

**ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล
ต่อการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
Effect of Caregivers' Capability Development Program on
Caring for Patients with Mechanical Ventilation**

บทความวิจัย
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2554
Volume 34 No.2 (April-June) 2011

นงศรีรัตน์ พุทรา MNS* เพลินพิศ ธาณิวัตตนานนท์ ปร.ค.(พยาบาล)** ชนิษฐา นาคะ ปร.ค.(พยาบาล)**
Nongrat Putsa MNS* Ploenpit Thaniwattananon Ph.D.(Nursing)** Kanitha Naka Ph.D.(Nursing)**

บทคัดย่อ:

การวิจัยนี้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 64 ราย โดย 32 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 32 ราย ต่อมาเป็นกลุ่มทดลองที่ร่วมโปรแกรมพัฒนาความสามารถ เป็นเวลา 4 วัน ติดต่อกัน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแล และโปรแกรมพัฒนาความสามารถผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย แผนการพัฒนาความสามารถผู้ดูแล คู่มือการดูแลผู้ป่วยและแบบประเมินความพร้อมของผู้ดูแล ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.47, p < .01$)

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาความสามารถ ผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

Abstract:

This quasi-experimental aimed to examine the effects of caregivers' capability development program on caring for patients on mechanical ventilators. The subjects who were 64 caregivers, were assigned to either a control group ($n=32$) or an experimental group ($n=32$). The control group received routine care instruction while the experimental group received a 4-day caregivers' capability development program. The instruments included: Demographic data questionnaire, caregiver's capability questionnaire, the development of caregiver's capability program which consisted of development of caregiver's capability plan, caring manual for patients receiving ventilators, and caregiver's preparedness questionnaire. The caregiver's capability questionnaire was tested using cronbach's alpha coefficient yielded a reliability value of .84. The data were analyzed using t-test.

The results showed that the mean total score on caregiver's capability in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($t = 2.47, p < .01$).

keywords: capability development program, caregivers, patients receiving ventilators

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลลา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่มีปัญหาการหายใจล้มเหลวทำให้ไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้ จะมีปัญหาการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ และเกิดภาวะกรดในเลือด¹ ต้องให้การรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดแดง² ซึ่งการใช้เครื่องช่วยหายใจแม้จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่ก็มีผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยระยะวิกฤตภายหลังมีภาวะหายใจล้มเหลวใน 72 ชั่วโมงแรก ยังส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความวิตกกังวล เครียดจากความกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต³ จนถึงเกิดความท้อแท้หมดกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย

นอกจากนี้ ผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จึงต้องการการดูแลจากผู้อื่น⁴ ความต้องการการดูแลตนเอง ประกอบด้วยความต้องการการดูแลทั่วไป การดูแลตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ซึ่งความต้องการการดูแลในภาวะวิกฤตคือ ต้องการความปลอดภัยในชีวิต⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องการการดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ความต้องการการดูแลเพื่อให้คลายความวิตกกังวล และความต้องการการดูแลด้านความเชื่อและความหวัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยด้านร่างกายในภาวะวิกฤตได้และช่วยให้ฟื้นหายเร็ว⁵

ในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยพบว่า ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลในด้านจิตใจและจิตวิญญาณได้ดี โดยเฉพาะการสัมผัสและการให้กำลังใจ⁶ เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและมีความเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยและในขณะเดียวกันต้องช่วยพัฒนาความสามารถผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการการดูแลแก่ผู้ป่วย แต่จากการที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและมีสภาพร่างกายอยู่ในภาวะวิกฤต ส่งผล

ให้ผู้ดูแลมีความเครียด วิตกกังวล ประกอบกับผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์การดูแลบุคคลในครอบครัวที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมาก่อน จึงขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแล⁷ ส่งผลให้ความสามารถในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยลดลง⁸

การพัฒนาให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาเป็นความสามารถในระดับสูงสุด ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการคาดการณ์ ความสามารถในการปรับเปลี่ยน และความสามารถในการลงมือปฏิบัติกิจกรรม และตามแนวคิดของโอเร็ม⁴ การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสามารถพัฒนาได้โดยวิธีการช่วยเหลือได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ การสอน การชี้แนะ และสร้างสิ่งแวดล้อม การพัฒนาความสามารถโดยวิธีดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้และทักษะ ขณะเดียวกันผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจและมีกำลังใจในการเรียนรู้สามารถจัดระบบตนเองในการดูแลผู้อื่น มีการรับรู้เหตุการณ์ได้ มีความเข้าใจ เห็นคุณค่าในตนเอง และมีการแสดงออกถึงความสามารถตนเองในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย ความสามารถในการคาดการณ์ปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติในการตอบสนองความต้องการด้านการได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การลดความกลัวและวิตกกังวล และการคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวังให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้โปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของโอเร็ม⁴ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของหอผู้ป่วยที่อนุญาตให้ผู้ดูแลเข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ^{1,2}

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสามารถ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลองในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมาก่อน 3) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale)⁸ คะแนนขึ้นไปที่ไม่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค และให้การดูแลไม่น้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการจับคู่เพื่อควบคุมปัจจัยกวนโดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และความรุนแรงของผู้ป่วยที่ประเมินจากคะแนนความรู้สึกตัวและทดสอบข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้จับคู่และการประเมินความพร้อมก่อนเข้ากลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ เพื่อให้ความแปรปรวนระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดย 32 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ 32 รายต่อมาเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในขณะทำการวิจัยจากการพูดคุยกัน จึงเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบก่อนแล้วจึงใช้โปรแกรมพัฒนาความสามารถในกลุ่มทดลอง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน⁹ เปิดตารางโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power) 0.80 ซึ่งคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง^{10,11} ได้ 1.4-1.59 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดสูง ผู้วิจัยจึงลด

ขนาดอิทธิพลเป็น 0.7 เพื่อเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรการศึกษาที่แตกต่างกัน เมื่อเปิดตารางโคเฮน⁹ จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 32 คน ต่อกลุ่ม รวม 64 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁴ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นโปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ดังนี้

1.1 แผนการพัฒนาความสามารถผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ การสอน การชี้แนะ และการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจใน 3 ระดับคือ ความสามารถในการคาดการณ์ ความสามารถในการปรับเปลี่ยน และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในเรื่องการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การดูแลเพื่อลดความกลัวและวิตกกังวล และการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวัง

1.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ดูแล โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และวิธีการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.3 แบบสังเกตการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.4 แบบประเมินความพร้อมในการดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล โดยประเมินความคิดเห็นของผู้ดูแลเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

รักษา มีจำนวน 6 ข้อ และประเมินเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยมากที่สุดได้ 5 คะแนน โดยแปลผลดังนี้ 6-18 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลไม่มีความพร้อม และ 19-30 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค และข้อมูลการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยประเมินจากการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติการ

ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีลักษณะเป็นมาตราแสดงระดับ 5 ระดับ ดังนี้ เห็นว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงเห็นว่าเป็นตัวท่านน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมีการแปลผลคะแนนดังนี้ คะแนนต่ำ หมายถึงมีความสามารถของผู้ดูแลระดับต่ำ และคะแนนสูง หมายถึงมีความสามารถของผู้ดูแลระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือและให้การพิทักษ์สิทธิก่อนการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมด้วยตนเองในวันแรกและวันที่ 4 ของการได้รับการพยาบาลปกติ หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองโดยใช้เวลาในการดำเนินการ 4 วัน ดังนี้

วันที่	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผลที่คาดว่าจะเกิด
1	สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ดังนี้ สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความสามารถ ความพร้อมและความต้องการของผู้ดูแล สนับสนุนข้อมูลในเรื่องความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและผลกระทบต่อผู้ป่วย สอนให้ทราบถึงความสำคัญของการใช้เครื่องช่วยหายใจ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย	30 นาที	ผู้ดูแลลดความวิตกกังวลและมีความพร้อมในการดูแล
2	สอน ชี้นำ และสร้างสิ่งแวดล้อมโดยให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในเรื่องและกิจกรรมที่สอดคล้องกับผลการประเมินความสามารถของผู้ดูแลในเรื่องการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เช่น การสังเกตการหายใจ การระวังท่อเลื่อนหลุด การดูแลเพื่อลดความกลัว วิตกกังวล และการดูแลเพื่อตอบสนองความเชื่อและความหวัง จัดสิ่งแวดล้อมในการสอนและส่งเสริมการปฏิบัติของผู้ดูแล ชี้นำและสนับสนุนให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติการดูแล และสนับสนุนคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	60 นาที	ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถตัดสินใจเลือกกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสม
3	ประเมินความรู้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและติดตามการปฏิบัติ สอนและสาธิตในส่วนที่ผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้สาธิตย้อนกลับ ชี้นำ โดยการหาปัจจัยที่ส่งเสริมและปัญหา/อุปสรรคต่อการดูแล และสนับสนุนให้กำลังใจ	30 นาที	ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง
4	ประเมินผลและทบทวนเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย พุดให้กำลังใจ และชี้นำในส่วนที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง	30 นาที	ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และใช้สถิติไค-สแควร์ในการเปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 40.8 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง โดยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือนความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร และบุตรสะใภ้ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มใช้เครื่องช่วยหายใจในวันแรก และให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน การรับรู้ของผู้ดูแลต่อความรุนแรงตามความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก เมื่อนำคุณสมบัติส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างไปทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงและเพศชาย จำนวนใกล้เคียงกัน มีอายุเฉลี่ย 68.18 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคปอดอักเสบ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และหอบหืดรุนแรง ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคะแนน 10 T เมื่อนำคุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ป่วยมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีคู่

แบบทดสอบสองทาง (2-tailed, Paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.18, p > .05$) (ตาราง 2) และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ แบบทดสอบทางเดียว (1-tailed, Paired-t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.44, p < .001$) (ตาราง 2)

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยรวม และรายด้านของความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระแบบทดสอบทางเดียว (1-tailed, Independent t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยรวม ของกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.47, p < .01$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความสามารถรายด้าน พบว่าด้านการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และด้านการดูแลเพื่อลดความกลัวและวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.48, p < .01$ และ $t = 2.32, p < .05$ ตามลำดับ) แต่คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวังของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.11, p > .05$) (ตาราง 3)

การอภิปรายผล

ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการ

พยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.47$, $p < .01$) (ตาราง 3) โดยอธิบายผลของการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้วิธีการช่วยเหลือ ดังนี้

1. การสนับสนุน ในวันแรกผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยผู้วิจัยได้สนับสนุนด้านข้อมูลในเรื่องความจำเป็นที่ต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจ ผลกระทบและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นเนื้อหาที่สัมพันธ์กับการรับรู้และการตอบสนองของผู้ดูแลเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยในระยะวิกฤต¹² และเป็นข้อมูลที่ผู้ดูแลต้องการมากที่สุดที่ทำให้ผู้ดูแลคลายความกังวลในอาการผู้ป่วยในช่วงวิกฤต¹³ ผู้ดูแลจึงมีความพร้อมในการเรียนรู้ในลำดับ ต่อมาในเรื่องการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลต้องการทราบอาการเปลี่ยนแปลง และแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอย่างมาก ซึ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้เห็นความสำคัญของการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย และทำให้ผู้ดูแลมีความรู้มากขึ้นและเป็นการช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ พัฒนาทักษะที่ช่วยในการคาดการณ์ ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแล

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และสร้างสัมพันธภาพโดยการให้กำลังใจ การสัมผัสในวันต่อ ๆ มาผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ดูแลและผู้ป่วยทุกวันทำให้เกิดความเป็นกันเอง ผู้ดูแล จึงรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจในการปฏิบัติและการเรียนรู้มากขึ้น ผู้วิจัยให้การชื่นชมเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการส่งเสริมการหายใจผู้ป่วยได้ อีกทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกและซักถามปัญหาในการดูแล ทำให้ช่วยจัดปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และสนับสนุนปัจจัยที่เกื้อหนุนทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้มีการพูดสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ช่วยฝึกหายใจ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยฝึกหายใจได้นานขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความ

เข้าใจชัดเจนขึ้นและสามารถแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้

2. การสอน ผู้วิจัยประเมินความพร้อมและเลือกสอนเป็นรายบุคคลและเลือกเนื้อหาที่สอนประกอบด้วยประโยชน์ของการใช้เครื่องช่วยหายใจ อาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้ป่วยหลังใช้เครื่องช่วยหายใจ วิธีปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย ได้แก่ การสังเกตการหายใจ และการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ซึ่งเป็นข้อมูลที่ผู้ดูแลต้องการและเนื้อหาสัมพันธ์กับการรับรู้และสอนตามความต้องการของผู้ดูแล ทำให้มีแรงจูงใจ และเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ⁷

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สาธิตในกิจกรรมที่ผู้ดูแลยังขาดความมั่นใจและไม่สามารถปฏิบัติได้ และติดตามการปฏิบัติของผู้ดูแลเช่น การป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจขณะพลิกตัวหรือเช็ดตัว การสังเกตการหายใจลำบาก การได้ยินเสียงผิดปกติ การประเมินความจำเป็นในการดูดเสมหะ และการฝึกหายใจ หากกิจกรรมใดที่ผู้ดูแลยังไม่สามารถทำได้ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือโดยการสอนและสาธิตซ้ำ เช่น การฝึกหายใจและการประเมินความจำเป็นในการดูดเสมหะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะสามารถนำความรู้ไปพิจารณาในการคาดการณ์ และมีทางเลือกของกิจกรรม ประกอบการตัดสินใจเพื่อที่จะเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และหาวิธีการช่วยเหลือดูแล และปรับเปลี่ยนการดูแลจนสามารถตอบสนองความต้องการทั้ง 3 ด้าน ของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวนตามความต้องการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าเมื่อทบทวนคู่มือทำให้มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมากขึ้นโดยเฉพาะในเรื่องการดูแลท่อช่วยหายใจไม่ให้เลื่อนหลุด เนื่องจากในคู่มือมีภาพสีประกอบทำให้สามารถจำและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

3. การชี้แนะ จากการที่ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และผู้ดูแลตั้งแต่วันแรก ทำให้ผู้ดูแลไว้วางใจในการซักถามปัญหา ข้อเสนอ ผู้วิจัยรับ

ฟังปัญหาความต้องการของผู้ดูแลบนพื้นฐานของความเป็นจริง และให้คำชี้แนะเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ดูแลมักจะไม่กล้าทิ้งผู้ป่วยไปไหน บางครั้งนั่งจับมือผู้ป่วยตลอด แม้ผู้ป่วยจะหลับ เพราะกลัวผู้ป่วยจะดึงท่อช่วยหายใจ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ผู้วิจัยได้ชี้แนะให้ผู้ดูแลได้ดูแลทั้งผู้ป่วย และตัวผู้ดูแลเอง ซึ่งต้องการการพักผ่อนเช่นกัน ทำให้ผู้ดูแลได้ตัดสินใจและเลือกที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแนวคิดของโอเรียม⁴ ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งจะทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และการชี้แนะเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน แก้อั้ว และเลือกวิธีการในการดูแลได้ เนื่องจากเป็นการให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อใช้ในการตัดสินใจหรือนำไปปฏิบัติ แต่ไม่ใช่การตัดสินใจแทนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความสามารถในการปฏิบัติการดูแล⁷

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ดูแล และส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยคอยแนะนำ ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้นโดยเฉพาะการส่งเสริมการหายใจในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้นานขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัย ซึ่งเป็นวิธีการช่วยเหลือเพื่อกระตุ้นและเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ดูแลสามารถกำหนดเป้าหมาย และปรับพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลผู้ป่วยได้

ส่วนในกลุ่มควบคุมผู้ดูแลยังมีความวิตกกังวล แม้ว่าประเมินตนเองว่าพร้อมในการดูแล ทำให้ การรับข้อมูลและการช่วยเหลือผู้ป่วยของผู้ดูแลทำได้ไม่เต็มที่¹⁴ และการสอนตามปกติจะได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคนผลัดเปลี่ยนกัน ทำให้การเกิดสัมพันธภาพไม่ต่อเนื่อง ต้องใช้เวลามากขึ้นที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจกล้าซักถามปัญหา⁷ นอกจากนี้การสอนตามปกติผู้ดูแลอาจได้รับข้อมูลที่เพียงพอกับความต้องการและ

ไม่เป็นระบบ ทำให้ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล ผู้ดูแลยังคงมีความวิตกกังวลต่ออาการผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของกนกรัตน์¹⁵ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้ข้อมูลว่าได้รับการสนับสนุนน้อยในด้านข้อมูล และการให้การช่วยเหลือ แก้อั้วปัญหาและไม่กล้าซักถามพยาบาลเนื่องจากไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะเมื่อเห็นพยาบาลยุ่ง เมื่อพบปัญหาในการดูแลจึงมีการแก้อั้วปัญหาด้วยตนเองก่อน ทำให้ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในวันที่ 4 ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในด้านการปฏิบัติการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวัง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t = 1.11, p > .05$) เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยร้อยละ 90.6 มีระดับความรู้สึกตัวดี และมีอายุเฉลี่ย 68.18 ปี ซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุที่มีความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณมากกว่าวัยอื่น¹⁶ ทำให้ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรเชื่อว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เองโดยผู้ดูแลไม่จำเป็นต้องปฏิบัติการดูแลในด้านนี้โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรกของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ดูแล จึงให้ความสำคัญกับการแสดงความห่วงใย การให้กำลังใจ มากกว่าการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมความเชื่อหรือความหวัง นอกจากนี้ผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามมีการรับรู้ว่าจะเจ็บป่วยได้รับการยกเว้นในการปฏิบัติตามกิจกรรมทางศาสนา เช่น การละหมาด¹⁷ นอกจากนี้ในหอผู้ป่วยสามัญยังมีข้อจำกัดในด้านสถานที่ ซึ่งไม่เอื้อต่อการปฏิบัติตามกิจกรรมทางศาสนา ทำให้ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มจึงมีคะแนนความสามารถในด้านนี้ไม่แตกต่างกัน

สรุป

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง

ช่วยหายใจ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยมีเนื้อหาที่สอดคล้องในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และปัญหาของผู้ดูแลเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต

ข้อเสนอแนะในนำผลการวิจัยไปใช้

ควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสามารถ เนื่องจากทำให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาความสามารถคาดการณ์ ปรับเปลี่ยน และปฏิบัติในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดี ควรพัฒนากิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการด้านความเชื่อและความหวังของผู้ป่วย โดยเฉพาะในรายที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 72 ชั่วโมง ควรขยายเวลาการพัฒนาความสามารถผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ครอบคลุมจนผู้ป่วยได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ และควรศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย เช่น ระยะเวลาในหย่าเครื่องช่วยหายใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. พิกุล ดันติธรรม. การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ. ใน จริยา ดันติธรรม, พิกุล ดันติธรรม, พัทยา ปันสุขสวัสดิ์ และ สุคิม พงศ์พัฒนาคุณ, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2547: 36-46.
2. Calfee CS, Matthay MA. Recent advances in mechanical ventilation. *Am J Med* 2005; 118: 584-91.
3. รุ่งทิพย์ ดารายนต์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และ วิภาวี คงอินทร์. ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เผชิญความยากลำบากในระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ, *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2552; 32(4): 23-33.

4. Orem DE. *Nursing concept of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby year book; 2001.
5. Parthasarathy S. Effects of sleep on patient-ventilator interaction. *Respir Care Clin N Am* 2005; 11: 295-305.
6. ลัพณา กิจรุ่งโรจน์ และจากรุวรรณ กฤตย์ประชา. การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน:แนวคิดและการประยุกต์ใช้. ใน: สุนิสา ฉัตรมงคลชาติ อินต์ชนก วนสุวรรณกุล และ ประณีต ส่งวัฒนา, บรรณาธิการ. *Respiratory care: การพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2550: 67-84
7. ยุวนิดา อารามรมณ์, กิตติกร นิลมานัต, พัชรียา ไชยสังกา. ประสบการณ์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2552; 32(4): 33-43.
8. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: วิเจ พรินติ้ง; 2544.
9. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* 2nd ed. New Jersey: Eribaum.; 1988.
10. ดุษฎี ใจโปร่ง. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ. ใน: ประณีต ส่งวัฒนา และสุนิสา ฉัตรมงคลชาติ, บรรณาธิการ. *Respiratory care: ก้าวทันยุคกับศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2549: 126-7.
11. นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.

12. Sit JW, Wong TK, Clinton M, et al. Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *J Clin Nurs* 2004; 13: 816-24.
13. Miracle VA. Strategies to meet the needs of families of critically ill patients. *Dimens Crit Care Nurs* 2006; 25: 121-25.
14. Van Horn E, Tesh A. The effect of critical care hospitalization on family members: stress and responses. *Dimens Crit Care Nurs* 2000; 19: 40-9.
15. กนกรัตน์ เนตรไสว. ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. *สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.*
16. อรัญญา รักษาบ, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และ กิตติกร นิลมานัต และอังศุมา อภิชาติ. การปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนา การรับรู้ภาวะสุขภาพกับความหวังในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์, *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2550; 25(4): 295-305.
17. กุศลศรี ตอเล็บ. มุมมองของศาสนาอิสลามในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทชาย สิทธิพันธ์, บรรณาธิการ. *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of Life Care: Improving Care of the Dying.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548: 169-73.

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (N= 64)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแล	กลุ่มตัวอย่าง (N= 64)	กลุ่มควบคุม (n =32)	กลุ่มทดลอง (n =32)	χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ*				
ชาย	14 (21.9)	9 (28.1)	5 (15.6)	1.46ns
หญิง	50 (78.1)	23 (71.9)	27 (84.4)	
อายุ (ปี) **	$\bar{X}_1 = 40.84, SD = 12.29$ Min = 17, Max = 62	$\bar{X}_c = 40.18, SD = 13.12$ Min = 18, Max = 62	$\bar{X}_e = 41.5, SD = 11.57$ Min = 18, Max = 61	
18 - 20	3 (4.7)	1 (3.1)	2 (6.2)	1.82ns
21 - 40	30 (46.9)	16 (50.0)	14 (43.8)	
41 - 60	27 (42.2)	12 (37.5)	15 (46.9)	
> 61	4 (6.2)	3 (9.4)	1 (3.1)	
ศาสนา**				
พุทธ	46 (71.9)	22 (68.8)	24 (75.0)	1.55ns
อิสลาม	17 (26.5)	10 (31.2)	7 (21.9)	
คริสต์	1 (1.5)	0 (0)	1 (3.1)	
ระดับการศึกษา**				
ไม่ได้ศึกษา	2 (3.1)	0 (0)	2 (6.2)	4.35ns
ประถมศึกษา	34 (53.1)	17 (53.1)	17 (53.1)	
มัธยมศึกษา	23 (35.9)	14 (43.8)	9 (28.1)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5 (7.9)	1 (3.1)	4 (12.6)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย**				
บุตร/บุตรสะใภ้	45 (70.3)	23 (71.9)	22 (68.8)	.23ns
มารดา/ บิดา	10 (15.6)	5 (15.6)	5 (15.6)	
สามี/ ภรรยา	9 (14.1)	4 (12.5)	5 (15.6)	
ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย**				
พร้อม	61 (95.3)	31 (96.9)	30 (93.8)	1.00ns
ไม่พร้อม	3 (4.7)	1 (3.1)	2 (6.2)	

\bar{X}_1 = ค่าเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่ม, \bar{X}_c = ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุม, \bar{X}_e = ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลอง

ns=not significant * Yates' Correction Chi Square (Continuity Correction) ** Fisher's Exact test

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยสถิติที (n = 32)

ความสามารถของผู้ดูแล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
โดยรวม					
กลุ่มควบคุม	168.34	18.16	168.97	20.13	-.18 ^{ns}
กลุ่มทดลอง	161.69	19.42	180.75	17.91	6.44 [*]
รายด้าน					
การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ					
กลุ่มควบคุม	109.34	12.13	110.22	13.47	.37 ^{ns}
กลุ่มทดลอง	106.34	11.60	117.78	10.79	5.90 [*]
การดูแลเพื่อลดความกลัวและวิตกกังวล					
กลุ่มควบคุม	36.62	4.81	35.93	5.14	.68 ^{ns}
กลุ่มทดลอง	34.65	4.81	38.75	4.52	5.95 [*]
การดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวัง					
กลุ่มควบคุม	22.37	5.08	22.81	5.17	-.55 ^{ns}
กลุ่มทดลอง	20.87	4.95	24.18	4.65	4.14 [*]

ns = not significant * p < .001

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทั้งรายด้านและโดยรวมหลังการทดลอง (N= 64)

ความสามารถของผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม (n =32)		กลุ่มทดลอง (n =32)		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
โดยรวม	168.97	20.13	180.75	17.91	2.47 ^{**}
การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	110.22	13.47	117.78	10.79	2.48 ^{**}
การดูแลเพื่อลดความกลัวและวิตกกังวล	35.93	5.14	38.75	4.52	2.32 [*]
การดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความเชื่อและความหวัง	22.81	5.17	24.18	4.65	1.11 ^{ns}

* p < .05, **p < .01 ns = not significant