

ผลของการทำกลุ่มครอบครัวต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Outcomes of Family Meeting to Stress of End of Life Caregiver in the Community. Suwannaphum Roi Et Province

โชคนิตพัฒน์ วิสูลย์* สมพักตร์ จรทอง**

Choknitiphat wisoon Sompak jorntong

Corresponding author : E-mail : Chokniti@hotmail.com

(Received: June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิภาคที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียด ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและแบบสอบถามประเมินความเครียดซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค ที่ 0.76 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมานได้แก่ Paired t-test

ผลการวิจัย : หลังการพัฒนา กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงเท่ากับ 15.17 คะแนน (95% CI : 12.15, 18.17)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรให้มีการจัดตั้งหน่วยการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบสมบูรณ์ ให้บริการทุกวัน ไม่มีวันหยุด มีบริการนอกเวลาตลอด 24 ชั่วโมง มีพยาบาลประจำที่คอยให้บริการและให้คำปรึกษาช่วยเหลือญาติและผู้ป่วยเมื่อมาติดต่อ เพื่อความรวดเร็วทันเวลาและพยาบาลควรให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านการประเมินความเครียดแล้วพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเมื่อได้ดูแลผู้ป่วยระยะหนึ่งด้วยการจัดกิจกรรมให้ญาติผู้ดูแลได้พบพูดคุยกับญาติรายอื่น ๆ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนการดูแลและวิธีผ่อนคลายความเครียด ติดตามการดูแลแม่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว

คำสำคัญ : ผู้ดูแลคนไข้ ; ผู้ป่วยระยะท้าย ; ความเครียด

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

ABSTRACT

Purpose : to compare the stress of caregivers of End of life.

Design : Qua-si experimental study

Materials and Methods : The sample were caregivers of and of life patients enrolled at Suwannaphum Hospital within 30 participants who met on inclusion and exclusion criteria Instruments were a questionnaire to assess stress. Consisting of 2 parts : general information of the caregivers and the stress assessment questionnaires, which were examined by 3 experts. Confidence test by Cronbach's alpha method at 0.76. Collected through individual interviews between 15 February 2018-25, March 2018. Analyzed by descriptive statistics such as percentage, average, standard deviation and inferential statistics such as Paired t-test.

Main findings : After the intervention found that caregivers of end of life patients had a lower mean stress score compared to before the intervention ($p < .001$) with a lower mean stress score of 15.17 (95% CI: 12.15 - 18.17).

Conclusion and recommendations : Therefore a complete palliative care unit should be established open daily all 24 hour part time service and no holidays. There are nurse on hand to provide services and Providing advice and assistance to relatives and patients when contacting quickly and in time. Nurses should provide care for caregivers of end of life patients who have passed the stress assessment and found that their self-esteem decreases after care of patients for a period of time by organizing activities for their caregivers, meet and talk to other relatives

Keyword : stress ; caregivers ; End of life

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดและกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย รักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม เช่น ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่น ๆ ทำให้ ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ ตลอดจนช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อประคับประคองอาการที่ไม่สามารถบอกระยะเวลาการเสียชีวิตได้¹ ในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใด ๆ ของชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8-11 ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็น ร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน จากการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาใน สถานพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 80,780

บาทสำหรับปีสุดท้ายของชีวิต และวันนอนเฉลี่ย 29.2 วันต่อคน นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยแบบประคับประคองน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามปกติ และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ตายที่โรงพยาบาลสูงกว่าตายที่อื่น ๆ รวมทั้งตายที่บ้านถึง 2 เท่า² จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ³ อัตราป่วย โรคมะเร็งจาก 468.3 ในปี 2548 เป็น 759.8 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ในขณะที่โรคมะเร็งเป็น สาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่า จาก 12.6 ในปี 2510 เป็น 43.8 ในปี 2540 และ 98.5 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 25.3 ในปี 2548 เป็น 31.7 ต่อแสนประชากรในปี 2555 ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.8 ในปี 2547 เป็น 1.6 ในปี 2553 จากแนวโน้มดังกล่าวข้างต้นที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงความต้องการ การบริการการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แนวปฏิบัติหลักประการหนึ่งของแผนตลอดจนการวางแผนระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้โรงพยาบาลมีหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้การรักษาตามอาการเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันไม่สามารถรองรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้อยู่โรงพยาบาลได้ตลอด เพราะเตียงจำกัด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องส่งต่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านตามความจำเป็น เมื่อมีการนำผู้ป่วยไปอยู่ที่บ้าน การดูแลก็เป็นหน้าที่ของผู้ดูแล (Caregiver) ที่เป็นคนในครอบครัวญาติพี่น้อง ลูกหลาน ให้การดูแลแบบประคับประคองต่อบ้านจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อรู้ว่าตัวเองกำลังจะตายหรือรู้ว่าคนที่อยู่ใกล้ซิดเรากำลังจะตายเราจะมีวิธีที่จะเตรียมรับมือกับมันอย่างไร เพื่อให้เราตายอย่างมีศักดิ์ศรีปราศจากความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในวาระสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ ตามสภาพความเจ็บป่วย ตามสิทธิตามความปรารถนาและความต้องการที่สอดคล้องกับความรู้สึกนึกคิดและวิถีชีวิตของตนเอง ขณะเดียวกันญาติผู้ป่วยก็ต้องการให้ผู้ที่เป็นที่รักมีชีวิตอยู่นานที่สุด แม้ในบางกรณีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะไม่ดี บางครั้งในหมู่ญาติเองก็มีความเห็นต่างกัน หรือมีความเห็นต่างกับผู้ป่วยเอง ทำให้เกิดปัญหาในการรักษา ปัญหาเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายทั้งสิ้น การสร้างความเข้าใจในกลุ่มครอบครัว การวางแผนการดูแลร่วมกันในครอบครัว อาจทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการที่จะดูแลกันและกันมากขึ้น

จากสถิติโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแล 128 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่าในจำนวนนี้จะต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึง 128 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา เปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลัง การประชุมกลุ่มครอบครัว เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบกลุ่มเดียววัด ก่อนหลัง (One group pre - Post test) เพื่อการเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งก่อนและหลังการประชุมกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายรับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิภายใต้การสุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก จำนวน 30 คน ที่ได้รับการทำกลุ่มครอบครัวบำบัดในช่วงที่ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 5 มกราคม- 28 มีนาคม 2561 โดยมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) เป็นผู้ดูแล หรือ ญาติที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2) ผู้ป่วยและญาติสมัครใจเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองขึ้นทะเบียนที่ รพ.สุพรรณภูมิ
- 3) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือแผนการประชุมกลุ่มครอบครัว (Family meeting) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดโดยเอกสารสร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1ชุด แบ่งออกเป็นสองส่วน

- 1) ข้อมูลทั่วไปประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ
- 2) แบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียด ประกอบ

ด้วยคำถามแสดงถึงความรู้สึกกังวล จำนวน 20 ข้อ เป็นความรู้สึกทางบวก 5 ข้อ ได้แก่ 9 10 11 12 และ 20 และเป็นความรู้สึกทางลบ 15 ข้อที่เหลือ แบ่งระดับความรู้สึกเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด
- 2 หมายถึง เครียดเล็กน้อย
- 3 หมายถึง เครียดปานกลาง
- 4 หมายถึง เครียดมาก และ
- 5 หมายถึง เครียดมากที่สุด

โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค ที่ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงรายละเอียดโครงการให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน
2. สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และ ประเมินความเครียดรายบุคคล ก่อนทำกลุ่มครอบครัว
3. ทำกิจกรรมประชุมกลุ่มครอบครัว ระหว่างพยาบาล ผู้ดูแล ญาติคนอื่นๆ รวมถึง ผู้ป่วย

4. ประเมินความเครียดผู้ดูแลซ้ำ 3 – 7 วันหลังจากทำกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 15/60 กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (70.0%) อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป (60.0%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (33.3%) และประกอบอาชีพเกษตรกร (50.0%) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	9(30.0)
หญิง	21(70.0)
อายุ (ปี)	
≤20	1(3.3)
21 – 30	3(10.0)
31 – 40	8(26.7)
41 – 50	9(30.0)
> 50	9(30.0)
$\bar{x} = 43.23$ S.D. = 11.59	
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	8(26.7)
มัธยมศึกษา	10(33.3)
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	5(16.7)
ปริญญาตรี	7(23.3)
อาชีพ	
เกษตรกร	15(50.0)
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5(16.8)
พนักงานบริษัทเอกชน	4(13.3)
รับจ้าง	
ธุรกิจส่วนตัว	3(10.0)
แม่บ้าน	1(3.3)
นักเรียน/นักศึกษา	1(3.3)

2. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการสำรวจความเครียดก่อนการประชุมกลุ่มครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับเครียดปานกลาง (\bar{x} = 45.0, SD.=12.78) หลังการประชุมกลุ่มครอบครัว อยู่ในระดับเครียดเล็กน้อย (\bar{x} = 29.83, SD.=8.76) โดยก่อนทำประชุมกลุ่มครอบครัว ผู้ดูแลมีความเครียดเรื่อง

การคิดมาก เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (\bar{x} = 3.00, SD.= 1.48) มากที่สุด รองลงมาคือ การนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ (\bar{x} = 2.87, SD.= 1.22) และ ความรู้สึกรุ่นวายใจ (\bar{x} = 2.53, SD.= 0.97) ตามลำดับ ส่วนหลังการทำประชุมกลุ่มครอบครัว ผู้ดูแลยังมีความเครียดเกี่ยวกับ การนอนไม่หลับ เพราะคิดมากหรือกังวลใจ (\bar{x} = 1.77, SD.= 0.67)

มากที่สุด รองลงมาคือ การคิดมาก เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (\bar{x} = 1.73, SD. = 0.86) ความรู้สึกเปลี่ยวหรือเหงาหน่ายไม่
อยากทำอะไร (\bar{x} = 1.73, SD. = 0.82) และ ความรู้สึกมีอาการ
ปวดหลังหรือไหล่หรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย
(\bar{x} = 1.60, SD. = 0.72) ตามลำดับ รายละเอียดแสดงใน
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเครียดก่อนและหลังได้รับข้อมูล (n=30)

ความเครียด	ก่อน		หลัง	
	\bar{x}	(SD.)	\bar{x}	(SD.)
1. การนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	2.87	(1.22)	1.77	(0.67)
2. ความรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่นอนรักษาในรพ.	2.27	(0.82)	1.37	(0.55)
3. การทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียด	2.27	(1.04)	1.53	(0.62)
4. ความรู้สึกวุ่นวายใจ	2.53	(0.97)	1.50	(0.68)
5. ความรู้สึกไม่ชอบพบปะผู้คน	1.70	(0.95)	1.23	(0.50)
6. มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	1.83	(0.95)	1.50	(0.73)
7. ความรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	2.23	(1.30)	1.53	(0.68)
8. ความรู้สึกหมดหวังในชีวิต	2.00	(1.17)	1.27	(0.52)
9. ความรู้สึกว่าชีวิตตนเองมีคุณค่า	2.30	(1.20)	1.33	(0.84)
10. ความรู้สึกสบายใจ จิตใจสงบ	2.40	(1.13)	1.53	(0.73)
11. การได้รับความสะดวก สบายใจ ในการติดต่อกับโรงพยาบาล	2.27	(1.23)	1.53	(0.93)
12. ความรู้สึกมั่นใจ พอใจ เกี่ยวกับการดูแลรักษา	2.23	(1.22)	1.43	(0.81)
13. ความรู้สึกตื่นเต้น หรือมีอาการตกใจง่าย	2.20	(1.03)	1.43	(0.56)
14. ความรู้สึกมึนงง หรือเวียนศีรษะ	2.00	(0.87)	1.50	(0.57)
15. ความรู้สึกมีอาการปวดหลังหรือไหล่หรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย	2.43	(1.07)	1.60	(0.72)
16. ความรู้สึกมีอาการหัวใจเต้นแรง	1.83	(0.79)	1.33	(0.54)
17. ความรู้สึกเปลี่ยวหรือเหงาหน่ายไม่ชอบทำอะไร	2.33	(0.99)	1.73	(0.82)
18. การคิดมาก เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	3.00	(1.48)	1.73	(0.86)
19. มีความรู้สึกทางเพศลดลง	1.87	(1.16)	1.50	(0.77)
20. การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ดูแลจากบุคคลในครอบครัว	2.43	(1.45)	1.47	(1.02)
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	45.0	(12.78)	29.83	(8.76)

หลังการพัฒนา กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ย
ความเครียดน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนา ($p < .001$) โดย

มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงเท่ากับ 15.17 คะแนน (95%
CI : 12.15, 18.17) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดก่อนและหลังการการประชุมกลุ่มครอบครัว (n=30)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย (SD.)	mean diff (SE.)	95% CI		p
			Lower	Upper	
ก่อนการประชุมกลุ่มครอบครัว	45.00 (12.78)	15.17 (1.47)	12.15	18.17	<.001*
หลังการประชุมกลุ่มครอบครัว	29.83 (8.76)				

วิจารณ์

หลังการการประชุมกลุ่มครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิมีความเครียดลดลงน้อยกว่าก่อนการได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้งนี้อธิบายได้ว่าข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้ให้ญาติมีเนื้อหาข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมตรงกับความเป็นจริงซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยการศึกษา การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ผู้ดูแลนำมาจัดทำเป็นข้อมูลการให้ความรู้ต่อญาติ จากการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีความเครียดของลาซารัส⁸ โดยให้ความหมายของความเครียด ไว้ว่า เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อ สวัสดิภาพของตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้นและต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภกาญจน์ โอภาส และคณะ⁹ ได้ทำการศึกษาความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดพบว่าปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูงเนื่องจากมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 3 เดือน แต่ไม่เกิน 1 ปี ซึ่งในระยะเวลานี้เป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากการรักก่อนข้างมาก อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างและส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของแสงรุ่ง สุขจิระทวี¹⁰ ได้ศึกษาความเครียดการเผชิญความเครียดปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พบว่า ผู้ป่วยมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง แต่แตกต่างจากการศึกษาของสุภาพร จงประกอบกิจ¹¹ ที่พบว่า ระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับต่ำซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่างชนิดกันวิธีการรักษา และผลจากการรักษาอาจแตกต่างกัน ย่อมมีการประเมินสถานการณ์ความเครียดที่ไม่เหมือนกันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับที่ต่างกันรวมทั้งโรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนาน มีลักษณะการดำเนินโรคและวิธีการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันผลสำเร็จได้เต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตและก่อให้เกิดความเครียดได้สูง และถ้าผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาไม่มีประสิทธิภาพก็จะทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานและก่อให้เกิดความเครียดได้จากผลการศึกษาวีธีการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ค่าคะแนนจริงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{10,11,12} และสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส และ โพล์คแมน⁵

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยมีความเครียดลดลงน้อยกว่าก่อนได้รับข้อมูลผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรให้มีการจัดตั้งหน่วยการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบสมบูรณ์ให้บริการทุกวันไม่มีวันหยุด

มีบริการ นอกเวลาตลอด 24 ชั่วโมง, มีพยาบาลประจำที่คอยให้บริการและให้คำปรึกษาช่วยเหลือญาติและผู้ป่วยเมื่อมาติดต่อ เพื่อความรวดเร็วทันเวลา

2. พยาบาลควรให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านการประเมินความเครียดแล้วพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเมื่อได้ดูแลผู้ป่วยไประยะหนึ่งด้วยการจัดกิจกรรมให้ญาติผู้ดูแลได้พบพูดคุยกับญาติรายอื่นๆ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนการดูแลและวิธีผ่อนคลายความเครียด ติดตามการดูแลแม่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุววรรณภูมิ ดร.สมหมาย คชนาม บุคลากรโรงพยาบาลสุววรรณภูมิที่เกี่ยวข้องทุกท่าน และผู้ดูแลคนไข้ระยะท้ายที่เข้าร่วมกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลรักษา แบบประคับประคอง. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. วัฒนธรรมความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ; 2555.
4. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2554 -2558. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ; 2556.
5. ธนเดช สิ้นธุเสก. การดูแลแบบประคับประคอง. ใน ลักษณ์ ชาญเวช, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์ ; 2548. หน้า 27-34.
6. อุมารณ์ไพศาลสุทธิเดช. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน. ใน ภคกร ช่วยคุณูปการ, บรรณาธิการ. รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2549. หน้า 113-120.
7. สุมาลี นิมนานิตย์. ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย,อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทชาย สิทธิพันธ์. บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care : Improving care of the dying. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์ ; 2550. หน้า 24-32.
8. Lazarus, R. S. & Folkman, S. Stress, Appraisal, and Coping. New York. Springer; 1984.
9. ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนานกร, มุกตา เตชประพันธ์, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์. ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลรามธิบดี 2558 ; 21(2) ; 158-171.
10. แสงรุ่ง สุขจิระทวี .ความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2551.
11. สุภาพร จงประกอบกิจ. ความเครียดการเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2551.
12. จันทกานต์ ช่างวัฒนชัย. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีที่มีผลการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2552.