



ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Caregiving Skill of Cancer Patients in the End-of-life stage

ชลียา วามะลุน

นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาศาสตร์การพัฒนาศาสตร์

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

รองศาสตราจารย์ นงนิตย์ ไซยเสนา

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ดร.สุภาวดี ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การเข้าใจทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสำคัญ เพื่อเป็นข้อมูลพัฒนาโปรแกรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง วัตถุประสงค์การครั้งนี้เพื่อศึกษาทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 ราย เลือกแบบเจาะจง ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามกรอบแนวคิด A transactional model of cancer family caregiving skill วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวม 9 ด้านอยู่ในระดับน้อย ต้องปรับปรุง ($\bar{X} = 65.7 \pm 0.78$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าทักษะการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 75.83 \pm 12.63$) ทักษะการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน ($\bar{X} = 70.00 \pm 19.64$) อยู่ในระดับพอใช้

ทักษะอยู่ในระดับน้อยต้องปรับปรุงได้แก่ 1) ทักษะการปรับกิจกรรมต่างๆ ตามความเหมาะสม ($\bar{X} = 61.11 \pm 12.05$) 2) ทักษะการตัดสินใจ ($\bar{X} = 61.94 \pm 16.03$) 3) ทักษะการแปลความหมายของอาการ ($\bar{X} = 62.22 \pm 13.08$) 4) ทักษะการให้การดูแล ($\bar{X} = 64.16 \pm 12.78$) 5) ทักษะการร่วมมือกับผู้ป่วย ($\bar{X} = 64.16 \pm 13.03$) 6) ทักษะการปลอบใจ ($\bar{X} = 64.44 \pm 14.33$) และ 7) ทักษะการเฝ้าระวังตรวจสอบอาการ ($\bar{X} = 67.50 \pm 12.25$) ตามลำดับ

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีทักษะที่อยู่ในระดับต่ำมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้เกิดความมั่นใจให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ดูแล ทักษะ มะเร็งระยะสุดท้าย



Abstract

It is important to understand the skills of caregivers of the end of life in cancer patients for developing and refining program services for cancer care. The purpose of this study was to study caregiver's skills in the end of life of cancer patients. This study used a cross-sectional and descriptive design. The participants were 30 caregivers of cancer patients' end of life. Purposive selection was performed in Ubonratchathani cancer hospital.

Data were collected with general information questionnaire and the caregiving skill questionnaire based on framework of a transactional model of cancer family caregiving skill. The data were analyzed using descriptive statistics. The results found that overall of caregiver's skills 9 domain were

low level and need to improve ($\bar{x} = 65.7 \pm 0.78$). When analyzed each domain, the results found that negotiating the health care system's skill ($\bar{x} = 75.83 \pm 12.6$) and accessing resources' skill ($\bar{x} = 70.00 \pm 19.64$) were at satisfaction level. The skills at low level and need to improving were 1) making adjustment skill ($\bar{x} = 61.11 \pm 12.05$), 2) decision making skill ($\bar{x} = 61.94 \pm 16.03$), 3) interpretation skill ($\bar{x} = 62.22 \pm 13.08$), 4) handy on care skill ($\bar{x} = 64.16 \pm 12.78$), 5) working together with the care receiver skill ($\bar{x} = 64.16 \pm 15.03$), 6) taking action skill ($\bar{x} = 64.44 \pm 14.33$), and 7)

monitoring skill ($\bar{x} = 67.50 \pm 12.25$) respectively. Caregivers of the end of life in cancer patients have low level of caregiving skills, the supports are needed from health care team provider to improve their skills to take care cancer patients in the end of life. Thus they will confidence and effectively caring cancer patients.

Keywords : Caregiver Skill, Cancer, End of Life

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก อุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของประชากรในประเทศกำลังพัฒนาและอันดับสองของประเทศที่พัฒนาแล้ว (Jemal, Vineis, Bray, Torre, & Forman, 2014) สำหรับประเทศไทย พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 – 2556 (Thiravud Khuhaprema, Pattarawin Attasara, Hucha Sriplung, Surapon Wiangnon, & Suleeporn Sangrajang, 2013) การรักษาและการดูแลแบบประคับประคองจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา ประเมินและ



ให้การจัดการรักษาอาการของผู้ป่วยรวมไปถึงปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 12 เดือน (Earle et al., 2003) การดูแลมีความจำเป็นต้องอาศัยวิธีการดูแลเป็นขั้นตอนที่แตกต่างจากการดูแลรักษาในภาวะปกติธรรมดา (Michiels et al., 2007) ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ที่ท้าทายมากขึ้น จะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้นกว่าเดิมเพราะผู้ป่วยจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง มีอาการทุกข์ทรมานมากขึ้น (Porter, Keefe, Garst, McBride, & Baucom, 2008) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับอาการต่างๆ เช่น ความปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หายใจลำบาก เป็นต้น (Dong et al., 2016) อาการที่มารบกวนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (J. Cui et al., 2014) ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับความเครียดในการจัดการกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น (Rush et al., 2001; Tang et al., 2013) อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ทั้งการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การบริหารจัดการอาการต่างๆ ของผู้ป่วย การให้กำลังใจ ปลอบใจ และการดูแลเกี่ยวกับการรับประโชติยานยาตามแผนการรักษา (Williams, Zimmerman, & Williams, 2012) และแนวโน้มในปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องจากญาติผู้ดูแล (Bee, Barnes, & Luker, 2009)

การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดามารดา ญาติใกล้ชิด หรืออาจ

เป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อนที่รับภาระเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Jo, Brazil, Lohfeld, & Willison, 2007; Munck, Fridlund, & Mårtensson, 2008; Waldrop, Kramer, Skretny, Milch, & Finn, 2005) สำหรับประเทศไทยเดิมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การดูแลมักจะทำโดย พ่อ แม่ พี่น้อง หรือญาติ เนื่องจากบริบทของไทยเป็นสังคมที่อยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ทำให้มีการพึ่งพาอาศัยกันเป็นอย่างดี แต่ในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้า วิถีชีวิตในสังคมได้เปลี่ยนไปสู่สังคมเดี่ยวมากขึ้น การดำเนินชีวิตมีลักษณะความสัมพัทธ์ทางสังคมเปลี่ยนไป ผู้ดูแลผู้ป่วยอาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ นอกเหนือจากพ่อ แม่ พี่น้อง หรือญาติ แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงในสังคมไทย แต่ที่สำคัญผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นการดูแลจัดการอาการผู้ป่วยโดยตรงและต้องตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอย่างแท้จริงซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่นอกเหนือจากงานประจำที่เคยทำและไม่ได้รับการเตรียมตัวมาก่อน (McCusker et al., & Park, 2012) ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นนับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณและผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการสนับสนุน ประสานงานและสื่อสารกับทีมผู้ให้บริการบริการด้านสุขภาพ (Given, Given, & Sherwood, 2012)

จากการศึกษาที่ผ่านมาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสิทธิภาพและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนในการดูแลอาการผู้ป่วยมะเร็งตามกรอบแนวคิด A transactional model of



cancer family caregivingskill (Schumacher, Beidler, Beeber, & Gambino, 2006) Schumacher และคณะพบว่าหลักการที่สำคัญของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งคือขั้นตอนการดูแลอาการ (caregiving processes) ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยประสานเพื่อประโยชน์ระหว่างผู้ป่วย แหล่งสนับสนุนทรัพยากรในชุมชน และระบบการดูแลสุขภาพเพื่อจัดการอาการของผู้ป่วย โดยประกอบด้วยทักษะ 9 ด้าน คือ 1) การเฝ้าระวังตรวจสอบอาการ (Monitoring) 2) ความสามารถในการแปลผลอาการ (Interpreting) 3) การสรุปผลของอาการและตัดสินใจ (Making decisions) 4) การปฏิบัติการ (Taking action) 5) การปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม (Making adjustments) 6) การให้การดูแล (Providing hands-on care) 7) การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทรัพยากรในชุมชน (Accessing resources) 8) ความร่วมมือ กับผู้ป่วย (Working together with the ill person) และ 9) การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ (Navigating the healthcare system) ทักษะเหล่านี้ตระหนักให้เห็นถึงสมรรถของ **ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี** ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Schumacher et al., 2006)

สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายค่อนข้างน้อย มีข้อมูลจำกัดในเรื่องนี้ ทำให้องค์ความรู้ที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายยังขาดความชัดเจน ดังนั้นจึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายเพื่อให้ได้ข้อมูลความจำเป็นทางสุขภาพโดยประโยชน์

ของการศึกษานี้เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิดของ Schumacher (Schumacher et al., 2006)

ระเบียบวิธีการวิจัย

การออกแบบของการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยสุ่มเลือกผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะก้าวหน้าของโรค ไม่สามารถรักษาหายได้ มีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 12 เดือน

2) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการเขียน พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ โรค



ประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย

2. แบบสอบถามทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งของ Schumacher (Schumacher et al., 2006) เป็นแบบประเมินตนเองแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) วัดเป็น 5 ระดับ คือ ไม่มี น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน 28 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ทดสอบความตรง (Validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence :IOC) ได้ค่า IOC รายข้อเท่ากับ 0.6-1.0 และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.99

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เอกสารเลขที่ EC 005/2514

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่และร้อยละ

2. ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รายข้อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนรายด้านรวมแปลงข้อมูลเป็น 100 เพื่อประเมินระดับ โดยใช้หลักการของ Cox (1994)(Cox DR, 1994) โดยคำนวณ

$$\text{คะแนน} = \frac{(\text{คะแนนรวมเฉลี่ยรายข้อ} - 1)}{(\text{พิสัยของมาตราวัด} (5 - 1 = 4))} \times 100$$

โดยมีเกณฑ์การคะแนนดังนี้

ต่ำกว่า 70 หมายถึง

มีทักษะระดับ

น้อยต้อง

ปรับปรุง

70 - 79.99 หมายถึง

มีทักษะระดับ

พอใช้

80 - 89.99 หมายถึง

มีทักษะระดับดี

90 - 100 หมายถึง

มีทักษะระดับ

ดีมาก

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิง อายุระหว่าง 27- 83 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมารดาหรือบิดา กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 12 ชั่วโมงดังแสดงในตารางที่ 1



การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 23.33 ประกอบอาชีพส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.30 อาชีพทำนา ร้อยละ 26.67 มีรายได้อยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท/เดือน และ 5,000-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 43.34 แหล่งที่มาของรายได้มาจากการทำงานประกอบอาชีพ ร้อยละ 93.33 ภาวะสุขภาพผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 พบว่ามีโรคประจำตัวร้อยละ 30 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หอบหืด ไทรอยด์

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	21	70
ชาย	9	30
2. อายุเฉลี่ย 47.1ปี(SD ± 13.1)		
3. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา หรือ มารดา	11	36.6
บุตร	5	16.6
ภรรยา หรือสามี	6	20
น้องสาว	4	13.3
ญาติ	4	13.3
4. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย		
เคย	13	13.3
ไม่เคย	26	87.7
5. จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อวันในการทำหน้าที่		
6 - 8 ชั่วโมง	2	6.6
9 - 12 ชั่วโมง	4	13.3
> 12 ชั่วโมง	24	80

ผลการสำรวจทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการสำรวจทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามกรอบแนวคิด A transactional model of cancer family caregiving skill พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมสูงสุดคือทักษะการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ = 4.03, SD = 0.50) และ ทักษะการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน ($\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.78) และทักษะการเฝ้าระวัง ($\bar{X}$ = 3.70, SD = 0.49) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยรวมต่ำสุดคือทักษะการปรับกิจกรรมต่างๆตามความเหมาะสม ($\bar{X}$ = 3.44, SD = 0.48) รองลงมาคือทักษะการตัดสินใจ ($\bar{X}$ = 3.47, SD = 0.64) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงทักษะรายข้อของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (N = 30)

ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	$\bar{x}$	SD
การเฝ้าระวัง (Monitoring)		
1. ท่านสามารถติดตามอาการผิดปกติผู้ป่วยได้	3.83	0.74
2. ท่านทราบข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วยที่ท่านดูแล	3.83	0.79
3. ท่านค้นหาปัญหาความต้องการของผู้ป่วยได้รวดเร็ว ถูกต้อง	3.43	0.81
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.70	0.49
การแปลความหมาย (Interpretation)		
4. ท่านบอกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้	3.68	0.81
5. ท่านสามารถแยกลักษณะอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยได้	3.43	0.62
6. ท่านเข้าใจอธิบายและสรุปอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้	3.40	0.77
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.48	0.52
การตัดสินใจ (Decision making)		
7. ท่านประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยได้	3.27	0.74
8. ท่านสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้	3.60	0.77
9. ท่านสามารถตัดสินใจให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตามลำดับความสำคัญ	3.57	0.93
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.47	0.64
การปฏิบัติการ (Taking action)		
10. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในเวลาที่เหมาะสมและเมื่อผู้ป่วยต้องการได้	3.70	0.70
11. ท่านดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย	3.87	0.82
12. ท่านสามารถพัฒนาการดูแลการที่หลากหลายและซับซ้อนของผู้ป่วยได้	3.17	0.95
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.57	0.57
การปรับกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสม (Making adjustment)		
13. ท่านสามารถจัดตั้งองค์การทำการกิจกรรมในการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้	3.30	0.75
14. ท่านสามารถหาวิธีการที่หลากหลายมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลดี	3.33	0.54
15. ท่านสามารถประเมินผลหลังการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย	3.70	0.87
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.44	0.48



ตารางที่ 2 แสดงทักษะรายชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (N = 30) (ต่อ)

ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	$\bar{x}$	SD
การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน (Accessing resources)		
16. ท่านรู้จักแหล่งเครือข่ายสถานบริการสุขภาพในชุมชน	4.17	0.74
17. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือในการยืมอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นจากสถานบริการสุขภาพ	3.70	0.87
18. ท่านได้รับการติดตามดูแลจากสถานบริการสุขภาพในชุมชน	3.53	1.10
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.80	0.78
การให้การดูแล (Handy on care)		
19. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนได้อย่างปลอดภัย	3.67	0.57
20. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสะดวกสบาย	3.67	0.71
21. ท่านได้รับเวลาในการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนอย่างเหมาะสม	3.57	0.77
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.56	0.51
ความร่วมมือกับผู้ป่วย (Working together with the care receiver)		
22. ท่านมีการเรียนรู้ค้นคว้าศึกษาเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วย	3.53	0.77
23. ท่านวางแผนการดูแลร่วมกันกับผู้ป่วย	3.33	0.84
24. ท่านสามารถปรับตัวและยอมรับในการเป็นผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม	3.63	0.61
25. ท่านสนใจ ค้นคว้าข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้ป่วย	3.77	0.82
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.56	0.61
การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ (Negotiating the health care system)		
26. ผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้รับการดูแลจากระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการ	3.77	0.82
27. ผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้รับสิทธิการรักษาและบริการทางการแพทย์	4.40	0.85
28. ท่านสามารถเป็นตัวแทนขอความช่วยเหลือจากสถานบริการสุขภาพได้เมื่อจำเป็น	3.97	0.76
คะแนนรวมเฉลี่ย	4.03	0.50

ผลการวิเคราะห์คะแนนรายด้านรวมโดยแปลงข้อมูลเป็น 100 เพื่อประเมินระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับน้อยต้องปรับปรุง ($\bar{x} = 65.70, SD = 9.37$) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน 9 ด้าน พบว่า 7 ทักษะของผู้ดูแลที่มีระดับน้อยต้องปรับปรุง ได้แก่ ทักษะการปรับกิจกรรมต่างๆตามความเหมาะสม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแปลความหมาย ทักษะการดูแล การปฏิบัติการการเฝ้าระวังตรวจสอบอาการ และการร่วมมือกับผู้ป่วย ส่วน 2 ทักษะระดับพอใช้ ได้แก่ การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ และ การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดงทักษะรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (N = 30)

ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
การเฝ้าระวังตรวจสอบอาการ	67.50	12.25	มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง
การแปลความหมายของอาการ	62.22	13.08	มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง
การตัดสินใจ	61.94	16.03	มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง
การปฏิบัติการ	64.44	14.33	มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง
การปรับกิจกรรมต่างๆตามความเหมาะสม	61.11	12.05	มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง
การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน	70.00	19.64	มีทักษะระดับพอใช้
การให้การดูแล	64.16	12.78	มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง
การร่วมมือกับผู้ป่วย	64.16	15.03	มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง
การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ	75.83	12.63	มีทักษะระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ยรวม	65.70	9.99	

อภิปรายผล

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาเพื่อศึกษาทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด A transactional model of cancer family caregiving skill การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศโดย Grant และคณะ (Grant et al., 2013) พบว่าร้อยละ 64 ของผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยโดย วารุณี มีเจริญ (2013) พบว่าร้อยละ 77.5 ของผู้ดูแลเป็นเพศหญิง (Meecharoen, Sirapo-ngam, Monkong, Oratai, & Northouse, 2013) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ป่วยเป็นผู้หญิงจะเป็นผู้ดูแลหลักมากกว่าในในประเทศไทย ทั้งนี้ผู้ดูแลในสังคมไทยผู้หญิงจะถูกคาดหวังให้ดูแลคนในครอบครัว เพราะคนไทยเชื่อว่าการดูแลเป็นหน้าที่สำหรับผู้หญิง

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา รองลงมาคือ สามี ภรรยา สอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี มีเจริญ (2013) (Meecharoen et al., 2013) แต่การศึกษาของต่างประเทศพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็น สามี ภรรยา (J. Cui et al., 2014; Cui, Song, Zhou, Meng, & Zhao, 2014; Grant et al., 2013) สามารถอภิปรายได้ว่าในสังคมไทยการดูแลบิดา มารดาที่ป่วยเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุตร ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้คือกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อย แต่การศึกษาของต่างประเทศมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า ซึ่งทำให้การศึกษามีความแตกต่างกัน

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนมากไม่มีประสบการณ์ ทำให้เป็นการยากลำบากในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะต่างๆ โดยเฉพาะระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ดูแลมีความต้องการหลายๆ ด้าน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (J. Cui et al., 2014; J Cui et al., 2014; Grant et al., 2013; Higgins & Prigerson, 2013)



ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจ การช่วยเหลือในการดูแลฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแล ตลอดจนสนับสนุนให้คำแนะนำแหล่งช่วยเหลือ และการเข้าถึงบริการต่างๆ เป็นส่วนด้านในการลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลได้

ผลการศึกษาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด A transactional model of cancer family caregiving skill ของ Schumacher (Schumacher et al., 2006) 9 ด้านนั้น ผลของการวิจัยโดยทางปฏิบัติทั่วไป คะแนนทักษะที่ยอมรับได้พิจารณาที่ร้อยละ 80 (Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd, & Dibble, 2000) ผลสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งนี้ระดับของผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อยต้องปรับปรุง 7 ด้านเรียงตามลำดับคือ 1) ทักษะการปรับกิจกรรมต่างๆตามความเหมาะสม 2) ทักษะการตัดสินใจ 3) ทักษะการแปลความหมาย 4) ทักษะการดูแล 5) การปฏิบัติการ 6) การเฝ้าระวัง ตรวจสอบอาการ และ 7) การร่วมมือกับผู้ป่วย และ 2 ด้านที่อยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ 1) การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ และ 2) การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Costa-Sequena, Espinosa Val, & Cristofol, 2015; Stajduhar, Funk, & Ortalt, 2013) ทั้งนี้กรอบแนวคิดนี้เน้นเกี่ยวกับทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วยทักษะหลายด้านเพื่อให้การดูแลอาการของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การจัดการอาการจึงต้องมีทักษะดังกล่าวอีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ทำให้การเข้าถึงความรู้ของการดูแลอาการผู้ป่วยมะเร็งไม่เพียงพอจึงทำให้ไม่เข้าใจอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงจากความก้าวหน้าของโรคมะเร็ง หรือการรักษาเพื่อจัดการอาการ ทักษะดังกล่าวจึงอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง

โดยสรุปทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อตระหนักถึงความสำคัญของผู้ดูแลจะต้องได้รับการช่วยเหลือ และเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกับผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ เป้าหมายของการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานใจและดูแลอาการรบกวนต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การดูแลจึงต้องมีความรู้ ทักษะ ทักษะที่ดีต่อการดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี มีคุณภาพ ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ทุเลาบรรเทาของ ผู้ดูแลจะเปลี่ยนไปตามความต้องการของผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างและหลังการรักษา ระยะสุดท้ายเป็นช่วงเวลา ที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา ผู้ดูแลต้องการทราบถึงกระบวนการดำเนินของโรคตามระยะ การเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงออกของโรค การรักษา และผลข้างเคียงส่งผลต่อผู้ดูแลในการเรียนรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแล

ดังนั้นบทบาทของผู้ดูแลนอกเหนือจากการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ ผู้ป่วยแล้วยังต้องดูแลให้ครบทั้งด้านสังคม และจิตวิญญาณร่วมด้วยเพื่อให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยครบองค์รวมผู้ดูแลทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การติดต่อประสานงาน การค้นหาข้อมูลการบริหารจัดการการเงิน การตัดสินใจ เป็นต้น ผู้ดูแลจึงต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ลดความเครียดวิตกกังวลและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ



เอกสารอ้างอิง

- Bee, P. E., Barnes, P., & Luker, K. A. (2009). A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *Journal of clinical nursing, 18*(10), 1379-1393.
- Costa-Requena, G., Espinosa Val, M. C., & Cristofol, R. (2015). Caregiver burden in end-of-life care: advanced cancer and final stage of dementia. *Palliat Support Care, 13*(3), 583-589. doi: 10.1017/S1478951513001259
- Cox DR, W. N. (1994). Tests of linearity, multivariate normality and the adequacy of linear scores *Applied Statistics*.
- Cui, J., Fang, F., Shen, F., Song, L., Zhou, L., Ma, X., & Zhao, J. (2014). Quality of life in patients with advanced cancer at the end of life as measured by the McGill quality of life questionnaire: a survey in China. *J Pain Symptom Manage, 48*(5), 895-902. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.02.016
- Cui, J., Song, L., Zhou, L., Meng, H., & Zhao, J. (2014). Needs of family caregivers of advanced cancer patients: a survey in Shanghai of China. *European journal of cancer care, 23*(4), 562-569.
- Dong, S. T., Costa, D. S., Butow, P. N., Lovell, M. R., Agar, M., Velikova, G., . . . Fayers, P. M. (2016). Symptom Clusters in Advanced Cancer Patients: An Empirical Comparison of Statistical Methods and the Impact on Quality of Life. *J Pain Symptom Manage, 51*(1), 88-98. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.07.013
- Earle, C. C., Park, E. R., Lai, B., Weeks, J. C., Ryanian, J. Z., & Block, S. (2003). Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. *Journal of Clinical Oncology, 21*(6), 1133-1138.
- Given, B. A., Given, C. W., & Sherwood, P. R. (2012). Family and caregiver needs over the course of the cancer trajectory. *The journal of supportive oncology, 10*(2), 57-64.
- Grant, M., Sun, V., Funami, R., Sidhu, R., Otis-Green, S., Juarez, G., . . . Ferrell, B. (2013). *Family caregiver burden, skills preparedness, and quality of life in non-small-cell lung cancer*. Paper presented at the Oncol Nurs Forum.
- Higgins, C. C., & Prigerson, H. G. (2013). Caregiver evaluation of the quality of end-of-life care (CEQUEL) scale: the caregiver's perception of patient care near death. *PLoS One, 8*(6), e66066. doi: 10.1371/journal.pone.0066066
- Jemal, A., Vineis, P., Bray, F., Torre, L. A., & Forman, D. (2014). *The Cancer Atlas*. USA.
- Jo, S., Brazil, K., Lohfeld, L., & Willison, K. (2007). Caregiving at the end of life: perspectives from spousal caregivers and care recipients. *Palliat Support Care, 5*(01), 11-17.
- McGuire, D. B., Grant, M., & Park, J. (2012). Palliative care and end of life: the caregiver. *Nurs Outlook, 60*(6), 351-356 e320. doi: 10.1016/j.outlook.2012.08.003



เอกสารอ้างอิง

- Meecharoen, W., Sirapo-ngam, Y., Monkong, S., Oratai, P., & Northouse, L. L. (2013). Factors Influencing Quality of Life among Family Caregivers of Patients with Advanced Cancer: A Causal Model. *301 Editorial: Participatory action research: some strategies for publication of findings*, 304.
- Michiels, E., Deschepper, R., Van Der Kelen, G., Bernheim, J. L., Mortier, F., Vander Stichele, P., & Deliens, L. (2007). The role of general practitioners in continuity of care at the end of life: a qualitative study of terminally ill patients and their next of kin. *Palliat Med*, 21(5), 409-415.
- Munck, B., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2008). Next-of-kin caregivers in palliative home care—from control to loss of control. *Journal of advanced nursing*, 64(6), 578-586.
- Porter, L. S., Keefe, F. J., Garst, J., McBride, C. M., & Baucom, D. (2008). Self-efficacy for managing pain, symptoms, and function in patients with lung cancer and their informal caregivers: associations with symptoms and distress. *Pain*, 137(2), 306-315.
- Rushton, C. H. (2001). Caregiver suffering is a dimension of end-of-life care. *Am Nurse*, 33(6), 9, 23.
- Schumacher, K. L., Beidler, S. M., Beeber, A. S., & Gambino, P. (2006). A transactional model of cancer family caregiving skill. *Advances in Nursing Science*, 29(3), 271-286.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J., & Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in nursing & health*, 23(3), 191-203.
- Stajduhar, K. I., Funk, L., & Outcalt, L. (2013). Family caregiver learning—how family caregivers learn to provide care at the end of life: a qualitative secondary analysis of four datasets. *Palliat Med*, 27(7), 657-664. doi: 10.1177/0269216313487765
- Tang, S. T., Huang, G. N., Wei, Y. C., Chang, W. C., Chen, J. S., & Chou, W. C. (2013). Trajectories of caregiver depressive symptoms while providing end-of-life care. *Psychooncology*, 22(12), 2702-2710. doi: 10.1002/pon.3334
- Thiravud Khuhaprema, Pattarawin Attasara, Hutcha Sriplung, Surapon Wiangnon, & Suleeporn Sangrajang. (2013). *Cancer in Thailand* Bangkok, Thailand: National Cancer Institute.
- Waldrop, D. P., Kramer, B. J., Skretny, J. A., Milch, R. A., & Finn, W. (2005). Final transitions: Family caregiving at the end of life. *J Palliat Med*, 8(3), 623-638.
- Williams, S. W., Zimmerman, S., & Williams, C. S. (2012). Family caregiver involvement for long-term care residents at the end of life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 67(5), 595-604. doi: 10.1093/geronb/gbs065