บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Effects of a Social Support Program on Stress and Spiritual Well Being among Caregivers of End-Stage Cancer Patients

สรรสนีย์ จันทร์มา (Sunsanee Junma)*
วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์ (Worawan Tipwareerom)**
ยุวยงค์ จันทรวิจิตร(Yuwayong Juntarawijit)**

Received: April 1, 2022
Revised: April 19, 2022
Accepted: April 27 , 2022

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อลดความเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลน่าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มละ 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียดและแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง จากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ เท่ากับ 0.85 และของแบบประเมินความเครียด เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ paired t-test , Independent t- test

ผลการวิเคราะห์พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความเครียดลดลงอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการทดลองเพิ่มขึ้น อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความเผาสุกทางจิตวิญญาณหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลดีต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงสมควรนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดความเครียดและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ

คำสำคัญ: ความเครียด ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Abstract

This study was a quasi - experimental research, using a two-group, pre-test/post-test design. The objective was to examine the effectiveness of a social support program on stress and spiritual well-being among caregivers of end-stage cancer patients. The samples were caregivers of end-stage cancer patients who received treatment in Nan Hospital. The samples were selected by purposive sampling, 30 persons each group divided in control group and experimental group .The control group received usual care and the experimental group received the social support program on stress and spiritual well-being among the caregivers of end-stage cancer patients for12 weeks. The research instruments consisted of personal data, spiritual well being assessment stress assessment with reliability 0.85 and 0.89 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, independent samples t-test and paired samples t-test.

The results showed that the experimental group had the mean score of preoperative stress level was significantly decreased ($p < .001$). After receiving the program, the caregivers well-being score of the experimental group level was significantly increased ($p < .001$). After receiving the program, the caregivers role stress score of the experimental group lower than before receiving the program ($p < .001$). After receiving the program, the caregivers well-being score of the experimental group was higher than before receiving the program ($p < .001$).

The results of study indicate that the Social Support Program could has positive effect on stress and spiritual well-being among caregivers of end-stage cancer patients . Therefore, that program can be use in nursing practice to enhance more effective on adaptation among caregivers end-stage to reduce stress and increase spiritual well-being.

Key words: Stress, Spiritual well being, Caregiver, End stage cancer patients

*Corresponding author: Sunsanee Junma: opor_chanon@hotmail.com

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยนเรศวร

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Student, Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner), Naresuan University

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World health organization : WHO, 2017) ในปี ค.ศ 2017 พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนในโลกเกิดความเจ็บป่วยและตาย มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกทั้งหมด 18.1ล้านคน และเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั่วโลก 9.6 ล้านคน จากสถิติปี 2562 ในประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 122,757 คน (Office of Policy and Strategy, 2017)

จังหวัดน่านมีประชากรทั้งหมด 476,363 คน จำนวนประชากรในเขตอำเภอเมือง 81,481 คน (Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2017) สถิติของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ามารับบริการจากโรงพยาบาลน่าน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มาเข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 304 คน ปี พ.ศ.2562 จำนวน 310 คน ปีพ.ศ. 2563 จำนวน 428 คน จากการเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย อัตราการกลับมานอนซ้ำด้วยอาการรบกวนคิดเป็นร้อยละ 12 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย(Nan Province Hospital, 2020) เมื่อระยะของโรคเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย อาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ (Phrombut, Peasue, & Sakul hongsophon, 2014) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จึงต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านอื่นๆ คือ ปัญหาด้านการรู้คิด ทำให้ไม่สามารถสื่อสารถึงความรู้สึกนึกคิดหรือความต้องการได้ ปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยได้แก่ ซึมเศร้า โกรธ สิ้นหวัง ความรู้สึกหมดหวัง (Sriphongam, 1996) ปัญหาด้านสังคม ได้แก่ ขาดผู้ดูแลหลัก ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ปัญหาด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต

จากปัญหาต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในทุกๆด้าน เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณมากขึ้น ความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง จึงต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลจะต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นภาระในการดูแลเพิ่มมากขึ้น การขาดความรู้ ความมั่นใจในการให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การบริหารจัดการอาการต่างๆ การเผชิญกับภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น การปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือต่อตนเองไม่ถูกต้อง การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมเกิดความวิตกกังวล เครียด ไม่มีความสุขในชีวิต (Sangthongdee, 2020) ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายในชีวิต ไม่มีเป้าหมายในชีวิต (Kijrungroj, Panphadung, & Ninmanut, 2015) เนื่องจากขาดความมั่นใจในการปรับตัวใหม่ (Saensee, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีบทบาทหลักคือต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ (Kinawong & Lhoenpetch, 2016) ผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลในการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ความต้องการมีที่ปรึกษาในกรณีฉุกเฉิน เพื่อสอบถามประเด็นปัญหาให้ช่วยเหลือ การให้บุคลากรของสถานบริการช่วยดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแทนตนเองเมื่อจำเป็น

การต้องมารับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีผลต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความความเครียดวิตกกังวล ท้อแท้ นอนไม่หลับนอนไม่เพียงพอ อาจเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข่าวสาร และการดำรงค์ไว้ซึ่งหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเรื้อรังได้ (Wonginyoo, Prasarnnate, Wongcharee, 2019) เมื่อเกิดความเครียดผู้ดูแลจะประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกเพื่อจัดการกับความเครียดซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, Kahn, McLeod, & Williams, 1985)

จากการศึกษาทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลมีระดับสูง เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต้องการการสนับสนุนทางสังคมทั้งทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากบุคคลในครอบครัว รวมถึงบุคคลในสังคมอีกทั้งยังต้องการสนับสนุนจากบุคคลากรทาง

สุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลผดุงครรภ์ ในการดูแลและช่วยเหลือการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง (Wonginyoo, Prasarnnate, & Wongcharee, 2019) สอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ที่ส่งผลทำให้มีผู้ดูแลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น(Kijrungroj, Panphadung, & Ninmanut, 2015)

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House et al., 1985) หมายถึงการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้เกิดความรักใคร่ผูกพัน ความห่วงใย การดูแลและคอยให้ความช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลผู้นั้น สามารถปฏิบัติกิจกรรม หรือกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ตาม ความต้องการ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่ง องค์ประกอบออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การ สนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก 2) การสนับสนุนด้าน ทรัพยากร 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร รวมถึง การชี้แนะ การให้คำปรึกษา 4) การสนับสนุนด้านการ ประเมินค่า การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นการช่วยเหลือ ที่ผู้ดูแลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม การสนับสนุนที่ได้รับนี้มาจากแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ๆ โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและ มีความสำคัญในสถานการณ์ต่าง ๆ เนื่องจากการ สนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อ พฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้บุคคลนั้นมีการรับรู้เหตุการณ์ การปรับตัวและมีกลไกการเผชิญปัญหาได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

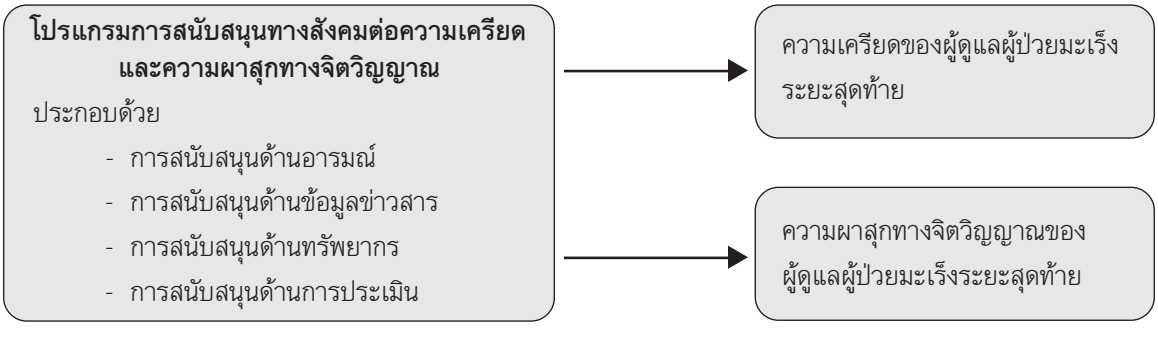
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House et al., 1985) เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถลดความเครียดและมีความผาสุก ทางจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางให้คำแนะนำ ช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House et al., 1985) และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรและด้านการประเมิน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยผ่อนคลายจากความเครียดและมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเขตอำเภอเมืองน่าน มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดน่าน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน่านระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลน่านโดยการเลือกผู้ป่วยที่มีระดับการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Palliative Performance Scale : PPS) อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 จำนวน 60 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 เปิดตารางอำนาจการทดสอบ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายเนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความเสี่ยงต่อการออกจากกลุ่มได้ง่าย จึงจำเป็นต้องสำรองกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกกลุ่มละ5 คน (Polit & Hungler, 1999) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยมีการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้ดูแลมีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 3) เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยเช่น บุตร หลาน ญาติพี่น้องหรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น สามี ภรรยา ลูกสะใภ้ หลานสะใภ้ โดยให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง 4) มีระดับความเครียดที่สูงมากกว่า 7 คะแนน 5) มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำกว่า 93.5 คะแนน 6) ได้รับการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Palliative Performance Scale : PPS) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

เกณฑ์การคัดออก 1) อาสาสมัครมีปัญหาสุขภาพภายหลังจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามระยะเวลากำหนด 2) อาสาสมัครได้สิ้นสุดบทบาทการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายลงอันเนื่องจากผู้ป่วยที่ดูแลเสียชีวิตระหว่างการวิจัย 3) อาสาสมัครขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย 4) อาสาสมัครย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การรับรู้การวินิจฉัยโรค ความเพียงพอของรายได้ระดับสัมพันธภาพกับผู้ป่วย วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ความสุขในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมทางศาสนา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.2 แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) (Oupra, Griffiths, Pryor, & Mott, 2010) ใช้วัดความเครียดของผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ1)ด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก (Physical and emotional strain) 10 ข้อ 2) ด้านสังคม (Social strain) 1 ข้อ 3) ด้านเศรษฐกิจ (Financial strain) 1 ข้อและ 4) ด้านการประกอบอาชีพ (Occupational strain of caregiving) 1 ข้อ

1.3 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวตะวันออกของสมพร ปานผดุง,กิตติกร นิลมานัต, ลัพณา กิจรุ่งโรจน์ (Somporn, Kittikorn, Luppana, 2015) ประกอบข้อคำถาม จำนวน 36 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ ประกอบด้วย

1) การสนับสนุนทางอารมณ์โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาข้อข้องใจ ข้อสงสัยและตอบคำถามข้อสงสัยที่กลุ่มตัวอย่างซักถามด้วยข้อมูลที่เป็น

จริง เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก รับฟังอย่างตั้งใจ พร้อมให้กำลังใจ แสดงออกถึงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ใช้การสัมผัสกับกลุ่มตัวอย่างตามเหมาะสมขณะพูดคุยเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้น

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารโดยการสอนเรื่องการดูผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การสอนการหายใจนั่งในท่าสบายหายใจเข้าออกลึกๆยาวแล้วกลั้นไว้นับ1ถึง4 แล้วผ่อนการหายใจออกนับ1 ถึง 8ช้าๆทำติดต่อกันประมาน 4-5 ครั้ง การนั่งสมาธิโดยการนับลมหายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ1 ทำไปเรื่อย ๆ จนครบ 10 ถือเป็น 1 รอบ สอนการใช้อุปกรณ์ที่บ้านเช่นการให้เครื่องผลิตออกซิเจนที่บ้าน

3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยการประสานอุปกรณ์ที่จำเป็นกับผู้ป่วยจากศูนย์อุปกรณ์ของโรงพยาบาล

4) การสนับสนุนด้านการประเมิน โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับหรือข้อติชม โดยการชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามได้ถูกต้อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจและให้คำแนะนำหรือข้อมูลย้อนกลับและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามยังไม่ถูกต้อง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้ปรับเข้ากับบริบทในการศึกษาครั้งนี้มาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงวุฒิ 5 ท่านเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อคำถาม ผู้วิจัยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ .96 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha)โดยแบบสอบถามความเครียดมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ.89 และแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองเริ่มจากสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจากเวชระเบียนและทำการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้าสู่กลุ่มควบคุม โดยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองให้เสร็จสิ้นก่อนรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองมีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินรวบรวมข้อมูลก่อนกลุ่มทดลอง โดยพบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่คลินิกบริบาลบรรเทา โรงพยาบาลน่าน ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้ผู้ดูแลทราบ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดและแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ดูแลมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลน่าน

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมหลังร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 12 เพื่อตอบแบบสอบถามความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มทดลองทั้งหมด 4 ครั้ง ระหว่างการวิจัยกลุ่มทดลองสามารถติดต่อผู้วิจัยทางโทรศัพท์และทางไลน์แอฟพิเคชั่นได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมที่พบกลุ่มทดลองที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานอำเภอเมืองน่าน กิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3 เป็นกิจกรรมเมื่อกลุ่มทดลองกลับไปอยู่ที่บ้าน กิจกรรมที่ 4 เป็นกิจกรรมที่พบกลุ่มทดลองที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานอำเภอเมืองน่าน รายละเอียดกิจกรรมมีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1ผู้วิจัยดำเนินการสอนทั้งรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยให้การสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจจากผู้ดูแล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพูดคุยระบายความรู้สึกและความต้องการการช่วยเหลือ 2)การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อาการรบกวน การจัดการอาการรบกวนการจัดการไม่สุขสบาย การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย วิธีคลายความเครียด การระบายความเครียด รู้วิธีการจัดการความเครียด ค้นหาเป้าหมายในชีวิตของตนเอง ฝึกการทำสมาธิสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการนั่งสมาธิ ฝึกปฏิบัติการทำสมาธิแบบอานาปานสติ 15 นาทีต่อครั้งในการทำสมาธิ การหายใจที่ถูกต้อง ให้ความรู้เกี่ยว

กับภาวะเครียด อาการและอาการแสดง ผลกระทบจากภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับให้คำแนะนำในการผ่อนคลาย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการถ่ายทอดประสบการณ์การจัดการความเครียดจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3)การสนับสนุนทรัพยากร สอนการใช้อุปกรณ์ที่บ้าน และในชุมชนจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อผู้ป่วยเพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลที่บ้านและสาธิตการใช้อุปกรณ์

กิจกรรมที่ 2 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลาพูดคุยประมาณ 15-20 นาที โดยการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชั่นเมื่อผู้ดูแลกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผู้วิจัยพูดคุยทักทายทางโทรศัพท์เพื่อสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง สอบถามถึงความรู้สึกของผู้ดูแล รวมทั้งปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น พูดคุยให้กำลัง 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยติดตามประเมินและสอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นและดำเนินให้ข้อมูลความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรค รวมทั้งแสวงหาข้อมูลตามที่ผู้ดูแลต้องการ 3)การสนับสนุนด้านทรัพยากร ติดตามประเมินการใช้อุปกรณ์ที่บ้าน และบันทึกการใช้อุปกรณ์ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ และกล่าวชมเชยเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหรือตอบคำถามได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 3 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 10 โดยให้การสนับสนุนทางสังคมเช่นเดียวกันกับกิจกรรมที่ 2 หลังจากนั้นทำการประเมินผ่านแอปพลิเคชั่นไลน์

กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 12ใช้เวลาพูดคุยประมาณ 15-20 นาที การสนับสนุนทางด้านการประเมิน กล่าวชมเชยผู้ดูแลที่ตอบคถามได้ถูกต้อง ทำแบบประเมินความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลและกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลอง ปิดกิจกรรมการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข IRB No P3-0064/2563 เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2563 ดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองและขอความยินยอมการเข้าร่วมการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้ สามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired-test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลองในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ข้อมูลกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึง ร้อยละ 71.4 อายุอยู่ระหว่าง 50-69 ปี ร้อยละ 63.3 สถานภาพสมรสร้อยละ 76.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับปริญญาตรี ร้อยละ16.7 และ 23.3 ตามลำดับ อาชีพรับราชการ- รัฐวิสาหกิจมากที่สุดร้อยละ 66.7 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บร้อยละ 53.3 มีความสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดีร้อยละ 53.3 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นสามีภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยร้อยละ 46.7 เป็นบุตรร้อยละ 36.7 และเป็นบิดามารดาที่ดูแลบุตรร้อยละ 10 ตามลำดับ การรับรู้การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยได้รับทราบจากแพทย์ผู้ดูแลร้อยละ 100 การดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไม่เป็นภาระแก่ผู้ดูแลคิดเป็นร้อยละ 41.6 การรักษาส่วนใหญ่รักษาแบบประคับประคองร้อยละ 50 เคมีบำบัดร้อยละ 36.7 และการฉายแสงร้อยละ 13.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่มีความสุขในชีวิตระหว่างการดูแลคิดเป็นร้อยละ 71.4 มีผู้ดูแล 1-2 คนที่บ้านคิดเป็นร้อยละ 66.7 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 80 มีการปฏิบัติกิจทางศาสนาไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา ไปวัดเพื่อทำบุญในวันพระ 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 30 ดังแสดงในตารางที่ 1

2. เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคล์สแควร์พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

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

เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามคุณลักษณะของประชากร (N= 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n= 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	9	30	5	14.3	0.46
หญิง	21	70	25	71.4	
อายุ(ปี)					
>30	5	16.7	3	10	0.317
30-49	6	20	4	13.4	
50-69	19	63.3	22	73.3	
>70	0	0	1	3.3	
อาชีพ					
รับราชการ-รัฐวิสาหกิจ	1	3.3	20	66.7	0.164
รับจ้าง-ลูกจ้าง	8	26.7	2	6.7	
เกษตรกรรม	15	50	3	10	
ค้าขาย-ธุรกิจส่วนตัว	5	16.7	2	6.7	
แม่บ้าน	1	3.3	1	3.3	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	0	13	6.7	
สถานภาพสมรส					
คู่	21	62.0	23	41.3	
โสด	1	70	2	76.7	0.577
หม้าย	2	3.3	1	6.7	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n= 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
หย่า/แยกกันอยู่	0	6.7	0	3.3	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	3	10	1	3.3	0.548
ประถมศึกษา	21	70	15	50	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	13.4	5	6.7	
อนุปริญญา/ ปวส.	1	1.3	2	6.7	
ปริญญาตรี	1	1.3	7	23.3	
การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นภาระในการดูแลหรือไม่					
ใช่	4	6.6	5	8.3	0.438
ไม่ใช่	26	43.3	25	41.6	
ความเกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล					
บิดา-มารดา	5	16.7	3	10	0.524
บุตร	6	20	11	36.7	
สามี-ภรรยา	16	53.3	14	46.7	
พี่น้อง	3	10	2	6.7	
ระดับสัมพันธภาพกับผู้ป่วย					
ปานกลาง	10	33.3	11	36.7	0.797
ดี	17	56.7	16	53.3	
ดีมาก	3	10	3	10	
วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ					
แบบประคับประคอง	18	60	15	50	0.653
ฉายแสง	2	6.7	4	13.3	
เคมีบำบัด	10	33.3	11	36.7	
มีความสุขในการดูแลผู้ป่วย					
มี	14	46.7	5	14.3	0.462
ไม่มี	16	53.3	25	71.4	
กิจกรรมทางศาสนา					
ทำทุกวัน	3	10	5	16.7	0.516
ทำวันเว้นวัน	7	23.3	5	16.7	
ทำ 4 ครั้ง/สัปดาห์	12	40	9	30	
ทำ 5 ครั้ง/สัปดาห์	3	10	5	16.7	
ไม่ทำเลย	5	16.7	6	20	
ประสบการณ์ในการดูแล					
มี	22	73.3	6	20	0.436
ไม่มี	8	26.7	24	80	

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (N=30)

ตัวแปร	การทดสอบ	Mean	S.D.	t	p-value
ความเครียด	ก่อนทดลอง	120.7	11.83	23.48	<.001***
	หลังทดลอง	86.68	12.64		
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	ก่อนทดลอง	92.88	11.89	25.05	<.001***
	หลังทดลอง	160.7	17.84		

***p <.001

3 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังทดลองเท่ากับ 86.68 (S.D.=12.84) และคะแนนกลุ่มควบคุมหลังทดลองเท่ากับ 145.70 (S.D.=16.84) ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองลดลงหลังทดลองและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001และกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังทดลองเท่ากับ 160.70 (S.D.= 17.84) และคะแนนกลุ่มควบคุมหลังทดลองเท่ากับ 92.88 (S.D.= 18.84) ค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นหลังทดลองและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)

ตัวแปร	กลุ่ม	Mean	S.D.	t	p-value
ความเครียด	ทดลอง	86.68	12.64	5.87	<.001***
	ควบคุม	160.7	17.84		
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	ทดลอง	145.7	16.84	7.87	<.001***
	ควบคุม	92.88	18.84		

***p <.001

การอภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองก่อนทดลองและหลังทดลองการสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้า (House et al., 1985) ส่งผลลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ความรู้และฝึกทักษะบทบาทการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งชี้แนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ผู้วิจัยสามารถติดตามและส่งเสริมให้กลุ่มทดลองได้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้เรียนรู้ เพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง อีกทั้งจัดกิจกรรมติดตามโทรศัพท์เยี่ยมที่บ้าน ทำให้

ผู้วิจัยสามารถประเมินความเครียดของกลุ่มทดลองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่บุคคลจะปรับตัวต่อความเครียดได้ดีจ้องอาศัยข้อมูล หากไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างเพียงพอ จะส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกสับสนและก่อให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจะช่วยให้เกิดตวามรู้ ความเข้าใจมากขึ้น ช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลง

การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการรับฟังความคิดเห็น เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ช่วยทำให้กลุ่มทดลองเกิดความอบอุ่น สบายใจ ลดความวิตกกังวลและลดความสนใจออกจากสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, นิมัศตูรา แว (Boonvas, Supanunt, Chunhabordee, & Wae, 2017) พบว่าผู้ดูแล ต้องการความรู้ คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยต้องการญาติหรือเพื่อนบ้านมาแบ่งเบาภาระในการดูแล รวมทั้งต้องการให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้าน ต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานในท้องถิ่น และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พนิตตา ศรีหาคลัง, ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (Srihaklang & Sasat, 2016) พบว่าการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโดยมีกิจกรรมฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย และจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล หลังจากจำหน่าย มีการติดตามผู้ดูแลทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผลประเมินความเครียดผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดลดลง

คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนทดลองและหลังทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน ผลของการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือ คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House et al., 1985) ก่อนการศึกษาพบว่าคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ความสุข สงบที่เกิดจากการทำความดี ซึ่งถือเป็นความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านหนึ่งที่ถูกกระทบเนื่องจากผู้ดูแลมักไม่มีเวลา การดูแลส่งผลให้ญาติเหนื่อยล้า ท้อแท้ ต้องเผชิญกับอารมณ์รองรับอารมณ์ของผู้ป่วย อีกทั้งผู้ดูแลยังถูกคาดหวังจากบุคคลในครอบครัว กลัวการสูญ เสียสิ่งที่มีค่าหรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จากปัญหาดังกล่าวมีการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House et al., 1985) มีการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ โดยมีกิจกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิณี พรหมบุตร และสมนึก สกุลหงส์โสภณ (Phrombut & Sakulhongsophon, 2014) ที่พบว่ากิจกรรมการทำสมาธิ การพัฒนาสมรรถภาพของจิตใจในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเผชิญความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด การทบทวนตนเองและการเข้าใจผู้อื่น การค้นหาคุณค่าของตนเอง ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาว่าเคยประสบผลสำเร็จในชีวิตหรือไม่ การวางแผนชีวิต การนั่งสมาธิ การฝึกการหายใจแบบผ่อนคลาย มีเครือข่ายในสังคมช่วยเหลือกันเป็นเช่น กลุ่มอสม. อบต.เมื่อผู้ป่วยเมื่อต้องการมาร พ.ปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนสุขภาพจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ดูแลดีขึ้นโดยการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านการประเมินค่า การกล่าวคำชมเชย และการให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลตอบคำถาม เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ การให้ยาบรรเทาอาการรบกวนและปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ

คะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองและและกลุ่มควบคุมของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความแตกต่างกันเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ โปรแกรมการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรและข้อมูลข่าวสาร ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสนับสนุนสิ่งของ อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เตียงนอน เครื่องพ่นยา รวมทั้ง การบริการต่างๆและอำนวยความสะดวกที่จำเป็นเช่นการเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำทางโทรศัพท์และทางไลน์แอฟพิเคชั่นได้ตลอด 24 ชั่วโมงการช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น กิจกรรมกระตุ้นการเตือน การปฏิบัติทางโทรศัพท์ การสอบถามปัญหาและอุปสรรค ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะช่วยผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ รับรู้สาเหตุ อาการและผลกระทบ

สามารถจัดการอาการแสดงของโรคได้มากขึ้น จากการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้าร่วมโปรแกรมจึงมีความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีกิจกรรมสอดคล้องกับงานวิจัย พอตเตอร์ และคณะ (Porter et al., 2011) การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแลมะเร็งปวด ระหว่างการฝึกทักษะด้วยคู่มือการจัดการอาการ และแผ่นบันทึกข้อมูล CD เพื่อให้ผู้ดูแลไปฝึกที่บ้าน ผู้วิจัยแจกเป็นหนังสือคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการอาการปวด อาการเหนื่อยล้า การฝึกหายใจ การนั่งสมาธิ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทางด้านจิตใจ การสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทกาญจน์ ปักษี และคณะ (Paksee, Sriapongam, Monkong, & Leelacharas, 2016) ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความ พร้อมในการดูแลความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแล ความเครียด และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในบริการที่ได้รับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยมีกิจกรรมที่สอดคล้องคือการสอนใช้อุปกรณ์และมีการโทรศัพท์ติดตามการใช้ที่บ้านในสัปดาห์ที่ 5,10 ร่วมด้วยกิจกรรมที่มีการสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1 โทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 5,10 ซึ่งมีกิจกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของพนิตตา ศรีหาคลัง และคณะ (Srihaklang & Sasat, 2016) ที่พบว่าการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลโดยมีกิจกรรมฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย มีการติดตามผู้ดูแลทางโทรศัพท์ ประเมินความเครียดผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง หลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความเครียดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความแตกต่างกัน เนื่องจากใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House et al., 1985) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ทำให้ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดคุยระบายความรู้สึกและปัญหาของผู้ดูแลเอง รับฟังปัญหาของผู้ดูแลอย่างตั้งใจ เข้าใจ เห็นใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลท่านอื่นๆ ช่วยผู้ดูแลค้นหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขในการดูแลผู้ป่วยและการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการสร้างความไว้วางใจให้ความช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร แนะนำผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตามหลักของศีลด้วยหลักพรหมวิหารสี่และมงคลสูตร แนะนำและฝึกปฏิบัติการทำสมาธิแบบอานาปานสติ เพื่อให้จิตใจสงบ มีความมั่นคงในอารมณ์ การค้นหาและสะท้อนคิดความหมายในการเบิกบานในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต เพื่อให้การช่วยเหลือในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลด้วยกิจกรรมนำหลักพุทธธรรมมาช่วยในการส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยความสุข สงบจากการทำความดีให้ข้อแนะนำให้ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ในหลักของศีล ในการคิดดีพูดดีและกระทำดีต่อผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยหลักพรหมวิหารสี่ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเมตตา รักใคร่ ปรารถนาดีด้วยความกรุณา ช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยอย่างจริงใจโดยไม่หวังผลตอบแทน ด้วยการมีมุทิตา พลอยยินดีเมื่อผู้ป่วยมีความสุข การวางใจให้เป็นกลางกับความรู้สึกทุกข์ โดยไม่หวังผลตอบแทนจะส่งผลให้จิตใจของผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายเป็นจิตใจที่บริสุทธิ์ปราศจากกิเลส ซึ่งก่อให้เกิดความสุข สงบจากการทำความดี ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฑามาส แสงทองดี (Sangthong dee, 2020) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และประสบการณ์การดูแลแบบองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หล่อหลอมเป็นหนึ่งเดียว ซึ่งในระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลได้สัมผัสถึงจิตใจของกันและกันและมีการประสานเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกับสังคมภายนอก โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ และชุมชน ผู้ป่วยถึงจะได้รับการดูแลที่ครอบคลุมแบบองค์รวมและสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยและคนในครอบครัวมีความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองและมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผลของความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องในระยะยาวที่ 3และ 6 เดือน เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2. ควรศึกษาปัญหาความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในศาสนาอื่นๆ เช่น ศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์ เป็นต้นเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและญาติได้ ครอบคลุมยิ่งขึ้น

3. ควรศึกษาติดตามระดับความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลังการสูญเสีย

4. ควรมีการวิจัยผลของความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะต่างๆเพื่อประเมินความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

เอกสารอ้างอิง

Boonvas, K., Supanunt, T., Chunhabordee, A., & Wae, N. (2017). Caregiver stress and needs in caring disabled. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*(3), 205-216. [In Thai].

House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., & Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83108). New York : Academic Press.

Jansen, K. S. E. (2010). *Adherence of elderly patients to antidepressant treatment.* Master thesis. LVR-Klinikum Dsseldorf, Department Geronto psychiatry.

Sangthongdee, J. (2020). Results of spiritual well-being care-taking program of Infective-stage cancer patients based on Buddhist psychology. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology, 5*(4), 336-350. [In Thai].

Kinawong, S., & Lhoenpetch, P. (2016). Spiritual happiness of cancer patients at terminal stage. *Chiangrai Medical Journal, 8*(2), 1-7. [In Thai].

Nan Province Hospital. (2020). *43 folders of medical records.* Retrieved 1 August 2018, from http://www.nanhospital.go.th/. [In Thai].

Office of Policy and Strategy. (2017). *Statistics data of public health.* Retrieved 1 August 2018, from http://bps.moph.go.th/ new_bps. [In Thai].

Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2017). *Indicators for service excellence.* Retrieved 1 August 2018, from http://bps.moph.go.th/new_bps/. [In Thai].

Oupra, R., Griffiths, R., Pryor, J., & Mott, S. (2010). Effectiveness of supportive educative learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Health & social care in the community, 18*(1), 1020. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00865.

Paksee, N., Sriapo-ngam, Y., Monkong, S., & Leelacharas, S. (2016). Effects of a transitional care program for stroke patients and family caregivers on caregiver's preparedness, stress, adaptation, and satisfaction. *Ramathibodi Nursing Journal, 22*(1), 65-80. [In Thai].

Phrombut, P., Peasue, N., & Sakulhongsophon, S. (2014). Factors related to stress of family caregivers of patients with stroke at home. *Ramathibodi Nursing Journal, 20*(1), 82-96.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods.* Philadelphia: Lippincott.

Porter, L. S., Keefe, F. J., Garst, J., Baucom, D. H., McBride, C. M., McKee, D. C., ... Scipio, C. (2011). Caregiver-assisted coping skills training for lung cancer: results of a randomized clinical trial. *Journal of pain and symptom management, 41*(1), 113.

Saengmanee, S., Arpanantikul, M., Sirapo-ngam, Y. (2012). A case study: Adaptation of a working caregiver to a stroke patient. *Ramathibodi Nursing Journal, 18*(1), 119-133. [In Thai].

Saensee, R. (2006). *Caregivers' needs in providing home care for persons with Cerebrovascular Disease, Banthi District, Lamphun Province.* Thesis of Bachelor of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai. [In Thai].

Sangthongdee, J. (2020). Spiritual well-being care-taking program of relatives of end-stage cancer patient based on Buddhist Psychology. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology, 5*(4), 336-350. [In Thai].

Semsarn, S., Chaiviboontham, S., & Chansriwong, P. (2018). Effects of family caregiver training program on family caregivers and patients outcomes in terminal care of chronic illness patients. *Thai Journal of Nursing and Mid wifery Practice, 5*(1), 112-126. [In Thai].

Somporn, P., Kittikorn, N., & Luppana, K. (2015). Impact of a Buddhism-based spiritual wellbeing promotion programme on the spiritual wellbeing of family caretakers responsible for hospitalised advanced gynaecological cancer patients. *Thai Journal of Nursing Council, 30*(1), 16-28. [In Thai].

Srihaklang, P., & Sasat, S. (2016). The effect of caregiving skill development and caregiver support group program on stress in caregivers of older persons with terminal stage cancer. *Journal of the Police Nurses, 8*(1), 1-10. [In Thai].

Wonginyoo, A., Prasarnnate, R., & Wongcharee, A. (2019). The study of stress and burden of caregivers of stroke patients, Mueang, Udon Thani. *Nursing, Health, and Education Journal, 2*(1), 4049. [In Thai].

World Health Organization. (2017). *Cancer.* Retrieved 18 January 2019, from : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/