

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเครียด ของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน

จิราณวิวัฒน์ ขาญสูงเนิน^{*a}, ธิดารัตน์ สุภานันท์^{*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมการจัดการกับอาการกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง ที่เป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุของผู้ดูแลต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศของผู้ดูแลและระดับความพิการอยู่ในระดับเดียวกัน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการและการดูแลตามปกติ ซึ่งโปรแกรมฯ นี้ได้พัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล 2) การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ 3) การจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้าน และ 4) การประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และแบบประเมินความเครียด ซึ่งมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และสถิติทดสอบที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ 4 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.089$, $p<0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.427$, $p<0.05$)

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการกับอาการ; ผู้ดูแลผู้พิการ; ความเครียด; ที่บ้าน

^{*} อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรีัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^a Corresponding author : จิราณวิวัฒน์ ขาญสูงเนิน Email: jiranuwatth@bcnt.ac.th

รับบทความ: 10 ส.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 21 ส.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 23 ส.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 16 ก.ย. 65

Effectiveness of Symptom Management Program on Stress Reduction among Caregivers of Home Complete Dependent Persons with Disabilities

Jiranuwat Chansungnoen^{*a}, Tidarat Supanunt^{*}

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to compare the effect of symptom management program on stress among caregivers of disabled at home that was 40 qualified cases. 20 cases were the control group, 20 cases were the experiment group by considering on similarity of the caregiver's age, differed 5 years, the gender of the caregivers and the disability level in the same level. The control group received routine care. The experimental group received the symptom management practice program and the usual care. The program was developed based on the symptom management model of Dodd et al. including 4 stages namely 1) symptom experience assessment, 2) the potential development on the symptom management, 3) self-management at home and 4) evaluation. The instruments were demographic data sheet and stress questionnaire. The stress questionnaire was tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of 0.86 Data were analyzed using descriptive statistics dependent t-test and independent t-test. The research result were The stress score of the experimental group after the end of the program 4 weeks less than that before receiving the program with statistical significance ($t=12.089$, $p<0.05$) and The stress score of the experimental group after the end of the program 4 weeks less than the control group with statistical significance ($t=12.427$, $p<0.05$)

Keywords : Symptom management program; Caregivers for persons with disabilities; Stress; At home

^{*} Instructor, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^a Corresponding author : Jiranuwat Chansungnoen Email : jiranuwat@bcnt.ac.th

Received: Aug. 10, 22; Revised: Aug. 21, 22; Accepted: Aug. 23, 22; Published Online: Sep. 16, 22

บทนำ

ผู้พิการเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่นับวันจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากสถิติทั่วโลกพบว่า มีคนพิการมากกว่า 1,000 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 15 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทยพบว่า ในปี 2561 ถึง 2565 มีผู้พิการจำนวน 2,022,481 คน 2,015,385 คน 2,076,313 คน 2,102,384 คน และ 2,116,751 คน ตามลำดับ ร้อยละ 3.05 ร้อยละ 2.89 ร้อยละ 3.12 ร้อยละ 3.18 และร้อยละ 3.20 ของประชากรทั้งประเทศ โดยประเภทความพิการที่มากที่สุด คือ ความพิการทางกาย หรือการเคลื่อนไหว ร้อยละ 49.65 49.39 49.73 50.17 และ 50.43 ตามลำดับ⁽²⁾ ในจังหวัดตรังมีผู้พิการรวมทุกประเภทจำนวน 19,542 คน ในจำนวนนี้มีผู้พิการด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว จำนวน 10,734 คน ร้อยละ 54.92 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการบาดเจ็บศีรษะ ปัญหาของหลอดเลือดสมอง การได้รับอุบัติเหตุ บริเวณไขสันหลัง สมองพิการแต่กำเนิด ฯลฯ เป็นต้น⁽³⁾ ผู้พิการกลุ่มนี้จะมีควมบกพร่องด้านร่างกาย เช่น อาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง สูญเสียความสามารถในการทรงตัว⁽⁴⁾ และทางด้านการจิตใจ เช่น มีความบกพร่องทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม^(4,5) ทำให้มีการสูญเสียความสามารถในระดับรุนแรง นอนอยู่แต่บนเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตรประจำวัน หรือต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด (The Modified Rankin Scale ระดับ 5)⁽³⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวต้องมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน^(6,7) ต้องมารับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยนั้น เป็นบทบาทที่ไม่ได้คาดหวังมาก่อน^(6,8) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ให้การดูแลโดยลำพัง โดยให้การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และยังส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 40 ในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย^(9,10) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญตา บุญวาศ, อิศารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี และนิมิตศุรา แว⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียงที่บ้านอยู่ในระดับสูง และความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียง ในจังหวัดตรัง ได้แก่ ต้องการความรู้ คำแนะนำในการดูแลผู้พิการ เป็นต้น ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลผู้พิการเกิดความเครียด โดยเฉพาะความเครียดในระดับสูงนั้น จะทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ปากแห้ง ร่างกายทรุดโทรม ท้องผูก นอนไม่หลับ ใจสั่น กระสับกระส่าย ความดันโลหิตสูง หงุดหงิดง่าย ตกใจง่าย หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ การทำงานผิดพลาด การตัดสินใจไม่ดี การเรียนรู้และความทรงจำลดลง อีกทั้งความพิการของผู้ป่วยการเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นระยะเวลานาน ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าผลที่ตามมานั้นจะทำให้ผู้พิการสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้เพียงใด ผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับความขัดแย้ง ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักเกินความสามารถของตนเองที่จะกระทำได้และอาจนำมาซึ่งการทอดทิ้งผู้ป่วยได้ในที่สุด⁽¹¹⁻¹³⁾ ในภาวะเช่นนี้ผู้ดูแลจึงต้องการการพยาบาล

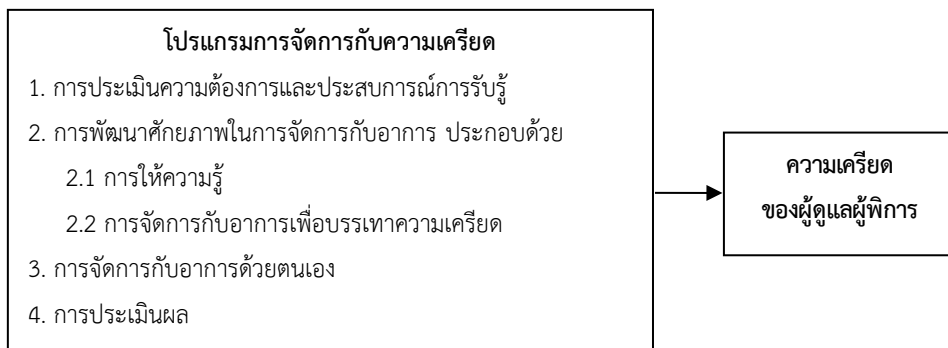
เพื่อลดอาการดังกล่าว⁽¹⁴⁾ ดังนั้นดูแลผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถให้การดูแลผู้พิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการกับอาการเป็นการควบคุมอาการ การลดอาการ หรือป้องกันการเกิดอาการ ถือเป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของพยาบาลตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์⁽¹⁵⁾ บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะช่วยลดอัตราของการเจ็บป่วย การจัดการกับอาการต้องมุ่งเน้นการปรับประสบการณ์ คือ ปรับการรับรู้ การประเมินและตอบสนองต่ออาการ และปรับกลวิธีในการจัดการกับอาการให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้อาการรุนแรงลดลง หรือป้องกันการเกิดอาการ⁽¹⁶⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นผู้ดูแลมีการดูแลตนเองเพื่อจัดการความเครียดตามความเชื่อหรือประสบการณ์เดิมที่เกิดขึ้นในอดีตหรือจากคำแนะนำของบุคคลอื่นมาใช้จัดการกับอาการของตน และพบว่าวิธีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเลือกใช้ส่วนใหญ่ คือ พฤติกรรมที่แสดงออกทางอารมณ์หรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อปัญหา โดยการการจัดการกับอารมณ์ที่เลือกใช้กันมากที่สุด คือ กังวลใจ เตรียมพร้อมรับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น คิดไปต่างๆ นานา รู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวายใจ เพื่อเป็นการลดความเครียด⁽¹⁷⁾ แต่กลวิธีในการดูแลตนเองดังกล่าว ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการบรรเทาความเครียดได้ทั้งหมด ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเครียด รวมถึงการเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ข้อมูล ความรู้ และกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียดเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ⁽¹⁶⁾ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้พิการมีความรู้ความเข้าใจตามสาเหตุของอาการและการดูแลตนเองในการจัดการกับอาการ ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล และมีกลวิธีเป็นแนวทางในการบรรเทาอาการได้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความสงบและผ่อนคลายมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ⁽¹⁶⁾ มาสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้านภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้านหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้านกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง ญาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้พิการที่บ้าน ในจังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง ญาติ ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้พิการติดเตียงที่บ้าน ในเขตจังหวัดตรัง จำนวน 40 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแลตามเกณฑ์ ดังนี้ สามารถติดต่อสื่อสารอ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ เป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง เป็นผู้ดูแลหลักทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้พิการที่บ้าน ซึ่งไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน เป็นผู้ดูแลผู้พิการที่ติดเตียง ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน แต่ละกลุ่มไม่ควรน้อยกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลงทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด⁽¹⁸⁾ โดยการศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้ ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้พิการที่เทศบาล อบต.

ต่างๆ และพบผู้ดูแลผู้พิการ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจัดเข้ากลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุของผู้ดูแลต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศของผู้ดูแล และระดับความพิการของผู้พิการอยู่ในระดับรุนแรง ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้พิการแต่ละคนและบันทึกลักษณะของตัวแปรควบคุมของผู้ดูแลผู้พิการ หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกและดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองโดยอาศัยความคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์การจับคู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้พิการ ลักษณะคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ และระดับความพิการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังที่ได้รับอนุญาตจากผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านแล้ว โดยรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และประเมินจากผู้ป่วย ทั้งนี้ระดับความพิการ ประเมินจากตามแบบประเมินดัชนี Barthel ADL index (Barthel activity of daily living index)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล มีลักษณะคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวนทั้งหมด 13 ข้อ และแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย 13 ข้อ คำถาม โดยลักษณะการให้คะแนน ถ้าตอบว่า "ใช่" หมายถึง 1 คะแนน และตอบว่า "ไม่" หมายถึง 0 คะแนน การประเมินระดับความเครียดมีคะแนนตั้งแต่ 0-13 คะแนน โดย Robinson⁽¹⁹⁾ แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ	ความหมาย
≤ 2	ผู้ดูแลผู้พิการมีภาวะความตึงเครียดระดับต่ำ
3 - 7	ผู้ดูแลผู้พิการมีภาวะความตึงเครียดระดับปานกลาง
> 7	ผู้ดูแลผู้พิการมีภาวะความตึงเครียดระดับสูง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียด เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ การให้ความรู้และการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียด ขั้นตอนที่ 3 การจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้าน และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบบันทึกการจัดการกับอาการที่บ้าน ให้ผู้ดูแลบันทึกทุกครั้ง ที่ปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยสร้างไว้ในส่วนท้ายของคู่มือ โดยบันทึกวัน เดือน ปี ท่าที่ใช้ในการฝึกและระยะเวลา ในการฝึก โดยผลที่วิเคราะห์ได้จะนำไปเป็นส่วนของการอภิปรายผลการทดลอง

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือกำกับการทดลอง

5.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง ตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบ ความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา ความสอดคล้องและความเหมาะสมระหว่างสื่อที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากนั้นคำนวณหา ดัชนีความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับแก้ให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิ เท่ากับ 1

5.2 การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน ที่มีคุณสมบัติลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บราก (Cronbach's alpha coefficient) และนำเครื่องมือที่ใช้ ในการทดลองที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ระยะเวลาที่ใช้กับผู้ดูแลผู้พิการ ติดเตียงที่บ้านแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม ซึ่งแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล ผู้พิการติดเตียงที่บ้านมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณา จริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรีง โดยมีขั้นตอน การดำเนินการ ดังนี้

1. คณะผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรีง ถึงนายกองค์การ บริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อพบกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในชุมชนในจังหวัดตรัง โดยสำรวจรายชื่อผู้พิการ จากองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพบผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน เฉพาะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจัดผู้ดูแล ผู้พิการติดเตียงที่บ้านเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3. ดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับดูแลตามมาตรฐานปกติจากพยาบาลชุมชน และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติและได้รับโปรแกรมฯ
4. ประเมินความเครียดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ของทั้งสองกลุ่ม
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน โดยสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวหลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เลขที่รับรอง 15/2562 เรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้เพื่อเป็นการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการดำเนินการวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการตอบรับหรือการปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนการวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านก่อนและหลัง การทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบสองกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านก่อนและ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ผู้พิการกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 60 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 และมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้พิการเป็นกลุ่มติดเตียง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 46-60 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35.00 และมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้พิการเป็นกลุ่มติดเตียง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.00 มีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.00 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 45.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา และ ปวช./อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 35.00 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.00 ทั้งหมดไม่มีกิจกรรมผ่อนคลาย คิดเป็นร้อยละ 100.00 ทั้งหมดไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ไม่มีภาระที่จะต้องให้การดูแลอื่นนอกจากผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลที่บ้าน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 55.00 และส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.00 มีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.00 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 35.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 65.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.00 ทั้งหมดไม่มีกิจกรรมผ่อนคลาย คิดเป็นร้อยละ 100.00 ทั้งหมดไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ไม่มีภาระที่จะต้องให้การดูแลอื่นนอกจากผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลที่บ้าน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 40.00 และส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 55.00

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเท่ากับ 7.900 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ เท่ากับ 8.950 ซึ่งอยู่ในระดับสูง ดังตาราง 1 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 8.100 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ เท่ากับ 4.650 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=20)

ความเครียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
กลุ่มควบคุม	7.900	1.333	8.950	1.234
กลุ่มทดลอง	8.100	1.210	4.650	0.933

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านของกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ (n=20)

ความเครียด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มควบคุม	7.900	1.333	8.950	1.234	19	6.842
กลุ่มทดลอง	8.100	1.210	4.650	0.933	19	12.089

p<0.05

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.900 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และกลุ่มทดลองเท่ากับ 8.100 ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน ไม่แตกต่าง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง
ที่บ้าน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

ความเครียด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	7.900	1.333	8.100	1.210	38	0.497

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.950 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.650 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า

กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน หลังการทดลอง 4 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

ความเครียด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	8.950	1.234	4.650	0.933	38	12.427

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้านหลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้านกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน

สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน เป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ⁽¹⁶⁾ ซึ่งมีแนวคิดว่าการจัดการกับอาการต้องมุ่งขจัดสาเหตุของอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน และนำทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงก มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านมีความรู้และทักษะในการจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง และเกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล เป็นการส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้พิการ และดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดนเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง เป็นการสร้างความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น จากนั้นประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเครียด โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์การรับรู้และการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ดูแลเอง จากนั้นผู้วิจัยเริ่มปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้เกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล ให้มีการรับรู้ตรงตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเครียด

ตามสาเหตุที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียด ในเรื่องของความเครียด สาเหตุ ผลกระทบของความเครียด การบรรเทาความเครียด ให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติ และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการบริหารกายจิตด้วยซิงก์ โดยปฏิบัติเป็นรายบุคคลจนกว่าผู้ดูแลจะสามารถปฏิบัติได้และเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับการให้คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียด หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลทบทวนต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งนี้วิธีการดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและรับรู้ถึงสาเหตุของการเกิดอาการได้ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งมีทักษะที่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากนั้นประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียดไปใช้ว่าได้ผลเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย ร่วมกับประเมินว่าผู้ดูแลปฏิบัติได้ผลอย่างไรและสม่ำเสมอหรือไม่

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.950 ซึ่งอยู่ในระดับสูง และกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.650 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เห็นได้ว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดเพิ่มมากขึ้น ส่วนกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนความเครียดลดลงเรื่อย ๆ อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด ประกอบกับสุขภาพของผู้พิการที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีอาการไม่ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดตามมา ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ กรกฎ สุวรรณอัครเศษ⁽²⁰⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ขบา เรียนรมย์⁽²¹⁾ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวซิงก์ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม

การจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซิงก์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.12, p < 0.05$) ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการสามารถบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านได้ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดการใช้กลวิธีในการจัดการกับความเครียด

โดยคำนึงถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล ตามกล่าวไว้ในแบบจำลองการจัดการกับอาการร่วมกับการฝึกปฏิบัติการบริหารกายจิตด้วยสิ่งที่เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตัวเอง โดยมีพยาบาลสนับสนุนและเติมเต็มส่วนที่ขาด สอดคล้องกับการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถบรรเทาความเครียดลงได้ ทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำรงบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการเยี่ยมบ้านให้มีความเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ดูแลนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการบรรเทาความเครียดของตนเองที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการดำรงบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. ด้านการบริการพยาบาล ส่งเสริมให้มีการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านให้กับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขได้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญ เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญให้กับผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านต่อไป

3. ด้านการศึกษาวิจัย ส่งเสริมการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยการนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัยทางการพยาบาลที่เป็นรูปแบบการดูแล โดยสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่นๆ ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านในระยะเวลาที่นานขึ้น เพื่อผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านมีระดับของความเครียดลดลงมากขึ้นต่อไป

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการเพื่อใช้ในการบำบัดกลุ่มอาการอื่นๆ ของผู้ดูแลและผู้พิการติดเตียงที่บ้าน หรือกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ในระยะพักฟื้นหรือระยะเรื้อรัง

3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการหรือโปรแกรมอื่นๆ เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Disability and health. [Internet]. 2018 [cited 2022 May 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
2. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ด้านคนพิการ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: <https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation>
3. ชื่นชม ชื่นลือชา. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ธรรมชาติเวชสาร. 2555; 12(1):97-110.
4. สงวนสิน รัตนเลิศ. บาดเจ็บที่ศีรษะการดูแลตามระบบคุณภาพ HA. กรุงเทพฯ: โอเอส พรินติ้งเฮาส์; 2546.
5. พาริตา อิบราฮิม. ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2542.
6. Marsh NV, Kersel DA, Havill JH, Sleigh JW. Caregiver burden during the year following severe traumatic brain injury. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 2002;24(4):434-47.
7. จิราวัฒน์ ขาญสูงเนิน, เพ็ญจันทร์ มณีโชติ, ดวงใจ สวัสดิ์. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 2560;10(1):71-8.
8. Hickey JV. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. 5th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1992
9. Kreutzer JS, Marwitz JH, Kepler K. Traumatic brain injury: family response and outcome. Arch Phys Med Rehabil 1992;73(8):771-7.
10. Bond AE, Draeger CR, Mandleco B, Donnelly M. Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury. Implications for evidence-based practice. Crit Care Nurse. 2003;23(4):63-72.
11. ขวัญตา บุญวาศ, จิตารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, นิมิตต์ตรา แว. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;4(1):205-16.
12. สุดาสินี สุทธิฤทธิ์, อรณัส ยวงทอง, วราภา จันทร์เอียด, สุวรรณิ นิยมจิตร. ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2564;35(2):1-12.

13. Pasquali EA. Humor: preventive therapy for family caregivers. *Home Healthc Nurse*. 1991;9(3):13-7. doi:10.1097/00004045-199105000-00008
14. Carey PJ, Oberst MT, McCubbin MA, Hughes SH. Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*. 1991;18(8):1341-8.
15. สุรีพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, รุ่งระวี นาวิเจริญ. เอกสารคำสอนการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง 2. เอกสารอัดสำเนา: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552
16. Dodd M, Janson S, Facione N, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):668-76. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
17. ดารารัตน์ ปานดี. ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.
18. Burn N, Grove SK. *Nursing research*. 5th ed. U.S.A.: W.B. Saunders; 2005.
19. Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol*. 1983;38(3):344-8. doi:10.1093/geronj/38.3.344
20. กรกฎ สุวรรณอัครเดชา. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกันต่อความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
21. ขบา เรียนมัย. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งกันต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.