

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ ด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย

ศิริพร เสมसार¹ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม² ปร.ด. (การพยาบาล), พย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

พิชัย จันทร์ศรีวงศ์ พ.บ. วว. (อายุรศาสตร์ทั่วไป), อว. (อายุรศาสตร์โรคมะเร็ง)

บทคัดย่อ: การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะท้ายส่งผลกระทบต่อตัวญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของ ผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 คน เครื่องมือในการวิจัย มี 3 ส่วน คือ 1) เครื่องมือในการคัดกรอง 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแล (ความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ระดับความเครียด และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล) และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผน การดูแลล่วงหน้า และจำนวนครั้งของการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน) และ 3) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ชุด เครื่องมือผ่านการตรวจสอบค่าความตรงและความเที่ยง วิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์ ความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและความเครียด ด้วยสถิติ One-Way repeated measure ANOVA (RM-ANOVA) และวิเคราะห์ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจ ในการใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ตามโปรแกรม เพิ่มขึ้น ($p<.05$) และมีระดับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยลดลงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(1): 112-126

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย
ผลลัพธ์

¹ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และนักศึกษาหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ แสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบ วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; Corresponding author, E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

³ อาจารย์แพทย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย เป็นผู้ป่วยที่โรคได้ลุกลามจนถึงขั้นรักษาไม่หาย และมีภาวะคุกคามถึงชีวิต ต้องได้รับการดูแลรักษาเป็นระยะๆ ส่งผลให้ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการพยุงชีวิต¹ และได้รับการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายทั้งผู้ป่วยมะเร็งหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ มักประสบกับอาการที่พบได้บ่อยในระยะท้ายที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก/เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย^{2,3} เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก สับสน นอนไม่หลับ^{4,5} นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านอื่นๆ คือ ปัญหาด้านการรับรู้คิด ทำให้ไม่สามารถสื่อสารถึงความรู้สึกนึกคิดหรือความต้องการได้ ปัญหาด้านจิตใจ ที่พบบ่อย ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า กลัว โกรธ สิ้นหวัง โศกเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอน หมดหนทาง^{4,6} ปัญหาด้านสังคม ได้แก่ การขาดญาติผู้ดูแลหลัก ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์ พบว่า ค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิต มีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใด ๆ ของชีวิต คือ คิดเป็น ร้อยละ 8-11 ต่อปี ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ 10-29 ของค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน และรัฐบาลต้องใช้งบประมาณจำนวนมากเพื่อการรักษาและควบคุมอาการในระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขคล้ายกันทั่วโลก¹ และปัญหาด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายที่เหมาะสม จึงเป็นการดูแลช่วยเหลือแบบประคับประคองที่มีวัตถุประสงค์ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะลุกลาม เพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานต่างๆ

ทางกาย ดูแลช่วยเหลือสนองตอบตามความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ^{4,7} รวมไปถึงการดูแลและช่วยเหลือครอบครัวในช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และช่วงเวลาโศกเศร้าจากผู้ป่วยเสียชีวิตไป⁶⁻⁸

ปัญหาต่างๆ ในผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย นอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลและครอบครัวในทุกด้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จึงต้องการดูแลจากญาติผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น^{9,10} ญาติผู้ดูแลจะต้องเผชิญสถานการณ์ที่ทำหามีภาระในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ภาระเหล่านี้ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยตรง การให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การบริหารจัดการอาการต่างๆ การเผชิญกับภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น¹⁰ การขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความตระหนก กลัว เศร้า วิตกกังวล เครียด และปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือต่อตนเองไม่ถูกต้อง^{11,12} ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล จากการศึกษาที่พบว่า คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วย และการบรรลุเป้าหมายในการดูแล ซึ่งพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง^{4,10,13} นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังต้องเผชิญกับปัญหาและความท้าทายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ความขัดแย้งในหมู่ญาติ การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์^{14,15} การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาในระยะท้ายของชีวิต^{4,16} การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เกิดความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความมั่นใจในการปรับตัวตอบทบทใหม่ จากการรับรู้ว่ามีภาระในการ

*ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแล
และด้านผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย*

ดูแล¹¹ ความต้องการที่มีที่ปรึกษาในกรณีฉุกเฉินตลอดเวลา เพื่อสอบถามประเด็นปัญหาที่ต้องการให้ช่วยเหลือ¹⁷ รวมทั้งขาดความรู้ และทักษะในการดูแลและจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะท้าย^{18,19} หากไม่สามารถจัดการอาการในระยะท้ายได้ จะเกิดความตระหนกต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ และไม่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ทำให้ต้องพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินบ่อยครั้ง และได้รับการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์^{16,19,20} การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีความจำเพาะแต่ละกรณี ญาติผู้ดูแล จึงต้องใช้ความรู้ และทักษะทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วย เรียนรู้ที่จะใช้ความรู้ต่าง ๆ ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลต้องใช้ศักยภาพในการจัดการกับภารกิจต่าง ๆ กล่าวได้ว่า ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในระบบสุขภาพ ช่วยให้คุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยมีความหมาย โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายที่บ้านให้มีคุณภาพ^{10,21}

โรงพยาบาลรามาธิบดี มีผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการระยะท้าย และได้รับการรักษาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งนอกจากจะเป็นการสูญเสียค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ ทั้งค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล การจัดสรรทรัพยากรให้คุ้มค่า เช่น มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการครองเตียงในผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายที่แผนกฉุกเฉิน การไม่สามารถจัดสรรสถานที่ให้บริการในผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเหมาะสม เนื่องจากไม่มีหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลประคับประคองโดยเฉพาะ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการไม่พึงพอใจของผู้รับบริการจากการประเมินปัญหาและความต้องการในญาติผู้ดูแล พบว่าต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งอาการที่เกิดขึ้นในระยะท้าย และการ

จัดการกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังจะจากไป อีกทั้งยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาในวาระสุดท้าย รวมถึงการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า และยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจของผู้ป่วยในระยะท้ายได้ จึงทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการมากที่สุด คือ ความรู้และทักษะในการดูแลและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะท้าย เพื่อให้เกิดความมั่นใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมผู้ดูแลในการดูแลและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะท้าย พบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมด้านจิตใจ และจิตสังคมแก่ญาติผู้ดูแล โดยวิธีการให้ความรู้ สอนทักษะ และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งพบว่า ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจมากขึ้น^{12,18,21-23} ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึง การจัดการอาการ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายของชีวิต ให้มีโอกาสดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข การพยากรณ์โรคที่มีการลุกลามไปสู่ระยะท้าย การเตรียมความพร้อมในเรื่องการวางแผนการดูแลรักษา ล่วงหน้า การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา และสิ่งสำคัญคือ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะจัดการอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในระยะท้ายและมีส่วนร่วมในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะท้ายให้จากไปด้วยดี

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแล ต่อญาติผู้ดูแล ด้านความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ระดับความเครียดและความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย

2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแล ต่อผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย ด้านการได้รับข้อมูลการวางแผนล่วงหน้า และจำนวนครั้งที่มารับบริการแผนกฉุกเฉิน

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย ญาติผู้ดูแล มีความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น และมีระดับความเครียดลดลง กว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย ได้มีการวางแผนล่วงหน้า และมีจำนวนครั้งที่มารับรักษาที่แผนกฉุกเฉินของผู้ป่วย น้อยกว่า 3 ครั้ง ภายใน 1 เดือน

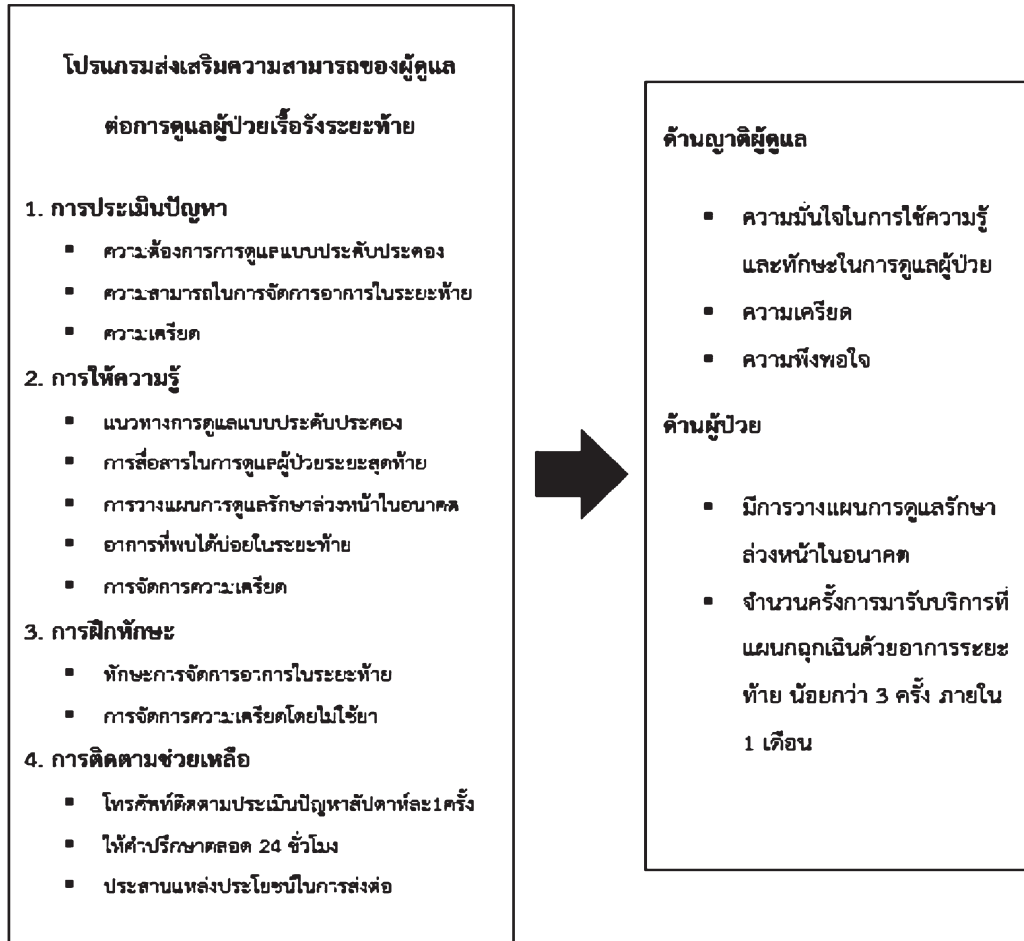
กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit Theory) ภายใต้แนวคิดระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing systems) ของโอเร็ม²⁴ ร่วมกับหลักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care concept)^{6,7} นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมช่วยเหลือญาติผู้ดูแล ให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายได้ โดยสามารถปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสม

และสอดคล้องกับความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะราย

แนวคิด ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing systems) เป็นการสอนและฝึกทักษะเพื่อเพิ่มความสามารถให้แก่ญาติผู้ดูแล จะช่วยส่งเสริมให้มีศักยภาพในการดูแล และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในระยะท้ายกับผู้ป่วยได้ (dependent care agency) ช่วยให้ญาติผู้ดูแล มีความมั่นใจในการใช้ความรู้ และความสามารถที่มีอยู่ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์เฉพาะหน้า รวมถึงการติดตามให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินปัญหา 2) การให้ความรู้ 3) การฝึกทักษะในการจัดการอาการ และ 4) การติดตามช่วยเหลือ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา กระตุ้นให้กำลังใจบนหลักการแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลโดยเน้นตัวบุคคลมากกว่าโรค เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นตอบสนองความต้องการในระยะท้ายของผู้ป่วย และติดตามให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองตอบตามความต้องการแบบองค์รวม เป็นการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล²⁴ รวมถึงการดูแลและช่วยเหลือครอบครัวในช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และช่วงเวลาโศกเศร้าภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อลดความพร่องในความสามารถของญาติผู้ดูแล และเพื่อให้ญาติผู้ดูแล มีศักยภาพในการดูแล และเกิดความมั่นใจในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายที่ดีขึ้น ดังแผนภูมิที่ 1

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแล
และด้านผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย**



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ (one-group repeated measure design) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย ต่อญาติผู้ดูแล ในด้านความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ระดับความเครียด และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม

โรงพยาบาลรามธิบดี โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย จำนวน 30 คู่ ซึ่งเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ คือ ด้านผู้ป่วย 1) เป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย มีการลุกลามของโรคมมากขึ้น และอยู่ในระยะท้าย 2) นอนอยู่บนเตียงตลอด ไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ ต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด แต่ยังสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ หรืออาจลดลง 3) มี

ระดับความรู้สึกตัวดี หรือ่วงซึม และ/หรืออาจมีภาวะสับสนร่วมด้วย 4) มีคะแนนประเมิน (Palliative Performance Scale; PPS) น้อยกว่าร้อยละ 40 5) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เกณฑ์คุณสมบัติ ด้านญาติผู้ดูแล 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ (กรณีที่มียาอายุมากกว่า 60 ปี ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินแบบประเมินการคิดรู้นับย่อ (A Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) มีคะแนนอย่างน้อย 8 จากคะแนนเต็ม 10 และ 3) เป็นญาติผู้ดูแลหลักโดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะญาติ และมีหน้าที่ในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาติดต่อกัน อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 1 เดือน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของคอแรน²⁵ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 11 ราย เนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่มีระดับ PPS < 40% กลุ่มตัวอย่างอาจเกิดการสูญหายระหว่างดำเนินการวิจัยอันเนื่องจากการดำเนินโรคในระยะท้ายได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างรวมเป็นจำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือในการคัดกรอง 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 3) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือในการคัดกรอง ได้แก่

1.1 แบบประเมินภาวะการรู้คิดฉบับย่อ (Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) สร้างขึ้นโดยไฟเฟอร์²⁶ แปลเป็นภาษาไทย โดย ประครอง อินทรสมบัติ ใช้ในการประเมินการรู้คิดของญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

คะแนนเต็ม 10 คะแนน ถ้าได้ต่ำกว่า 8 คะแนน หมายถึงญาติผู้ดูแลมีความผิดปกติในการรับรู้ จะถูกไม่นำเข้าการวิจัย

1.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Palliative Care Performance Scale: PPS) พัฒนาโดย Victoria Hospice Society ประเทศแคนาดา Palliative Performance Scale version 2 แปลเป็นภาษาไทยโดย บุษยามาส ชิวสกุลยง และ คณะกรรมการ palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่²⁷ การวิจัยครั้งนี้ นำมาใช้เป็นแบบคัดกรองคุณสมบัติผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า และนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และภาระงานในญาติผู้ดูแลด้วย

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็นส่วนของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

ในส่วนผู้ป่วย ประกอบไปด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย ในส่วนของญาติผู้ดูแล ประกอบไปด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินความเครียดของญาติผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล เครื่องมือทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คู่ และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach Alpha's coefficient) ดังนี้

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแล
และด้านผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย**

2.1 เครื่องมือวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ด้าน
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
ของญาติผู้ดูแล เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล
ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

2.1.2 แบบประเมินความมั่นใจในการ
ใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้น
เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา
โดยทรงคุณวุฒิ มีค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์
ครอนบาคแอลฟา (Cronbach Alpha's coefficient)
เท่ากับ .91

2.1.3 แบบประเมินความเครียดของ
ญาติผู้ดูแล ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบ 4 ตัวเลือก ระดับคะแนน
0 ถึง 3 โดย 0 หมายถึงไม่เคยมีอาการเกิดขึ้นเลย คะแนน
1 หมายถึง มีอาการเป็นครั้งคราว คะแนน 2 หมายถึง
มีอาการเกิดขึ้นบ่อย และ คะแนน 3 หมายถึงมีอาการ
เป็นประจำ มีค่าความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์
ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .92

2.1.4 แบบประเมินความพึงพอใจ
ของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามทั้งหมด
10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน ผ่านการตรวจสอบ
ความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วตรวจสอบ
ความเที่ยงโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค
แอลฟา เท่ากับ .82

2.2 เครื่องมือวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์
ด้านผู้ป่วย

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
ของผู้ป่วย เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยลักษณะ
คำถามเป็นแบบปลายเปิด

2.2.2 แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วย
เป็นแบบบันทึกสำหรับพยาบาลในการติดตามการดูแล

ผู้ป่วยโดยมีข้อคำถามเรื่องการได้รับการวางแผนการ
ดูแลล่วงหน้าในอนาคต และบันทึกจำนวนครั้งในการ
มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินภายใน 1 เดือน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริม
ความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
ระยะท้าย ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการบูรณาการความรู้
เชิงทฤษฎีและจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน
คือ การประเมินปัญหา การให้ความรู้ การฝึกทักษะ
และการติดตามช่วยเหลือญาติผู้ดูแล เป็นกิจกรรม
แบบรายบุคคล มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย
แบบประทับประคอง คู่มือการประเมินและจัดการ
อาการในระยะท้ายสำหรับญาติผู้ดูแล และสื่อวีดิทัศน์
ความยาวประมาณ 8 นาที ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบไปด้วย อาจารย์
แพทย์ อาจารย์พยาบาล และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง
ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
แบบประทับประคอง จากนั้นได้ปรับเปลี่ยนแก้ไขตาม
ข้อเสนอแนะ ให้มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รหัสโครงการ MURA2015/682 กลุ่มตัวอย่างตอบรับ
การเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในเอกสารพิทักษ์สิทธิ
(Informed Consent Form) จะได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์
ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย และรายละเอียด
ของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัว
ในระหว่างการทำดำเนินการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ โดยไม่มี
ผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งญาติผู้ดูแล และผู้ป่วย

2. แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างทั้งญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ และรายละเอียดกิจกรรมตามโปรแกรม ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

2.1 ด้านญาติผู้ดูแล มีการดำเนินการดังนี้

2.1.1 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินระดับความเครียด ก่อนการเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรม (เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1)

2.1.2 ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นรายบุคคลแก่ญาติผู้ดูแล ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ใช้เวลา 2 วัน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ในวันแรกให้ความรู้โดยใช้สื่อคู่มือการดูแล พร้อมทั้งวีดิทัศน์ร่วมด้วย ในวันที่ 2 สอนการฝึกทักษะการประเมินและจัดการอาการในระยะท้ายที่เกิดเฉพาะกับผู้ป่วย โดยใช้สื่อเป็นคู่มือการประเมินและจัดการอาการในระยะท้าย พร้อมทั้งให้ญาติผู้ดูแลทดลองปฏิบัติจริง รวมเวลาสอนฝึกทักษะและประเมินผลประมาณ 45-60 นาที (เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 2)

2.1.3 เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์และไลน์แอปพลิเคชัน ในการติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรคในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตามวันเวลาที่นัดหมาย พร้อมทั้งตอบข้อสงสัยและให้คำแนะนำในประเด็นปัญหาต่าง ๆ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 เดือน รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ในแต่ละครั้งที่ใช้เวลาพูดคุยประมาณ 10-15 นาที หากมีปัญหา นอกเหนือจากเวลาที่โทรไปคุยสามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง (เก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 3-8)

2.2 ด้านผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยสอบถามจากผู้ป่วย หรือญาติผู้ดูแล ติดตามการดูแลหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยพยาบาลจะเป็นผู้บันทึกข้อมูล การได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า และจำนวนครั้งในการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ภายใน 1 เดือน

3. เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ติดตามช่วยเหลือให้กำลังใจญาติอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ให้สามารถเผชิญภาวะเศร้าโศกสูญเสีย จนปรับตัวได้ในสัปดาห์ที่ 1, 4, 12, 24 และ 48 ติดตามให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลจนครบ 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 12 เท่านั้น แต่การติดตามให้ความดูแลช่วยเหลือยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่องจนครบสัปดาห์ที่ 48 หรือเป็นเวลา 1 ปี รวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ใช้สถิติเชิงบรรยาย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลในส่วนของการประเมินความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะ ความเครียด ใช้สถิติ One-Way repeated measure ANOVA ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแล

ลักษณะทั่วไป ของญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.7) มีอายุเฉลี่ย 50.3 ปี (S.D.= 12.7) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 56.7) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 50.0) อาชีพข้าราชการ/พนักงาน/ลูกจ้างหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 36.7) สืบทอดการรักษาด้านสังกัดเบิกจ่ายตรงมากที่สุด (ร้อยละ 53.3) มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 56.7)

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแล
และด้านผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย**

ภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่แข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.7 สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่ช่วยเหลือกันดี (ร้อยละ 96.7) การเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อภาวะสังคมของญาติผู้ดูแลในด้าน การขาดงานมากที่สุด (ร้อยละ 20.0) มีภาระดูแลผู้ป่วยในบ้าน จำนวน 1 คนมากที่สุด (ร้อยละ 70.0) บุคคลที่พึ่งพิงเมื่อรู้สึกไม่สบายใจหรือทุกข์ใจ ได้แก่ พี่/น้องมากที่สุด (ร้อยละ 70.0) วิธีการที่ใช้เป็นประจำเมื่อรู้สึกทุกข์ใจ/ไม่สบายใจ ได้แก่ การออกไปหาเพื่อนคุยและอ่านหนังสือมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) ในด้านการรับรู้ข้อมูลการวางแผนดูแลล่วงหน้าในอนาค กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการรับรู้และเข้าใจผลการตรวจวินิจฉัยอย่างถูกต้อง รับรู้ว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตสูงมาก (ร้อยละ 96.7) และรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการกอดนวดหัวใจ/ การใส่ท่อช่วยหายใจ/ การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต (ร้อยละ 83.3) มีความรู้สึกหลังรับรู้การพยากรณ์โรครยะสุดท้าย คือ อยากให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานน้อยที่สุดและจากไปอย่างสงบ (ร้อยละ 83.3) ในด้านความต้องการต่อการอยู่โรงพยาบาลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดความรู้ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 73.3) และแสดงความปรารถนาเกี่ยวกับ

ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อใกล้เสียชีวิตโดยการให้ยาบรรเทาอาการจนเสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติ (ร้อยละ 83.3) ส่วนบุคคลที่ผู้ป่วยให้อำนาจในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาเมื่อใกล้เสียชีวิต คือ บุตรมากที่สุด (ร้อยละ 66.7)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแล ต่อญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย

ความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะ ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อวิเคราะห์ post hoc เพื่อเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni ($p < .05$) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจาก ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และการประเมินภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที แตกต่างจากภายหลังเข้าร่วมฯ สัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 (N=30)

ความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย		Mean Difference	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval for Difference	
					Lower Bound	Upper Bound
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที	-37.867	2.498	.000	-44.214	-31.519
	ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4	-56.167	2.008	.000	-61.269	-51.064
ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที	ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4	-18.300	1.448	.000	-21.979	-14.621

ความเครียดของญาติผู้ดูแล ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 ของญาติผู้ดูแล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p .05$) และเมื่อวิเคราะห์ post hoc เพื่อเปรียบเทียบรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni ($p .05$) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างจากภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 ($N=30$)

ความเครียด		Mean Difference	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval for Difference	
					Lower Bound	Upper Bound
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4	.700	1.137	1.000	-2.188	3.588
	ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8	3.600	1.203	.017	.543	6.657
ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4	ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8	2.900	.974	.017	.426	5.374

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม ตามโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง ($N=30$)

ความพึงพอใจ	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	50.67	29	.00	51.10	49.04	53.16
ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม	96.68	29	.00	57.17	55.96	58.38

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย
ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) มีอายุเฉลี่ย 75 ปี ($SD = 11.29$) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งมากที่สุด (ร้อยละ 80.0)

และมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (PPS) ส่วนใหญ่ = 30% (ร้อยละ 60.0) รองลงมา คือ มีค่า PPS = 10% (ร้อยละ 33.3)

การได้รับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า
ผู้ป่วยทุกคนได้รับการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า

การมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน จำนวนผู้ป่วย
ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินภายใน 1 เดือน พบมี
8 คน (ร้อยละ 26.7) และมารับบริการ เพียงคนละ
1 ครั้งเท่านั้น

การเสียชีวิต พบว่า ภายหลังได้รับการดูแล
ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ (ร้อยละ 96.7) และสถานที่
ที่เสียชีวิตเป็นบ้าน (ร้อยละ 70.0) ตลอดระยะการดูแล
จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยได้รับการโทรศัพท์
ติดตามประเมินอาการต่ำสุด 2 ครั้ง และสูงสุด 14 ครั้ง
และมีค่าเฉลี่ยการโทรศัพท์ติดตามอยู่ที่ 7 ครั้ง (mean=
7.1) ผู้ป่วยที่ถูกประเมินอาการครบ 8 ครั้งมีจำนวน
12 คน (ร้อยละ 40.0)

อาการในระยะท้ายที่พบบ่อยในผู้ป่วย 3 ลำดับ
ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย (ร้อยละ 93.3) อาการเหนื่อย
หอบ (ร้อยละ 73.3) และอาการเบื่ออาหาร (ร้อยละ
53.3) โดยระดับความรุนแรงของอาการอ่อนเพลีย
โดยเฉลี่ยจากการประเมินครบ 4 ครั้ง คือ 7.3 คะแนน
ระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยหอบ คือ 5.08
คะแนน และระดับความรุนแรงของอาการเบื่ออาหาร
คือ 4.21 คะแนน ซึ่งได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยญาติ
ผู้ดูแลที่ใช้วิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นโดยวิธีการใช้ยา
และไม่ใช้ยาผสมผสานกัน ตามความรู้และทักษะที่ได้รับ
จากโปรแกรม

อภิปรายผล

ด้านญาติผู้ดูแล

ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถ
ของญาติผู้ดูแล ต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย
ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะ
ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ยิ่งเวลาผ่านไปนานขึ้น พบว่า

ญาติผู้ดูแลยังมีความมั่นใจในการใช้ความรู้และ
ทักษะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ สามารถจัดการปัญหาที่
เกิดขึ้นได้ อาจเป็นเพราะโปรแกรม มีรูปแบบกิจกรรม
ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับความต้องการการรับรู้ของ
ญาติผู้ดูแล ผ่านการสอน แนะนำ และฝึกทักษะเป็น
รายบุคคล อีกทั้งการสอนโดยใช้สื่อที่กระตุ้นความสนใจ
ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีความกระตือรือร้นใน
การเรียนรู้ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้เร็วและง่ายขึ้น
ช่วยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลและ
จัดการอาการที่เกิดขึ้นในระยะท้าย และคงความ
สามารถที่มีอยู่ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญ
กับสถานการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ด้านความเครียด พบว่าระดับความเครียดของ
ญาติผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมมีแนวโน้มลดลง
กว่าก่อนได้รับโปรแกรม อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับ
โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล
ทั้งด้านการรับคำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลและการฝึก
ทักษะที่จำเป็น ทำให้มีการปรับตัวเตรียมพร้อมใน
การเผชิญสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต
ก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน อีกทั้ง
ได้รับการติดตามให้ความช่วยเหลือทางโทรศัพท์ เพื่อ
ประเมินปัญหาและความต้องการตลอดระยะเวลาที่ดูแล
ผู้ป่วย นอกจากนี้ การเปิดโอกาสให้สามารถโทรศัพท์
ปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง เป็นสิ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแล
รับรู้ถึงความเอาใจใส่จากพยาบาลที่คอยรับฟัง ให้
ความช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหาและให้กำลังใจ จึงเป็น
สิ่งที่ช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นใจให้ญาติ
ผู้ดูแลได้มากยิ่งขึ้น เมื่อพิจารณาด้านความรู้
และทักษะพบว่ามียกระดับเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ดังนั้น
ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จึงอาจจะเป็นสิ่งส่งเสริมความมั่นใจ
ของญาติผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่
ผ่านมา พบว่าการให้ข้อมูลและฝึกทักษะที่จำเป็นใน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงติดตามให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในด้านการให้ข้อมูล แนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ การส่งเสริมให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล และการกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทตนเองที่มีต่อผู้ป่วยในฐานะญาติ ทำให้เกิดความรู้สึกราชภุมิใจในบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยลดความเครียดของญาติผู้ดูแลได้²⁸ นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลในช่วงแรก รวมถึงการให้คำปรึกษาในรูปแบบต่างๆ เช่น เปิดโอกาสให้สื่อสารผ่าน line application และวิดีโอคอล เมื่อมีปัญหาการดูแลผู้ป่วยระหว่างญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และการให้คำแนะนำในเรื่องของการใช้เทคนิคผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิ การสอนทักษะต่างๆ ในการเผชิญความเครียด ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลลงได้¹⁴ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้ในชีวิตประจำวันมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้การดูแลผู้ป่วย โดยให้ญาติผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและระยะท้ายที่บ้าน เป็นการปรับกลยุทธ์ทางด้านการให้บริการด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับนโยบายประเทศไทยในยุค 4.0 ที่นำเทคโนโลยีที่มีอยู่ มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เป็นการลดระยะเวลา ลดค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้รับทราบข้อมูลพร้อมๆ กัน โดยการสื่อสารผ่านทางวิดีโอคอลได้

ด้านความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ที่เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม เนื่องมาจากรูปแบบของกิจกรรมที่จัดกระทำขึ้นในโปรแกรมมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ดูแล

ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่เป็นปัญหาสำคัญ อีกทั้งการติดตามให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในบทบาทของพยาบาล ที่ให้การดูแลเป็นรายกรณี นอกเหนือจากนั้น การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตามดูแลทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรึกษาพยาบาลและได้รับการตอบสนองในเวลาทันทีทันใด (real time) ยกตัวอย่างเช่น ญาติไม่มั่นใจว่า อาการที่เกิดขึ้น เป็นอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ใน dying process หรือไม่ จึงถ่ายภาพเคลื่อนไหว เพื่อให้พยาบาลช่วยประเมินและปรึกษาเรื่องการดูแลต่อไป รวมทั้งการได้รับคำแนะนำประสานแหล่งช่วยเหลือและแหล่งประโยชน์สำหรับญาติผู้ดูแลในการกลับไปดูแลต่อที่บ้าน การติดตามประเมินผลการช่วยเหลือ โดยใช้วิธีการรายงานผลทาง line application เพื่อยืนยันผลการปฏิบัติให้มีความชัดเจนขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกถึงความเอาใจใส่และความสะดวกในการได้รับการบริการอย่างทันท่วงทีเมื่อมีปัญหา ก่อให้เกิดความประทับใจในญาติผู้ดูแลที่รู้สึกว่าได้รับการบริการอย่างดีจากโรงพยาบาล

ด้านผู้ป่วย พบว่า เนื่องจากโปรแกรมมีการติดตามเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาที่รับการดูแลรักษา ทำให้สามารถวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการได้อย่างครบถ้วน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแล โดยจะเห็นได้ว่าจำนวนครั้งของการพาผู้ป่วยมาที่แผนกฉุกเฉินน้อยกว่า 3 ครั้งใน 1 เดือน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนั้นการติดตามช่วยเหลือถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมให้กำลังใจญาติผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการเผชิญกับสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดโดยลำพัง^{11,26}

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแล
และด้านผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย**

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ รูปแบบกิจกรรมควรมีการติดตามประเมินตามระยะเวลาที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีระดับ PPS = 10% การติดตามประเมินอาการเพื่อให้การช่วยเหลือโดยวิธีการโทรศัพท์ ควรกระทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีระดับ PPS 10% อาจมีอัตราการมีชีวิตอยู่น้อยกว่า 1 สัปดาห์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างทันทั่วทั้งที่สอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ดูแล

ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมโดยปรับปรุงรูปแบบเนื้อหากิจกรรมให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มผู้รับบริการที่อาจนำไปปรับใช้เฉพาะกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังระยะท้ายที่มีอาการในระยะท้ายคล้ายคลึงกัน และควรมีการพัฒนาแบบโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน โดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีความทันสมัยเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยการสร้างชุดข้อมูลความต้องการการช่วยเหลือเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการใช้บริการ แต่ควรระมัดระวังในการปกปิดข้อมูลอันเป็นความลับของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Medicine, Ministry of Public Health. End-of-life care guidelines, 2014 [cited 2015 November 19]. Available from: <http://www.dms.moph.go.th>.
2. Lye S, Taylor-Stokes G, Roughley A. Symptom burden and quality of life in advanced non-small cell lung cancer patients in France and Germany. *Lung Cancer* (Amsterdam, Netherlands). 2013;81(2): 288-93.
3. Taweeyanyongkul N., Chaiviboontham S, Sumdaengrit B. Symptom experiences and symptom management in patients with advanced cancer receiving palliative care. *Rama Nurs J* 2015; 21(1):82-95. (in Thai)
4. Nimanat K. The end of life care. Songkla: Chanmuang Press; 2012. (In Thai)
5. Nirutisart S, Symptom control at the end-of-life. In: Lertmanosin P, Nuchprayoon I, Chatkaew P, and Sitthibun C, editor. End of life care. Bangkok: Printing Company Limited (1987) Limited; P. 165-75.
6. Nantachaipan P, Sowongwong P. Clinical nursing practice guidelines: palliative care in adult patients. Bangkok: Golden Point; 2015.
7. Puengrasamee T. Palliative care and end of life care. In: Lertmanosin P, Nuchprayoon I, Chatkaew P, and Sitthibun C, editor. End of life care. Bangkok: Printing; 1987. P. 15-23. (In Thai)
8. Ministry of Public Health, National Cancer Control Program (National Cancer Control Programs). Agricultural University of Thailand: National Cancer Institute, Department of Medicine; 2013-2017.
9. Morrakot P, Nilmanat K, Matchim Y. Effects of the program to promote adaptation of relatives of caregivers of chronic patients with chronic diseases. *Thai Journal of Nursing Council* 2015; 30(1): 33-45. (In Thai)
10. Meecharoen W. Family caregivers of cancer patients: Roles' adaptation and quality of life promotion. *Rama Nurs J* 2015; 21(1):82-95. (In Thai)
11. Morrakot P, Nilmanat K, Matchim Y. Adaptation of relatives, caregivers, patients with chronic illnesses with chronic diseases. In: Prince of Songkla University, editor. Hat Yai Academic Session 4, Research for Thai Society Development. Songkhla; 2013. (In Thai)
12. Harding R, List S, Epiphaniou E, Jones H. How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliative Medicine* 2012;26(1):7-22.

13. Grant M, Sun V, Fujinami R, Sidhu R, Otis-Green S, Juarez G, et al. Family caregiver burden, skills preparedness, and quality of life in non-small cell lung cancer. *Oncology Nursing Forum* 2013;40(4): 337-46.
14. Yuttaisong N. A research synthesis to help family caregiver of people with cancer in stress management [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2010. (In Thai)
15. Putsadu P. Stress, coping, relatives, caregivers and management of behavioral and emotional problems in patients after traumatic brain injury [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2013. (In Thai)
16. Janze A, Henriksson A. Preparing for palliative caregiving as a transition in the awareness of death: family carer experiences. *International Journal of Palliative Nursing* 2014;20(10):494-501.
17. Intarasombat P, Monkong S, Churaitatsanee S, Vongterapak S, Prasanaikom W, Pronsawatchai P, et al. Comprehensive care of hospitalized older adults: transitional care from hospital to home. *Rama Nurs J* 19(2):194-205. (in Thai)
18. Henriksson A, Arestedt K, Benzein E, Ternstedt BM, Andershed B. Effects of a support group programme for patients with life-threatening illness during ongoing palliative care. *Palliative Medicine* 2013;27(3):257-64.
19. Hendriksen E, Williams E, Sporn N, Greer J, DeGrange A, Koopman C. Worried together: a qualitative study of shared anxiety in patients with metastatic non-small cell lung cancer and their family caregivers. *Support Care Cancer* 2015;23(4):1035-41.
20. Aoun S, Deas K, Toye C, Ewing G, Grande G, Stajduhar K. Supporting family caregivers to identify their own needs in end-of-life care: Qualitative findings from a stepped wedge cluster trial. *Palliative Medicine* 2015;29(6):508-17.
21. Angelo JK, Egan R, Reid K. Essential knowledge for family caregivers: a qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing* 2013;19(8): 383-8.
22. Greene A, Aranda S, Tieman JJ, Fazekas B, Currow DC. Can assessing caregiver needs and activating community networks improve caregiver-defined outcomes? A single-blind, quasi-experimental pilot study: community facilitator pilot. *Palliative Medicine* 2012;26.
23. Hudson, Lobb EA, Thomas K, Zordan RD, Trauer T, Quinn K, et al. Psycho-educational group intervention for family caregivers of hospitalized palliative care patients: pilot study. *Journal of Palliative Medicine* 2012;15(3):277-81.
24. Hanucharunkul S. Self-care: Art and science of nursing. Bangkok: V.J. printing; 2001. (In Thai)
25. Aekkul T. Behavioral and social research methods. Ubon Ratchathani: Rajabhat Institute Ubon Ratchathani. 2001. (In Thai)
26. Pfeiffer E. A Short Portable Mental Status Questionnaire of the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 1975; 23(10): 433-441.
27. Chewaskulyong B. Palliative care. (in Chewaskulyong B. Ed.). Chiang Mai: Vientiane Printing Co., Ltd. 2003. (In Thai)
28. Hendrix CC, Bailey DE, Jr., Steinhauer KE, Olsen MK, Stechuchak KM, Lowman SG, et al. Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. *Support Care Cancer* 2015.
29. Tieman JJ, Swetenham K, Morgan DD, To TH, Currow DC. Using telehealth to support end of life care in the community: a feasibility study. *BMC Palliative Care* 2016;15(1):94.

Effects of Family Caregiver Training Program on Family Caregivers and Patients Outcomes in Terminal Care of Chronic Illness Patients

Siriporn Semsarn¹ M.N.S. (Adult Nursing)

Suchira Chaiviboontham² Ph.D. (Nursing), APMSN

Phichai Chansriwong³ MD. (Oncology Medicine)

Abstract: Care of chronically ill patients in terminal stage has impacts on family caregivers and patients' outcomes. This quasi-experimental research with one-group repeated measured, aimed to study the effects of family caregiver training program on caregivers' and patients' outcomes. The subjects were 30 pairs of primary family caregivers and patients with terminal stages recruited based on selection criteria. Instruments comprised of 3 parts: 1) screening tools; 2) data collection tools including family caregivers' outcomes (the confidence in using knowledge and skills in caring their patients, stress level, and satisfaction of family caregivers) and patient outcomes (number of advanced care plan conducted, and emergency visit for symptom management); and 3) research process tool, the family caregivers training program developed by the researcher. The set of instruments were validated and tested for reliabilities. Data analysis: one-way repeated measure ANOVA (RM-ANOVA) was used to determine the confidence in using knowledge and skills in caring for their patients, and stress levels; and paired t-test was used to determine family caregivers' satisfaction, at pre and post training program. Results revealed that the mean scores of the confidence in using knowledge and skills and the mean score of caregivers' satisfaction at post training were significantly higher than pre training ($p < .05$). The mean score of caregivers' stress was significantly lower than pre training ($p < .05$). The program developed can be used in promoting family caregivers capabilities in caring for chronically ill patients at terminal stages.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2018; 5(1): 112-126

Keywords: family caregiver training program, family caregivers, terminal chronic illness patients, outcomes

¹ Advanced Practice Nurse and Diplomate Candidate, Thai Board of Advanced Practice in Medical-Surgical Nursing (Dip.APMSN), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

² Assistance Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; Corresponding author, E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

³ Lecturer, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.