

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

พงษ์ศักดิ์ ราชสมณะ^{1*} พ.บ., บัณฑิตพร พรหมแจ้ง² ส.ด., สยมพร จันทรงาม³ พย.บ., รุ่งระวี มากมี³ พย.บ.

Received: June 25, 2023

Revised: August 6, 2023

Accepted: September 11, 2023

บทคัดย่อ

การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ช่วยพัฒนาความสามารถในการจัดการกับภาวะการดูแลผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนาโปรแกรม และ 3) การประเมินผลของโปรแกรม ที่ได้พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 และ 2 ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยฯ จำนวน 48 คน และระยะที่ 3 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 32 คน เครื่องมือในการวิจัย คือ 1) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง 2) โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน และ 3) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และความเข้มแข็งทางใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบทีแบบจับคู่

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลขาดแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพจิต และขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต ข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยฯ ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ 2) การสร้างความรู้สึที่ดีต่อตนเอง 3) การจัดการชีวิต 4) การสร้างสายสัมพันธ์เกื้อหนุน และ 5) การสร้างจุดมุ่งหมายในชีวิต หลังจากนั้นนำไปใช้และประเมินผล จากการประเมินผลพบว่า ผู้ดูแลฯ มีคะแนนความเข้มแข็งทางใจรายด้านและภาพรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน สามารถพัฒนาความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านได้

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ความเข้มแข็งทางใจ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ผู้ดูแล

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

* ผู้รับผิดชอบบทความ: fama_tae@hotmail.com

A development of resilience enhancing program among the caregivers responsible for home-based palliative care patients, Bandanlanhoi District, Sukhothai Province

Pongsak Ratsamana^{1,*} M.D., Buaploy Promjeang² Ph.D., Sayumporn Junngarm³ B.N.S.,
Roongrawee Makmee³ B.N.S.

ABSTRACT

Enhancing the resilience of caregivers responsible for home-based palliative care patients can improve their ability to manage caregiving burdens. This research aimed to develop a resilience-enhancing program for caregivers of patients receiving in-home palliative care. The research was conducted in 3 phases including 1) situation analysis, 2) development of a program, and 3) evaluation of the effectiveness of the program that was developed. In phases 1 and 2, a total of 48 participants were involved, including doctors, nurses, allied health professionals, health volunteers, and caregivers. For the third phase, the participants consisted of 32 caregivers. The study employed three instruments consisted of 1) a semi-structured interview questionnaire, 2) a program designed to enhance the resilience of caregivers who provide care to patients receiving palliative care at home, and 3) a questionnaire comprising questions related to demographic information and resilience. Qualitative data were analyzed by content analysis. Quantitative data were investigated using descriptive statistics and paired t-tests.

The findings revealed that caregivers faced a scarcity of mental health support and lacked adequate access to mental health services. This information was used as input for a resilience-enhancing program for caregivers. This program comprised five core activities: 1) establishing relationships and providing education on resilience, 2) cultivating self-confidence, 3) improving life management skills, 4) nurturing supportive relationships, and 5) discovering the life goal. Then, the program was implemented and evaluated. The evaluation indicated a significant increase in caregivers' resilience scores across all dimensions and overall, after the program's implementation ($p\text{-value} < 0.001$). These results imply that a resilience-enhancing program for caregivers of patients receiving in-home palliative care effectively supported the resilience of caregivers.

Keywords: Home-based palliative care, Resilience, Resilience-enhancing program, Caregivers

¹ Medical Physician, Senior Professional Level, Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province

² Registered nurse, Professional Level, Sawankhalok Hospital, Sukhothai Province

³ Registered nurse, Professional Level, Bandanlanhoi Hospital, Sukhothai Province

* Corresponding author: fama_tae@hotmail.com

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการมีชีวิต (Life-limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life-threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต บำบัด เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย จนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย (Nation Health Commission Office, 2020) การดูแลแบบประคับประคองต้องใช้ความร่วมมือของสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด อาสาสมัคร เพื่อช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในอนาคต การดูแลแบบประคับประคองจะยิ่งมีความสำคัญเพิ่มขึ้น เพราะมีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ถ้าผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่แรกก็จะช่วยลดภาระของระบบบริการสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (World Health Organization, 2020) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถแบ่งออกเป็น 4 แบบ ได้แก่ 1) การดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลแบบทางเลือกและผสมผสาน เน้นการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 2) การดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน สำหรับผู้ป่วยที่มีครอบครัวช่วยสนับสนุน มีผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีเครือข่ายที่บ้าน/ชุมชนที่ดี ต้องการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตนเองคุ้นเคย 3) การดูแลในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนหรือต้องการการจัดการแบบใกล้ชิด (Intensive) และ 4) การดูแลโดยสถานพยาบาลที่บ้าน สำหรับเตรียมครอบครัวให้พร้อมเพื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองจึงไม่มีรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทุกคนและทุกครอบครัว การพัฒนารูปแบบการดูแลจึงควรคำนึงถึงความแตกต่างในแต่ละบริบท (Pokpalagon, 2016)

จังหวัดสุโขทัยเริ่มดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยใช้แนวทางของกรมการแพทย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2560-2564 มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

จำนวน 1,595 1,990 1,953 2,035 และ 2,035 คน ตามลำดับ (Sukhothai Provincial Health Office, 2022) ในส่วนของโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอยซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ดูแลประชากร 47,782 คน ผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้ารับการดูแลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561-2564 มีจำนวน 280 360 370 และ 388 คน ตามลำดับ (Bandanlanhoi Hospital, 2022) จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย ปี พ.ศ. 2564 พบว่า ร้อยละ 55.0 มีภาวะเครียดและวิตกกังวล ร้อยละ 30.0 มีภาวะซึมเศร้า (Bandanlanhoi Hospital, 2021) ซึ่งภายหลังการคัดกรองสุขภาพจิต กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอยได้ติดตามผู้มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต เข้ารับการรักษา แต่พบว่า มีผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านเพียงร้อยละ 40.0 เท่านั้น ที่เข้ารับการรักษา และในจำนวนนี้ยังมีบางส่วนมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ และขาดการรักษา

การศึกษานี้ ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Family caregiver) ซึ่งหมายถึง ผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ แก่ผู้สูงอายุ เด็ก คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต (Hudson, Remedios, Zordan, Thomas, Clifton, Crewdson et al., 2012; Fumaneechoat, 2021) บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยนอกจากให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังมีหน้าที่จัดการความทุกข์ของผู้ป่วยและตนเอง จัดการการงานของตนเอง มีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่อง และทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ (Reigada, Pais-Ribeiro, Novella, & Gonçalves, 2015) ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งการเฝ้าดูแลอาการ การจัดการอาการรบกวน การดูแลและทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสภาพจิตใจ ตลอดจนการดูแลด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแล (Supaporn, 2020) การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวัน นำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Caregiver burden) (Leelapattana & Hathirat, 2023) ความรู้สึกเหนื่อยล้าในการดูแล (Care burden) เป็นผลกระทบด้านลบที่เกิด

จากการดูแลที่มีภาวะเครียด หน้าที่ของผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวนั้นทำให้เกิดสภาวะกดดันและผลกระทบทางลบด้านอารมณ์ ร่างกาย สังคม และความต้องการด้านการเงินสำหรับผู้ดูแลหลัก ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต สูญเสียการทำงาน และคุณภาพชีวิตลดลง (Aggar, 2012) จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวมีประสบการณ์ของปัญหาด้านอารมณ์ (Mood problems) เช่น ภาวะซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) และเหนื่อยล้า (Fatigue) จากการศึกษาในประเทศไทย ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองพบว่า มีภาวะเครียดในระดับปานกลางถึงสูงต่อความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลหลักและครอบครัวมักถูกละเลยในการประเมินสภาพจิตใจ เมื่อผู้ดูแลหลักไม่ได้รับการบำบัดรักษาทางจิตใจอย่างถูกต้องย่อมส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง (Gray, Thapsuwan, Thongcharoenchupong, & Pumsaithong, 2013) ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและสภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเกิดได้ตลอดช่วงของการดูแลและจะลดลงหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต การจัดการผลกระทบที่ดีต้องอาศัยการปรับตัวในด้านการทำงาน การดูแล และจัดการด้านอารมณ์ (Bijnsdorp, Onwuteaka-Philipsen, Boot, van der Beek, & Pasman, 2022)

นอกจากนี้ มีการศึกษาที่พบว่า ปัญหาด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ความอึดอัดใจ ความทุกข์ยาก ภาวะซึมเศร้า และอาการทางกายที่เป็นผลจากจิตใจ (Fumaneechoat, 2021; Supapom, 2020) การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยทางด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและด้านจิตใจ โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ จึงมีความสำคัญเพื่อช่วยผู้ดูแลให้มีความสามารถในการปรับตัว กล้าเผชิญปัญหา แก้ปัญหาและก้าวข้ามสถานการณ์ที่ยากลำบาก และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ (CDC, 2023; Han, Chi, Han, Oliver, Washington, & Demiris, 2019) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจส่งผลให้มีพัฒนาการและมีความมั่นคงทางด้านจิตใจ

ซึ่งจะส่งผลดีในการป้องกันภาวะเครียด ความไม่สบายใจ และปัญหาทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลได้ (Opsomer, Lauwerier, De Lepeleire, & Pype, 2022)

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient: RQ) ตามคำนิยามของ American Psychological Association เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ในการปรับตัวได้ดีต่อประสบการณ์ชีวิตที่ยากลำบากหรือมีความท้าทาย โดยมีความยืดหยุ่นทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และปรับตัวต่อความต้องการทั้งภายในและภายนอก (American Psychological Association, 2015) ทั้งนี้ Tantipiwatanaskul & Sritalapinun (2008) ระบุว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้สึกดีกับตนเอง (Sense of self) เป็นการฝึกตนเองให้มองโลกในแง่ดี ค้นหาและทำความรู้จักตนเอง และพัฒนาจนกลายเป็นความสำเร็จที่ตนเองภาคภูมิใจ 2) การจัดการชีวิตได้ (Sense of control) เป็นการสร้างความมั่นใจในการจัดการชีวิต โดยฝึกฝนตนเองให้ยอมรับความเป็นจริงหรือทำใจจัดการอารมณ์ของตนเอง และจัดการปัญหาอย่างสร้างสรรค์ 3) การมีสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน (Sense of connection) เป็นการเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง และ 4) การมีจุดหมายในชีวิต (Sense of purpose) เป็นการฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายในชีวิต อยู่เสมอกับทุกสถานการณ์ ความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญปัญหา ปรับตัวต่อความยากลำบาก และความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง จากการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ผ่านภาวะวิกฤต เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย (Suwanmanee, Sae-sia, & Songwattana, 2016) ในส่วนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Harabuttra, 2020) และโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อ

พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานของญาติผู้ให้การดูแล (Tabtim, 2020) ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาในลักษณะงานวิจัยหลายระยะที่ศึกษาตั้งแต่การค้นหาสภาพปัญหาแท้จริง จนนำมาสู่การแก้ปัญหาด้วยการทดลองปฏิบัติจริง เพื่อการจัดทำแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ที่บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านที่อยู่ในความดูแล

จากสถานการณ์ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ทีมวิจัยจึงเห็นความสำคัญและมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ โดยผลการศึกษา จะนำไปใช้ในการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลและสนับสนุนจากทีมสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจในการปรับตัว ป้องกันและลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน โดยการประเมินคะแนนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ซึ่งการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โดยได้รับการอนุมัติเลขที่ COA No.17/2023 IRB No.11/2023 ณ วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านที่เข้ารับการดูแลในคลินิกผู้ป่วยระยะประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจง รวมทั้งหมด 70 คน ประกอบด้วย

1) ระยะที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน อสม. จำนวน 4 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 15 คน

2) ระยะที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 คน พยาบาลจาก รพ.สต. เครือข่าย จำนวน 4 คน สหวิชาชีพอื่น จำนวน 4 คน อสม. จำนวน 5 คน และผู้ดูแล จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 23 คน

3) ระยะที่ 3 ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลอง ควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน (Polit & Beck, 2004) ดังนั้น การวิจัยนี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 32 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการสุ่มแบบแบบเจาะจง โดยต้องไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 และ 2 กำหนดเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะประคับประคองขณะพักรักษาตัวที่บ้าน มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี 2) มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน เป็นระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป 3) มีสติ สัมผัสัญญะ มีความสามารถในการสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ให้ความร่วมมือในการศึกษาอย่างต่อเนื่อง และลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในระยะประเมินสถานการณ์

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประเด็นสถานการณ์ การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ความต้องการ ปัญหา อุปสรรค และประสบการณ์ด้านความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านที่ผ่านมา

2. เครื่องมือที่ใช้ในระยะประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม

2.1 โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และเอกอนงค์ สีตลาภินันท์ (Tantipiwatanaskul & Sritalapinun, 2008) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ 2) กิจกรรมสร้างความรู้สึที่ดีต่อตนเอง 3) กิจกรรมการจัดการชีวิตได้ 4) กิจกรรมการสร้างสายสัมพันธ์เกื้อหนุน 5) กิจกรรมการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน อาชีพก่อนรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน ไขว้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ เป็นแบบวัดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีในลักษณะเชิงบวกและเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ 1) ด้านความอดทนต่อแรงกดดัน 2) ด้านความหวังและกำลังใจ และ 3) ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค

2.4 แบบบันทึกการสนทนาเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เป็นแบบบันทึกที่ใช้ร่วมกับการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเกี่ยวกับประเด็นที่ให้คำปรึกษาในแต่ละ

สัปดาห์ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบเผชิญหน้า (Face validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา การจัดลำดับรูปแบบของกิจกรรม และความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้น นำข้อมูลที่ผ่านมาการตรวจสอบแล้วมาดำเนินการปรับปรุงเนื้อหากิจกรรมตามข้อเสนอแนะ

2. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบวัดมาตรฐานที่ใช้ในงานประเมินความเข้มแข็งทางใจ ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันในพื้นที่ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2566 รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาของความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยที่ระยะประคับประคองที่บ้าน โดยใช้เวลาระหว่าง 60-75 นาที เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแล

แบบระดับประคองที่บ้าน ความต้องการ ปัญหา อุปสรรค และประสบการณ์ด้านความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยทำการจดบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลการสนทนา และให้ผู้ร่วมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน โดยการจัดเวทีประชาคมเพื่อออกแบบหรือหาแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาโปรแกรมโดยกลุ่มผู้มีส่วนร่วม ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย สหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน โดยการคืนข้อมูลในระยะที่ 1 และร่วมระดมความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่จำเป็น แนวทางที่เหมาะสมและยกย่องโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านนำไปสู่การปฏิบัติ ตั้งแต่เดือน เมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยใช้เวลา 1 วัน

ระยะที่ 3 การประเมินผลโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน โดยการนำโปรแกรมไปใช้ทดลองกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน จำนวน 32 คน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยบันทึกประเด็นที่ได้ให้คำปรึกษากลุ่มตัวอย่างแต่ละรายในแบบบันทึกการสนทนาเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และประเมินความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การวิเคราะห์เชิงประเด็นสถานการณ์สภาพปัญหาและการดำเนินงานที่ผ่านมาในด้านความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายบริการบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง จำนวนทั้งสิ้น 15 คน จำแนกได้เป็นประเด็นดังต่อไปนี้

ข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ผ่านมาพบมีสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านเข้าไม่ถึงบริการ ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านขาดแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพจิต ทำให้การให้บริการด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ยังไม่สามารถเข้าไปสู่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1.1 ขาดแคลนบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจิต ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านได้อย่างครอบคลุม

"ดูแลพ่อที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายมา 3 เดือน เครียดมาก เสียใจที่พ่ออาการแย่ลงทุกวัน บางวันต้องแอบร้องไห้ไม่ให้พ่อเห็น กลัวพ่อจะเสียกำลังใจ ไม่รู้จะไปคุยเรื่องไม่สบายใจกับเจ้าหน้าที่ใครดีที่จะช่วยเรา" (ผดล.1)

"น้องสาวเป็นมะเร็งเต้านม ตอนนี้จะกระจายไปที่สมอง ทำให้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย น้องสาวต้องลาออกจากงานกลับมาให้เราดูแล สงสารน้องมาก เห็นเขาเป็นแบบนี้เราก็ตระทมมากนะ อยากทำให้เขาหายอยากพาไปรักษาที่ดีๆ แต่มันก็เป็นไปไม่ได้แล้ว เราเองก็เครียดนะ แต่ก็ต้องดูแลน้องสาวทุกวัน ไม่รู้จะระบาย

กับใคร อยากคุยกับเจ้าหน้าที่ หรือคนที่จะไปสื่อสาร ให้เจ้าหน้าที่ มาช่วยเหลือ รับฟังเรื่องไม่สบายใจเขาอาจจะช่วยครอบครัวเราได้" (ผดล.3)

"ออกไปเยี่ยมคนไข้มะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน คนไข้ทรุดลงเร็วมาก จากที่พอนั่งได้ พุดคุยได้ ตอนนั้นนอนร้องคราง กินอะไรไม่ได้เลย แฟนคนไข้ก็ดูทุกข์มาก ประเมินดูเบื้องต้นน่าจะมีภาวะซึมเศร้า เราไปเยี่ยมก็ให้กำลังใจกันไป อยากให้เขาได้ไปพบจิตแพทย์รับยาบ้าง" (นวก.1)

"นักจิตวิทยาในโรงพยาบาล ตอนนี้มีแค่คนเดียวแ่งงานบริการในโรงพยาบาลก็ยังไม่ทันแล้วจะให้เขาออกไปให้บริการนอกโรงพยาบาล ก็คงยาก" (พ.1)

"ช่วงนี้จังหวัดเร่งรัดเรื่องการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พยาบาลจิตเวชต้องออกไปจัดค่ายบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกับทางอำเภอ จะติดต่อประสานงานอะไรก็ไม่สะดวก" (พยบ.2)

"คุณหมอมารอกตรวจคนไข้ให้ที่อนามัย เดือนละครั้งเวลาคนดูแลคนไข้มีปัญหา ก็มารอเจอคุณหมอที่อนามัยมาขอยามาคุยมาปรึกษากับคุณหมอได้" (อสม.1)

1.2 บุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลแก้ไขปัญหাসุภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ทำให้ไม่สามารถประเมิน หรือรับรู้ความต้องการด้านจิตใจ และความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยได้

"เวลาออกไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเรา ก็ห่วงแต่ประเมินอาการคนไข้ และรีบปรึกษาแพทย์ เพื่อให้คนไข้ได้รับการรักษาให้เร็วที่สุด บางทีไม่เคยได้ถามญาติที่ดูแลคนไข้เลยว่าเป็นอย่างไบบ้าง เหนื่อยไหม" (พยบ.1)

"หนูเพิ่งเรียนจบกลับมาทำงาน เคสแรกๆ ที่ออกเยี่ยมคนไข้ระยะสุดท้าย หนูกลัวมาก ว่าจะทำอะไรไม่ถูก ประเมินคนไข้ไม่ได้ อาศัยโทรปรึกษาพี่พยาบาลประคับประคองที่โรงพยาบาล หนูแทบไม่ได้สนใจ

ผู้ดูแลคนไข้เลยว่าเป็นยังไงบ้าง เหนื่อยไหม เพราะหนูเองก็เครียดเหมือนกัน" (นวก.1)

"ตอนไปเรียนหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ ก็เน้นการตรวจรักษาโรคทางกายเป็นหลัก พอจบมาต้องมาดูแลคนไข้ระยะสุดท้าย ซึ่งมันมีเรื่องจิตใจเข้ามาค่อนข้างมาก ทั้งของคนไข้ และของญาติ ทำให้รู้ว่าเรายังมีความรู้ไม่พอ" (พยบ.3)

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต มีภาวะเหนื่อยล้าจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน มีความเข้มแข็งทางใจต่ำ

"ผมรู้ตัวนะ ว่าผมน่าจะซึมเศร้าที่ต้องดูแลลูกชายที่ป่วยเป็นเนื้องอกสมอง แต่ผมไม่มีเวลาไปรักษาหรือไปขอยามากินหรือกรับ ถ้าผมไปหาหมอกว่าเสร็จ แล้วลูกผมจะอยู่ยังไง ใครจะมาดูแลลูกให้ผม ผมเหลือกันแค่ 2 คน พ่อลูก" (ผดล.4)

"ดูแลน้องสาวทุกวัน บางวันมีเพื่อนมาช่วยเปลี่ยนบ้างให้เราพอได้พัก เรารู้ตัวว่าเราเครียด เราท้อเราเหนื่อยล้ามาก ๆ แต่ก็ไม่รู้จะหันหน้าไปหาใคร จะไปหาหมอก็มีค่าใช้จ่ายค่ารถค่าเดินทาง ต้องจ้างคนมาดูแลน้องสาวช่วงที่เราไปหาหมออีก" (ผดล.3)

"เราออกไปเยี่ยมคนไข้ บางทีสังเกตได้เลยว่าผู้ดูแลน่าจะมีปัญหาสุขภาพจิตแน่ๆ เขาไม่พูด ไม่ยิ้มแทบไม่มีปฏิสัมพันธ์กับเราเลย เราก็แนะนำให้เขาไปหาหมอที่โรงพยาบาล เขาก็บอกว่าถ้าไปแล้วใครจะมาดูแลคนไข้แทนเขาได้ เราก็เลยบอกว่า ถ้ายอมไป จะให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มาช่วยเฝ้าคนไข้แทนให้" (พยบ.2)

"ผมท้อมาก สงสารลูกมาก ทุกคืนเวลาลูกหลับไปแล้ว ผมจะออกมาร้องไห้คนเดียว บางทีก็ไม่อยากจะอยู่ต่อแล้ว อยากจะไปให้พ้นทุกข์พ้นทรมาน แต่ถ้าผมไปตอนนี้ ลูกชายผมจะอยู่ยังไง มันท้อ มันทุกข์มากครับ" (ผดล.4)

"เราประเมินความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านในเขตรับผิดชอบของเราจำนวน 50 คน ผลออกมามีความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์" (พยบ.1)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน โดยใช้กระบวนการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา แลกเปลี่ยน และอภิปรายประสบการณ์ร่วมกัน สะท้อนประสบการณ์วิธีการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ สรุปเป็นความคิด (Concept mapping) และนำองค์ประกอบที่สำคัญมาพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงร่วมกัน จนได้โปรแกรมที่มีกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม กับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านรายบุคคลใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อครั้ง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่

1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้ เข้าใจ และปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยากลำบากได้อย่างเหมาะสมและคลี่คลายอย่างรวดเร็ว

2) กิจกรรมสร้างความรู้สึที่ดีต่อตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลรู้จักตัวเองดีพอ มีความคาดหวังกับตัวเองอย่างเหมาะสม รู้จักความถนัดตัวเอง มีความอดทนในการฝึกฝนสิ่งที่ตนถนัดให้เกิดเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ มองโลกในแง่ดี พุดให้กำลังใจตัวเองได้ และรู้จักการทำดีด้วยตนเอง

3) กิจกรรมการจัดการชีวิตได้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นภายในใจว่า ไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้น เราจะจัดการสิ่งต่างๆ เหล่านั้นได้เสมอและจัดการอารมณ์ความเครียดได้อย่างถูกวิธี ยิ่งฝึกมากก็ยิ่งเก่งมาก และยิ่งเชื่อมั่นมากขึ้น

4) กิจกรรมการมีสายสัมพันธ์เกื้อหนุน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบว่าการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ยอมรับ ใส่ใจ และเป็นกำลังใจให้กันและกัน จะสามารถเติมความเข้มแข็งทางใจโดยการมีสายสัมพันธ์เกื้อหนุนได้ ด้วยการฝึกทักษะสร้างความสัมพันธ์ที่ดี มีการจัดการความขัดแย้งอย่างเหมาะสมและตระหนักอยู่เสมอว่า ความรัก ความเข้าใจ และสายสัมพันธ์ที่ดีคือ สิ่งที่มีคุณค่าในชีวิต

5) กิจกรรมการมีจุดหมายในชีวิต มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองต้องการอะไรในชีวิต สิ่งใด

สำคัญมาก สิ่งใดสำคัญน้อย และสิ่งใดไม่สำคัญ เราต้องการให้ปลายทางชีวิตเป็นแบบไหน และเมื่อมีปัญหา ก็รู้ว่าควรมีเป้าหมายในการแก้ไขอย่างไร การมีจุดหมายในชีวิตเปรียบเสมือนการเดินทางที่มีเข็มทิศแนชัดว่าเรากำลังจะไปไหน เพื่ออะไร จะได้ไม่หลงทางไปกับสิ่งยั่วยุ

ผลการวิจัยระยะที่ 3 ผลลัพธ์ของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน

ข้อมูลส่วนบุคคล

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 32 คน ทำการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลด้วยจำนวนและร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.6 มีอายุอยู่ในช่วง 20-39 ปี ร้อยละ 56.2 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 39.06 ปี ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร ร้อยละ 37.5 ระดับการศึกษานู่นปริญญา/ปริญญาตรี ร้อยละ 37.5 มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ร้อยละ 37.5 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.4 ในส่วนของรายได้ส่วนใหญ่อยู่ที่ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 34.3 มีอาชีพค้าขายก่อนมาดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 31.2 และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 7-12 เดือน ร้อยละ 43.7

ระดับความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน

ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเข้มแข็งทางใจด้านความทนต่อแรงกดดัน ด้านการมีความหวังและกำลังใจ ด้านการต่อสู้และเอาชนะอุปสรรค และด้านความเข้มแข็งทางใจโดยรวมต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 100.0 93.7 93.7 และ 100.0 ตามลำดับ

ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจโดยรวมและรายด้านต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และพบว่าความเข้มแข็งทางใจด้านความทนต่อแรงกดดันอยู่ในระดับเท่ากับเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 37.5 และสูงกว่า

เกณฑ์ปกติ ร้อยละ 62.5 ด้านการมีความหวังและกำลังใจ อยู่ในระดับเท่ากับเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 78.1 และสูงกว่า เกณฑ์ปกติ ร้อยละ 21.8 ด้านการต่อสู้และเอาชนะ อุปสรรค อยู่ในระดับเท่ากับเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 78.1

และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 21.9 และความเข้มแข็ง ทางใจโดยรวม อยู่ในระดับเท่ากับเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 68.7 และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 31.2 (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบระดับความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะแบบประคับประคองที่บ้าน (n = 32)

คะแนนความเข้มแข็งทางใจ	ช่วงคะแนน	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านความทนต่อแรงกดดัน					
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	< 27	32	100.0	0	0.0
เท่ากับเกณฑ์ปกติ	27-34	0	0.0	12	37.5
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	> 34	0	0.0	20	62.5
ด้านการมีความหวังและกำลังใจ					
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	< 14	30	93.7	0	0.0
เท่ากับเกณฑ์ปกติ	14-19	2	6.2	25	78.1
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	>19	0	0.0	7	21.9
ด้านการต่อสู้และเอาชนะอุปสรรค					
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	<13	30	93.7	0	0.0
เท่ากับเกณฑ์ปกติ	13-18	2	6.2	25	78.1
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	>18	0	0.0	7	21.9
ความเข้มแข็งทางใจโดยรวม					
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	< 55	32	100.0	0	0.0
เท่ากับเกณฑ์ปกติ	55-69	0	0.0	22	68.7
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	> 69	0	0.0	10	31.2

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจด้านความทนต่อแรงกดดันเพิ่มขึ้นจาก 20.16 เป็น 35.00 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ด้านการมีความหวังและกำลังใจ มีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น

จาก 10.03 เป็น 16.34 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และด้านการต่อสู้และเอาชนะอุปสรรค คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นจาก 8.97 เป็น 17.09 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 39.41 เป็น 68.44 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน

รายการ	กลุ่มตัวอย่าง (n = 32)		t	df	p-value
	Mean	S.D.			
ด้านความอดทนต่อแรงกดดัน					
ก่อนได้รับการเสริมสร้าง RQ [†]	20.16	2.99	-21.94	31	< 0.001 [*]
หลังได้รับการเสริมสร้าง RQ	35.00	2.78			
ด้านการมีความหวังและกำลังใจ					
ก่อนได้รับการเสริมสร้าง RQ	10.03	2.39	-23.29	31	< 0.001 [*]
หลังได้รับการเสริมสร้าง RQ	16.34	1.96			
ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค					
ก่อนได้รับการเสริมสร้าง RQ	8.97	2.47	-24.02	31	< 0.001 [*]
หลังได้รับการเสริมสร้าง RQ	17.09	1.69			
ความเข้มแข็งทางใจโดยรวม					
ก่อนได้รับการเสริมสร้าง RQ	39.41	3.40	-44.89	31	< 0.001 [*]
หลังได้รับการเสริมสร้าง RQ	68.44	4.32			

*p-value < 0.05

[†] หมายถึง ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient: RQ)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานบริการด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านมีความเข้มแข็งทางใจที่ดี สามารถเผชิญปัญหา แก้ปัญหาได้ดี มีสุขภาพจิตที่ดี อันจะส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตนได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยในรายละเอียดของการวิจัยในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ในอำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านขาดแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพจิต ทั้งขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางที่ให้การดูแลด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ รวมถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ให้การดูแลในชุมชน ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ทำให้ไม่สามารถประเมิน หรือรับรู้ความต้องการด้านจิตใจ และความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยได้และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต มีภาวะเหนื่อยล้าจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน มีความเข้มแข็งทางใจต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaspad, Monkong, & Sirapo-ngam (2013) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย มีความเข้มแข็งทางใจต่ำ และการศึกษาของ Tabtim (2020) ซึ่งศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพฤติกรรมให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ของญาติผู้ให้การดูแลพบว่า ญาติผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในระยะแรกผู้ดูแลบางส่วน ที่ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ต้องเผชิญกับความวิตกกังวล เมื่อรับทราบผลการวินิจฉัยว่า คนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยเบาหวาน มีความเข้มแข็งทางใจต่ำ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลจะมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ดังกล่าว

และพบว่า ระดับความวิตกกังวลสามารถลดลงได้ รวมถึงการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจได้ดีมากขึ้น

ระยะที่ 2 เมื่อนำผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านโดยผ่านการเสนอแนะและความเห็นชอบจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนโดยใช้แนวทางของ Tantipiwatanaskul & Sritalapinun (2008) ก่อนจะใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโครงสร้างโปรแกรมพร้อมปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จนได้โปรแกรมที่มีความกระชับ เหมาะสมสามารถปฏิบัติได้ในพื้นที่จริง จึงได้สรุปเป็นโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ 2) กิจกรรมสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง 3) กิจกรรมการจัดการชีวิต 4) กิจกรรมการสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน และ 5) กิจกรรมการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ทั้งหมดเป็นการดำเนินกิจกรรมแบบรายบุคคลใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์

ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Phongto (2014) ที่ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามแนวทางของ Tantipiwatanaskul & Sritalapinun (2008) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่พัฒนาขึ้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อ HIV สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaspad et al. (2013) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย โดยประยุกต์ใช้แนวทางเสริมสร้างพลังของมิลเลอร์ โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลัง 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลและญาติผู้ดูแล 2) การค้นหาสภาพจริงของญาติผู้ดูแล 3) การสะท้อนคิด อย่างมีวิจารณญาณ 4) การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ทักษะและแหล่งทรัพยากร 5) การดำเนินการด้วยตนเอง และ 6) การปรับเปลี่ยน

ความคิดและการคงไว้ ซึ่งความสามารถในการจัดการกับตนเองของญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายมีพลังในการดูแลตนเองและผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้มีความสุขทางใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Tabtim (2020) ที่ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพฤติกรรมทำให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานของญาติผู้ให้การดูแลโดยประยุกต์แนวทางความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) สิ่งที่มี (I have) บุคคลรับรู้ได้ว่าตนมีแหล่งสนับสนุนให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) สิ่งที่เป็น (I am) เป็นลักษณะความเข้มแข็งภายในของบุคคลนับถือตนเอง และเป็นผู้ที่ภูมิใจในตนเอง 3) สิ่งที่ทำ (I can) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ทั้งนี้ มีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมาใช้ในหลายสถานการณ์ เช่น นักศึกษา (Sangsanguan, 2019) บุคลากรการศึกษา (Chotchai & Meraket, 2012) วิทยุ (Jiratchayaporn & Chetchaovallit, 2015) ผู้สูงอายุ (Phuttharod & Sillapagumpised, 2020) ผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย (Jinga & Khemwichai, 2019) ผู้ป่วยซึมเศร้า (Huannet, Dangdomyouth, & Upasen, 2018) และผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (Threeyakul, 2020) เป็นต้น การพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมควร ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ มุ่งสนใจต่อการดำเนินชีวิตตามปกติในแต่ละวัน การรับมือต่อสุขภาพของผู้ป่วยและตนเอง การจัดสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง และการควบคุมสถานการณ์ เพื่อบรรลุความสุขทางใจ ค้นหาคุณค่าของการเป็นผู้ดูแล และพัฒนาตนเอง (Opsomer et al., 2022) โดยผ่านการฝึกสร้างความรู้สึกดีกับตนเอง การจัดการชีวิต การมีสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน และการมีจุดหมายในชีวิต (Tantipiwatanaskul & Sritalapinun, 2008) โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในการวิจัยนี้ มุ่งให้ผู้ดูแลสามารถจัดการชีวิตและมีเป้าหมายในชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยพัฒนาตนเองเพื่อรับมือและปรับตัวตามสถานการณ์ (Coping and

adaptation) เริ่มต้นด้วยการให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ จากนั้นฝึกสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง โดยฝึกมองโลกในแง่บวกและภาคภูมิใจในตนเอง ฝึกเรียนรู้วิธีการจัดการชีวิตตามสถานการณ์ โดยใช้ทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์ ฝึกใช้แรงสนับสนุนจากภายในและภายนอกครอบครัว และฝึกสร้างเป้าหมาย เชิงบวกและดำเนินชีวิตในทุกสถานการณ์ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ดีวิธีให้การดูแลต่อเนื่อง ทักษะการรับมือ และความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ (Shin, Choi, Kim & Kim, 2010)

ระยะที่ 3 เมื่อพิจารณาผลการประเมินโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านมีความเข้มแข็งทางใจโดยรวมระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 100 หลังได้รับโปรแกรมความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ความเข้มแข็งทางใจโดยรวมเท่ากับระดับเกณฑ์ปกติ 68.8 และระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 31.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านได้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งทางใจและได้เรียนรู้วิธีการสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง การจัดการชีวิต การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุนและการมีจุดหมายในชีวิตเป็นรายบุคคล ส่งผลให้มีความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรม

การศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tabtim (2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพฤติกรรมทำให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานของญาติผู้ให้การดูแล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจและพฤติกรรมทำให้การดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaspas et al. (2013) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความสุขทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้ง ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Threeyakul (2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนทดลองและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาเห็นได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ นำไปใช้ในการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพสูงอายุโรคเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และสอดคล้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต การเห็นคุณค่า การพัฒนา

ตนเองของ Opsomer et al. (2022) และการเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความไม่สบายใจของ Palacio, Krikorian, Gomez-Romero, & Limonero (2020) การป้องกันหรือลดความรู้สึกว่าเป็นภาระการรับมือที่เหมาะสม ดังนั้น โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน จึงมีส่วนส่งเสริมให้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน รู้สึกมีพลังในการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นจนสามารถสร้างความเข้มแข็งทางใจได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรหรือหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ไปฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ในพื้นที่ที่มีลักษณะบริบทที่ใกล้เคียงกับการวิจัยนี้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเพื่อติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของการนำโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ เช่น การคงอยู่ของความเข้มแข็งทางใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้าน อันจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่บ้านได้รับการดูแลทางด้านจิตใจที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Aggar, C. (2012). Issues caring burden. *Australian Nursing Journal*, 20(5), 35.
- American Psychological Association. (2015). *APA dictionary of psychology*. (2nd ed.). New York: Maple Press.
- Bandanlanhoi Hospital. (2022). *Minutes of the committee on health service system development in palliative care*. Sukhothai: Bandanlanhoi hospital. (in Thai)
- Bandanlanhoi Hospital. (2022). *Mental health screening report of psychiatry and drug recipients*. Sukhothai: Bandanlanhoi hospital. (in Thai)
- Bijnsdorp, F. M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Boot, C. R. L., van der Beek, A. J., & Pasman, H. R. W. (2022). Caregiver's burden at the end of life of their loved one: insights from a longitudinal qualitative study among working family caregivers. *BMC palliative care*, 21(1), 142.
- CDC. (2021, November 22). *Supporting caregivers*. Retrieved March 20, 2023, from <https://www.cdc.gov/aging/publications/features/supporting-caregivers.htm>
- Chotchai, T., Meraket, P. (2012). Factors associated with personnel's resilience quotient level in Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen. Proceedings of the 3rd Khon Kaen University National and International Conference 2013 on "Local Community: The Foundation of Development in the ASEAN Economic Community (AEC)"; 16-19 Feb 2013. Khon Kaen: Khon Kaen University.
- Fumaneeshoat, O. (2021). Caregiver and palliative care. *PSU Medical Journal*, 1(3), 123-29.
- Grotberg, H.E. (1995). A guide to promotion resilience in children: Strengthening the human spirit. The Hague, Netherlands: Bernard van Leer Foundation.
- Gray, R., Thapsuwan, S., Thongcharoenchupong, N., & Pumsaithong P. (2013). *Caregiving to older persons: Happiness and stress*. Bangkok: Amarin Printing & Publishing. (in Thai)
- Han, S., Chi, N.C., Han, C., Oliver, D.P., Washington, K., & Demiris, G. (2019). Adapting the resilience framework for family caregivers of hospice patients with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 34(6), 399-411.
- Harabuttra, T. (2020). Selected factors related to resilience quotient of schizophrenic patients' caregivers in community. Thesis of Master of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)
- Huannet, P., Dangdomyouth, P., & Upasen, R. (2018). The effect of resilience enhancement program on self-esteem of depressive patients. *Journal of psychiatric nursing and mental health*, 32(2), 39-51. (in Thai)
- Hudson, P., Remedios, C., Zordan, R., Thomas, K., Clifton, D., Crewdson, M., et al. (2012). Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15(6), 696-702.

- Jinga, T., & Khemwichai, S. (2019). The effect of the resilience enhancement program on self-esteem and suicidal ideation in suicidal attempter. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 14(1), 2-9. (in Thai)
- Jiratchayaporn, K., & Chetchaovalit, T. (2015). Effect of resilience enhancing program in early adolescents in a school in Songkhla province. *Journal of psychiatric nursing*, 29(3), 113-124. (in Thai)
- Kaspad, M., Monkong, S., & Sirapo-ngam, Y. (2013). Effects of an empowerment-based program on psychological well-being and quality of life among family caregivers of patients with advanced breast cancer. *Nursing Journal of Rama*, 19(2), 277-290. (in Thai)
- Leelapattana, W., Hathirat, S. (2023). *Working with caregiver burnout*. Retrieved March 20, 2023, from https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/article_4. (in Thai)
- Nation Health Commission Office. (2020). *Notification of the national health commission on the operational definitions of terms pertaining to palliative care for Thailand*. Nonthaburi: NHCO Thailand.
- Opsomer, S., Lauwerier, E., De Lepeleire, J., & Pype, P. (2022) Resilience in advanced cancer caregiving. A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Palliative Medicine*, 36(1), 44-58.
- Palacio, G. C, Krikorian, A., Gómez-Romero, M.J., & Limonero, J. T. (2020). Resilience in caregivers: A systematic review. *American journal of Hospital and Palliative Medicine*, 37(8), 648-658.
- Phongto, K. (2012). *The effect of resilience enhancement programe on suicidal ideation in suicidal attempter*. Thesis of Master of Nursing Science Program, Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)
- Phuttharod, P., & Sillapagumpised, K. (2020). The effect of a resilience enhancement program on self-esteem and depression of the elderly with a depressive disorder. *Journal of NRRU Community Research*, 15(1), 70-82. (in Thai)
- Pokpalagon, P. (2016). Palliative care model in Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26(3), 40-51. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research principles and methods*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reigada, C., Pais-Ribeiro, J. L., Novella, A., & Gonçalves, E. (2015). The caregiver role in palliative care: A systematic review of the literature. *Healthcare care: Current Reviews*, 3(2), 1000143.
- Sangsanguan, W. (2019). The effectiveness of resilience enhancement program by using problem-based learning in undergraduate nursing students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 186-194. (in Thai)

- Shin, S. H, Choi, H., Kim, M. J., Kim, Y. H. (2010). Comparing adolescents' adjustment and family resilience in divorced families depending on the types of primary caregiver. *Journal of clinical nursing*, 19 (11-12), 1695-1706.
- Sukhothai Provincial Health office. (2022). *Civil service inspection report according to indicators*. Sukhothai: Bandanlanhoi hospital. (in Thai)
- Supaporn, K. (2020). Caregiver burden and mental health problems among the caregivers of the elderly at home-based palliative stage. *Kuakarun Journal of Nursing*, 27(1), 150-161. (in Thai)
- Suwanmanee, M., Sae-sia, W., & Songwattana, P. (2020). Relationship between resilience and perceived care burden among caregivers of persons injured from Assault in the Unrest Situation in the Southern Border provinces of Thailand. *Journal of Princess of Naradhiwas University*, 6(3), 24-35. (in Thai)
- Tabtim, D. (2020). *Resilience enhancement program on caregiver behavior for caring for elderly diabetes mellitus patients: Mixed methods research*. Thesis of Doctor of Science, Srinakharinwirot University, Bangkok. (in Thai)
- Tantipiwatanaskul, P., & Sritalapinun, E. (2008). *Guidelines for organizing mental strengthening activities for personnel*. 2nd ed. Bangkok: The agricultural Co-operative Federation of Thailand. (in Thai)
- Threeyakul, P., (2020). Effect of resilience on depression and quality of life in persons with chronic renal failure who receiving hemodialysis. *Journal of the Phrae Hospital*, 28(2), 76-89. (in Thai)
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. Retrieved March 20, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>