

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่าย ในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

The Effects of Social Support Program on Burnout in Caregivers of Bedridden Patients

บุษยามาส คันธมาศ* นุชนาถ บรรทมพร รังสิมันต์ สุนทรไชยา

Budsayamas Kantamas* Nuchanart Bunthumporn Rangsiman Soonthonchaiya

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี ประเทศไทย 12121

Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 60 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน 2. แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และค่าสถิติทดสอบค่าทีพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ($M = 42.47$, $SD = 12.23$) แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($M = 63.60$, $SD = 12.09$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.23$, $p < .001$) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}^1 = 21.13$, $SD = 6.72$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}^2 = 1.93$, $SD = 3.78$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -16.39$, $p < .000$) ผลการวิจัยนี้ พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลได้ บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงได้

คำสำคัญ : ความเหนื่อยหน่าย, โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม, ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

Abstract

The quasi-experimental research aimed at studying the effects of a social support program on the effects of social support program on burn out in caregivers of bedridden patients. The sample group was 60 caregivers of bedridden patients divided to 2 groups ; 30 people in the experimental group and 30 people in the control group. The research instruments were valid by 3 experts and a Cronbach's alpha coefficient of .87. Demographic data was analyzed using descriptive statistics. Major findings were as follows: 1.The Maslach Burnout Inventory burnout in caregivers of bedridden patients in the experimental group had difference from post-test mean scores ($M = 42.47$, $SD = 12.23$) before attending the experimental ($M = 63.60$, $SD = 12.09$)

Corresponding Author: *e-mail: nuchanart @nurse.tu.ac.th

วันที่รับ (received) 26 ธ.ค. 65 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 เม.ย. 66 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 เม.ย. 66

($t = 17.23$, $p < .001$) 2. The mean scores difference between the experimental group which attended the social support program had difference from the control group which receiving routine care ($\bar{D}^1 = 21.13$, $SD = 6.72$) between pre and post receiving social support program ($\bar{D}^2 = 1.93$, $SD = 3.78$) ($t = -16.39$, $p < .000$)

The research indicated that the social support program is effectiveness reducing burn out in caregivers of bedridden patients. Thus, the social support program is one of the alternatives for health personnel to recommend caregivers of bedridden patients or other chronic patients in order to alleviate burn out syndrome and find the way to solve problems.

Keywords: Burnout, Social support program, Caregivers of Bedridden Patients

บทนำ

ผู้ป่วยติดเตียง คือ ผู้ที่มีอาการสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง จำต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งในบางรายอาจจะไม่รู้สึกตัวเลย ขณะที่บางคนอาจจะขยับตัวได้บ้าง แต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือได้ในบางเรื่องอย่าง 'ไม่เต็มที'¹ และจากรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขปี 2563 พบว่าในไทยมีผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 45,287 คน และในจังหวัดปทุมธานี มีผู้ป่วยติดเตียงปี 2559 จำนวน 238 คน ปี 2560 จำนวน 257 คน ปี 2561 จำนวน 367 คน ปี 2562 จำนวน 372 คน ปี 2563 จำนวน 386 คน² จากสถิติดังกล่าวเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นทุกปี ในผู้ป่วยที่นอนติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ จึงต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือขณะรักษาตัว ผู้ดูแลมีหน้าที่ตั้งแต่ดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ พื้นฟูสมรรถภาพ และยังช่วยป้องกันผู้ป่วยจากโรคแทรกซ้อนตามมาอีกด้วย³ บทบาทของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยติดเตียงเป็นอย่างมาก

และสถาบันครอบครัวของไทยส่วนใหญ่เป็นสถาบันที่อาศัยเกื้อกูลกันทั้งทางสังคมและทางกายภาพ⁴ สมาชิกในครอบครัวจึงมักต้องรับบทเป็นผู้ดูแล และระยะเวลาที่ยาวนาน จะส่งผลกระทบทางลบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ดูแลจะมีสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไป อาการที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ เหนื่อย เมื่อยล้า อ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ และปวดตามร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ เครียด วิตกกังวล หงุดหงิด ท้อแท้ สิ้นหวัง⁵ ด้านอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์โกรธ หงุดหงิดง่าย ต่ำหนิผู้อื่น ขาดความเห็นอกเห็นใจ⁶ และด้านพฤติกรรม ส่งผลให้มีการแยกตัวจากสังคมรู้สึกโดดเดี่ยว และรู้สึกถูกกีดกันออกจากสังคม เนื่องจากไม่มีเวลาเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเต็มที่ นอกจากนั้น ยังมีผลในเชิงค่าเสียโอกาสจาก

การทำหน้าที่ดูแลปรนนิบัติโดยอาจต้องลาออกจากการทำงานหรือลาออกจากการเรียน เพื่อมาทำหน้าที่ดูแลแบบเต็มเวลา และเสียโอกาสทางการเงิน ทำให้เกิดภาวะขัดสนทางการเงินในผู้ดูแลที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาและภาวะที่จิตใจหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว อาจทำให้เกิดภาวะเหนื่อยหน่าย (Burnout) ในหน้าที่ความรับผิดชอบซึ่งเมื่อเกิดกับผู้ดูแลย่อมส่งผลไปยังผู้ป่วย โดยอาจเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย หรือทอดทิ้งได้โดยไม่ตั้งใจ ซึ่งอาการที่บ่งชี้ความเหนื่อยหน่ายประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกอ่อนล้า สิ้นหวัง หหมดกำลังใจในการดูแล 2) ด้านการมองข้ามคุณค่าการเป็นบุคคลของผู้ป่วย และผู้อื่น เช่น ความรู้สึกด้านลบ มีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย มองผู้ป่วยเสมือนวัตถุหรือสิ่งของมากกว่าการมองว่าเป็นบุคคล ซึ่งมีความรู้สึก และ 3) ด้านความไม่ประสพผลสำเร็จของผู้ดูแล เช่น การประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการตัดสินใจว่าตนเองล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วย จากความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนี้ ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ⁷ และปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี^{8,9}

ดังนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อผลกระทบจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม โดยได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลจากบุคคลหรือเครือข่ายทางสังคมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร¹⁰ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น วัตถุ สิ่งของหรือบริการ

ต่าง ๆ กำลังใจ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จากบุคคลอื่นในสังคม และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีกำลังใจที่จะเผชิญกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้¹¹ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ ที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยติดเตียง เกิดพฤติกรรมในการดูแลที่ดี นอกจากนี้ ยังช่วยให้การรับรู้ความเหนื่อยหน่ายในการดูแลของผู้ดูแลลดลง สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาการทอดทิ้งผู้ป่วยติดเตียงได้^{12,13} ผู้วิจัยสนใจถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ไปช่วยเหลือในเรื่องการลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์¹⁰ เพื่อช่วยลดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมดังกล่าวจะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

1.3 คำถามการวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

- การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)
- การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support)
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support)
- การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

ความเหนื่อยหน่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

สมมติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. ผลต่างค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์¹⁰ ซึ่งมีการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมนี้จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และเมื่อสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้ดูแล

ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี อายุระหว่าง 20–59 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลหลัก ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย และอ่านออก เขียนได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2565 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.2 ได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ระดับ 0.8 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย แต่เนื่องจากป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop Out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20%¹⁴ จำนวน 10 คน จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน โดยการแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน แต่เนื่องจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำให้เหลือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

2. แบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมิน MBI (Maslach Burnout Inventory) เพื่อแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านตามที่ของแมสเลซและแจคสัน¹⁵ ได้นำมาพัฒนาโดย งานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ด้าน ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางลบ จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแลนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้คือระดับ .80 ขึ้นไป¹⁶

3. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้กระบวนการตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์¹⁰ กิจกรรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1. “แรกพบหน้า” 2. “รู้เท่าทันสำคัญไฉน” 3. “คิดดี อารมณ์ดี” 4. “รู้จักผ่อนคลายจิตใจสดชื่น” 5. “มาผ่อนคลายกันเถอะ” 6. “รับรู้และเข้าใจ” 7. “ใกล้บ้าน ใกล้ใจใกล้ชุมชน” 8. “ลาแล้วแก้วตา” โดยทำ 2 กิจกรรมต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที มีผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหา ความถูกต้อง สอดคล้องชัดเจน ความเหมาะสมของการใช้ภาษาและความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างและเข้าเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 10 คน โดยการทำแบบกิจกรรมครบทั้ง 8 กิจกรรม เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา และอุปสรรคอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการทำกิจกรรม ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการหนังสือรับรองรหัสโครงการวิจัย 038/2565 เลขที่หนังสือรับรอง COA No. 030/2565 อนุมัติวันที่ 29 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 53.50 ปี ($M = 53.50$, $SD = 4.23$) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 53.63 ปี ($M = 53.63$, $SD = 5.16$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้านอายุ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .109$, $p > .05$) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.70 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.70 กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ที่มีมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 40.0 กลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.70 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 96.70 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 60.0 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.00 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 50.00 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 43.30 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ในช่วงพออยู่พอกิน คิดเป็นร้อยละ 76.70 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ในช่วงพออยู่พอกิน คิดเป็นร้อยละ 63.30 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.30 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในช่วง

5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00

เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่าข้อมูลการจำแนกเพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติข้อมูลส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เชื่อได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลอง เป็นผลมาจากโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

ตารางที่ 4.3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($n = 30$)

คะแนนความเหนื่อยหน่าย	M	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	63.60	12.09	29	17.23	0.000
หลังทดลอง	42.47	12.23			

จากตารางที่ 4.3 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ($M = 42.47$, $SD = 12.23$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 63.60$, $SD = 12.09$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.23$, $p<.001$)

ตารางที่ 4.5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 60$)

ความเหนื่อยหน่าย	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)				กลุ่มควบคุม ($n = 30$)				df	t	p-value
	M	SD	$\bar{D}^1$	SD	M	SD	$\bar{D}^2$	SD			
ก่อนทดลอง	63.60	12.08			66.16	11.55					
			21.13	6.72			1.93	3.78	45.67	-	.000
									16.39		
หลังทดลอง	42.46	12.23			68.10	11.27					

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงหลังการทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ($\bar{D}^1 = 21.13$, $SD = 6.72$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}^2 = 1.93$, $SD = 3.78$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -16.39$, $p<.001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ($M = 42.47$, $SD = 12.23$) แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($M = 63.60$, $SD = 12.09$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.23$, $p<.001$) ตามตารางที่ 4.3 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมแล้ว จะได้รับการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของเฮาส์¹⁰ ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมนี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกิดความรู้สึกมั่นใจเมื่อต้องการความช่วยเหลือ¹⁷ รู้สึกได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และเมื่อสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้ดูแล และมีกำลังใจและความหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม เป็นการให้ข้อมูลย้อนป้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง โดยผ่านกิจกรรมที่ 1 “แรกพบหน้า” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในกลุ่ม เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินค่าสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลได้ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเองและผู้อื่น และการได้ฝึกการประเมินค่าสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจากสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งการที่บุคคลมีการรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่มาช่วยในการแก้ไขปัญหาได้ จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้ดี ประสบความสำเร็จในการแก้ไขและจัดการกับปัญหา¹⁸ และกิจกรรมที่ 2 “รู้เท่าทันสำคัญไฉน” เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้ประเมินตนเอง ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตน การเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการที่ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ นั้นทำให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมรับรู้และประเมินปัญหา แลกเปลี่ยนปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้ได้รับความไว้วางใจ ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และเห็นคุณค่าจากผู้ดูแลซึ่งมีหัวใจเดียวกัน¹⁹

การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ เป็นการสนับสนุนและพัฒนา

ทักษะทางด้านอารมณ์ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทัศนคติที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผ่านการเรียนรู้วิธีการจัดการอารมณ์ การจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้เกิดการบอกเล่าถึงปัญหาความทุกข์สุขของตนเอง ผ่านกิจกรรมที่ 3 “คิดดี อารมณ์ดี” เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้ที่มาของอารมณ์ที่ ทำให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และเข้าใจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนได้ตามความเป็นจริง สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนให้แสดงออกได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการเรียนรู้ที่มาของอารมณ์จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และเข้าใจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนได้ตามความเป็นจริง สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนให้แสดงออกได้อย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจและรับผิดชอบสิ่งที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการกระทำของตน ผู้ดูแลสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่ดีขึ้น ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยติดเตียงได้ และทำให้เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอารมณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาได้ด้วยตัวเอง²⁰ และกิจกรรมที่ 4 “รู้จักผ่อนคลาย จิตใจสดชื่น” เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้พัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทัศนคติที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งให้เห็นถึงบทบาทผู้ดูแลในเชิงบวก มีการสนับสนุนให้กำลังใจและกระตุ้นให้มีความหวัง ซึ่งพบว่าในผู้ดูแลที่สามารถจัดการอารมณ์ตัวเองได้ ส่งผลต่อการเพิ่มความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยในด้านบวก และมีเจตคติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วย ไม่มองผู้ป่วยเป็นเหมือนวัตถุสิ่งของ เป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่ช่วยลดความเหนื่อยหน่ายได้²¹ ในกิจกรรมที่ 5 “มาผ่อนคลายกันเถอะ” กิจกรรมนี้ผู้ดูแลได้การเรียนรู้ในเรื่องความเครียด การจัดการความเครียด และทักษะในการผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกสร้างจินตนาการ การฝึกสมาธิ การฝึกทักษะหายใจ และการผ่อนคลายความเครียดด้วยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกทักษะการจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ระบายออกทางอารมณ์ในทางที่เหมาะสม ซึ่งการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นคงทางอารมณ์ และเป็นการช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ดียิ่งขึ้น¹⁸

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information

Support) เป็นการสนับสนุนความรู้ คำแนะนำ การชี้แนะ หรือให้การปรึกษาถึงแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยผ่าน ในกิจกรรมที่ 6 “การรับรู้ข้อมูล มีชัยไปกว่าครึ่ง” เป็นการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนความรู้ คำแนะนำ การชี้แนะ หรือให้การปรึกษาถึงแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ทำให้ผู้ดูแลสามารถนำไปแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์นั้น จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี จะช่วยเพิ่มให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะเผชิญปัญหา และความเครียดได้มากกว่าการที่ผู้ดูแลขาดแหล่งการสนับสนุนทางสังคม²²

การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการให้ความรู้ถึงแหล่งช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น บุคลากร เงิน สิ่งของ หรือแรงงาน ตามความต้องการที่จำเป็นของบุคคล ผ่านกิจกรรมที่ 7 “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ใกล้ชุมชน” เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลในกลุ่มร่วมกันรับรู้และประเมินปัญหาด้านความต้องการทรัพยากร โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลแหล่งสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่ได้รับ ผู้วิจัยให้ข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชนนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากในกลุ่มผู้ดูแล การให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ภายในและแหล่งประโยชน์ วิธีการขอรับความช่วยเหลือ เรียนรู้วิธีการสื่อสารขอความช่วยเหลือในชุมชน แนะนำเครือข่ายทางสังคม แหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชน²³ ซึ่งการช่วยเหลือด้านทรัพยากรจะทำให้ผู้ดูแลลดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยได้ การได้รับข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชนนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากในกลุ่มผู้ดูแล วิธีการขอรับความช่วยเหลือ เพื่อช่วยแบ่งเบาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และกิจกรรมที่ 8

สรุปได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นการออกแบบกิจกรรมเพื่อให้เกิดความสามารถในการเผชิญปัญหา และแก้ไขปัญหาได้ และมีความรู้ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง สามารถจัดการอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นได้ และจัดการกับความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ ช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดความหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อไป โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความเหนื่อยหน่าย²⁴ ทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ 1) อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ 2) การมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น และ 3) ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล และจากการที่ผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม

สนับสนุนทางสังคม พบว่ามีคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงลดลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรจัดให้มีการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับสำหรับผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่ให้สามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ได้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลในระยะยาว 3 เดือน 6 เพื่อประเมินประสิทธิผล และความยั่งยืนในประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น

References

1. Nakkul N., The Development of a Care Model for Home-bound and Bed-bound Chronically ill Patients in Suratthani Municipality. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2018; 23(2): 36-50. (in Thai).
2. Department of Empowerment of Persons with disabilities. Disability Information in Thailand. Ministry of Social development and Human Society. 2021. (in Thai).
3. Boonvas K., Supanun t T., Chunhabordeeand A., Wae N., Caregiver Stress and Needs in Caring Disabled. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 4(1): 205-16. (in Thai).
4. National Health Security Office. Research plan for developing life quality of elderly People. Bangkok. National Health Security Office. 2015. (in Thai).

5. Bevens M F Sternberg E M. Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *The Journal of the American Medical Association*. 2012; 307(4): 398-403.
6. Rosenfarb I S., Bellack A S., & Aziz N A sociocultural stress, appraisal and coping model of subjective burden and family attitudes toward patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 2006; 115(1): 157-65.
7. Brazil K, Bedard M, Willison K. Bereavement adjustment and support among caregivers. *Journal of Mental Health and Aging*. 2003; (9): 193-204.
8. Sritawan K, Selected Factors Related to Burnout in Caregivers of Persons With Schizophrenia In Community. [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University, 2016. (in Thai)
9. Sritawan K, Upasen R. Selected Factors Related to Burnout In Caregivers of Persons With Schizophrenia in Community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017; 18: 308-14. (in Thai)
10. House J S. Work stress and social support. California: Addison-Wesley; 1981.
11. Chantarasin A. Social Support of Caregiving Patients With Stroke A Case Study of Nakonnayok Hospital. [dissertation]. Bangkok: Thammasat University; 2017. (in Thai)
12. Luvira V. Health Care for Caregivers of Patients with Terminal Illness. *Srinagarind Medical Journal*. 2013; 28(2): 266-70. (in Thai)
13. Sansamak R Sasat S. The Effect of Public Mind Social Support Program on Loneliness in Older Persons Resided in Public Welfare Home for The Aged. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017; 18: 251-60. (in Thai)
14. Grove S K., Burns, N., & Gray, J. R. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence (7th ed). St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2013.
15. Maslach C. & Jackson S E. The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organization Behavior*. 1981; 2: 99-113.
16. Srisatidnarukul B. The methodology in nursing research (5th edition). Bangkok: U & I INTER MEDIA CO., LTD. 2010. (in Thai).
17. Hanzawa S., Bae J K., Tanaka I., Bae Y J., Tanaka G., Inadomi H. et al. Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2010; 64(4): 377 - 86.
18. Sinthusopa W. The Effect of Group Social Support Program on Quality of Life in Persons with Schizophrenia's Caregivers. [dissertation] Chulalongkorn University; 2017. (in Thai)
19. Chanta M., Sumattana G., Howharn. C. A Participatory Model of Behavioral Health Promotion for People with Physical Disabilities in Nuangbuor Sub – District, Srikhoraphum District, Surin Province. *Primary Health Care Division Journal*. 2011; 7(1): 48-56. (in Thai).
20. Wongupparaj R., Wonguppara P. A Comparative Study of Social and Emotional Learning of Undergraduates Between Public and Private Universities. *Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University*. 2012; 6(12): 7-24. (in Thai).
21. Jajina O. The Influence of Personal Factors and Social Support on Job Burnout of Mental Health and Psychiatry Personnel in Health Service Network 3. [dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University. 2013. (in Thai).
22. Tanataveesaku A. Quality of Life and Social Support Need of Caregivers of End-Stage Cancer Patients. [dissertation]. Bangkok: Thammasat University; 2013. (in Thai).
23. Fumaneeshoat O. Home Visit and Palliative Care. *Songklanagarind Medical Journal*. 2017; 35(4): 399-406. (in Thai).
24. Maslach C., & Jackson S E. Maslach Burnout Inventory. 2nd ed. New York : Consulting Psychologists; 1986.