



ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความ ทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สุริยา พองเกิด*

สรวงทิพย์ ภูักฤษณา*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 20 ครอบครัว เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย และสุ่มเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความทุกข์ทรมานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความทุกข์ทรมานของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการทดสอบด้วย Wilcoxon Signed-Ranks test และ Mann Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ ครอบครัวของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 100, p < .01$) และยังมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่าเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilcoxon Signed-Ranks test=55, $p < .01$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยลดความทุกข์ทรมานในครอบครัวได้และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานได้

คำสำคัญ : ครอบครัว / มะเร็งระยะสุดท้าย / ความทุกข์ทรมาน / โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี



Effect of Illness Beliefs Model Program on the Families Suffering From Taking Care End State Cancer Patients

.....

*Suriya Fongkerd**

*Sroungtip Poogritsana**

Abstract

The purpose of this quasi – experimental research was to determine the effect of applying Illness Beliefs Model on family suffering from taking care of the end stage cancer patients. The sample consisted of 20 families and randomly assigned to the control and experimental groups each of 10 families. The control group received regular program and the experimental group received the applying Illness Beliefs Model (IBM) program. The sample in both group were assessed for suffering at a baseline level and six weeks after the experiment. Data were analyzed using frequency, median, standard deviation, Wilcoxon Signed–Ranks test and Mann Whitney–U test. The results revealed that the median score of family suffering in the experimental group was significantly less than those in the control group ($U = 100, p < .01$). Compared to the baseline, score of family suffering was lower at the end of the experiment for the experimental group (Wilcoxon Signed–Ranks test=55, $p < .01$). Findings suggested that effect of the Illness Beliefs Model program could reduce the families suffering from taking care of the end stage cancer patients. The registered nurses should consider applying the Illness Beliefs Model program to families with patients having the end stage cancer.

Keywords: Family / End stage cancer / suffering of care giver / Illness Beliefs Model program.

* Instructor of Borommarajonani College of Nursing Chon Buri



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของประชาชนและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ในปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมาและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ซึ่งโรคมะเร็งเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย และทุกอวัยวะของร่างกาย ความเจ็บปวดเมื่อเกิดขึ้นแล้วมิได้เกิดผลกระทบต่อร่างกายเท่านั้น หากยังมีการเจ็บป่วยทางจิตใจและครอบครัวด้วย² และในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือภาวะใกล้ตายผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจอย่างมาก เผชิญกับความกลัว ความโดดเดี่ยว ความอ้างว้าง และความกังวลในเรื่องต่างๆ กับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นโดยเป็นประสบการณ์ที่มีเพียงผู้ที่กำลังจะตายเท่านั้นที่รับรู้ได้สิ่งที่บุคคลรอบข้างจะช่วยเหลือได้คือความสุขสบายทางกายและความสุขสงบทางจิตวิญญาณเป็นครั้งสุดท้าย³ ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในสมาชิกคนใดคนหนึ่งก็มักจะมีผลกระทบไปยังสมาชิกคนอื่น ๆ รวมทั้งครอบครัว ทั้งระบบจะถูกกระทบไปด้วย และในทางกลับกันครอบครัวก็มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วยเช่นกัน⁴ หรืออาจกล่าวได้ว่าเมื่อสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยขึ้นมีผลทำให้สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้และเมื่อสมาชิกที่ดูแลเกิดการเจ็บป่วยก็จะมีผลกระทบต่อสมาชิกที่เจ็บป่วยเพิ่มขึ้นอีก ครอบครัวนับว่ามีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสม ตามสภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ครอบครัวยังมีหน้าที่ตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ อีก เช่น ด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง หรือทางด้านอารมณ์ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนมากจะมีปัญหาการซึมเศร้าและวิตกกังวล⁵ ภาระในการดูแลของสมาชิกครอบครัวประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัว มีผลทำให้เกิดความเครียดและความทุกข์ทรมานในการดูแลได้⁴

นอกจากนี้ยังมี งานวิจัยอีกมากมายทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่พบว่าการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรังทำให้เกิดความทุกข์ทรมานขึ้น ได้แก่ ความรู้สึกไม่สุขสบาย ความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า รู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล ซึ่งเป็นผลทางอารมณ์ในด้านลบที่มีผลต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงคุณภาพในการดูแลด้วย ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยนี้จะเป็นสิ่งที่ขัดขวางการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐานของบุคคล อาจทำให้เกิดความล้มเหลวในการดำรงชีวิตได้⁶ และจากการรวบรวมวรรณกรรมพบว่ามียุทธศาสตร์ที่มีผลต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัวคือความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมานในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้สามารถที่จะดำเนินการตอบสนองความต้องการของตนเอง รู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน สร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวของคนไทย จะเน้นให้การพยาบาลแต่เฉพาะตัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเท่านั้นยังไม่พบเห็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้กับครอบครัวของผู้ป่วยที่ชัดเจน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการสอน การแนะนำ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถาม พูดคุยแต่ไม่เน้นความสำคัญของความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยต่อความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และยังไม่มีการสนทนาเพื่อบำบัดสำหรับครอบครัวในกลุ่มนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจนำรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model : IBM)⁴ มาใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาลและความเข้าใจความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยการรักษา การดูแลสุขภาพ ทำให้พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจ



ในศักยภาพในการดูแลสุขภาพและการแก้ปัญหาของซึ่งกันและกันนำมาซึ่งการเปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและเปิดโอกาสสำหรับการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเป็นรูปแบบที่ใช้ในการให้บริการแก่ครอบครัวที่ประสบปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อันเนื่องมาจากมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสังคมอื่นๆ ในการปฏิบัติการพยาบาลมีการใช้องค์ความรู้จากศาสตร์การพยาบาลครอบครัวและศาสตร์ทางครอบครัวอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและมีการพัฒนาองค์ความรู้จากการปฏิบัติการพยาบาลจนเป็นรูปแบบที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายและได้นำไปใช้ในหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนรวมทั้งนำไปใช้ในการดูแลครอบครัวในงานวิจัยต่างๆ เช่น แพทท์⁷ ได้นำรูปแบบ IBM มาใช้ในการบำบัดครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดพบว่า ช่วยลดความทุกข์ทรมานของครอบครัวลงได้ และต่อมาประยุกต์รูปแบบ IBM ใช้กับสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจโคโรนารี ทำให้ได้ข้อมูลรายละเอียดของครอบครัวชัดเจนช่วยให้พยาบาลยอมรับความเป็นผู้มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาของครอบครัว เสนอแนะสิ่งที่มีประโยชน์และเหมาะสม และช่วยให้ครอบครัวตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับครอบครัว⁷

ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบ IBM นี้มาประยุกต์ใช้ในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อของครอบครัวที่มีผลต่อการปรับสมดุลของครอบครัวและการดูแลผู้ป่วย โดยการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมานลดลง สามารถคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่ดีและดำเนินชีวิตอยู่กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและ

ยอมรับความตายในอนาคตอันใกล้ของผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างเหมาะสม

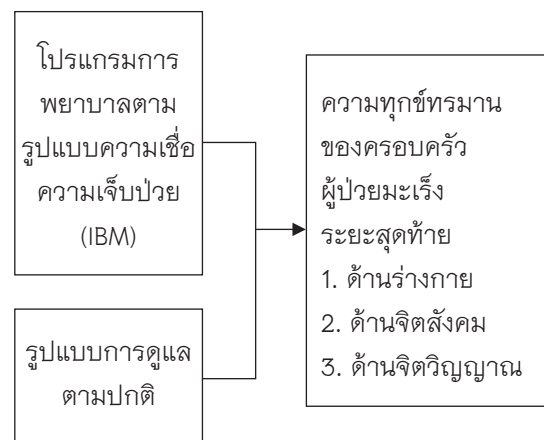
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างก่อนและหลังการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย
2. เพื่อเปรียบเทียบความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย
2. ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย





วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest/Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากบุคลากรทางสาธารณสุข มุ่งศึกษาครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 20 ครอบครัว กลุ่มทดลอง จำนวน 10 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 ครอบครัว ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนตุลาคม 2554 ซึ่งคัดเลือกจากประชากรที่มีความทุกข์ทรมานในระดับเดียวกันและทำการสุ่มอย่างง่ายโดยไม่ใส่คืนเพื่อคัดเลือกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) ความเข้าใจบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ 2) การค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 3) การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค 4) การแยกแยะ ประเมินความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพศ อายุ สถานะสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแล/วัน โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย 8 ข้อ ด้านจิตสังคม 19 ข้อ และ

ด้านจิตวิญญาณ 8 ข้อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย Mann-Whitney U test) และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม Wilcoxon Signed-Ranks test

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ลักษณะทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี และ 50-59 ปี มีเท่ากัน จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือมีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี และ 60 ปีขึ้นไปเท่ากันจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 6 ราย และ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 และ ร้อยละ 70 ตามลำดับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่มีจำนวนเท่ากัน คือ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 6 ราย และ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 และ ร้อยละ 50 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 100 ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า กลุ่มทดลองเป็นบุตรของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือ ภรรยาและสามี จำนวนเท่ากันมี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นภรรยาและบุตร จำนวนเท่ากันมี 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพและมีอาชีพค้าขายจำนวนเท่ากัน มี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มี



รายได้ น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน จำนวน 7 ราย และ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 60 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 8 รายและ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 และร้อยละ 70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกใน

ครอบครัวเท่ากันคือช่วงจำนวน 4-6 คน จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 1-3 ปี จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 4-6 ปี จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 60

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานของความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระหว่างก่อนและหลังการดูแลด้วยโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองและการดูแลตามรูปแบบปกติในกลุ่มควบคุม

	N	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Difference Test	df	p-Value
		Median	SD	Median	SD			
กลุ่มทดลอง	10	90.00	3.20	35.0	2.81	55	9	<.001
กลุ่มควบคุม	10	91.00	3.31	65.0	2.81	50	9	<.001

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 90.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.20 และหลังการทดลองเท่ากับ 35.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.81 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilcoxon Signed-Ranks = 55, $p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานลดลงมากกว่าก่อนได้รับ

การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย นั่นคือ ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังการทดลองมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่าก่อนทดลอง คะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเท่ากับ 91.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.31 และหลังการทดลอง เท่ากับ 65.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.81 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilcoxon Signed-Ranks=50, $p < .001$)



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลของแต่ละกลุ่ม

	n	หลังการทดลอง		Mann-Whitney U	df	p-Value
		\bar{x}	SD			
กลุ่มทดลอง	10	32.80	2.66	-24.21	18	< .001
กลุ่มควบคุม	10	70.50	4.14			

จากการศึกษาพบว่าเมื่อนำผลต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปทดสอบทางสถิติ พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 100$, $p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ นั่นคือ ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

การอภิปรายผล

ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับ พัชริน แน่นหนา^๑ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว^๑ พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับ

โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อาจอธิบายได้ว่า การที่ครอบครัวไม่ว่าจะเป็นคู่สมรสหรือบุตรต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วย ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม หรือจิตวิญญาณ เมื่อผู้วิจัยทำการสนทนาเพื่อบำบัดตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัวผู้ป่วยแต่ละคนและมีความสัมพันธ์กันและมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง^๑ การเชื่อเชิญให้ครอบครัวได้บอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การเผชิญความเจ็บป่วย ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อครอบครัวซึ่งการเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เล่าเรื่องราว (Illness Narrative) นอกจากจะบอกเล่าเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งแล้ว ยังเป็นการบอกเล่าถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวต้องการเล่าด้วย^๔ และการที่พยาบาลฟังการบอกเล่าจากครอบครัวอย่างตั้งใจ จะช่วยให้ครอบครัวมีกำลังใจที่จะแสดงความคิดเห็นความรู้สึก เกิดความภาคภูมิใจรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹⁰ การใช้เทคนิคการสนทนาจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรค ทำให้ความทุกข์ทรมานของครอบครัวในด้านต่างๆ ลดลงได้ดังนี้ “คำถามเดียว” (One Question-Question) ที่ครอบครัวต้องการคำตอบ จะช่วยให้ผู้วิจัยประเมินปัญหาและความ



ต้องการของครอบครัวที่สำคัญที่สุดได้และนำมาซึ่ง การให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับครอบครัว สอดคล้องกับ Wright & Ledhey¹¹ ที่ว่าคำถาม เดียวนั้นมักเป็นคำถามที่สำคัญที่สุดเป็นคำถามที่ ครอบครัวต้องการคำตอบ เป็นวิธีที่มีประโยชน์ใน การแยกแยะปัญหา ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหา และความเชื่อของปัญหานั้นและให้ความช่วยเหลือ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของครอบครัวต่อไป สำหรับการให้คำชมเชยครอบครัวเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยจะช่วยให้ครอบครัวเห็นถึงความเข้มแข็ง สามารถนำมาเป็นจุดเด่น และช่วยปรับเปลี่ยนความ เชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงรวมถึงเห็นถึง ความรักความผูกพันที่มีต่อกันในครอบครัว การ ถามถึงความเชื่อเกี่ยวกับการมีผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าถึงความเชื่อของครอบครัว ต่อการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นทำให้ผู้วิจัยเสนอข้อมูลที่ไม่ ซ้ำซ้อน เป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง¹¹ การเชื่อเชียวให้ ครอบครัวอธิบายว่ามีอะไรที่เกิดการเปลี่ยนแปลง ขึ้นในครอบครัว จะทำให้ครอบครัวตระหนักถึงการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ เหมาะสม สำหรับการเสนอทางเลือก ความคิดใหม่ๆ การเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกัน จะช่วยเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีทางเลือกมากขึ้น มีความคิดที่หลากหลาย เกิดการพัฒนาความคิด นำความเข้มแข็งและความสามารถที่มีอยู่ออกมา ใช้และเกิดพลังใจเกิดการสะท้อนความคิด มอง สถานการณ์ด้วยมุมมองใหม่ๆ เข้าใจในตนเอง มากขึ้น และพบวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้⁷ วิธีการเหล่านี้ทำให้ครอบครัวมีทางเลือกที่จะปฏิบัติ ให้เหมาะสม นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความคิด (Cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (Affective) และ พฤติกรรม (Behavior) ซึ่งทำให้ความทุกข์ทรมาน ด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณลงได้¹¹ ซึ่ง สอดคล้องกับ พัทธิน แนนหนา⁸ ได้ศึกษาในผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและ ครอบครัวพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการเปลี่ยนแปลง

ความคิด (Cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (Affective) และพฤติกรรม (Behavior) ซึ่งทำให้ความทุกข์ ทรมานด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณลง ได้ และจากการที่ครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่ สำคัญของผู้ป่วย เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ไปในทางที่ดีขึ้นก็จะมีผลดีต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดความรัก ความเข้าใจ มีสัมพันธภาพที่ดี ต่อกัน ซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งของครอบครัว ด้วยเช่นกันสำหรับการดูแลตามปกติเป็นการให้ ความรู้ให้คำแนะนำกับครอบครัวในเรื่องการ ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เปิด โอกาสให้ครอบครัวได้ซักถาม พุดคุยถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลแต่ยังไม่มีการนำการสนทนา บำบัดมาใช้กับครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพ ที่ดีระหว่างครอบครัว ผู้ป่วย และพยาบาล มีผลต่อ ความไว้วางใจและความมั่นใจในการดูแลรักษา และ มีประสิทธิภาพในการดูแลรักษาด้วยเช่นกันจาก เหตุผลที่กล่าวมาแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างจาก การสนทนาบำบัดที่เกิดขึ้นตามรูปแบบความเชื่อ ความเจ็บป่วยและการดูแลตามปกติ ซึ่งมีผลให้ผล ต่างคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานของครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายลดลงมากกว่าครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม ปกติ นั่นคือ ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไ้ รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีความทุกข์ทรมานน้อยกว่าครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำรูปแบบ ความเชื่อความเจ็บป่วยนี้ไปใช้กับครอบครัวผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากการเจ็บป่วยมีผลกระทบ ต่อครอบครัวและครอบครัวมีผลกระทบต่อ การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวเช่นกัน การสนทนา บำบัดช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และที่มีสุขภาพมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความ ไว้วางใจและเปิดเผยความเชื่อความทุกข์ทรมานที่



เกิดจากการดูแลผู้ป่วย นำมาซึ่งความเปลี่ยนแปลง ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและจากการที่ทีมสุขภาพเข้าใจความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงของครอบครัว รวมทั้งบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถให้การบำบัดทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และช่วยให้ครอบครัวปรับสมดุลและอยู่กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีความสุขจนวาระสุดท้ายของผู้ป่วย

ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยเกี่ยวกับการใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเพื่อลดความทุกข์ทรมานที่พัฒนาขึ้น ไปใช้กำหนดนโยบายหรือจัดระบบบริการสำหรับครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือจัดตั้งคลินิกครอบครัวสำหรับดูแลผู้ป่วยในระยะประคับประคอง เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และมีรูปแบบในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยที่ชัดเจน ฝ่ายบริหารควรจัดพัฒนาบุคลากรโดยส่งเสริมการทำ R2R เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการในด้านการสนับสนุนมิติด้านจิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณให้กับผู้รับบริการ สนับสนุนการสร้างนวัตกรรมและการจัดการความรู้เพราะการศึกษาด้านการพยาบาลครอบครัวมีผู้ดำเนินการและการทำวิจัยยังมีน้อยอยู่

ด้านการศึกษาพยาบาล ต้องจัดอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการสนทนากับครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย จนพยาบาลเกิดความมั่นใจในศักยภาพในการใช้รูปแบบนี้ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติจริงและในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตควรมีการเน้นในเรื่องการสนทนาเพื่อการบำบัดสำหรับครอบครัวทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยให้กับนักศึกษาพยาบาล ในวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชนให้มากขึ้นเนื่องจากนักศึกษาจะพบกับสภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องดูแลกันเองที่บ้านดังสภาพของกลุ่มตัวอย่างวิจัยครั้งนี้มากขึ้นและครอบครัวยังต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ

เช่นนี้อีกมาก

ด้านการวิจัย การวิจัยครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Control Trial : RCT) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเนื่องจาก RCT เป็นรูปแบบการทดลองที่ช่วยป้องกันและลดปัจจัยภายนอกที่อาจมีผลกระทบต่อผลการทดลอง ซึ่งจะช่วยให้ศักยภาพของรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยที่ชัดเจนขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. Hospital-based cancer registry. กรุงเทพฯ 2553.
2. พระไพศาล วิสาโล. เปิดหน้าต่าง สร้างสะพาน สมนานใจ:ทางออกจากกับดักแห่งความรุนแรงในยุคทักษิณ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ 14 ตุลา; 2547.
3. ธนิตา เขียรธำรงสุข, ภาวนา กิรติยดวงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย:การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2541;6(2):22-26.
4. Leahey M, Harper-Jaques S. Family-Nurse Relationships: Core Assumptions and Clinical Implications. Journal of Family Nursing. May 1, 1996 1996;2(2):133-151.
5. อุดม ไกรฤทธิชัย. สารพัดปัญหาโรคไตวาย สำหรับประชาชน กรุงเทพฯ: ทิพย์วิสุทธิ (พิมพ์ครั้งที่ 5); 2545.
6. Kanervisto M, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on family functioning. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2003;32(6):360-367.
7. Tapp DM. The Ethics of Relational Stance in Family Nursing: Resisting the View of "Nurse as Expert". Journal of Family Nursing. February 1, 2000 2000;6(1):69-91.
8. พัชริน แหม่นหนา. ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความ



ทุกซัทรมานของ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.

9. อุมภาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: ชันด้าการพิมพ์; 2544.
10. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. ราชบัณฑิตยสาร. 2546;9(2):156-165.
11. Wright LM, Lealey M. Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention. Philadelphia: F.A. Davis; 2005.