

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

The Factors Affect to Anxiety among Caregivers
of Terminally Ill Patients with Chronic Disease

ไพรัช ทับสี^{1*}

Pairatch Tabsee^{1*}

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: n070414@hotmail.com) โทรศัพท์ 092-6159596

(Received: October 30, 2019; Revised: November 26, 2019; Accepted: December 3, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับของความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 3) ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 44 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบสอบถามสัมพันธภาพของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย ทศนคติต่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วย การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยเชิงพหุ ผลการวิจัยพบว่า

1. ความวิตกกังวลโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.03$, $SD = .33$)

2. การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย สัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้ป่วย และทัศนคติต่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .484, .338, .363$; $p < .05$) การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

3. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้ร้อยละ 37.50 ได้แก่ การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย และทัศนคติต่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ($Beta = .493, .375$; $p < .05$)

¹ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี

Registered nurse (Professional level), Nong Ya Plong hospital, Phetchaburi province

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเน้นการจัดการทุกข์ทรมาน อาการรุนแรงในระยะสุดท้ายและเสริมสร้างทัศนคติของผู้ดูแล

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Abstract

This descriptive research aimed to study; 1) level of anxiety among caregivers of terminally ill patients with chronic disease, 2) factors associated with anxiety among caregivers of terminally ill patients, and 3) predictive factors associated with anxiety caregivers of terminally ill patients with chronic disease. Forty-four caregivers of terminally ill patients with chronic disease in Nongyaplong subdistrict, Nongyaplong district, Phetchaburi province were selected by a simple random sampling method. Data were collected by using questionnaires of personal data of caregivers, the relationship between the caregiver and patient, attitude towards caring for terminally ill patients, perception of caregivers regarding terminally illness, compliance with religious belief, knowledge of caring for terminally ill patients, and anxiety among caregiver of terminally ill patients with chronic disease. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and multiple regressions were used for data analysis. The results revealed as follows:

1. The overall mean score of anxiety among caregivers of terminally ill patients with chronic disease was at the middle level ($M = 3.03$, $SD = .33$).

2. The significant positive correlation was found between the perception of caregivers regarding terminally illness, attitude towards caring for terminally ill patients, and anxiety among caregivers of terminally ill patients with chronic disease ($r = .484$, $.338$, $.363$; $p < .05$). However, there was no relationship between compliance with religious belief, knowledge of caring for terminally ill patients, and anxiety among caregivers of terminally ill patients.

3. The perception of caregivers regarding terminally illness, and attitude towards caring for terminally ill patients had a significant predictive ability on the anxiety among caregivers of terminally ill patients, and together they explained 37.50% of its variance ($Beta = .493$, $.375$; $p < .05$).

The result can be used as an evidence for developing palliative care model that focusing on terminally illness management and promotion positive attitude of caregivers.

Keywords: Anxiety, Caregiver, Terminally ill patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบมากขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ ยังเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดย 4 โรคสำคัญซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเพิ่มมากที่สุด จาก 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรค หัวใจขาดเลือดจาก 22.4 ต่อ แสนประชากร เป็น 27.8 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน จาก 13.2 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้น เป็น 17.8 ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังจาก 3.8 ต่อแสนประชากร เป็น 4.5 ต่อแสนประชากร (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2562) และสาเหตุการตายที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งทุกชนิด โรคหลอดเลือดในสมอง ปอดอักเสบและโรคหัวใจขาดเลือด และจากจำนวนผู้เสียชีวิตพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแล เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองยังถือเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่ (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014) ตลอดจนความเข้าใจที่ไม่ตรงกันต่อการดูแลแบบประคับประคองในช่วงที่ผ่านมา เมื่อศึกษาสถิติการเสียชีวิตพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 40 ล้านคนทั่วโลก มีเพียง 14% เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สาเหตุที่ทั่วโลกต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care มากขึ้น มาจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการเข้าสู่สังคมสูงวัยของโลก (World Health Organization, 2019) ประเทศไทยจึงได้เริ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อรองรับปัญหาของสังคมไทยที่ต้องเผชิญกับโรคใหม่ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคภัยเรื้อรัง ต่างๆ เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

จากสถานการณ์และความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยน้อยลง ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้ มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงต้องการการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ในสังคมไทยเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย เป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ดังนั้น ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองจนถึงวาระสุดท้าย ผู้ดูแล (Caregiver) ซึ่งมักเป็นบุคคลในครอบครัว หรือญาติผู้ป่วย ลูกหลาน เพื่อนหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย บ่อยครั้งที่บุคคลกลุ่มนี้ ประสบปัญหามากมายในการดูแลผู้ป่วย บางครั้งจำเป็นต้องทำทุกอย่างให้กับผู้ป่วยตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า จนถึงก่อนนอน หรือล่วงเลยถึงในเวลากลางคืน ซึ่งภาระการดูแลนี้แปรผันไปตามความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย การที่มีสมาชิกในครอบครัวได้รับการเจ็บป่วยไม่ว่าจะโรคใดก็ตาม นับว่าเป็นภาวะวิกฤติของบุคคลในครอบครัว (ทศพร แสงศรีจันทร์, 2558) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับภาระการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องได้รับการพึ่งพิงผู้ดูแลตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นกรปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ตลอดจนต้องรับผิดชอบในการคิดและตัดสินใจแทนผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ การดำเนินชีวิตประจำวัน และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลต่อการดูแล มีความเหนื่อยล้าและไม่มั่นใจในบทบาทการดูแลและหน้าที่ที่ตนกระทำอยู่ (ณชนก เอียดสุย, ศุภร วงศ์วิทย์, และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, 2555) ซึ่งปัญหาดังกล่าว

มีความรุนแรงมากขึ้นแตกต่างกัน นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลยังต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่อาจจะรุนแรงมากขึ้นหรือผลลัพธ์ด้านลบภายหลังการรักษา ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกวิตกกังวล เครียด และกลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งหากญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลสูง ย่อมส่งผลกระทบต่อ การรับรู้การตัดสินใจ และความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลเกิดภาวะดังกล่าวสะสมมากขึ้นเรื่อยๆ จะส่งผลให้เกิดภาวะอื่นๆ ตามมา เช่น ภาวะเครียดเรื้อรัง ซึมเศร้า เบื่อหน่าย การทำหน้าที่บทบาทผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ อาจเกิดพฤติกรรมถอยหนีเหตุการณ์ และอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายตามมา เนื่องจากไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองและเกิดภาวะที่ไม่สามารถเป็นผู้ดูแลได้อีกต่อไป ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ต้องถูกละเลยต่อการดูแลตามมา ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทางลบ และการลดความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่เอื้อในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น พยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องช่วยเหลือสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม (จิราณัฐณ์ ชาญสูงเนิน, เพ็ญจันทร์ มณีโชติ, และดวงใจ สวัสดิ์, 2560) ปัจจุบันปัญหาดังกล่าวได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น อันเนื่องมาจากการให้บริการของเวชปฏิบัติ หรือสถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และบ่อยครั้งที่ผู้ดูแลไม่กล้าที่จะบอกหรือแสดงให้ผู้อื่นรับรู้ว่าคุณเองประสบกับปัญหาการเป็นผู้ดูแล เพราะต้องทำตามหน้าที่ที่ลูกหลานฝากไว้ หลายคนคิดว่า ถึงแม้จะพูดอธิบายหรือบ่นให้ใครฟัง ก็ไม่มีใครสนใจ และคงไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้ปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล มีปัจจัยจากการขาดองค์ความรู้ ความเข้าใจ ในโรคและในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ขาดความเข้าใจในปัญหาตามสภาพการณ์จริง และขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เป็นการศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย ได้แก่ สัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้การดูแลผู้ป่วย ทักษะการตัดสินใจ การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (ปองพล คงสมาน, 2560) ตลอดจนการให้ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วย และการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยที่ถูกต้อง จะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ดูแลได้ (จิราณัฐณ์ ชาญสูงเนิน, เพ็ญจันทร์ มณีโชติ, และดวงใจ สวัสดิ์, 2560) นอกจากนี้ สิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการมากที่สุด คือ ความรู้และทักษะในการดูแล และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะท้าย (รัชนิกร ใจคำสับ และศิริวิไล วรรณวิจิตร, 2562) เพื่อให้เกิดความมั่นใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ เมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยมีระดับความรุนแรงของโรครุนแรง จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น ตามลำดับ (ทศพร แสงศรีจันทร์, 2558) การส่งเสริมให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล การได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น นิมนต์พระมารับบาตร ถวายสังฆทาน การฟังพระเทศน์ เป็นต้น จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสบายใจ ลดความวิตกกังวล ทั้งยังเป็นการเสริมกำลังใจด้านจิตวิญญาณให้สุขสงบ

โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 โดยเริ่มจากผู้ป่วยมะเร็งและได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง มีการขยายการดูแลกลุ่มผู้ป่วย ครอบคลุมโรคเรื้อรังทั้งหมด โดยในปี พ.ศ.2560-2561 มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ

ประคับประคอง จำนวน 236 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในวาระสุดท้าย จำนวน 123 ราย อาศัยอยู่ในชุมชนมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ในส่วนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่กำลังจากไป มีการเผชิญกับการตอบสนองทางอารมณ์ของญาติในลักษณะต่างๆ หลายคนใช้วิธีการละทิ้งหรือปฏิเสธความรู้สึกที่เกิดขึ้น บางรายเกิดความขัดแย้งทางอารมณ์เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้าย การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนี้ จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการทำมาเข้าใจกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล และเป็นแนวทางในการจัดบริการเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้อย่างมีคุณภาพและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี และเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อไป

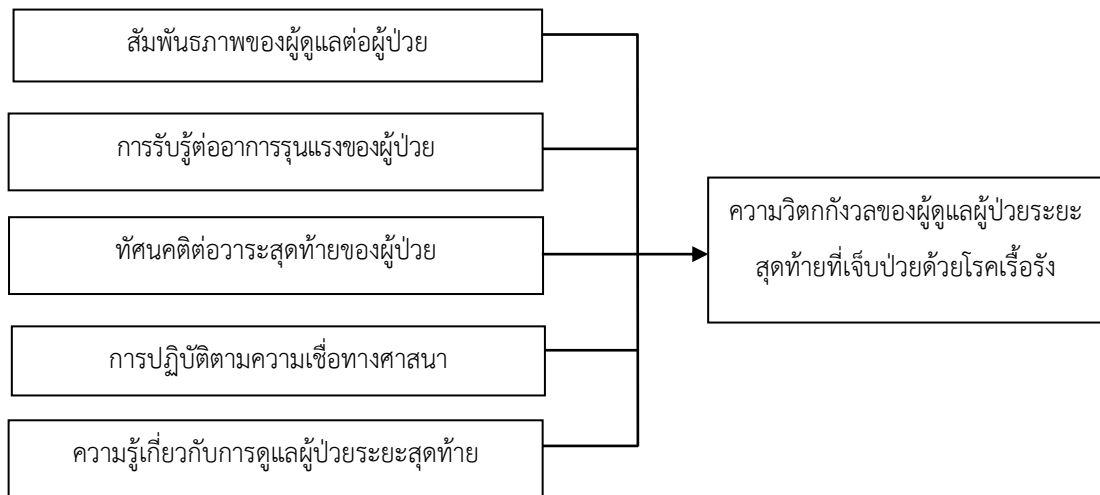
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับของความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ สัมพันธภาพของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย ทศนคติต่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วย การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. ศึกษาปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นความท้าทายสำหรับผู้ดูแล การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการวิจัยนี้ ได้แก่ สัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย ทศนคติต่อความตาย การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตายและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในด้านสัมพันธภาพของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย หากผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยมากเท่าใด ทั้งความรัก ความสงสาร ความเห็นใจและความผูกพัน จะส่งผลต่อความรู้สึกวิตกกังวลกับสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ (Kejkornkaew, Sirapo-ngam, Monkong, Junda, & Wallhagen, 2016) การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายจะมีอาการเจ็บปวด เหนื่อยหอบ ทุกข์ทรมานกับอาการทางกาย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญตลอดเวลาที่ให้การดูแล เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง มีอาการทรุดลงมีความทรมาน ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลแรกที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ หากผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการรุนแรง ผู้ดูแลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการแสดงทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ เกิดภาวะวิตกกังวลและเครียดสูง (ทัตชนา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค, 2558) ทศนคติต่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยที่มองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ส่งผลให้มีทัศนคติที่มีต่อความตายเป็นบวก จะช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย หากมีทัศนคติต่อความตายในทางลบ ก็จะมีความคิดต่อต้าน ไม่ยอมรับ เกิดเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (ปองพล คงสมาน, 2560) การปฏิบัติตามความเชื่อทาง

ศาสนา เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิตมีค่าสูงทางจิตใจ ทำให้สมาชิกในครอบครัว เกิดความหวัง มีกำลังใจ และทำให้เกิดความสุขในชีวิต บรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ (มัญญวรรณ ลียุทธานนท์, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, และจริญญา แก้วสกุลทอง, 2560) และด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ดูแลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ ส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ดูแลลดลง (กาญจนา มยุระสุวรรณ, 2552) โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีการดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี ที่ปรากฏในฐานข้อมูล HosXp โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง จำนวน 123 คน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กรณีสร้างสมการทำนายค่าจากหลายตัวแปร (Multiple regression) โดยใช้สัดส่วนของจำนวนตัวอย่าง (n) ต่อตัวแปรต้น (Independent variable) อย่างน้อย 5 เท่า (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998) ในการวิจัยนี้ ได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 10 เท่าของจำนวนตัวแปรทำนาย 5 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และ 3) เคยให้การดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง ไม่น้อยกว่า 3 วัน ทั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือกและได้ข้อมูลครบถ้วน จำนวน 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ โรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง และระดับการดูแลตนเองที่เข้ารับการรักษาระหว่าง PPS (Palliative Performance Scale) เป็นการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก (บุษยามาส ชิวสกุลยง และลดารัตน์ สาภินันท์, 2557) โดยใช้เกณฑ์ระดับคะแนน PPS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลก่อนมาดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งอ้างอิงมาจากแบบสอบถามของปองพล คงสมาน (2560) ได้แก่

1) แบบสอบถามการรับรู้อาการรุนแรงของผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้อาการเจ็บปวด ทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง เป็นแบบสอบถามให้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินผู้ป่วย เป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง ตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน จากไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมานเลย จนถึงเจ็บปวดทุกข์ทรมานมากที่สุด

2) แบบสอบถามสัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน)

3) แบบสอบถามทัศนคติต่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน)

4) แบบสอบถามการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึงปฏิบัติสม่ำเสมอ (5 คะแนน)

5) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นคำถามที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของอาจารย์ปองพล คงสมาน จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ ถ้าตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน

6) แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านกลัวความไม่รู้ กลัวความทรมาน กลัวความตาย และการดับสิ้นชีวิต เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัยนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านเวชศาสตร์ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง และอาจารย์ด้านการวิจัย นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงและนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติเดียวกัน ที่อาศัยในเขตอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่า

ความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้ป่วย การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย ทักษะการดูแลต่อภาวะสุดท้าย การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เท่ากับ .83, .85, .89, .89, .75, และ .88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยโดยประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอหนองหญ้าปล้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่บ้านของผู้ดูแล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเป็นผู้สูงอายุค่อนข้างมีปัญหาในการอ่าน ผู้วิจัยจึงช่วยอ่านคำถามในแบบสอบถามให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกคำตอบที่ต้องการ โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์ ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับของปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีเกณฑ์ในการแปลค่าคะแนนเฉลี่ยของแต่ละแบบสอบถาม คือ สัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ทักษะการดูแลต่อภาวะสุดท้ายของผู้ป่วย การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

ค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 4.10 - 5.00 หมายถึง ระดับสูง

ค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 2.00 - 4.00 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 1.00 - 1.90 หมายถึง ระดับต่ำ

กำหนดเกณฑ์การแปลค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

ค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 8.00 - 10.00 หมายถึง ระดับสูง

ค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 4.00 - 7.99 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 0 - 3.99 หมายถึง ระดับต่ำ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย ทักษะการดูแลต่อภาวะสุดท้ายของผู้ป่วย การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับความสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (Cohen, 1988)

$r = 0.50 - 1.00$ หมายถึง ระดับสูง

$r = 0.30 - 0.49$ หมายถึง ระดับปานกลาง

$r = 0.10 - 0.29$ หมายถึง ระดับต่ำ

4. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Multiple Stepwise Regression โดยทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การกระจายแบบปกติ (Normality) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) ความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) และความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจม.พบ. 009/2562 ลงวันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ.2562 โดยในการตอบแบบสอบถามการวิจัยนั้น ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนการชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างและทำลายแบบสอบถาม หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.60 มีอายุอยู่ในช่วง 40 – 49 ปี และ 50 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.40 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.30 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 77.20 ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน ร้อยละ 38.60 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 29.50 มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 36.40 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.90 และป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.50 ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นพ่อ/แม่ รองลงมาคือ พี่/น้อง และสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 31.80, 29.50 และ 20.50 ตามลำดับ ร้อยละ 29.50 ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน สำหรับระยะเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน พบว่า ส่วนใหญ่ต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 47.70 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่มากกว่า 3 เดือน ร้อยละ 54.60 รองลงมาคือ 3 เดือน และ 2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 27.30 และ 18.10 ตามลำดับ

สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อยู่ในความดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 38.6 มีอายุส่วนใหญ่ในช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคมะเร็งเป็นส่วนใหญ่คือ มะเร็งปอด รองลงมาคือ มะเร็งตับ คิดเป็นร้อยละ 27.30 และ 18.20 ตามลำดับ ผลการประเมินระดับการดูแลตนเองอยู่ในช่วง 20 - 30% คิดเป็นร้อยละ 54.50 รองลงมาคือ ช่วง 40 - 50% ร้อยละ 36.40

2. ระดับของความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.03$, $SD = .33$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านกลัวความทรมาณ ($M = 3.80$, $SD = .57$) รองลงมาคือ ด้านกลัวความไม่รู้ ($M = 3.32$, $SD = .35$) และด้านกลัวความเดียวดาย ($M = 2.89$, $SD = .70$) ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ($n = 44$)

ด้าน	M	SD	ระดับ
กลัวความไม่รู้	3.32	.35	ปานกลาง
กลัวความทรมาน	3.80	.57	ปานกลาง
กลัวความตาย	2.89	.70	ปานกลาง
กลัวการตัดสินใจ	2.31	.63	ปานกลาง
โดยรวม	3.03	.33	ปานกลาง

ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าปัจจัยที่อยู่ในระดับสูงคือ การรับรู้ต่ออาการของผู้ป่วย ($M = 7.02$, $SD = 2.17$) รองลงมาคือ สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ($M = 4.27$, $SD = .42$) ปัจจัยที่อยู่ระดับปานกลางคือ ทศนคติของผู้ดูแลต่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ($M = 3.65$, $SD = .40$) การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย ($M = 2.51$, $SD = .49$) และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($M = 5.90$, $SD = 2.69$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ($n = 44$)

ปัจจัย	M	SD	ระดับ
สัมพันธภาพกับผู้ป่วย	4.27	0.42	สูง
การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย	7.02	2.17	สูง
ทัศนคติต่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วย	3.65	0.40	ปานกลาง
การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา	2.51	0.49	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	5.90	2.69	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทัศนคติของผู้ดูแลต่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วย และสัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .363$ และ $.338$, $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .484$, $p < .01$) ปัจจัยการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความวิตกกังวลของผู้ดูแล รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ปัจจัย	r	ระดับ
สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย	.338*	ปานกลาง
การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย	.484**	ปานกลาง
ทัศนคติต่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วย	.363*	ปานกลาง
การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา	.225	ต่ำ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	.296	ต่ำ

* $p < .05$, ** $p < .01$

4. ปัจจัยทำนายความความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) โดยวิธี Stepwise พบว่า มีปัจจัยทำนายเพียง 2 ตัวแปร ที่สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Anxiety) ได้ร้อยละ 37.50 ได้แก่ การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย (Severity) และทัศนคติต่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วย (Attitude) ($Beta = .493, 3.75, p < .05$) รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุระหว่างปัจจัยทำนายกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Anxiety)

ปัจจัย	b	SE	$Beta$	t	p
การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย (severity)	.770	.019	.493	3.997*	.000
ทัศนคติต่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วย (Attitude)	.311	.112	.375	3.083*	.004
Constant(a) = 1.361, $R = .613$, $R^2 = .375$, $R^2_{adj} = .345$, $SEE = .274$, $F_{(1,41)} = 9.230$, $p = .004$					

* $p < .05$

จากผลการวิจัยนี้ สามารถเขียนสมการทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized score) คือ $Anxiety = .493Z_{Severity} + .375Z_{Attitude}$

การอภิปรายผล

1. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.03$, $SD = .33$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านกลัวความทรมาน ($M = 3.80$, $SD = .57$) รองลงมาคือ ด้านกลัวความไม่รู้ ($M = 3.32$, $SD = .35$) และด้านกลัวความเดียวดาย ($M = 2.89$, $SD = .70$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายรับรู้ว่า ความตายเป็นเรื่องน่ากลัว เป็นความทุกข์ทรมาน จะทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของปองพล คงสมาน (2560) ได้ศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกลัวความทรมานมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจาก ในการวิจัยนี้เลือกผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งให้การดูแลบุคคลอันเป็นที่รักในวาระสุดท้ายของชีวิต ย่อมต้องการให้ญาติของตนเข้าสู่วาระสุดท้าย โดยปราศจากความทุกข์ทรมาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ทศนคติต่อวาระสุดท้ายของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .363$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปองพล คงสมาน (2560) ซึ่งพบว่า ทศนคติผู้ดูแลต่อความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แสดงว่า สมาชิกในครอบครัวที่รับรู้ความตายเป็นเรื่องน่ากลัว เป็นความทุกข์ทรมานหรือหากผู้ดูแลมีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายของผู้ป่วยไม่ดีก็จะเป็นความวิตกกังวลสูงที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ความเชื่อและความรู้สึกนึกคิดต่อการตายที่ดี จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ ดังนั้น การเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกุญแจสำคัญ (เยวาลักษณ์ คุมขวัญ และปริญสิทธิ์ ไชยวุฒิ, 2559) ในการสร้างทัศนคติทางบวกที่เกี่ยวข้องกับความตายและช่วยให้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายลงได้

ปัจจัยสัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .338$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kejkornkaew et al. (2016) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพที่มีศักยภาพระหว่างญาติผู้ป่วยกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ พบว่า เมื่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีขึ้น จะส่งผลให้ความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลลดลง ซึ่งให้เห็นว่า ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การที่ญาติผู้ป่วยกับผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีความรัก ความเห็นใจ ความผูกพันซึ่งกันและกันมาก ทำให้ญาติรู้สึกกังวลกับสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ไม่ว่าจะเป็นความทุกข์ทรมานหรืออันตรายจากโรค

การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .484$, $p < .01$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคมะเร็งถึงวาระสุดท้าย จะมีอาการแสดงทางร่างกาย เช่น อาการปวด ทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อย จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น สะท้อนให้เห็นได้จากการรับรู้ของญาติผู้ดูแลต่ออาการความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 7.02$, $SD = 2.19$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ World Health Organization (2011) ที่มุ่งเน้นให้ทีมสุขภาพช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะมีเป้าหมายการดูแลที่สำคัญ คือ ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ และเสียชีวิตอย่างสงบ (วาสนี วิเศษฤทธิ์ และจิตรศิริ ชันเงิน, 2549)

การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.71, SD = .55$) อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหนึ่ง จะมีการปรับตัวซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลมีพฤติกรรมและการแสดงความรู้สึกเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อรักษาความสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งนี้อาจเนื่องจาก สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลในการศึกษารั้งนี้ มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งถือเป็นวัยที่มีความพร้อม มีวุฒิภาวะ มีทักษะในการแก้ปัญหา สามารถตัดสินใจ หรือจัดการกับความรู้สึก หรือปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าวัยอื่นๆ ในรายที่เป็นโรคเรื้อรัง ญาติมีโอกาสเตรียมจิตใจและปรับตัวได้มากกว่าจึงแสดงปฏิกิริยาด้านอารมณ์ เมื่อทราบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตไม่รุนแรงมากนัก (เยาวลักษณ์ คุมขวัญ และปรียสลิล ไชยวุฒิ, 2559) สำหรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้น ซึ่งผลการวิจัยพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 5.90, SD = 2.69$) สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในการจัดการกับอาการของผู้ป่วย ดังนั้น จึงควรมีการจัดโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ครอบคลุมทั้งการเสริมสร้างความรู้ ทักษะและการปฏิบัติต่อไป (เพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานัต, และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2558)

3. ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่ร่วมกันทำนายได้สูงสุดคือ การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย รองลงมาคือ ทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ป่วย อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่ทรุดลง จะแสดงอาการความเจ็บปวดทุกข์ทรมานกับอาการของโรคมามากขึ้น และหากผู้ดูแลมีทัศนคติที่เกี่ยวกับความตายไม่ดี ผู้ดูแลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการแสดงทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ เกิดภาวะวิตกกังวลและเครียดสูง การช่วยเหลือในด้านการจัดการอาการของผู้ป่วย และสร้างความเข้าใจกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย จะช่วยลดความวิตกกังวลให้กับญาติผู้ดูแลได้ (ปองพล คงสมาน, 2560) รวมทั้ง การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่เน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้ ข้อมูลการเจ็บป่วย และความช่วยเหลือในการจัดการอาการของผู้ป่วย (พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, และอุไร หัตถกิจ, 2558)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการพยาบาลและสาธารณสุข นำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเน้นการจัดการกับอาการรุนแรงของผู้ป่วยและการเสริมสร้างทัศนคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ควรมีการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการเตรียมผู้ดูแลให้มีความพร้อมในการจัดการกับอาการรุนแรงของผู้ป่วยและการเสริมสร้างทัศนคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งมีการติดตามช่วยเหลือให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยด้านการรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วยและทัศนคติต่อวาระสุดท้ายของผู้ป่วย

2. การวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่สามารถจัดการอาการรุนแรงของผู้ป่วยและมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการเตรียมผู้ดูแลให้สามารถจัดการความวิตกกังวลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2562). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2561*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา มยุระสุวรรณ. (2552). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบโปรแกรมซีพีต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จิราวัฒน์ ชาญสูงเนิน, เพ็ญจันทร์ มณีโชติ, และดวงใจ สวัสดิ์. (2560). ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 10(1), 71-78.
- ณชนก เอียดสุข, ศุภร วงศ์ทัญญู, และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2555). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมอง. *วารสารจิตพยาบาลสาร*, 19(3), 349-364.
- ทศพร แสงศรีจันทร์. (2558). การให้โปรแกรมความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). *Veridian E- Journal, Slipakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 8(3), 572-595.
- ทัตชญา สมประดิษฐ์, และรัชนิกร เกิดโชค. (2558). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 89-102.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

- บุษยามาส ชีวสกุลยง, และลดารัตน์ สาภินันท์. (2557). แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก. ใน บุษยามาส ชีวสกุลยง, อาวีวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ธนินันต์ สิริพันธ์, ชัญญู มาหาพรหม, และปัทมา โกมุทบุตร (บ.ก.), *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง* (น. 35-46). เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปองพล คงสมาน. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อีสรมาลัย, และอุไร หักกิจ. (2558). ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 79-91.
- เพ็ญศิริ มรกต, กิตติกร นิลมานัต, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(2), 33-45.
- มัญญวรรณ ลียุทธานนท์, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, และจริญญา แก้วสกุลทอง. (2560). ความรู้และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทางจิตวิญญาณของพระภิกษุสงฆ์ในเขตภาคใต้ตอนบน. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(3), 266-277.
- เยาวลักษณ์ คุมขวัญ, และปรียาสลิล ไชยวุฒิ. (2559). การเตรียมความพร้อมของญาติเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสมศักดิ์ศรีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(2), 125-138.
- รัชนิกร ใจคำสืบ, และศิริไธษ วรรณวิจิตร. (2562). สุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช*, 11(1), 213-223.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์, และจิตรศิริ ชันเงิน. (2549). การสังเคราะห์สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในบริบทของประเทศไทย. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 7(3), 12-21.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *รายงานประจำปี พ.ศ.2556: รายงานสานพลัง 6. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.*
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Kejkorngkaw, S., Sirapo-ngam, Y., Monkong, S., Junda, T., & Wallhagen, M. I. (2016). A grounded theory study of the quality relationships between family caregivers and persons with head and neck cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(2), 161-173.

World Health Organization. (2011). *WHO definition of palliative care*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2019). *World health statistics overview 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization.

Worldwide Palliative Care Alliance. (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. London: Worldwide Palliative Care Alliance.