



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วย  
โรคเรื้อรัง

**The Effect of Program Promoting the Adaptation of Family Caregivers in Caring  
for End-of-Life Patients with Chronic Illness**

เพ็ญศิริ มรกต

**Phensiri Morrakot**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

**Prince of Songkla University**

**2556**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่  
เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผู้เขียน นางสาวเพ็ญศิริ มรกต

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

---

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก**

**คณะกรรมการสอบ**

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ มานะสุรการ)

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม**

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขาวรัตน์ มัชฌิม)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขาวรัตน์ มัชฌิม)

.....กรรมการ  
(ดร.อมาวาสี อัมพันศิริรัตน์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วน  
เกี่ยวข้องทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวเพ็ญศิริ มรกต)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวเพ็ญศิริ มรกต)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผู้เขียน นางสาวเพ็ญศิริ มรกต

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปีการศึกษา 2555

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 50 ราย โดย 25 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 25 รายต่อมาเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นรายบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับภาษาไทย 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย 3) แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 4) โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 20 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไค-สแควร์ ในการทดสอบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติที

#### ผลการวิจัยพบว่า

1. ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )
2. ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้ดีขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อไป

<b>Thesis Title</b>	The Effect of Program Promoting the Adaptation of Family Caregivers in Caring for End-of-Life Patients with Chronic Illness
<b>Author</b>	Miss Phensiri Morrakot
<b>Major Program</b>	Nursing Science (Adult Nursing)
<b>Academic Year</b>	2012

### ABSTRACT

This quasi-experimental, two-group, pretest-posttest design study aimed to examine the effect of a program promoting the adaptation of family caregivers in caring for end-of-life patients with chronic illness. The subjects were purposively selected and comprised 50 caregivers, and assigned to a control group (n=25) receiving usual nursing care and an experimental group (n=25) individually participating a program promoting the adaptation of family caregivers from the researcher. The research instruments included: 1) Palliative Performance Scale (Thai Version), 2) demographic data questionnaire, 3) the family caregiver's adaptation to end-of-life care questionnaire, and 4) the program promoting the adaptation of family caregivers in caring for end-of-life patients with chronic illness. Three experts verified the program and the family caregiver's adaptation to end-of-life care questionnaire for content validity. The family caregiver's adaptation to end-of-life care questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient yielding a reliability value of 0.87 (n=20). The data were analyzed using frequency, mean, standard deviation and chi-square for demographic data, and the hypotheses were tested using *t*-test.

The results revealed that:

1. The mean total score on family caregiver's adaptation after intervention in the experimental group was significantly higher than before intervention ( $p < .001$ ).
2. The mean total score on family caregiver's adaptation after intervention in the experimental group was significantly higher than that of the control group ( $p < .001$ ).

The results of this study indicate that the program can improve the level of adaptation of family caregivers. Therefore, nurses should implement this program in their practice

in order to promote the adaptation of family caregivers in caring for end-of-life patients with chronic illness.



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และการช่วยเหลือที่ดียิ่งจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต และที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอกราบ ขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่ให้ข้อชี้แนะที่ดีเสมอมา รวมทั้งกำลังใจ ที่มีให้มาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านในการตรวจสอบให้ข้อคิดเห็นและให้ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอด ระยะเวลาที่ศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโทปีการศึกษา 2553 ที่ให้ความ ช่วยเหลือจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จและเป็นกำลังใจให้อย่างต่อเนื่อง

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปอย่างราบรื่น รวมทั้ง ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่มีน้ำใจ ใจกว้างใจ เสียสละเวลาอันมีค่า และให้ความร่วมมือเป็น อย่างดียิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสตูล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ที่สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อ รวมทั้ง ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสตูลทุกท่านที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่ชาย พี่สาว และหลานๆ ที่มอบ ความรักความห่วงใย ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่ง และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

เพ็ญศิริ มรกต

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
ความสำคัญของการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.....	16
การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.....	22
การส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.....	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	43
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง.....	44
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	50
ผลการวิจัย.....	51
การอภิปรายผล.....	60
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	72
สรุปผลการวิจัย.....	72
ผลการวิจัย.....	73
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	73
บรรณานุกรม.....	76
ภาคผนวก.....	89
ก การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	90
ข ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย.....	92
ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	94
ง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง.....	101
จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	108
ซ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	119
ประวัติผู้เขียน.....	120

## รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป และเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ (N=50).....	52
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป และเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ (N=50).....	57
3	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปรับตัว และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยสถิติทีคู่ (n = 25).....	59
4	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยรวมหลังการทดลองโดยสถิติทีอิสระ (N = 50).....	60

## รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2 ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	49

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญ

ในสถานการณ์ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ ไทยพัฒนาเจริญขึ้น ทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีชีวิตยืนยาวและดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายมีจำนวนมากโดยอัตราการตายอยู่ใน 5 อันดับต้นของประเทศไทย ซึ่งได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดในสมอง โรคปอด และโรคกลุ่มอาการของไตพิการ ซึ่งในปี พ.ศ. 2552 พบว่า จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 56,058 คน (ร้อยละ 88.34) เป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือโรคหัวใจจำนวน 18,375 คน (ร้อยละ 28.96) โรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดในสมองจำนวน 15,648 คน (ร้อยละ 24.66) โรคปอดจำนวน 14,542 คน คิดเป็นร้อยละ 22.92 และโรคกลุ่มอาการของไตพิการจำนวน 13,191 คน (ร้อยละ 20.70) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552)

การเจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และอยู่ในระยะสุดท้าย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติลดน้อยถอยลง (ทัศนีย์, 2553) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในระยะสุดท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากร่างกายเสื่อมสภาพ การทำงาน ส่งผลให้เกิดอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย จากการศึกษาอาการรบกวนผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าอาการรบกวนที่พบบ่อยได้แก่ ความปวด หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก นอนไม่หลับ อากาศ窒闷 และซึมเศร้า (Amass & Allen, 2005; Watson et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของกินส์บรุนเนอร์ เวินเรบ, และ โพลีเซอร์ (Kinzbrunner, Weinreb, & Policzer, 2002) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักมีอาการรบกวนหลายอาการร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการ ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ จึงต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จากกรอบคร่าว มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องการความรัก ความอบอุ่นจากครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการความรู้สึกละมุน และการดูแลเอาใจใส่ด้วยความเอื้ออาทร (Clayton, Buton, Arnold, & Tattersall, 2005; Yun et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของนิกริหิมะ (2547) พบว่าผู้ป่วยตัดสินใจยุติการรักษา เนื่องจากในระยะสุดท้ายของชีวิตต้องการมีชีวิตที่สงบ อยู่ท่ามกลางญาติพี่น้อง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นบทบาทสำคัญที่ท้าทายของญาติ ผู้ดูแล โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อนทำให้มีปัญหาในการปรับตัว จะเห็นได้ว่าครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแล ของผู้ป่วย โรคเรื้อรังเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย (Abernethy, Burns, Wheeler, & Currow, 2009; Pierce & Lutz, 2009) ซึ่งญาติผู้ดูแล มักขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแล ทำให้เกิดความตระหนก กลัว เสรีา วิตกกังวล เครียด เป็นภาระคุกคามกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ และปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยหรือตนเองไม่ถูกต้อง (Mangan, Taylor, Yabroff, Fleming, & Ingham, 2003) นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลต้องการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง (สุไศคาร์, 2551; O'Neill & McKimney, 2002) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงเป็นภาระหนัก โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งที่บ้านและในโรงพยาบาลทุกวัน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ทรุดโทรมลง (กัลยา, 2547; สุไศคาร์, กิตติกร, และประณีต, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของโร (19547) ที่ศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยมาก ร่างกายทรุดโทรม บางครั้งเหนื่อยมากจนไม่อยากจะดูแล และพบว่าญาติผู้ดูแล พักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาหรือโอกาสที่จะละวางการดูแลผู้ป่วยเพื่อที่จะทำกิจกรรมที่เคยทำ เช่น การออกกำลังกาย เวลาในการดูแลตนเอง การพบปะหรือสังสรรค์กับบุคคลในสังคม (Funk et al., 2010; Yoo, Lee, & Chang, 2008) อีกทั้งญาติผู้ดูแลที่มีภาระงาน ประจำอยู่แล้ว เช่น การประกอบอาชีพ การดูแลบุตร เป็นต้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่ และการดำรงชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลจึงต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมากต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ สามารถทำการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพและตนเองมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี (ชูชื่น, 2541; กิตติกร และคณะ, 2552) หากญาติผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้ ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ และส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

รอย และแอนดริวส์ (Roy & Andrews, 1999) ได้สร้างและพัฒนาทฤษฎีทางการพยาบาลโดยให้ความสำคัญในการปรับตัวของบุคคลอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม และกล่าวว่า บุคคล เป็นระบบการปรับตัว (adaptive system) ซึ่งเป็นระบบเปิดที่มีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา เมื่อมีสิ่งเร้าเข้าสู่ระบบ บุคคลจะมีกระบวนการปรับตัวในด้านต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้คือ พฤติกรรมการปรับตัว ในบริบทการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สิ่งเร้า คือ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะ ยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่

ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นั้นมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยผลกระทบด้านลบก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณต่อญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมากดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้ไม่สามารถทำการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและตนเองมีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีลดลง ญาติผู้ดูแลจึงต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่ง รอย และแอนดริวส์ (Roy & Andrews, 1999) กล่าวว่า เป้าหมายของการพยาบาลคือการส่งเสริมการปรับตัวทั้ง 4 ด้านของบุคคล และเป็นการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลรวมทั้งส่งเสริมการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งบุคคลที่ได้รับการดูแลส่งเสริมการปรับตัวนี้อาจเป็นตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน หรือสังคม ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการส่งเสริมการปรับตัวทั้งในสถานการณ์ปกติและเจ็บป่วย ซึ่งบทบาทของพยาบาลนอกจากมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว พยาบาลต้องให้ความสำคัญในการดูแลญาติผู้ดูแลควบคู่กันไปด้วย โดยวางแผนช่วยเหลือและส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และส่งเสริมญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีเพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

การทบทวนวรรณกรรม พบว่ากลวิธีการพัฒนาและ ส่งเสริมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถจัดแบ่งกลุ่มได้เป็น 4 กลุ่ม (วงจันทร์, 2554; Stajduhar et al., 2010) คือ 1) การให้คำปรึกษา 2) การให้ข้อมูลและกาสอน 3) การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา และ 4) การดูแลปัญหาด้านจิตสังคมของญาติผู้ดูแล ซึ่งกลวิธี 4 กลุ่มดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ซึ่งรับรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะด้านจิตใจ ช่วยให้ญาติผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล สามารถเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีด้วยเช่นกัน

สำหรับ ประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาในลักษณะทดลองวิจัยเชิงปริมาณ เกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่ง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา แบบบรรยาย วิจัยเชิงคุณภาพ โดยผลการวิจัยเชิงคุณภาพ สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และญาติผู้ดูแล และเสนอแนะให้มีการศึกษา



เกี่ยวกับการส่งเสริมสนับสนุนญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในโอกาสต่อไป (กัลยา, 2547; นิกริหมี๊ะ, 2547; รวี, 2547; สุไฮดาร์, กิตติกร, และประณีต, 2552) และอย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งในปัจจุบันการให้บริการการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลเน้นการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ตามการรักษาของแพทย์ และมีการให้ความรู้ ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การเช็ดตัว การให้อาหารและยา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การดูแลดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมถึงการประเมินความต้องการและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรม ส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยให้ครอบคลุมองค์รวมของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัว การให้คำปรึกษา เสริมสร้างพลังอำนาจ การให้ความรู้ และฝึกทักษะ การแก้ปัญหา ในการจัดการตนเองและการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของญาติผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของญาติผู้ดูแลก่อนและหลัง เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### คำถามการวิจัย

1. ญาติผู้ดูแลที่ เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการปรับตัวภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมดังกล่าว ดีกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมหรือไม่

2. ญาติผู้ดูแลกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย มี การปรับตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมหดงกล่าว ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวคิดทฤษฎีของรอย (Roy & Andrews, 1999) ซึ่งตามแนวคิดทางทฤษฎีของรอย ได้อธิบายว่า บุคคล เป็นระบบการปรับตัว (adaptive system) ซึ่งเป็นระบบเปิดที่มีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยมุ่งเน้นการตอบสนองในทางบวกที่จะช่วยให้บุคคลมีพลังงานอิสระที่จะรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ได้ ระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งเร้า (stimuli) เป็นปัจจัยนำเข้าสู่กระบวนการปรับตัว (process) และขอบเขตการปรับตัว (adaptive modes) เกิดเป็นผลลัพธ์ (output) คือพฤติกรรมปรับตัวของบุคคลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของสิ่งเร้าจะมีผลต่อความสามารถในการปรับตัวของบุคคล

นอกจากนี้รอย และแอนดริวส์กล่าวถึง แนวคิดการพยาบาลเกี่ยวกับการปรับตัวว่า การพยาบาล เป็นความจำเป็นสำหรับบุคคล ที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมหรือต้องการส่งเสริมการปรับตัวให้เหมาะสมกับสิ่งเร้าที่ต้องเผชิญเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายของการมีชีวิตรอด การเจริญเติบโต การสืบพันธุ์ และการแสดงออกซึ่งความเป็นตนเอง การพยาบาลจะครอบคลุมขอบเขตการปรับตัวทั้ง 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น เพื่อเพิ่มระดับ การปรับตัวที่เหมาะสมถูกต้องของ บุคคลขณะเจ็บป่วย หรือขณะที่ยังมีสุขภาพดี โดยมุ่งเน้นที่บุคคลและการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า รวมทั้งการปรับตัวต่อ สิ่งแวดล้อม ซึ่งพยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาล 6 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินพฤติกรรม (assessment of behavior) ว่าบุคคลแสดงพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสมอย่างไร ขาดความรู้ ความสามารถและทักษะอย่างไร 2) การประเมินสิ่งเร้า (assessment of stimuli) ว่าสิ่งเร้าที่บุคคลต้องเผชิญและปรับตัวต่อสิ่งเร้า นั้นคืออะไร และเป็นอย่างไร โดยครอบคลุมทั้งสิ่งเร้าตรง (focal stimuli) สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) และสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) 3) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) ว่าพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสมนั้นมีเหตุและผลอย่างไร ซึ่งได้จากการประเมินพฤติกรรมปรับตัวและสิ่งเร้า 4) การตั้งเป้าหมาย (goal setting)ว่าจะเพิ่มประสิทธิภาพระดับการปรับตัวของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า นั้นอย่างไร 5) ปฏิบัติการ

พยาบาล (intervention) ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้ตามแผนสร้างเสริมประสิทธิภาพการปรับตัวของบุคคล โดยการให้ความรู้ให้คำปรึกษา ฝึกทักษะที่จำเป็น ตลอดจนคอยช่วยเหลือและสนับสนุนบุคคลในการแก้ไขปัญหาต่างๆ 6) การประเมินผล (evaluation) ว่าหลังจากบุคคลได้รับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมการปรับตัวนั้น มีการแสดงพฤติกรรมการปรับตัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และระดับการปรับตัวมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ หากไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ หาสาเหตุว่าเกิดจากอะไร และทำการแก้ไขต่อไป ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเชื่อว่ากระบวนการพยาบาลดังกล่าวเป็นสิ่งเร้าร่วมในทางบวกที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

สำหรับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นสิ่งเร้าตรงที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญและมีการปรับตัว จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าญาติผู้ดูแลมีปัญหาในการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เมื่อวิเคราะห์การพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) ให้ครอบคลุมการปรับตัว ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้าง โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) และเพื่อให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นมีความกระชับ ผู้วิจัยได้ปรับกระบวนการพยาบาลเกี่ยวกับการปรับตัวตามแนวคิดทฤษฎีของรอย จาก 6 ขั้นตอนให้เหลือ 3 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินพฤติกรรมปรับตัว โดยรวบรวมกระบวนการประเมินสิ่งเร้า, กระบวนการตั้งข้อวินิจฉัยและกระบวนการตั้งเป้าหมายมาอยู่ในขั้นตอนที่ 1 นี้ โดยการประเมิน พฤติกรรมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการแสดงบทบาท หน้าที่ และด้านพึ่งพาอาศัย ผู้อื่น ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนให้คำปรึกษาช่วยเหลือ ตามปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแล ตั้ง เป้าหมายร่วมกับญาติผู้ดูแล ให้ญาติผู้ดูแล มีการปรับตัวที่ดีและเหมาะสม โดยเริ่มต้นจากการสร้าง สัมพันธภาพที่ดีเพื่อเกิดความไว้วางใจ

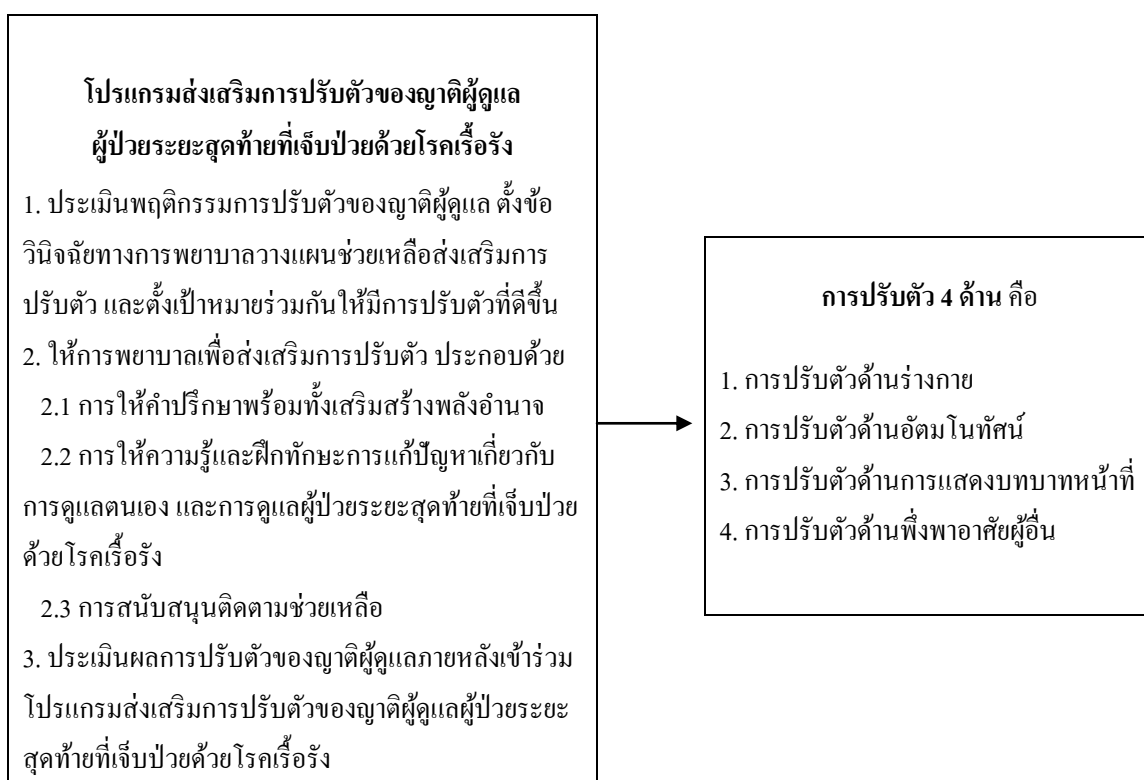
2. ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัว ประกอบด้วย

- 2.1 การให้คำปรึกษาพร้อมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ญาติผู้ดูแลระบายความรู้สึกต่อตนเองที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจปัญหาของตนเอง เลือกลงแผนแก้ไขจัดการปัญหาด้วยตนเองเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.2 การให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติที่ถูกต้องเกิดผลดีเกี่ยวกับการดูแลตนเองและฝึกวิธีผ่อนคลายความตึงเครียดเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีของญาติผู้ดูแล รวมทั้งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และฝึกทักษะการแก้ปัญหา เช่น การจัดการอาหารปวด การให้ออกซิเจน เป็นต้น เพื่อให้ ญาติผู้ดูแลได้มีความรู้เกิดความมั่นใจในการแสดงบทบาททำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

2.3 การสนับสนุนติดตามช่วยเหลือ แนะนำและประสานงานแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแล สามารถโทรปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมงและมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ทั้งนี้เพื่อให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้ ลึกโดดเดี่ยวเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สามารถขอความช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยผู้อื่นได้

3. ประเมินผลการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่ร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยผลของโปรแกรม ส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

### สมมติฐานการวิจัย

1. ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วม โปรแกรม ส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมดังกล่าว สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ญาติผู้ดูแลกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมดังกล่าว สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### นิยามศัพท์

โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการปรับตัวที่ดีและเหมาะสมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย โดยดำเนินโปรแกรมเป็นรายบุคคล จากแนวคิดการพยาบาลเกี่ยวกับการปรับตัวตามทฤษฎีของรอย (Roy & Andrews, 1999) ประกอบด้วย ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมิน พฤติกรรมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนให้คำปรึกษาช่วยเหลือ ตามปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแล ตั้งเป้าหมายร่วมกับญาติผู้ดูแลให้ญาติผู้ดูแล มีการปรับตัวที่ดีและเหมาะสม 2) ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัว โดย การให้คำปรึกษาพร้อมการเสริมสร้างพลังอำนาจ , การให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายพร้อมมอบคู่มือเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก และการสนับสนุนติดตามช่วยเหลือแนะนำและประสานงานแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแล สามารถโทรปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมงและมีการติดตามเยี่ยม ทางโทรศัพท์ 3) ประเมินผลการปรับตัวของญาติผู้ดูแลหลัง เข้าร่วม โปรแกรมดังกล่าว รวมใช้เวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์

การปรับตัวของญาติผู้ดูแล หมายถึง พฤติกรรมและความรู้สึกของญาติผู้ดูแล หลักต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินการปรับตัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจัดให้ญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย การสอนเป็นรายบุคคลแก่ญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการให้ญาติผู้ดูแล ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย เช่น การให้อาหาร การเช็ดตัว การพลิกตะแคงตัว การรับประทานยาตามแพทย์สั่งเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เป็นต้น

#### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม เพื่อศึกษาผล ของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสตูล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555

#### ความสำคัญของการวิจัย

เป็นแนวทางในการนำโปรแกรม ที่พัฒนาขึ้น ไปใช้เพื่อส่งเสริมการปรับตัวที่ดีและเหมาะสมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรม ส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสำคัญ 4 ประเด็น ตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย
  - 1.1 ความหมายและการวินิจฉัย
  - 1.2 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วย โรคร้าย
2. แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วย โรคร้าย
  - 2.1 ความหมายและประเภทของญาติผู้ดูแล
  - 2.2 ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วย โรคร้าย โดยญาติผู้ดูแล
  - 2.3 ผลกระทบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วย โรคร้ายต่อญาติผู้ดูแล
  - 2.4 ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วย โรคร้าย
3. การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วย โรคร้าย
  - 3.1 แนวคิดการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย ตามทฤษฎีของรอย
  - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล
4. การส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย
  - 4.1 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย
  - 4.2 กลวิธีการส่งเสริมญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย
  - 4.3 โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายตามแนวคิดทฤษฎีของรอย

## แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วย โรคระเร็ง

### ความหมายและการวินิจฉัย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคระเร็ง หมายถึง บุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆที่บ่งชี้ว่ามีชีวิตอยู่ได้ไม่นานและมีแนวโน้มทรุดลงเรื่อยๆและไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้ ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่า ซึ่งการรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลแบบประคับประคอง (Munry, Kendall, & Boyd, 2005; Rousseau, 2003) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่มีจุดกำเนิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง อาทิเช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจวาย โรคไตวาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคสมองเสื่อม เป็นต้น ภาวะการเจ็บป่วยเหล่านี้จะมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องและเข้าสู่จุดเสื่อมของอวัยวะต่างๆหรือมีการแพร่กระจายลุกลามรุนแรง จนไม่สามารถรักษาให้ฟื้นกลับเป็นปกติได้ (Kinzbrunner, Weinreb, & Policzer, 2002)

การวินิจฉัยภาวะความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายว่าผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือนหรือน้อยกว่า มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) อย่างเร็วที่สุดมากกว่าเพื่อการรักษา รวมทั้งมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวเข้าใจถึงความตายและสามารถปรับตัวยอมรับการสูญเสีย ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยสามารถตายอย่างสงบด้วยสมศักดิ์ศรี (กิตติกร, 2555; Abernethy, Burns, Wheeler, & Currow, 2009)

ปัจจุบันมีแบบประเมินที่ใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลายชุด ได้แก่ Karnofsky Performance Status (KPS), Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) และ Palliative Performance Scale (PPS) ซึ่งแบบประเมินทั้ง 3 ชุด ใช้ในการประเมินสถานะความเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่แบบประเมิน KPS และ ECOG มักใช้ประเมินเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเท่านั้น ส่วนแบบประเมิน PPS สามารถประเมินผู้ป่วยได้ทุกโรค (Kinzbrunner et al., 2002)

สำหรับประเทศไทยได้มีการดัดแปลง แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale หรือ PPS) เป็นฉบับภาษาไทยโดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Chewaskulyong et al., 2011) และทำการศึกษาสำรวจในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ประเมินผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติเข้าสู่ระบบการบริการการดูแลแบบประคับประคองรวดเร็วขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจปรับตัวยอมรับในการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายได้มากขึ้น และลดการรักษาชีวิตที่เปลืองประโยชน์



ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในทางคลินิกกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ทุกโรค และ สอดคล้องกับ บริบทของคนไทย

เกณฑ์ในการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีรายละเอียดดังนี้  
ระดับ PPS ร้อยละ 100 หมายถึง มีระดับความรู้สึกตัวดี การเคลื่อนไหวปกติ สามารถทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และไม่มีอาการของโรค สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง การรับประทานอาหารปกติ

ระดับ PPS ร้อยละ 90 หมายถึง มีระดับความรู้สึกตัวดี การเคลื่อนไหวปกติ สามารถทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง การรับประทานอาหารปกติ

ระดับ PPS ร้อยละ 80 หมายถึง มีระดับความรู้สึกตัวดี การเคลื่อนไหวปกติ ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง การรับประทานอาหารปกติ หรือ ลดลง

ระดับ PPS ร้อยละ 70 หมายถึง มีระดับความรู้สึกตัวดี ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง การรับประทานอาหารปกติ หรือ ลดลง

ระดับ PPS ร้อยละ 60 หมายถึง มีระดับความรู้สึกตัวดี หรือ สับสน ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน การทำกิจวัตรประจำวันต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/บางเรื่อง การรับประทานอาหารปกติ หรือ ลดลง

ระดับ PPS ร้อยละ 50 หมายถึง มีระดับความรู้สึกตัวดี หรือ สับสน นิ่ง หรือ นอนเป็นส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้เลยและมีอาการของโรคอย่างมาก การทำกิจวัตรประจำวันต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น การรับประทานอาหารปกติ หรือลดลง

ระดับ PPS ร้อยละ 40 หมายถึง มีระดับความรู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม อาจมีหรือไม่มีอาการสับสน นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีอาการของโรคอย่างมาก การทำกิจวัตรประจำวันต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ การรับประทานอาหารปกติ หรือลดลง

ระดับ PPS ร้อยละ 30 หมายถึง มีระดับความรู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม อาจมีหรือไม่มีอาการสับสน นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆและมีอาการของโรคอย่างมาก การทำกิจวัตรประจำวันต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด การรับประทานอาหารปกติ หรือลดลง

ระดับ PPS ร้อยละ 20 หมายถึง มีระดับความรู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม อาจมีหรือไม่มีอาการ สับสน นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆและมีอาการของโรคอย่างมาก การทำ กิจวัตรประจำวันต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด การรับประทานอาหารลดลง จิบน้ำได้เล็กน้อย

ระดับ PPS ร้อยละ 10 หมายถึง มีระดับความรู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม อาจมีหรือไม่มีอาการ สับสน นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆและมีอาการของโรคอย่างมาก การทำ กิจวัตรประจำวันต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด รับประทานอาหารทางปากไม่ได้

ระดับ PPS ร้อยละ 0 หมายถึง เสียชีวิต

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale (PPS)) จะมี ระดับคะแนนที่เท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ 50 โดยผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะไม่สามารถทำงานได้เลย และมีอาการของโรคอย่างมาก นั่งหรือนอนเป็นส่วน ใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น (Chewaskulyong et al., 2011) และพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือนหรือน้อยกว่า นั้น

#### ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้อง เผชิญกับโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หายขาด เป็นการเจ็บป่วยที่ทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้คุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักอ่อนเพลียมาก และไม่สามารถตอบสนองความต้องการ ของตนเองได้ตามปกติ จึงต้องการการดูแลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ซึ่งผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่วน ใหญ่มีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานจากอาการทางร่างกายที่เป็นผลกระทบจากโรคและการรักษา ซึ่ง ความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นมักไม่ได้มีสาเหตุจากอาการใดอาการหนึ่งโดยเฉพาะแต่เป็น กลุ่มอาการที่ส่งผลกระทบต่อกัน มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้ายมีอาการ ทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบาก ไอ ปวดติดเชื้อ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลียไม่มีแรง เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ(Hasson et al., 2009) ขณะที่การศึกษาประสบการณ์อากาศของผู้ป่วยโรคหัวใจ ล้มเหลวในช่วงระยะเวลา 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตพบว่า ผู้ป่วยมีอาการทุกข์ทรมานจากอาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย บวม เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ (Nordgren & Sorensen, 2003) ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายพบว่า ผู้ป่วยมีอาการทุกข์ทรมานจากอาการบวม คลื่นไส้ อาเจียน ปวดกระดูก เบื่ออาหาร หายใจลำบาก อ่อนเพลียไม่มีแรง เหนื่อยล้า ท้องผูก นอน

ไม่หลับ (Murtagh, Addington-Hall, & Higginson, 2007; Nilmanat et al., 2010; Noble et al., 2010) สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการทุกข์ทรมานกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด อ่อนเพลียไม่มีแรง เหนื่อยล้า (Kangthe, 2009) และจากการศึกษาประสบการณ์ช่วงสุดท้ายของชีวิต : กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในภาคใต้พบว่าอาการทางกายที่สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยมากที่สุดคือ อ่อนเพลียและปวด ตามด้วยคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ปากคอกแห้ง น้ำหนักลด หายใจลำบากและท้องผูก (กิตติกร และคณะ, 2552) จะเห็นได้ว่าเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะแสดงอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยที่คล้ายๆกันแม้ว่าจะมีโรคประจำตัวพื้นฐานที่แตกต่างกัน ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ปวด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หายใจลำบาก และเหนื่อยล้า (กิตติกร, 2555; Kinzbrunner et al., 2002)

ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงมีความต้องการความช่วยเหลือจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น และต้องการการตายอย่างสงบ โดยปราศจากความทุกข์ทรมานจากอาการ (Chan & Sun, 2010; Leung et al., 2010) นอกจากนี้ต้องการลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน และต้องการความสุขสบายทางร่างกาย เช่น การควบคุมความเจ็บปวด การดูแลรักษาความสะอาด และการได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ (Jablonski & Wyatt, 2005)

2. ความต้องการการดูแลด้านจิตอารมณ์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่รู้สึกหมดหวังและซึมเศร้า เนื่องจากไม่สามารถรักษาอาการให้เป็นปกติได้ และใกล้ความตายจากการศึกษาของกรันฟีลด์และคณะ (Grinfeld et al., 2004) พบว่าผลกระทบทางจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย นอกจากนี้ในระยะสุดท้ายความทุกข์ทรมานของอาการที่มากขึ้นส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีอาการหงุดหงิดง่าย โกรธตัวเอง (กิตติกร และคณะ, 2552) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการความรัก ความอบอุ่นจากครอบครัว และบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการความรู้สึกปลอดภัย และการดูแลเอาใจใส่ด้วยความเอื้ออาทร (Clayton et al., 2005; Yun et al., 2006) และจากการศึกษาของ งวัญดา, พัชรียา, และอาภรณ์ (2543) เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ที่เผชิญภาวะใกล้ตาย โดยศึกษาในผู้ป่วยเอดส์จำนวน 12 ราย พบว่า ต้องการสัมผัสที่อบอุ่น ต้องการกำลังใจและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการบุคคลที่จริงใจและเข้าใจ รับฟังความรู้สึก เพื่อคลายเหงา

3. ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวังของผู้ป่วย มิติวิญญาณถือเป็นส่วนสำคัญต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดความหวังและมีความกำลังใจเข้มแข็งขึ้น (ทัศนีย์, 2553) เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น ต้องพึ่งพามุสลิมอื่นในการให้ความช่วยเหลือในการทำวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีชีวิตอยู่อย่างไร้ประโยชน์ เป็นภาระ ไม่มีคุณค่าในตัวเอง (Nilmanat et al., 2010) นอกจากนี้การเข้า

พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัว ถูกตัดขาดจากสังคม สถานที่ทำงาน หรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างปกติจึงทำให้มีเวลาว่างของตัวเองมากกว่าปกติในการพิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ทั้งเรื่องราวที่เป็นความสุข ความสมหวัง ความทุกข์ หรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้นซึ่งมีมากน้อยแตกต่างกันไป ยังคงเก็บไว้ในความทรงจำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองไม่มีโอกาสจะได้แก้ตัว หรือทำความดีชดเชย เพราะเวลาในชีวิตเหลือน้อย จะทำให้มีความทุกข์และขมขื่นจิตใจอย่างมาก (ไพศาล วิสาโรจน์, 2547; Hall, 1997; Murray et al., 2007) ดังนั้นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงต้องการการขอโทษกรรม หรือการให้อภัย ต้องการปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนาที่ตนเองนับถือ เช่น ต้องการทำบุญ สวดมนต์ หรือทำสมาธิ เป็นต้น และอยากมีโอกาสได้สั่งลา หรือได้เห็นสิ่งที่รู้สึกผูกพันนั้นอีกครั้งสุดท้าย และมีความต้องการที่จะเสียชีวิตที่บ้าน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยต้องการการดูแลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณแบบองค์รวม ไม่ใช่เพียงรักษาโรค เท่านั้น ต้องการให้มองเห็นในคุณค่าของผู้ป่วย และยอมรับนับถือในความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วยเป็นสำคัญร่วมด้วย (Engelberg et al., 2010) และจากการศึกษาของอนงค์ (2552) พบว่า ผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายที่พักรักษาในโรงพยาบาลมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณโดยรวมในระดับสูง โดยมีความต้องการด้านความหวังมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อมและพลังนอกเหนือตน

จะเห็นได้ว่าความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง และต้องการการดูแลจากผู้อื่นตลอด 24 ชั่วโมง (กัลยา, 2547; สุไฮดาร์, 2551; O'Neill & McKinney, 2002) ดังนั้นญาติหรือสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็น บุคคลอันเป็นที่รักและใกล้ชิดผู้ป่วย มีบทบาทและรับผิดชอบหน้าที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานและเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวันสุดท้ายของชีวิต

## แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

### ความหมายและประเภทของญาติผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพา (dependent agent) โดยช่วยส่งเสริมความอยู่รอดและปลอดภัยของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ (Orem, 2001) ซึ่งเพียชและลัทซ์ (Pierce & Lutz, 2009) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภทดังนี้ 1) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลที่อาศัยความรัก ความผูกพัน และความรู้สึกรับผิดชอบต่อหน้าที่โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และ 2) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแลพยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ เป็นต้น โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลตามข้อตกลงก็ได้ ซึ่งจากการศึกษาของคอเซอร์ดี และคณะ (Docherty et al., 2008) พบว่าผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการได้แก่สมาชิกในครอบครัวนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของอเบอร์นีทรี และคณะ (Abernethy et al., 2009) พบว่าส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจะให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย นอกจากนี้ การศึกษาของสตาดจูฮา และคณะ (Stajduhar et al., 2010) พบว่าผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น เพื่อน ซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย และในประเทศไทยมีการศึกษาของชูชื่น (2541) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระยะลุกลามส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย รวมทั้งการศึกษา ของสุโสภา (2551) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นภรรยา มารดา พี่สาว หรือน้องสาวของผู้ป่วย

นอกจากนี้ยูพาพิน (2546) ได้จำแนกผู้ดูแลตามระดับความรับผิดชอบในการดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น และ 2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทน เป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น

สำหรับในการศึกษารั้งนี้ ผู้ดูแล หมายถึง ญาติผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการหรือผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย กับผู้ป่วย และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแล โดยตรงและสม่ำเสมอ

ส่วนผู้วิจัยเป็นพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการหรือผู้ดูแลรองที่มีหน้าที่ให้ข้อมูล ความรู้ ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือสนับสนุน ญาติผู้ดูแลให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในแต่ละรายและสามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย

*ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วย โรคระเร็ง โดยญาติผู้ดูแล*

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคระเร็งมากขึ้น สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย (สุไศรินทร์ และคณะ, 2552) พบว่า ผู้ดูแลให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ใน 4 ลักษณะ คือ 1) การทำทุกสิ่งเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นโดยพยายามให้การดูแล และทำทุกอย่างให้เต็มที่ เพื่อช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น แข็งแรงขึ้น ให้มีชีวิตต่อไป 2) การทำอย่างดีที่สุดเพื่อให้ใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีความสุข โดยพยายามทำทุกอย่างที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ไม่เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ รวมทั้งได้อยู่ท่ามกลางคนที่รัก ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขตลอดช่วงสุดท้ายของชีวิต 3) การดูแลกายใจอย่างใกล้ชิดเหมือนดูแลเด็ก ซึ่งผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลจึงเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเหมือนเด็กเล็ก ซึ่งต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและทำทุกอย่างให้ผู้ป่วย อีกทั้งต้องให้ความสำคัญกับการดูแลจิตใจอีกด้วย และ 4) การดูแลให้อยู่อย่างมีคุณค่าเหมือนคนปกติ โดยผู้ดูแลต้องให้การดูแลเอาใจใส่ เอาอกเอาใจทุกอย่าง ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ พยายามทำให้ผู้ป่วยสบายใจให้มากที่สุดเพื่อให้มีกำลังใจและใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป ใกล้เคียงกับการศึกษาของ อเบอร์นีทรี และคณะ (Abernethy et al., 2009) ทำการศึกษาความหมายการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของผู้ดูแล ความหมายของการดูแลระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง คือการดูแลผู้ป่วยที่มีวัตถุประสงค์ให้ความสะดวกสบายไม่ใช่การรักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้ตาย และสนับสนุนให้ผู้ป่วย และครอบครัวเข้าใจความตายและสามารถปรับตัวยอมรับการสูญเสีย

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคระเร็ง จึงเป็นการดูแลแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ครอบคลุมด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยความรักเอาใจใส่ และบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆที่เกิดขึ้นให้ผ่านไปด้วยดี

### ผลกระทบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อญาติผู้ดูแล

เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ย่อมส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก หมกหมุ่นทางรักษาและอยู่ในระยะสุดท้าย มีงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งในด้านบวกและด้านลบ

#### ผลกระทบด้านบวก

แมนแกน และคณะ (Mangan et al., 2003) พบว่า ผู้ดูแลเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการเสียสละ และเป็นสิ่งสวยงามที่จะดูแลคนที่เรารักที่กำลังจะจากไป และมองว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบไปด้วยกระบวนการทำงานทางอารมณ์ที่มีพลังใจให้แก่นัก และสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การดูแลในระยะสุดท้ายที่บ้าน ในมุมมองของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส (Jo, Brazil, Lohfeld, & Willison, 2007) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกมั่นใจและสามารถดูแลคู่สมรสได้อย่างอิสระ และมองว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่ต้องดูแลคู่ของตัวเอง นอกจากนี้ หนูดี, และชาง (Yoo, Lee, & Chang, 2008) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของครอบครัวผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 35 เรื่อง พบว่าผู้ดูแลเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านบวก กล่าวคือเป็นความหวังและโอกาสที่จะแสดงความรักแก่ผู้ป่วย ดังนั้นผลกระทบด้านบวกจะเป็นแรงเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไปได้ด้วยดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุไฮคาร์และคณะ (2552) ที่พบว่า การที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแล มีความภาคภูมิใจที่ได้ดูแล ตอบสนองความต้องการในทุกๆด้านได้อย่างเต็มที่และดีที่สุด รวมทั้งผู้ดูแลเห็นว่าตนเองได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้ชีวิตได้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่ๆเพิ่มขึ้นในชีวิตที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวต่อไป

#### ผลกระทบด้านลบ

ผลกระทบ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในด้านลบ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตอารมณ์ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ น้ำหนักลด ปวดเมื่อยตามตัว ปวดหลัง เป็นต้น ส่งผลในระยะยาวนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังหรือรุนแรง ดังเช่นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของรวิ (2547) เกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 12 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยมาก ร่างกายทรุดโทรม บางครั้งเหนื่อยมากจนไม่อยากจะดูแลผู้ป่วย และต้องการให้มีผู้อื่นมาผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนบ้าง และจากการศึกษาการดูแลในระยะสุดท้ายในมุมมองของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและผู้รับการดูแล (Jo et al., 2007) พบว่าผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีเวลาให้ตัวเองน้อยลง และพบว่าทำให้ไม่รู้สึกลอยจากอาหาร นอนไม่หลับ สอดคล้องกับการศึกษาของสุไฮคาร์ และคณะ (2552) พบว่า ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาลทุกวันตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มไม่สบายเรื้อรังจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลต้องเฝ้าดูแลสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดทั้งกลางวันและกลางคืน ต้องลุกขึ้นมาดูแลเป็นระยะ ส่งผลให้ผู้ดูแลนอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท พักผ่อนไม่เต็มที่ มีอาการเวียนศีรษะ ตาพร่ามัว เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ซึ่งผู้ดูแลบางรายต้องทำงานในตอนกลางวัน และต้องมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยในตอนกลางคืน ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยและลำบากมากขึ้น

2. ด้านจิตอารมณ์ ผลกระทบด้านจิตอารมณ์มักเกิดเนื่องจากญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีอาการทรุดลงเรื่อยๆ ไม่มีวิธีใดรักษาให้เป็นปกติได้ขณะที่การดูแลผู้ป่วยให้ทุกข์ทรมานน้อยที่สุดจึงเป็นเรื่องยาก ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และวิตกกังวลตามมากลัวจะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป เกิดภาวะซึมเศร้า โกรธและหงุดหงิดง่าย จากการศึกษาของกรันฟีลด์ และคณะ (Grunfeld et al., 2004) ในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ 3 เดือนจำนวน 89 ราย โดย ติดตามจนผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่าผลกระทบทางจิตใจที่พบในญาติผู้ดูแลได้แก่ ความวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยความวิตกกังวลและซึมเศร้าจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของหุนและคณะ (Yoo et al., 2008) ที่พบว่าครอบครัวผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้การศึกษาของ สุไฮคาร์และคณะ (2552) พบว่าญาติผู้ดูแลมีความทุกข์ทรมานทางอารมณ์จากการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยที่ไม่แน่นอนรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ น้อยใจ และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย



3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงตลอดเวลา ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นหัวหน้าครอบครัว พบว่าร้อยละ 27 ของผู้ดูแลต้องออกจากงาน ส่งผลให้มีปัญหาด้านการเงินตามมา (Grunfeld et al., 2004) นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลมักให้ความสำคัญกับการอยู่ดูแลผู้ป่วยมากกว่ากิจกรรมทางสังคม ทำให้การ พบปะเพื่อนฝูงน้อยลง (So et al., 2007) และมีผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ญาติผู้ดูแลรู้สึกเศร้า โศก เสียใจ ตระหนก กลัว วิตกกังวล เครียด รู้สึกเป็นภาระ (Caress, Chalmers, & Luker, 2009; Docherty et al., 2008; Funk et al., 2010; Grunfeld et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุไฮคาร์ และคณะ (2552) โดยพบว่าญาติผู้ดูแลทุกรายต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติหรือต้องหยุดงาน ทำให้สูญเสียรายได้และมีหนี้สิน รวมทั้งเวลาที่ถูกจำกัด ให้น้อยลง ชีวิตขาดอิสระไม่ได้ทำกิจกรรมที่เคยทำตามปกติ ขาดโอกาสและในที่สุดแยกตัวออกจากสังคม

4. ด้านจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้ของญาติผู้ดูแลถึงความสำคัญ ความหมาย และความท้าทายของการใช้ชีวิตเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง จากงานวิจัยที่ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการเพ้อคลั่ง พบว่า ญาติผู้ดูแลรู้สึกเสียใจ รู้สึกผิด และเป็นกังวลที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปโดยที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือเท่าที่ควรจะเป็น (Greaves, Vojkovic, Nikoletti, White, & Yuen, 2008) นอกจากนี้ศาสตราจารย์ Hasson et al., (2009) ได้ศึกษาประสบการณ์และความต้องการของผู้ดูแลในระหว่างการดูแลประคับประคองระยะสุดท้ายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลสะท้อนให้เห็น ถึงความรู้สึกลึกซึ้ง เสียใจที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นปกติ และจากการศึกษาของซู ชิ่น (2541) พบว่าญาติผู้ดูแล (ร้อยละ 42.5) มีความคิดว่าชีวิตในอนาคตของตนจะมั่นคงน้อยลงกว่าเดิมเพราะการจากไปของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเศร้าโศกเสียใจตามมา

#### *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง*

จากผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการดังต่อไปนี้

1. ความต้องการด้านข้อมูล ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องการให้บุคลากรสุขภาพให้ข้อมูลอย่างเปิดเผยชัดเจน ตรงไปตรงมาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อาการ การพยากรณ์โรค การรักษา รวมทั้งแหล่งประโยชน์โดยต้องการให้ข้อมูลที่ได้จากบุคลากรในทีมสุขภาพมีการสอดคล้องกัน และผู้ให้ข้อมูลควรเป็นบุคลากรที่ครอบครัวรู้สึกคุ้นเคย ใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ และสถานที่ให้ข้อมูล มี

ความเป็นส่วนตัว เห็นได้จากการศึกษาของเอ็นเจล เบิกและคณะ(Engelberg et al., 2010) พบว่าผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องการได้รับข้อมูลความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ โดยให้ทีมสุขภาพมีการสื่อสารคุยกับผู้ป่วยด้วยความซื่อตรง ไม่อ้อมค้อม สื่อสารกับญาติอย่างเปิดเผยและเต็มใจ นอกจากนี้คือกเซอร์ตีและคณะ (Docherty et al., 2008) ได้ศึกษาความต้องการความรู้และข้อมูลของผู้ดูแลไม่เป็นการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าญาติผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย การรักษา การพยากรณ์โรค เพื่อนำไปวางแผนในอนาคต

2. ความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วย โดยต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย มีความสุขสบายและให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล และดูแลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม มากกว่าการดูแลเฉพาะโรค เห็นได้จากการศึกษาของกเซอร์ตีและคณะ (Docherty et al., 2008) พบว่าญาติผู้ดูแลต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็น การจัดการอาการรบกวน เช่นการจัดการ อาการปวด เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของเอ็นเจลเบิร์กและคณะ(Engelberg et al., 2010) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการปวดและอาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้าย โดยตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ ดูแลแบบองค์รวม ไม่ใช่เพียงรักษาโรคเท่านั้น ต้องการให้เห็นคุณค่าของผู้ป่วย ยอมรับนับถือในความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วย

3. ความต้องการเข้าถึงบุคลากรสุขภาพ ซึ่ง ส่วนใหญ่เป็น ความต้องการด้านข้อมูล บริการสุขภาพ เช่นต้องการเบอร์โทรศัพท์ของแพทย์หรือพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบุคลากรสุขภาพได้ง่ายเพื่อสอบถามเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การศึกษาของกิตติธิต และคณะ (2552) พบว่าญาติผู้ดูแลต้องการเข้าถึงบุคลากรสุขภาพได้ง่ายไม่ต้องรอคิวนาน สอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ(2541) พบว่าผู้ป่วยบางรายเดินทางมาพบแพทย์เป็นความลำบาก เป็นภาระแก่ญาติผู้ดูแลจึงเสนอให้มีบริการทางโทรศัพท์เพื่อให้คำแนะนำปรึกษา สอบถามข้อมูล โดยที่พยาบาลมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และสามารถให้คำตอบได้เฉพาะเจาะจงตรงกับปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแล ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย ซึ่งการได้รับคำแนะนำทางโทรศัพท์ญาติผู้ดูแลสามารถทำการช่วยเหลือผู้ป่วยได้เองที่บ้าน

4. ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและอยู่กับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและการเตรียมตัวสำหรับความตาย ซึ่งเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ เพราะญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองได้ทำในสิ่งที่ดีแก่ผู้ป่วยช่วยสะสางภารกิจที่ค้างค้างให้สำเร็จ และได้ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วย ถือว่าทำหน้าที่โดยสมบูรณ์ก่อนการจากไปของผู้ป่วย จากการศึกษาของสุไฮคาร์ (2551) พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องการคุยผู้ป่วยก่อนสิ้นใจโดยคอยดูแลอยู่ใกล้ๆผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย และ

ตัดสินใจพากลับผู้ป่วยกลับมาตายที่บ้านให้มีญาติพี่น้องอยู่พร้อมหน้าพร้อมตาให้การดูแลใกล้ชิดจนผู้ป่วยหมดลมหายใจ และรับปากช่วยประสานภารกิจที่ผู้ป่วยทำค้างไว้

5. ความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ จากความไม่แน่ใจ หวาดหวั่น เสรีา โศกและสูญเสีย ญาติผู้ดูแลจึงต้องการการปลอบโยนและกำลังใจจากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งบุคลากรสุขภาพควรมีความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ เอื้ออาทร รับฟังความคิดเห็น ไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ ตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติร้องขอ รวมทั้งต้องการให้บุคลากรสุขภาพให้ความหวัง และมีทัศนคติที่ดีต่อประสบการณ์ เกี่ยวกับความตายที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของอินกลิสตัน , เพนี, ชาร์-เกียนท์, และซีมอน (Ingleton, Payne, Sargeant, & Seymour, 2009) พบว่าญาติผู้ดูแลต้องการให้บุคลากรสุขภาพไวต่อความรู้สึกของผู้รับบริการ

6. ความต้องการด้านอื่น ได้แก่ ความต้องการการดูแลสุขภาพของญาติ ผู้ดูแล ความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินและการจัดการงานบ้าน ความต้องการมีเวลาในการพักรักษาตัวก่อนการกลับมาให้การดูแลอีกครั้ง ซึ่งความต้องการเหล่านี้ญาติผู้ดูแลมักให้ความสำคัญเป็นอันดับหลัง เนื่องจากสิ่งเหล่านี้เป็นความต้องการเกี่ยวกับตนเอง จากการศึกษาของแมนแกน และคณะ (Mangan et al., 2003) พบว่าคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ เป็นภาระ รู้สึกเหนื่อย โกรธ ไม่มีเวลาดูแลตนเอง ไม่สามารถคิดวางแผนในอนาคตได้ ทุกอย่างดูวิกฤต เป็นการยากที่จะจัดการที่บ้านและ ที่ทำงานให้สมดุลกัน จึงมีความต้องการที่ปรึกษา และคลายความซึมเศร้า ต้องการการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว

นอกจากนี้หากมีคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจะเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ สามารถเปิดดูแก้ปัญหาได้ตลอดเวลา จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นั้นมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านบวกและด้านลบ หากความต้องการของญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองจะมีผลกระทบด้านลบถึงการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลให้ไม่สามารถทำการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและทำให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ไม่ดีด้อยลง

*การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรัง*

*แนวทางการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรัง ตามทฤษฎีของรอย*

การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง และเข้าสู่ระยะสุดท้าย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีภาระต้องรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น มีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ต่างๆที่มีอยู่และการดำเนินชีวิตประจำวัน

ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมาก เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย สร้างโดยซิสเตอร์ คอลลิสตา รอย (Sister Collista Roy) สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาลในปี ค.ศ. 1963 ปริญญาโททางการพยาบาลและปริญญาเอกทางสังคมศาสตร์ในปี ค.ศ. 1966 และ 1977 ตามลำดับ รอยเป็นพยาบาลประจำแผนกเด็ก ได้เริ่มพัฒนาแบบจำลองการปรับตัวในขณะที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาโท ในปี ค.ศ. 1964 โดยรอยมีความเชื่อว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จะมีการปรับตัวได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบ และความสามารถของบุคคลในการปรับตัว (จันทร์เพ็ญ, อภิญญา, และรัตนภรณ์, 2552)

ทฤษฎีของรอย (Roy & Andrews, 1999) ได้อธิบายว่าบุคคลเป็นระบบการปรับตัว (adaptive system) ซึ่งเป็นระบบเปิดที่มีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา โดยมุ่งเน้นการตอบสนองในทางบวกที่จะช่วยให้บุคคลมีพลังงานอิสระที่จะรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอื่นๆได้ ระบบการปรับตัวของบุคคล ประกอบด้วย สิ่งเร้า(stimuli) เป็นปัจจัยนำเข้า ผ่านกระบวนการปรับตัว (process) และขอบเขตการปรับตัว (adaptive modes) เกิดเป็นผลลัพธ์(output) คือพฤติกรรม การปรับตัว การเปลี่ยนแปลงของสิ่งเร้าจะมีผลต่อความสามารถในการปรับตัวของบุคคล

สิ่งเร้า (stimuli) คือสิ่งนำเข้าสู่ระบบของบุคคลที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว ซึ่งอยู่ล้อมรอบทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วย

1. สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้นและสำคัญที่สุดที่กระตุ้นให้บุคคลต้องมีการปรับตัว โดยอาจเป็นสิ่งเร้าตรงเชิงบวกหรือเชิงลบก็ได้
2. สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) หมายถึง ปัจจัยที่ปรากฏมีอยู่และเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีการปรับตัว โดยมีผลกระทบต่อบุคคลได้ทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งถ้ามีผลในทางบวกจะช่วยลดอิทธิพลความรุนแรงของสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมจะมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การปรับตัวของบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษาและรายได้ เป็นต้น
3. สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) หมายถึง ปัจจัยที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่เจาะจงแฝงในตัวบุคคล ผลของสิ่งเร้าแฝงอาจไม่ชัดเจน เป็นลักษณะเฉพาะตัวบุคคล หรือเป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีต เช่น ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม อุปนิสัย บุคลิกภาพ เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสถานการณ์สำคัญที่เป็นสิ่งเร้าตรงที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัว ซึ่งจากการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจำนวน 41 ราย ของแมนแกน และคณะ (Mangan et al., 2003) พบว่า ผู้ดูแลเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นภาระหนักที่ตนเองต้องปรับตัวอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สอดคล้องกับการศึกษาของฟราเบอร์ , แอกนิว, เฮร์แมน-เบรทส์, เทย์เลอร์ และกัลดิน (Farber, Egnew, Herman-Bertsch, Taylor, & Guldin, 2003) พบว่า ผู้ดูแลมีการปรับตัวตลอดเวลาเพื่อให้อาสาสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งเร้า บุคคลจะมีการปรับตัวโดย กลไกการปรับตัว (coping mechanism) เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลใช้เพื่อควบคุมตนเองทั้ง โดยการเรียนรู้ หรือมีขึ้นเองตามธรรมชาติ แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

1. กลไกการควบคุม (regulator mechanism) เป็นกระบวนการปรับตัวที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ตอบสนองสิ่งเร้าโดยอัตโนมัติ ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านร่างกายจากการประสานงานของระบบประสาท สารเคมีต่างๆในร่างกายและระบบต่อมไร้ท่อ เพื่อควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำงานอย่างปกติ ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้

2. กลไกการรับรู้ (cognator mechanism) เป็นกระบวนการปรับตัวด้านจิตอารมณ์และสังคม ผ่านการเรียนรู้ เรียนรู้จดจำเกี่ยวกับสิ่งเร้า การตัดสินใจเพื่อเลือกวิธีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ตลอดจนกลไกป้องกันทางจิตเพื่อปรับสภาพอารมณ์ คลายความวิตกกังวล ส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกสบายใจ

ทั้งกลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้ จะมีความสัมพันธ์และทำงานประสานกันในการทำหน้าที่ปรับตัวของบุคคล แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัวโดยขอบเขตการปรับตัว (adaptive modes) ที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทำงานภายในบุคคลและแสดงออกเป็นระบบพฤติกรรมให้ปรากฏใน 4 ด้าน เพื่อบอกผลลัพธ์ของการปรับตัวจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งเร้า ซึ่งการปรับตัวที่แสดงออกมาใน 4 ด้านนี้คือ

1. การปรับตัวด้าน ร่างกาย (physiologic function) จะรวมถึงความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย และวิธีการปรับตัวในแบบแผนการได้รับออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย การทำกิจกรรม การพักผ่อน ผิวหนัง การรับสัมผัส น้ำและอิเล็กโทรลัยท์ และหน้าที่ทางระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ การตอบสนองด้านร่างกาย ค่อนข้างจะมีความเป็นรูปธรรมสูง มีพฤติกรรมที่ชัดเจน เข้าใจง่าย หากปรับตัวได้ไม่ดีจะพบความผิดปกติของร่างกาย เช่น รู้สึกหายใจไม่เต็มอิ่ม ท้องผูก ท้องเสีย นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย เป็นต้น สำหรับในบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยมาก ร่างกายทรุดโทรม (รวิ, 2547) ไม่รู้ลึกรู้หายอาหาร นอนไม่หลับ อ่อนล้าและเหนื่อย (Jo et al., 2007)

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept) เกี่ยวข้องกับความเชื่อ และความรู้สึกต่อตนเอง ซึ่งรวมถึงด้านร่างกาย (physical self) เป็นความรู้สึกจากการรับสัมผัสและจากภาพลักษณ์

ด้านส่วนตัว (personal self) เป็นความมั่นคงเหนียวแน่น ไม่เปลี่ยนแปลง (self-consistency) อุดมคติที่เกี่ยวกับตนเอง (self-ideal) และความรู้สึกในด้านศีลธรรมจริยธรรม (moral-ethical self) เกี่ยวข้องกับการสังเกตและประเมินตนเอง (self observation and self evaluation) การรับรู้เกี่ยวกับตนเองนี้มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล การปรับตัวทางอัตมโนทัศน์ที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้บุคคลมีความวิตกกังวล มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยลง อยู่ในภาวะซึ่งไร้อำนาจ แสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบของการมีสมาธิลดลง ละเลยการดูแลตนเอง เป็นต้น ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย อาจมีความรู้สึกกังวลว่ามีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความวิตกกังวลและซึมเศร้า (Grunfeld et al., 2004) และ ความรู้สึกผิด เสียใจที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น (Hasson, Spence, Waldron, Kemohan, & McLaugh, 2009)

3. การปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ (role function) จะรวมถึงการแสดงพฤติกรรมที่บอกตำแหน่งของบุคคลในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลต่อบุคคลอื่นในสถานการณ์ที่กำหนดแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะใหญ่ๆคือ บทบาทในทางเพศและอายุ เป็นบทบาทเริ่มแรก (primary) บทบาทในครอบครัวในฐานะภรรยาหรือสามี ถือเป็นบทบาทที่secondary) และบทบาทที่สาม(tertiary) เป็นบทบาทชั่วคราวในสังคมที่เปลี่ยนไปมาได้ เช่น ขณะที่เป็นผู้ดูแลบิดาที่เจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลต้องดำรงบทบาทภรรยาของสามี มารดาของบุตร พนักงานในที่ทำงาน เป็นต้น ถ้าไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทต่างๆที่มีอยู่ได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาในการปรับตัวทางบทบาทได้ เช่น การรับบทบาทภาระหนักเกินไป การไม่เต็มใจที่จะรับบทบาท มีความขัดแย้งในการดำรงบทบาท เป็นต้น ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในสังคม มีความเครียดและความเจ็บป่วยตามมาได้ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นภาระ และรู้สึกยากที่จะจัดการที่บ้านและที่ทำงานให้สมดุลกัน (Mangan et al., 2003) นอกจากนี้มีการศึกษาของกรีนฟิลด์และคณะ(Grunfeld et al., 2004) พบว่า ผู้ดูแลบางส่วนต้องออกจากงานเนื่องจากไม่สามารถทนระหว่างการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยกับการประกอบอาชีพ

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (interdependence) จะรวมถึงสัมพันธ์ภาพกับบุคคลที่มีความสัมพันธ์และระบบสนับสนุน แสดงความสมดุลระหว่างพฤติกรรมพึ่งพา เช่น แสวงหาความช่วยเหลือ ความเอาใจใส่ และความรักใคร่ชอบพอก และพฤติกรรมอิสระ เช่น คิดริเริ่ม และหาความพอใจจากงาน เป็นต้น พฤติกรรมพึ่งพาที่เหมาะสมและสมดุลจะเพิ่มความสามารถตอบสนองความต้องการ ความรัก การบำรุงเลี้ยง และการชอบพอรักใคร่ ถ้าการปรับตัวด้านนี้ไม่มีประสิทธิภาพจะเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหว่ ห่างเหิน เป็นต้น ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการให้มีผู้อื่นมาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมกับตนเอง (รวี, 2547) และรู้สึกเครียด รู้สึกโดดเดี่ยวเนื่องจากไม่มีผู้ให้คำปรึกษา

ช่วยเหลือแก้ไขในการบรรเทาอาการผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถขอความช่วยเหลือ ทำให้ไม่มั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วย รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง

(Engelberg et al., 2010)

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปรับตัว จะเป็นตัวป้อนกลับเป็นสิ่งที่เรานำเข้าสู่ระบบการปรับตัวอีกครั้งเพื่อปรับตัวต่อไปในสถานการณ์นั้นๆ พฤติกรรมปรับตัวในด้านใดด้านหนึ่ง อาจเป็นสิ่งเร้าที่กระทบต่อการปรับตัวด้านอื่นๆ โดยด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายๆด้านได้ เช่น ผลการปรับตัวด้านร่างกายเป็นสิ่งกระตุ้นให้มีการปรับตัวทางด้านอ้อมโนทัศน์ต่อไป เป็นต้น ส่วนประสิทธิภาพในการปรับตัว เห็นได้จากผลกระทบต่อความสมดุลของระบบ ที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการเจริญเติบโต มีชีวิตรอด สามารถสืบทอดเผ่าพันธุ์และเอาชนะอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ หากมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจะไม่มีส่งเสริมบุคคลให้ในด้านต่างๆดังกล่าว ต้องได้รับการ แก้ไข เพราะการปรับตัวแต่ละด้านไม่สามารถแยกออกจากกันได้โดยเด็ดขาด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา เกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลจะสะท้อนประสบการณ์ออกมาในด้านลบ ที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความรู้สึกเป็นภาระส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย ที่มีเวลาพักผ่อนน้อย เบื่ออาหารและอ่อนล้า ด้านจิตใจสับสน มีความเศร้า เครียด วิตกกังวล ไม่มีเวลาพบปะผู้คน บางคนไม่สามารถประกอบอาชีพทำให้ขาดรายได้ เนื่องมาจากให้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ส่วนด้านจิตวิญญาณรู้สึกผิดและเสียใจที่ไม่สามารถช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ทรมานอาการรบกวนผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งหมดนี้สามารถวิเคราะห์ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) ได้ว่าญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมต่อสิ่งเร้าตรงในที่นี้คือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นั่นเอง นอกจากนี้ผลการศึกษางานวิจัยดังกล่าวญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยังสะท้อนให้เห็นความต้องการที่ตรงกันคือ ต้องการได้ รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ที่ดูแลสุขภาพในเรื่องการให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการรบกวนผู้ป่วย ตลอดจนการช่วยเหลือสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เป็นต้น และการสนับสนุนการดูแล ให้สอดคล้องกับความเชื่อ ความรัก ความศรัทธา และการปฏิบัติตามการนับถือศาสนานั้นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีและเหมาะสมสามารถให้การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวโดยเป็นสิ่งเร้าร่วม ได้แก่

1. เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติ ความเชื่อต่อการเจ็บป่วยที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะเพศชายมักมีการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับบทบาทว่าตนเป็นผู้ที่มีพลังกำลังแข็งแรง มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ดี (ชอลดา, 2536) ทำให้สามารถปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิง แต่การศึกษาของชูชื่น (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย สืบเนื่องมาจากวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือว่า เพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว จึงเป็นเหตุผลที่เพศหญิงส่วนใหญ่ยอมรับบทบาทที่สังคมคาดหวังส่งผลให้สามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าเพศชาย

2. อายุ อายุของญาติผู้ดูแลมีผลต่อประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาและเป็นตัวกำหนดบทบาท ซึ่งผู้ที่มีอายุในช่วง 30-40 ปี จะมีการพัฒนาอัตมโนทัศน์เต็มที่หรือสูงสุดแล้ว มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความภาคภูมิใจในตนเองสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (วิมาลา, ภัทรภรณ์ และศรีนวล, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของเบิร์นส์ และคณะ (Burns et al., 2010) พบว่าผู้ดูแลวัยหนุ่มสาวอายุ ในช่วง 15-29 ปี ต้องการความช่วยเหลือปลอบขวัญในเรื่องการสูญเสียผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากปรับตัวยอมรับการสูญเสียได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย

3. ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย (วิมาลาและคณะ 2548)

4. ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นสิ่งช่วยอำนวยความสะดวก สามารถจัดหา หรือเลือกแหล่งสนับสนุนได้ดี ไม่ต้องกังวลเรื่องเศรษฐกิจช่วยให้มีโอกาสทำอย่างอื่น และสามารถหาโอกาสพักผ่อนได้ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ย่อมมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจน้อย (Clayton et al., 2005)

5. ระบบสนับสนุน เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกัน การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวถือว่าสำคัญที่สุดที่ช่วยกันพลัดเปลี่ยนดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของเคท (Keith, 1995) พบว่า ครอบครัวที่มีลูกสาว 2 คนขึ้นไป



มีแนวโน้มนำร่วมกันจัดการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าครอบครัวอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของกัวนักเซีย และพาร์รา (Guanacia & Parra, 1996) ได้ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกญาติที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจำนวน 90 คน ให้ความเห็นส่วนใหญ่ว่า ครอบครัวเป็นแหล่งให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และสังคมแก่ผู้ดูแลมากที่สุด ดังนั้นญาติผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวใหญ่มีแนวโน้มนำปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก นอกจากนี้ การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำ จะมีส่วนช่วยให้การปรับตัวของผู้ดูแลได้ดีเช่นกัน จากการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในเรื่องผู้ดูแลและการบริหารยา (Anderson & Kralik, 2008) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านในการบริหารยาควบคุมอาการรบกวนผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 14 ราย สะท้อนให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพการดูแลแบบประคับประคองที่สามารถโทรปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน และลดความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแล

6. ระยะเวลาในการดูแล ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานสามารถปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลระยะเวลาสั้น(วิมาลาและคณะ, 2548) สืบเนื่องมาจากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์อยู่กับผู้ป่วยมานานจะรู้ว่าต้องทำอะไรและดูแลผู้ป่วยอย่างไร

7. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จากการศึกษาของชูชื่น (2541) พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพรุนแรงขึ้นญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาในการปรับตัวมากขึ้น โดยเฉพาะการปรับตัวด้านร่างกายและด้านบทบาทหน้าที่เพราะญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาและความพยายามในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นเช่นกัน

8. เพศของผู้ป่วย จากการศึกษาของชูชื่น (2541) พบว่าญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยเพศหญิงมีการปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยเพศชาย สืบเนื่องจากผู้ป่วยเพศชายส่วนใหญ่เคยเป็นผู้ที่มีบทบาทเป็นผู้นำในครอบครัว และเป็นผู้ที่เข้มแข็งเมื่อเจ็บป่วยคุกคามถึงชีวิตจึงมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิง เอาแต่ใจตนเองมากไม่ยอมให้ผู้ดูแลคลาดสายตาไปไหน

จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลต้องเผชิญ กับสิ่งเร้าคือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลจากผู้อื่นอยู่ตลอดเวลาและมีปัญหาที่ต้องให้แก้รายวัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล หากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวไม่เหมาะสมเกิดเป็นปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตตามมา ดังนั้นพยาบาลต้องมีการวางแผนส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลรู้และเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งการจัดการตนเอง เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้ปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมกรรมการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อไป

*การส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง*

*การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง*

ตามแนวคิดทฤษฎีของรอย (Roy & Andrews, 1999) ได้ให้แนวคิดการพยาบาลเกี่ยวกับการปรับตัวว่า การพยาบาล เป็นความจำเป็นสำหรับบุคคล ที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมหรือต้องการปรับตัวให้เหมาะสมกับสิ่งเร้าที่ต้องเผชิญเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายของการมีชีวิตรอด การเจริญเติบโต การสืบพันธุ์ และการแสดงออกซึ่งความเป็นตนเอง การพยาบาลจะครอบคลุมขอบเขตการปรับตัวทั้ง 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ และด้านพึงพอาศัยผู้อื่น เพื่อเพิ่มระดับการปรับตัวที่เหมาะสมถูกต้องของขณะเจ็บป่วยหรือขณะที่ยังมีสุขภาพดี โดยมุ่งเน้นที่บุคคลและการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า รวมทั้งการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ดังนั้นพยาบาลจะมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของ บุคคล โดยมีหลักสำคัญให้ครอบคลุมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

1. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้านร่างกาย โดยมีเป้าหมายให้ บุคคลมีการดูแลตนเองไม่ให้ทรุดโทรม สามารถจัดสรรเวลาพักผ่อน รับประทานอาหารได้เหมาะสม ระบบการทำงานของร่างกายปกติ โดยให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของบุคคล ตลอดจนวิธีผ่อนคลายความตึงเครียด จากการศึกษาของณัฐวรรณ (2552) ศึกษาการรับรู้ความอ่อนล้าและการจัดการความอ่อนล้าในเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความหมายของความอ่อนล้าประกอบด้วย ไม่มีแรง กำลังลดน้อย ไม่มีชีวิตชีวา และไม่อยากทำอะไร ส่วนการจัดการความอ่อนล้าประกอบด้วย การนอนหลับ การทำกิจกรรมที่ไม่ออกแรง บอกให้คนอื่นทราบ และไม่ทำอะไรเลย จากการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อ บุคคลมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้มีการจัดการตนเองให้มีสุขภาพดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิศ(2549) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวล ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการ

พยาบาลแบบสนับ สนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ โดยมีเป้าหมายให้ บุคคลยังคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่มีความรู้สึกผิด ส่งผลให้มีความวิตกกังวลลดลง มีสมาธิ ไม่ละเลยการดูแลตนเอง โดยให้ คำปรึกษา และเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคคล จากการศึกษาของรัชนีพร (2547) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 กิจกรรม ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและ บรรยากาศที่เอื้อต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสำรวจปัญหา เข้าใจปัญหา การร่วมกันหาแนวทางเลือกและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ และการยุติการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเริ่มกิจกรรมตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจทุกวัน วันละ 45- 60 นาที จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจจนครบ 6 กิจกรรมใช้เวลา 6 วันขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อน ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.05 ส่วนการศึกษาของอนุพงษ์(๒๕๕๒)ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของโรเจอร์ส เพื่อเพิ่มอัตมโนทัศน์ : กรณีศึกษาในผู้ต้องขัง ศึกษาในผู้ต้องขังจำนวน 5 ราย แต่ละรายได้รับการปรึกษา 10 ครั้ง พบว่า การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ต้องขังที่ได้รับการปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของโรเจอร์ส เพิ่มขึ้นในทางที่ดี

3. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้าน การแสดงบทบาทหน้าที่ โดยมีเป้าหมายให้ บุคคลสามารถปรับตัวต่อบทบาทต่างๆที่มีอยู่ได้ เช่น การลดความรู้สึกเป็นภาระ มีความเต็มใจที่จะรับบทบาท ไม่มีความขัดแย้งในการดำรงบทบาท เป็นต้น ซึ่งยังคงความรู้สึกมั่นคงในสังคม ไม่มีความเครียดและความเจ็บป่วยตามมาได้ โดยให้ ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ที่ต้องกระทำต่อสถานการณ์ที่บุคคลต้องเผชิญ จากการศึกษาของคามอรอน , ชิน , วิลเลียมส์ , และสตีวาร์ท (Cameron, Shin, Williams, & Stewart, 2004) เป็นการศึกษาวิจัยการแก้ปัญหาสำหรับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรม COPE หลังจากนั้นได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ใช้เวลา 4 สัปดาห์โดยการให้โปรแกรม COPE แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (C=Creative, O=Optimistic, P=Plan, and E=obtain Expert information) ซึ่งประกอบด้วย 1) บอกให้รู้ว่าปัญหาอะไรที่จะเกิดขึ้น 2) แยกได้ว่าปัญหาใดเร่งด่วนต้องได้รับการแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญ 3) แยกได้ว่าปัญหาใดสามารถป้องกันและแก้ไขให้ดีขึ้นได้ 4) พิจารณาถึงอุปสรรคที่จะขัดขวางการดูแล 5) จัดอุปสรรคออกไป และปรับเปลี่ยนวางแผนการดูแลให้ดีขึ้น ผลการศึกษา พบว่า มีการ

แก้ไขอารมณ์ตั้งเครียดให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .03$ ) ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ( $p < .06$ ) และมีการเตรียมการแก้ไขในทางบวก ( $p < .06$ )

4. การพยายามเพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้าน การพึ่งพาอาศัยผู้อื่น โดยมีเป้าหมายให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหว่ห่างเหิน ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นต้น โดยให้ บุคคลมีส่วนร่วมในการเลือกตัดสินใจ แนะนำและประสานงานกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการติดตามเยี่ยมหรือเยี่ยมบ้านเป็นระยะๆ สอบถามปัญหาและความต้องการช่วยเหลือของบุคคล จากการศึกษาของกวาก , ซัลมอน , แอคควาวิวา , บรานด์ท์, และอีแกน (Kwak, Salmon, Acquaviva, Brandt, & Egan, 2007) เป็นการศึกษาวิจัยประโยชน์ของการฝึก ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ของการ ใกล้ชิดในช่วงสุดท้ายของชีวิต เป็นโปรแกรมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีจุดมุ่งเน้นด้านอารมณ์ จิตวิญญาณ ลักษณะปฏิบัติให้เกิดสัมพันธ์ภาพใกล้ชิด โดยให้ผู้ดูแลได้ค้นหาความหมาย เป้าหมาย และคุณค่าในประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการสะท้อนคิดด้วยตนเอง มีแนวทางการ สนทนาระหว่างผู้ให้ดูแลกับผู้รับการดูแล ใช้เวลาในการฝึก 5 วัน วันละ 90 นาที โปรแกรมสามารถยืดหยุ่นตามความต้องการของญาติผู้ดูแล ผลการศึกษานี้พบว่าผลลัพธ์ที่วัดได้แก่ญาติผู้ดูแลมีความสุขสบายในการให้การดูแลผู้ป่วย สัมพันธ์ภาพใกล้ชิด ความพึงพอใจการให้การดูแลผู้ป่วย มีระดับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ )

#### *กลวิธีส่งเสริมญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรัง*

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ากลวิธีการพัฒนาและ ส่งเสริมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สามารถจัดแบ่งกลุ่มได้เป็นกลุ่ม (วงจันทร์, 2554; Stajduhar et al., 2010) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การให้คำปรึกษา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นภาระหน้าที่ที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบจัดการทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพ เมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถจัดการได้ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ รู้สึกคุณค่าในตัวเองน้อยลง ดังนั้นการให้คำปรึกษาจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสำรวจและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถเลือกวิธีและตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง เห็นคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้น มีงานวิจัยศึกษาการพัฒนาการให้คำปรึกษาร่วมกับการฝึกทักษะในการบริหารยาควบคุมอาการรบกวนผู้ป่วยแก่ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ของแอนเดอร์สัน และกราลิก (Anderson & Kralik, 2008) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไม่เป็นทางการจำนวน 14 ราย พบว่า ผู้ดูแลสามารถบริหารยาแก่ผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายที่บ้านดีขึ้น เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดสามารถบริหารยาฉีดแก้ปวดได้ทันที ลดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยโดยได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพการดูแลแบบประคับประคองที่สามารถโทรปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และลดความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแล นอกจากนี้มีการศึกษาของคิลบอร์และคณะ(Kilbourn et al., 2011) เป็นการศึกษาวิจัยโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับญาติผู้ดูแลของสถานพักฟื้นผู้ป่วยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 23 รายไม่มีกลุ่มควบคุม ใช้เวลา 12 สัปดาห์ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยมีหัวข้อดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับความเครียด ความเครียดด้านร่างกาย-จิตใจ ความคิด/อารมณ์ การสื่อสาร การดูแลตนเอง การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการแก้ปัญหา ความเศร้าโศก/สูญเสีย การดำเนินชีวิตต่อไป การมีชีวิตที่ดี การมีจิตที่ดี /การปกป้องผลการศึกษาพบว่าพบว่าญาติผู้ดูแลพึงพอใจ สามารถเผชิญกับความเครียด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. การให้ข้อมูลและการสอน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความซับซ้อน ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด วิตกกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมอย่างไร ดังนั้นการให้ข้อมูลและการสอน จะช่วยให้มีการรับรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างถูกต้องมากขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลและ /หรือการสอน พบว่ามีประสิทธิภาพ โดยก่อให้เกิดความพึงพอใจ เพิ่มคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจ ช่วยให้ผู้ดูแลคลายความเครียด ความวิตกกังวลลงได้ระดับหนึ่ง จากการศึกษาของฮัดสันและคณะ(Hudson et al., 2008)เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินโปรแกรมกลุ่มการให้ความรู้ด้านจิตใจแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบกัน 3 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง 30 นาทีโดยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมอบคู่มือซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา, การคิดในแง่บวก และกลวิธีการผ่อนคลาย ครั้งที่ 1 เปิดประเด็นอะไรคือส่วนเกี่ยวข้องในการเป็นญาติผู้ดูแล โดยให้ความรู้ในหัวข้อบทบาทของญาติผู้ดูแลในการดูแลแบบประคับประคอง และแหล่งบริการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ครั้งที่ 2 เปิดประเด็นการดูแลความสัมพันธ์และการดูแลตนเอง โดยนำเสนอการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดำรงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีของญาติผู้ดูแล ครั้งที่ 3 เปิดประเด็นการดูแลบุคคลเมื่อความตายเข้ามาเยือน โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าโศกและสูญเสียเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต จะต้องจัดการกับตัวเองอย่างไร ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจ โดยทำให้รู้สึกมีความพร้อมในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถให้การดูแลและแก้ปัญหาได้รวมทั้งสามารถหาข้อมูลที่ต้องการรู้ได้จากผู้เชี่ยวชาญ

3. การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาอาการรบกวนที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเกือบตลอดเวลา ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการฝึกฝนทักษะการเผชิญและการแก้ปัญหาซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์

ทั้งทางด้านผู้ดูแลและด้านผู้ป่วย จากการศึกษาของแมคมิลแลน และสมอลล์ (McMillan & Small, 2007) เรื่อง โปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลที่บ้าน หรือสถานบ้านพักรับรอง (hospice care) โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา ซึ่งผู้วิจัยเรียกชื่อโปรแกรมนี้ว่า COPE Intervention โดย C = creativity หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดสร้างสรรค์หาวิธีการใหม่ๆ เพื่อบรรเทาอาการผู้ป่วย O = optimism หมายถึง ผู้ดูแลทัศนคติที่ดีต่ออาการที่เกิดขึ้นและพยายามถ่ายทอดความคิดและความรู้สึกทางบวกไปยังผู้ป่วย P = planning หมายถึง ผู้ดูแลวางแผนจัดการกับอาการ โดยแผนนั้นมีความเป็นไปได้และใกล้เคียงกับความเป็นจริงซึ่งผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน E = expert information หมายถึง ผู้ดูแลค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากผู้เชี่ยวชาญและแหล่งข้อมูลต่างๆ รวมทั้งผู้ดูแลได้รับการสอนให้สามารถประเมินอาการได้อย่างถูกต้อง และพัฒนาทักษะในการแปลผลข้อมูลที่พบเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาแก่ผู้ป่วย มีเอกสารคู่มือประกอบ (Home Care Guide for Advanced Cancer) และคู่มือประเมินอาการ ปวด หายใจลำบาก และท้องผูก การศึกษานี้เป็นการทดลองที่มีการเปรียบเทียบ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ (n = 109) 2) กลุ่มสนับสนุนได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจผู้ดูแล (n = 109) และ 3) กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรม COPE (n = 111) ใช้เวลาทั้งหมด 9 วันในกลุ่มทดลอง ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกให้ปฏิบัติตามโปรแกรม COPE เป็นผู้ทำการทดลอง โดยเยี่ยมบ้านและฝึกทักษะการแก้ปัญหาให้กับผู้ดูแลที่บ้าน จำนวน 3 ครั้ง ในระหว่างนั้นมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ร่วมด้วย ผลการทดลองพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการทั้งสามอาการไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลทั้งสามกลุ่ม แต่พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการ (symptom distress) ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มสนับสนุนและกลุ่ม ควบคุม ซึ่งถือว่าเป็นข้อบ่งชี้ที่ดี และมีความสำคัญทางคลินิก

4. การดูแลปัญหาด้านจิตสังคมของญาติผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังผู้ดูแลต้องประสบปัญหาและมีคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณและด้านสังคมลดต่ำลงดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการที่มีการนำมาใช้ช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูล การผ่อนคลายเป็นต้น เพื่อลดปัญหาด้านจิตสังคม และช่วยให้คุณภาพชีวิตด้านนี้ของผู้ดูแลดีขึ้น เห็นได้จากการศึกษาปฏิบัติการพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมี คุณภาพในการนอนหลับดีขึ้น และระดับความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Carter, 2006) นอกจากนี้มีการศึกษาของอเบเนตตี และคณะ (Abernethy et al., 2008) เป็นการศึกษาวิจัยบริการการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะที่ทำให้ผลลัพธ์ในระยะสั้นและระยะยาวของผู้ดูแลดีขึ้น โดยสำรวจเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มที่รับบริการการดูแลประคับประคองอย่าง

เจาะจง และกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลระดับประคองอย่างเจาะจง โดยระยะสั้น หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือต่างๆขณะผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ส่วนระยะยาวมองไปถึงอนาคตหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย การบริการการดูแลระดับประคองอย่างเจาะจง ประกอบไปด้วย การช่วยเหลือในการบริหารยาและควบคุมอาการรบกวนผู้ป่วย การดูแลการพักผ่อน ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแหล่งให้บริการช่วยเหลือ การสนับสนุนทางอารมณ์ จิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การสนับสนุนวางแผนด้านการเงินและพินัยกรรม การสนับสนุนช่วยเหลือหลังการเสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่รับบริการการดูแลระดับประคองอย่างเจาะจง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลระดับประคองอย่างเจาะจง

นอกจากนี้ยังพบว่าว่าการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นขั้นตอนหนึ่งในกลวิธีส่งเสริมญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ที่ในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง มี ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลต้องเผชิญ รวมทั้งได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง(นงเยาว์และคณะ, 2550) จากการศึกษาที่สามารถสรุปได้ว่าการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ด้วยการซักถามปัญหาสุขภาพ การปฏิบัติตัว ตลอดจนพยาบาลมีการให้ข้อมูล คำแนะนำที่เหมาะสมส่งผลให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นช่วยส่งเสริมกลไกการรับรู้ และสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ระยะเวลาในการดำเนินการส่งเสริมการปรับตัวเป็นส่วนสำคัญไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ (ชูชื่น, 2541; วิมาลา และคณะ, 2548; สุไฮดาร์ และคณะ, 2552) ซึ่งตามหลักการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่ (adult learning) วัยนี้จะเรียนรู้ได้นานกว่าวัยอื่นเนื่องจากเป็นวัยที่มีความสนใจความกระตือรือร้นต่อการรับรู้มากสามารถให้ความรู้ทางสุขภาพได้จนถึง 30 นาที และถ้าเนื้อหาหนักและยาก สามารถขยายเวลาได้ถึง 60 นาที (อภิวัฒน์, 2546) ส่วนความต่อเนื่องพบว่าการสอนติดต่อกันเป็นเวลา 3 วันสามารถทำให้บุคคลมีความรู้และเข้าใจในเนื้อหาการสอนได้ เห็นได้จากการศึกษาของนงศ์รัตน์ (2551) เกี่ยวกับโปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยผู้วิจัยดำเนินการสอนผู้ดูแลติดต่อกันเป็นเวลา 3 วันของการเข้ารับการรักษาระยะแรกและประเมินความสามารถของผู้ดูแลในวันที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของโรสมาวตี (Rosmawati, 2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผล

ของโปรแกรมการพัฒนาการพยาบาลสนับสนุนต่อการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการสอน ชี้นำ สนับสนุน จัดสิ่งแวดล้อม และ สร้างสัมพันธ์ภาพจำนวน 3 ครั้งติดต่อกัน พบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการดูแลตนเองในเรื่องการ ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียดและการรักษาความ สะอาดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

*โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดทฤษฎีของรอย*

ตามแนวคิดทฤษฎีของ รอย(Roy & Andrews, 1999) การพยาบาลจะครอบคลุมขอบเขตการ ปรับตัวทั้ง 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการแสดงบทบาท หน้าที่ และด้านพึ่งพา อาศัยผู้อื่น เพื่อเพิ่มระดับการปรับตัวที่เหมาะสมถูกต้องของคนขณะเจ็บป่วย หรือขณะที่ยังมีสุขภาพ ดี โดยมุ่งเน้นที่บุคคลและการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า รวมทั้งการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งพยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาล 6 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินพฤติกรรม(assessment of behavior) ว่าบุคคลแสดงพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสมอย่างไร ขาดความรู้ ความสามารถและทักษะ ใด 2) การประเมินสิ่งเร้า (assessment of stimuli) ว่าสิ่งเร้าที่บุคคลต้องเผชิญและปรับตัวต่อสิ่ง เร้า นั้นคืออะไร และเป็นอย่างไร โดยครอบคลุมทั้งสิ่งเร้าตรง (focal stimuli) สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) และสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) 3) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) ว่าพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสมนั้นมีเหตุและผลอย่างไร ซึ่งได้จากการประเมินพฤติกรรม การปรับตัวและสิ่งเร้า 4) การตั้งเป้าหมาย (goal setting)ว่าจะเพิ่มประสิทธิภาพระดับการปรับตัวของ บุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า นั้น อย่างไร 5) ปฏิบัติการพยาบาล (intervention) ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่ กำหนดไว้ตามแผนสร้างเสริมประสิทธิภาพการปรับตัวของบุคคล โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ฝึกทักษะที่จำเป็น ตลอดจนคอยช่วยเหลือและสนับสนุนบุคคลในการแก้ไขปัญหาต่างๆ 6) การ ประเมินผล (evaluation) ว่าหลังจากบุคคลได้รับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมการปรับตัวยัง นั้น มีการแสดงพฤติกรรมปรับตัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และระดับการ ปรับตัวมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ หากไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หาเหตุ ว่าเกิดจากอะไร และทำการแก้ไขต่อไป

โดยในการศึกษาครั้งนี้กระบวนการพยาบาลเกี่ยวกับการปรับตัวตามแนวคิดทฤษฎีของรอย ผู้วิจัยได้ปรับให้เหลือ 3 ขั้นตอนคือ



1. การประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัว โดยรวบกระบวนการประเมินสิ่งเร้า, กระบวนการตั้งข้อวินิจฉัยและกระบวนการตั้งเป้าหมาย มาอยู่ในขั้นตอนที่ 1 นี้ โดยการประเมิน พฤติกรรมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการแสดงบทบาท หน้าที่ และด้านพึงพาอาศัย ผู้อื่น ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนให้คำปรึกษาช่วยเหลือ ตามปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแล ในแต่ละราย และตั้งเป้าหมาย ร่วมกับ ญาติผู้ดูแล ให้ญาติผู้ดูแล มีการปรับตัวที่ดีและเหมาะสม โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อเกิดความไว้วางใจ

## 2. ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัว ประกอบด้วย

2.1 การให้คำปรึกษาพร้อมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถ เลือควางแผนแก้ไขจัดการปัญหาด้วยตนเองเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่มีความรู้สึกผิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้ 1) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสำรวจค้นพบปัญหาด้วยตัวเอง โดยเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกต่อตนเองที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พูดถึงความพร้อมในการปรับตัวที่พบในแต่ละด้าน 2) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยทำให้ญาติผู้ดูแลเห็นถึงศักยภาพและความสำคัญ ของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งให้เห็น จุดดีในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และชื่นชมให้กำลังใจญาติผู้ดูแล อธิบายให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายไม่ช้าก็เร็วซึ่งไม่ใช่ความผิดของใครจึงต้องทำความเข้าใจยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นและกล้าที่จะเผชิญต่อไปหากญาติผู้ดูแลไม่เข้มแข็งประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจะลดน้อยลงด้วยเช่นกัน จงทำวันนี้ให้ดีที่สุดทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย 3) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมี การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง โดยสอดคล้องกับปัญหาของญาติผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีพลังในตนเอง ของญาติผู้ดูแล 4) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการลงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดี เลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง สามารถวางแผนจัดการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

2.2 การให้ความรู้ และฝึกทักษะการแก้ปัญหา เพื่อให้ญาติผู้ดูแล เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติที่ถูกต้องเกิดผลดีเกี่ยวกับการดูแลตนเองและฝึกวิธีผ่อนคลายความตึงเครียดเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีของญาติผู้ดูแล รวมทั้งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและฝึกทักษะการแก้ปัญหา แก่ญาติผู้ดูแลได้มีความรู้เกิดความมั่นใจในการแสดงบทบาททำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ฝึกทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งประกอบด้วย 1) ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลได้รับรู้ว่ามีปัญหาอะไรที่จะเกิดขึ้น ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แยกได้ว่าปัญหาใดเร่งด่วนต้องได้รับการแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญ 3) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลจัดกลุ่มของปัญหา แยกได้ว่าปัญหาใดสามารถป้องกันและแก้ไขให้ดีขึ้นได้ 4) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแล

สำรวจถึงอุปสรรคที่จะขัดขวางการดูแลและแนะนำแนวทางในการจัดอุปสรรคออกไป ๗๕% เปลี่ยนวางแผนการดูแลให้ดีขึ้น เช่น เมื่อญาติผู้ดูแลรู้สึกเครียด จะต้องหาวิธีผ่อนคลายร่างกายและจิตใจโดยดูหนัง ฟังเพลง หรือทำสมาธิสงบจิตตามที่ญาติผู้ดูแลชอบและถนัด เป็นต้น พร้อมมอบคู่มือเตรียมความพร้อมในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก

2.3 การสนับสนุนติดตามช่วยเหลือ แนะนำและประสานงานแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแล สามารถโทรปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมงและมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ทั้งนี้เพื่อให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกละเลยเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถขอความช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยผู้อื่นได้

3. ประเมินผลการปรับตัวของญาติผู้ดูแลภายหลังได้รับการพยาบาลส่งเสริมการปรับตัว

### สรุปการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆที่บ่งชี้ว่ามีชีวิตอยู่ได้ไม่นานและมีแนวโน้มทรุดลงเรื่อยๆ และไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้ ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่า ซึ่งผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง และต้องการการดูแล จากผู้อื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการหรือผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ ทางสายเลือด กับผู้ป่วย และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลโดยตรงและสม่ำเสมอ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นภาระหนักมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมเศรษฐกิจและจิตวิญญาณ เนื่องด้วยผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการดูแลตลอดเวลา ทำให้มี เวลาเป็นของตัวเองลดลง รู้สึกเหนื่อยล้า ไม่อยากอาหาร พักผ่อนน้อยลง อีกทั้งผู้ป่วยมีอาการรบกวนที่ทุก ขัทรหมาน ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกซึมเศร้า วิตกกังวลที่จะดูแลผู้ป่วยให้พ้นทุกข์ทรมาน ในแต่ละวัน ได้อย่างไร เกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นญาติผู้ดูแลควรได้รับการ ส่งเสริมการปรับตัว ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งพยาบาลมีส่วนในการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลโดยการให้คำปรึกษาพร้อมเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้ความรู้รวมทั้งฝึกทักษะการแก้ปัญหา และการสนับสนุนติดตามช่วยเหลือ อดตาม กระบวนการพยาบาล แนวคิด ทฤษฎีการปรับตัว ของรอย ให้ครอบคลุมองค์รวมของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้การ

ปรับตัวมีประสิทธิภาพเกิดพฤติกรรมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่เหมาะสมทั้ง 4 ด้านได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอ้อมโนทัศน์ ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกกลวิธีส่งเสริมญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มาตรฐานการกักกระบวนการพยาบาลเกี่ยวกับการปรับตัวตามแนวคิดทฤษฎีของรอย เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย และใช้ระยะเวลาที่เหมาะสมตามหลักการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้น โปรแกรม ส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดทฤษฎีของรอยใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมรวมทั้งหมด 2 สัปดาห์โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการพบญาติผู้ดูแล เพื่อให้ความรู้ คำปรึกษา เสริมสร้างพลังอำนาจ และฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นเวลาดำเนิน 3 วันแรกของการเก็บข้อมูลขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันละ 30-60 นาที มีกาติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 7 ของการเก็บข้อมูลจำนวน 1 ครั้งและประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ทางโทรศัพท์ในวันที่ 14 ของการเก็บข้อมูล

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการหรือผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วย และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยตรงและสม่ำเสมอ และเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสตูล โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. เป็นญาติผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อน และให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 3 วัน
2. รับทราบจากแพทย์ว่า ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและให้การรักษาแบบประคับประคอง อาการและประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับ การดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอกได้เท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ 50 ซึ่งรับทราบมาแล้วไม่เกิน 1 สัปดาห์
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสารฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูล

### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ โพลิต และ เบ็ค (Polit & Beck, 2008) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของ อเบอร์นีตี และคณะ (Abemethy et al., 2008) เกี่ยวกับผลของบริการการดูแลแบบประคับประคองอย่าง เฉพาะเจาะจงต่อความสามารถที่จะดำเนินชีวิตต่อไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีขนาด กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 537 ราย และกลุ่มควบคุม 364 ราย กำหนดขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 0.41 (ภาคผนวก ก) จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ โพลิต และ เบ็ค โดยกำหนดความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ( $\alpha = 0.05$ ) ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 98 รายต่อกลุ่ม จำนวนสองกลุ่ม รวม 196 ราย โดยต้องใช้เวลาเก็บข้อมูลนานเกือบปี ซึ่ง การศึกษานี้มีความจำกัดในเรื่องของเวลา จึงพิจารณาตามหลักการของ โพลิต และ เบ็ค ที่กล่าวว่า ถ้าเป็นการวิจัยกึ่งทดลองควรมีตัวอย่างอย่างน้อยที่สุดจำนวน 20-30 ราย ถ้ามีการเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่ม จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 10 ราย (Polit & Beck, 2008, pp. 604) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม 25 ราย รวมสองกลุ่มเท่ากับ 50 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมี จำนวนไม่น้อยหรือมากเกินไป และเพื่อเป็นการยืนยันความน่าเชื่อถือของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเก็บ ข้อมูลครบสองกลุ่มจำนวน 50 ราย ผู้วิจัยจึงได้นำค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมาตรวจสอบด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปหาค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 0.91 และมีค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 1.0 ซึ่งมีอำนาจการทดสอบอยู่ในระดับสูงและมีความน่าเชื่อถือ

### การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดให้มีลักษณะตรงกัน หรือใกล้เคียงกัน ในเรื่อง เพศ อายุ และสุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากการประเมินระดับผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก เพื่อไม่ให้มีความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบความเป็นอิสระของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติไคสแควร์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีก 25 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัว ของญาติ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูล ของกลุ่มตัวอย่างในขณะที่ทำการวิจัยจากการพูดคุยกัน จึงเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบก่อน เมื่อ

เสร็จสิ้นเว้นระยะห่าง 2 สัปดาห์ แล้วจึงใช้โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลอง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับบริการ ดูแลแบบประคับประคอง ฉบับภาษาไทยที่ดัดแปลงโดยโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะมีระดับคะแนนที่เท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ 50 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะไม่สามารถทำงานได้เลยและมีอาการของโรคอย่างมาก นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น (Chewaskulyong et al., 2011) และพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ได้ประมาณ 6 เดือนหรือน้อยกว่านั้นแสดงถึงการเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำการประเมินโดยผู้วิจัย (ภาคผนวก ก)

1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ บทบาทในครอบครัว ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว ระยะเวลา การดูแลผู้ป่วยในช่วงเจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะเวลาที่รับรู้จากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ (ภาคผนวก ค)

1.3 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สิทธิในการรักษา การวินิจฉัยโรค (ภาคผนวก ค)

1.4 แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองทั้งหมดตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) มีจำนวน 32 ข้อ ซึ่งจะเป็นคำถามด้านบวก 19 ข้อ คำถามด้านลบ 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์การปรับตัวด้านร่างกายจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์การปรับตัวด้านอารมณ์ทัศนคติจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์การปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นจำนวน 8 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ กำหนดให้เลือกเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของค่าคะแนน ดังนี้

- 1 หมายถึง ผู้ตอบไม่มีพฤติกรรมหรือไม่รู้สึกรู้สึตามข้อนั้นเลย
- 2 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือรู้สึกรู้สึตามข้อนั้นเป็นบางครั้ง
- 3 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือรู้สึกรู้สึตามข้อนั้นค่อนข้างบ่อยครั้ง
- 4 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือรู้สึกรู้สึตามข้อนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือบ่อยครั้ง
- 5 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือรู้สึกรู้สึตามข้อนั้นอยู่เสมอหรือเป็นประจำ

การแปลผลระดับคะแนนใช้เกณฑ์การคิดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ซึ่งใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับขั้นที่แบ่ง (ชูศรี, 2546) (ภาคผนวก จ ตาราง จ5)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง เป็น โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

2.1 แผนการ พยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก แนวคิดการพยาบาลเกี่ยวกับการปรับตัวตามทฤษฎีของรอย (Roy & Andrews, 1999) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) การพยาบาลส่งเสริมการปรับตัวด้าน ร่างกาย) การพยาบาลส่งเสริมการปรับตัวด้าน อ้อมโนทัศน์ 3) การพยาบาลส่งเสริมการปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ 4) การพยาบาลส่งเสริมการปรับตัวด้านพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ซึ่งพิจารณาจากคะแนนการปรับตัวในแต่ละด้าน คือ คะแนนการปรับตัวระดับสูง ปานกลาง และต่ำ (ภาคผนวก ง)

2.2 คู่มือเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแล บุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง ในคู่มือเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแล บุคคลอันเป็นที่รัก มีเนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเตรียมความพร้อม ของญาติผู้ดูแลด้านร่างกาย การเตรียมพร้อมด้านจิตใจ การทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย การหาแหล่งช่วยเหลือ การดูแลปัญหาด้านร่างกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ สิ่งที่ควรรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในภาวะใกล้เสียชีวิต และวิธีการดูแลทางเลือก (ภาคผนวก ง)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรม ส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรครีเอริง์ คู่มือ และแบบประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรครีเอริง์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับทฤษฎีการปรับตัวของรอยจำนวน 1 ท่าน 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษา ตลอดจนเนื้อหาเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) นำแบบประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขภาษาและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดยแบบประเมินการปรับตัว กำหนดหาค่า ความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.87 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้หาความเที่ยงของผู้สังเกต 2 คน (inter-rater reliability) ระหว่างผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยของการใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวน (Adult Suandok) โดยประเมินผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรครีเอริง์จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ (คณพจนานุกรม ๑๙๙๖: ๑๖๖)

3. การตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมในการนำไปใช้ โดยการนำ โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรครีเอริง์ และคู่มือ ที่ได้รับการแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของโปรแกรม และนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสตูล ซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรครีเอริง์ ผลการทดลองใช้ญาติผู้ดูแลทั้ง 2 ราย มีความสนใจ และเข้าใจเนื้อหาในคู่มือเป็นอย่างดี

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการแนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด บอกถึงการทำวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย



ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษา หรือบริการทางการแพทย์พยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด อีกทั้งในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษา หรือบริการทางการแพทย์พยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูล จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง จะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ และหรือตอบรับโดยวาจา ในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ข) หากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดเข้ากลุ่มควบคุมต้องการคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจะจัดให้หลังจากเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลมีภาวะวิกฤติทางจิตอารมณ์ในขณะที่กำลังให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือ โดยทำการหยุดสอบถามและเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกในขณะนั้นได้อย่างเต็มที่ โดยผู้วิจัยรับฟังอย่างตั้งใจและแสดงความเห็นใจ ถ้าญาติผู้ดูแลต้องการร้องไห้ ผู้วิจัยต้องแสดงให้เห็นว่าผู้วิจัยเต็มใจให้ญาติผู้ดูแลร้องไห้ หากญาติผู้ดูแลต้องการแหล่งช่วยเหลืออื่นๆที่ผู้วิจัยไม่สามารถจัดให้ได้จะมีการส่งต่อไปยังแหล่งให้ความช่วยเหลืออื่นๆ เมื่อญาติผู้ดูแลพร้อมและมีภาวะทางจิตอารมณ์ปกติจึงดำเนินการวิจัยต่อ หากญาติผู้ดูแลไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลต่อไปได้อีก สามารถบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทันทีเช่นกัน จากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่พบญาติผู้ดูแลมีภาวะวิกฤติทางจิตอารมณ์

#### การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยวางแผนดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการตรวจสอบ จากกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย ผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสตูลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขออนุญาตในการชี้แจงแนวทางในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เตรียมไว้

ด้วยตนเอง และให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินผล การปรับตัวเพื่อป้องกันความลำเอียงในการดำเนินการวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบว่าเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยจัดกระทำกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดเพื่อแนะนำตัว และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิก่อนการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัย ทำการประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่ ก่อนและหลังการทดลอง โดย เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบก่อนเมื่อเสร็จสิ้นจากกลุ่มควบคุมเว้นระยะห่าง 2 สัปดาห์จึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองโดยดำเนินการดังนี้

### 2.1 กลุ่มควบคุม

วันที่ 1 ของการเก็บข้อมูล

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการซักถามพูดคุยกับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการทั่วไปของผู้ป่วย บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

2. ประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

3. ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการสอนและการสาธิตแก่ญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการให้ญาติผู้ดูแลปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย

4. ทำการนัดติดตามทางโทรศัพท์ในวันที่ 14 นับจากวันที่เก็บข้อมูลครั้งแรก

วันที่ 14 ของการเก็บข้อมูล ติดตามทางโทรศัพท์

1. ประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นชุดเดียวกันกับการประเมินครั้งแรก

2. บอกให้ทราบถึงการสิ้นสุดโครงการในการวิจัยครั้งนี้และกล่าวขอบคุณ

3. นัดญาติผู้ดูแลมารับคู่มือเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักตามวันและเวลาที่ญาติผู้ดูแลสะดวก

### 2.2 กลุ่มทดลอง

ในการดำเนินการทดลองใช้ห้องที่เงียบมีความเป็นส่วนตัวภายในหอผู้ป่วย และในขณะที่ดำเนินการทดลองผู้ป่วยจะได้รับการเฝ้าไข้จากพยาบาลประจำตึก

วันที่ 1 ของการเก็บข้อมูล เป็นการประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรครีเอริง

1. แนะนำตัวทำความรู้จัก ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรครีเอริง โดยใช้แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรครีเอริง แปลผลค่าคะแนนการปรับตัว

2. พูดคุยกับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการทั่วไปของผู้ป่วย บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

3. เมื่อทราบค่าคะแนนการปรับตัวแจ้งให้ญาติผู้ดูแลทราบ พร้อมทั้งเป้าหมายร่วมกับญาติผู้ดูแล โดยมีเกณฑ์คะแนนการปรับตัวระดับสูงให้ตั้งเป้าหมายคงไว้ซึ่งการปรับตัวที่ดี ส่วนคะแนนการปรับตัวระดับปานกลาง และระดับต่ำให้ตั้งเป้าหมาย มีการปรับตัวที่ดี ขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรครีเอริง ใช้เวลาในการทำกิจกรรมวันแรก 60 นาที นัดพบในวันต่อมา

4. กลับมาวางแผนให้คำปรึกษาส่งเสริมการปรับตัว โดยมีเกณฑ์คะแนนการปรับตัวระดับสูงให้เสริมพลังอำนาจคงไว้ซึ่งการปรับตัวที่ดี ส่วนคะแนนการปรับตัวระดับปานกลาง และระดับต่ำให้เสริมสร้างพลังอำนาจการปรับตัวให้ดีขึ้นพิจารณาความพร้อมในการปรับตัวแต่ละด้าน

วันที่ 2 เป็นการให้คำปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรครีเอริง

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายญาติผู้ดูแล เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี  
2. ให้คำปรึกษาพร้อมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ญาติผู้ดูแล ดังนี้ 1) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสำรวจค้นพบปัญหาด้วยตัวเอง 2) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง 4) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดี ใช้เวลาทำกิจกรรมในวันที่ 2 ทั้งหมด 60 นาที และนัดพบวันต่อมา

วันที่ 3 เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหา

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายญาติผู้ดูแล และนำเข้าสู่การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรครีเอริง ได้แก่ การจัดสรรเวลาในการรับประทานอาหาร พักผ่อน เพื่อไม่ให้เกิดความอ่อนล้าและร่างกายทรุดโทรม ทำจิตใจให้เบิกบาน มองโลกในแง่ดี คลายความตึงเครียดด้วยการสวดมนต์ ดูหนัง ฟังเพลง ตามความชอบ ให้ความรู้ใน

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การจัดการอาการรบกวนที่ พบบ่อยในผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

2. ฝึกทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งประกอบด้วย 1) ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลที่ได้รับ รู้ว่ามี ปัญหาอะไรที่จะเกิดขึ้น 2) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 3) ส่งเสริมให้ญาติ ผู้ดูแลจัดกลุ่มของปัญหา 4) ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสำรวจ ถึงอุปสรรคที่จะขัดขวางการดูแล 5) แนะนำแนวทางในการจัดอุปสรรคออกไป (ภาคผนวก ง)

3. มอบคู่มือเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแล บุคคลอันเป็นที่รัก และ ให้เบอร์โทรศัพท์ของวิสัญญีแพทย์ผู้ดูแล เพื่อสามารถโทรขอคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง และนัด ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 7 นับจากการเก็บข้อมูลครั้งแรก ใช้เวลาทำกิจกรรมในวันที่ 3 ทั้งหมด 60 นาที

วันที่ 7 ของการเก็บข้อมูล เป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย พูดคุยซักถามถึงความเป็นอยู่ของญาติ ผู้ดูแล และอาการทั่วไปของผู้ป่วย ตลอดจนปัญหาที่พบ ความต้องการการช่วยเหลือ และให้การ ช่วยเหลือตามความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้กำลังใจ และชื่นชมญาติ ผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ใช้เวลาในการติดตามเยี่ยมครั้งที่1ทั้งหมด 30 นาที

2. นัดติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 14 ของการเก็บข้อมูล

วันที่ 14 ของการเก็บข้อมูล เป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2

1. ผู้ช่วย วิจัยกล่าวทักทายญาติผู้ดูแล พูดคุยซักถามอาการทั่วไปของผู้ป่วย ตลอดจนปัญหาที่พบ ความต้องการการช่วยเหลือ และประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบ สัมภาษณ์ การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะ สุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นชุดเดียวกันกับการประเมินครั้งแรก

2. บอกให้ทราบถึงการสิ้นสุดโครงการในการวิจัยครั้งนี้และกล่าวขอบคุณ ใช้เวลา ทำกิจกรรมในการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 ทั้งหมด 30 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(MPS) วิเคราะห์ข้อมูลโดย

ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (chi-square test) สำหรับตัวแปรระดับนามมาตรา (nominal scale) และระดับอันดับมาตรา (ordinal scale) และใช้สถิติทีอิสระ (independent *t*-test) สำหรับตัวแปรระดับช่วงมาตรา (interval scale) และระดับอัตราส่วนมาตรา (ratio scale)

2. วิเคราะห์ค่าคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยรวมและรายด้าน โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งระดับการปรับตัวจากค่าคะแนนโดยรวมและรายด้าน ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน (ภาคผนวก จ ตาราง จ5-จ8)

3. เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (paired *t*-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent *t*-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อ 3-4 ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ โดยการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (test of normality) และความแปรปรวนของข้อมูล (ภาคผนวก จ ตาราง จ 1-จ3) พบว่าการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ และมีความแปรปรวนของข้อมูลเท่ากัน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเป็นรายข้อของการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ภาคผนวก จ ตาราง จ7-จ8)



หมายเหตุ เมื่อดำเนินการสิ้นสุดในกลุ่มควบคุมเว้น ระยะห่าง 2 สัปดาห์ จึงเริ่มดำเนินการทดลองต่อในกลุ่มทดลอง

ภาพ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่างแบบ ถูกคัดเลือกเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 25 ราย และกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม ส่งเสริมการปรับตัว 25 ราย ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติทีคู่

2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังภายหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

#### 1.1. ข้อมูลของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 50 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมีอายุเฉลี่ย 45.18 ปี ( $SD = 11.65$ ) ส่วนมากนับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 66) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 86) กว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56) โดยประมาณหนึ่งในสาม ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 38) และรองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 24) โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ที่ 2,000-9,000 บาท (ร้อยละ 70) และมีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 80) ซึ่งร้อยละ 68 มีบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัว ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 98) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนมากอยู่ที่ 4-5 คน (ร้อยละ 64) ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบุตร (ร้อยละ 66) ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 88) เกือบครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มากกว่า 1 เดือน-1 ปี (ร้อยละ 48) ระหว่างการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 2-3 วัน ภายหลังจากที่รับรู้จากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย (ร้อยละ 52) และมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้มาแล้ว 3-6 วัน (ร้อยละ 58)

เมื่อทดสอบความแตกต่าง ข้อมูลทั่วไป ของญาติผู้ดูแล ระหว่างกลุ่ม ควบคุม และกลุ่ม ทดลอง โดยใช้สถิติไค- สแควร์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันในด้านลักษณะประชากร ยกเว้นในเรื่องศาสนาและระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตาราง 1



ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง  
 จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป และเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง  
 ด้วยสถิติไค-สแควร์ (N=50)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	$\chi^2$
	(n = 25)	(n = 25)	(N = 50)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ				0.40 <sup>ns</sup>
ชาย	8 (32)	6 (24)	14 (28)	
หญิง	17 (68)	19 (76)	36 (72)	
อายุ (ปี)				4.10 <sup>ns</sup>
25-36	11 (44)	6 (24)	17 (34)	
37-48	5 (20)	3 (12)	8 (16)	
49-60	8 (32)	15 (60)	23 (46)	
61-72	1 (4)	1 (4)	2 (4)	
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี)	42.68	47.68	45.18	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	11.66	11.32	11.65	
ศาสนา				7.22 <sup>*</sup>
พุทธ	4 (16)	13 (52)	17 (34)	
อิสลาม	21 (84)	12 (48)	33 (66)	
สถานภาพสมรส				1.02 <sup>ns</sup>
โสด	3 (12)	3 (12)	6 (12)	
คู่	22 (88)	21 (84)	43 (86)	
หย่า	0 (0)	1 (4)	1 (2)	

\* $p < .01$ , ns = not significant ( $p > .05$ )

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	$\chi^2$
	(n = 25)	(n = 25)	(N = 50)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ระดับการศึกษา				7.41 <sup>ns</sup>
ประถมศึกษา	13 (52)	15 (60)	28 (56)	
มัธยมศึกษา	11 (44)	4 (16)	15 (30)	
อนุปริญญา	0 (0)	3 (12)	3 (6)	
ปริญญาตรี	1 (4)	3 (12)	4 (8)	
อาชีพ				6.65 <sup>ns</sup>
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 (20)	7 (28)	12 (24)	
ค้าขาย	4 (16)	2 (8)	6 (12)	
รับจ้าง	2 (8)	6 (24)	8 (16)	
เกษตรกรกรรม	12 (48)	7 (28)	19 (38)	
รับราชการ	0 (0)	2 (8)	2 (4)	
อื่นๆ/ประมง	2 (8)	1 (4)	3 (6)	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว				
ต่อเดือน (บาท)				4.35 <sup>ns</sup>
2,000-9,000	19 (76)	16 (64)	35 (70)	
9,001-16,000	6 (24)	5 (20)	11 (22)	
16,001-23,000	0 (0)	1 (4)	1 (2)	
23,001-30,000	0 (0)	3 (12)	3 (6)	

(M = 9,690 บาท, SD = 6,100.26, Min = 2,000, Max = 30,000)

หมายเหตุ M = ค่าเฉลี่ย SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Max = ค่าสูงสุด Min = ค่าน้อยที่สุด (2 กลุ่ม)

ns = not significant,  $p > .05$

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	$\chi^2$
	(n = 25)	(n = 25)	(N = 50)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ความเพียงพอของรายได้				0.50 <sup>ns</sup>
ไม่เพียงพอ	6 (24)	4 (16)	10 (20)	
เพียงพอ	19 (76)	21 (84)	40 (80)	
บทบาทในครอบครัว				0.37 <sup>ns</sup>
หัวหน้าครอบครัว	9 (36)	7 (28)	16 (32)	
สมาชิกครอบครัว	16 (64)	18 (72)	34 (68)	
ลักษณะของครอบครัว				1.02 <sup>ns</sup>
ครอบครัวเดี่ยว	24 (96)	25 (100)	49 (98)	
ครอบครัวขยาย	1 (4)	0 (0)	1 (2)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)				4.07 <sup>ns</sup>
2-3	4 (16)	10 (40)	14 (28)	
4-5	18 (72)	14 (56)	32 (64)	
6-7	3 (12)	1 (4)	4 (8)	
(M = 4.26 คน, SD = 1.23, Min = 2, Max = 7)				
ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย				5.03 <sup>ns</sup>
สามี	3 (12)	3 (12)	6 (12)	
ภรรยา	2 (8)	6 (24)	8 (16)	
พี่	1 (4)	0 (0)	1 (2)	
น้อง	2 (8)	0 (0)	2 (4)	
บุตร	17 (68)	16 (64)	33 (66)	

หมายเหตุ M = ค่าเฉลี่ย SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Max = ค่าสูงสุด Min = ค่าน้อยที่สุด (2 กลุ่ม)

ns = not significant,  $p > .05$

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	$\chi^2$
	(n = 25)	(n = 25)	(N = 50)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
โรคประจำตัว				3.02 <sup>ns</sup>
ไม่มี	22 (88)	21 (84)	43 (86)	
มี/เบาหวาน	1 (4)	1 (4)	2 (4)	
ความดันโลหิตสูง	0 (0)	2 (8)	2 (4)	
โรคกระเพาะ	1 (4)	1 (4)	2 (4)	
โรคไทรอยด์โต	1 (4)	0 (0)	1 (2)	
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในช่วง				
เจ็บป่วยเรื้อรัง				6.53 <sup>ns</sup>
ไม่ได้ดูแล	2 (8)	1 (4)	3 (6)	
มากกว่า 3 วัน-1 สัปดาห์	3 (12)	1 (4)	4 (8)	
มากกว่า 1 สัปดาห์-1 เดือน	1 (4)	3 (12)	4 (8)	
มากกว่า 1 เดือน-1 ปี	9 (36)	15 (60)	24 (48)	
มากกว่า 1ปี-5 ปี	8 (32)	5 (20)	13 (26)	
มากกว่า 5 ปี-10 ปี	1 (4)	0 (0)	1 (2)	
มากกว่า 10 ปี	1 (4)	0 (0)	1 (2)	
(M = 570.94 วัน, SD = 912.76, Min = 0, Max = 4,745)				
ระยะเวลา ที่รับรู้จากแพทย์ว่า				
ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย (วัน)				2.62 <sup>ns</sup>
2-3	15 (60)	11 (44)	26 (52)	
4-5	8 (32)	8 (32)	16 (32)	
6-7	2 (8)	6 (24)	8 (16)	
(M = 4.12 วัน, SD = 1.49, Min = 2, Max = 7)				

หมายเหตุ M = ค่าเฉลี่ย SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Max = ค่าสูงสุด Min = ค่าน้อยที่สุด (2 กลุ่ม)

ns = not significant,  $p > .05$

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	$\chi^2$
	( <i>n</i> = 25)	( <i>n</i> = 25)	( <i>N</i> = 50)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ระยะเวลาที่ ดูแลผู้ป่วยในการ เจ็บป่วยครั้งนี้ (วัน)				9.93*
3-6	20 (80)	9 (36)	29 (58)	
7-10	5 (20)	16 (64)	21 (42)	
<i>(M</i> = 5.74 วัน, <i>SD</i> = 2.27, Min = 3, Max = 10)				

หมายเหตุ *M* = ค่าเฉลี่ย *SD* = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Max = ค่าสูงสุด Min = ค่าน้อยที่สุด (2 กลุ่ม)

\**p* < .01

### 1.2. ข้อมูลของผู้ป่วย

จากตาราง 2 จำแนกคุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 63.32 ปี (*SD* = 9.93) เกินครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีสิทธิในการรักษาเป็นบัตรผู้สูงอายุ (ร้อยละ 56) โดยร้อยละ 36 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคหัวใจวาย และ ร้อยละ 38 เป็นโรคไตวายใกล้เคียงกัน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ร้อยละ 50 เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96)

ทั้งนี้ได้มีการควบคุม คุณลักษณะข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยให้มี ลักษณะใกล้เคียง กันในเรื่อง เพศ อายุ สิทธิในการรักษา การวินิจฉัยโรค และค่าประเมิน ระดับผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติไค-สแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง  
 จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป และเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่ม  
 ทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ ( $N=50$ )

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยในกลุ่ม	ผู้ป่วยในกลุ่ม	รวม	$\chi^2$
	ควบคุม( $n = 25$ )	ทดลอง( $n = 25$ )	( $N = 50$ )	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ				3.13 <sup>ns</sup>
ชาย	6 (24)	12 (48)	18 (36)	
หญิง	19 (76)	13 (52)	32 (64)	
อายุ (ปี)				1.03 <sup>ns</sup>
38-57	5 (20)	5 (20)	10 (20)	
58-77	20 (80)	19 (76)	39 (78)	
78-97	0 (0)	1 (4)	1 (2)	
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี)	61.56	65.08	63.32	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.04	11.42	9.93	
สิทธิในการรักษา				5.50 <sup>ns</sup>
จ่ายเงินเอง	0 (0)	1 (4)	1 (2)	
เบิกได้	2 (8)	4 (16)	6 (12)	
บัตร 30 บาท	11 (44)	4 (16)	15 (30)	
บัตรผู้สูงอายุ	12 (48)	16 (64)	28 (56)	
การวินิจฉัยโรค				7.60 <sup>ns</sup>
โรคหัวใจวาย	13 (52)	5 (20)	18 (36)	
โรคไตวาย	8 (32)	11 (44)	19 (38)	
โรคตับแข็ง	1 (4)	6 (24)	7 (14)	
โรคมะเร็ง	3 (12)	3 (12)	6 (12)	

ns = not significant,  $p > .05$

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยในกลุ่ม	ผู้ป่วยในกลุ่ม	รวม	$\chi^2$
	ควบคุม( $n = 25$ )	ทดลอง( $n = 25$ )	( $N = 50$ )	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
ค่าประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับ				
การดูแลแบบประคับประคอง				2.08 <sup>ns</sup>
(PPS)				
40%	0 (0)	2 (8)	2 (4)	
50%	25 (100)	23 (92)	48 (96)	

ns = not significant,  $p > .05$

## ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติทีคู่

ก่อนการทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติทีคู่ ผู้วิจัยได้นำคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยรวมและรายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองไปทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (test of normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าคะแนนการปรับตัวโดยรวมและรายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ โดยได้ค่าสถิติที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ภาคผนวก จ ตาราง จ1-จ2) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบสมมติฐานต่อไป

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติทีคู่ แบบทดสอบทางเดียว (1-tailed, paired  $t$ -test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หลังการ

เข้าร่วม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 21.51, df = 24$ ) ดังแสดงในตาราง

ตาราง 3

ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปรับตัว และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยสถิติทีคู่ ( $n = 25$ )

การปรับตัวโดยรวม	กลุ่มทดลอง ( $n = 25$ )				
	Min-Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>t</i>
ก่อนการทดลอง	94-132	108.32	8.28	ปานกลาง	21.51*
หลังการทดลอง	132-146	140.48	4.00	สูง	

\*  $p < .001$

2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ

เมื่อนำคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไปทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (test of normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าคะแนนทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติโดยได้ค่าสถิติที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ภาคผนวก จ ตาราง จ 1-จ2) และเพื่อดูความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวก่อนการทดลอง จึงนำคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไปทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติทีอิสระ ผลการทดสอบพบว่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแล โดยรวม ก่อนการทดลอง ของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.90, p < .01$ ) (ภาคผนวก จ ตาราง จ4) และเมื่อนำชุดข้อมูลมา



ตรวจสอบความแปรปรวน (test of homogeneity) พบว่าชุดข้อมูลมีความแปรปรวนเท่ากัน (ภาคผนวก ตาราง ๖3) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที จึงทำการทดสอบสมมติฐานต่อไป

จากตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยรวมและรายด้านภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระแบบทดสอบทางเดียว (1-tailed, independent *t*-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยรวมของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 21.68, df = 48$ ) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลองโดยสถิติทีอิสระ ( $N = 50$ )

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	คะแนนการปรับตัวโดยรวม			<i>t</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	
กลุ่มควบคุม	25	110.36	5.68	ปานกลาง	21.68*
กลุ่มทดลอง	25	140.48	4.00	สูง	

\*  $p < .001$

#### การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลเป็น 2 ส่วนตามลำดับได้ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

### 1.1. ข้อมูลของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลทั้งหมด 50 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72) และมีอายุเฉลี่ย 45.18 ปี การที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอาจเนื่องจากในสังคมไทยเพศหญิงจะถูกเลี้ยงดูและปลูกฝังให้มีบทบาทดูแลสมาชิกในครอบครัว (จารุวรรณ, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของสุไฮดาร์ (2551) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) และจากการศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (ชูชื่น, 2541) พบว่าญาติผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.50) นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศของ อเบอร์นีตี และคณะ (Abernethy et al., 2008) ยังพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53) โดยความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 66) ตามค่านิยมของสังคมไทยถือว่าการเป็นบุตรต้องกตัญญูต่อบิดามารดาให้การดูแลยามเจ็บป่วย (ยุพาพิน, พรรณวดี, และสมฤดี, 2542) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ สอดคล้องกับการศึกษาของเพียชและลัทซ์ (Pierce & Lutz, 2009)

การนับถือศาสนาของญาติผู้ดูแลในภาพรวม เกินครึ่งหนึ่ง นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 66) และเมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 84) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 16) ส่วนกลุ่มทดลองนับถือศาสนาอิสลามและศาสนาพุทธใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 48) และ (ร้อยละ 52) ตามลำดับ เนื่องจากจังหวัดที่ศึกษาอยู่ทางภาคใต้ตอนล่างมีประชากรนับถือศาสนาพุทธและอิสลามจำนวนใกล้เคียงกัน แม้ว่าจะมีความแตกต่างทางศาสนา แต่ ตามหลักศาสนาทุกศาสนาสอนคนให้เป็นคนดี รู้จักละวาง ไม่ยึดติดกับสิ่งใด สามารถเผชิญสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นทุกศาสนาจึงเป็นแนวทางให้คนปรับตัวได้ดีเท่าเทียมกัน ไม่แตกต่างกัน (มณีรัตน์, 2550)

ญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีอาการเจ็บป่วยขณะให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในช่วงเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ในช่วงมากกว่า 1 เดือนถึง 1 ปี ซึ่งญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่รับรู้จากแพทย์มาแล้ว 2-3 วัน ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันในระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ โดยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้อยู่ในช่วง 3-6 วัน (ร้อยละ 80) ส่วนกลุ่มทดลองส่วน

ใหญ่อยู่ในช่วง 7-10 วัน (ร้อยละ 64) ซึ่งแตกต่างกันเนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นและญาติผู้ดูแลได้ให้การดูแลมาแล้วระยะหนึ่ง เมื่อมาถึงโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลต้องใช้เวลาในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอีกระยะเวลาหนึ่งที่จะทำให้แพทย์ มีความแน่ชัดที่สามารถแจ้งญาติว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในเขตโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงสามารถพามาตรวจรักษาและวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายได้เร็วกว่าส่งผลให้ผู้วิจัยคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างได้เร็วกว่า ดังนั้นการนับระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้จึงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง

### 1.2. ข้อมูลของผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมีอายุเฉลี่ย 63.32 ปี ซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุ เป็นไปได้ว่าการแพทย์พัฒนาเจริญขึ้นส่งผลให้คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยที่ยาวขึ้น และมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นเช่นกัน จากการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมสภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ลดลง และความต้านทานต่อโรคลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาได้มากกว่าวัยอื่น โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (วิพรรณและศิริวรรณ 2555) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคหัวใจวาย และโรคไตวาย ในอัตราใกล้เคียงกัน ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ร้อยละ 40-50 โดยผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะไม่สามารถทำงานได้เลยและมีอาการของโรคอย่างมาก นั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น (Chewaskulyong et al., 2011) และพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือนหรือน้อยกว่านั้น

### ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

*สมมติฐานข้อที่ 1 ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมดังกล่าว สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม*

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วย

โรคเรื้อรังโดยใช้สถิติที่คู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปรับตัว ของญาติผู้ดูแลภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมดังกล่าว สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 3)

ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลอง ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัว ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้และทักษะการแก้ปัญหา เพื่อจัดการดูแลตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัว

โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมิน พฤติกรรมปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ และด้านพึงพาอาศัยผู้อื่น ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนให้คำปรึกษาช่วยเหลือ ตามปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแลในแต่ละราย โดยตั้งเป้าหมายร่วมกับ ญาติผู้ดูแล ให้ญาติผู้ดูแล มีการปรับตัวที่ดีและเหมาะสม โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างกล้าที่จะบอกเล่าปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและรู้เป้าหมายที่ชัดเจนว่าจะต้องจัดการกับตนเองอย่างไรเพื่อนำไปสู่ การปรับที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการปรับตัว ของรอย (Roy & Andrews, 1999)ที่จะต้องมีการประเมินพฤติกรรมว่าบุคคลแสดงพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสมอย่างไร ขาดความรู้ ความสามารถและทักษะอย่างไร รวมทั้งจะต้องมีการตั้งเป้าหมายเพื่อให้บุคคลรู้ว่าจะเพิ่มประสิทธิภาพระดับการปรับตัวของบุคคลที่มีต่อสิ่งเรานั้น อย่างไรนอกจากนี้รอยยังเห็นว่าบุคคลจะยอมรับ ปกป้อง และสนับสนุนเพื่อการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน บุคคลที่กล้าที่จะเปิดเผยความต้องการที่แท้จริงให้พยาบาลรับทราบ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล จะเกิดการปรับตัวได้ง่ายขึ้น ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ จากการประเมินพฤติกรรมปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวพบปัญหาในการปรับของญาติผู้ดูแลครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย โดยพบว่าญาติผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้า และรู้สึกร่างกายทรุดโทรม 2) ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) พบว่าญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวล และรู้สึกสนใจดูแลตนเองน้อยลงโดยใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย 3) ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ พบว่าญาติผู้ดูแลรู้สึกมีภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย และมีเวลาพบปะผู้คนรอบข้างน้อยลง 4) ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น พบว่าญาติผู้ดูแลรู้แหล่งให้ความช่วยเหลือน้อย และ มีการขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่น น้อยเช่นกัน (ภาคผนวก จ

ตาราง ๑) เมื่อทราบปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสมกับความต้องการของญาติผู้ดูแลในแต่ละราย

2. ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัว ตามแนวคิดทฤษฎีของรอย (Roy & Andrews, 1999) ได้ให้แนวคิดการพยาบาลเกี่ยวกับการปรับตัวว่า การปฏิบัติการพยาบาล (intervention) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้ตามแผนสร้างเสริมประสิทธิภาพการปรับตัวของบุคคล โดยให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ฝึกทักษะที่จำเป็น ตลอดจนคอยช่วยเหลือและสนับสนุนบุคคลในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลส่งเสริมการปรับตัวที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายได้ดังนี้

2.1. การให้คำปรึกษาพร้อมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลระบายความรู้สึกต่อตนเองที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจปัญหาของตนเอง เลือกวางแผนแก้ไขจัดการปัญหาด้วยตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่มีความรู้สึกผิดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งให้เห็นจุดดีของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกล่าวชื่นชมญาติผู้ดูแล การให้คำปรึกษาพร้อมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สอดคล้องกับแนวคิดของรอย (Roy & Andrews, 1999) ที่ว่าการให้คำปรึกษาพร้อมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล (intervention) ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้ตามแผนสร้างเสริมประสิทธิภาพการปรับตัวของบุคคล จากการศึกษาครั้งนี้ ภายหลังจาก ญาติผู้ดูแลได้รับการประเมินพฤติกรรมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลในการแก้ไขปัญหาการปรับตัวที่อยู่ในระดับต่ำ และ ระดับปานกลางให้ติดตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่วน ด้านที่มีคะแนนการปรับตัว อยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการ ชื่นชมและตั้งเป้าหมายให้คงไว้ซึ่งการปรับตัวที่ดีอยู่แล้ว ซึ่งเป็นการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ โดยมีเป้าหมายให้ บุคคลยังคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่มีความรู้สึกผิด ส่งผลให้มีความวิตกกังวลลดลง มีสมาธิ ไม่ละเลยการดูแลตนเอง โดยให้ คำปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคคล เมื่อพิจารณารายชื่อการปรับตัวด้านความรู้สึกต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายพบว่าญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 26.76$ ,  $SD = 2.55$ ) ซึ่งการปรับตัวด้านความรู้สึกต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) มีข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวน้อยที่สุดและอยู่ในระดับต่ำ คือ ท่านมีความวิตกกังวล ( $M = 2.28$ ,  $SD = 0.94$ ) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวน้อยเป็นอันดับสองและอยู่ในระดับปานกลาง คือ ท่านรู้สึกสนใจดูแลตนเอง ( $M = 2.88$ ,  $SD = 0.73$ ) และเมื่อเข้าร่วม โปรแกรมดังกล่าว ญาติผู้ดูแลได้รับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ โดยให้คำปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคคล ทำให้ญาติผู้ดูแลได้

ระบายนความรู้สึกต่อตนเองที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นคู่สมรสมีความคิดว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตต้องให้อภัยกันและดูแลให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ ทอดทิ้งกัน สำหรับญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นพี่น้องมีความคิดว่าเมื่อผู้ป่วยไม่มีใคร เป็นพี่น้องก็ต้องช่วยเหลือดูแลกัน ส่วนญาติผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบุตรมีความคิดว่าต้องกตัญญูต่อพ่อแม่ ใ้การดูแลโดยเฉพาะยามเจ็บป่วย จากความคิดดังกล่าวทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีความสำคัญที่ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดเท่าที่ทำได้ในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังขอคำปรึกษาในเรื่องการแสวงหาทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยทำให้มีหนทางเลือกที่จะตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างไรต่อไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล และความรู้สึกผิคน้อยลง ยอมรับในการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น และสนใจดูแลตนเองมากขึ้นเพื่อให้มีทั้งกำลังกายและกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปให้ดีที่สุด ในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย เห็นได้จากคะแนนการปรับตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวสูงขึ้น (ภาคผนวก จ ตาราง8) โดยเฉพาะด้านความรู้สึกต่อตนเอง (อัทมโนทัศน์) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิพร (2547) ที่ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัทมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 กิจกรรม ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่เอื้อต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสำรวจปัญหา เข้าใจปัญหา การร่วมกันหาแนวทางเลือกและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ และก ารยุติการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเริ่มกิจกรรมตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจทุกวัน วันละ 45-60 นาที จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านอัทมโนทัศน์ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน การศึกษาของอนุพงษ์(2552) ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของโรเจอร์สเพื่อเพิ่มอัทมโนทัศน์: กรณีศึกษาในผู้ต้องขัง ศึกษาในผู้ต้องขังจำนวน 5 ราย แต่ละรายได้รับการปรึกษา 10 ครั้ง พบว่า การปรับตัวด้านอัทมโนทัศน์ของผู้ต้องขังที่ได้รับการปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของโรเจอร์ส เพิ่มขึ้นในทางที่ดี

2.2. การให้ความรู้ แก่ญาติผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งด้านความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องเกิดผลดีเกี่ยวกับการดูแลตนเองและฝึกวิธีผ่อนคลายความตึงเครียดเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีของญาติผู้ดูแล รวมทั้งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและฝึกทักษะการแก้ปัญหาเช่น การจัดการอากาศ ระบาด การให้ออกซิเจน เป็นต้น เพื่อให้ ญาติผู้ดูแลได้มีความรู้ เกิดความมั่นใจในการแสดงบทบาททำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของรอย (Roy

& Andrews, 1999) ที่ว่าการให้ความรู้ และการฝึกทักษะที่จำเป็น เป็นส่วนหนึ่งของกฤษฎีการพยาบาล (intervention) ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้ตามแผนสร้างเสริมประสิทธิภาพการปรับตัวของบุคคล เมื่อพิจารณารายชื่อก่อนเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่าญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 28.00, SD = 2.53$ ) ซึ่งการปรับตัวด้านร่างกายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวน้อยที่สุดและอยู่ในระดับต่ำ คือ ท่านรู้สึกอ่อนล้า ( $M = 2.16, SD = 0.85$ ) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวน้อยเป็นอันดับสองและอยู่ในระดับปานกลาง คือ ท่านรู้สึกร่างกายทรุดโทรม ( $M = 3.12, SD = 0.83$ ) และคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 24.96, SD = 3.43$ ) ซึ่งด้านการแสดงบทบาทหน้าที่มีข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวน้อยที่สุดและอยู่ในระดับต่ำ คือ ท่านรู้สึกมีภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย ( $M = 1.92, SD = 1.04$ ) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวน้อยเป็นอันดับสองและอยู่ในระดับต่ำ คือ ท่านมีเวลาพบปะผู้คนรอบข้าง ( $M = 2.20, SD = 0.58$ ) ดังนั้น เมื่อเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัว ญาติผู้ดูแล จะได้รับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้านร่างกาย ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายให้บุคคลมีการดูแลตนเองไม่ให้ทรุดโทรม สามารถจัดสรรเวลาพักผ่อน รับประทานอาหารได้เหมาะสม ระบบการทำงานของร่างกายปกติ การส่งเสริมการปรับตัวด้านร่างกายสามารถกระทำได้โดยให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของบุคคล ตลอดจนวิธีผ่อนคลายความตึงเครียด สำหรับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัว ด้านการ แสดง บทบาท หน้าที่ มีเป้าหมายให้ บุคคล สามารถปรับตัวต่อบทบาทต่างๆที่มีอยู่ได้ เช่น การลดความรู้สึกเป็น ภาระ มีความเต็มใจที่จะรับบทบาท ไม่มีความขัดแย้งในการดำรงบทบาท เป็นต้น ซึ่งยังคงความรู้สึกมั่นคงในสังคม ไม่มีความเครียดและความเจ็บป่วยตามมาได้ ส่วนการส่งเสริมการปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่สามารถกระทำได้ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ที่ต้องกระทำต่อสถานการณ์ที่บุคคลต้องเผชิญซึ่งการศึกษาครั้งนี้สถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญคือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

นอกจากการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ผู้วิจัยยัง มอบคู่มือเตรียมความพร้อมในการดูแล คนที่รักเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำกลับบ้าน ไปอ่านทำความเข้าใจและ ทบทวน ได้ตลอดเวลา ซึ่งจากเดิมที่ญาติผู้ดูแลมีความคิดว่าการได้นอนหลับคือการพักผ่อนแก้อาการอ่อนล้าเพียงอย่างเดียว เมื่อเข้าร่วม โปรแกรมได้ความรู้ว่าวิธีผ่อนคลายความอ่อนล้าสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การฟังเพลง การทำสมาธิ สวดมนต์ เป็นต้น และด้านการแสดงบทบาทหน้าที่มีความรู้เพิ่มเติม และได้ฝึกทักษะในการดูแลและแก้ปัญหาอาการรบกวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยได้แก่ อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการหายใจลำบาก เป็นต้น ทำให้เกิดทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ลดความรู้สึกยากลำบากและความรู้สึกเป็นภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย เห็นได้จาก

คะแนนการปรับตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวสูงขึ้น (ภาคผนวก จ ตาราง ๑) สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ (2552) ที่ศึกษาการรับรู้ความอ่อนล้าและการจัดการความอ่อนล้าในเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความหมายของความอ่อนล้าประกอบด้วย ไม่มีแรง กำลังลดน้อย ไม่มีชีวิตชีวา และไม่ยอมทำอะไร ส่วนการจัดการความอ่อนล้าประกอบด้วย การนอนหลับ การทำกิจกรรมที่ไม่ออกแรง บอกให้คนอื่นทราบ และไม่ทำอะไรเลย จากการศึกษาเบื้องต้นให้เห็นว่าเมื่อบุคคลมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้มีการจัดการตนเองให้มีสุขภาพดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของรัชนีกร (2549) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อย ล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวล ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเหนื่อย ล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การศึกษาของคาเมอรอน และคณะ (Cameron, et al., 2004) เป็นการศึกษาวิจัยการแก้ปัญหาสำหรับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรม COPE หลังจากนั้นได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ใช้เวลา 4 สัปดาห์โดยการให้โปรแกรม COPE แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (C=Creative, O=Optimistic, P=Plan, and E=obtain Expert information) ซึ่งประกอบด้วย 1) บอกให้รู้ว่าปัญหาอะไรที่จะเกิดขึ้น 2) แยกได้ว่าปัญหาใดเร่งด่วน ต้องได้รับการแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญ 3) แยกได้ว่าปัญหาใดสามารถป้องกันและแก้ไขให้ดีขึ้นได้ 4) พิจารณาถึงอุปสรรคที่จะขัดขวางการดูแล 5) จัดอุปสรรคออกไป และปรับเปลี่ยนวางแผนการดูแลให้ดีขึ้น ผลการศึกษาพบว่า มีการแก้ไขอารมณ์ตั้งเครียดให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .03$ ) ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ( $p < .06$ ) และมีการเตรียมการแก้ไขในทางบวก ( $p < .06$ )

2.3. การสนับสนุนติดตามช่วยเหลือ ทำได้โดยแนะนำและประสานงานแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม พร้อมเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแล สามารถโทรปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง และมีการติดตามเยี่ยม ทางโทรศัพท์ ทั้งนี้เพื่อให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยวเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยสามารถขอความช่วยเหลือ ฟังพญาอาศัยผู้อื่นได้ กระบวนการดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดของรอย (Roy & Andrews, 1999) ที่ว่าการสนับสนุนติดตามคอยช่วยเหลือและสนับสนุนบุคคลในการแก้ไขปัญหาต่างๆ เป็นส่วนหนึ่งของกฏปฏิบัติการพยาบาล (intervention) ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้ตามแผนสร้างเสริมประสิทธิภาพการปรับตัวของบุคคล เมื่อพิจารณาจากข้อก่อนเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่าญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านการพึ่งพา อาศัยผู้อื่น



อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 28.60, SD = 3.85$ ) ซึ่งด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมีข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวน้อยที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือ ท่านรู้แหล่งให้ความช่วยเหลือ ( $M = 2.40, SD = 0.87$ ) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวน้อยเป็นอันดับสองและอยู่ในระดับปานกลาง คือ ท่านขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ( $M = 3.08, SD = 0.64$ ) เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัว ญาติผู้ดูแลได้รับการพยาบาลเพื่อส่งเสริม ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น โดยมีเป้าหมายให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหงา ห่างเหิน ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งการสนับสนุนติดตามช่วยเหลือกระทำ ได้โดยให้บุคคลมีส่วนร่วมในการเลือกตัดสินใจ แนะนำและประสานงานกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลสามารถโทรปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมงและมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นระยะ ๆ เพื่อสอบถามปัญหาและความต้องการช่วยเหลือของบุคคล กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้คะแนนการปรับตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวสูงขึ้น (ภาคผนวก จ ตาราง ๘) โดยเฉพาะด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้แหล่งให้ความช่วยเหลือมากขึ้น กล้าที่จะขอความช่วยเหลือและคำแนะนำจากผู้อื่น มีความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และว่าเหงาอีกต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาอิกกินสัน และคณะ (Higginson et al., 2002) ที่พบว่าการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญในทีมการดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพอื่น ๆ ในเรื่องของการควบคุมอาการรบกวนผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่นอาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น โดยให้การสนับสนุนในการปรับตัวของญาติ อำนวยความสะดวกพวก เครื่องมือ อุปกรณ์บางอย่างที่สามารถนำไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจที่ดี สามารถแก้ไขอาการรบกวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดีระดับหนึ่ง สามารถลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ที่บ้านได้ตามความต้องการ นอกจากนี้การศึกษาของแอนเดอร์สัน และคราลิก (Anderson & Kralik, 2008) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพการดูแลแบบประคับประคองโดยสามารถโทรปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง สามารถขอคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ได้ตลอดเวลาตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดสามารถขอคำปรึกษาการบริหารยาแก้ปวดได้ทันที ลดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ซึ่งความรู้ที่ผู้ดูแลได้รับทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน และลดความรู้สึกที่เป็นภาระของผู้ดูแล มีความพึงพอใจและสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อทีมสุขภาพ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

3. ประเมินผลการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ภายหลังได้รับการพยาบาลส่งเสริมการปรับตัว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ว่า การปรับตัวของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังดีขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ หากไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ให้สำรวจว่า

อะไรที่ทำให้เป็นปัญหาในการปรับตัว พร้อมทั้งหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน อีกทั้งผู้วิจัยพูดให้กำลังใจ ชื่นชมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจ รู้สึกมั่นใจที่จะจัดการดูแลตนเองเพื่อการปรับตัวที่ดีอย่างยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากนั้นบอกกล่าวการสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัว ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัว ญาติผู้ดูแลมีคะแนนการปรับตัวที่ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

*สมมติฐานข้อที่ 2 ญาติผู้ดูแลกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ*

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ส่งเสริมการปรับตัว สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 (ตาราง 4) ซึ่งผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ดังนี้

จากคะแนนเฉลี่ย การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 115.00 และ 108.32 ตามลำดับ อยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม และเมื่อทดสอบด้วยสถิติทีอิสระพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ภาคผนวก จ ตาราง จ4) โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มทดลอง ประเด็นนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อพิจารณาย้อนกลับไปยัง ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองพบว่า มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ส่วนใหญ่ 7-10 วันมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ระยะเวลาดังกล่าวส่วนใหญ่ 3-6 วัน เป็นไปได้ว่าระยะเวลาที่ให้การดูแลนาน ซึ่งเป็นการอยู่กับสิ่งเร้าเป็นเวลาหลายวัน มีความเครียด ความเหนื่อยล้ายาวนาน ส่งผลให้ กลุ่มทดลองเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มากกว่าจึงสะท้อนปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้มากกว่าเช่นกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิมาลา และคณะ (2548) ที่พบว่าพฤติกรรมการปรับตัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน สามารถปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลระยะเวลาสั้นกว่า ดังนั้น ความแตกต่างของคะแนนการปรับตัวก่อนการทดลองจึงไม่ถือว่าเป็นปัจจัยร่วมที่จะรบกวนการศึกษาครั้งนี้ จากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจาก เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย แผนกอายุรกรรม ซึ่งเป็นการสอนและการสาธิตแก่ญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการให้ผู้ดูแลปฏิบัติในการ

ดูแลผู้ป่วยเท่านั้น เช่น การเช็ดตัว การให้อาหารและยา เป็นต้น โดยเน้นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไม่ใช่ของญาติผู้ดูแลจึงไม่มีการประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังว่าเป็นอย่างไร ไม่มีการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแล ไม่มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เมื่อเกิดปัญหาในการปรับตัว โดยใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้สนใจที่จะดูแลตนเอง อาจทำให้ญาติผู้ดูแล เกิดอาการอ่อนล้า นอนไม่หลับ มีความวิตกกังวล เครียด รู้สึกเป็นภาระหนัก ไม่รู้วิธีที่จะจัดการดูแลตนเองอย่างไรให้เหมาะสม ส่งผลให้การปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ดีเท่าที่ควร ปรากฏให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังภายหลังการ ทดลองของกลุ่มควบคุมไม่ได้ดีขึ้น โดยยังอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม และเมื่อทดสอบด้วยสถิติที่พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ภาคผนวก จ ตาราง๗) โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ส่วนกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นรายบุคคล ซึ่งมีการทำให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าการปรับตัวของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไรอยู่ระดับใด มีการตั้งเป้าหมาย ว่าการปรับตัวด้านที่ไม่ดีต้องส่งเสริมให้ดีขึ้น และการ ปรับตัวด้านใดที่ดีอยู่แล้วให้ดีขึ้น โดยมีการให้คำปรึกษาพร้อมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบกับการจัดโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัว โดยเน้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการดูแล ตนเองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีการ สนับสนุนติดตามช่วยเหลือ แนะนำและประสานงาน แหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสามารถโทรปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมงและมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ทั้งนี้เพื่อให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกละเลยเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถขอความช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

จากการจัด โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวดังกล่าว ทำให้กลุ่ม ทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังภายหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ( $t = 21.68, df = 48$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ อเบอเนตตีและคณะ (Abemethy et al., 2008) ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยบริการการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะที่ทำให้ผลลัพธ์ในระยะสั้นและระยะยาวของผู้ดูแลดีขึ้น โดยสำรวจเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มที่รับบริการการดูแลประคับประคองอย่างเจาะจง และกลุ่มที่ไม่ได้รับบริการการดูแลประคับประคองอย่างเจาะจง โดยระยะสั้น หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือต่างๆขณะผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ส่วนระยะยาวมองไปถึงอนาคตหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการบริการการดูแลประคับประคองอย่างเจาะจง ประกอบด้วย การช่วยเหลือในการบริหารยาและควบคุมอาการรบกวนผู้ป่วย การดูแลการพักผ่อน ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแหล่งให้บริการช่วยเหลือ การสนับสนุน

ทางอารมณ์ จิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การสนับสนุนวางแผนด้านการเงินและพินัยกรรม  
และการสนับสนุนช่วยเหลือหลังการเสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่รับบริการการดูแล  
ประคับประคองอย่างเจาะจง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับบริการการดูแล  
ประคับประคองอย่างเจาะจง

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม ส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสตูล จำนวน 50 ราย โดยการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด และมีความใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ และระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบ ประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) เครื่องมือใช้ในการดำเนินการทดลอง เป็นโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย แผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และคู่มือเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลคนที่รัก โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำผู้ช่วยวิจัย และอธิบาย ให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ และขอความร่วมมือในการวิจัย สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประเมินการปรับของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจัดให้ 25 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และทำการประเมินการปรับของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทางโทรศัพท์ในวันที่ 14 นับจากวันแรกที่เข้าร่วมการวิจัยโดยผู้ช่วยวิจัย ส่วน 25 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นรายบุคคล ซึ่งต้องพบผู้วิจัย นละ 3

วัน วันละ 30-60 นาที หลังจากนั้นสามารถขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์จากผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีการเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัยในวันที่ 7 นับจากวันแรกที่เข้าร่วมโปรแกรม และทำการประเมิน การปรับของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางโทรศัพท์ในวันที่ 14 นับจากวันแรกที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยผู้ช่วยวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังภายในกลุ่มทดลองซึ่งทดสอบโดยใช้สถิติที่คู่ ส่วนการเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติทีอิสระ

### ผลการวิจัย

1. ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมดังกล่าว สูงกว่าก่อนเข้า ร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

2. ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมดังกล่าว สูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

### ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้วิจัยในการออกติดตาม สัมภาษณ์ การ ปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่บ้าน จึง มีการติดตาม สัมภาษณ์ การปรับตัวของญาติผู้ดูแลเมื่อครบ 2 สัปดาห์ โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ซึ่ง อาจจะไม่สามารถยืนยันเกี่ยวกับการปรับตัวด้านอัตมโน ทัศน์เพราะไม่เห็นสีหน้าท่าทางของผู้ตอบ ทำให้ข้อมูลที่ได้ อาจมีความบิดเบือน ไปจากข้อเท็จจริง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการประเมินระดับการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง หากพบว่าอยู่ในระดับร้อยละ 50 ควรพิจารณา ส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้เร็วขึ้นอย่างเหมาะสม โดยนำ โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไปใช้กับญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ เกิดการ ปรับตัวที่ดี ยอมรับในการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ควรมีการประเมิน การปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อนการส่งเสริมการปรับตัว โดยพิจารณาข้อเคาะเน้นที่ดำในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัญหาต่อญาติผู้ดูแล และจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัว ให้แก่ญาติผู้ดูแลแต่ละราย ได้ ดังนี้

2.1. การปรับตัวด้านร่างกาย โดยให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของบุคคล ตลอดจนวิธีผ่อนคลายความตึงเครียด อ่อนล้า เพื่อให้ญาติผู้ดูแล มีการดูแลตนเองไม่ให้ทรุดโทรม สามารถจัดสรรเวลาพักผ่อน รับประทานอาหารได้เหมาะสม ระบบการทำงานของร่างกายปกติ

2.2. การปรับตัวด้านความรู้สึกต่อตนเอง โดยให้คำปรึกษา และเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคคล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลยังคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่มีความรู้สึกผิด ส่งผลให้มีความวิตกกังวลลดลง มีสมาธิ ไม่ละเลยการดูแลตนเอง

2.3. การปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ที่ต้องกระทำต่อสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแล ต้องเผชิญ นั่นคือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการจัดการอาการรบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ญาติผู้ดูแล สามารถปรับตัวต่อบทบาทต่างๆที่มีอยู่ได้ เช่น การลดความรู้สึกเป็นภาระ มีความเต็มใจที่จะรับบทบาท ไม่มีความขัดแย้งในการดำรงบทบาท เป็นต้น ซึ่งยังคงความรู้สึกมั่นคงในสังคม ไม่มีความเครียดและความเจ็บป่วยตามมาได้

2.4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น โดยให้บุคคลมีส่วนร่วมในการเลือกตัดสินใจ เกี่ยวกับการแก้ปัญหา แนะนำและประสานงานกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือเยี่ยมบ้านเป็นระยะ ๆ โดยสอบถามปัญหาและความต้องการ การช่วยเหลือของ ญาติผู้ดูแล จัดให้มี บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ นอกจากนี้ ในระบบการดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องควรกำหนดส่งต่อให้มีการดูแลเยี่ยมบ้านในระดับชุมชน เพื่อให้มีการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ญาติผู้ดูแล เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ ห่างเหิน ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

### ด้านการศึกษาพยาบาล

ในการจัดการศึกษา ควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติผู้ดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้มากขึ้น รวมถึงสามารถนำความรู้เหล่านี้มาใช้ปฏิบัติจริงได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามความต้องการทั้งของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอีกด้วย

### ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่าง ผู้ป่วยที่ญาติผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมการปรับตัวกับ ผู้ป่วยที่ญาติผู้ดูแล ไม่ได้ได้รับการส่งเสริมการปรับตัว เช่น การกลับเข้ามารักษาซ้ำ
2. ในการศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ครั้งนี้มีการติดตามประเมินผลในระยะเวลาอันสั้น การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามประเมินการปรับตัวในระยะยาว
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่นับถือศาสนาต่างกัน หรือระยะเวลาให้การดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต่างกัน
4. การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาทำให้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณได้ (ภาคผนวก ก)

### ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญ โดยจัดให้มีการอบรมเรื่องการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ



## บรรณานุกรม

- กรรมจริยา สุขรุ่ง. (2549). *สุขสุดท้ายที่ปลายทางเผชิญความตายอย่างสงบ*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามลดา.
- กัลยา แซ่ซิด. (2547). *ความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแล ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กิตติกร นิลมานต์. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ออเรนจ์ มีเดีย.
- กิตติกร นิลมานต์, พัชรียา ไชยลังกา, เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, จันทรา พรหมน้อยกานดาวศรีตุลาธรรมกิจ ประจวบ หนูอุไร, และคณะ. (2552). *ประสบการณ์ช่วงสุดท้ายของชีวิต : กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในภาคใต้*. ทูลสนับสนุนการวิจัย สถาบันวิจัยพัฒนาสุขภาพภาคใต้ , สงขลา.
- ขวัญตา บานทิพย์, พัชรียา ไชยลังกา, และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2543). *ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 20(1), 33-44.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณา, และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2552). *แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. นนทบุรี: ธนาเพรส.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิรนาถ ฉัตรวิวัฒน์. (2547). *การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จีระพรรณ สุริยงค์, ภัทราภรณ์ ทุงปันคำ, และชาลินี สุวรรณยศ. (2551). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อทักษะการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภท*. *พยาบาลสาร*, 35(3), 97-106.
- ชูชื่น ชิวพูนผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลั้มหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: เทพนิมิตการพิมพ์.
- จิตติมา โพธิ์ศรี. (2550). *การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ณัฐวรรณ เอี่ยมสวัสดิ์. (2552). *การรับรู้ความอ่อนล้าและการจัดการความอ่อนล้าในเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ทองทิพย์ พรหมสร. (2551). *การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลฟาง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2543). *กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15 (3), 55-64.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: วิ. พริน.
- นงศรีรัตน์ พุทรา. (2551). *ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นงเยาว์ ภูริวัฒนกุล , วิลาวรรณ ทิพย์มงคล , และกาญจนา วงษ์เลี้ยง . (2550). *ผลการให้ความรู้ผ่านโทรศัพท์ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกฟิเมอร์หักระยะพักฟื้น*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25, 19-27.
- นิกริหะ นิจินิกริ. (2547). *การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษยามาส ชิวสกุลขง. (2552). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. *วารสารพยาบาลสวนดอก*, 15(2), 41-52.

- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชัย สิทธิพันธ์.  
(บรรณาธิการ). (2550). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพมหานคร:  
โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย.(2546). การดูแลรักษาสภาพความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต  
(ข้อพิจารณาทางคลินิก). ใน สมบัติ ตรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์แห่ง  
การดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต*(หน้า21-23). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีการพิมพ์.  
พระไพศาล วิสาโล. (2547). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของพุทธศาสนา. *วารสาร  
เกื้อการณย์*, 11(2), 1-11.
- พินัยกรรมชีวิต สู่การจากไปด้วยใจสงบ. (2552). *เผชิญความตายอย่างสงบ*, 1(1). Retrieved January  
30, 2012, from [www. budnet. org/peacefuldeath](http://www.budnet.org/peacefuldeath)
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2539). ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง. ใน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภ  
ลิจิตและทัศนีย์ นะแส (บรรณาธิการ ). *วิจัยทางการแพทย์หลักการและกระบวนการ*  
(พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 138-159). สงขลา: เทมการพิมพ์.
- มณีนรัตน์ ปิ่นวิเศษ. (2550). *ชีวิตแล้ววัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เอมพันธ์จำกัด.  
ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: บทบาทพยาบาลที่ไม่ควร  
มองข้าม. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 9(2), 109-110.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณวดี พุชวัฒน์, และสมฤดี สิทธิมลล. (2542). ความต้องการในการ  
ดูแลของผู้สูงอายุ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล. *วารสารวิจัยทาง  
การพยาบาล*, 3(3), 251-266.
- รวี เดือนดาว. (2547). *ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
สุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนิพร คนชุม. (2547). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วย  
มะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ  
พยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- รุ่งนภา เขียวชะอ้า. (2552). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา  
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ  
พยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เรณู พุกบุญมี. (2541). *การรับรู้การพัฒนาเข้าสู่บทบาททางสังคมในวัยผู้ใหญ่ของวัยรุ่นป่วยเรื้อรัง*.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุสิตบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- ลักขมี ชาญเวชช์. (2549). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต*. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วรรณมา ปิยะเสวตกุล, สุจิตรา ลีมอานวยลาภ, ชิดชม สุวรรณน้อย, และวิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์. (2545). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. *วารสารคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 25(1), 69-85.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2547). *การดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ, และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2555). ประชากรสูงอายุไทย. ในสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (บรรณาธิการ). *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553* (หน้า 7-25). กรุงเทพมหานคร: บริษัทที่ คิว พี.
- วิมาลา เจริญชัย, ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ, และศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ. (2548). พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. *พยาบาลสาร*, 32(2), 22-33.
- สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์ภักดี (2553). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : นูรณาการสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทจุดทอง.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). *สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง* (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพมหานคร: อุษาการพิมพ์.
- ลิดารัตน์ สมัครสมาน. (2550). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุนิษา ไชยชนเดรติ. (2553). *ผลของโปรแกรมการรู้คิดบำบัดที่มีต่อความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตเวชคลินิกและชุมชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.
- สุรชาติพิย์ ขุนทอง. (2548). *การปรับตัวของผู้เสพยาเสพติดภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจิตสังคมบำบัดของโรงพยาบาลในจังหวัดพัทลุง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุมาลี นิมนานิตย์. (2546). *ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย*. หนังสือที่ระลึกงานพระราชทานเพลิงศพ นาย จรัส นิมนานิตย์, 23 สิงหาคม 2546. กรุงเทพมหานคร: 44-45.

- สุไศคาร์ แวตะ. (2551). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย*.  
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่หาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
 สงขลา.
- สุไศคาร์ แวตะ, กิตติกร นิลมานันต์, และประณีต ส่วงวัฒนา. (2552). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการ  
 ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(4), 95-109.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส.(2549). *สิทธิผู้ป่วย*. ใน สุวงศ์ ศาสตราวหา (บรรณาธิการ), *กฎหมายการ  
 แพทย์และสาธารณสุข* (หน้า 24-35). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์*. (2552). Retrieved January 30, 2012, from  
<http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>
- อนงค์ ภิบาล. (2552). *ความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนอง  
 ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการ  
 รักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่  
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อนุพงศ์ แก้วของแก้ว. (2552). *การให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของโรเจอร์ส  
 เพื่อเพิ่มอึดมโนทัศน์: กรณีศึกษาในผู้ต้องขัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาการจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อนุวัฒน์ สุขชุติกุล. (2554). *HA Update 2011*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  
 (องค์กรมหาชน).
- อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์. (2546). *การเขียนแผนการให้ความรู้ทางสุขภาพ*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- Abernethy, A., Burns, C., Wheeler, J., & Currow, D. (2009). Defining distinct caregiver  
 subpopulations by intensity of end of life care provided. *Palliative Medicine*, 23, 66-79.
- Abernethy, A.P., Currow, D.C., Fazekas, B.S., Luszcz, M.A., Wheeler, J.L., & Kuchibhatla, M.  
 (2008). Specialized palliative care services are associated with improved short- and long-  
 term caregiver outcomes. *Supportive Care Cancer*, 16, 585-597.
- Amass, C., & Allen, M. (2005). How a “just in case” approach can improve out of hours  
 palliative care. *The Pharmaceutical Journal*, 275, 22-23.
- Anderson, B. A., & Kralik, D. (2008). Palliative care at home: Carers and medication manage-  
 ment. *Palliative and Supportive Care*, 6, 349-356.
- Aranda, S.K., & Hayman-White, K. (2001). Home caregivers of the person with advanced cancer-  
 an Australian perspective. *Cancer Nursing*, 24, 300-307.

- Blanchard, C., Toseland, R., & McCallion, P. (1996). The effects of a problem solving intervention with spouses of cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, *14*, 1-21.
- Bradley, N., Davis, L., & Chow, E. (2005). Symptom distress in patients attending an outpatient palliative radiotherapy clinic. *Journal of Pain and Symptom Management*, *30*, 123-131.
- Burns, C.M., LeBlanc, T.W., Abernethy, A., & Currow, David. (2010). Young caregivers in end-of-life setting: A population-based profile of an emerging group. *Journal of Palliative Medicine*, *13*, 1225-1235.
- Cadell, S. (2003). Trauma and growth in Canadian carers. *AIDS Care*, *15*, 639-648.
- Cameron, J.I., Shin, J.L., Williams, D., & Stewart, D.E. (2004). A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 137-143.
- Caress, A.L., Chalmers, K., & Luker, K. (2009). A narrative review of interventions to support family carers who provide physical care to family members with cancer. *International Journal of Nursing Studies*, *46*, 1516-1527.
- Carter, P.A. (2006). A brief behavioral sleep intervention for family caregivers of persons with cancer. *Cancer Nursing*, *29*, 95-103.
- Chen, W-T., Wang, S-J., Lu, S-R., & Fuh, J-L. (2002). Which level of care is preferred for end-stage dementia? Survey of Taiwanese caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry Neurological*, *15*, 16-19.
- Cherlin, E., Fried, T., Prigerson, H.G., Schulman-Green, D., Johnson-Hurzeler, R., & Bradley, E.H. (2005). Communication between physicians and family caregivers about care at the end of life: When do discussions occur and what is said? *Journal of Palliative Medicine*, *8*, 1176-1185.
- Cherlin, E.J., Barry, C.L., Prigerson, H.G., Schulman-Green, D., Johnson-Hurzeler, R., Kasl, S.V., et al. (2007). Bereavement services for family caregivers: How often used, why, and why not. *Journal of Palliative Medicine*, *10*, 148-158.
- 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 (PPSv2). *Palliative Medicine*, *26*, 1034-1041.

- Clark, M.M., Rummans, T.A., Sloan, J.A., Jenson, A., Atherton, P.J., Frost, M.H., et al. (2006). Quality of life of caregivers of patients with advanced-stage cancer. *American Journal of Hospice Palliative Medicine*, 23,185-191.
- Clayton, J. M., Butow, P. N., Arnold, R. M., & Tattersall, M. H. N. (2005). Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally III cancer patients and their caregivers. *American Cancer Society*, 103, 1965-1975.
- Docherty, A., Owens, A., Asadi-Lari, M., Petchey, R., Williams, J., & Carter, Y. H. (2008). Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: A qualitative systematic review. *Palliative Medicine*, 22, 153-171.
- Dracup, K., Evangelista, L.S., Doering, L., Tullman, D., Moser, D.K., & Hamilton, M. (2004). Emotional well-being in spouses of patients with advanced heart failure. *Heart and Lung*, 33, 354-361.
- Engelberg, R. A., Downey, L., Wenrich, M. D., Carline, J. D., Silvestri, G.A., Dotolo, D., et al. (2010). Measuring the quality of end of life care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39, 951-971.
- Farber, S. J., Egnew, T. R., Herman-Bertsch, J. L., Taylor, T. R., & Guldin, G.E. (2003). Issue in end-of-life care: Patient, caregiver, and clinician perceptions. *Journal of Palliative Medicine*, 6, 19-31.
- Flynn, P. A. R., & Davis, A. J. (1990). Decision to forgo life-sustaining treatment nursing consideration, In N. L. Chaska (Ed.), *The nursing professional: Turning point* (pp. 321-329). St. Louis, MO: C.V. Mosby.
- Funk, L., Stajduhar, K. I., Toye, C., Grande, G. E., Aoun, S., & Todd, C. J. (2010). Part II: Home-based family caregiving at the end of life: A comprehensive review of published qualitative research (1998-2008). *Palliative Medicine*, 24, 594-607.
- Garrett, M. J. (1997). Chronic conditions. In J. M. Black & J. E. Matassarin (Eds.), *Medical surgical nursing: Clinical management for continuity of care*. (5th ed., pp. 105-119). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Grande, G.E., Farquhar, M.C., Barclay, S.I.G., & Todd, C.J. (2004). Caregiver bereavement outcome: Relationship with hospice at home, satisfaction with care, and home death. *Journal of Palliative Care*, 20, 69-77.

- Grande, G., Stajduhar, K., Aoun, S., Toye, C., Funk, L., Addington-Hall, J., et al. (2009). Supporting lay carers in end of life care: Current gaps and future priorities. *Palliative Medicine*, 23, 339-344.
- Grant, M., & Sun, V. (2010). Advances in quality of life at the end of life. *Seminars in Oncology Nursing*, 26, 26-35.
- Greaves, J., Vojkovic, S., Nikoletti, S., White, K., & Yuen, K. (2008). Family caregivers' perceptions and experiences of delirium in patients with advanced cancer. *Australian Journal of Cancer Nursing*, 9, 3-11.
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C.C., et al. (2004). Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 170, 1795-1801.
- Guarnaccia, P.J. & Parra, P. (1996). Ethnicity, social status, and family experiences of caring for mentally ill family member. *Community Mental Health Journal*, 32, 243-260.
- Haley, W.E., LaMonde, L.A., Han, B., Burton, A.M., & Schonwetter, R. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: Application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, 6, 215-224.
- Hall, B.A. (1997). Spirituality in terminal illness: An alternative view of theory. *Journal of Holistic Nursing*, 15, 82-96.
- Harding, R., Higginson, I.J., Leam, C., Donaldson, N., Pearce, A., George, R., et al. (2004). Evaluation of a short-term group intervention for informal carers of patients attending a home palliative care service. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27, 396-408.
- Hasson, F., Spence, A., Waldron, M., Kernohan, G., Mclaughlin, D., Watson, B., & Cochrane, B. (2009). Experiences and needs of bereaved carers during palliative and end-of-life care for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Palliative Care*, 25, 157-163.
- Higginson, I. J., Goodwin, D. M., Edwards, A. G. K., & Norman, C. E. (2002). Do hospital-based palliative team improve care for patients or families at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23, 96-106.
- Hopp, F.P., Thornton, N., & Martin, L. (2010). The experience of heart failure at the end of life: A systematic literature review. *National Association of Social Workers*, 35(2), 109-117.



- Hudson, P., Quinn, K., Kristianson, L., Thomas, T., Braithwaite, M., Fisher, J., et al. (2008). Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. *Palliative Medicine*, 22, 270-280.
- Hunt Raleigh, E., Robinson, H.J., Marold, K., & Jamison, M.T. (2006). Family caregiver perception of hospice support. *Journal of Hospice Palliative Nursing*, 8, 25-33.
- Ingleton, C., Payne, S., Sargeant, A., & Seymour, J. (2009). Barriers to achieving care at home at the end of life: Transferring patients between care settings using patient transport services. *Palliative Medicine*, 23, 434-445.
- Jablonski, A., & Wyatt, G. (2005). A model for identifying barriers to effective symptom management at the end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7, 1-14.
- Janssen, D.J.A., Spruit, M.A., Alsemgeest, T.P.G., Does, J.D., Schols, J.M., & Wouters, E.F.M. (2010). A patient-centred interdisciplinary palliative care programme for end-stage chronic respiratory diseases. *International Journal of Palliative Nursing*, 10, 189-194.
- Jo, S., Brazil, K., Lohfeld, L., & Willison, K. (2007). Caregiving at the end of life: Perspectives from spousal caregivers and care recipients. *Palliative and Supportive Care*, 5, 11-17.
- Juarez, G., Ferrell, B., Uman, G., Podnos, Y., & Wagman, L. (2008). Distress and quality of life concerns of family caregivers of patients undergoing palliative surgery. *Cancer Nursing*, 31, 2-10.
- Kangethe, S. (2009). Critical coping challenges facing caregivers of persons living with HIV/AIDS and other terminally ill persons: The case of Kanye care program, Botswana. *Indian Journal of Palliative Care*, 15, 115-121.
- Kealey, P., & McIntyre, I. (2005). An evaluation of the domiciliary occupational therapy service in palliative cancer care in a community trust: A patient and carers perspective. *European Journal of Cancer Care*, 14, 232-243.
- Keith, C. (1995). Family caregiving systems: Models, resources, and values. *Journal of Marriage And the Family*, 57, 179-189.
- Kinzbrunner, B. M., Weinreb, N. J., & Policzer, J. S. (2002). *20 common problems in end-of-life care*. New York: McGraw-Hill.

- Kris, A.E., Cherlin, E.J., Prigerson, H., Carlson, M.D., Johnson-Hurzeler, R., Kasl, S.V., et al. (2006). Length of hospice enrollment and subsequent depression in family caregivers: 13-month follow-up study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *14*, 264-269.
- Kristjanson, L.J., Cousins, K., White, K., Andrews, L., Lewin, G., Tinnelly, C., et al. (2004). Evaluation of a night respite community palliative care service. *International Journal of Palliative Nursing*, *10*, 84-90.
- Kuebler, K.K., Davis, M.P., & Moore, C.D. (2005). *Palliative practices an interdisciplinary approach*. Amsterdam: Elsevier Mosby.
- Kwak, J., Salmon, J. R., Acquaviva, K. D., Brandt, K., & Egan, K. A. (2007). Benefits of training family caregivers on experiences of closure during end of life care. *Journal of Pain and Symptom Management*, *33*, 434-445.
- Leung, K., Tsai, J., Cheng, S., Liu, W., Chiu, T., Wu, C., et al. (2010). Can a good death and quality of life be achieved for patients with terminal cancer in a palliative care unit. *Journal of Palliative Medicine*, *13*, 1433-1438.
- Mangan, P. A., Taylor, K. L., Yabroff, K. R., Fleming, D. A., & Ingham, J. M. (2003). Caregiving near the end of life: Unmet needs and potential solutions. *Palliative and Supportive Care*, *1*, 247-259.
- Mary, T., & Karen, S. (2005). Supporting self-management in patient with chronic illness. *American Family Physician*, *72*, 1503-1510.
- McLaughlin, D., Sullivan, K., & Hasson, F. (2007). Hospice at home service: The carer's perspective. *Supportive Care Cancer*, *15*, 163-170.
- McMillan, S.C., & Small, B.J. (2007). Using the COPE intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: A clinical trial. *Oncology Nursing Forum*, *34*, 313-321.
- McMillan, S.C., Small, B.J., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L., et al. (2006). Impact of hospice patients with cancer: A randomized clinical trial. *Cancer*, *106*, 214-222.
- Murray, S.A., Kendall, M., & Boyd, K. (2005). An illness trajectories and palliative care. *British Medical Journal*, *330*, 1007-1011.

- Murray, S.A., Kendall, M., Grant, E., Boyd, K., Barclay, S., & Sheikh, A. (2007). Patterns of social, psychological and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management, 34*, 393-402.
- Murtagh, F.E.M., Addington-Hall, J.M., & Edmonds, P.M. (2007). Symptoms in advanced renal disease managed without dialysis. *Journal of Palliative Medicine, 10*, 1266-1276.
- Murtagh, F.E.M., Addington-Hall, J.M., & Higginson, I.J. (2007). The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: A systematic review. *Advanced Chronic Kidney Disease, 14*, 82-99.
- Murtagh, F.E.M., Spagnolo, A.G., Panocchia, N., & Gambaro, G. (2009). Conservative (non dialytic) management of end-stage renal disease and withdrawal of dialysis. *Progress in Palliative Care, 17*, 179-185.
- Nilmanat, K., Chailungka, P., Phungrassami, T., Promnoi, C., Tulathamkit, K., Noo-uri, P., et al. (2010). Living with suffering as voiced by Thai patients with terminal advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing, 16*, 393-399.
- Noble, H., Meyer, J., Bridges, J., Johnson, B., & Kelly, D. (2010). Exploring symptoms in patients managed without dialysis: A qualitative research study. *Journal of Renal Care, 36*, 9-15.
- Nordgren, L., & Sorensen, S. (2003). Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 2*, 213-217.
- O'Neill, J., & Mckinney, M. (2002). Care for the caregiver. In J. O'Neill & P. Selwyn (Eds.), *A clinical guide to supportive and palliative care for HIV/AIDS* (pp.1-24). U.S. Department of Health and Human Services.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concept of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby year book.
- Owen, J.E., Goode, K.T., & Haley, W.E. (2001). End of life care and reactions to death in African-American and White family caregivers of relatives with Alzheimer's Disease. *Omega, 43*, 349-361.
- Pickens, N. D., O'Reilly, K. R., & Sharp, K. C. (2010). Holding on to normalcy and overshadowed needs: Family caregiving at end of life. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 77*, 234-240.

- Pierce, L.L., & Lutz, B.J. (2009). Family caregiving. In: P.D. Larsen, & I.M. Lubkin (Eds.), *Chronic illness: Impact and intervention* (7th ed.), (pp.217-252). Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). Power analysis and effect size. In: D.F. Polit, & C.T. Beck (Eds.), *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.), (pp. 602-606). Philadelphia: Wolters Kluwer: Lippincott Wilkins.
- Rosmawati Mohamed. (2005). *The effect of supportive-developmental nursing program on self-care practice of persons with type 2 diabetes at the hospital of University science Malaysia*. Master' thesis, Prince of Songkla University, Thailand.
- Rossi Ferrario, S., Cardillo, V., Vicario, F., Balzarini, E., & Zotti, A.M. (2004). Advanced cancer at home: Caregiving and bereavement. *Palliative Medicine*, 18, 129-136.
- Rousseau, P. (2003). Spirituality and the dying patient. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 54-56.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model*. (2nd ed.). London: Appleton & Lange.
- Scott, L. (2000). Caregiving and care receiving among a technologically dependent heart failure population. *ANS Advance Nursing Science*, 23, 82-97.
- Singer, P. A., Martin, D. K., & Kelner, M. (1999). Quality end of life care: Patient' perspectives. *The Journal of the American Medical Association*, 281, 163-168.
- Skilbeck, J.K., Payne, S.A., Ingleton, M.C., et al. (2005). An exploration of family carers' experience of respite services in one specialist palliative care unit. *Palliative Medicine*, 19, 610-618.
- Smeenk, F.W., de Witte, L.P., van Haastregt, J.C., Schipper, R.M., Biezemans, H.P., & Crebolder, H.F. (1998). Transmural care of terminal cancer patients: Effects on the quality of life of direct caregivers. *Nursing Research*, 47, 129-136.
- Stajduhar, K. I., Funk, L., Toye, C., Grande, G. E., Aoun, S., & Todd, C. J. (2010). Part I: Home-based family caregiving at the end of life: A comprehensive review of published quantitative research (1998-2008). *Palliative Medicine*, 24, 573-593.

- Steen, J.T., Gijsberts, M.J., Knol, D.L., Deliens, L., & Muller, M.T. (2009). Ratings of symptoms and comfort in dementia patients at the end of life: Comparison of nurses and families. *Palliative Medicine, 23*, 317-324.
- Timby, B.K., & Smith, N.E. (2010). End of life care. In B.K. Timby, & N.E. Smith (Eds.), *Introductory medical-surgical nursing* (10th ed.), (pp. 87-95). New York: Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins.
- Walsh, K., Jones, L., Tookman, A., Mason, C., McLoughlin, J., Blizard, R., et al. (2007). Reducing emotional distress in people caring for patients receiving specialist palliative care. Randomized trial. *British Journal of Psychiatry, 190*, 142-147.
- Watson, M.S., Lucas, C.F., Hoy, A.M., & Back, I.N. (2005). *Oxford handbook of palliative care*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Weinreb, N. J., Kinzbrunner, B. M., & Clark, M. (2002). Pain management. In B.M. Kinzbrunner, N. J. Weinreb & J. S. Policzer (Eds.), *20 Common problems in end of life care* (pp. 91-146). New York: McGraw-Hill.
- Wilson, K. G., Scott, J. E., Graham, I. D., Kozak, J. F., Chater, S., Viola, R. A., et al. (2002). Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician assisted suicide. *Archives of Internal Medicine, 160*, 2454-2460.
- Yoo, J., Lee, J., & Chang, S. (2008). Family experiences in end-of-life care: A literature review. *Asian Nursing Research, 2*, 223-234.
- Yun, Y. H., Kim, S. H., Lee, K. M., Park, S. M., Lee, C. G., Choi, Y. S., et al. (2006). Patient-reported assessment of quality care at end of life: Development and validation of quality care questionnaire-end of life. *European Journal of Cancer, 42*, 2310-2317.

**ภาคผนวก**

## ภาคผนวก ก

### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณของโคเฮน (Cohen, 1988 cited in Polit & Beck, 2008)

$$d = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma}$$

$\sigma$  =  $\sqrt{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}/2$       d คือ ขนาดอิทธิพล  
 $\mu_1$  คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง       $\mu_2$  คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม  
 $\sigma_1$  คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง  
 $\sigma_2$  คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันของอเบอร์นีตีและคณะ (Abernethy et al., 2008) ศึกษาเกี่ยวกับผลของบริการการดูแลแบบประคับประคองอย่างเฉพาะเจาะจงต่อความสามารถที่จะดำเนินชีวิตต่อไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

$$\mu_1 = 179 \quad \mu_2 = 121 \quad \sigma_1 = 247.93 \quad \sigma_2 = 140.61$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตรได้} \quad d &= \frac{179 - 121}{\sqrt{(247.93^2 + 140.61^2)}/2} \\ &= 0.41 \end{aligned}$$

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโพลิต และเบ็ค (Polit & Beck, 2008) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 98 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ทั้งหมด 196 ราย โดยต้องใช้เวลาเก็บข้อมูลนานเกือบปี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีความจำกัดในเรื่องของเวลา จึงพิจารณาตามหลักการของ โพลิต และเบ็คที่กล่าวว่า ถ้าเป็นการวิจัยกึ่งทดลองควรมีตัวอย่างอย่างน้อยที่สุดจำนวน 20-30 ราย ถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 10 ราย (Polit & Beck, 2008, pp. 604) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม 25 ราย รวมสองกลุ่มเท่ากับ 50 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่น้อยหรือมากเกินไปและเพื่อเป็นการยืนยันความน่าเชื่อถือของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเก็บข้อมูล

ครบสองกลุ่มจำนวน 50 ราย ผู้วิจัยจึงได้นำค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมาตรวจสอบด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปหาค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 0.91 และมีค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 1.0 ซึ่งมีอำนาจการทดสอบอยู่ในระดับสูงและมีความน่าเชื่อถือ



**ภาคผนวก ข**  
**ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย**

*แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มควบคุม)*

ดิฉัน นางสาวเพ็ญศิริ มรกต เป็นนักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรม ส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล การให้ความรู้ และคำแนะนำเพื่อส่งเสริมให้ญาติมีการปรับตัวที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยของท่านจะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ดังนั้นการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นสิทธิของท่านและจะไม่มีผลต่อการให้บริการรักษาพยาบาลใดๆทั้งสิ้น หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้จะมีการนัดติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์กับท่านอีก 1 ครั้งใน วันที่ 14 นับจากวันพบกันครั้งแรก พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกและแบบสอบถาม ทั้งนี้ ท่านสามารถบอกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ ส่วนชื่อ นามสกุล และประวัติส่วนตัวของท่านและผู้ป่วย จะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้จากท่านจะถูกนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนและเต็มใจที่เข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

(นางสาวเพ็ญศิริ มรกต)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ผู้วิจัย

## ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ดิฉัน นางสาวเพ็ญศิริ มรกต เป็นนักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรม ส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล การให้ความรู้ และการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมให้ญาติมีการปรับตัวที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ท่านจะได้มีความรู้และทักษะสามารถแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านมีความวิตกกังวล เครียด ส่งผลให้ท่านมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นสิทธิ์ของท่านและจะไม่มีผลต่อการให้บริการรักษาพยาบาลใดๆทั้งสิ้น หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ดิฉันขอความร่วมมือจากท่านเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างใน การเข้าร่วมโปรแกรม ส่งเสริมการปรับตัวของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะใช้เวลา ในการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวทั้งหมด 2 สัปดาห์ จะมีการนัดพบกับท่านเพื่อ ให้คำปรึกษา ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 1 เป็นเวลา 3 วัน ต่อจากนั้นมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 7, 14 ของการเก็บข้อมูล ใช้เวลาในแต่ละครั้ง 30-60 นาที พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกและแบบสอบถาม หากท่านมีข้อสงสัยหรือปัญหาในระหว่างการเข้าร่วม โปรแกรมสามารถโทรสอบถามและปรึกษาผู้วิจัย ได้ตลอด 24 ชั่วโมงที่เบอร์โทร 086-9578212 ทั้งนี้ท่านสามารถบอกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ ส่วนชื่อ นามสกุล และประวัติส่วนตัวของท่านและผู้ป่วยจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้จากท่านจะถูกนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนและเต็มใจที่เข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....

(นางสาวเพ็ญศิริ มรกต)

ผู้วิจัย

**ภาคผนวก ก**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

**คำชี้แจง** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก
2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล
3. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
4. แบบประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

## แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

### (Palliative Performance Scale for Adult Suandok) (PPS Adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติ กิจกรรมและ การดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความ รู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงาน ได้ตามปกติและไม่มี อาการของโรค	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงาน ได้ตามปกติและมี อาการของโรคบาง อาการ	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมาก ในการทำกิจกรรม ตามปกติและมีอาการ ของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ ตามปกติ และมีอาการ ของโรคอย่างชัดเจน	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงาน อดิเรกหรืองานบ้าน ได้ และมีอาการของโรค อย่างชัดเจน	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็นบางครั้ง/ บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่งหรือนอนเป็นส่วน ใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้ เลย และมีอาการของ โรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อย มาก และมีอาการของ โรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็นส่วน ใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรม ใดๆ และมีอาการของ โรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรม ใดๆ และมีอาการของ โรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรม ใดๆ และมีอาการของ โรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานอาหารทางปาก ไม่ได้	ง่วงซึม หรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

เลขที่แบบสอบถาม   กลุ่มควบคุม  กลุ่มทดลอง

## แบบสัมภาษณ์

เรื่อง การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่ท่านเลือก และเติมคำในช่องว่าง.....

ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ
  1.  ชาย
  2.  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา
  1.  พุทธ
  2.  อิสลาม
  3.  คริสต์
  4.  อื่นๆระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
  1.  โสด
  2.  คู่
  3.  หม้าย
  4.  หย่า/แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา
  1.  ไม่ได้เรียนหนังสือ
  2.  ประถมศึกษา
  3.  มัธยมศึกษา/ปวช.
  4.  อนุปริญญา/ปวส.
  5.  ปริญญาตรี
  6.  ปริญญาโทหรือสูงกว่า
6. อาชีพ
  1.  ไม่ได้ประกอบอาชีพ
  2.  ค้าขาย
  3.  รับจ้าง
  4.  เกษตรกรรม
  5.  รับราชการ
  6.  รัฐวิสาหกิจ
  7.  นักศึกษา
  8.  อื่นๆระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....
8. ความเพียงพอของรายได้
  1.  ไม่เพียงพอ
  2.  เพียงพอ
  3.  เหลือเก็บ
9. บทบาทในครอบครัว
  1.  หัวหน้าครอบครัว
  2.  สมาชิกครอบครัว
10. ลักษณะของครอบครัว
  1.  ครอบครัวเดี่ยว
  2.  ครอบครัวขยาย

11. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
12. ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....
13. โรคประจำตัว
  1.  ไม่มี
  2.  มี ระบุ.....
14. ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยในช่วงเจ็บป่วยเรื้อรัง.....(วัน/เดือน/ปี)
15. ระยะเวลาที่รับรู้จากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย.....(วัน)
16. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้.....(วัน)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่ท่านเลือก และเติมคำในช่องว่าง.....

(ในส่วนนี้บันทึกข้อมูลโดยผู้วิจัย)

1. เพศ
  1.  ชาย
  2.  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สิทธิในการรักษา
  1.  จ่ายเงินเอง
  2.  เบิกได้
  3.  บัตรประกันสังคม
  4.  บัตร 30 บาท
  5.  บัตรผู้สูงอายุ
  6.  อื่นๆระบุ.....
4. การวินิจฉัยโรค.....

**ส่วนที่ 3** แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ ชุดนี้เป็นแบบ สัมภาษณ์ การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความรู้สึกต่อตนเอง ด้านการ แสดงบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องช่องว่าง ที่ตรงกับรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยมีหลักเกณฑ์การเลือกดังนี้

- ไม่มี หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรมหรือไม่รู้สึกตามข้อนั้นเลย  
 น้อย หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือรู้สึกตามข้อนั้นเป็นบางครั้ง  
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือรู้สึกตามข้อนั้นค่อนข้างบ่อยครั้ง  
 มาก หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือรู้สึกตามข้อนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือบ่อยครั้ง  
 มากที่สุด หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือรู้สึกตามข้อนั้นอยู่เสมอหรือเป็นประจำ

ข้อความ	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>ด้านร่างกาย</b>					
1. ท่านรับประทานอาหารได้ตามปกติ	.....	.....	.....	.....	.....
2. ....	.....	.....	.....	.....	.....
3. ....	.....	.....	.....	.....	.....
4. ....	.....	.....	.....	.....	.....
5. ....	.....	.....	.....	.....	.....
6. ....	.....	.....	.....	.....	.....
7. ....	.....	.....	.....	.....	.....
8. ....	.....	.....	.....	.....	.....



ข้อความ	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>ด้านความรู้สึกต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์)</b>					
9. ท่านมีความวิตกกังวล	.....	.....	.....	.....	.....
10. ....	.....	.....	.....	.....	.....
16. ท่านรู้สึกสนใจดูแลตนเอง	.....	.....	.....	.....	.....
<b>ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่</b>					
17. ท่านทำหน้าที่ในฐานะบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร ได้ตามปกติ	.....	.....	.....	.....	.....
18. ....	.....	.....	.....	.....	.....
24. ท่านมีเวลาพบปะผู้คนรอบข้าง	.....	.....	.....	.....	.....
<b>ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น</b>					
25. ท่านรู้สึกโดดเดี่ยว/ว้าเหว่	.....	.....	.....	.....	.....
26. ....	.....	.....	.....	.....	.....
32. ท่านขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่นได้เป็นอย่างดี	.....	.....	.....	.....	.....

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1. แผนการพยาบาลส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
2. คู่มือเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก

### แผนการพยาบาลส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากแบบสัมภาษณ์ การปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) มีจำนวน 32 ข้อ ซึ่งจะเป็นคำถามด้านบวก 19 ข้อ คำถามด้านลบ 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์การปรับตัวด้านร่างกายจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์การปรับตัวด้านอารมณ์ทัศนคติจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์การปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นจำนวน 8 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ กำหนดให้เลือกเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของค่าคะแนน ดังนี้

- 1 หมายถึง ผู้ตอบไม่มีพฤติกรรมหรือไม่รู้สึกรู้สึตามข้อนั้นเลย
- 2 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือรู้สึกรู้สึตามข้อนั้นเป็นบางครั้ง
- 3 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือรู้สึกรู้สึตามข้อนั้นค่อนข้างบ่อยครั้ง
- 4 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือรู้สึกรู้สึตามข้อนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือบ่อยครั้ง
- 5 หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือรู้สึกรู้สึตามข้อนั้นอยู่เสมอหรือเป็นประจำ

การแปลผลระดับคะแนนใช้เกณฑ์การคิดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ซึ่งใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับขั้นที่แบ่ง (ชูศรี, 2546) โดยพิจารณาเป็นรายด้าน ได้ค่าคะแนนรายด้านดังนี้

ค่าคะแนนการปรับตัวอยู่ระหว่าง 32 - 40 หมายถึง การปรับตัวอยู่ในระดับสูง

ค่าคะแนนการปรับตัวอยู่ระหว่าง 20 - 31 หมายถึง การปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนการปรับตัวอยู่ระหว่าง 8 - 19 หมายถึง การปรับตัวอยู่ในระดับต่ำ

**แผนการพยาบาลส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามระดับ  
คะแนนการปรับตัวในแต่ละด้าน**

ระดับคะแนนการปรับตัวที่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ	ระดับคะแนนการปรับตัวที่อยู่ในระดับสูง
<p><b>การปรับตัวด้านร่างกาย</b></p> <p><b>เป้าหมาย</b> ให้อาการผู้ดูแล มีการดูแลตนเอง ไม่ให้ทรุดโทรม จัดสรรเวลาพักผ่อน นอนหลับ รับประทานอาหารได้เหมาะสม มีระบบการทำงานในร่างกายปกติ</p> <p><b>การพยาบาล</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สะท้อนผลการประเมินการปรับตัวด้านร่างกายที่บกพร่องให้อาการผู้ดูแลรับทราบ</li> <li>- ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับญาติผู้ดูแลให้การปรับตัวด้านร่างกายที่บกพร่องดีขึ้น</li> <li>- สอบถามวิธีการจัดการข้อบกพร่องเหล่านั้น</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> <li>- ประเมินผลการปรับตัวด้านร่างกาย</li> </ul>	<p><b>การปรับตัวด้านร่างกาย</b></p> <p><b>เป้าหมาย</b> เพื่อคงไว้ซึ่ง การปรับตัวด้านร่างกายที่ดี</p> <p><b>การพยาบาล</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สะท้อนผลการประเมินการปรับตัวด้านร่างกายที่อยู่ในระดับสูง ให้อาการผู้ดูแลรับทราบ</li> <li>- กล่าวชื่นชมญาติผู้ดูแลในการดูแลตนเองได้ดีและตั้งเป้าหมายร่วมกันให้รักษาความสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง</li> <li>- ให้คำปรึกษาและความรู้เพิ่มเติม โดยสอบถามความต้องการการรู้ข้อมูลเพิ่มเติม และความต้องการคำปรึกษาเพิ่มเติมในการดูแลตนเอง</li> <li>- ติดตามสนับสนุนช่วยเหลือ โดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สอบถามปัญหาความต้องการช่วยเหลือที่อาจเกิดขึ้นได้ และให้การช่วยเหลือตามความต้องการ</li> <li>- ประเมินผลการปรับตัวด้านร่างกาย</li> </ul>

ระดับคะแนนการปรับตัวที่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ	ระดับคะแนนการปรับตัวที่อยู่ในระดับสูง
<p><b>การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (ความรู้สึกต่อตนเอง)</b></p> <p><b>เป้าหมาย</b> ให้ญาติผู้ดูแล ยังคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่มีความรู้สึกผิด ส่งผลให้ มีความวิตกกังวลลดลง มีพลังอำนาจในตนเอง ไม่ละเลยการดูแลตนเอง</p> <p><b>การพยาบาล</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สะท้อนผลการประเมินการปรับตัวด้านความรู้สึกต่อตนเอง ที่บกพร่องให้ญาติผู้ดูแลรับทราบ</li> <li>- ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับญาติผู้ดูแลให้ การปรับตัวด้านความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> <li>- ประเมินผล การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์</li> </ul>	<p><b>การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์</b></p> <p><b>เป้าหมาย</b> เพื่อคงไว้ซึ่ง การปรับตัวด้าน อัตมโนทัศน์ที่ดี</p> <p><b>การพยาบาล</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สะท้อนผลการประเมินการปรับตัวด้านความรู้สึกต่อตนเอง ที่อยู่ในระดับสูง ให้ญาติผู้ดูแลรับทราบ</li> <li>- กล่าวชื่นชมในการมองเห็นคุณค่าของตนเองและตั้งเป้าหมายให้รักษาความรู้สึกที่ดีต่อตนเองไว้</li> <li>- ให้คำปรึกษาและความรู้เพิ่มเติม โดยสอบถามความต้องการการรู้ข้อมูลเพิ่มเติม และความต้องการคำปรึกษาเพิ่มเติมในการสร้างความมั่นคงด้านจิตใจ</li> <li>- ติดตามสนับสนุนช่วยเหลือ โดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สอบถามปัญหาความต้องการช่วยเหลือที่อาจเกิดขึ้นได้ และให้การช่วยเหลือตามความต้องการ</li> <li>- ประเมินผลการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์</li> </ul>

ระดับคะแนนการปรับตัวที่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ	ระดับคะแนนการปรับตัวที่อยู่ในระดับสูง
<p><b>การปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่</b></p> <p><b>เป้าหมาย</b> ให้ญาติผู้ดูแลแสดงบทบาทหน้าที่ที่ต้องเผชิญได้อย่างเหมาะสม</p> <p><b>การพยาบาล</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สะท้อนผลการประเมินการปรับตัวด้านการแสดง บทบาท หน้าที่ ที่บกพร่องให้ญาติผู้ดูแลรับทราบ</li> <li>- ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับญาติผู้ดูแลให้การปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ดีขึ้น</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> <li>- ประเมินผลการปรับตัวด้านการแสดง บทบาทหน้าที่</li> </ul>	<p><b>การปรับตัวด้านการแสดงบทบาทหน้าที่</b></p> <p><b>เป้าหมาย</b> เพื่อคงไว้ซึ่ง การปรับตัว ด้านการ แสดงบทบาทหน้าที่ที่ดี</p> <p><b>การพยาบาล</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สะท้อนผลการประเมินการปรับตัวด้านการแสดง บทบาท หน้าที่ ที่อยู่ในระดับสูงให้ญาติผู้ดูแลรับทราบ</li> <li>- กล่าวชื่นชมในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และตั้งเป้าหมายให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ที่ดีไว้</li> <li>- ให้คำปรึกษาและความรู้เพิ่มเติม โดยสอบถามความต้องการการรู้ข้อมูลเพิ่มเติม และความต้องการคำปรึกษาเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>- ติดตามสนับสนุนช่วยเหลือ โดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สอบถามปัญหาความต้องการช่วยเหลือที่อาจเกิดขึ้นได้ และให้การช่วยเหลือตามความต้องการ</li> <li>- ประเมินผลการปรับตัวด้านการแสดง บทบาทหน้าที่</li> </ul>

ระดับคะแนนการปรับตัวที่อยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ	ระดับคะแนนการปรับตัวที่อยู่ในระดับสูง
<p><b>การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น</b></p> <p><b>เป้าหมาย</b> ให้ญาติผู้ดูแล รู้แหล่งขอความช่วยเหลือ ไม่เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว/ว้าเหว่</p> <p><b>การพยาบาล</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สะท้อนผลการประเมินการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ที่บกพร่องให้ญาติผู้ดูแลรับทราบ</li> <li>- ตั้งเป้าหมายร่วมกันกับญาติผู้ดูแลให้การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นดีขึ้น</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> <li>- ประเมินผล การปรับตัวด้าน การพึ่งพาอาศัยผู้อื่น</li> </ul>	<p><b>การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น</b></p> <p><b>เป้าหมาย</b> เพื่อคงไว้ซึ่ง การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นที่ดี</p> <p><b>การพยาบาล</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สะท้อนผลการประเมินการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นที่อยู่ในระดับสูง ให้ญาติผู้ดูแลรับทราบ</li> <li>- กล่าวชื่นชมในการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และให้คงไว้ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น</li> <li>- ให้คำปรึกษาและความรู้เพิ่มเติม โดยสอบถามความต้องการการรู้ข้อมูลเพิ่มเติม และความต้องการคำปรึกษาเพิ่มเติมในการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม</li> <li>- มีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง</li> <li>- ติดตามสนับสนุนช่วยเหลือ โดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สอบถามปัญหาความต้องการช่วยเหลือที่อาจเกิดขึ้นได้ และให้การช่วยเหลือตามความต้องการ</li> <li>- ประเมินผลการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น</li> </ul>

# คู่มือ

## เตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก



จัดทำโดย

นางสาวเพ็ญศิริ มรกต

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ดร. กิตติกร นิลมานันต์ และ ผศ.ดร. เขาวรัตน์ มัชฌิม



## ภาคผนวก จ

### ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

#### ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที (*t*-test)

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้นำไปทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบสถิติที (*t*-test) ดังนี้

1. ข้อมูลต้องมีระดับการวัดเป็นมาตราช่วง (interval scale) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งใช้แบบวัดแบบ likert scale ข้อมูลที่ได้เป็นมาตราช่วง คือ ค่าคะแนนระหว่าง 1-5 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที

2. การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (normal distribution) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าคะแนนทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติโดยได้ค่าสถิติที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ภาคผนวก จ ตาราง จ 1-จ2) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที

3. ความแปรปรวนของข้อมูลต้องเท่ากัน (test homogeneity of variance) โดยได้ค่าสถิติที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการทดสอบของชุดข้อมูล พบว่า มีความแปรปรวนเท่ากัน (ภาคผนวก จ ตาราง จ3) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที

## ตาราง จ1

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนการปรับตัวก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและ  
กลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov

การปรับตัว	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	One-Sample Kolmogorov- Smirnov Test	Asymp. Sig. (2-tailed)
ก่อนการทดลองโดยรวม					
กลุ่มควบคุม	25	115.00	8.05	0.55	0.93
กลุ่มทดลอง	25	108.32	8.28	0.85	0.46
รายด้าน					
ด้านร่างกาย					
กลุ่มควบคุม	25	28.72	4.85	1.02	0.25
กลุ่มทดลอง	25	28.00	2.53	0.70	0.71
ด้านความรู้สึกต่อตนเอง					
กลุ่มควบคุม	25	28.40	3.57	1.12	0.16
กลุ่มทดลอง	25	26.76	2.55	0.89	0.41
ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่					
กลุ่มควบคุม	25	27.24	3.47	1.04	0.23
กลุ่มทดลอง	25	24.96	3.43	0.85	0.47
ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น					
กลุ่มควบคุม	25	30.64	2.60	1.19	0.12
กลุ่มทดลอง	25	28.60	3.85	0.80	0.56

จากตาราง จ1 ผลการทดสอบการแจกแจงของคะแนนการปรับตัวก่อนการทดลองของ กลุ่ม  
ควบคุมด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า มีค่า Asymp. Sig. (2-tailed)  
เท่ากับ 0.93, 0.25, 0.16, 0.23 และ 0.12 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่า Asymp. Sig. (2-tailed)  
เท่ากับ 0.46, 0.71, 0.41, 0.47 และ 0.56 ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมด มีค่า Sig > .05 หมายความว่า ข้อมูลมี  
การแจกแจงแบบโค้งปกติ

## ตาราง จ2

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนการปรับตัวหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและ  
กลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov

การปรับตัว	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	One-Sample Kolmogorov- Smirnov Test	Asymp. Sig. (2-tailed)
หลังการทดลอง โดยรวม					
กลุ่มควบคุม	25	110.36	5.68	0.72	0.67
กลุ่มทดลอง	25	140.48	4.00	1.16	0.14
รายด้าน					
ด้านร่างกาย					
กลุ่มควบคุม	25	27.28	3.73	1.08	0.19
กลุ่มทดลอง	25	35.32	1.18	1.39	0.40
ด้านความรู้สึกต่อตนเอง					
กลุ่มควบคุม	25	27.40	2.43	0.83	0.50
กลุ่มทดลอง	25	35.12	0.97	1.15	0.15
ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่					
กลุ่มควบคุม	25	25.60	2.87	0.76	0.62
กลุ่มทดลอง	25	33.56	1.90	0.88	0.42
ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น					
กลุ่มควบคุม	25	30.08	3.12	1.02	0.25
กลุ่มทดลอง	25	36.48	1.74	0.71	0.69

จากตาราง จ2 ผลการทดสอบการแจกแจงของคะแนนการปรับตัวหลังการทดลองของ กลุ่มควบคุมด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า มีค่า Asymp. Sig. (2-tailed) เท่ากับ 0.67, 0.19, 0.50, 0.62 และ 0.25 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่า Asymp. Sig. (2-tailed) เท่ากับ 0.14, 0.40, 0.50, 0.42 และ 0.69 ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมด มีค่า Sig > .05 หมายความว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ตาราง จ3

การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนการปรับตัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ *Levene test*

การปรับตัว	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
ก่อนการทดลอง	0.01	1	48	0.94
หลังการทดลอง	2.17	1	48	0.15

จากตาราง จ3 ผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนการปรับตัว ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจากตาราง Test of Homogeneity of Variance พบว่า ความแปรปรวนของคะแนนการปรับตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตาราง จ4

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยรวม ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนการทดลองโดยสถิติทีอิสระ ( $N = 50$ )

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	คะแนนการปรับตัวโดยรวม			<i>t</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	
กลุ่มควบคุม	25	115.00	8.05	ปานกลาง	2.90*
กลุ่มทดลอง	25	108.32	8.28	ปานกลาง	

\*  $p < .01$

จากตาราง จ4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยรวมของกลุ่มควบคุม สูงกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง จ5

การแปลผลคะแนนรายด้าน รายข้อ และ โดยรวมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

การปรับตัว	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ด้านร่างกาย	8 - 19	20 - 31	32 - 40
ด้านความรู้สึกต่อตนเอง (อัตม โนทัศน์)	8 - 19	20 - 31	32 - 40
ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่	8 - 19	20 - 31	32 - 40
ด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น	8 - 19	20 - 31	32 - 40
รายข้อ	1.00 – 2.33	2.34 – 3.67	3.68 – 5.00
โดยรวม	32 -75	76 - 119	120 - 160

ตาราง จ6

ค่าต่ำสุด- ค่าสูงสุด คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปรับตัว และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม โดยสถิติทีคู่ ( $n=25$ )

การปรับตัวโดยรวม	กลุ่มควบคุม ( $n = 25$ )				
	Min-Max	$M$	$SD$	ระดับ	$t$
ก่อนการทดลอง	100-129	115.00	8.05	ปานกลาง	4.57*
หลังการทดลอง	98-120	110.36	5.68	ปานกลาง	

\*  $p < .01$

จากตาราง จ6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยรวมของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง สูงกว่าภายหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## ตาราง จ7

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปรับตัว และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมจำแนกเป็นรายด้าน และรายข้อ โดยสถิติทีคู่ ( $n=25$ )

การปรับตัว	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			P-value**
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
ด้านร่างกาย	28.72	4.85	ปานกลาง	27.28	3.73	ปานกลาง	0.00
1. ท่านได้รับประทานอาหารได้ตามปกติ	3.72	0.89	สูง	3.64	0.64	ปานกลาง	0.16
2. หัวใจท่านเต้นปกติ	3.88	0.67	สูง	3.88	0.67	สูง	-
3. ท่านรู้สึกหายใจไม่เต็มอิม	3.68	1.07	สูง	3.60	1.00	ปานกลาง	0.16
4. ท่านมีการขับถ่ายปกติ	3.88	0.83	สูง	3.84	0.80	สูง	0.33
5. ท่านรู้สึกอ่อนล้า	3.16	0.99	ปานกลาง	2.68	0.69	ปานกลาง	0.00
6. ท่านมีอาการนอนไม่หลับ	3.40	1.08	ปานกลาง	3.28	1.02	ปานกลาง	0.83
7. ท่านมีสมาธิในการทำสิ่งต่างๆได้ตามปกติ	3.44	0.87	ปานกลาง	3.40	0.82	ปานกลาง	0.33
8. ท่านรู้สึกร่างกายทรุดโทรม	3.56	1.00	ปานกลาง	2.96	0.54	ปานกลาง	0.00
ด้านความรู้สึกต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์)	28.40	3.57	ปานกลาง	27.40	2.43	ปานกลาง	0.01
9. ท่านมีความวิตกกังวล	2.44	0.77	ปานกลาง	2.24	0.60	ปานกลาง	0.02
10. ท่านรู้สึกเครียด	3.04	0.74	ปานกลาง	2.96	0.61	ปานกลาง	0.33
11. ท่านรู้สึกผิด	3.56	1.08	ปานกลาง	3.32	0.95	ปานกลาง	0.03
12. ท่านยอมรับในการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของผู้ป่วย	3.20	1.00	ปานกลาง	3.32	0.95	ปานกลาง	0.19
13. ท่านรู้สึกดีที่ได้ดูแลผู้ป่วย	4.16	0.69	สูง	4.12	0.73	สูง	0.33
14. ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยลง	4.28	0.98	สูง	4.24	0.97	สูง	0.33
15. ท่านรู้สึกยังมีพลังในตนเอง	4.00	0.58	สูง	3.84	0.55	สูง	0.04
16. ท่านรู้สึกสนใจดูแลตนเอง	3.72	0.74	สูง	3.36	0.64	ปานกลาง	0.00

\*\* Sig. (2-tailed)

ตาราง จ7 (ต่อ)

การปรับตัว	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			P-value**
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	
ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่	27.24	3.47	ปานกลาง	25.60	2.87	ปานกลาง	0.00
17. ท่านทำหน้าที่ในฐานะบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร ได้ตามปกติ	4.08	0.76	สูง	4.04	0.74	สูง	0.33
18. ท่านรู้สึกมีภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย	2.72	0.89	ปานกลาง	2.36	0.64	ปานกลาง	0.01
19. ท่านรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย	3.28	1.06	ปานกลาง	2.76	0.78	ปานกลาง	0.00
20. ท่านเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วย	4.48	0.51	สูง	4.48	0.51	สูง	-
21. ท่านทำหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นได้เป็นอย่างดี	3.72	0.84	สูง	3.44	0.71	ปานกลาง	0.01
22. ท่านวางแผนการดูแลผู้ป่วย	2.80	1.12	ปานกลาง	2.80	1.12	ปานกลาง	-
23. ท่านจัดการงานบ้านได้ตามปกติ	3.36	0.86	ปานกลาง	3.16	0.62	ปานกลาง	0.02
24. ท่านมีเวลาพบปะคนรอบข้าง	2.80	0.65	ปานกลาง	2.56	0.51	ปานกลาง	0.01
ด้านการพึงพาสัยผู้อื่น	30.64	2.60	ปานกลาง	30.08	3.12	ปานกลาง	0.05
25. ท่านรู้สึกโดดเดี่ยว/ว้าเหว่	4.00	1.04	สูง	3.92	1.00	สูง	0.16
26. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ	3.44	0.77	ปานกลาง	3.44	0.77	ปานกลาง	-
27. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับญาติพี่น้อง/เพื่อน	3.92	0.70	สูง	3.92	0.70	สูง	-
28. ท่านรู้สึกมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วย	3.84	0.85	สูง	3.64	0.81	ปานกลาง	0.10
29. ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่งพา	4.32	0.90	สูง	4.28	0.90	สูง	0.33
30. ท่านรู้สึกเหมือนอยู่ในโลกมืด	4.84	0.62	สูง	4.84	0.62	สูง	-
31. ท่านรู้แหล่งให้ความช่วยเหลือ	2.92	0.95	ปานกลาง	2.76	0.93	ปานกลาง	0.33
32. ท่านขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่นได้เป็นอย่างดี	3.36	0.64	ปานกลาง	3.28	0.54	ปานกลาง	0.33

\*\* Sig. (2-tailed)

## ตาราง จ8

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปรับตัว และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองจำแนกเป็นรายด้าน และรายข้อ โดยสถิติทีคู่ (n=25)

การปรับตัว	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			P-value**
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
ด้านร่างกาย	28.00	2.53	ปานกลาง	35.32	1.18	สูง	0.00
1. ท่านได้รับประทานอาหารได้ตามปกติ	4.12	0.78	สูง	4.52	0.51	สูง	0.01
2. หัวใจท่านเต้นปกติ	4.16	0.75	สูง	4.60	0.50	สูง	0.00
3. ท่านรู้สึกหายใจไม่เต็มอิม	3.80	1.08	สูง	4.84	0.37	สูง	0.00
4. ท่านมีการขับถ่ายปกติ	3.96	0.74	สูง	4.16	0.47	สูง	0.02
5. ท่านรู้สึกอ่อนล้า	2.16	0.85	ต่ำ	4.04	0.20	สูง	0.00
6. ท่านมีอาการนอนไม่หลับ	3.48	1.05	ปานกลาง	4.84	0.37	สูง	0.00
7. ท่านมีสมาธิในการทำสิ่งต่างๆได้ตามปกติ	3.20	0.58	ปานกลาง	4.04	0.20	สูง	0.00
8. ท่านรู้สึกร่างกายทรุดโทรม	3.12	0.83	ปานกลาง	4.28	0.46	สูง	0.00
ด้านความรู้สึกต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์)	27.76	2.55	ปานกลาง	35.12	0.97	สูง	0.00
9. ท่านมีความวิตกกังวล	2.28	0.94	ต่ำ	4.00	0.00	สูง	0.00
10. ท่านรู้สึกเครียด	3.04	0.61	ปานกลาง	4.28	0.46	สูง	0.00
11. ท่านรู้สึกผิด	3.80	1.16	สูง	4.80	0.41	สูง	0.00
12. ท่านยอมรับในการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของผู้ป่วย	3.28	0.74	ปานกลาง	4.08	0.40	สูง	0.00
13. ท่านรู้สึกดีที่ได้ดูแลผู้ป่วย	3.84	0.75	สูง	4.80	0.41	สูง	0.00
14. ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยลง	4.36	0.81	สูง	5.00	0.00	สูง	0.00
15. ท่านรู้สึกยังมีพลังในตนเอง	3.28	0.61	ปานกลาง	4.08	0.28	สูง	0.00
16. ท่านรู้สึกสนใจดูแลตนเอง	2.88	0.73	ปานกลาง	4.08	0.40	สูง	0.00

\*\* Sig. (2-tailed)



ตาราง จ8 (ต่อ)

การปรับตัว	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			P-value**
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่	24.96	3.43	ปานกลาง	33.56		สูง	0.00
17. ท่านทำหน้าที่ในฐานะบิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/บุตร ได้ตามปกติ	4.00	0.82	สูง	4.72	0.46	สูง	0.00
18. ท่านรู้สึกมีภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย	1.92	1.04	ต่ำ	3.84	0.47	สูง	0.00
19. ท่านรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย	2.44	1.12	ปานกลาง	4.00	0.29	สูง	0.00
20. ท่านเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วย	4.36	0.64	สูง	4.88	0.33	สูง	0.00
21. ท่านทำหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นได้เป็นอย่างดี	3.92	0.57	สูง	4.32	0.48	สูง	0.00
22. ท่านวางแผนการดูแลผู้ป่วย	2.28	0.98	ต่ำ	4.04	0.20	สูง	0.00
23. ท่านจัดการงานบ้านได้ตามปกติ	3.84	0.55	ปานกลาง	4.24	0.44	สูง	0.00
24. ท่านมีเวลาพบปะคนรอบข้าง	2.20	0.58	ต่ำ	3.52	0.59	ปานกลาง	0.00
ด้านการพึงพาสัยผู้อื่น	28.60	3.85	ปานกลาง	36.48	1.73	สูง	0.00
25. ท่านรู้สึกโดดเดี่ยว/ว้าเหว	3.64	0.76	ปานกลาง	4.56	0.05	สูง	0.00
26. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ	3.92	0.64	สูง	4.72	0.46	สูง	0.00
27. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับญาติพี่น้อง/เพื่อน	3.96	0.54	สูง	4.32	0.48	สูง	0.00
28. ท่านรู้สึกมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วย	3.44	0.82	ปานกลาง	4.32	0.48	สูง	0.00
29. ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่งพา	3.72	1.34	สูง	4.84	0.37	สูง	0.00
30. ท่านรู้สึกเหมือนอยู่ในโลกมืด	4.44	0.82	สูง	5.00	0.00	สูง	0.00
31. ท่านรู้แหล่งให้ความช่วยเหลือ	2.40	0.87	ปานกลาง	4.08	0.40	สูง	0.00
32. ท่านขอความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากผู้อื่นได้เป็นอย่างดี	3.08	0.64	ปานกลาง	4.64	0.49	สูง	0.00

\*\* Sig. (2-tailed)

## ตาราง จ9

ผลการสังเกตโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ของ การใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ  
ประคับประคอง ฉบับสวนดอก (PPS Adult Suandok)

ผู้ป่วยลำดับที่	การประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	
	ผู้วิจัย	ผู้ช่วยวิจัย
1	50%	50%
2	40%	40%
3	10%	10%
4	0%	0%
5	90%	90%
6	50%	50%
7	50%	50%
8	10%	10%
9	90%	90%
10	90%	90%
11	50%	50%
12	40%	40%
13	40%	40%
14	50%	50%
15	0%	0%
16	10%	10%
17	30%	30%
18	90%	90%
19	90%	90%
20	90%	90%

จากตาราง จ9 สามารถหาความเที่ยงของผู้สังเกต 2 คน (inter-rater reliability) ของการใช้  
แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก นำผลที่ได้มาทดสอบ

ว่าตรงกันมากน้อยเพียงใด ผลจากการสังเกตใกล้เคียงกันยิ่งมากก็ถือว่ามีความเที่ยงมาก (บุญใจ, 2553) ซึ่งค่ามากที่สุดเท่ากับ 1 โดยใช้สูตรคำนวณ คือ

$$P = \frac{P_o}{P_o + P_e}$$

P คือ ความเที่ยงของการสังเกต

$P_o$  คือ จำนวนการประเมินที่สอดคล้อง

$P_e$  คือ จำนวนการประเมินที่ไม่สอดคล้อง

แทนค่าในสูตรได้

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{20}{20 + 0} = 1$$

สรุปได้ว่า ความเที่ยงของผู้สังเกต 2 คน (inter-rater reliability) ของการใช้แบบ ประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก มีความเที่ยงมากเท่ากับ 1

**ภาคผนวก ข****รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย**

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร  
    อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์  
    คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จารุวรรณ มานะสุรการ  
    อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์  
    คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณกัลยา แซ่ซิด  
    พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  
    โรงพยาบาลสงขลา

**ประวัติผู้เขียน**

ชื่อ สกุล	นางสาวเพ็ญศิริ มรกต	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5310420016	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช	2537
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน		
พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสตูล		