

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*
The Effect of Family Participation Program on
Quality of Life in Terminal Cancer Patients

ช่อผกา ปุยขาว**

สุรีพร ธนศิลป์***

จรรยา นิมหลวง***

Chopaka Pooykhaw

Sureeporn Thanasilp

Janya Chimluang

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตร ศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*Thesis of Master Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

**โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ศรีสะเกษ 33120

**Uthumpornpisai hospital, Sisaket 33120, Thailand

***คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

***Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330 Thailand

Corresponding author Email: chopaka_pk@hotmail.com

Received: May 8, 2017; Revised: November 7, 2018; Accepted October 23, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยพัฒนาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp (1995) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แบบผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน โดยการจับคู่ผู้ดูแลให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ และระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว สื่อที่ใช้ประกอบด้วย แผนการสอน คู่มือสำหรับครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองโดยโปรแกรมและสื่อผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวและแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วม ตรวจสอบความเที่ยงของ

เครื่องมือชุดที่ 2-3 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 และ 0.96 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า (1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{X}$ ก่อน=70.91; $\bar{X}$ หลัง=77.64; $t=2.23$, $P<.05$)

(2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ($\bar{X}$ ทดลอง=77.64; $\bar{X}$ ควบคุม = 75.86; $t=.41$, $P>.05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a family participation program on the quality of life in terminal cancer patients. Schepp's family participation concept (1995) was applied as the conceptual framework for the caring of terminal cancer patients. The study sample were 44 terminal cancer patients who were treated at ArokayasalaKhampramong temple, Sakon Nakhon Province. The subjects were collected by purposive sampling. They were divided into two groups of 22 each, the experimental group and the control group. They were matched to caregivers by sex, age and their Palliative Performance Scale level. The control group received routine care, while the experimental group received routine care as well as the family participation program. The content of the experimental program in the terminal cancer patients were validated with five experts and the instruments used to collect the data were the Quality of life Questionnaire and Family support Questionnaire. Reliability for questionnaires tested by Cronbach's alpha were 0.90 and 0.96, respectively. The data were analyzed using mean, standard deviation and t-test.

The major findings showed that: (1) The quality of life of the terminal cancer patients in the experimental group after receiving the family participation program care was significantly higher than before receiving the treatment was at the level of .05 ($\bar{X}$ pre=70.91; $\bar{X}$ post=77.64; $t=2.23$, $P<.05$). (2) The quality of life of the terminal cancer patients after receiving the treatment was not significant between the experimental group and the control group ($\bar{X}$ treatment=77.64; $\bar{X}$ control=75.86; $t=.41$, $P>.05$).

Keywords: Family participation program, Quality of life, terminal cancer patients

บทนำ

มะเร็งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในระดับโลก คาดการณ์ว่าทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตมากถึง 11 ล้านคน ในปี 2563 (ฝ่ายแผนงานและสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556) ในประเทศไทยโรคมะเร็งยังคงสถิติเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติการตายปี 2549-2553 มีอัตราเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 8.10 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) ผู้ที่มีอาการส่วนใหญ่มักมีอาการลุกลามอยู่ในระยะท้ายของโรคแล้ว ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่มากขึ้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล เป้าหมายหลักของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุด (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) สอดคล้องกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตได้ผลักดันนโยบายเป็นวาระแห่งชาติให้ผู้ป่วยระยะท้ายรวมทั้งครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถเผชิญความตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และตายดี (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้เฉพาะบุคคลถึงความพึงพอใจในชีวิตให้เป็นปกติสุข (WHO, 2014; Ferrel, 1995) สอดคล้องกับมิติคุณภาพชีวิตของ Cella (1994) ว่าเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลพอใจต่อการทำหน้าที่ตามที่ตนคาดหวังว่าจะทำได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้นมีหลายมิติประกอบด้วย ความพึงพอใจทางร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรม ด้านอารมณ์จิตใจและความพึงพอใจด้านสังคม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อการดำเนินโรคมะเร็งยิ่งย่ำแย่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมให้ลดต่ำลง จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในออสเตรเลียพบว่าอาการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดคือ อาการไม่มีแรง พบได้ถึงร้อยละ 67 ในช่วง 7-8 เดือนก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิตและเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 92 ในช่วง 3 เดือนสุดท้าย (Price et al., 2013) ทั้งนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว

แยกตัวออกจากสังคมด้วยภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป รู้สึกด้อยค่าต้องพึ่งพาครอบครัวมากขึ้นและต้องเสียการควบคุมด้านร่างกายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดังเดิม ผู้ป่วยบางรายต้องการเร่งให้เสียชีวิตโดยเร็วเนื่องจากคิดว่า การตายเป็นการขจัดปัญหาไม่เป็นการของครอบครัวอีกต่อไป (กิตติกร นิลมานัตและคณะ, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ สรรสมและสุริพร ธนศิลป์ (2553) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย=2.29) อาการปวดทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตต่ำ (ค่าเฉลี่ย=1.93) ซึ่งคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยยังมีการศึกษาค้นขาน้อย การศึกษาของนงลักษณ์ สรรสมและสุริพร ธนศิลป์ (2553) พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีระดับความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($r=0.48$) ทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เพิ่มขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษา การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสหรัฐอเมริกาว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี มีส่วนร่วมในการดูแลเป็นแหล่งให้การสนับสนุนในระยะยาวทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Meghani, 2004)

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความจำเป็นมากขึ้น หากผู้ดูแลมีข้อจำกัดในด้านความรู้ การจัดการอาการ ไม่มั่นใจในการดูแล ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ (Engelberg et al., 2010; Tamayo, Broxson, Munsel and Cohen, 2010) การช่วยเหลือผู้ดูแลต้องเตรียมความพร้อมในการปรับตัว (เพ็ญศิริ มรกต, 2556) เพื่อช่วยคงความสมดุล ลดภาวะเครียด ผ่อนคลายความวิตกกังวล ความอ่อนล้าที่อาจเกิดขึ้น (กาญจนา มยุระสุวรรณ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยการให้ความ

ช่วยเหลือครอบครัวไปพร้อมกันพบว่า การรับรู้ต่อโรค และภาวะเจ็บป่วยดีขึ้น เกิดความหวัง มีกำลังใจ มีความคิดในแง่บวกส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว (Northouse, Kershaw, Mood, and Schafenacker, 2005; มัณฑิกา ประชากิจและพินภา สุตรา, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับงานวิจัยที่พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และปัจจุบันสถานพยาบาลได้มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวม (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) ดังเช่นศูนย์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จ.สกลนคร ที่มุ่งให้บริการบำบัดทางเลือก ส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้อยู่ใกล้ชิดและปฏิบัติกิจกรรมไปพร้อมกับผู้ป่วย แม้จะได้รับการปฐมนิเทศแล้วแต่ด้วยข้อจำกัดของการรับรู้ของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วย ที่มีการดำเนินของโรคมามากขึ้น อาจเกิดความเหนื่อยล้าประกอบกับทางศูนย์ยังไม่มีรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านการดูแลโดยครอบครัวอย่างมีแบบแผน การให้ความรู้ที่เป็นขั้นตอนที่ชัดเจนแก่ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอาจกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวดังกล่าวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยประยุกต์แนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) ซึ่งแนวคิดนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยหลายกลุ่มที่มีการพึ่งพาสูงแต่ยังไม่พบการศึกษาโดยใช้แนวคิดนี้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

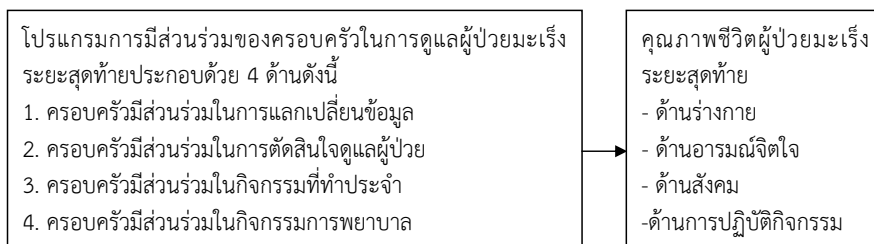
1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์แนวคิดของ เชปปี้ (Schepp, 1995) ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ให้การดูแล ช่วยเหลือสนับสนุน ให้กำลังใจ เป็นตัวแทนในการตัดสินใจรวมถึงการมีส่วนร่วมในการเลือกการรักษา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน แนวคิดนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาสูง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบการศึกษา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นับถือศาสนาพุทธและเข้ารับการรักษาที่ศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แบบผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร (อโรคยศาล วัดคำประมง) และผู้ดูแลคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดอำนาจทดสอบที่ระดับ 0.80 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง 0.50 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน (Burns & Grove, 2005)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ระยะความรุนแรงของโรคและข้อมูลผู้ดูแลในเรื่องระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแล กิจกรรมการดูแลโดยผู้วิจัยได้พัฒนาเพิ่มข้อความให้เข้ากับบริบทผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป

Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ที่สร้างโดย Cella (1994) แปลโดย วรชัย รัตนธรรฐ แมนมนนา จิระจรัส และสุวรรณศิริเลิศตระกูล ฉบับภาษาไทย (Ratanatharathorn, Sirilerttrakul, Jirajarus, Silpakit, Maneechavakajom, Sailamai, 2001) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ ที่ครอบคลุมความผาสุกด้านร่างกาย สังคม อารมณ์/จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย มีเกณฑ์การประเมิน 5 ระดับคือ 0-4 โดย 0 คะแนน (มีคุณภาพชีวิตในด้านนั้นน้อยสุด) 4 คะแนน (มีคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมาก) คะแนนรวมสูงหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งได้นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.90 (นงลักษณ์ สรรสมและสุธีพร ธนศิลป์, 2553)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า CVI เท่ากับ .80 สื่อการสอนได้แก่ แผนการสอน การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คู่มือสำหรับครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวของเซฟเฟอร์และคณะ (1981) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ซึ่งนงลักษณ์ สรรสมและสุธีพร ธนศิลป์ (2553) นำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ วัด 3 ด้าน คือด้านอารมณ์ ด้านการสนับสนุนข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของและบริการ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (0-5คะแนน)

โดยคะแนนรวมมากหมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก ได้รับการทดสอบซ้ำกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาคเท่ากับ 0.96 (นงลักษณ์ สรรสมและสุริพร ธนศิลป์, 2553)

3.2 เครื่องมือกำกับกิจกรรมคือแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัวโดยสัมภาษณ์การมีส่วนร่วม 4 ด้านหลังจากเสร็จสิ้นการสอนแล้วในวันที่ 7

การดำเนินการทดลองตามโปรแกรม

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 44 คน แบ่งเข้ากลุ่มควบคุม 22 คน กลุ่มทดลอง 22 คน ทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched-pair) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในผู้ดูแลหลักของครอบครัวในเรื่อง อายุ เพศ ระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยใกล้เคียงกัน(Palliative PerformanceScale) (วารุณี มีเจริญ, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปริดา มั่นคง, พิสมัย อรทัย และNorthouse, 2556) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดผลกระทบต่องานวิจัยครั้งนี้และเพื่อให้กิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นอิสระต่อกัน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 22 คน จึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง การดำเนินการมีดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มควบคุม ดำเนินการให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (pre-test) และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติได้แก่ การปฐมนิเทศผู้ป่วยใหม่ มอบหนังสือสมาชิกบำบัดกับการรักษาโรคมะเร็งไว้ศึกษาด้วยตนเอง ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำทั่วไปในการดูแลผู้ป่วย การอยู่เป็นเพื่อนขณะผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรม เป็นผู้แทนช่วยรับยาประจำวัน

ร่วมดื่กบาตรบริเวณเรือนนอนและรับฟังรายการธรรมะล้างพิษตามกำลัง (สำหรับผู้ป่วยใหม่) ร่วมกิจกรรมออกกำลังกายและสวดมนต์เช้า ทำสมาธิภาวนา รับยาประจำวัน 11.00-12.00น. ได้รับการตรวจเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยและจิตอาสาจากโรงพยาบาลใกล้เคียง กิจกรรมสวดมนต์เย็นและทำสมาธิภาวนา กิจกรรมดนตรีบำบัด ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการตรวจและทำประวัติ ผู้ป่วยเก่ารับยาตามอาการของโรค แจ้งวันทำพิธีตมียาหม้อแรก นัดพบผู้ป่วยและผู้ดูแลภายหลังครบ 1 สัปดาห์เพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) โดยให้ทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มทดลองดำเนินการให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (pre-test) และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมพร้อมกับการให้ข้อมูลสุขภาพและให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวดังนี้

วันที่ 1: สร้างสัมพันธ์ภาพ เปิดโอกาสให้เล่าเรื่องราวประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสั้นๆ ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วยหลังร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล เสริมแรงบวก ให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลในกิจกรรมประจำวัน ประเมินผลกิจกรรมการให้ความรู้ตามแผนการสอนและมอบคู่มือฯ ติดตามและเสริมแรงช่วงเย็น

วันที่ 2: เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลบอกความรู้สึกตลอดจนปัญหาอุปสรรคเมื่อได้นำไปปฏิบัติ ให้ความรู้เรื่อง โรค การดูแลแบบประคับประคอง การบริหารยา และการจัดการอาการ โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวตัดสินใจดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ ติดตามและเสริมแรงช่วงเย็น

วันที่ 3: เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลบอกความรู้สึกตลอดจนปัญหาอุปสรรคเมื่อได้นำไปปฏิบัติ ทบทวน

ความรู้กิจกรรมการมีส่วนร่วม 4 ด้านในส่วนที่พร้อมและ
สถิติกิจกรรมการดูแลในส่วนที่ผู้ดูแลต้องการทบทวน
เพิ่มเติม ติดตามและเสริมแรงช่วงเย็น

วันที่ 4, 5, 6: ติดตามแบบไม่เป็นทางการ โดย
การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงเย็น เพื่อเสริม
แรงและให้กำลังใจ

วันที่ 7: ประเมินผลกิจกรรมการมีส่วนร่วมโดย
ให้ผู้ดูแลตอบแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วม ให้ผู้ป่วย
ทำแบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว (ใช้เวลา
ทำกิจกรรม 60 นาที) ภายหลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัย
นัดพบผู้ดูแลหลักของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย
และทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพื่อ
เปรียบเทียบผลก่อนทดลองและหลังทดลอง (ใช้เวลา
ทำกิจกรรม 30 นาที)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แบบ
ผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร (อโรคยศาล วัดคำประมง)
เอกสารรับรองเลขที่ HTCC 2014-001 เมื่อวันที่ 1 ก.พ
2558 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิ
ของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา
ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการ
เข้าร่วมวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย
ครั้งนี้จะไม่ส่งผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ข้อมูล
ทุกอย่างเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผย กลุ่มตัวอย่าง
สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้ง
เหตุผลและการกระทำดังกล่าวไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง
ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์
อักษรเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย
ด้วยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการ
จำแนกเป็น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ paired t-test และ
independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กล่าวถึงส่วนใหญ่
คือเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ย 55.64 ปี
โดยอยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปีมากที่สุด สถานภาพสมรสคู่
ร้อยละ 88.60 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ
52.30 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.90 รายได้เฉลี่ย
ต่อเดือน 13,102.27 บาท สภาพทางการเงินไม่พอใช้
คิดเป็นร้อยละ 54.60 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี คิดเป็นร้อยละ 40.90
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 0-6 เดือน คิดเป็น
ร้อยละ 52.30 โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นระยะ
สุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 52.30 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่อยู่ใน
ระยะแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียงร้อยละ 47.70
ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 61.40 กลุ่มตัวอย่างมีระดับ
ความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (PPS
scale) อยู่ในระยะคงที่ (PPS≥70-100%) คิดเป็น
ร้อยละ 77.30 ความต้องการของผู้ป่วยคืออยากได้รับ
กำลังใจจากครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 40.90 รองลงมา
อยากได้รับข้อมูลความรู้และการรักษา คิดเป็นร้อยละ
29.50 อีกทั้งยังต้องการหายจากโรคและขอให้มีชีวิต
ที่ยืนยาวไปอีกสักระยะหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 18.20

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลกล่าวโดยส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 44.64 ปี อายุระหว่าง 50-59 ปี
สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.40 การศึกษาระดับ
ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 มีอาชีพเกษตรกร
คิดเป็นร้อยละ 36.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,756.14 บาท

สภาพทางการเงินอยู่ในระดับไม่พอใช้ ให้การดูแลผู้ป่วย เป็นระยะเวลาอยู่ในช่วง 0-6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 50 ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน 6.59 ชั่วโมง ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็น สามี่-ภรรยา กิจกรรมส่วนใหญ่ เป็นการดูแลกิจกรรมประจำวันร้อยละ 95.50 รองลงมา คือ การบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆร้อยละ 88.60 การสนับสนุนช่วยเหลือที่ผู้ดูแลต้องการขณะให้การดูแล ผู้ป่วยมากที่สุดคือ ต้องการข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย

ร้อยละ 38.60 รองลงมาคือต้องการกำลังใจจากครอบครัว และบุคคลรอบข้างคิดเป็นร้อยละ 29.50 นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องการมีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยเพิ่มไว้สับเปลี่ยน คิดเป็นร้อยละ 27.30

1. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังการทดลองในกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง การใช้โปรแกรมฯ (n=22)

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			df	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D	ระดับ	$\bar{x}$	S.D	ระดับ			
กลุ่มทดลอง									
โดยรวม	70.91	14.67	ปานกลาง	77.64	13.03	สูง	21	2.23	.03
รายด้าน									
- ร่างกาย	17.05	5.39	ปานกลาง	17.27	6.25	ปานกลาง	21	.16	.86
- สังคมครอบครัว	20.95	3.56	สูง	23.41	3.12	สูง	21	2.47	.02
- อารมณ์จิตใจ	17.68	4.50	สูง	19.82	3.39	สูง	21	2.56	.01
- การปฏิบัติกิจกรรม	15.23	4.43	ปานกลาง	17.14	4.42	ปานกลาง	21	2.10	.04
กลุ่มควบคุม									
โดยรวม	72.68	13.13	สูง	75.86	15.39	สูง	21	1.79	.08
รายด้าน									
- ร่างกาย	18.41	5.15	ปานกลาง	19.64	5.36	สูง	21	1.22	.23
- สังคมครอบครัว	21.32	2.98	สูง	21.73	3.26	สูง	21	.62	.53
- อารมณ์จิตใจ	17.55	4.33	สูง	18.68	3.72	สูง	21	1.58	.12
- การปฏิบัติกิจกรรม	15.41	5.70	ปานกลาง	15.82	5.99	ปานกลาง	21	.43	.66

จากตารางที่ 1 พบว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 70.91 (S.D=14.67) และหลังการทดลองมีค่า เท่ากับ 77.64 (S.D=13.03) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=2.23$, $p=.03$)

2. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจำแนกโดยรวมและรายด้าน (n=44)

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D			
ก่อนทดลอง							
โดยรวม	70.91	14.67	72.68	13.13	42	.422	.67
รายด้าน							
ร่างกาย	17.05	5.39	18.41	5.15	42	.85	.39
สังคมครอบครัว	20.95	3.56	21.32	2.98	42	.36	.71
อารมณ์จิตใจ	17.68	4.50	17.55	4.33	42	.10	.91
การปฏิบัติกิจกรรม	15.23	4.43	15.41	5.70	42	.11	.90
หลังทดลอง							
โดยรวม	77.64	13.03	75.86	15.39	42	.41	.68
รายด้าน							
ร่างกาย	17.27	6.25	19.64	5.36	42	1.34	.18
สังคมครอบครัว	23.41	3.12	21.73	3.26	42	1.74	.08
อารมณ์จิตใจ	19.82	3.39	18.68	3.72	42	1.05	.29
การปฏิบัติกิจกรรม	17.14	4.42	15.82	5.99	42	.83	.41

จากตารางที่ 2 เมื่อสิ้นสุดการทดลองพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มที่ได้รับการดูแลการมีส่วนร่วมของครอบครัวมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

การอภิปรายผลการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมากกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวได้ประยุกต์กิจกรรมให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยมากขึ้นตามกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของเชปปี้ (Schepp, 1995) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ด้าน ที่ครอบคลุม (1) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in information sharing) ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วย ผู้ดูแลคนอื่นๆ ที่เข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงผู้วิจัยที่เป็นเหมือนเจ้าหน้าที่คอยให้ข้อมูลแนวทางการรักษา ตลอดจนสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย อีกทั้งยังสามารถสอบถามปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับและร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน ทั้งนี้การแลกเปลี่ยนข้อมูลยังสร้างสัมพันธภาพที่กระชับกันเกิดบรรยากาศการผ่อนคลาย โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลบอกความรู้สึกของตนเองผ่านการเล่าเรื่องสั้นๆ (2) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) เป็นกิจกรรมที่ครอบครัวมีส่วนร่วมพิจารณาและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งสามารถร่วมตัดสินใจเลือกหรืออนุญาตให้เจ้าหน้าที่กระทำหรือไม่ให้กระทำ ในเรื่องการรักษาพยาบาลหลังจากได้รับทราบข้อมูลแล้ว โดยคำนึงถึงผลกระทบที่ดีและไม่ดี และมีส่วนร่วมเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจเมื่อรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลรักษา การที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่อง

ต่างๆ ประกอบกับการให้ความรู้ควบคู่กับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมมากขึ้น ย่อมทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น (3) มีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (Participation in routine care) เป็นกิจกรรมที่ครอบครัวปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่เกิดอันตรายและสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความใกล้ชิดและเข้าใจระหว่างกัน ตลอดจนการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยสามารถตอบสนองผู้ป่วยได้มากขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความรักความเอาใจใส่ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (4) มีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล (Participation in technical care) ผู้ดูแลผู้ป่วยในขณะพักรักษาตัว ให้การดูแลประคับประคองอย่างใกล้ชิดระหว่างได้รับการรักษา การบรรเทาอาการไม่สุขสบายทางกายต่างๆ และมีส่วนช่วยเหลือในกิจกรรมที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งได้รับการสอนหรือให้ข้อมูลก่อน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจและเกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลมากขึ้น ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละวัน ผู้วิจัยได้มีโอกาสสลับทราบข้อมูลจากผู้ดูแลและรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลถึงการมีส่วนร่วมว่า มีโอกาสได้ใกล้ชิดกับครอบครัวมากกว่าแต่ก่อน รู้สึกสบายใจ ผ่อนคลาย มั่นใจและมีกำลังใจเกิดความหวังในชีวิตมากขึ้น ประกอบกับได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านข้อมูลความรู้ต่างๆ ที่สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยได้ที่บ้าน ผู้ดูแลมีความเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยและเข้าไปมีส่วนร่วมมากขึ้น ผู้ป่วยมีความสุขหลังได้รับการดูแลบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ สบายใจที่มีที่ปรึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ วริศรา ลูวีระ (2556) พบว่าผู้ดูแลที่ สบายใจและมีความสุขในจิตใจปรับตัวได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขมากยิ่งขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า คะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลองโดยรวมอยู่ในระดับ

มากที่สุดคือร้อยละ 94.45 สัมพันธ์กับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของ นางลักษณ์ สรรสม และสุริพร ธนศิลป์ (2553) พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวก โดยแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีระดับความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r=0.48$) ทั้งนี้เมื่อกลับไปพิจารณาข้อมูลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรม จะเห็นว่า กลุ่มทดลองมีความผาสุกด้านสังคมครอบครัว ด้านอารมณ์จิตใจอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อครอบครัวได้ส่งผ่านความรัก ความห่วงใยผ่านการดูแลสามารถเป็นที่พึ่งให้แก่ผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ความวิตกกังวล ความเครียดต่างๆลดลง ความพึงพอใจย่อมเกิดขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถึงแม้ร่างกายจะเจ็บป่วยดังเช่นการศึกษาของ อรรพรรณ พรคณาปราชญ์ (2555) พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ให้เคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ วรระพลย์ (2555) พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม มีการลดลงของค่าคะแนนความรู้สึกทุกข์ทรมานภายหลังที่ได้รับวันที่ 2 และ 3 จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และจากงานวิจัยนี้ผู้วิจัยยังได้สรุปประสบการณ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ว่า ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ อบอุ่นใจมั่นใจ มีความหวัง มีพลังใจที่จะต่อสู้กับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ผลของโปรแกรมนี้อาจก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคนในครอบครัว จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ที่อยู่ในภาวะวิกฤตมีผลต่อการรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยคือ เกิดความหวัง มีกำลังใจ ได้รับสัมผัสที่อบอุ่นจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านความหวังของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในฮ่องกง พบว่า แรงสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ

สังคมเป็นหนึ่งใน 5 องค์ประกอบ ที่เป็นความหวังของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Mok, Lam, Chan, Lau, Ng, & Chan, 2010) ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Yildirim and Kocabiyik (2010) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกละเลยให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ได้รับกำลังใจและการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ทำให้เห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น เกิดความผาสุกจากการได้รับการดูแลจากครอบครัว

ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากปัจจัยแทรกซ้อนที่ควบคุมได้ยากที่ส่งผลต่อการทดลอง ทั้งนี้จากการสังเกตกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาศูนย์ดูแลระดับประคองโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แบบผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร (อโรคยศาล วัดคำประมง) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีสามีภรรยาหรือบุตรของผู้ป่วยมาช่วยดูแลและบางรายที่เป็นโสดจะมีพี่น้องมาช่วยดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งสองกลุ่มตลอดการรักษา ทั้งนี้เมื่อสังเกตทั้งสองกลุ่มพบว่าเมื่อมีญาติมาช่วยดูแลทำให้ครอบครัวได้ใกล้ชิดกัน เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีขวัญและกำลังใจที่ดีตั้งแต่เริ่มต้นก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เห็นได้จากระดับคะแนนของทั้งสองกลุ่ม ด้านความผาสุกด้านสังคมครอบครัวและด้านอารมณ์จิตใจอยู่ในระดับสูงตั้งแต่ก่อนการทดลอง ประกอบกับการดำเนินการทำวิจัยใช้ระยะเวลาที่สั้น จึงทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่แตกต่าง สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดย Ostroff et al., (2004) ด้วยข้อมูลพื้นฐานพบว่า กลุ่มทดลองมีกลุ่มโรคมะเร็งตับ ถุงน้ำดีและมะเร็งปอดมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลและการดำเนินของโรคที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทางกายของผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น ประกอบกับข้อมูลด้านความต้องการ

ให้การช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองต้องการกำลังใจมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าอาการทางกายส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สังเกตพบว่าจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองใช้เวลาดูแลผู้ป่วยต่อวันในช่วง 7-12 ชั่วโมงมากกว่ากลุ่มควบคุม 45.50% แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการของโรคเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่มากขึ้น ซึ่งเห็นได้จากคะแนนความพึงพอใจทางกายของกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนคุณภาพชีวิตไม่มาก อยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีความรุนแรงของอาการไม่มาก จึงส่งผลให้คะแนนด้านนี้เพิ่มขึ้นดังนั้น เป็นการยากที่จะทำให้อาการของโรคดีขึ้น โดยการเพิ่มความสามารถและสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยและผู้ดูแลไปพร้อมกัน เพราะอาการของโรครุนแรงขึ้นอยู่ในระยะท้าย ประกอบกับผู้ดูแลอาจได้รับความรู้ที่มากเกินไปจนความสามารถและไม่สามารถจัดการอาการที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยได้ กล่าวถึงปัจจัยด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วยซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านการปรับตัวที่มีต่อโรคและการเจ็บป่วย ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค 0-6 เดือนและอยู่ในระยะ 3 และ 4 มากกว่ากลุ่มควบคุมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการปรับตัวที่ดีกับโรคนั้นมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มเจ็บป่วยซึ่งอาจมีผลต่อการปรับตัวที่ไม่ดีพอ ได้รับความสุขลดลง (Bloom,2007; วงจันทร์ พิเชฐเชิธรม, 2554)

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตภายในกลุ่มผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยรวมเพิ่มขึ้น มีผลการทดลองบางส่วนที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนดซึ่งเป็นผลจากปัจจัยแทรกซ้อนที่ควบคุมได้ยาก

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปศึกษานำร่องในชุมชนที่มีผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยกลุ่มโรคระยะท้ายกลุ่มอื่นๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพคอยดูแลใกล้ชิดพร้อมทั้งมีระบบส่งต่อเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่โรงพยาบาลที่รับผิดชอบเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายในการนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปใช้พัฒนาต่อ
3. ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มใหม่ ที่มีบริบทของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันและเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาและมีการติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาวติดต่อกัน 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์หรือ 3 เดือนถึง 6 เดือน เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง
4. ควรศึกษาให้ครอบคลุมถึงคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กาญจนา มยุระสุวรรณ. (2552). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี, กรุงเทพฯ).
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วี. พรินท์.
- นงลักษณ์ สรรสม, และสุริพร ธนศิลป์. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 22(ฉบับพิเศษ), 42-53.
- มันธิกา ประชากิจ, และพิมพ์ภา สุตรา. (2555). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักในครอบครัว*. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 104-112.
- วงจันทร์ พิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วารุณี มีเจริญ, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรียา มั่นคง, พิสมัย อรทัย และ Northouse, L. L. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบจำลองเชิงสาเหตุ. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(4), 304-316.
- วรสิรา ลูวิระ. (2556). *การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 266-70.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2556). *ข้อมูลสถิติ*. สืบค้นจาก <http://www.thailabonline.com>.
- สมัชชาสุขภาพ. (2556). *ร่างมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นระเบียบวาระยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยท้ายของชีวิต*. สืบค้นจาก www.samatcha.org.
- สุภารัตน์ ครอบทรัพย์. (2555). *ผลของโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัว* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี).
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). *ข้อมูลสถิติ*. สืบค้นจาก <http://bps.ops.moph.go.th>
- อรรณพ พรคนาปราชญ์. (2555). *ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี, กรุงเทพฯ).
- Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+year) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 16, 691-706
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

- Cella, D. F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3), 186-192.
- Engelberg, R. A., Downey, L., Wenrich, M. D., Carline, J. D., Silvestri, G. A., Dotolo, D., . . . Curtis, J. R. (2010). Measuring the quality of end-of-life care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 951-971.
- Meghani, S. H. (2004). A concept analysis of palliative care in the United States. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 152-161.
- Mok, E., Lam, W. M., Chan, L. N., Lau, K. P., Ng, J. S. C., & Chan, K. S. (2010). The meaning of hope from the perspective of Chinese advanced cancer patients in Hong Kong. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(6), 298-305.
- Northouse, L., Kershaw, T., Mood, D., & Schafenacker, A. (2005). Effects of a family intervention on the quality of Life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 14, 478-491.
- Ostroff, J., Ross, S., Steinglass, P., Tobin, V. R., & Singh, B. (2004). Interest in and barriers to participation in multiple family groups among head and neck cancer survivors and their primary family caregivers. *Family Process*, 43(2), 195-208.
- Price, M. A., Bell, M. L., Sommeijer, D. W., Friedlander, M., Stockler, M. R., deFazio, A., . . . Butow, P. N. (2013). Physical symptoms, coping styles and quality of life in recurrent ovarian cancer: a prospective population-based study over the last year of life. *Gynecologic Oncology*, 130(1), 162-168.
- Ratanatharathorn, V., Sirilerttrakul, S., Jirajarus, M., Silpakit, C., Maneechavakajom, J., Sailamai, P., & Sirisinha, T. (2001). Quality of life, functional assessment of cancer therapy- general. *Journal of Medical Association of Thailand*, 84, 1430-1442.
- Schepp, K. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children*. Unpublished manuscript, University of Washington, Seattle, WA.
- Tamayo, G. J., Broxson, A., Munsell, M., & Cohen, M. Z. (2010). Caring for the caregiver. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), E50-57.
- Worldwide Palliative Care Alliance. (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. London, England: Worldwide Palliative Care Alliance.
- Yildirim, Y., & Kocabiyik, S. (2010). The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5-6), 832-839.