวิภา แก้วพิภพ. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดมหาสารคาม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

แพรวดาว พงศาจารุ, เรวดี พจนบรรพต, และนิธิพัฒน์ กุศลสร้าง. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ จิตอาสา และสุขภาวะทางจิตในนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาโท*. กรุงเทพฯ: คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ภาคินี สุตะ. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ภณิดา ชลวิทยาสีทธิกุล. (2548). *ความเข้มแข็งอดทนและสุขภาวะทางจิตของเยาวชนผู้ปฏิบัติตน กรณีศึกษากลุ่มยุทพทุทธิสมาคมแห่งประเทศไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรภร สฤชชสมบัติ, บัณฑิตา นฤมาณเดชะ, และสมชาย ชัยจันทร์. (2565). การพัฒนา sut cancer care® chatbot เพื่อให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็ง. *วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 1(2), 1-9.
- ภาคินี เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุก ทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(3), 170-181.
- ภารดี ปริชาวิทยากุล. (2549). ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารเย็นศีรษะ อาคารที่พักชั่วคราวของผู้ป่วยและญาติ. *สงขลานครินทร์ เวชสาร*, 24(2), 71-84.
- มลฤดี เกษเพชร, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง ต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์*, 19(2), 277-290.
- มัญญา เหลี่ยมโสภา, เทพกร พิทยาภินันท์, และชัตเจน จันทร์พัฒน์. (2558). การดำเนินชีวิตที่ส่งเสริม สุขภาวะทางจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี: กรณีศึกษา ตำบลสำนักขาม อำเภอสะเดา จังหวัด สงขลา. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ครั้งที่ 6* (น. 927-940). สงขลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- ยุพา ทองสุข. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, และมณีนรัตน์พรหมณี. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมโนรมย์จังหวัดชัยนาท. *วารสารการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 104-118.
- รักชนก ชูพิชัย. (2550). *ความผาสุกของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี* (วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รัตติยา ไชยชมพู, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย รักดีวงศ์. (2560). ความทุกข์ใจกับคุณภาพชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 40(4), 41-49.
- วรรณกานต์ ประไพ์ทั้ง, อมรรัตน์ ศรีอำไพวารภรณ์, และภาณุ อดทกัณ. (2559). คุณภาพชีวิตของ

- ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. *วารสารกรมการแพทย์*, 41(6), 126-131.
- วรัถถันนัท ชุขณะโชติ. (2561). *อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรัปสร โรหิตะบุตร. (2558). *ผลของกลุ่มพัฒนาคนต่อสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วริศรา ลุวิระ. (2556). การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 266-270.
- วันเพ็ญ โพธิ์ยอด. (2548). *ความผาสุกทางจิตใจของเด็กกลุ่มพิเศษในโรงเรียนประถมศึกษาจังหวัดลำพูน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วารุณี มีเจริญ. (2554). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 20(1), 10-22.
- วาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ, วันธนี วิรุฬห์พานิช, และพิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2562). ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 9(2), 48-61.
- วาสนา สวัสดิ์ตินฤนาท, อมรพันธุ์ ธาณีรัตน์, และธารทิพย์ วิเศษธาร. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 144-156.
- วิณา ลิ้มสกุล, อุไรวรรณ แก่งจ้อย, และอาภรณ์ สุขโสภา. (2557). ผลของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อม และความเครียดของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาล*, 63(4), 35-41.
- ศรีเวียง ไพโรจน์สกุล. (2559). ความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการแบบ *palliative care* ใน คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: พรทฤษฎีการพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). รายงานการประเมินตนเอง (*sar 2011*) ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.
- สาวิตรี สารพล. (2552). *การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สาสินี เทพสุวรรณ, ญัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, และศรีรินทร์ เกรย์. (2562). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด และ ความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารประชากร*, 4(1), 75-92.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2. (2562). *ข้อมูลทั่วไป: รายงานตัวชี้วัด service plan สาขาโรคมะเร็งเขตสุขภาพที่ 2*. พิษณุโลก: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ*.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *จุดยืน วิสัยทัศน์พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยมและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถิติสาธารณสุข ปี 2561*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2562, จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สุทวารรณ์ ไชยมูล. (2551). *สัมพันธภาพของครอบครัวที่มีผลต่อการจัดการปัญหาเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุพัตรา บำรุงจิตร์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2563). ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 30(2), 148 - 159.
- อนงค์ อรุณรุ่ง. (2565). การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัวที่มีต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 1(2), 35-46.
- อรทัย วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, และอภิญา วงศ์ขาร. (2562). การศึกษาความเครียด และ ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 2(4), 40-49.
- อรรวรรณ แผนคง. (2547). *ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต)*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อาคม เขียวศิลป์. (2545). หลักการรักษาโรคมะเร็งโดยใช้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริม. ใน *สูติตราทองประเสริฐ และสิริกฤต นภาพันท์ (บก.), โรคมะเร็ง: แนวทางในการรักษา (น. 261-266)*. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- อิศรพงษ์ ยรรยง, และปิยะภัทร พัทธราวิวัฒน์พงษ์. (2556). ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ*, 13(2), 63-70.
- American Cancer Society. (2006). *Cancer facts & figures 2006*. Atlanta: American Cancer Society,.
- Armstrong, T. S., Cohen, M. Z., Eriksen, L. R., & Hickey, J. V. (2004). Symptom clusters in

- oncology patients and implications for symptom research in people with primary brain tumors. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 197-206.
- Batchelor, D. (2006). Biological therapy. In N. Kearney & A. Richardson (Eds.), *Nursing patients with cancer* (pp. 303-328). London: Elsevier Churchill Livingstone.
- Black, S. V., Cooper, R., Martin, K. R., Brage, S., Kuh, D., & Stafford, M. (2015). Physical activity and mental well-being in a cohort aged 60–64 years. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(2), 172-180.
- Byar, K. L., Berger, A. M., Bakken, S. L., & Cetak, M. A. (2006). Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms, and quality of life *Oncology Nursing Forum*, 334(1), E18-26.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). Optimism. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 231–243). London: Oxford University Press.
- Cassidy, T., & McLaughlin, M. (2015). Psychological distress of female caregivers of significant others with cancer. *Cogent Psychology*, 2(1), 999405.
- Chen, M.-Y. (1999). The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers *Public Health Nursing*, 16(2), 125-132.
- Chewaskulyong, B., Sapinun, L., Downing, G. M., Intaratat, P., Lesperance, M., Leautrakul, S., et al. (2011). Reliability and validity of the thai translation (thai pps adult suandok) of the palliative performance scale (pps2). *Palliative Medicine*, 26, 1034-1041.
- Chou, F.-y. (2007). Symptoms, self-care, and quality of life of chinese american patients with cancer. *Number 6/November 2007*, 34(6), 1162-1167.
- Coward, M., & Coley, H. M. (2006). Chemotherapy. In N. Kearney & A. Richardson (Eds.), *Nursing Patients with Cancer* (pp. 283-302). London: Elsevier Churchill Livingstone.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W., & Plano-Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research* Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications.
- Dupuy, H. J. (1977). The general well-being schedule. In I. McDowell & C. Newell (Eds.),

- A measuring health: A guide to rating scales and questionnaires.*
(2nd ed. ed., pp. 206-213). New York: Oxford university press.
- Fenlon, D. (2006). Hormone therapy. In N. Kearney & A. Richardson (Eds.), *Nursing Patients with Cancer* (pp. 353-380). London: Elsevier Churchill Livingstone.
- Fisher, R. A. (1950). *Statistical methods for research workers* (11th ed.). Edinburgh: Oliver & Boyd.
- Francis, L. E., Worthington, J., Kypriotakis, G., & Rose, J. H. (2010). Relationship quality and burden among caregivers for late-stage cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 18, 1429-1436.
- Given, B., & Given, C. (2001). Family support in advanced cancer. *CA Cancer J Clin*, 51(4), 213-231.
- Given, B., Given, C. W., Sikorskii, A., Jeon, S., Sherwood, P., & Rahbar, M. (2006). The impact of providing symptom management assistance on caregiver reaction: Results of a randomized trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(5), 433-443.
- Given, B., Wyatt, G., Given, C., Gift, A., Sherwood, P., DeVoss, D., & Rahbar, M. (2005). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncology Nursing Forum* 16th, 31(6), 1105-1117.
- Given, B., Wyatt, G., Given, C., Sherwood, P., Gift, A., DeVoss, D., & Rahbar, M. (2004). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 1105-1117. doi: 10.1188/04.ONF.1105-1117
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit, early childhood development: Practice and reflections* The Hague, Netherlands: Bernard van leer foundation,.
- Grotberg, E. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. London: Greenwood Publishing Group.
- Hansen, F. (2008). Stress in patients with lung cancer: A human response to illness. *Number 2/March 2008*, 35(2), 217-223.
- Heidari Gorji, M. A., Bouzar, Z., Haghshenas, M., Kasaeeyan, A. A., Sadeghi, M. R., &

- Ardebil, M. D. (2012). Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. *BMC Research Notes*, 5(1), 310. doi: 10.1186/1756-0500-5-310
- Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G., & Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: A cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British Journal of Cancer*, 91(3), 504-511.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-wesley.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985) Measures and Concepts of Social Support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 83-108). New York: Academic Press,
- Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., Zordan, R., & Summers, M. (2015). Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: Longer term effects from a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 24(1), 19-24.
- Jepson, C., McCorkle, R., Adler, D., Nuamah, I., & Lusk, E. (1999). Effects of home care on caregivers' psychosocial status. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(2), 115-120.
- Juarez, G., & Otis-Green, S. (2012). Enhancing the social well-being of family caregivers. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 246-255.
- Lawang, W., Sungserg, R., & Rodejakpai, Y. (2005). Factors influencing health status of family caregivers with chronically ill adult in the eastern region. *Journal of Public Health Nursing*, 19(1), 61-77.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- McPherson, C. J., Wilson, K. G., Lobchuk, M. M., & Brajtman, S. (2008). Family caregivers' assessment of symptoms in patients with advanced cancer: Concordance with patients and factors affecting accuracy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(1), 70-82.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- National Cancer Institute. (2017). *Cancer pain (pdq®)–health professional version*. Retrieved May 5, 2021, from <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/sideeffects/pain/pain-pdq>.
- National Comprehensive Cancer Network. (2018). Advanced cancer and palliative care treatment guidelines for patients. *NCCN Guidelines* 1(2), 5-22.
- Northouse, L., Williams, A.-L., Given, B., & McCorkle, R. (2012). Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1227-1234.
- Olson, K., Krawchuk, A., & Qudusi, T. (2007). Fatigue in individuals with advanced cancer in active treatment and palliative settings. *Cancer Nursing*, 30(4), E1-E10.
- Pai, S., & Kapur, R. L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry*, 138.
- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics: Critical analysis for social and individual psychology*. Florence, KY, US: Taylor & Frances/Routledge.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. 2nd (ed). Connecticut: Pitceathly, C., & Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: A review. *European Journal of Cancer*, 39, 1517-1524.
- Rattanasuk, D., Nantachaipan, P., Sucamvang, K., & Moongtui, W. (2013). A causal model of well-being among caregivers of people with spinal cord injury. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(4), 342-355.
- Rhee, Y. S., Yun, Y. H., Park, S., Shin, D. O., Lee, K. M., Yoo, H. J., . . . Lee, Y. O. (2008). Depression in family caregivers of cancer patients: The feeling of burden as a predictor of depression. *Journal of clinical oncology*, 26(36), 5890-5895.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift Voor Onderwijs Research*, 2, 49-60.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719-727.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of

- the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063.
- Schlich-Bakker, K. J., Wárlám-Rodenhuis, C. C., van Echtelt, J., van den Bout, J., Ausems, M. G. E. M., & ten Kroode, H. F. J. (2006). Short term psychological distress in patients actively approached for genetic counselling after diagnosis of breast cancer. *European Journal of Cancer*, 42(16), 2722-2728.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: William Heinemann.
- Semsarn, S., Chaiviboontham, S., & Chansriwong, P. (2018). Effects of family caregiver training program on family caregivers and patients outcomes in terminal care of illness patients. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 5(1), 112-126.
- Taylor, E. J. (2003). Nurses caring for the spirit: Patients with cancer and family caregiver expectations. *Oncology Nursing Forum*, 30(4), 585-590. doi: 10.1188/03.ONF.585-590
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research*. Thousand Oaks SAGE Publications.
- Thompson, A. M., & Wells, M. (2006). Surgery. In N. Kearney & A. Richardson (Eds.), *Nursing patients with cancer* (pp. 233-263). London: Elsevier Churchill Livingstone.
- Wang, X., Yu, C., & Wei, Y. (2012). Social media peer communication and impacts on purchase intentions: A consumer socialization framework. *Journal of Interactive Marketing*, 26(4), 198-208.
- Weaver, A. J., & Flannelly, K. J. (2004). The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1210-1214.
- World Health Organization. (1986). The ottawa charter for health promotion.
- World Health Organization. (2001). *Strengthening mental health promotion*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). Health promotion. Retrieved April 4, 2013, from http://www.who.int/topics/health_promotion/en/
- World Health Organization. (2014a). *Global atlas of palliative care at the end of life*.

Geneva: World Health Organization.

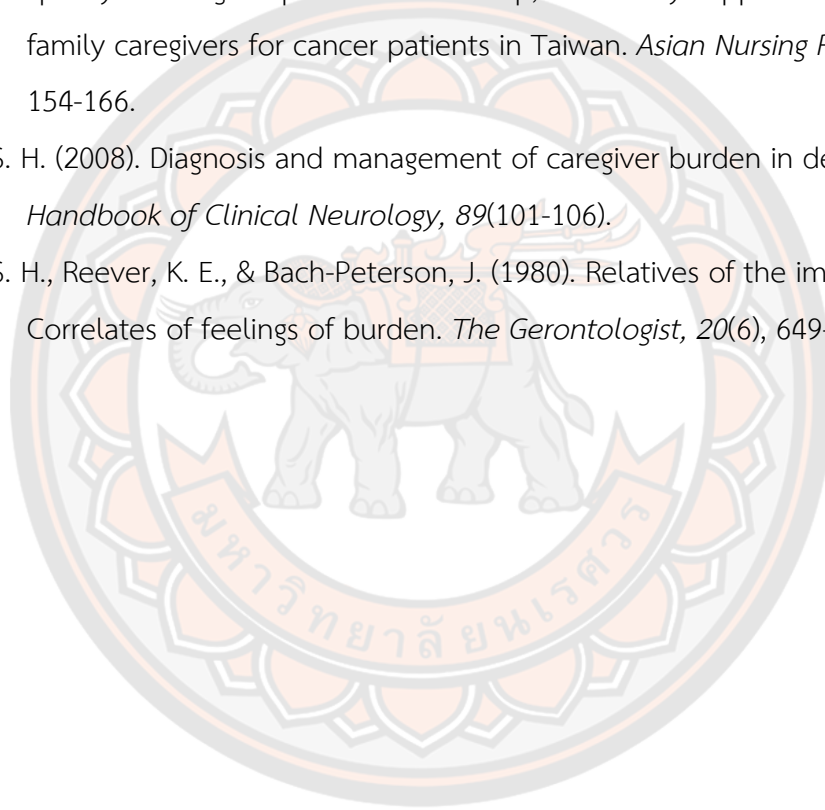
World Health Organization. (2014b). *The mental health state of well-being*. Retrieved May 5, 2021, from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Yeatman, J. M. J., & Benzie, A. H. (1993). Cryptic speciation in loligo from northern australia. In T. Okutani, R. K. O'Dor & T. Kubodera (Eds.), *Recent advances in cephalopod fisheries* (pp. 641–652). Tokyo: Biology.

Yeh, P.-M., Wierenga, M. E., & Yuan, S.-C. (2009). Influences of psychological well-being, quality of caregiver-patient relationship, and family support on the health of family caregivers for cancer patients in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 3(4), 154-166.

Zarit, S. H. (2008). Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. *Handbook of Clinical Neurology*, 89(101-106).

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.





ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง
1. ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์	วิทยาจารย์ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ดร.ปฐพร แสงเขียว	วิทยาจารย์ชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์
3. นางสาวสุวรรณา มณีจำนงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
4. นางศรีสอางค์ ชำนาญยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มบริการสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์
5. นางสาวปราณี แก้วรอด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

ผู้วิจัย นางสาวรัชนิกร ใจคำสืบ

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 1 สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในเขตอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์) เรื่อง รูปแบบสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ การปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจและมุมมองต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ โดเครื่องมือวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 ศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ประกอบด้วย 7 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 แบบวัดสุขภาวะทางใจ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การดูแล

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต

ส่วนที่ 7 แบบประเมินระดับการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ประเมินโดยผู้วิจัย)

โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น 1 ปีและรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางสาวรัชนิกร ใจคำสืบ

เลขที่แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยมะเร็ง

คำชี้แจง: โปรดเขียนเครื่องหมาย หรือ เติมข้อความในช่องว่างเกี่ยวกับตัวท่าน

ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี (นับถึงวันเกิดครั้งสุดท้าย)
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช.
 - อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี ปริญญาโท
 - ปริญญาเอก
4. สถานภาพสมรส
 - โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่
5. อาชีพ
 - ไม่ได้ทำงาน เกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย พนักงานบริษัท
 - รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ของตนเองเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
 - ไม่เพียงพอ เพียงพอไม่เหลือเก็บ เพียงพอเหลือเก็บออม
7. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล
 - ไม่มีโรคประจำตัว
 - มีโรคประจำตัว (เลือกได้หลายข้อ)
 - เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจ
 - ไต โรคอื่นๆ ระบุ.....
8. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
 - บุตร คู่สมรส บิดา/มารดา เพื่อน ญาติ ระบุ
 - อื่นๆ.....

9. สัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ ไม่ค่อยดี

10. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน

11. ท่านคิดว่าท่านมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพียงพอหรือไม่

เพียงพอ ไม่เพียงพอ

12. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง

1. เพศ ชาย หญิง

2. ชนิดโรคมะเร็ง

มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งปอด มะเร็งตับ

มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเม็ดเลือดขาว

มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งเต้านม มะเร็งอื่นๆ ระบุ.....



ส่วนที่ 2 แบบวัดสุขภาวะทางใจ

คำชี้แจง: แบบวัดสุขภาวะทางใจ ประกอบด้วยข้อความ 18 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือกตอบ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน

เห็นด้วย 3 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน

ขอให้ท่านโปรดอ่านและพิจารณาข้อความดังกล่าวว่าอธิบายลักษณะของท่านหรือไม่ จากนั้นทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว และ โปรดตอบทุกข้อ

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	เห็น ด้วย (3)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)
1. ในชีวิตที่ผ่านมา ท่านยังรู้สึกว่าคุณไม่ประสบความสำเร็จในหลายๆ เรื่อง				
2. เมื่อย้อนกลับไปดูชีวิตของตนเองที่ผ่านมา ท่านรู้สึกพอใจกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น				
3. ท่านพอใจในความเป็นตัวของตัวเอง				
4. ใครๆ มักจะบอกว่า ท่านเป็นผู้เสียสละเวลา และมักให้ความช่วยเหลือกับผู้อื่น				
5. ท่านมีความลำบากใจ ที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น				
6. ท่านไม่ค่อยมีความสัมพันธ์ที่อบอุ่นกับคนรอบข้าง				
7. ท่านยืนยันในความคิดของท่าน แม้ว่ามันจะแตกต่างจากคนอื่น				
8. ท่านมักคล้อยตามคนที่มีความคิดแน่วแน่				
9. ท่านตัดสินใจได้ด้วยความคิดของตนเอง ไม่ใช่ตามคนอื่น				
10. ท่านสามารถจัดการความรับผิดชอบในชีวิตประจำวันของท่านได้				
11. ท่านรู้สึกว่า ท่านเป็นผู้ควบคุมชีวิตของตัวเอง				
12. สิ่งต่างๆ ที่ต้องทำในทุกๆ วันทำให้ท่านเหนื่อยล้า				
13. บางทีท่านรู้สึกเหมือนกับว่าท่านได้ทำทุกอย่างในชีวิตครบถ้วนแล้ว				
14. ท่านไม่ได้ใช้ชีวิตอย่างไร้จุดหมายเหมือนคนอื่นๆ บางคน				
15. ท่านมีชีวิตอยู่ไปวันๆ โดยไม่ได้คิดถึงอนาคตมากนัก				
16. ท่านคิดว่าการมีประสบการณ์ใหม่ๆ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ท่านได้คิดเกี่ยวกับตนเองและโลกภายนอก				
17. ท่านคิดว่าชีวิตคือการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลง และการเจริญงอกงาม				
18. ท่านเลิกที่จะพยายามเปลี่ยนแปลงชีวิตของท่านมานานแล้ว				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะการดูแล

คำชี้แจง: แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามมีทั้งหมด 22 ข้อ การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ไม่เคยเลย	0 คะแนน	นาน ๆ ครั้ง	1	คะแนน
เป็นครั้งคราว	2 คะแนน	บ่อย ๆ	3	คะแนน
ประจำ	4 คะแนน			

ขอให้ท่านโปรดอ่านและพิจารณาข้อความดังกล่าวว่าตรงตามความรู้สึกของท่านหรือไม่ จากนั้นทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ และโปรดตอบทุกข้อ

ข้อคำถาม	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	เป็นครั้งคราว	บ่อยครั้ง	ประจำ
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง					
3. ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ					
4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย					
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือโกรธขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
6. ท่านรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลผู้ป่วย					
7. ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่าน					
8. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน					
9. ท่านรู้สึกตึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
11. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการเนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
12. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
13. ท่านไม่ได้ติดต่อ/พบปะกับเพื่อน เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย					
14. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมากเสมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้					
15. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย					
16. ท่านรู้สึกว่า ท่านจะไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกไม่นาน					
17. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย					
18. ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและให้คนอื่นมาดูแลแทน					
19. ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านทำให้ผู้ป่วย					
20. ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับดูแลจากญาติคนอื่น					
21. ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้					
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้มีข้อความ 15 ข้อ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมหรือความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆที่ท่านได้รับจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนและชุมชน และบุคลากรทางสาธารณสุขและบริการ โดยมีเกณฑ์การได้รับแรงสนับสนุนตามความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนดังนี้

มากที่สุด 5 คะแนน

มาก 4 คะแนน

ปานกลาง 3 คะแนน

น้อย 2 คะแนน

น้อยที่สุด 1 คะแนน

โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องที่ตรงกับระดับการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องต่างๆจากบุคคลต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	ระดับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
สมาชิกในครอบครัว (ได้แก่ บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ร่วมกับท่าน/เครือญาติ)					
1. สมาชิกในครอบครัวให้คำแนะนำท่านในการดูแลตนเอง					
2. เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงินและขาดแคลนเครื่องใช้ต่างๆคนในครอบครัวช่วยเหลือท่านได้					
3. คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจ					
4. ท่านได้รับคำเตือน ในการรับประทานยาจากบุคคลในครอบครัว					
5. ท่านสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆ กับคนในครอบครัวได้ทุกเรื่อง					
เพื่อนและชุมชน (ได้แก่ เพื่อน/เพื่อนบ้าน/ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/อบต./เทศบาล/ผู้นำท้องถิ่นอื่นๆ)					
6. ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากเพื่อนและชุมชน					
7. ท่านได้รับคำปรึกษาจากเพื่อนและชุมชนเมื่อเจ็บป่วย					
8. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย					
9. ท่านได้รับความใส่ใจและปลอบใจจากเพื่อนและชุมชนเมื่อท้อแท้					
10. ท่านได้รับคำตักเตือนจากเพื่อนเรื่องการดูแลสุขภาพ					
บุคลากรทางสาธารณสุข (ได้แก่ อสม./หมออนามัย/แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ)					
11. ท่านได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย					
12. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย					
13. บุคลากรทางการแพทย์ให้ความช่วยเหลือ/อำนวยความสะดวกเมื่อท่านผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจโรค					
14. ท่านได้รับกำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์					
15. ท่านได้รับคำตักเตือนเรื่องการดูแลสุขภาพของท่าน จากบุคลากรทางการแพทย์					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีของท่าน มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม โดยคำตอบเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ ได้แก่

ไม่ตรงเลย	1	คะแนน
ค่อนข้างไม่ตรง	2	คะแนน
ตรงและไม่ตรงพอๆกัน	3	คะแนน
ค่อนข้างตรง	4	คะแนน
ตรงที่สุด	5	คะแนนโปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่

ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ตรง ที่สุด	ค่อนข้าง ตรง	ตรงและไม่ ตรงพอๆกัน	ค่อนข้างไม่ ตรง	ไม่ตรง เลย
1. เมื่อท่านเผชิญสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน ท่านมักคาดหวังสิ่งที่ดีไว้ก่อนเสมอ					
2. เมื่อต้องเจอปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ท่านเชื่อว่า ท่านสามารถจัดการปัญหาเหล่านั้นได้แน่นอน เช่น ไม่มีเงิน มีความเครียด					
3. การดูแลญาติที่ป่วยและมีปัญหาหนักทุกวัน นับเป็นโอกาสที่ท่านได้เพิ่มบุญกุศลสำหรับตัวเอง					
4. หากผู้ป่วยที่ท่านดูแลเกิดปัญหาฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาด่วน ท่านเชื่อว่า ท่านสามารถจัดการช่วยเหลือจนได้รับการรักษาในโรงพยาบาลได้					
5. ท่านแทบจะไม่เคยเชื่อว่าจะมีสิ่งดีๆเกิดกับท่าน					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ เป็นการประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ

ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ระดับ 3 หมายถึง เฉยๆ

ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วย

ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในคำตอบที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

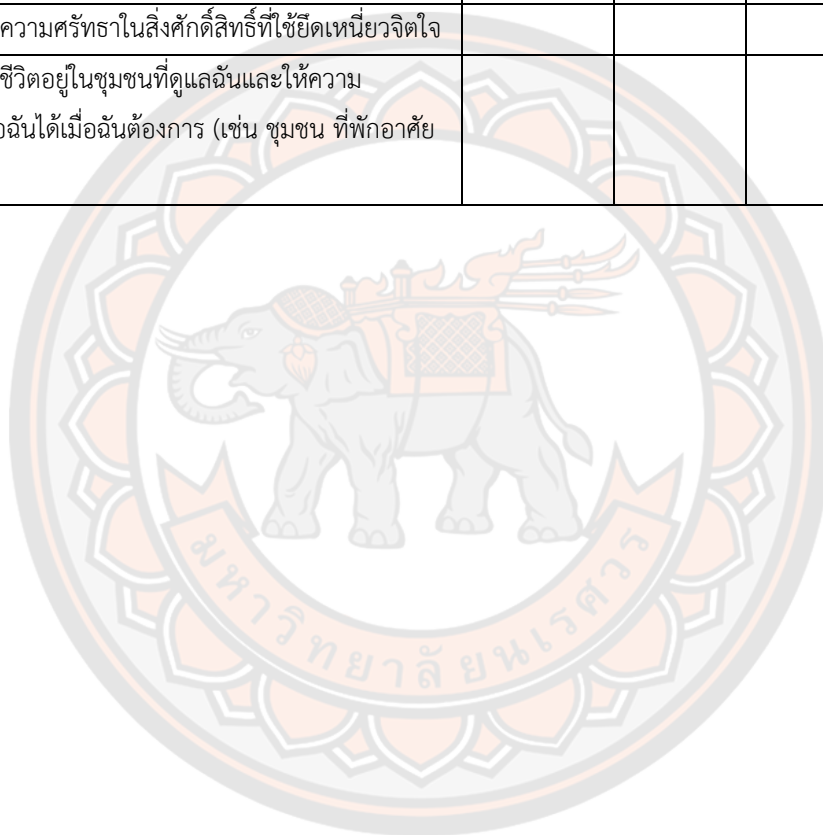
ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันมีคนในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ที่ฉันสามารถไว้วางใจ/เชื่อใจได้ และพร้อมที่จะให้ความรักแก่ฉันเสมอไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น					
2. ฉันเป็นคนที่รู้จักเห็นอกเห็นใจและสามารถแสดงออกซึ่งความห่วงใยใส่ใจต่อคนรอบข้าง					
3. ฉันมีคนที่คอยสอน/ตักเตือน/บอก ในการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อที่ฉันจะได้ไม่ทำในสิ่งที่อาจนำไปสู่ปัญหาและความยุ่งยากมาสู่ตัวเอง					
4. ฉันสามารถที่จะมีอารมณ์ขันเพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของตนเอง					
5. ฉันมีครอบครัวที่มั่นคง					
6. ฉันสามารถที่จะหาทางออกหรือวิธีการใหม่ๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่					
7. ฉันมีบุคคลหรือแหล่งที่ให้การดูแลฉันในเรื่องของการได้รับบริการ/สวัสดิการทางสังคม และด้านความปลอดภัย					
8. ฉันสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากใครสักคนได้ในเวลาที่ฉันต้องการ					
9. ฉันเป็นคนที่สามารถที่จะรักและเป็นที่รักของคนอื่นได้					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (ต่อ)

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เฉยๆ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10. คนใกล้ชิดของฉันบอกฉันว่าฉันเป็นคนมีนิสัยดีและวางตัวสบายๆ					
11. ฉันมีคนนอกครอบครัวอย่างน้อย 1 คนที่สามารถไว้วางใจ/เชื่อใจได้ และพร้อมที่จะให้ความรักแก่ฉันเสมอไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น					
12. ฉันเป็นคนที่มีความภาคภูมิใจในตนเอง แต่ในขณะเดียวกันก็พร้อมที่จะยอมรับและยกย่องผู้อื่น					
13. ฉันพร้อมที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่ฉันกระทำ และยอมรับผลของการกระทำนั้น					
14. ฉันรู้จักเลือกจังหวะเวลาและรู้กาลเทศะที่เหมาะสมในการพูดคุยกับผู้อื่น					
15. คนอื่นๆ มักดูจะมีความสุขเมื่อได้พบเห็น/พูดคุยกับฉัน					
16. ฉันเชื่อว่าชีวิตนี้ยังมีความหวังเสมอ					
17. ฉันเป็นคนอารมณ์ดี					
18. ฉันมีแบบอย่างที่ดีซึ่งแสดงให้เห็นอย่างสม่ำเสมอว่าการกระทำต่างๆ ในทางที่ถูกที่ควรเป็นอย่างไร					
19. ฉันเป็นคนที่ไม่ละความพยายามในงานที่ทำอยู่จนกว่าสำเร็จ					
20. ฉันสามารถที่จะบอกความคิด ความรู้สึกของตนเองให้กับผู้อื่นได้					
21. ฉันเป็นคนที่คิดพิจารณาวางแผนในอนาคตที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง					
22. ฉันสามารถที่จะจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ					
23. ฉันมีบุคคลหรือแหล่งที่ให้การดูแลฉันในเรื่องของสุขภาพและการศึกษา					
24. ฉันมีคนพร้อมจะให้กำลังใจและสนับสนุนให้ฉันเป็นตัวของตัวเอง					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (ต่อ)

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เฉยๆ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
25. ฉันมีความเชื่อมั่นว่าสิ่งต่างๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดี แม้อยู่ในภาวะยากลำบาก					
26. ฉันรู้จักเลือกจังหวะเวลาและรู้กาลเทศะที่เหมาะสม ในการแสดงออกทั้งด้านการพูดและการกระทำ					
27. ฉันมีความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ซึ่ยึดเหนี่ยวจิตใจ					
28. ฉันมีชีวิตอยู่ในชุมชนที่ดูแลฉันและให้ความ ช่วยเหลือฉันได้เมื่อฉันต้องการ (เช่น ชุมชน ที่พักอาศัย ฯ)					



ส่วนที่ 7 แบบประเมินระดับการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
เป็นส่วนที่ผู้ทำวิจัยประเมินผู้ป่วย

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และไม่มีอาการของโรค	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติและมีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
60	ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียง เป็นส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้ เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานอาหารทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

แบบสอบถาม
การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม
วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

ผู้วิจัย นางสาวรัชนิกร ใจคำสืบ

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 1 สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในเขตอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์) เรื่อง รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยเครื่องมือวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยกลุ่มที่ให้ข้อมูลหลักที่ได้คัดเลือกไว้ (กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และ กลุ่มผู้บริหารทางสาธารณสุข) ทำการสัมภาษณ์จนได้ข้อมูลอิ่มตัวกำหนดเวลาไม่เกิน 30 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

การแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่ศึกษาเชิงคุณภาพจากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงปริมาณด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยแยกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 10 คน โดยประเด็นการสัมภาษณ์และข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

1.1.1 ปัญหาของปัจจัยทางสุขภาวะทางใจ และอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา

1.1.2 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจเป็นอย่างไร

1.1.3 ข้อเสนอแนะความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ ความต้องการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ หรือช่องทางการติดต่อสื่อสาร ประสานงานบุคลากร เพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและดูแลสุขภาพผู้ดูแล เป็นต้น

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง สำหรับผู้บริหารทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 8 คน โดยประเด็นและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ คือ

1.2.1 การให้บริการด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา พบปัญหาใดที่เป็นปัจจัยของระบบการให้บริการ และอุปสรรคในการดำเนินการตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย

1.2.2 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นอย่างไร

1.2.3 ข้อเสนอแนะความต้องการพัฒนาระบบการให้การสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ ที่มีความเหมาะสมและมีประโยชน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในพื้นที่

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกไว้ (กลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล) ทำการสนทนาจนได้ข้อมูลอ้อมตัวกำหนดเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามเกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ประเด็นการสนทนากลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพจากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงปริมาณด้านมุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลและข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยแยกประเด็นและข้อคำถามตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

2.1 บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญหรือปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) จำนวน 10 คน โดยประเด็นและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพที่เหมือนกันกับผู้บริหาร เป็นไปในแนวทางด้านเดียวกัน คือ

2.1.1 การให้บริการด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผ่านมา พบปัญหาใดที่เป็นปัจจัยของระบบการให้บริการ และอุปสรรคในการดำเนินการตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย

2.2.2 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นอย่างไร

2.2.3 ข้อเสนอแนะความต้องการพัฒนาระบบการให้การสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ ที่มีความเหมาะสมและมีประโยชน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในพื้นที่

2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเชี่ยวชาญและ/หรือได้รับมอบหมายในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 10 คน โดยประเด็นการสนทนากลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

2.2.1 ปัญหาของปัจจัยสุขภาพจิตที่มักพบในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในพื้นที่ ๆ ท่านรับผิดชอบ ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือดูแลเมื่อพบปัญหาสุขภาพที่ผ่านมา

2.2.2 อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพทางใจและข้อเสนอแนะกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ สามารถตอบสนองการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลสู่การมีสุขภาพทางใจที่ดี

2.2.3 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นอย่างไร



ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

COA No. 515/2020
IRB No. P3-0095/2563



AF 08-09/5.0

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

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ : รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวรัชนิกร ใจคำสับ

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีบททวน : แบบเร่งรัด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 21 กันยายน 2563
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 21 กันยายน 2563
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 21 กันยายน 2563
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 4.0 วันที่ 23 ธันวาคม 2563
5. Full Proposal Research เวอร์ชัน 4.0 วันที่ 23 ธันวาคม 2563
6. AF 04-10 (สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 17 ตุลาคม 2563
7. AF 04-10 (สำหรับครอบครัว เพื่อน หรือคนใกล้ชิดผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 17 ตุลาคม 2563
8. AF 04-10 (สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 17 ตุลาคม 2563
9. AF 04-10 (สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยเรื้อรัง) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 17 ตุลาคม 2563
10. AF 04-10 (สำหรับผู้บริหารสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 17 ตุลาคม 2563
11. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 17 ตุลาคม 2563
12. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มครอบครัวอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 17 ตุลาคม 2563
13. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากร ผู้บริหารสาธารณสุขอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 17 ตุลาคม 2563
14. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 21 กันยายน 2563

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์เท่านั้น
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้ใบรับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)



COA No. 515/2020
IRB No. P3-0095/2563



AF 14/6.0

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 : รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวรัชนิกร ใจคำสับ
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิธีบทวน : แบบเร่งรัด
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
เอกสารรับรอง

1. PF 01 Submission for Post Approval Report เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 ธันวาคม 2565

ลงนาม *อภิเดช อภิเดชพงษ์สง่า*
(นายแพทย์สมบูรณ์ ดันสุกสวัสดิกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 24 ธันวาคม 2563
วันหมดอายุ : 24 ธันวาคม 2564
วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 : 24 ธันวาคม 2564
วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 : 24 ธันวาคม 2565
วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 2 : 24 ธันวาคม 2565
วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 2 : 24 ธันวาคม 2566

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริง รายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน ก่อนใบรับรองหมดอายุ
6. เอกสารทุกฉบับที่ได้รับการรับรองครั้งนี้ หมดอายุตามอายุของโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองก่อนหน้านี้ (COA No. 515/2020)

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)

