

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย

มลฤดี เกษเพชร* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

สุปรีดา มั่นคง** Ph.D. (Gerontological Nursing)

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม*** D.S.N. (Adult Health Nursing)

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังของมิลเลอร์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย ที่มารับการรักษาที่หน่วยผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2554-มีนาคม พ.ศ. 2555 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 28 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองคือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบวัดการรับรู้ความผาสุกทางใจ และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลัง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติบรรยาย การทดสอบวิลคอกซัน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการ ส่งเสริมความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตแก่ญาติผู้ดูแล และช่วยพัฒนาการบริการสุขภาพให้มี คุณภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลัง ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย ความผาสุกทางใจ
คุณภาพชีวิต

*พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,
E-mail: supreda.mon@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย**

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะในภาวะที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เมื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันดีขึ้นผู้ป่วยต้องกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้านโดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล ดังนั้นจำนวนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจึงมีจำนวนมากขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแล และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไปอีก 50 ปีข้างหน้า (Hileman, 1992) ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนอกจากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ต้องรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความแตกต่างจากบุคคลอื่นเนื่องจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง พยาธิสภาพของโรคมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย ควบคุมได้ยาก มีโอกาสเกิดซ้ำ อีกทั้งในกรณีที่ภาวะของโรคไม่สามารถควบคุมได้ด้วยการผ่าตัด จำเป็นต้องรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา หรือใช้หลายวิธีร่วมกัน ผู้ป่วยจะประสบกับอาการข้างเคียงต่างๆ ของการรักษาาร่วมด้วย ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้น้อยลง มีความต้องการการดูแลมากขึ้น นำไปสู่กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องทำเพื่อการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Horowitz, 1985 อ้างใน ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

ภาระงานที่หลากหลายที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะแพร่กระจายส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเนื่องจากการเป็นภาระงานใหม่ที่เพิ่มขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องดำรงบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน จากการศึกษาของซูลซ์และบีช (Schulz & Beach, 1999) พบว่าญาติผู้ดูแลมีความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจมากกว่าบุคคลทั่วไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ บรุนและคณะ (Braun, Mikulincer, Rydall, Walsh,

& Rodin, 2007) พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแคนาดาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 89 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าและรับรู้ถึงภาวะความเครียดมากขึ้นตามอาการที่มากขึ้นของผู้ป่วย และมีปัญหาในการทำงาน การถูกเลิกจ้าง และค่าใช้จ่ายในการรักษา (Grunfeld et al., 2004)

การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายและคู่สมรสในประเทศจีนจำนวน 121 คู่ พบว่า คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของคู่สมรสทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และด้านการเงิน การที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลงจึงมีผลต่อคู่สมรสด้วยเช่นกัน (Chen, Chu, & Chen, 2004) นอกจากนี้มีการศึกษาความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม 49 ราย และญาติผู้ดูแลหลักของชายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก 47 ราย พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลมีความแตกต่างกับคะแนนคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลสูงกว่าบุคคลทั่วไป และพบภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงมากกว่าบุคคลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Groß, Dahl, Moum, & Fossa, 2005) จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าการทำหน้าที่ญาติผู้ดูแลนำมาซึ่งภาระที่ต้องรับผิดชอบก่อให้เกิดการสูญเสียพลัง ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังกับความผาสุกทางใจ และคุณภาพชีวิต โดยมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น การศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังและคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กพิการพบว่า การได้รับการเสริมสร้างพลังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ

ญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Eo & Kim, 2009) ส่วนฟอร์เลนีและคณะ (Forlani, Zannoni, Tarrini, Melchionda, & Marchesini, 2006) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังด้านความรู้ในการเพิ่มความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการเสริมสร้างพลังทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุของไต้หวันที่พักอยู่ประจำในบ้านพักคนชราจำนวน 102 ราย พบว่า การเสริมสร้างพลังความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Tu, Wang, & Yea, 2006) และการศึกษาของสัมพันธ มณีรัตน์ (2546) เรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนเท่ากัน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทหลังการศึกษาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ร่วมกับประสบการณ์ในการทำงานของผู้วิจัยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ซึ่งดูแลผู้ป่วยหญิงทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในหอผู้ป่วย ทำให้ผู้วิจัยได้เห็นถึงการแสดงออกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจาย เช่น มีความวิตกกังวล ความโศกเศร้า ความเหนื่อยล้า และแบบแผนชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปเพื่อปรับตัวเข้ากับบทบาทญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลจึงเปรียบเสมือนผู้ป่วยที่ซ่อนเร้น (hidden patients) และยังไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม การเสริมสร้างพลังจึง

มีความสำคัญสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดในการเสริมสร้างพลังมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย เพื่อเพิ่มความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลัง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย

สมมติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ บูรณาการจากกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังของมิลเลอร์ (Miller, 1992) ที่กล่าวถึงแหล่งพลัง (power resources) 7 แหล่ง ประกอบด้วย 1) ความเข้มแข็งทางร่างกาย (physical strength) 2) ความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม (psychological stamina and social support) 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (positive self-concept) 4)

**ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย**

พลังงาน (energy) 5) ความรู้และการเข้าใจการเจ็บป่วย (knowledge and insight) 6) แรงจูงใจ (motivation) และ 7) ระบบความเชื่อ (belief system) ซึ่งดาร์ณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังมาพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแหล่งพลังในผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทสังคมไทย โดยมีกระบวนการเสริมสร้างพลัง 6 ขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ในการศึกษาครั้งนี้กับกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายคือ 1) การสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลและญาติผู้ดูแล 2) การค้นหาสภาพจริงของญาติผู้ดูแล 3) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ทักษะและแหล่งทรัพยากร 5) การดำเนินการด้วยตนเอง และ 6) การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับตนเองของญาติผู้ดูแล โดยโปรแกรมที่สร้างขึ้นเป็นการจัดการเพื่อคงไว้และเสริมสร้างแหล่งพลังของญาติผู้ดูแล เพื่อช่วยเพิ่มความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำแนวคิดในการเสริมสร้างพลังมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกหลังการเสริมสร้างพลัง เช่น การศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2540) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลการเสริมสร้างพลังในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมอาการหายใจลำบากและในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง รัชนิพร คนชุม (2547) ศึกษาถึงผลการเสริมสร้างพลังต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 38 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัว

ด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ศรีรัตน์ คุ่มสัน (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 ราย พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดทุกช่วงเวลาต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนศศิมา วัฒนา (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังต่อพฤติกรรมการดูแลและการรับรู้พลังของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งได้รับการรักษาที่คลินิกโรคปอดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยนาท จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการรับรู้พลังดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังและดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงผลที่เกิดจากการเสริมสร้างพลัง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวกต่อกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลัง ผู้วิจัยจึงประยุกต์การเสริมสร้างพลังมาใช้ในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลัง 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลและญาติผู้ดูแล 2) การค้นหาสภาพจริงของญาติผู้ดูแล 3) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4) การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ทักษะและแหล่งทรัพยากร 5) การดำเนินการด้วยตนเอง และ 6) การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับตนเองของญาติ

ผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายมีพลังในการดูแลตนเองและผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest posttest design) กลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะแพร่กระจายที่มารับการรักษากับผู้ป่วยนอกของแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2554 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 28 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลัก 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ โดยใช้แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน 3) ให้การดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน 4) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย ไอแซคส์และอัคห์ตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972) เพื่อทดสอบความสามารถในการรับรู้ โดยให้ญาติผู้ดูแลเขียนชื่อของสี สัตว์ ผลไม้ จังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้ เท่ากับ 0-40 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองคือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย ผู้วิจัยประยุกต์จากกระบวนการเสริมสร้างพลังของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย ซึ่งดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนินันท์ (2545) ได้พัฒนาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังของมิลเลอร์ (Miller, 1992) ผู้วิจัยนำมาใช้ในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจาย โดยมีกระบวนการเสริมสร้างพลัง 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลและญาติผู้ดูแล โดยการขอความร่วมมือจากญาติผู้ดูแล ให้ข้อมูลรายละเอียดในการศึกษา ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลสอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม 2) การค้นหาสภาพจริงของญาติผู้ดูแล โดยผู้วิจัยและญาติผู้ดูแลร่วมประเมินปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ให้ญาติผู้ดูแลทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติและแสดงความรู้สึกต่อสิ่งที่ปฏิบัติ 3) การสะท้อนคิดอย่างมีวิถรณ์ญาณ ผู้วิจัยและญาติผู้ดูแลร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลคิดทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาความคิดและการตัดสินใจจัดการกับปัญหาตามสาเหตุของปัญหาได้ด้วยตนเอง 4) การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ทักษะ เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของญาติผู้ดูแล วิธีการเสริมสร้างพลัง เพื่อช่วยในการดูแลตนเองและผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยมอบคู่มือการเสริมสร้างพลังแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลไว้อ่านทบทวน 5) การดำเนินการด้วยตนเอง โดยให้ญาติผู้ดูแลดำเนินการแก้ปัญหาที่พบจากการดูแลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 2 สัปดาห์ติดต่อกัน และ 6) การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับตนเองของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมทั้งหมด 5 สัปดาห์ โปรแกรมและคู่มือการเสริมสร้างพลังแก่ญาติผู้ดูแลได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม และภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้ความผาสุกทางใจ และแบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาที่ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแล บุคคลที่ช่วยในการดูแลที่บ้าน และภาวะสุขภาพ ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย อวัยวะที่มีการแพร่กระจายของโรค และค่าใช้จ่ายในการรักษา

3.2 แบบวัดการรับรู้ความผาสุกทางใจ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่แปลมาจากแบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไปของดุกาย (Duppy, 1977 as cited in McDowell & Newell, 1996) โดย สมจิต หนูเจริญกุล, ประครอง อินทรสมบัติ, และพรพรรณดี พุฒวันนะ (2532) มีจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ (0-5 คะแนน) ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงจาก 0-10 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-110 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ความผาสุกทางใจสูงในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำมาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

3.3 แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ซึ่งสุพัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา

พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณีพรมานะจิรังกุล (2541) พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยเลือกคำถาม 1 ข้อจากแต่ละหมวดใน 24 หมวด แบ่งเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย (physical domain) จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ (psychological domain) จำนวน 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) จำนวน 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) จำนวน 8 ข้อ และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 26-130 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีคุณภาพชีวิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำมาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2554/201 และได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียนและข้อมูลจากผู้ป่วยปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างในครั้งแรก ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือออกจากกรวิจัย ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนาม รับทราบว่าข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แก่ญาติผู้ดูแล เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมกับแจกเอกสารคำอธิบายโครงการ และเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและเกิดความไว้วางใจ

2. เมื่อญาติผู้ดูแลยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นเชิญญาติผู้ดูแลมายังสถานที่ที่เตรียมไว้ ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามแต่ละชุดอย่างละเอียดทั้งส่วนของข้อมูลทั่วไป แบบวัดการรับรู้ความพึงพอใจ และแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI หลังจากญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

3. หลังจากญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยและญาติผู้ดูแลร่วมกันประเมินปัญหาของญาติผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย โดยให้ญาติผู้ดูแลทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติ แสดงความรู้สึกต่อสิ่งที่ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยตั้งคำถามให้ผู้ดูแลตอบ และถามเจาะลึกในแต่ละกิจกรรมที่ปฏิบัติ เพื่อประเมินทัศนคติของญาติผู้ดูแลต่อการรับภาระในการดูแลผู้ป่วย และภาวะสุขภาพของตนเอง ผู้วิจัยกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อการตัดสินใจ และจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

4. ผู้วิจัยและญาติผู้ดูแลร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่ได้เรียงลำดับความสำคัญแล้ว โดยญาติผู้ดูแลเป็นหลักในการวางแผนแก้ปัญหาด้วยตนเองโดยมีผู้วิจัยให้คำแนะนำ สนับสนุนและให้ข้อมูลเพิ่มเติม

5. ผู้วิจัยสรุปและทบทวนประเด็นสำคัญที่ได้พูดคุยกัน และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลซักถามเพิ่มเติม และนัดหมายในการพบกันครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2

1. ผู้วิจัยพบญาติผู้ดูแลตามเวลาที่นัดหมาย ร่วมกันทบทวนปัญหา แนวทางการแก้ปัญหา และประเด็นสำคัญจากการคุยกันครั้งก่อนอีกครั้ง

2. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลในการดูแลตนเองตามคู่มือเสริมสร้างพลังสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับความสำคัญและบทบาทญาติผู้ดูแล ความสำคัญในการเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแล แหล่งพลังของญาติผู้ดูแล และวิธีการเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย

3. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ ความเข้าใจแก่ญาติผู้ดูแลหลังจากที่ได้ให้คำแนะนำ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย เพื่อไว้ทบทวนความรู้

สัปดาห์ที่ 3-4

ญาติผู้ดูแลดำเนินการดูแลตนเองและผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่พบจากการดูแลด้วยตนเองตามแนวทางที่ได้วางไว้ โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อสอบถามปัญหาที่พบวิธีการแก้ปัญหา พร้อมทั้งเสริมสร้างพลังโดยการให้กำลังใจ ให้ข้อมูล ความรู้ กระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลเห็นคุณค่าและความสำคัญของตนเอง

สัปดาห์ที่ 5

1. ผู้วิจัยพบญาติผู้ดูแลตามเวลาที่นัดหมาย
2. ผู้วิจัยและญาติผู้ดูแลร่วมกันสรุปปัญหาระหว่างการดูแลในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา วิธีการที่ญาติเลือกใช้เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก ความคับข้องใจในการดูแลผู้ป่วย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย

3. ผู้วิจัยรับฟังและแสดงให้เห็นว่าเข้าใจความรู้สึกของญาติผู้ดูแล ซึ่งชมในส่วนที่ญาติผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ให้ข้อเสนอแนะในส่วนที่ญาติยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ รวมทั้งเสริมสร้างพลังแก่ญาติผู้ดูแล โดยชี้ให้เห็นข้อดีของการเป็นญาติผู้ดูแล ซึ่งให้เห็นความสำคัญและควมมีคุณค่าในตนเอง ให้ความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา และย้ำถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย

4. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณญาติผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งให้กำลังใจ ต่อจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งโดยใช้แบบวัดความผาสุกทางใจ และแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI

หมายเหตุ ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยดูแลผู้ป่วยที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกตลยกรรม ขณะที่ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 เพื่ออำนวยความสะดวกและลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลในระหว่างการให้ข้อมูลและการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลัง และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรม

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจายทั้งหมดจำนวน 28 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.1 มีอายุระหว่าง 22-60 ปี อายุเฉลี่ย 39.68 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 57.1 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.7 รองลงมาจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 14.3 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง และอาชีพอื่น ๆ เช่น พนักงานบริษัท เท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 14.3 รายได้เฉลี่ยของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.3 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความ

สัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 64.3 และมีบุคคลอื่นในครอบครัวที่ต้องดูแล คิดเป็นร้อยละ 64.3 มีบุคคลที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 71.4 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 60.7 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 21.64 เดือน ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 6.35 ชั่วโมงต่อวัน

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 59 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม 43.96 เดือน ส่วนใหญ่มีการกระจายของโรคไปยังตับคิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมาคือ ปอด คิดเป็นร้อยละ 17.9 การรักษาที่ได้รับคือการผ่าตัด ร่วมกับการให้เคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ การรักษาร่วมกันโดยการผ่าตัด เคมีบำบัด และการให้รังสีรักษา คิดเป็นร้อยละ 21.4 ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจในการรักษาใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 46.4 และ 42.9 ตามลำดับ

ความผาสุกทางใจ ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความผาสุกทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายก่อน (M=70.40, SD=13.77) และหลังเข้ารับโปรแกรมเสริมสร้างพลัง (M=83.17, SD = 9.23) ด้วยสถิติที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความผาสุกทางใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.54, p < .001$)

คุณภาพชีวิต ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.98, p < .001$) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายมีค่า

เฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.78, p < .001$) เนื่องจากข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมมีการกระจายข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test ทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และ

หมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.651, p < .001$; $Z = -4.293, p < .001$; $Z = -2.583, p = .005$; $Z = -3.626, p < .001$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้าน และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลัง (N = 28)

คะแนนคุณภาพชีวิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		ค่าสถิติ	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
โดยรวม	92.14	10.64	101.71	7.37	$t = -8.98$	$< .001$
ด้านร่างกาย	26.14	3.31	29.39	1.47	$Z = -4.65$	$< .001$
ด้านจิตใจ	21.75	3.66	24.68	2.18	$Z = -4.29$	$< .001$
ด้านสังคม	9.93	2.14	10.79	1.95	$Z = -2.53$	.002
ด้านสิ่งแวดล้อม	27.43	3.36	28.93	2.98	$t = -6.78$	$< .001$
หมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพชีวิตโดยรวม	6.89	1.22	7.93	0.77	$Z = -3.63$	$< .001$

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจายจำนวน 28 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.1 สอดคล้องกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลในประเทศไทยที่ผ่านมา (ชนัญญา กาสินพิลา, 2550; ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541; บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วัฒนรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช, วัฒนา น้ำเพชร, และภัสพร ขำวิชา, 2539) อาจเนื่องจากลักษณะของสังคมวัฒนธรรมไทย

เพศหญิงได้รับการอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลบ้านและถูกคาดหวังจากสังคมให้เป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย ส่วนความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรคิดเป็นร้อยละ 64.3 สอดคล้องกับการศึกษาของบุญมาศ จันศิริมงคล (2550) ซึ่งจากลักษณะสังคมวัฒนธรรมไทยให้ความสำคัญกับการดูแลบิดามารดา เป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องตอบแทนบุญคุณบิดามารดา ดูแลเมื่อท่านเจ็บป่วย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อายุเฉลี่ย 39.68 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะและอยู่ในวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของวารุณี พลิกบัว (2548) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ญาติผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 43.50 ปี แตกต่างจากการศึกษาของบุญมาศ จันศิริมงคล (2550) ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 58.91 เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยพบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 21.64 เดือน และใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 6.46 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งกล่าวได้ว่าญาติผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยมาระยะหนึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระยะเวลาในการดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลนานจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลสูงกว่าญาติผู้ดูแลในระยะเวลาสั้น (Gaynor, 1990) และพบว่ายี่สิบระยะเวลาในการดูแลนาน ยังมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล (Montgomery et al., 1985 อ้างใน ชนัญญา กาสินพิลา, 2550)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 59 ปี ซึ่งจากข้อมูลเกี่ยวกับสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นตามอายุพบมากในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป จากสถิติของ The American Cancer Society (2012) พบว่าผู้ป่วยในช่วงอายุ 40-59 ปี มีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมในทุกๆปีเป็น 1:27 การศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยมีระยะเวลาเฉลี่ยที่เจ็บป่วย 43.96 เดือน โดยมีการกระจายของโรคไปยังตับและปอดในปริมาณใกล้เคียงกัน การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดร่วมกับให้เคมีบำบัด สำหรับสิทธิในการรักษาส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิเบิกค่าใช้จ่ายได้จากประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ซึ่งมีส่วนช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลบุคคลอื่นอีกนอกเหนือจากผู้ป่วย เช่น การดูแลบุตรหลาน

การดูแลงานบ้าน ร่วมกับต้องทำงานนอกบ้าน แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลต้องดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยทำงานและมีครอบครัวของตนเองที่ต้องรับผิดชอบด้วย อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 71.4 มีผู้ดูแลรองช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของบุญมาศ จันศิริมงคล (2550) ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งตามลักษณะของสังคมไทย ลักษณะของครอบครัวมีทั้งแบบครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย ในกลุ่มครอบครัวที่มีสมาชิกมาก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็จะช่วยกันดูแลได้มากกว่าครอบครัวเดี่ยว ทำให้ญาติผู้ดูแลหลักมีเวลาดูแลตนเองมากขึ้น และญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ระบุว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญมาศ จันศิริมงคล (2550) ซึ่งพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ ระบุว่าตนเองมีภาวะสุขภาพปานกลางถึงดี ซึ่งภาวะสุขภาพมีผลต่อการเข้ารับบทบาทญาติผู้ดูแล เนื่องจากญาติผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความรู้สึกว่าเป็นภาระคุกคามมากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพดี (Oberst, Thomas, Gass, & Ward, 1989)

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีสถานภาพสมรสคู่ ทำงานนอกบ้าน ดังนั้น ผู้ที่เข้ามารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบทั้งงานนอกบ้านและงานในบ้าน รวมทั้งต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นด้วย จากภาระงานที่มากขึ้น ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ เครียด เบื่อหน่าย มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้ความผาสุกทางใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายสูงขึ้น

จากการดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายตามกระบวนการเสริมสร้างพลังทั้ง 6 ขั้นตอน ช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถ มีพลังในการจัดการและใช้วิธีการที่เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงในการดูแลตนเองและผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การติดตามและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ที่มีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นถึงข้อดีของการเข้ารับบทบาทญาติผู้ดูแล และเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความผาสุกทางใจสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมร่วมกับการที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ซึ่งตามลักษณะสังคมไทยการดูแลบิดามารดา เป็นการตอบแทนบุญคุณและเป็นวัฒนธรรมที่ดี ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความผาสุกทางใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาสูง ซึ่งการศึกษาที่ดีมีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีการเรียนรู้ จัดการอย่างเป็นระบบ สามารถนำความรู้และวิธีการที่ผู้วิจัยได้แนะนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและผู้ป่วย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพดีและมีผู้ดูแลรองช่วยในการแบ่งเบาภาระการดูแล

ญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพชีวิตโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลัง มีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองและเสริมสร้างพลังให้กับตนเอง เพื่อปรับตัวเข้ากับบทบาทญาติผู้ดูแลและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับตนเองเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาอื่นๆ ได้ ร่วมกับผู้วิจัยกระตุ้น ให้ความเชื่อมั่น ชี้ให้เห็นข้อดีและความสำคัญของการเป็นญาติผู้ดูแล ชี้ให้เห็นคุณค่าในตนเอง และเน้นให้ญาติผู้ดูแลเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งพลังในการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ นำไปสู่การรับรู้คุณภาพ

ชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแล ร่วมกับการที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ดี และผู้ป่วยมีสิทธิในการเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ญาติผู้ดูแลลดภาระทางการเงินในการดูแลผู้ป่วยได้ส่วนหนึ่ง รวมทั้งการที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีญาติผู้ดูแลรองช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเอื้ออำนวยให้ญาติผู้ดูแลปรับตัว มีเวลาในการพักผ่อนและมีเวลาดูแลตนเองตามโปรแกรมเสริมสร้างพลัง ทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี

โปรแกรมการเสริมสร้างพลัง มีส่วนส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีพลังในการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆ ทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยให้ความเชื่อมั่นอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้กำลังใจ และเป็นแหล่งข้อมูล การติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 2 และ 5 เพื่อให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจ และเสริมสร้างความมั่นใจเพื่อคงไว้ซึ่งพลังและการกระทำที่บรรลุเป้าหมายการโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเอง และนำความรู้ที่ได้เรียนรู้มาใช้ในการเสริมสร้างและคงไว้ซึ่งพลัง ช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับตนเองเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาอื่นๆ ได้ นำไปสู่การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลญาติผู้ดูแลควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นไปตามหลักการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย

2. พยาบาลควรนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังสำหรับญาติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย ไปใช้ในการดูแลญาติผู้ดูแล โดยประยุกต์และปรับกิจกรรมต่างๆ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน และสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังไปปรับใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ควรมีการนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจายมาเป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายและในกลุ่มญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย

2. ควรมีการฝึกทักษะแก่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายในเรื่องการให้ความรู้ในการเสริมสร้างพลังแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อรองรับนโยบายทางสุขภาพของประเทศในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งญาติจะเป็นผู้รับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ด้านการศึกษาทางการแพทย์

1. ควรมีการศึกษาในระยะเวลาที่ยาวขึ้น และมีการประเมินเป็นระยะ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเห็นประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างพลังได้ดีขึ้น

2. ควรมีการประยุกต์โปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปใช้ในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

ชนัญญา กาสินพิลา. (2550). *ภาวะการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2540). การเสริมสร้างพลังอำนาจ: กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *รามาศิลป์พยาบาลสาร*, 3(2), 200-210.

ดารณี จามจุรี, และจินตนา ยูนิพันธุ์. (2545). *รายงานการวิจัยการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาศิลป์พยาบาลสาร*, 2(1), 87-93.

รัชนิพร คนชุม. (2547). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวในทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งที่รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วารุณี พลิกบัว. (2548). *ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีรัตน์ คุ่มสิน. (2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศศิมา วัฒนา. (2548). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมและการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สมจิต หนะเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุฒินะ. (2532). *สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ความผาสุกทางใจในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย*. *วารสารพยาบาล*, 38(3), 169-190.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, วัฒนา น้าเพชร, และภัลพร ขำวิชา. (2539). *แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 14(2), 76-89.

- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วีระวรรณ ตันติพัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะจิรัฐกุล. (2541). *เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI*. กรมสุขภาพจิต. เข้าถึงเมื่อ 16 สิงหาคม 2547, จาก from <http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/>
- สัมพันธ์ มณีรัตน์. (2546). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A., Walsh, A., & Rodin, G. (2007). Hidden morbidity in cancer: Spouse caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, 25(30), 4829-4834.
- Chen, M. L., Chu, L., & Chen, H. C. (2004). Impact of cancer patients, quality of life on that spouse caregiver. *Support Care Cancer*, 12(7), 469-475.
- Eo, Y. S., & Kim, M. J. (2009). Effects of child-rearing stress and empowerment on quality of caregivers of children with disabilities. *Journal of Korean Academy of Child Health Nursing*, 15(4), 409-416.
- Forlani, G., Zannoni, C., Tarrini, G., Melchionda, N., & Marchesini, G. (2006). An empowerment-based educational program improves psychological well-being and health-related quality of life in Type 1 diabetes. *Journal of Endocrinological Investigation*. 29(5), 405-412.
- Gaynor, S. E. (1990). The long haul: The effects of homecare on caregivers. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 208-212.
- Grov, E. K., Dahl, A. A., Moum, T., & Fossa, S. D. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*, 16, 1185-1191.
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Craig C., et al. (2004). Family caregiver burden: Result of longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 170(12), 1795-1801.
- Hileman, J. W. (1992). Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 19(5), 771-777.
- Isaacs, B., & Akhtar, A. J. (1972). The set test: A rapid test of mental function in old people. *Age Aging*, 1(4), 222-226.
- McDowell, I., & Newell C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness* (2nd ed.). Philadelphia, FA. Davis.
- Oberst, M. T., Thomas, S.E., Gass, K. A., & Ward, S. E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*, 12(4), 209-215.
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215-2219.
- The American Cancer Society. (2012). *Cancer Fact & Figures for African American 2011-2012*. Retrieved August 30, 2012 from <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-027765>
- Tu, Y. C., Wang, R. H., & Yea, S. H. (2006) Relation between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey. *Journal of Nursing Studies*, 43(6), 673-680.

Effects of an Empowerment-Based Program on Psychological Well-being and Quality of Life among Family Caregivers of Patients with Advanced Breast Cancer

Molrudee Kaspad* M.N.S. (Adult Nursing)

Supreeda Monkong** Ph.D. (Gerontological Nursing)

Yupapin Sirapo-ngam*** D.S.N. (Adult Health Nursing)

Abstract: This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of an empowerment-based program on psychological well-being and quality of life among family caregivers of patients with advanced breast cancer. The conceptual framework was derived from the concept of sources of empowerment proposed by Miller and a review of literature. The subjects were 28 caregivers of patients with advanced breast cancer who sought treatment at the outpatient surgical unit at Ramathibodi Hospital between September 2011 and March 2012. Purposive sampling was used to recruit the sample. The research instruments composed of an empowerment-based program, and data collection instruments, including caregivers' and patients' demographic characteristics questionnaires, the psychological well-being scale, and the WHOQOL-BREF-THAI questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon test, and t-test. The findings revealed that 1) the mean score of perceived psychological well-being of caregivers of patients with advanced breast cancer obtained after participating in the empowerment-based program was higher than that obtained before participating in the program with statistical significance, and 2) the mean score of overall quality of life of caregivers of patients with advanced breast cancer after participating in the empowerment-based program were higher than that obtained before participating in the program with statistical significance. The research findings can be utilized simultaneously to promote psychological well-being and quality of life of caregivers of patients with advanced breast cancer and to further develop and enhance the quality of healthcare services.

Keywords: Empowerment, Caregivers, Patients with advanced breast cancer, Psychological well-being, Quality of life

*Professional Nurse, Nursing Service Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; and Master Student, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: supreeda.mon@mahidol.ac.th

***Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University