

ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของ ญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง*

ทรงสุดา ยงพัฒนจิตฺร, พย.ม.(การพยาบาลผู้สูงอายุ)**

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

นุชนาฏ สุทธิ, Ph.D. (Nursing)****

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยาย

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 รายเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะท้ายที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่งในประเทศไทย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยระยะท้าย และแบบวัดการเผชิญกับความเครียดของจาโลวิก ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย: พบว่าค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมของญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความเครียดรายด้าน พบว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ ความเครียดด้านจิตใจของญาติ ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหาและด้านจัดการกับอารมณ์ร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านมุ่งแก้ปัญหา

ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการพยาบาล เพื่อประเมินความเครียดของญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม

วารสารสภาการพยาบาล 2563; 35(2) 116-131

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย/ หอผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ ความเครียด/ การเผชิญความเครียด

วันที่ได้รับ 11 ธ.ค. 62 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 8 มี.ค. 63 วันที่รับตีพิมพ์ 3 เม.ย. 63

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และนำเสนอแบบโปสเตอร์ในการประชุมวิชาการระดับชาติ เครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาทั่วประเทศ ครั้งที่ 13 พ.ศ. 2562

**นักศึกษาระดับปริญญาโท วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: supreeda.mon@mahidol.ac.th

****อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Caregivers' Stress and Coping with Stress from Caring for Terminally Ill Patients in a Palliative Care Unit*

Songsuda Yongpattanajit, M.N.S. (Gerontological Nursing)**

Supreeda MonKong, Ph.D. (Gerontological Nursing)***

Nuchanad Sutti, Ph.D. (Nursing)****

Abstract:

Objectives: To study caregivers' levels of stress and their means of coping with stress from caring for terminally ill patients admitted to a palliative care unit.

Design: Descriptive research.

Methodology: Seventy-three family caregivers of terminally ill patients admitted to a palliative care unit of a tertiary hospital in Thailand were recruited through purposive sampling from July to November 2018. The research instruments were: 1) a demographic questionnaire; 2) a stress-measuring scale for caregivers of terminally ill patients; and 3) the Jalowiec Coping Scale (JCS). Data were collected by the researcher and analysed using descriptive statistics, including mean, percentage, and standard deviation.

Results: The family caregivers displayed a moderate average level of stress. A category-specific analysis identified the physical conditions of the terminal ill patients as the most influential cause of the caregivers' stress, followed by the caregivers' psychological, economic, social, and environmental conditions, respectively. To cope with stress, the caregivers used both problem focus coping and emotional focus coping, with greater emphasis on the latter.

Recommendations: The study findings could be used as baseline data for nursing care planning to assess family caregivers' stress and to promote their use of appropriate problem focus coping and emotional focus coping.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2020; 35(2) 116-131

Keywords: caregivers of terminally ill patients; palliative care unit; stress; stress coping

Received 11 December 2019, Revised 8 March 2020, Accepted 3 April 2020

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Ramathibodi Hospital, Mahidol University, and Poster presentation at 13rd Research Administration Network Conference 2019

**Master's student, Master of Nursing Science (Gerontological Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Corresponding Author, Associate Professor, Adult and Gerontological Nursing Division, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: supreeda.mon@mahidol.ac.th

****Lecturer, Adult and Gerontological Nursing Division, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันแนวโน้มการเจ็บป่วยได้เปลี่ยนแปลงจากโรคติดเชื้อเป็นโรคเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น จากสถิติปี พ.ศ. 2559 ในประเทศไทยพบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 119,300 คน รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 48,700 คน โรคปอดจำนวน 43,800 คน โรคหัวใจ จำนวน 32,300 คน อุบัติเหตุ จำนวน 23,800 คน และโรคเบาหวานจำนวน 22,300 คน¹ ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เมื่อระยะของโรคดำเนินเข้าสู่ระยะท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางแยกลง ได้แก่ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อยลง การหายใจผิดปกติ² มีอาการสับสน กลัวในสิ่งต่าง ๆ ที่ยังไม่ถึง เช่น กลัวถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง กลัวหายใจไม่ออก กลัวหลับไม่ตื่น กลัวการพรัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก³ เป็นต้น เมื่อเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการดูแลเพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวดีขึ้น โดยการป้องกันและลดความทุกข์ทรมาน ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการปวดและปัญหาต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ⁴ การดูแลไม่ได้จำกัดอยู่ที่ผู้ป่วยระยะท้าย แต่เป็นการดูแลเริ่มตั้งแต่เจ็บป่วย เมื่อการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สัดส่วนของการดูแลแบบประคับประคองต่อการรักษาเพื่อยืดชีวิตจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนถึงวาระสุดท้าย ในประเทศไทยในช่วงแรกการดูแลแบบประคับประคอง จัดขึ้นจากการดูแลเฉพาะกลุ่ม เช่น วัดพระบาทน้ำพุ เป็นต้น ต่อมาได้พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยมี 4 รูปแบบ ดังนี้⁵ 1) รูปแบบบริการการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (hospital based services) มีทั้งบริการ

การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยนอก (outpatient care service) และดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยใน (inpatient care service) สำหรับบริการแบบผู้ป่วยในมี 2 ลักษณะ คือ มีหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ และไม่มีหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ 2) รูปแบบบริการศูนย์ดูแลกลางวัน (day care center) 3) รูปแบบบริการดูแลที่บ้าน (home care service) เป็นรูปแบบการบริการในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหรือบุคลากรที่เป็นอาสาสมัครในชุมชน และ 4) รูปแบบบริการสถานดูแลผู้ป่วยแบบ hospice สถานบริการแต่ละรูปแบบล้วนมีบทบาท เอกลักษณ์ที่แตกต่างกันไปตามความเหมาะสมกับบริบทการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยระยะท้ายบางรายที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางแยกลงต้องได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ต้องการพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์มากขึ้น เช่น การให้ยาแก้ปวด การให้ออกซิเจน เป็นต้น⁶ ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงมีการออกแบบหอผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care unit) ซึ่งเป็นหนึ่งในรูปแบบบริการการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการจัดการบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว จากการศึกษาบทบาทและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง⁷ พบว่าผู้ดูแลที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีบทบาทหลักคือต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่วนความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ ความต้องการข้อมูลในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การประสานงานเพื่อเข้าถึงบริการระยะท้าย การให้บุคลากรของสถานบริการช่วยดูแล

ผู้ป่วยระยะท้ายแทนตนเองเมื่อจำเป็น และการช่วยเหลือด้านการเงิน ซึ่งในสังคมไทยเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยผู้ดูแลมักเป็นบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วย⁸

การต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยแบบประคับประคอง ญาติผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย มีผลต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดวิตกกังวล ท้อแท้ นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดเรื้อรังได้⁹ เมื่อเกิดความเครียดญาติผู้ดูแลจะประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกเพื่อจัดการกับความเครียดซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการจัดการความเครียดของลาซารัส (Lazarus's Theory)¹⁰ ที่กล่าวว่าความเครียด (stress) คือ เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่าส่งผลต่อสวัสดิภาพและเป็นภัยคุกคามต่อตนเอง และมีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังที่มีอยู่เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งการเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะคือการมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping)

การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดโดยใช้ทฤษฎีของลาซารัสที่ผ่านมาพบว่าบุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดผสมผสานกันจากการศึกษาการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดและสมาชิกในครอบครัว ประเทศแคนาดาจำนวน 85 ราย พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้มากที่สุดคือการจัดการกับอารมณ์ โดยใช้ทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ร่วมกัน¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับ

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยนอกที่มาติดตามการรักษา ประเทศสเปน จำนวน 50 ราย ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทั้งสองด้านร่วมกัน มีการใช้ด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านการมุ่งแก้ปัญหา เช่นกัน¹²

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะท้าย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดของผู้ดูแลมีระดับสูง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะท้าย และผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์กับอาการเปลี่ยนแปลงได้ ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล เมื่อเกิดความเครียดแล้วผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสองด้านผสมผสานกัน¹³ อย่างไรก็ตามงานวิจัยดังกล่าวส่วนใหญ่ศึกษาในชุมชนและหอผู้ป่วยทั่วไปเป็นหลัก¹¹⁻¹³

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น ยังไม่ครอบคลุมถึงความเครียดและการเผชิญความเครียดในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องปรับตัวและดูแลตนเองไปด้วยขณะมารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคองเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางให้คำแนะนำช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างเหมาะสม และช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

2. ศึกษาวิธีการที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการเผชิญความเครียด ในขณะที่มาดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส¹⁰ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแบบประคับประคอง ความเครียดเป็นการปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Transaction) ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่า เป็นเหตุการณ์ที่มีผลคุกคาม หรืออันตรายต่อสวัสดิภาพของตนเอง การประเมินตัดสิน เป็นกระบวนการของความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลใช้ในการตัดสินเหตุการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมว่าเป็นความเครียดหรือไม่ โดยการใช้การประเมิน 2 ลักษณะ ได้แก่ การประเมินปฐมภูมิ เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้น ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของบุคคลว่าอยู่ในลักษณะใด และการประเมินทุติยภูมิ เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกต่าง ๆ ที่บุคคลนั้นมีเพื่อจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

บุคคลจะประเมินตัดสินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเครียดหรือไม่ และรุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านตัวบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความคิดของตนเองในการจัดการกับความเครียดโดยใช้แหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่กับบริบทของเหตุการณ์อย่างเต็มกำลังความสามารถ การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือการมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) โดยบุคคลอาจใช้การเผชิญความเครียดทั้งสองลักษณะร่วมกัน¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า เมื่อสมาชิกภายในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อด้านต่างๆ ต่อญาติผู้ดูแล¹¹⁻¹⁴ เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัส¹⁰ สามารถอธิบายสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง โดยญาติผู้ดูแลจะประเมินตัดสินว่าสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น และการต้องมารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งญาติผู้ดูแลแต่ละรายอาจจะประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันตามปัจจัยด้านบุคคลและด้านสถานการณ์ ตลอดจนมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันตามศักยภาพของแหล่งประโยชน์และข้อจำกัดของญาติผู้ดูแลแต่ละราย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study) เพื่อศึกษาระดับความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ในระยะท้าย ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของทาโรยามาเน่ (Taro Yamane)¹⁵ ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรผู้ป่วยทั้งหมดในหอผู้ป่วยที่มี

การดูแลแบบประคับประคอง ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 170 ราย กำหนดระดับความเชื่อมั่นอยู่ที่ 90% ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 63 ราย เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10¹⁶ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 73 ราย

การศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นญาติผู้ดูแลหลักอายุ 18 ปีขึ้นไป ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคองอย่างน้อย 3 วัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง 2) เป็น ผู้ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ (normal cognitive status) ญาติผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบการรับรู้ ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) และได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน และ 3) เป็นญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยผ่านการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองความเครียดของญาติผู้ดูแล ได้คะแนนเท่ากับ 18 คะแนนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test)¹⁷ ซึ่งใช้ในการคัดกรองความสามารถในการรับรู้ญาติผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) และได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .77 และเมื่อนำไปใช้กลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 73 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .83 และ 2) แบบคัดกรองความเครียดญาติผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต¹⁸ ที่มีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .76 และเมื่อนำไปใช้กลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 73 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยชื่อคำถาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ของญาติผู้ดูแล ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกันขณะอยู่ที่โรงพยาบาล โรคหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติขณะอยู่ที่โรงพยาบาล ช่วงเวลาและระยะเวลาในแต่ละวันที่ญาติผู้ดูแลใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และ 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ชื่อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย

และระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย จนถึงปัจจุบัน

2.2 แบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยระยะท้าย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตของนิตยา เวียงพิทักษ์¹⁹ ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือนี้ เพื่อใช้วัดระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน มีทั้งหมด 50 ข้อ ได้แก่ ความเครียดด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย ความเครียดด้านจิตใจของญาติ ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม สำหรับการศึกษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยระยะท้าย ผู้วิจัยจึงปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทที่ศึกษาที่ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรม และตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องออก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ กลัวผู้ป่วยพิการ มีการจำกัดเวลาเยี่ยม และการไม่รู้เวลากลางวัน กลางคืน เหลือข้อคำถาม จำนวน 47 ข้อ โดยมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) โดยแต่ละข้อมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-3 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและความหมายดังนี้ 0 คะแนน คือไม่มีความเครียด หมายถึง สถานการณ์นั้น ไม่ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลใจคับข้องใจทุกซ้ใจหรือไม่สบายใจ 1 คะแนน คือมีความเครียดเล็กน้อย หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลใจคับข้องใจทุกซ้ใจหรือไม่สบายใจเล็กน้อย 2 คะแนนคือ มีความเครียดปานกลาง หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลใจคับข้องใจทุกซ้ใจหรือไม่สบายใจปานกลาง และ 3 คะแนน คือมีความเครียดมาก หมายถึง สถานการณ์นั้น ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกซ้ใจหรือไม่สบายใจมาก ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดแบ่ง เป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กันซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนน ของเบสท์²⁰ ดังนี้ ช่วงคะแนน 0.01-1.00 หมายถึง

ความเครียดระดับน้อย ช่วงคะแนน 1.01-2.00 หมายถึง ความเครียดระดับปานกลาง และช่วงคะแนน 2.01-3.00 หมายถึงความเครียดระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้ปรับให้เข้ากับบริบท ในการศึกษาครั้งนี้มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและความชัดเจนของ ข้อคำถาม ผู้วิจัยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .96 และ ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .76 และเมื่อนำไปใช้กลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 73 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .93

2.3 แบบวัดการเผชิญกับความเครียด เพื่อประเมินวิธีการที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในสถานพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคองผู้วิจัยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec Coping Scale: JCS) ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1984²¹ แปลเป็นภาษาไทยโดย ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์²² ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือนี้ แบบวัดการเผชิญกับความเครียด เป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 40 ข้อ แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 15 ข้อ และด้านการจัดการกับอารมณ์ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ไม่เคยใช้วิธีนั้นเลย ให้ 1 คะแนน จนถึงใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้ง ให้ 5 คะแนน การคำนวณและการแปลผลค่าคะแนน มีดังนี้ 1) การคำนวณคะแนน

จริง (raw score) คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลใช้ การเผชิญความเครียดมาก และ 2) การคำนวณคะแนน สัมพัทธ์ (relative score) คะแนนสัดส่วนด้านใดมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดด้าน นั้นมาก เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบวัดนี้ไปใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคเท่ากับ .80 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จริงจำนวน 73 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรอง จริยธรรมการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผ่านการอนุมัติรับรอง โครงการวิจัยตามเอกสารเลขที่ ID 04-61-56 ย ได้ รับการอนุมัติวันที่ 28 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2561 และเสนอหนังสือรับรองต่อคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ ทหารอากาศ ได้รับการอนุมัติ เลขที่ 86/61 เมื่อวันที่ 13 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 ดำเนินการวิจัยภายหลัง ได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการ ระยะเวลา ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการศึกษา และประโยชน์ ที่คาดว่าจะกลุ่มตัวอย่างจะได้รับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะ ไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัย โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ได้ถูกจัดเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัย ในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย แบบประคับประคอง เพื่อช่วยประสานกับญาติผู้ดูแล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มี คุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ด้วยตนเอง โดยใช้เครื่องมือ คัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลที่มีความเครียด จากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบ ประคับประคอง โดยผ่านการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง ความเครียดของญาติผู้ดูแล และได้คะแนนเท่ากับ 18 คะแนนขึ้นไป ในกรณีกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ให้ตอบแบบทดสอบหมวดหมู่ เพื่อคัดกรองความ สามารถในการรับรู้ หากการทดสอบปกติ (ได้คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน) ก็สามารถเข้าเป็น กลุ่ม ตัวอย่างได้

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อ กลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยเรียงตามลำดับจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยระยะท้าย และแบบวัดการเผชิญกับความเครียด ให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบวัดด้วยตนเองตามความเป็นจริงอย่างอิสระ ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาสามารถสอบถาม จากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาทำแบบ สอบถามเฉลี่ยประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมและรายด้านวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิธีการเผชิญความเครียดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง จำแนกโดยรวมและรายด้าน วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนสัมพัทธ์โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมรายด้านหารด้วยผลรวมของค่าเฉลี่ยทุกด้าน โดยแต่ละด้านมีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 คะแนน ซึ่งคะแนนสัดส่วนใดมากกว่าแสดงว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นมากกว่า

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยระยะท้าย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลประกอบด้วยญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 73 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.60 อายุเฉลี่ย 51 ปี (SD = 12.19) ร้อยละ 65.75 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (36-60 ปี) เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 60.27 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.12 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 52.05 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.14 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.49 ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัว

ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 69.57 รายได้เฉลี่ยของญาติผู้ดูแลต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.99 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.60) มีรายได้เพียงพอ ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าการของผู้ป่วยมีความรุนแรงมาก ร้อยละ 75.34 ญาติผู้ดูแลสามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง ร้อยละ 73.97 และญาติผู้ดูแล ร้อยละ 75.34 ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลมาก่อน

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 73 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.68 อายุเฉลี่ย 74 ปี (SD = 10.99) ใช้สิทธิการรักษาคือ บัตรทองหรือประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 49.32 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 41.10 ระยะเวลาเฉลี่ยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายจนถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล 4 เดือน (SD = 6.77)

2. ความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง ค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (M = 1.26, SD = 1.12) เมื่อพิจารณาความเครียดรายด้านพบว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยมากที่สุด (M = 1.51, SD = 1.13) รองลงมา ได้แก่ ความเครียดด้านจิตใจของญาติ (M = 1.28, SD = 1.14) ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม (M = 1.22, SD = 1.05) และความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม (M = 0.71, SD = 0.95) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดรายด้านและโดยรวม ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (N = 73)

ความเครียด	Mean	SD	ระดับความเครียด
ด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย	1.51	1.13	ปานกลาง
ด้านจิตใจของญาติผู้ดูแล	1.28	1.14	ปานกลาง
ด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม	1.22	1.05	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	0.71	0.95	น้อย
ความเครียดโดยรวม	1.26	1.12	ปานกลาง

3. วิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดโดยรวมเท่ากับ 108.71 (SD = 18.55) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน พบว่าค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นจริงมีค่าสูงกว่าค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ทั้งสองด้าน แสดงว่าญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ร่วมกัน เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้านพบว่า การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ย 59.53 (SD = 10.80) และการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา มีคะแนนเฉลี่ย 49.18 (SD = 11.00) ส่วนคะแนนสัมพัทธ์ พบว่าญาติ

ผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ (M = 59.53, SD = 10.80) มากกว่าการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา (M = 49.18, SD = 11.00) ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3 ซึ่งการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก เป็นการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง และหวังว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้น การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนทุกแง่มุม พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้ และพยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วย ที่ให้การดูแลแบบประคับประคองในการเผชิญความเครียดรายด้านและโดยรวม เมื่อคิด จากคะแนนจริง (raw scores) (N = 73)

วิธีการเผชิญความเครียด	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยที่เป็นจริง	Mean	SD
ด้านการมุ่งแก้ปัญหา	15 - 75	17 - 69	49.18	11.00
ด้านการจัดการกับอารมณ์	25 - 125	36 - 87	59.53	10.80
รวม	40 - 200	55 - 140	108.71	18.55

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคองในการเผชิญความเครียดรายด้าน เมื่อคิดจากคะแนนสัมพัทธ์ (relative scores) (N = 73)

วิธีการเผชิญความเครียด	ค่าพิสัย	Mean	SD
ด้านการมุ่งแก้ปัญหา	0.16 - 0.64	0.45	0.06
ด้านการจัดการกับอารมณ์	0.33 - 0.80	0.55	0.05

ตารางที่ 4 ร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคองที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการเผชิญความเครียดมากที่สุด 5 อันดับแรก (N = 73)

การเผชิญความเครียด	ด้าน	ร้อยละ
1. ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง	การจัดการกับอารมณ์	79.45
2. พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนทุกแง่มุม	การมุ่งแก้ปัญหา	78.08
3. พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้	การมุ่งแก้ปัญหา	75.34
4. พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	การมุ่งแก้ปัญหา	75.34
5. หวังว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้น	การจัดการกับอารมณ์	72.60

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคองมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร สอดคล้องกับลักษณะทางสังคมไทยที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ²³ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการทดแทนบุญคุณที่ผู้ป่วยได้เลี้ยงดูตนเองมาหรือเคยให้ความช่วยเหลือแก่ตนเอง และจากทฤษฎีความเครียดของลาซารัส¹⁰ ที่กล่าวว่า การประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ซึ่งมีผลต่อสวัสดิภาพของบุคคลว่าอยู่ในลักษณะใดจากการรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากการประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของญาติผู้ดูแล และทำให้เกิดเป็นความเครียดแล้ว ยังมีญาติผู้ดูแลบางรายที่อาจจะประเมินตัดสินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวว่ามีผลดีกับตนเองโดยช่วยให้สัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา วิเสโส²³ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแล 4 ความหมาย ได้แก่ เป็นโอกาสทดแทนบุญคุณ เป็นผู้ที่ดีได้ดีกว่าคนที่ไม่ใช่ญาติ เป็นความสงสาร ความเห็นใจความเต็มใจที่จะให้การดูแล และเป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแล

การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งมีระบบการจัดการดูแลที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว เกิดความรู้สึกคล้ายอยู่ที่บ้าน เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลสามารถอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลาตามหลักการดูแลในเรื่องการเชื่อมสัมพันธ์ภาพ

(cohesion) ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวให้บุคคลเหล่านี้มาช่วยประคับประคองจิตใจ ลดความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของกอลแลนเยอร์และคราวซีก²⁴ ที่ศึกษาการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ต่าง ๆ พบว่า สถานที่ให้การดูแลในระยะท้ายมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

เมื่อพิจารณาคะแนนความเครียดรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดจากมากไปหาน้อยตามลำดับดังนี้ ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางและสูงกว่าด้านอื่น อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะท้ายมีหลากหลายรูปแบบทั้งเรื่องความปวดและอาการอื่น ๆ เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานบางรายอาจจำเป็นต้องใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ท่อช่วยหายใจ สายสวนปัสสาวะ สายให้อาหาร รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ที่ต้องทำให้ผู้ป่วย เช่น พลิกตะแคงตัว ทำแผลกดทับ ดูดเสมหะ กิจกรรมเหล่านี้ญาติจะเป็นกังวลว่าผู้ป่วยระยะท้ายอาจเกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบายและส่งผลให้ญาติเกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁵ พบว่าหลังจากที่ญาติผู้ดูแลได้เห็นสภาพร่างกายผู้ป่วยที่ต้องใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในระดับสูงขึ้น และจากการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายพบว่า อาการของผู้ป่วยที่ทรุดลงทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความกังวลมากขึ้น⁶

ความเครียดด้านจิตใจของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ญาติผู้ดูแลมีความเครียดเกี่ยวกับโรค อาการ และการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่คือการสูญเสียและความตายที่กำลังเกิดขึ้นโดยไม่รู้ล่วงหน้า ในช่วงระยะท้ายนี้ญาติผู้ดูแลมักกังวลว่าจะไม่ได้อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมา มีญาติผู้ดูแล

ถึงร้อยละ 24.03 ที่ไม่สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วย 24 ชั่วโมง ทำให้ญาติผู้ดูแลกลัวว่าจะไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยหากผู้ป่วยเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของแม็คคอตัม และคณะ²⁵ พบว่าญาติของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ญาติจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย กลัวผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดทั้งกับผู้ป่วยระยะท้ายและญาติผู้ดูแล ควรเป็นผู้ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เป็นผู้ประสานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อวางแผนการรักษา ร่วมกับญาติผู้ดูแล ให้ญาติผู้ดูแลมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด เพราะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น²⁶

ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมญาติผู้ดูแลระยะท้ายในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือด คือเป็นบุตรและเป็นเพศหญิง ซึ่งต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในการมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ส่วนใหญ่ยังมีสถานภาพสมรสคู่ ในขณะที่บางส่วนต้องทำงานนอกบ้านไปด้วย ทำให้ต้องรับภาระและบทบาทมากขึ้น การมีภาระงานหลายอย่างร่วมกับบทบาทที่ต้องมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย รวมถึงความรับผิดชอบที่มีอยู่เดิม อาจทำให้ไม่สามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวได้ตามปกติ รวมถึงกระทบต่องานประจำ อาจทำให้ต้องหยุดงาน หรือลางาน ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ประกอบกับ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าเดินทางมาดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของแมนแกนและคณะ²⁷ ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรู้สึกเป็นภาระและยากที่จะจัดการในเรื่องการดูแลครอบครัว และที่ทำงานให้สมดุลกัน จึงทำให้เกิดความเครียดจากการเข้ารับบริการเป็นญาติผู้ดูแล

ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับน้อย ซึ่งมีความเครียดน้อยกว่าด้านอื่น คือการจัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี การได้อยู่ในสถานที่

ที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ไม่มีเสียงรบกวนจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ทำให้ลดสิ่งกระตุ้นภาวะเครียดให้แก่ญาติผู้ดูแล²⁴ ซึ่งหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง ได้จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ให้ความรู้สึกเหมือนอยู่บ้าน หรือสิ่งที่คุณเคย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน อนุญาตให้ผู้ป่วยนำรูปภาพที่ผู้ป่วยเคารพบูชา เครื่องรางของขลัง รูปครอบครัวมาไว้ที่หอผู้ป่วยได้ รวมไปถึงจัดสถานที่พักผ่อนให้ญาติผู้ดูแลได้ผ่อนคลาย จากการศึกษาครั้งนี้ทั้งห้องแยกและห้องผู้ป่วยรวม ทำให้ญาติผู้ดูแลได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันหรือลักษณะโรคคล้ายกัน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน การจัดสิ่งแวดล้อมในลักษณะนี้ จึงเป็นการตอบสนองความต้องการของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

จากการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคองประเมินสถานการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยว่าเป็นความเครียดนั้นทำให้ญาติผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความคิดของตนเองในการจัดการกับความเครียด ตลอดจนการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันตามศักยภาพของแหล่งประโยชน์และข้อจำกัดที่มีอยู่ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน พบว่า ค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นจริงมีค่าสูงกว่าค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ทั้งสองด้าน แสดงว่าญาติผู้ดูแลมีการใช้การเผชิญความเครียดทั้งสองด้านร่วมกัน

วิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง 2) พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนทุกแง่มุม 3) พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้ 4) พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์

ที่เกิดขึ้น และ 5) หวังว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้น โดยญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะท้ายใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการ กับอารมณ์ 2 ข้อ และการเผชิญความเครียดด้านการ มุ่งแก้ปัญหา ซึ่งการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายใช้การ เผชิญความเครียดทั้งสองด้านร่วมกันนั้นสอดคล้องกับ ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน¹⁰ ที่กล่าวว่า บุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ผสมผสานกันมากขึ้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่บุคคลนั้นเผชิญ รวมทั้งการศึกษาที่ผ่านมาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ให้การดูแลแบบประคับประคองใช้การเผชิญ ความเครียดในทุก ๆ ด้านร่วมกัน¹² ซึ่งการใช้กลไก การเผชิญความเครียดทั้งสองด้านร่วมกันจะเสริม ประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดให้ดียิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาคะแนนสัมพัทธ์ ซึ่งสามารถบอก ถึงสัดส่วนการใช้การเผชิญความเครียดของญาติ ผู้ดูแลเปรียบเทียบการเผชิญความเครียดโดยรวม 2 ด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียด ด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านการมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นการมุ่งเน้นที่แก้ปัญหา โดยตรงเกี่ยวกับโรคและการรักษา การจัดลำดับความ สำคัญของปัญหา ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม และรูปแบบ ในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับผู้ป่วยระยะท้าย ส่วน การจัดการกับอารมณ์เป็นวิธีการจัดการกับความเครียด โดยการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง เพื่อให้มีความรู้สึกในทางบวกเพิ่มขึ้น หลังจากบุคคล ประเมินแล้วว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ดึงเครียดนั้นได้ บุคคลจะเรียนรู้และใช้ประสบการณ์ การดูแลในช่วงที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วย แบบประคับประคองเพื่ออยู่กับสถานการณ์ความเครียด ที่เกิดขึ้น²⁸ ซึ่งสถานการณ์ความเครียดที่ญาติผู้ดูแล ต้องมาดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยแบบประคับ

ประคองนั้น ญาติผู้ดูแลอาจประเมินสถานการณ์นั้น ว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ดึงเครียด หรือ คาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ดังนั้นญาติ ผู้ดูแลจึงเลือกใช้การปรับอารมณ์ความรู้สึกเพื่ออยู่กับ สถานการณ์นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของเพอเรส ออเดอร์เนียสและคณะ¹² ศึกษาในญาติผู้ดูแลหลักผู้ป่วย ระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองขณะที่ มาติดตามการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ประเทศสเปน พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียด ด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านการเผชิญปัญหา เช่นกัน ซึ่งในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย เป็นสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์และจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ จึง ใช้วิธีจัดการด้านอารมณ์มากกว่าการจัดการกับปัญหา

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียด ด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นพยาบาล ควรให้ข้อมูลกับญาติผู้ดูแลถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เมื่อเข้าสู่ระยะท้าย เช่น อาการหายใจลำบาก อาการปวด เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง เป็นต้น นอกจากนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาที่เพียงพอทำให้ญาติผู้ดูแลมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแล อย่างดีที่สุด

2. การประเมินความเครียดควรมีการติดตาม เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากความเครียดของญาติ ผู้ดูแลอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่มี การเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของเหตุการณ์เพื่อ เป็นแนวทางให้การช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลสามารถ เผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมโดยใช้การ เผชิญความเครียดทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและด้าน การจัดการกับอารมณ์ผสมผสานกัน

References

1. Ministry of public health. Public health statistics. Causes of deaths: number and mortality rates per 100,000 populations of first 10 leading cause groups of death 10th revision; 2017, p. 78-80. (in Thai)
2. Meecharoen W. Family caregivers of cancer patients: roles' adaptation and quality of life promotion. Ramathibodi Nursing Journal 2014;20(1):10-22. (in Thai)
3. Payne A. Caring for the carers. In: Baldwin MA, Woodhouse J, editors: Key concepts in palliative care. Thousand Oaks, CA, Sage Publications; 2011. p.17-21.
4. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]; 2017 [cited 2017 January 20]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
5. Pokpalagon P. Palliative care model in Thailand. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2016;26(3): 51. (in Thai)
6. Srikamnerd S, Namjantra R, Natheesombat K. Care for terminal-stage cancer patients in community. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2009;10(1):59-67. (in Thai)
7. Kanchanachari O, Sirapongam Y, Monkong S. Roles and needs of caregivers for patients with end of life in a specific setting for palliative care. Ramathibodi Nursing Journal 2017; 23(3):328-43.(in Thai)
8. Sirapo-ngam Y. Family caregiver's life for Chronic illness patients. Academic conference: Caring for the family caregiver of chronic patients. Bangkok: Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2012, p.16-20. (in Thai)
9. Kasemkitwattana S, Prison P. Chronic patients' family caregivers: a risk group that must not be overlooked. Journal of Thailand Nursing and Mid-Wifery Council 2014;29(4):22-31. (in Thai)
10. Lazarus RS, Folkman S, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. J Pers Soc Psychol 1986;50(5):992.
11. Dom WB, Butler L, Coulter L. The relationship between meaning of illness social support coping strategies and quality of life for lung cancer patients and their family members. Cancer Nurs 2005;29 (2):111-9.
12. Perez OF, Frias OA, Romero RY, Casado PR. Coping strategies and anxiety in caregivers of palliative cancer patients. Eur J Cancer Care 2016;25(4):600-7.
13. Srihaklang P, Sasat S. The effect of care giving skill development and caregiver support group program on stress in care givers of older persons with terminal stage cancer. Journal of the Police Nurses 2016; 89(1): 1-10. (in Thai)
14. Waeta S, Nilmanut K, Songwathana P. Caregivers' experiences in providing care for Muslim' patients with terminal AIDS. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2009; 24(4):95-109. (in Thai)
15. Yamane T. Statistics: an introductory analysis : 3rded. New York: Harper and Row Publication;1973.
16. Navacheun S. Factors relating to coping patterns of caregivers of metastasis cancer patients. Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2004. (in Thai)
17. Isaacs B, Kennie AT. The set test as an aid to the detection of dementia in old people. Br J Psychiatric 1973;123(575):467-70.

18. Department of Mental Health. The stress test (ST20) 2014 [cite2018 January 9]. Available from: <http://www.thai-ergonomic-assessment.blogspot.com/2014/06/st-20.html> (in Thai)
19. Viangpithak N. Stress and coping strategies among patients and patients and relatives in critical care unit [thesis]. Khonkaen University: 2003. (in Thai)
20. Best JW. Research in education: 3rded. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
21. Jalowiec A. Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping scale. In: Walz F, Strickland OL, editors. Measurement of nursing outcome: Vol 1 Measuring client outcomes New York: Springer; 1988. p. 287-308.
22. Sriprasong S, Hanucharurnkul S, Panpukdee O, Krittayaphong R, Pongthavornkamol K, Vorapongsathorn T. Personal factors related to perceived readiness for hospital discharge of patients with acute myocardial infarction. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2009;13(4):268-84. (in Thai)
23. Wisaso W. The meaning of being family-caregivers of cancer patients and the life-change in taking on the role of caregivers. Burapha University; 2002. (in Thai)
24. Gallagher R, Krawczyk M. Family members' perceptions of end-of-life care across diverse locations of care. BMC Palliative Care 2013;12(1):12-25.
25. Mc Adam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA. Symptom experiences by family members of patients in intensive care units. Am J Crit Care 2010;38(4): 1078-85.
26. Sawasdeenarunat V, Taneerat A, Wisettharn T. The development of palliative care model for terminal cancer patients at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2015;25(1):144-56. (in Thai)
27. Mangan PA, Taylor KL, Yabroff KR, Fleming DA, Ingham JM. Caregiving near the end of life: unmet needs and potential solutions. Palliate Sup Care 2003;1(3):247-59.
28. Sherwood PR, Given BA, Given CW, Schiffman RF, Murman DL, Lovely M, et al. Predictors of distress in caregivers of persons with a primary malignant brain tumor. Res Nurs Health 2006; 29:105-20.

*