

ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Resilience and the Associated Factors of Family Caregivers in Terminal Illness Patients
of Cheewabhibaln Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดย

ว่าที่ ร.ต.หญิงกรศิริ พิกุลทอง

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุญธวัชชัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุญธวัชชัย)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กรศิริ พิภพทอง : ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (Resilience and the Associated Factors of Family Caregivers in Terminal Illness Patients of Cheewabhibaln Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. นพ.พีรพนธ์ ลือบุญญวัชชัย

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความยืดหยุ่นทางอารมณ์และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ศึกษาเฉพาะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นผู้ป่วยของศูนย์ชีวภิบาล ที่ส่งปรึกษาศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 150 คน โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2562-มกราคม พ.ศ. 2563 คัดเลือกการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ศึกษาเฉพาะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพศชายและหญิงทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 1 เดือนขึ้นไป เก็บข้อมูลโดยการให้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล 3) แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย 4) แบบประเมินความยืดหยุ่นทางอารมณ์ 5) แบบวัดการเห็นคุณค่าของตนเอง 6)แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า 7) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และ 8) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว ผลการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 47 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่และมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยที่ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าคะแนนความยืดหยุ่นทางอารมณ์โดยเฉลี่ยเท่ากับ 69.73 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.76) ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระ ในการดูแล(ร้อยละ 54.7) มีการเห็นคุณค่าของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.3) พบภาวะวิตกกังวลร้อยละ 30.7 และพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.7 ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและแยกเป็นรายด้าน ทุกๆด้าน (ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร และวัตถุ) อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.0 ร้อยละ 64.7 และร้อยละ 66.7) และมีหน้าที่และความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับดี (ร้อยละ 66.0) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ การไม่ใช้ยานอนหลับ การไม่มีภาวะวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและทุกๆด้านในระดับปานกลางถึงสูง ($p<0.05$) ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูง ได้แก่ การไม่ใช้ยานอนหลับ ($p<0.05$) และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมระดับปานกลางถึงสูง ($p<0.01$)

สรุป ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่ำกว่าในประชากรทั่วไป โดยพบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยานอนหลับและการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้ลดความเครียดกังวล เกิดการผ่อนคลายและสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น รวมถึงการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย



สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6174251130 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: resilience, family caregivers, terminal illness patients

Kornsiri Pikulthong : Resilience and the Associated Factors of Family Caregivers in Terminal Illness Patients of Cheewabhibaln Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Advisor: Assoc. Prof. Peeraphon Lueboonthavatchai, M.D.

Objectives: The current study aspired to examine resilience and associated factors of family caregivers of the terminal illness patients in Cheewabhibaln Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Methods: This descriptive study was conducted among 150 family caregivers who were referred to receive additional care from Cheewabhibaln Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital. The data collecting period was from September 2019 to January 2020. The sample group was recruited through the purposive or judgmental sampling method from both male and female family caregivers who had been taking care of the terminal illness patients for at least one continuous month. The participants completed eight questionnaires including; 1) Demographic Characteristics Form, 2) Caregiving Data Form, 3) Zarit Caregiver Burden Scale 4) Conner-Davidson Resilience Scale Questionnaire (CD-RISE), 5) The Revised version of Thai Rosenberg Self-Esteem Scale: Revised Thai RSES, 6) Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS), 7) Social Support Questionnaire and 8) Family Relationship and Function Questionnaire.

Results: The total numbers of the family caregivers of the terminal illness patients were 150 people which most of the participants were female with average age of 47 years old. Additionally, the majority of the target group were married, finished undergraduate degree, and not working. Furthermore, most terminal illness patients were related to the participants as parents. More than half (54.0%) had duration of care less than 1 year. It was found that the average scores of resilience in family caregivers of the terminal illness patients were 69.73 (standard deviation = 13.76). Most of the family caregivers reported that it was not a burden to take care of the patients (54.7%) and had moderate self-esteem (75.3%). Thirty-eight point six percent had anxiety and twelve point seven percent had depression. Most of them had moderate overall social support and in each social support dimension (emotional, informational, tangible with 68%, 64.7% and 66.7% respectively) and had good family relationship and function (66.0%). In addition, factors associated with moderate-to-high level of resilience in family caregivers of the terminal illness patients included no use of sedatives/hypnotics, no anxiety, and moderate-to-high level of overall social support, and of each dimension of social support scale ($p < 0.05$). Furthermore, it was found that the predictors of moderate-to-high level of resilience were no use of sedatives/hypnotics ($p < 0.05$) and moderate-to-high level of social support ($p < 0.01$).

Conclusion: Family caregivers of the terminal illness patients had lower level of resilience than the general population which was found in those with the use of sedatives/hypnotics and had low social support. Therefore, in order to promote resilience in the family caregivers, supporting their mental health, helping them to relax and providing good social support in every dimension especially the informational support would be crucial to the family caregivers.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีโดยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลีอนุธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้ให้แนวคิด คำแนะนำ ช่วยเหลือ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดการทำวิทยานิพนธ์ให้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งและระลึกถึงความเมตตาและพระคุณของท่านอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ในโอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภพิติพร ที่ให้เกียรติเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการสอบภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยให้เสร็จสมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ ที่อนุญาตให้ใช้แบบประเมินความยืดหยุ่นทางอารมณ์ อาจารย์ชัญญชิตาคุชฎี ทูลศิริ ที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย (the Burden Interview for Caregivers of Patients) ศาสตราจารย์นายแพทย์ทินกร วงศ์ปการันต์ ที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์กฉบับปรับปรุง (The Revised version of Thai Rosenberg Self-Esteem Scale, Revised Thai RSES) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช ได้อนุญาตให้ใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลีอนุธวัชชัย แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (Family Relationship and Function Questionnaire) มาใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณทีมศูนย์ชีวภินาล ที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล คณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมถึงเจ้าหน้าที่ และเพื่อนร่วมชั้นเรียนทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ทำให้ช่วงชีวิตของการศึกษาต่อในระดับปริญญาโทเป็นช่วงที่มีความหมายและประทับใจ

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดาสำหรับแรงบันดาลใจในการศึกษา มารดา ครอบครัวพิกุลทอง ที่เป็นกำลังใจที่ดี ช่วยเหลือ และสนับสนุนในการเรียนตลอดมา

กรศิริ พิกุลทอง

สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	9
สารบัญภาพ	10
.....	10
บทที่ 1	11
บทนำ (Introduction to the Study).....	11
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย	11
คำถามของการวิจัย.....	13
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	13
สมมติฐานของการวิจัย.....	13
ขอบเขตการวิจัย.....	13
ข้อจำกัดในการทำวิจัย	13
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	15
กรอบแนวคิดการวิจัย	16
บทที่ 2	17

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature Review).....	17
บทที่ 3	42
วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)	42
ประชากร.....	42
กลุ่มตัวอย่าง	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	47
การวิเคราะห์ข้อมูล	47
ปัญหาทางจริยธรรม.....	48
บทที่ 4	49
ผลการศึกษา (Results).....	49
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วย ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ การเห็น คุณค่าของตนเอง ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และหน้าที่และ ความสัมพันธ์ของครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์	50
ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	58
ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลระยะท้ายของ ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	64
บทที่ 5	66
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	66
(Summary, Conclusions, and Recommendations)	66
สรุปผลการวิจัย.....	66
อภิปรายผลการวิจัย.....	68

ข้อจำกัดในการศึกษา.....	71
ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป	72
บรรณานุกรม.....	3
ประวัติผู้เขียน.....	10



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150).....	50
ตารางที่ 2 ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150).....	53
ตารางที่ 3 ภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150).....	54
ตารางที่ 4 การเห็นคุณค่าของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของระยะท้ายศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150).....	54
ตารางที่ 5 ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150).....	55
ตารางที่ 6 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150).....	56
ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	57
ตารางที่ 8 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150).....	58
ตารางที่ 9 ปัจจัยเกี่ยวกับการดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150).....	60
ตารางที่ 10 ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150).....	61
ตารางที่ 11 สหสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนของความยืดหยุ่นทางอารมณ์กับค่าคะแนนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150).....	63
ตารางที่ 12 ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	64

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 แสดงภาพรวมของการดูแลแบบประคับประคอง 33



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ (Introduction to the Study)

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Rationale and Background)

ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อการดูแลแบบประคับประคองอาการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนกว่า 40 ล้านคน⁽¹⁾ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคด้านระบบทางเดินหายใจ และติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น เช่นเดียวกับในประเทศไทยกลุ่มโรคดังกล่าวก็ถูกรายงานว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรไทยเช่นกัน⁽²⁾ ซึ่งผู้ป่วยระยะท้ายจะต้องเผชิญกับอาการทางกาย ได้แก่ ความปวดทางกาย อาการเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร สับสน เพื่อ เป็นต้น รวมถึงอาการทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกพลัดพราก ความรู้สึกว่ายังมีสิ่งที่ยังค้างคาใจ ความรู้สึกเป็นห่วงหรือกังวลต่อสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ทำให้มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งญาติผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ต้องสังเกตอาการ ดูแลช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ทรมาน ตลอดจนเป็นผู้ประสานงานสื่อสารและตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแลทั้งความเครียดจากการปรับเปลี่ยนเวลาการทำงานหรือเวลาส่วนตัวมาดูแลผู้ป่วย จนทำให้มีเวลาส่วนตัวจำกัด ญาติผู้ดูแลไม่สามารถออกจากบ้านไปไหนได้ และความอ่อนล้าทางร่างกายจากการดูแลและเหน็ดเหนื่อยที่ต้องตื่นเข้ามารับภาระดูแล⁽³⁾ ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดความเครียด^(4, 5) ความกดดันในหลายด้าน บางรายอาจเกิดอาการซึมเศร้า⁽⁴⁻⁸⁾ วิตกกังวล เบื่อหน่าย^(9, 10) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล^(4, 6, 8, 11, 12) ความเหนื่อยล้า^(5, 10) รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง^(5, 9) จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย จิตใจ รวมถึงคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล⁽¹³⁾ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์เพราะการเผชิญกับภาระการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและภาวะสูญเสียผู้ป่วยเป็นวิกฤตในชีวิตครอบครัว หากญาติผู้ดูแลไม่สามารถผ่านพ้นไปได้ก็อาจจะทำให้เกิดสภาวะการสูญเสียและไม่สามารถกลับมาทำบทบาทหน้าที่เดิมได้อีก⁽¹⁴⁾

ความยืดหยุ่นทางอารมณ์เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับปัญหาและความสามารถในการกลับคืนพื้นตัวเองเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก เป็นสิ่งสำคัญที่ใช้เมื่อเผชิญวิกฤตหนัก หรือเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหนักซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถกลับมาดำเนินชีวิตต่อไปได้ การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลนี้ถือเป็นงานสำคัญอย่างหนึ่งของศูนย์ชีวภิบาล

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นศูนย์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย และช่วยให้ครอบครัวสามารถยอมรับและปรับตัวต่อการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นได้

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ โดย Hwang และคณะ⁽⁴⁾ ซึ่งศึกษาในญาติผู้ดูแล 273 ราย จากสถานที่อยู่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (hospices) จำนวน 7 แห่ง และหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care Unit) ในประเทศเกาหลีใต้ โดยใช้แบบประเมิน The Korean version of the Connor-Davidson Resilience Scale พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีค่าเฉลี่ยต่ำ (คะแนนเท่ากับ 62.2 ± 16.3) และ Hui Lin Ong และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เจ็บป่วยทางกายหรือเจ็บป่วยทางจิต 285 ราย ในประเทศสิงคโปร์ ใช้แบบประเมิน The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ก็พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน (คะแนนเท่ากับ 70.8 ± 15.1) แต่ในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายค่อนข้างจำกัด

และจากการศึกษาเพิ่มเติมได้พบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม⁽¹⁶⁾ แบ่งได้ 2 ประการ คือ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน ที่มีส่วนทำให้เกิดความผิดปกติหรือความอ่อนแอแก่บุคคล และบางปัจจัยจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวให้ดีขึ้นต่อสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย และส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ได้ โดยปัจจัยเหล่านั้นได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว สุขภาพของญาติผู้ดูแลภาระในการดูแล การเห็นคุณค่าของตนเอง ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความยืดหยุ่นทางอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นศูนย์ที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและญาติโดยเฉพาะ ผลที่ได้จากการศึกษาจะช่วยให้สามารถค้นหาผู้ที่มีปัญหาความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ช่วยส่งเสริมญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยระยะท้ายให้สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งรวมถึงนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อไป

คำถามของการวิจัย (Research questions)

1. ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research objectives)

1. เพื่อศึกษาความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สมมติฐานของการวิจัย (Hypothesis)

ไม่มี

ขอบเขตการวิจัย (Research scope)

เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงพรรณา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งหมด 150 ราย เพื่อศึกษาความยืดหยุ่นทางอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อจำกัดในการทำวิจัย (Limitations)

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นผู้ป่วยของศูนย์ชีวาภิบาลเท่านั้น

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definitions)

ผู้ป่วยระยะท้าย (terminal illness patients) หมายถึง เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด อยู่ในภาวะทรุดลงเรื่อยๆ ก่อนเสียชีวิต คาดการณ์ว่าจะเสียชีวิตภายใน 1 ปี เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์ (AIDS) โรคทางระบบ

ประสาทและกล้ามเนื้อ เป็นต้น ทั้งนี้รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเฉียบพลันที่คุกคามชีวิต (life-threatening illness) เช่น ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ หรือการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ในการศึกษานี้ประเมินโดยอาศัยการวินิจฉัยจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (family caregivers) หมายถึง ญาติผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นบุคคลในครอบครัวอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักต่อเนื่องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน และดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (resilience) หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวและเผชิญกับ ปัญหาของบุคคลต่อสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิตและสามารถผ่านพ้นสถานการณ์นั้นไปได้ใน การศึกษานี้ประเมินโดยใช้แบบประเมินความยืดหยุ่นทางอารมณ์ฉบับภาษาไทย Conner-Davidson Resilience Scale Questionnaire (CD-RISE)

ภาระในการดูแล (caregivers burden) หมายถึง การรับรู้ หรือความรู้สึกเกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ เป็นผลมาจากการดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ญาติผู้ดูแล ในครอบครัวต้องรับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในหลายๆด้าน จัดการกับความยุ่งยากทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงทำให้รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยนั้น เป็นภาระ เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแล ผลข้างเคียงของการรักษาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย กล่าวว่าผลกระทบของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัว และมีความเศร้าโศกกับอาการของผู้ป่วยที่ทรุดลงตามระยะของโรค ในการศึกษาี้ประเมินโดยใช้ แบบวัดภาวะในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยฉบับภาษาไทย The Burden Interview for Caregivers of Patients

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) หมายถึง การที่บุคคลประเมินตนเองได้ตามจริง โดยที่บุคคลมีความเข้าใจ เคารพ และยอมรับทั้งด้านบวกและด้านลบของตนเองและพัฒนาตนเองไป ทางด้านบวกได้ ในการศึกษาี้ประเมินโดยใช้แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก ฉบับปรับปรุงภาษาไทย (The Revised version of Thai Rosenberg Self-Esteem Scale, Revised Thai RSES)

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) ภาวะวิตกกังวลหมายถึง ความกังวลไปล่วงหน้าหลายๆเรื่อง โดยไม่สามารถควบคุมได้ ร่วมกับมีอาการทางร่างกายของระบบประสาทอัตโนมัติหลายๆระบบ ในการศึกษาี้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย

Hospital Anxiety Depression Scale (Thai HADS) ในส่วนของข้อคำถามประเมินภาวะวิตกกังวล (anxiety subscale)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง อารมณ์ซึมเศร้าที่เป็นติดต่อกัน ต่อเนื่อง และคงค้าง อยู่เป็นสัปดาห์ๆร่วมกับความรู้สึกเบื่อหน่าย ความสนใจสิ่งต่างๆรอบตัวลดลง ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ ความคิดท้อแท้ ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย Hospital Anxiety Depression Scale (Thai HADS) ในส่วนของข้อคำถามประเมินภาวะซึมเศร้า (depression subscale)

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ช่วยให้เห็นคุณค่าในตนเองสามารถเผชิญความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ที่พัฒนาโดยอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย

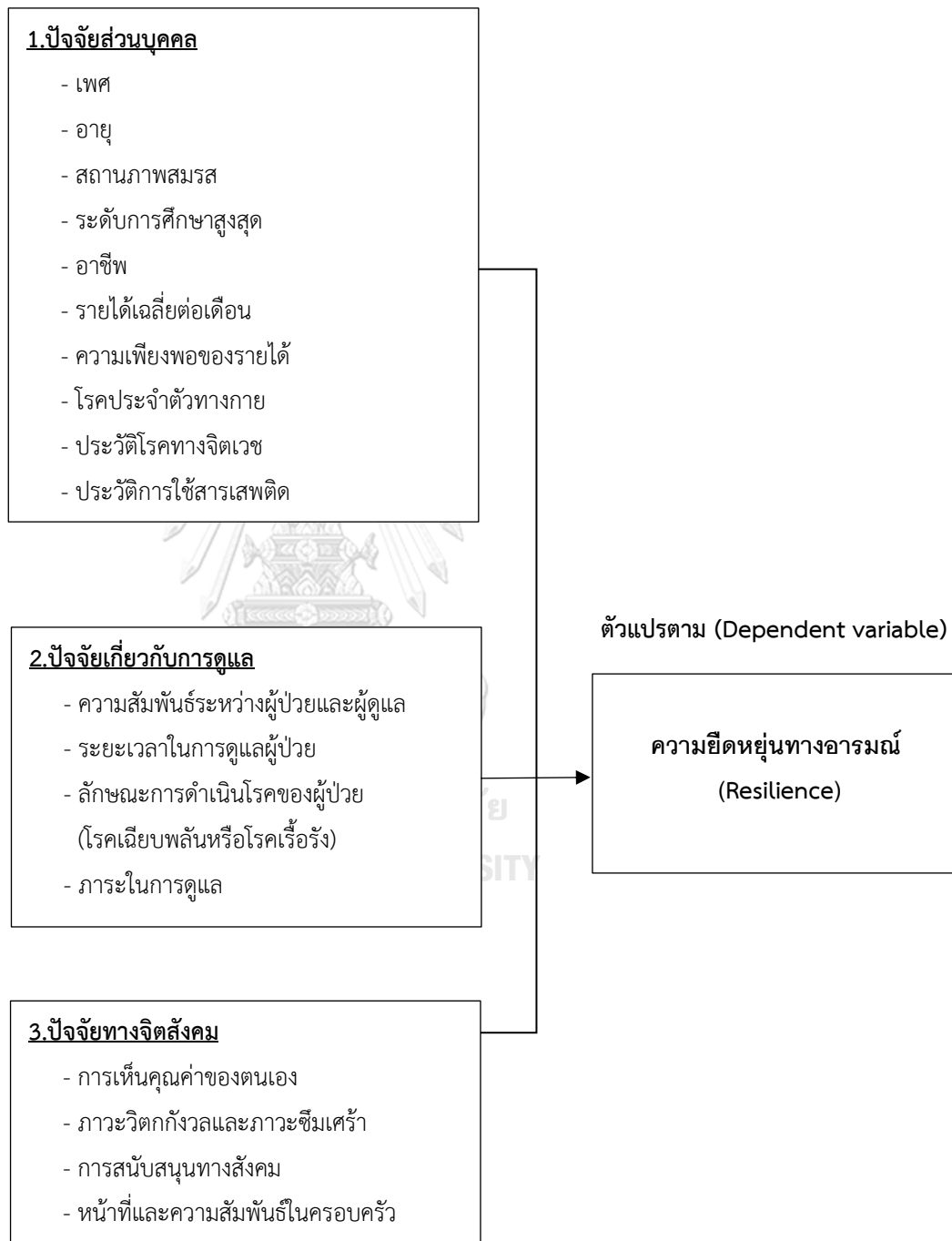
ความสัมพันธ์และการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Relationship and Functioning) หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันที่ดี มีความรัก ความเข้าใจ เกื้อกูลกันตลอดเวลา การเงิน ความคิดเห็น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (Family Relationship and Functioning Questionnaire) ที่พัฒนาโดยพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected benefits and applications)

เพื่อให้เกิดความเข้าใจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและนำข้อมูลที่ได้มาส่งเสริม ป้องกัน และช่วยเหลือดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในศูนย์ชีวาภิบาล เพิ่มความยืดหยุ่นทางอารมณ์แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

ตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระ (Independent variables)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature Review)

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review of the Literature)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความยืดหยุ่นทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ความรู้ที่สำคัญจากหนังสือ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ โดยสรุปสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับ ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Resilience)

- 1.1 ความหมายความยืดหยุ่นทางอารมณ์
- 1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์
- 1.3 องค์ประกอบของความยืดหยุ่นทางอารมณ์
- 1.4 ลักษณะของบุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ที่ดี
- 1.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความยืดหยุ่นทางอารมณ์
- 1.6 เครื่องมือที่ใช้วัดความยืดหยุ่นทางอารมณ์

2. ผู้ป่วยระยะท้าย (Terminal illness patients)

- 2.1 ความหมายผู้ป่วยระยะท้าย
- 2.2 ปฏิกริยาของผู้ป่วยระยะท้ายและญาติผู้ดูแลที่มีต่อความตาย
- 2.3 ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย

3. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Family caregivers of terminal illness patients)

- 3.1 ความหมายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
- 3.2 บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
- 3.3 ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
- 3.4 ผลกระทบของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

4. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)

- 4.1 ความหมายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- 4.2 ทิวทัศน์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

5. หลักการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางของศูนย์ชีวาภิบาล

6. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

1. ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Resilience)

1.1 ความหมายความยืดหยุ่นทางอารมณ์

คำว่า resilience⁽¹⁷⁾ มาจากภาษาละติน หมายถึงความสามารถในการกลับคืนสภาพเดิม คำว่า resilience สามารถใช้เป็นคำภาษาไทยได้หลากหลาย ได้แก่ ความสามารถในการฟื้นพลัง ความเข้มแข็งทางใจ ความหยุ่นตัวทางอารมณ์และจิตใจ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เป็นต้น โดยความหมายที่สำคัญของ resilience จะหมายถึงกระบวนการปรับตัวและฟื้นตัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากหรือวิกฤตได้สำเร็จ แสดงให้เห็นถึงการเห็นถึงการเอาชนะปัญหาอุปสรรคของชีวิตโดยใช้ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ที่ดีเข้มแข็ง

Grotberg⁽¹²⁾ กล่าวว่า resilience คือ ความสามารถในการฟื้นตัวซึ่งถือว่าเป็นศักยภาพของบุคคล ทั้งนี้อาจเป็นกลุ่มหรือเป็นชุมชนก็ได้ สามารถลดความรุนแรง ทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ความยากลำบากไปได้ด้วยดีมีการเสริมสร้างการพัฒนาความคิดมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์รับรู้ในสิ่งที่ตนเองเป็นอย่างเหมาะสม

Wagnild และ Young⁽¹⁸⁾ ให้ความหมายว่า คือ ความเข้มแข็งทางอารมณ์ ซึ่งถูกนำมาใช้อธิบายบุคคลที่มีความกล้าหาญ และความสามารถในการปรับตัวจากสถานการณ์ที่ยากลำบากของชีวิต

Conner และ Davidson⁽¹⁹⁾ ให้ความหมายว่า คือ ความสามารถในการจัดการกับความเครียด มีลักษณะหลายมิติที่แตกต่างกันไป ทั้งเพศ อายุ ความแตกต่างทางวัฒนธรรม และประสบการณ์ในชีวิต

สมาคมนักจิตวิทยาแห่งประเทศไทย (American Psychological Association)⁽²⁰⁾ ให้นิยามว่า คือ ผลลัพธ์ของการแก้ปัญหาและฟื้นตัวต่อความยากลำบากและประสบการณ์ที่ทำลายในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง

กรมสุขภาพจิต⁽¹⁷⁾ ให้ความหมายของ resilience คือ พลังสุขภาพจิต ซึ่งหมายถึงความสามารถเฉพาะของบุคคลที่พัฒนาได้ เป็นความสามารถในการฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้อย่างสำเร็จภายหลังกับเผชิญเหตุการณ์วิกฤต

เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ⁽²⁰⁾ ให้ความหมายว่าเป็นความสามารถเฉพาะของแต่ละบุคคลที่พัฒนาได้ และเป็นความสามารถในการฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตอย่างที่เคยเป็นได้อย่างสำเร็จภายหลังเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต รวมทั้งพบว่าผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวจะมีการเจริญเติบโตทางอารมณ์จิตใจ (capacity for growth) ได้เพิ่มขึ้น

เหตุผลความเป็นมาที่ทำให้เลือกใช้คำว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เพราะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นช่วงการเผชิญวิกฤตหนักในชีวิต กระทบต่อความรู้สึกและจิตใจของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

หลังจากเหตุการณ์ผ่านไปจะเกิดการปรับตัวและการกลับคืนฟื้นตัวจากสถานการณ์ที่ยากลำบากนั้นได้เปรียบเสมือนลักษณะของของความยืดหยุ่นที่สามารถกลับมาอยู่ในรูปปกติได้หลังจากที่ทำให้เปลี่ยนรูปไปจากเดิม

1.2 แนวคิดที่เกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์

ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ได้รับความสนใจจากนักวิชาการหลายสาขามีแนวคิดที่ศึกษาถึงลักษณะของความยืดหยุ่นทางอารมณ์

Rutter⁽²⁰⁾ ได้ทำการศึกษากลุ่มเด็กที่อาศัยอยู่ในเมืองลอนดอน และในชนบท พบว่าเด็กจำนวนหนึ่งในสี่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ดีทำให้สามารถก้าวผ่านสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้ โดยคุณสมบัติที่พบคือ เป็นเพศหญิง มีอารมณ์ขัน บรรยายภาคในโรงเรียนดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง เช่น สมาชิกในครอบครัว และจากการศึกษานี้พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ 2 ปัจจัย คือ 1. ปัจจัยเสี่ยง เป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะทำให้เกิดความผิดปกติหรือความอ่อนแอแก่บุคคล และ 2. ปัจจัยป้องกัน เป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมเช่นกัน และเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวให้ดีขึ้นต่อสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย และส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ได้

Wagnild และ Young^(17, 21, 22) ได้ศึกษาแนวคิดความยืดหยุ่นทางอารมณ์จากงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาในผู้หญิงสูงอายุ (67-92 ปี) จำนวน 24 คน ในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งเป็นผู้หญิงสูงอายุที่เผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต โดยพบว่าผู้หญิงสูงอายุจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติได้ และมีมุมมองต่อความยากลำบากในชีวิตว่าเป็นโอกาสในการเติบโต และพบว่าคุณลักษณะ 5 ประการของความยืดหยุ่นทางอารมณ์ 1. ความขยันหมั่นเพียร 2. การมีจิตใจสงบมั่นคง 3. การมีความหมายของชีวิต 4. ความเชื่อมั่นในตนเอง และ 5. ความสามารถในการอยู่ได้ด้วยตนเอง

Richardson⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาแนวคิดความยืดหยุ่นทางอารมณ์โดยมี Resilience Model ที่อธิบายว่า เมื่อมีสถานการณ์ความยากลำบาก ความเครียด หรือภาวะความทุกข์เข้ามาคุกคามในชีวิตของบุคคล บุคคลจะฟื้นคืนสภาพกลับสู่ภาวะสมดุลได้ต้องอาศัยปัจจัยปกป้องและปัจจัยป้องกัน ทั้งนี้การฟื้นตัวจะแบ่งเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้ 1. การฟื้นตัวอย่างมีความยืดหยุ่น 2. การฟื้นตัวกลับสู่ภาวะสมดุล 3. การฟื้นตัวที่มีความสูญเสีย และ 4. การฟื้นตัวที่ผิดปกติ

1.3 องค์ประกอบของความยืดหยุ่นทางอารมณ์

Wagnild และ Young⁽²¹⁾ กล่าวว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีองค์ประกอบ 5 ประการดังนี้

1. การสงบทางจิตใจ เป็นความสมดุลในชีวิตของบุคคล 2. ความขยันหมั่นเพียร 3. การพึ่งพาตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง 4. การให้ความหมาย และตระหนักจุดมุ่งหมายในชีวิต

และ 5. ความสามารถในการอยู่กับความเหงาได้ การตระหนักว่าเส้นทางชีวิตของแต่ละคน มีความแตกต่างกัน

Conner และ Davidson⁽¹⁸⁾ มีองค์ประกอบในการประเมินความยืดหยุ่นทางอารมณ์ 5 องค์ประกอบดังนี้ 1. ความสามารถส่วนบุคคล 2. ความเชื่อมั่นในตนเอง 3. การยอมรับการเปลี่ยนแปลง 4. ความสามารถในการควบคุมตนเอง และ 5. การมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจ

Blissonette⁽²³⁾ ได้แบ่งองค์ประกอบของปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เป็น 3 ระดับ คือ 1. ระดับบุคคล ความสามารถในตัวบุคคล ได้แก่ ความเชื่อมั่นในตนเอง สติปัญญา การมีทักษะทางสังคม การเป็นตัวของตัวเอง ทักษะในการสื่อสาร และความสามารถในการจัดการปัญหา 2. ระดับครอบครัว คือ มีการสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัว ความอบอุ่น และสัมพันธ์ภาพเชิงบวก รวมถึงการมีคนเลี้ยงดูอย่างน้อย 1 คน และ 3. ระดับชุมชนและสังคม คือการมีเพื่อนสนิทที่สามารถไว้วางใจได้นอกจากสมาชิกในครอบครัว การมีประสบการณ์ทางบวกในโรงเรียน และความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชนที่ดี

กรมสุขภาพจิต⁽¹⁶⁾ กล่าวถึงองค์ประกอบของความยืดหยุ่นทางอารมณ์แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1. อึด คือ ทนต่อแรงกดดัน มีวิธีการที่จะดูแลจิตใจให้ทนอยู่ได้ สามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกทุกอย่างของตนเองได้ในสถานการณ์ที่กดดัน 2. ฮึด คือ มีกำลังใจ มีแรงใจที่จะดำเนินชีวิตได้ สถานการณ์ที่กดดัน ซึ่งกำลังใจนี้มาจากการสร้างกำลังใจด้วยตนเองหรือคนรอบข้างก็ได้ และ 3. สู้ คือ ต่อสู้เอาชนะปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤต ซึ่งความมั่นใจนี้เกิดจากการตระหนักในความสามารถหรือทักษะของตนเอง คิดว่าฉันทำได้ ฉันแก้ปัญหานี้ได้ และมีทักษะในการแสวงหาความรู้และเข้าถึงความช่วยเหลือหรือปรึกษา

1.4 ลักษณะของบุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ที่ดี

Masten⁽²⁴⁾ อธิบายผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ไว้ดังนี้ 1. บุคคลมีความสามารถในการแก้ไขปัญหามีความเสี่ยงสูงและสามารถแก้ปัญหาเหล่านั้นได้โดยผลลัพธ์ที่ได้ออกมาดี 2. บุคคลมีความสามารถในการอดทนอดกลั้นได้แม้จะอยู่ในสภาวะที่ถูกคุกคาม และ 3. บุคคลที่มีความสามารถในการฟื้นตัวภายหลังจากสภาวะบาดเจ็บ (trauma) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต⁽²⁵⁾ กล่าวว่าบุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีลักษณะดังนี้ 1. ไม่ตีโพยตีพายเมื่อเกิดปัญหา 2. สามารถสงบจิตใจกับอารมณ์ที่พลุ่งพล่านได้ 3. มีประสบการณ์ในการเผชิญความทุกข์ยากมาบ้างแล้ว 4. มีมุมมองทางบวก 5. มีความยืดหยุ่นปรับตัวได้จากการเรียนรู้บทเรียนในอดีต 6. เข้าใจตนเอง รู้จักจุดอ่อนและจุดแข็งของตัวเอง 7. รู้จักสร้างพลังใจให้ตนเอง 8. มีทักษะในการสื่อสาร ต่อรอง ขอความช่วยเหลือ 9. มีทักษะในการจัดการปัญหาพยายามหาทางออกที่ดีที่สุด 10. มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนใกล้ชิด 11. มีอารมณ์ขัน และ 12. ศรัทธาในศาสนา ยึดมั่นในประเพณี

กรมสุขภาพจิต⁽¹⁶⁾ กล่าวว่า ผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ดี เมื่อรับรู้ปัญหาครั้งแรก แม้ว่าจะเป็นปัญหาที่ร้ายแรงก็ยังสามารถที่จะดำรงความสงบสมดุลงานใจได้ดี ไม่ว่าจะ ตื่นตระหนก กังวลมากเกินไป ซึ่งย่อมส่งผลดีต่อการคิดเพื่อแก้ไขปัญหาและกอบกู้วิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในระยะต่อมาด้วย และขณะเดียวกันไม่ได้หมายถึงการที่เป็นคนที่เข้มแข็งจนไม่แสดงออกถึงความเสียใจและปฏิเสธการช่วยเหลือจากคนอื่น ตรงกันข้าม การที่สามารถเข้าหาและขอรับคำแนะนำ การช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ โดยได้จำแนกการแสดงออกถึงความยืดหยุ่นทางอารมณ์ไว้ 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่หนึ่ง คือ ความสามารถในการคงไว้ซึ่งความสมดุลทางอารมณ์ ระดับที่สอง การมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาภายนอก เมื่อพบกับปัญหา ระดับที่สาม เป็นศักยภาพที่จัดการกับปัจจัยภายในตนเอง แม้ในยามที่รู้สึกทุกข์ก็ยังเห็นคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจ ไม่ท้อถอย ระดับที่สี่ เป็นบุคลิกภาพและการแสดงออกต่างๆ เช่น การสื่อสาร การมีอารมณ์ขัน เป็นต้น และระดับที่ห้า คือ ความสามารถที่จะเปลี่ยนโชคร้ายให้กลายเป็นดี โดยการเรียนรู้จากสิ่งใหม่ๆ และใช้ประสบการณ์ ความผิดพลาดหรือความเจ็บปวด ไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง ผลลัพธ์ที่ตามมาอาจมีทั้งด้านจิตใจ และวัตถุ เช่น ได้รับความประทับใจ มีความสุข และยังอาจค้นพบหาทางใหม่ในชีวิต การงาน ครอบครัว เป็นต้น

1.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความยืดหยุ่นทางอารมณ์

Kumpfer⁽²⁶⁾ กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ได้แก่ 1. ความเครียดหรือ ความท้าทาย 2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก 3. การปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม 4. ปัจจัยภายในตนเอง จิตวิญญาณ และอารมณ์ 5. กระบวนการความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการจัดการความเครียด และ 6. การปรับตัวเชิงบวก

Davis⁽²⁷⁾ กล่าวว่าบุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ประกอบด้วย ดังนี้ 1. การมีสมรรถนะทางกาย ได้แก่ การมีสุขภาพดี ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ 2. การมีสมรรถนะทางสังคมและสัมพันธภาพ ได้แก่ ความสามารถในการตระหนักรู้ การเข้าใจผู้อื่น 3. การมีสมรรถนะด้านการรู้คิด ได้แก่ การมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา การมองโลกในแง่ดี 4. การมีสมรรถนะด้านอารมณ์ ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง 5. การมีสมรรถนะทางด้านคุณธรรม ได้แก่ การมีความสามารถในการช่วยเหลือ สนับสนุนผู้อื่น และ 6. การมีสมรรถนะทางจิตวิญญาณ ได้แก่ ความสามารถในการเห็นความหมายของชีวิต การมีศีลธรรม การนับถือตนเอง

Gilligan⁽²⁸⁾ กล่าวว่า การส่งเสริมให้บุคคลมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต้องสร้างให้บุคคลมีความรู้สึกต่อไปนี้ให้เกิดขึ้น ได้แก่ 1. ความปลอดภัยขั้นพื้นฐาน (secure base) 2. การมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และ 3. สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) และ Gilligan ยังพูดถึงปัจจัยที่สำคัญอีก 2 ประการที่มีผลต่อความยืดหยุ่นทางอารมณ์ คือ ประสบการณ์ที่สำคัญในสถานศึกษา ที่จะช่วยสร้างและส่งเสริมคุณค่าทางจิตใจและอารมณ์ และกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น กิจกรรม

ทางวัฒนธรรม การเลี้ยงสัตว์เลี้ยง การเล่นเกม การทำงานอาสาสมัคร การทำงานพาร์ทไทม์ จะช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์

1.6 เครื่องมือที่ใช้วัดความยืดหยุ่นทางอารมณ์

การศึกษาเครื่องมือที่นำมาใช้วัดความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีหลายเครื่องมือ ได้แก่

The Connor-David Resilience Scale (CD-RISE)^(18, 29) มาจากแนวคิด Resilience Model ของ Glenn E. Richardson⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์มาจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก และเป็นกระบวนการภายในจิตใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและความคิด พัฒนาโดย Conner และ Davidson เป็นเครื่องมือที่ตอบด้วยตนเอง (self-rated) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 มีค่าความเที่ยง 0.87 ได้รับการแปลไปหลายภาษา เช่น ภาษาเกาหลี ภาษาสเปน ภาษาจีน และภาษาไทย และได้ใช้ศึกษาในหลายกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ประชากรทั่วไปทั้งวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคต่างๆหลายโรค รวมถึงญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยโรคระยะท้ายด้วย มีเนื้อหาข้อคำถามที่เหมาะสมจะนำไปใช้ในการประเมินความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และที่ผ่านมามีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ มีคะแนนในแต่ละข้อ 5 ระดับ (0-4) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-100 คะแนน คะแนนรวมที่สูงแสดงถึงความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูง แบบสอบถามนี้มีค่าคะแนนมาตรฐานในแต่ละกลุ่มประชากรดังนี้ ประชากรทั่วไปมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 80.4 ศึกษาคณะพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 71.8 ผู้ป่วยนอกจิตเวชมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 68.0 ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวล มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 62.8 และผู้ป่วยที่มีภาวะความเครียดทางจิตใจหลังประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder, PTSD) มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 47.8 นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือที่ใช้วัดความยืดหยุ่นทางอารมณ์ดังต่อไปนี้

Resilience Scale (RS)⁽²²⁾ พัฒนาโดย Wagnild & Young ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 มีค่าความเที่ยง 0.67-0.84 เดิมเครื่องมือนี้มีมาตรวัดจำนวน 50 ข้อ หลังจากได้นำมาศึกษากับผู้สูงอายุหญิงจำนวน 24 คน และทำการวิเคราะห์ทางสถิติทำให้มาตรวัดเหลือ 25 ข้อ โดยมีมาตรวัด 7 ค่า (1 - 7) ค่าคะแนนตั้งแต่ 25-175 โดยคะแนนมากกว่า 145 ขึ้นไป หมายความว่ามีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ค่อนข้างสูงถึงสูง ระดับคะแนน 125-145 หมายความว่า มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ และคะแนน 120 คะแนนลงมา หมายความว่ามีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่ำ

Resilience Quotient ของกรมสุขภาพจิต⁽¹⁶⁾ ใช้แบบประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนต่อแรงกดดัน ด้านการมีความหวังและกำลังใจ และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค หากประเมินแล้วพบว่ามียอดประกอบในด้านใดต่ำกว่าเกณฑ์เราสามารถพัฒนาตนเองในด้านนั้นๆ

ให้มากขึ้นได้ ข้อคำถามมีจำนวน 20 ข้อ การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,17,18,19 และ 20 ให้คะแนน 1-4 ส่วนกลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 1,5,14,15 และ 16 ให้คะแนน 4-1 และแบ่งระดับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ไว้ 3 ระดับ ระดับสูงกว่าปกติ คือคะแนนมากกว่า 69 คะแนน ระดับอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือคะแนนอยู่ในช่วง 55-69 คะแนน และระดับต่ำกว่าปกติ คือคะแนนน้อยกว่า 55 คะแนน

2. ผู้ป่วยระยะท้าย (Terminal illness patients) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Family caregivers of terminal illness patients)

2.1 ผู้ป่วยระยะท้าย (Terminal illness patients)

Jonseb และคณะ⁽³⁰⁾ อธิบายว่า ผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยและจะเสียชีวิต โดยจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาและการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งโดยรวมพยากรณ์โรคได้ว่าจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือนหรือน้อยกว่านั้น

นิรชา อัครธีรากล และคณะ⁽³¹⁾ กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า สภาพการป่วยไข้เป็นระยะลุกลาม เรื้อรัง หรือเข้าสู่ระยะท้ายๆของโรค ซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายขาดได้ โดยมากจะมีชีวิตอยู่น้อยกว่า 1 ปี

ฐิติมา โพธิศรี⁽³²⁾ กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงต่างๆที่เป็นอาการที่บ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ผู้ป่วยมะเร็งหลอดเลือด ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

ทองทิพย์ พรหมศร⁽³³⁾ กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง ผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรง คุกคามถึงชีวิต ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่า ไม่สามารถรักษาอาการให้หายขาดหรือรอดชีวิต จุดมุ่งหมายของการดูแลเพียงเพื่อประคับประคองอาการ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม ในฐานะบุคคลที่ต้องการเคารพในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์จนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

สุนิสา สุขตระกูล⁽³⁴⁾ ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะท้ายไว้ว่าเป็น ผู้ป่วยที่เจ็บหนักมีอาการรุนแรงอยู่ในระยะสุดท้ายของตัวโรคหรือมีอาการแสดงต่างๆที่บ่งชี้ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ผู้ป่วยในระยะนี้แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยระยะท้ายด้วยโรคเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ร้ายแรง หมดหวังในการรักษาอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคหรือมีอาการแสดงต่างๆที่บ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ซึ่งมีสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยอาจมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ โรคที่คุกคามอย่างกะทันหัน หรือโรคที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจรักษาอยู่เป็นประจำ

2. ผู้ป่วยระยะท้ายด้วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ร้ายแรง หมดหวังในการรักษาอยู่ในระยะสุดท้ายของตัวโรค หรือมีอาการแสดงต่างๆที่บ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ซึ่งมีการเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลาติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน หรือมีระยะเวลาที่เข้ารับการักษาอยู่ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน

2.2 ปฏิกริยาของผู้ป่วยระยะท้ายและญาติผู้ดูแลที่มีต่อความตาย^(35, 36) โดยอลิซาเบธ คูเบอร์ รอส⁽³⁷⁾

ระยะที่ 1 ระยะปฏิเสธและแยกตัว (stage of denial and isolation) เป็นขั้นตอนแรกของปฏิกริยา โดยผู้ป่วยหรือญาติอยู่ในสภาวะซ็อก มึนงง คิดว่าการเจ็บป่วยไม่ได้เกิดขึ้นจริง หรือเป็นเรื่องที่ผิดพลาด

ระยะที่ 2 ระยะโกรธ (stage of anger) ระยะนี้เป็นผลมาจากการปฏิเสธและแยกตัว และพบว่าไม่สามารถปฏิเสธความจริงได้ เมื่อบุคคลมีความโกรธจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและคนรอบข้าง ครอบครัว ซึ่งภายใต้ความโกรธเป็นความเจ็บปวดที่จะรู้สึกถูกทอดทิ้ง จะสูญเสีย หรือเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรักที่ตนเองมีกับผู้ป่วยและคนใกล้ชิด

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง (stage of depression) เป็นระยะที่เริ่มยอมรับ ผู้ป่วยหรือญาติจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้คนที่รักได้มีชีวิตอยู่ ต้องการย้อนเวลากลับไปเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยนั้น ผู้ป่วยหรือญาติจะอยู่ในระยะนี้หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน

ระยะที่ 4 ระยะซิมเสร์รา (stage of bargaining) หลังจากระยะต่อรอง ความรู้สึกเศร้าจะเริ่มเข้ามา ซึ่งความเศร้านี้ไม่ได้หมายถึงการเจ็บป่วยทางจิต แต่เป็นการตอบสนองที่เหมาะสมต่อการสูญเสีย และระยะนี้จะเกิดกับผู้ป่วยหรือญาติตลอดไป หากหลังจากการสูญเสียญาติไม่ประสบกับภาวะซิมเสร์ราจากการที่สูญเสียคนรักไปนั้นถือเป็นความผิดปกติ

ระยะที่ 5 ระยะยอมรับ (stage of acceptance) เป็นระยะที่ยอมรับความจริงที่จะเกิดการสูญเสียกับคนรัก แม้ว่าจะไม่ชอบความจริงนี้แต่ในที่สุดก็ต้องเรียนรู้และยอมรับ ญาติผู้ดูแลจะเริ่มเรียนรู้ชีวิตใหม่และพยายามปรับตัวเมื่อสูญเสียบุคคลที่รักไปและเกิดการจัดระเบียบบทบาทใหม่มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

2.3 ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย

1. การดูแลด้านร่างกาย⁽³²⁾

1.1 อาการปวด (pain)^(32, 38) เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย และอาจได้รับผลกระทบจากภาวะติดเชื้อ การเสียมกร่อนหรือหักของกระดูก เป็นต้น ความรุนแรงของอาการเจ็บปวดในแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันไป และมีปัจจัยด้านจิตสังคมร่วมด้วย

1.2 อาการหอบเหนื่อย (breathlessness, dyspnea)⁽³⁹⁾ อาการหอบเหนื่อยหายใจไม่อิ่มเป็นภาวะที่พบบ่อยและทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จำเป็นต้องได้รับการบรรเทาอาการ เช่นการให้ออกซิเจน การสอนเทคนิคการหายใจ การจัดสภาพแวดล้อมให้อยู่ในอากาศที่ถ่ายเทสะดวก หรือการพ่น normal saline solution เพื่อช่วยขับเสมหะให้ง่ายขึ้น

1.3 การเบื่ออาหาร⁽⁴⁰⁾ ผู้ป่วยจะกินน้อยลง ความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสียเพราะทำให้มีสารไนโตรเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคีโตนจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นและบรรเทาอาการเจ็บปวดได้

1.4 อาการท้องผูก (constipation) เป็นอาการที่ถ่ายอุจจาระลำบาก ต้องได้รับการประเมินก่อน และอาจให้ยาช่วยระบายหรือแนะนำให้ดื่มน้ำเพิ่มขึ้น

1.5 ผิวหนังและแผลกดทับ (skin and pressure sore)⁽⁴⁰⁾ โดยเฉพาะส่วนของร่างกายที่สัมผัสที่นอนอยู่ตลอดเวลา เช่น สะโพก สันเท้า ก้น และข้อศอก ผู้ดูแลควรพลิกตัวเปลี่ยนท่านอนให้กับผู้ป่วย หรือจัดให้มีที่นอนลม หรือหมอนรองปุ่มกระดูก ทาแป้งฝุ่นหรือครีมเพื่อความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง หากมีรอยแดงให้ใช้หมอนนุ่มรองตามจุดนั้นๆ

1.6 อาการสับสนและเพ้อ (delirium)⁽³⁹⁾ มีความผิดปกติของระดับสารเคมีในเลือด ความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด ท้องผูก เป็นต้น สามารถแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ จัดสถานที่สิ่งแวดล้อมให้เป็นแบบที่ผู้ป่วยคุ้นเคย หรืออาจจะพิจารณาให้ยาเมื่อมีความจำเป็น และหยุดยาเมื่ออาการดีขึ้น

1.7 อาการบวม (edema)⁽⁴¹⁾ อาจเกิดจากการอุดตันของระบบน้ำเหลืองและหลอดเลือด มีโปรตีนในเลือดต่ำจากการขาดอาหาร หรือ ตับวาย เป็นต้น ซึ่งการบวมจะทำให้เกิดแผลในบริเวณต่างๆ ที่บวมได้ง่าย ควรดูแลอย่าให้เกิดแผลต่างๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ยกแขนหรือขาที่บวมให้สูงขึ้นเพื่อให้อาการบวมลดลง

1.8 อาการคัน (pruritus) เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ผิวแห้ง อับชื้น ระบายเคืองจากปัสสาวะ หรืออุจจาระ หรือสาเหตุจากตัวโรคเอง การดูแล คือควรให้ผู้ป่วยตัดเล็บสั้น หลีกเลียงการเกา ใส่เสื้อผ้าเนื้อนุ่มและหลวม เวลาอาบน้ำควรใช้สบู่อ่อนๆ และไม่อาบน้ำอุ่นจัด หรือใช้น้ำมันสำหรับเด็กอ่อนทาผิวหลังอาบน้ำ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้ผิวหนัง กรณีคันจากตัวโรค หรือเมื่อดูแลแล้วอาการคันไม่ดีขึ้น ควรต้องปรึกษาแพทย์

2. การดูแลอาการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

2.1 ช่วยให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ความรักจากคนในครอบครัวมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก⁽³²⁾

2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง เป็นกระบวนการที่มีระยะเวลา ครอบคลุมความจริงเกี่ยวกับตัวโรคให้ผู้ป่วยได้ทราบและมีโอกาสตัดสินใจเอง

2.3 ช่วยให้ผู้ป่วยจิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ตั้งถาม มีหลายวิธี ในบางครั้งจะนำหลักศาสนา มาใช้เป็นเทคนิคให้ผู้ป่วยได้จดจ่อกับสิ่งที่ตั้งถาม ส่งผลที่ดีต่อผู้ดูแลด้วย

2.4 ช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ เช่น ภารกิจที่ยังทำไม่สำเร็จ ความเป็นห่วงหรือวิตกกังวลในเรื่องทรัพย์สินเงินทอง

2.5 ช่วยสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ เป็นส่วนตัว

3. การดูแลทางเศรษฐกิจสังคม⁽⁴²⁾

3.1 ช่วยให้ผู้ป่วยทำภารกิจที่จำเป็นต่างๆในชีวิตให้เสร็จเรียบร้อยก่อนจากไป (unfinished business) ทั้งทางการเงิน การงาน มรดกและเรื่องส่วนตัวอื่นๆตามความต้องการของผู้ป่วย

3.2 ปัญหาด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องแบกรับจากการรักษา ในช่วงสุดท้าย

4. การดูแลทางจิตวิญญาณ⁽³³⁾

4.1 ความเชื่อ ความศรัทธา คือ การให้การดูแลตามความเชื่อและหลักศาสนา ตามที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ การดูแลผู้ป่วยด้วยใจ การดูแลด้วยความเมตตา การดูแลด้วยถ้อยคำ น้ำเสียง กริยา ให้เกียรติ

4.2 ความสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณ คือ สถานที่ หรือวัตถุสิ่งของที่เคารพเป็น แหล่งของกำลังใจ เป็นที่พึ่งและยึดเหนี่ยวทางใจก่อให้เกิดความสุข เสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพของตนเองได้

4.3 แนวปฏิบัติในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยเรื้อรัง มี 5 แนวทาง⁽⁴⁰⁾ ได้แก่ การประเมินเกี่ยวกับความเชื่อและการนับถือศาสนา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยประกอบพิธีกรรมตาม ความเชื่อและหลักของศาสนา อำนวยความสะดวกในการประกอบพิธีกรรมตามหลักศาสนา การพูดคุยให้กำลังใจ และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

3. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (family caregivers)⁽⁴³⁾

ความหมายและประเภทของญาติผู้ดูแล (family caregivers)

Sherman ⁽⁴⁴⁾ กล่าวว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คือ บุคคลที่มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ทั้งร่างกาย อารมณ์และจิตใจ และค่าใช้จ่าย และใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยและใกล้ชิดมากที่สุด

Williams, Dixon, Feinn และ McCorkle กล่าวว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คือ บุคคลที่ให้การดูแลหรือให้การสนับสนุนผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และอื่นๆที่ผู้ป่วยต้องการ โดยผู้ดูแลไม่ได้รับค่าตอบแทน

จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์⁽⁴⁵⁾ ให้ความหมายของญาติผู้ดูแล คือ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยระบุว่าเป็นผู้ช่วยเหลือ และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด และเป็นการดูแลแบบไม่ได้รับค่าตอบแทน

ญาติผู้ดูแล⁽⁴⁵⁾ หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย อาจจะเป็นบิดา มารดา ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง หรือคนสำคัญในชีวิตที่ภาวะเปลี่ยนแปลงจากตัวโรค ความเสื่อมถอยของสมรรถนะทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และการรู้คิดตัดสินใจต่างๆที่มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแล โดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

นงลักษณ์ พันชมพู่⁽⁴⁶⁾ กล่าวว่า ญาติผู้ดูแลในครอบครัวมี 2 ลักษณะ

1. ผู้ดูแลหลัก (primary caregivers) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย กิจวัตรประจำวัน โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่ให้การดูแลด้านอื่นที่ไม่ได้กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การดูแล เรื่องค่าเดินทาง ค่าครองชีพ ค่ารักษาพยาบาล หรือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงเป็นบางครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้

Bell และ Gibbons⁽¹⁰⁾ แบ่งลักษณะของผู้ดูแลออกเป็น 2 ประเภท

1. ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากพยาบาล หรือองค์กรต่างๆที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน เป็นผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น พยาบาล ลูกจ้างดูแล องค์กรต่างๆ รวมทั้งผู้ช่วยดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่างๆแก่ผู้ป่วยโดยไม่ได้ผ่านการ ฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนาน 24 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้รับการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

กลุ่มของผู้ดูแลไม่เป็นทางการนี้ Parker⁽⁴⁷⁾ ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการตามลักษณะความสัมพันธ์และ ปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้

2.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือญาติผู้ดูแล (family caregiver) คือ ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่ง เป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal caregiver) ที่พบบ่อยในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติอาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนก็ดูแลเรื่องการไปพบแพทย์ซึ่งขึ้นอยู่กับความ สะดวกหรือความคล่องตัวในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

2.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) คือ ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อนหรือเพื่อน บ้านที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวัน โดยไม่คิดค่าตอบแทน การช่วยเหลือที่เกิดขึ้นมาจากความรักความผูกพันหรือการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลมาก่อนในอดีต

3.1 บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ญาติผู้ดูแลต้องมีบทบาทสำคัญดังนี้

1. การเป็นผู้ให้การดูแล (care providers)^(45, 46) โดยกระทำการช่วยเหลือทั้งร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมการรักษาที่มีต่างๆ ตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การเตรียมอุปกรณ์ของใช้ การนำส่งโรงพยาบาล การทำธุระต่างๆ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้านซึ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลในกิจกรรมส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การป้อนอาหาร การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย รวมถึงกิจกรรมการรักษที่บ้าน เช่น การดูแลจัดการความเจ็บปวด การให้ยา การเปลี่ยนแผล รวมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย

2. ผู้จัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล (care managers) เป็นการให้เวลาและพลังงานในการเรียนรู้แหล่งประโยชน์ และจัดการสิ่งที่มีอยู่ให้เกิดความเหมาะสมในการให้การดูแลผู้ป่วย

3. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ⁽⁴⁸⁾

4. บทบาทการเป็นผู้สื่อสาร⁽⁴⁵⁾ โดยญาติผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับอาการต่างๆ ตลอดจนสามารถสื่อสารความต้องการหรือปัญหาที่ต้องการที่ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน

5. บทบาทการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (decision maker)^(49, 50) ผู้ดูแลในครอบครัวต้องพบกับสิ่งที่ต้องตัดสินใจแทน หรือตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการอาการป่วย การดูแล และการปรับเปลี่ยนบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อช่วยในการตัดสินใจ

บทบาทที่กล่าวมาเหล่านี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลตามมาซึ่งมีทั้งทางบวกและทางลบ⁽⁴⁶⁾ ผลกระทบด้านบวกได้แก่ การได้พิสูจน์ความสามารถในการดูแลการได้รับคำชื่นชม

ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ส่วนผลกระทบในด้านลบคือ การรู้สึกเป็นภาระ มีความยากลำบากในการรับผิดชอบดูแล มีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น ถูกรบกวนอาชีพการงาน มีความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทไม่มีเวลาว่างและขาดความเป็นส่วนตัว

3.2 ผลกระทบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อญาติผู้ดูแล

Given และคณะ⁽⁵¹⁾ กล่าวว่าผลกระทบจากการเป็นญาติผู้ดูแลมี 4 ด้าน คือ 1. ปฏิบัติทางอารมณ์ด้านลบ 2. ความรู้สึกรับผิดชอบต่อผู้ป่วย 3. ความรู้สึกที่ต้องพรากจากครอบครัว และ 4. ผลกระทบจากการดูแลต่อตารางเวลาประจำวันของตนเอง

นงลักษณ์ พันชมพู่⁽⁴⁶⁾ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลมีทั้งทางบวกและลบด้านบวกคือการได้พิสูจน์ความสามารถในการดูแล การได้รับคำชื่นชม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ส่วนผลกระทบในด้านลบคือ การรู้สึกเป็นภาระ มีความยากลำบากในการรับผิดชอบดูแล มีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น ถูกรบกวนอาชีพการงาน มีความรู้สึกขัดแย้งในบทบาท ไม่มีเวลาว่างและขาดความเป็นส่วนตัว

จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์⁽⁴⁵⁾ กล่าวว่าผลกระทบของญาติผู้ดูแล มีด้วยกัน 4 ประการคือ

1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย เช่น การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ญาติผู้ดูแลบางครอบครัวทุ่มเทในการดูแลผู้ป่วยจนอาจละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง
2. การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ เช่น การวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทำให้ครอบครัวเกิดความซึมเศร้า
3. การทำหน้าที่ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ดูแลที่มาดูแลผู้ป่วยจะมีผลกระทบต่ออาชีพและกิจกรรมทางสังคมต้องขาดงาน ทำให้สัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้างลดลง
4. การทำหน้าที่ด้านครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทำให้ครอบครัวมีกิจกรรมนันทนาการกับครอบครัวลดลง

3.3 ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ประกอบด้วยความต้องการ 6 ด้าน ได้แก่^(10, 52)

1. ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวต้องได้รับโดยจะเป็นคำแนะนำ คำอธิบาย ตลอดจนวิธีการที่ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องทราบ เพื่อให้ช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ โดยที่กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย การดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านจิตใจ การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอุบัติเหตุ

2. ด้านการประคับประคองจิตใจ เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือ ความร่วมมือ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกห่วงใยเมื่อมีบุคคลให้การรับฟังช่วยเหลือ

หรือจากการติดต่อกับทีมสุขภาพ ทำให้คนดูแลเกิดความรู้สึกปลอดภัย ไม่ถูกทอดทิ้ง โดยด้านการประคับประคองจิตใจอาจจะได้รับจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง ผู้มาเยี่ยมเยียน หรือจากทีมสุขภาพในการให้การปรึกษา ช่วยเหลือ และแนะนำ

3. ด้านการดูแลสุขภาพ การที่ร่างกายต้องทำงานอยู่ตลอดเวลา นั้น ย่อมเกิดความเครียด ความเมื่อยล้า อ่อนเพลีย ผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวัน ตั้งแต่ผู้ป่วยตื่นจนกระทั่งผู้ป่วยนอน

4. ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับซึ่งความรัก ความเห็นใจ กำลังใจ ความหวัง ตลอดจนความมีคุณค่าในตนเอง

5. ด้านการจัดการภายในบ้าน เป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้งานภายในบ้านและครอบครัว ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินการต่อไปได้ ได้แก่ โภชนาการในครอบครัว สุขภาพอนามัย และสุขอนามัยที่ดี ความปลอดภัยสำหรับอยู่อาศัย การดูแลความเจ็บป่วยภายในครอบครัว และความสุขภาพในครอบครัว เป็นต้น

6. ด้านการเงินกับวัสดุสิ่งของ เป็นสิ่งจำเป็นใช้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทหรือหน้าที่การงานในสังคม เกิดความพิการที่ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามเดิม เป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยไม่เพียงแต่ขาดรายได้แต่กลับต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย

4. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (palliative care) World Health Organization (WHO)⁽⁵³⁾ ได้ให้คำจำกัดความหมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด ปัญหาทางจิตสังคม จิตวิญญาณและปัญหาอื่นๆ อยู่บนเป้าหมายหลักคือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย

ลักษณะของการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย

1. การดูแลเพื่อบรรเทาอาการความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน
2. การยอมรับว่าความตายเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ
3. การดูแลที่ไม่ต้องการที่จะยืดอายุหรือเร่งการตาย
4. การดูแลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบองค์รวม

5. การดูแลที่เน้นระบบการสนับสนุนที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว
6. การดูแลโดยมีทีมสหวิชาชีพ
7. การดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต
8. การดูแลแบบประคับประคองสามารถดูแลร่วมกับการรักษาอื่น เช่น การให้ยาเคมีบำบัด หรือการฉายแสง เป็นต้น

European Association for Palliative care (EPAC)⁽⁵⁴⁾ หมายถึงการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้งการรักษาความเจ็บปวดและอาการอื่นๆ โดยการดูแลแบบประคับประคองเป็นการทำงานแบบสหวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในโรงพยาบาล สถานดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และชุมชน และหลักการสำคัญคือเป็นการช่วยให้ชีวิตและการจากไปเป็นเรื่องปกติ ไม่เร่ง และไม่ยึดถือการเสียชีวิตเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของผู้ป่วย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ⁽⁵⁵⁾ ให้ความหมายว่า คือการดูแลที่เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่โรคคุกคามต่อชีวิตให้บรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ รวมถึงการประเมินปัญหาทางกายใจ ปัญญาและสังคมอย่างละเอียด

ทองทิพย์ พรหมศร⁽³³⁾ กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการดูแลขั้นพื้นฐานและการช่วยเหลือควบคุมความเจ็บปวดและควบคุมอาการรบกวนอื่นๆ

4.1 ประวัติความเป็นมาของการดูแลแบบประคับประคองในต่างประเทศ⁽⁵⁶⁾

เริ่มมีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในช่วงทศวรรษ 1960 ในประเทศยุโรป ออสเตรเลีย แคนาดา และสหรัฐอเมริกา และเริ่มมีการบริการแบบ Hospice ในปี ค.ศ. 1967 ซึ่งมาจากที่ประชาชนเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระยะยาวทำให้เกิดการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ไม่จำเป็นในการรักษา จนกระทั่งปี ค.ศ. 1975 คำว่าการดูแลแบบประคับประคองได้ถูกนำมาใช้ครั้งแรกโดย Dr. Balfour Mount นำมาใช้ใน The Royal Victoria Hospital at McGill University in Montreal ประเทศแคนาดา ซึ่งมีการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลให้ครอบคลุม ได้แก่ สถานที่ให้บริการให้การปรึกษา โปรแกรมการดูแลที่บ้าน การบริการที่ช่วยเหลือในการเสียชีวิต โดยมีเป้าหมายไปที่การดูแลคุณภาพชีวิต⁽⁵⁷⁾ จากนั้นในปี ค.ศ. 1986 มีการเผยแพร่เอกสารเรื่องการบรรเทาปวดในผู้ป่วยมะเร็ง โดยองค์การอนามัยโลก และต่อมาในปี ค.ศ. 1988 ได้มีการประชุมนานาชาติที่มิลาน ประเทศอิตาลี และมีการจัดตั้งสมาคมบริบาลแบบประคับประคองภาคพื้นยุโรป (EAPC) ขึ้นและปัจจุบันมีสมาชิกจำนวน 42 ประเทศ ถัดมาในปี ค.ศ. 2003 สหภาพยุโรปได้ให้การรับรองเอกสารปกป้องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ที่กำลังเสียชีวิต ได้ออกข้อเสนอแนะสำหรับประเทศ

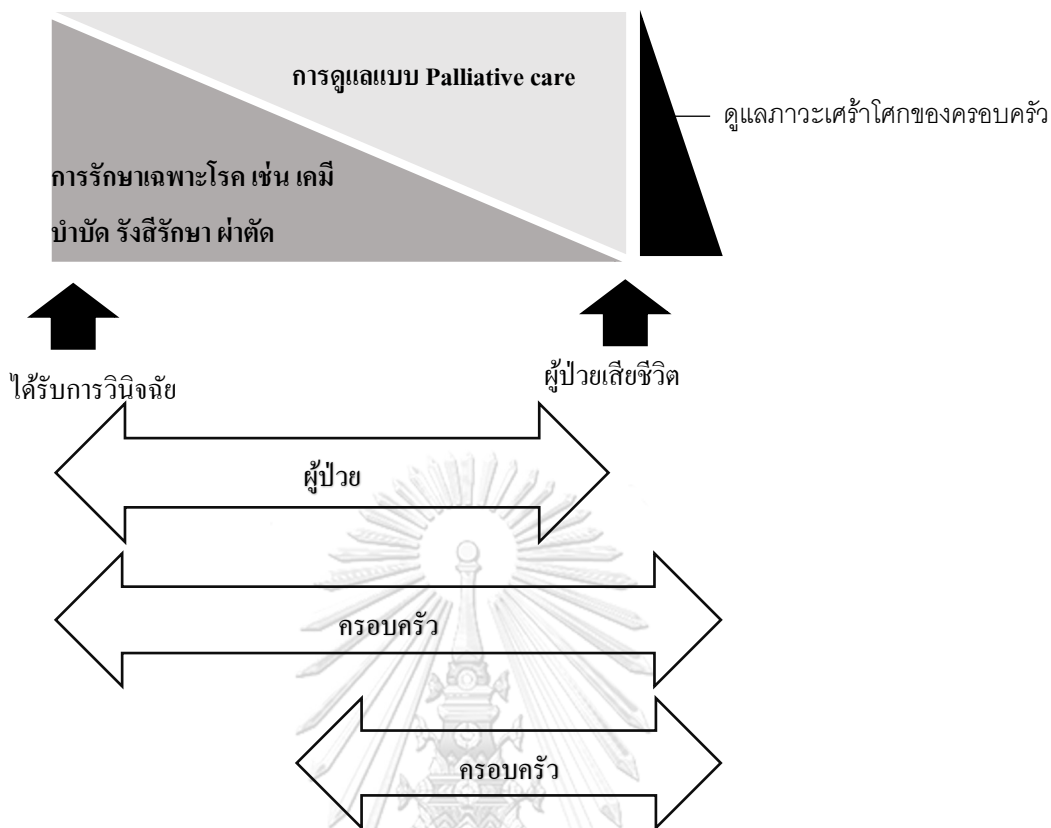
สมาชิกเกี่ยวกับการจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองในทวีปอเมริกาเหนือ ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกาเริ่มต้นการดูแลแบบประคับประคองในปี ค.ศ. 1988 เกิดการก่อตั้งเป็นองค์กรที่มีชื่อว่า American Academy of Hospice and Palliative Medicine (AAHPM)⁽⁵⁸⁾ โดยมีสมาชิกเริ่มแรกกว่า 250 คน เพื่อพัฒนาความเป็นเลิศด้านการทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองในประเทศ

4.2 ประวัติความเป็นมาของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย⁽⁵⁶⁾

การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย ได้เริ่มขึ้นเมื่อพ.ศ. 2538 โดยนายแพทย์สถาพร ลีลาพันธ์ จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยท่านเริ่มโครงการนำร่องการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่บ้านขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2540⁽⁵⁹⁾ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดการอบรมปฏิบัติการด้าน Palliative care สำหรับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพจากทั่วประเทศเป็นครั้งแรก จากนั้นในปี พ.ศ. 2542 ได้มีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย บรรจุในแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และหลายหน่วยงาน หลายวิชาชีพเริ่มมีการศึกษาและพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากขึ้น จนในปี พ.ศ. 2554 ได้เกิดการรวมกันของบุคลากรสหวิชาชีพกลุ่มจิตอาสา องค์กรภาคประชาชน จัดตั้งชมรมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทยขึ้น โดยมี รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นประธานชมรมฯ คนแรก จากนั้นในปีถัดมา จากชมรมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายแห่งประเทศไทยได้จดทะเบียนจัดตั้งเป็น สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (Thai Palliative Care Society, THAPS) ขึ้น มี รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นนายกสมาคมฯคนแรก หลังจากนั้นก็มีการขับเคลื่อนด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากขึ้นในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์และที่อื่นๆตามมามากมาย

การดูแลแบบประคับประคองควรเริ่มเมื่อใด⁽⁶⁰⁾

การดูแลแบบประคับประคองควรเริ่มต้นตั้งแต่ว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนการดูแลครอบครัวและผู้ดูแลจะครอบคลุมไปจนถึงระยะเวลาหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ที่สำคัญการดูแลรักษาแบบประคับประคองควรมีลักษณะเชิงรุก คือสามารถปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้ตามการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดเวลาของการดำเนินโรค ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงภาพรวมของการดูแลแบบประคับประคอง
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558

4.3 ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Staff)^(40, 61)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความจำเป็นต้องขอรับความช่วยเหลือ ร่วมมือจากวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและทั่วถึง เกิดประสิทธิภาพมากที่สุดโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง⁽⁶²⁾ ดังนี้

1. แพทย์/จิตแพทย์ ทำหน้าที่ดูแลรักษา ส่งต่อผู้ป่วย การให้การคาดการณ์ การดำเนินของโรค ให้การตรวจวินิจฉัยที่เป็นปัจจุบัน ดูแลควบคุมและบรรเทาอาการของผู้ป่วย⁽³²⁾

2. พยาบาล ให้การพยาบาลเพื่อความสบาย การจัดการความปวด การควบคุมอาการ การตอบสนองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลร่างกาย ให้การพยาบาล แนะนำการใช้เครื่องมือทางการแพทย์และการดูแลโภชนาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้สุขภาพทรุดโทรมลงเร็วกว่าที่ควรจะเป็น ตลอดจนการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมาน

3. เกสซ์กร ให้การดูแลและแนะนำเรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วย

4. นักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่ประเมินความต้องการทางสังคม การบำบัดดูแลปัญหาทางด้านจิตสังคม ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในด้านปัญหาจิตสังคม ด้านเศรษฐกิจ การวางแผนจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแล การใช้สิทธิการรักษา การประสานหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยเหลือในการปรับตัวกับการเผชิญกับการเจ็บป่วยระยะท้าย การดูแลจัดการด้านกฎหมาย และให้ความช่วยเหลือในการประสานการจัดการงานศพ

5. อาสาสมัคร/จิตอาสา เป็นบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนทางด้านจิตใจโดยไม่มีค่าตอบแทน หน้าที่ของอาสาสมัครส่วนใหญ่เน้นการเป็นผู้รับฟังปัญหา ให้กำลังใจ หรือให้การช่วยเหลือด้านอื่นๆ เช่น การอยู่เป็นเพื่อนในช่วงวาระท้ายของชีวิต การปลอบใจครอบครัว ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

6. ผู้นำศาสนา/ผู้นำทางความเชื่อและพิธีกรรม⁽³²⁾ ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ เน้นการช่วยให้เกิดความเข้มแข็ง การยอมรับกับวาระท้ายของชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ได้แก่ การสวดมนต์ การทำพิธีกรรมต่างๆ เป็นต้น

5. หลักการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางของศูนย์ชีวาภิบาล

ศูนย์ชีวาภิบาล คือศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในทีมการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร) โดยมีบทบาทเป็นทีมเสริมจากทีมแพทย์และพยาบาลหลัก สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยและให้การดูแลต่อเนื่องตลอดการรักษา

เมื่อปี พ.ศ. 2544 ศูนย์ชีวาภิบาลเริ่มต้นมาจากการรวมกลุ่มของบุคลากรในโรงพยาบาลที่สนใจและมีจิตอาสาในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และได้พัฒนามาเป็นคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จนกระทั่งได้รับการอนุมัติจากสภาอากาศาชาตไทยเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 จัดตั้งเป็น ศูนย์ชีวาภิบาล ปัจจุบันมีบุคลากรปฏิบัติงานประจำอยู่จำนวน 15 คน ประกอบด้วย แพทย์ 5 คน พยาบาล 4 คน นักสังคมสงเคราะห์ 3 คนและเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 2 คน โดยมุ่งเน้นการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สำหรับผู้ป่วยด้วยโรครักษาไม่หาย เช่น โรคมะเร็ง ไตวาย หัวใจล้มเหลว ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น พร้อมกับดูแลครอบครัวของผู้ป่วยร่วมไปด้วย โดยมีเป้าหมายให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่ไม่ว่าจะมากน้อยเท่าใด ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน

วิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ ของศูนย์ชีวาภิบาล

วิสัยทัศน์ ศูนย์ที่เป็นต้นแบบในการประสานการบริการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตจนวาระสุดท้าย ครอบครัว ยอมรับและปรับตัวได้

พันธกิจ (ปี 2559-2562)

1. สร้างต้นแบบของการให้บริการการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อย่างเป็นองค์ รวมโดยทีมสหสาขา พร้อมกับผลผลิตผลงานวิชาการและวิจัย
2. สนับสนุน ฝึกฝนและให้คำปรึกษาแก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาเพื่อให้สามารถ นำหลักการพื้นฐานของการดูแลแบบประคับประคองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

ภารกิจหลักของศูนย์ ได้แก่

1. จัดให้มีบริการด้าน palliative care ที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน ซึ่งตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ และญาติอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องในทุกหอผู้ป่วย
2. เผยแพร่ความรู้และสนับสนุนตลอดจนให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แก่ บุคลากรสาธารณสุข โดยจัดการประชุมวิชาการ การอบรมเชิงปฏิบัติการร่วมกับเครือข่าย ที่ปฏิบัติงานเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. ส่งเสริมให้มีการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ และนำไปบูรณาการในการดูแลผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. ประสานงานกับภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ เพื่อร่วมกันพัฒนางานด้านการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นรูปธรรม

นโยบายและแผนยุทธศาสตร์

สร้างต้นแบบของการให้บริการการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่าง เป็นองค์รวม โดยทีมสหสาขาพร้อมกับผลผลิตผลงานวิชาการและวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

1. ผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และครอบครัวที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ขึ้นสูงโดยบุคลากรสหสาขาที่มีความชำนาญในด้านนี้โดยใช้วิธีการดูแลแบบประคับประคองในรูปแบบ ต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลต่างๆ ดังนี้
 1. การจัดการอาการทุกข์ทรมานที่ซับซ้อนของผู้ป่วยระยะท้าย (advanced palliative symptom management)
 2. การวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในสถานการณ์ที่ยากและ ซับซ้อน (advance care planning in difficult situations) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) คือการวางแผนร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางการรักษา ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้รักษา แนะนำให้มีการวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย เพื่อให้ทราบแนวทางการดูแล

ที่ตรงตามความปรารถนาและเป้าหมายในการรักษา (goals of care) ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งการวางแผนล่วงหน้าจะมีประโยชน์อย่างยิ่งที่จะช่วยให้ทีมผู้รักษาเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้น หรือกรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้

3. การดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิต (terminal and dying care)

4. การดูแลภายหลังการเสียชีวิต (grief and bereavement care)

5. การดูแลแบบประคับประคองในบริบทพิเศษต่าง ๆ เช่น การดูแลที่บ้าน (Palliative home care) การดูแลในสถานบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (hospice care) และการใช้แพทย์ทางเลือกร่วมในการดูแล (palliative complementary medicine)

6. การดูแลร่วมกันโดยกลุ่มบุคลากรสหสาขา (interdisciplinary team care) ทั้งหมดนี้เพื่อให้เกิดเป็นองค์ความรู้ผ่านการรวบรวมข้อมูลและการวิจัย (research in palliative care) สำหรับการเป็นต้นแบบ (modeling) ให้กับสถานพยาบาลอื่น ๆ

2. สนับสนุนฝึกฝนและให้คำปรึกษาแก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาเพื่อให้สามารถนำหลักการ พื้นฐานของการดูแลแบบประคับประคองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มเป้าหมาย บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สายวิชาชีพแพทย์ ได้แก่ นิสิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์เฉพาะทาง

- สายวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเฉพาะทาง ผู้ช่วย พยาบาล

- สายวิชาชีพนักสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ นักศึกษาสังคมสงเคราะห์ นักสังคมสงเคราะห์

- สายวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา

ผลงานของศูนย์ชีวภิบาล

ผลงานที่ผ่านมาแบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านวิชาการ ด้านบริการ และด้านเครือข่ายอาสาสมัคร ด้านวิชาการ

- การร่วมเขียนโครงสร้างหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้กับเครือข่ายโรงเรียนแพทย์ (กสพท.)

- ศูนย์ชีวภิบาลให้ช่วยดำเนินการจัดอบรมเรื่องทักษะการสื่อสารให้กับนิสิตแพทย์ทั้งในและนอกโรงพยาบาล

- ศูนย์ชีวภิบาลเปิดหลักสูตรการฝึกอบรมประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชกรรม ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริหารแบบประคับประคอง

- เป็นสถานที่ศึกษาดูงานทั้งบุคคลและหน่วยงานในและต่างประเทศด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและประคับประคอง ฯลฯ

ด้านบริการ

- ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกแผนกในโรงพยาบาลที่ส่ง
ปรึกษา

- มีระบบโปรแกรมการส่งปรึกษาศูนย์ชีวาภิบาลออนไลน์ของโรงพยาบาลเพื่อให้เกิด
ความสะดวก รวดเร็วในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ฯลฯ

- มีการติดตามดูแลญาติและครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ฯลฯ

ด้านอาสาสมัคร

- ร่วมจัดโครงการ และจัดอบรมเครือข่ายอาสาสมัครข้างเตียงผู้ป่วยระยะท้ายจากนิสิตแพทย์
นักศึกษาพยาบาลและบุคคลภายนอก ฯลฯ

6. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์

Hwang และคณะ⁽⁴⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
กับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง
(cross-sectional) โดยศึกษาในญาติผู้ดูแล 273 ราย จากสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (hospices)
จำนวน 7 แห่ง และหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care Unit) ในประเทศเกาหลีใต้
โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลภาวะความเครียดและภาวะความวิตก
กังวลและการสนับสนุนทางสังคม และพบว่าระดับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
ระยะท้ายส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 62.2) ภาวะความเครียดและภาวะความวิตกกังวล
อยู่ในระดับสูง และการขาดการสนับสนุนของครอบครัวเป็นสาเหตุให้ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ลดลง

Palacio และคณะ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์และภาวะการดูแลผู้ป่วย
มะเร็งระยะท้าย ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย 50 ราย ที่อยู่ในหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
ในประเทศโคลัมเบีย ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ระยะเวลาในการดูแล
ผู้ป่วยเฉลี่ย 20 เดือน มากกว่าครึ่งระดับความยืดหยุ่นทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 56)
สมรรถภาพการดูแล และความทุกข์ทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ความสามารถในการรับรู้
สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และภาวะในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ

Ong และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional) ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศสิงคโปร์ที่วินิจฉัยว่าเจ็บป่วยทางกายหรือมีความเจ็บป่วยทางจิต 285
ราย โดยใช้แบบวัดความยืดหยุ่นทางอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดภาวะการดูแล

ผลปรากฏว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 70.8) และการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการดูแลและความยืดหยุ่นทางอารมณ์

Garity⁽⁶³⁾ ได้ศึกษาความเครียดจากภาวะการดูแล รูปแบบการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล วิธีการจัดการกับปัญหา และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โดยศึกษาจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วย 76 ราย จากกลุ่มสมาคมอัลไซเมอร์แห่งแมสซาชูเซตส์ตะวันออก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 47 ของญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ และพบว่าความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ความเครียดจากภาวะในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง โดยเพศหญิงมีความเครียดจากภาวะการดูแลมากกว่าเพศชาย

Wilks และ Vonk⁽⁶⁴⁾ ได้ศึกษาความเครียดจากภาวะการดูแลผู้ป่วย และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โดยเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่อยู่ในสมาคมผู้ป่วยอัลไซเมอร์ภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา 304 ราย พบว่าความเครียดจากภาวะการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ความเครียดจากภาวะการดูแลที่สูงส่งผลให้เพิ่มความยืดหยุ่นทางอารมณ์ลดลง

Saria และคณะ⁽⁶⁵⁾ ศึกษาความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในสมองในระยะแพร่กระจาย โดยการเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วย 56 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ที่ดี ได้แก่ การจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพ การมองโลกในแง่ดี ในขณะที่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ที่ไม่ดี ได้แก่ การรับรู้ภาวะการดูแล และความเครียด

Weisser, Bristowe และ Jackson⁽⁶⁶⁾ ศึกษาความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ALS ซึ่งพบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ภาวะการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กัน และญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง

Chan, Yap และ Khalaf⁽⁶⁷⁾ ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์จำนวน 230 คน พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในประเทศมาเลเซียมีระดับความเครียดสูงมาก และความเครียดนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เพศและสถานะการทำงานมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางอารมณ์

Han และคณะ⁽⁶⁸⁾ ได้ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ที่พักอยู่ในที่พักผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 39 ครอบครัว พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของผู้ดูแลนั้นมาจาก ปัจจัยจากตนเอง เช่น ความสามารถในการควบคุมตนเอง การจัดการความเครียด การมีคุณค่าในตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ปัจจัยจากชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อน และสมาชิกครอบครัว เป็นต้น และปัจจัยทางสังคม เช่น กฎหมาย นโยบาย สวัสดิการสังคม ศาสนา โครงสร้างวัฒนธรรม เป็นต้น

Manzini และคณะ⁽⁶⁹⁾ ได้มีการทบทวนเอกสารที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความกังวล ภาระการดูแล การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และสภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

Roen และคณะ⁽⁷⁰⁾ ศึกษาความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำนวน 14 คน พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับทีมที่ดูแลรักษาผู้ป่วย ทีมผู้ดูแลช่วยให้การสนับสนุนทางจิตใจกับญาติ ช่วยให้ญาติรู้สึกปลอดภัย ตลอดจนให้ข้อมูลการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรคและการเสียชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการตระหนักและเตรียมตัว

เทียนทอง หาระบุตร⁽⁹⁾ ศึกษาระดับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต โดยมีตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าของตัวเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน จากโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต 4 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า ระดับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 60.7) อายุ ระยะเวลาในการดูแล ประเภทของโรค การเห็นคุณค่าของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต

เสาวนิจ น้อยมงคล และคณะ⁽⁷¹⁾ ศึกษาความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในคลินิกจิตเวชสูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลชลบุรีและโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุชลบุรี 88 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี และกลุ่มตัวอย่างมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ได้แก่ อายุของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะตนเอง ของญาติผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม

พิมพ์พนิต ภาศร⁽⁷²⁾ ศึกษาทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษา การช่วยฟื้นคืนชีพ และสถานที่ในการเสียชีวิต รวมไปถึงการจัดการอาหารต่างๆ มีความรุนแรงมากขึ้น ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะมีเป้าหมายการดูแลที่สำคัญ คือ การดูแลไม่ให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ และเสียชีวิตลงอย่างสงบ แต่ครอบครัวยังคงมีข้อจำกัดในด้านของความรู้ ความสามารถ และ ประสบการณ์ ในการดูแลจึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยในระยะท้ายได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุม ครอบครัวจึงควรได้รับการประเมินเพื่อที่จะช่วยให้สามารถแสดงบทบาทในการดูแลได้อย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริง

สุปรีดา มั่นคง ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และศุภร วงศ์ทัณญ์⁽⁷³⁾ พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ผู้ประสานงานการจัดการภายในครอบครัว และเป็นผู้ตัดสินใจเตรียมความพร้อมสำหรับการตาย จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่แย่ลงกว่าเดิมในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ทั้งเรื่องการปรับตัว ความเจ็บป่วย และความเครียด

วารุณี มีเจริญ⁽⁴⁹⁾ พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์เป็นบุตรและพี่น้องของผู้ป่วย รองลงมาเป็นคู่สมรสและอื่นๆ มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 51-60 ปี โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะรับรู้ว่ามีอารมณ์ความเครียดด้านอารมณ์มากขึ้น ไม่มีเวลาดูแลตนเอง มีปัญหาซึมเศร้า เหนื่อยล้า รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง และอาจจะมีปัญหาสุขภาพกายเพิ่มขึ้น

รวี เดือนดาว⁽⁷⁴⁾ พบว่า ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ 1. มีเวลาก็ขอหลับ 2. อยากมีคนช่วย 3. กำลังใจคือสิ่งสำคัญ 4. อยากใกล้ชิดจนวินาทีสุดท้าย 5. ประารถนาที่จะคงไว้ซึ่งความหวัง (หวังให้หาย, หวังให้จากไปอย่างสงบ) และ 6. อยากไปตรวจแต่ทั้งผู้ป่วยไปไม่ได้/อยากมีร่างกายที่แข็งแรงเพื่อจะดูแลได้นาน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์

เพศ เพศมีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ จากการศึกษา^(4, 7, 15, 68, 75-77) พบว่าส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเพศหญิง^(78, 79) และมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ โดยเพศหญิงมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์น้อยกว่าเพศชาย และพบว่าเพศชายมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูงกว่าเพศหญิง⁽⁸⁰⁾

อายุ อายุมีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ งานวิจัยของเทียนทอง ระหาบุตร⁽⁹⁾ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 40-49 ปี และ 50-59 ปี มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์มากกว่าช่วงอายุอื่นๆ และ Polk⁽⁸¹⁾ กล่าวว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ที่อายุน้อย และเสาวนิจ น้อยมงคลและคณะ⁽⁷¹⁾ กล่าวว่า ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากจะส่งผลให้ความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูงส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (อายุ 36-59 ปี)⁽⁷⁹⁾ ซึ่งเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ มีการจัดการ การเผชิญปัญหา และการปรับตัวรวมถึงมีการตัดสินใจในการเผชิญปัญหาและทักษะในการดูแลตนเองและผู้ป่วยที่ดีขึ้นกว่าวัยที่ผ่านมา

สถานภาพการสมรส^(67, 75, 79, 80, 82) ส่วนใหญ่จากการศึกษาพบว่าสถานภาพการสมรสมีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์โดยพบว่า ผู้ที่มีคู่สมรสมีระดับความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูงกว่าสถานภาพการสมรสอื่นๆ ซึ่งคู่สมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการให้กำลังใจ คอยให้

คำปรึกษาในเวลาที่ต้องเผชิญปัญหา และมีบางการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความเกี่ยวข้องกับ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์

อาซีฟ^(6, 68, 75, 83) พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ โดยญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้ ประกอบอาชีพ ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นหลักเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะต้องให้เวลาและทุ่มเท แรงกายใจให้กับผู้ป่วย แต่ก็มีบางข้อมูลที่บอกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ไป ด้วย^(67, 79)

รายได้ของครอบครัว จากการศึกษาพบว่า⁽⁸⁴⁾ รายได้ครอบครัวที่สูงจะส่งผลต่อความยืดหยุ่น ทางอารมณ์ที่สูงตามไปด้วย

สภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล⁽⁷⁾ สภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ จะมีความยืดหยุ่น ทางอารมณ์ระดับสูง

ภาระในการดูแล^(4, 6, 11, 65, 67, 69, 77) ความรู้สึกเป็นภาระในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ ทางลบกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ โดยญาติผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระระดับสูง จะมีความยืดหยุ่น ทางอารมณ์ในระดับต่ำ และภาระการดูแลอยู่ในระดับต่ำ⁽⁷⁷⁾

การเห็นคุณค่าของตนเอง^(9, 85, 86) การเห็นคุณค่าของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองระดับสูงจะส่งผลให้ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ระดับสูงไปด้วย

ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า^(4-7, 65) ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า⁽⁶⁹⁾มีความสัมพันธ์ ทางลบกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ โดยญาติผู้ดูแลที่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าระดับสูง ส่งผลต่อความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับต่ำ

การสนับสนุนทางสังคม^(68, 71) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ จากการศึกษาพบว่า^(4, 34, 87) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะส่งผลให้ความยืดหยุ่นทางอารมณ์มากด้วย การสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับความช่วยเหลือ ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ วัสดุสิ่งของ และการปกป้องดูแล ซึ่งการได้รับการสนับสนุน ทางสังคมจะช่วยให้บุคคลจัดการกับผลกระทบจากความสูญเสีย คงไว้ในความรู้สึกมีส่วนร่วม มีความเข้มแข็ง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บางการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางอารมณ์⁽⁹⁾

จากการศึกษาสัมพันธภาพที่ีระหว่างบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงานหรือบุคคล อื่นๆที่คุ้นเคยมีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์⁽⁸⁷⁾ ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีมีผลต่อการดำเนิน ชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และช่วยป้องกันผลกระทบจากความเครียด กังวล และซึมเศร้า และจัดการกับผลกระทบจากความสูญเสีย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาถึงความยืดหยุ่นทางอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากร
2. กลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากร (Population)

ประชากรเป้าหมาย (Target population) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้ส่งปรึกษาศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่าง (Sample population) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกและได้ส่งปรึกษาศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกรายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ทั้งเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา โดยจะเริ่มเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนเดือนกรกฎาคม 2562 – มกราคม 2563 โดยเริ่มเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2562 (หมายเลข IRB 274/62)

กลุ่มตัวอย่าง (Sampling)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกและได้ส่งปรึกษาศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์หรือการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (judgmental or purposive sampling) โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและเกณฑ์การคัดออกในช่วงที่ทำการศึกษา

2. คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา

$$\text{คำนวณได้จากสูตร} \quad n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

Z = ค่าวิกฤตระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางการแจกแจงค่าปกติมีค่าเท่ากับ 1.96

p = ค่าประมาณ prevalence จากการทบทวนวรรณกรรม (ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 62.2%⁽⁴⁾)

ดังนั้น $P = 0.622$

$$q = 1 - 0.626 = 0.378$$

d = ค่า relative value ของ p คือร้อยละของ p คือให้ผิดพลาดได้ร้อยละ 15 ของ p เมื่อ $p = 0.622$ ดังนั้น $d = 0.093$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= \frac{(1.96)^2 \times (0.622) \times (0.378)}{(0.093)^2} \\ &= 113 \end{aligned}$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่าง = 113 คน

เพื่อให้ครอบคลุมความผิดพลาดซึ่งคาดว่าจะมีประมาณร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้จึงเท่ากับ 150 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ญาติผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นบุคคลในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักต่อเนื่องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน และดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ที่ไม่สามารถเข้าใจหรือไม่สามารถสื่อสารให้ข้อมูลในการทำการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement) ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย ประวัติโรคทางจิตเวช และประวัติการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วนย่อยดังนี้

2.1 ข้อมูลปัจจัยการดูแลที่บ้านที่ผู้วิจัย ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยการดำเนินของโรคผู้ป่วย

2.2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย (the Burden Interview for Caregivers of Patients) พัฒนาโดยชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ อาศัยแนวคิดของ Steven H. Zarit และ Judy M. Zarit แบบดังกล่าวได้พัฒนามาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความพิการต่างๆซึ่งมีผลกระทบต่อตารางชีวิตของญาติผู้ดูแล ซึ่งประสบการณ์ความเครียดดังกล่าวแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) ความรู้สึกผิด (guilt) และเจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) ใช้ประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย มีข้อคำถาม 22 ข้อ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-88 คะแนนเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่

คะแนนมากกว่า 61 คะแนนขึ้นไป รู้สึกว่าเป็นภาระมาก

คะแนน 41-60 คะแนน รู้สึกว่าเป็นภาระปานกลาง

คะแนน 21-40 คะแนน รู้สึกว่าเป็นภาระน้อย

คะแนนต่ำกว่า 21 คะแนน ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระเลย

และแบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความยืดหยุ่นทางอารมณ์ฉบับภาษาไทย Conner-Davidson Resilience Scale Questionnaire (CD-RISE)

แบบประเมินความยืดหยุ่นทางอารมณ์ พัฒนาโดยอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ มาจากแนวคิด Resilience Model ของ Glenn E. Richardson สร้างโดย Conner and Davidson มีข้อคำถาม 25 ข้อ โดยคะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-100 คะแนน ในแต่ละข้อมี 5 ระดับ (0-4) แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 0 คะแนน เห็นด้วยน้อย 1 คะแนน เห็นด้วยบางครั้ง 2 คะแนน เห็นด้วยบ่อยครั้ง 3 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามสูงสะท้อนว่ามีความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูง แปรผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ คือผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า mean-SD ปานกลาง คือ ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง mean±SD และสูง คือผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า mean+SD มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

ซึ่งแบบสอบถามนี้มีคะแนนมาตรฐานเปรียบเทียบความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในหลายกลุ่ม แบ่งเป็น ประชากรทั่วไป มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 80.4 ทีมดูแลผู้ป่วยปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 71.8 ผู้ป่วยนอกจิตเวช มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 68.0 ผู้ป่วยโรควิตกกังวล มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 62.8 และผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรง (PTSD) มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 47.8

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินปัจจัยทางจิตสังคม ประกอบด้วย

แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์กฉบับปรับปรุงภาษาไทย (The Revised version of Thai Rosenberg Self-Esteem Scale, Revised Thai RSES)

แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์กฉบับปรับปรุง พัฒนาโดยทินกร วงศ์ปการันย์ อาศัยแนวคิดจาก Morris Rosenberg แบบวัดนี้ใช้วัดความรู้สึกต่อตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าโดยเป็นมาตรวัด 4 อันดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “ไม่เห็นด้วย” “เห็นด้วย” “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ ซึ่งจะมีการกลับค่าคะแนน ครึ่งหนึ่งเป็นข้อความเชิงบวก (ข้อ 1,3,4,7,8,10) เท่ากับ 4,3,2,1 คะแนนตามลำดับ อีกครึ่งหนึ่งเป็นข้อความเชิงลบ (ข้อ 2,5,6,9) เท่ากับ 1,2,3,4 คะแนนตามลำดับ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 10-40 คะแนน วัดจากค่าคะแนน ที่ยิ่งมาก ยิ่งบ่งบอกระดับความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่สูง แปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ คือผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า mean-SD ปานกลาง คือ ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง mean±SD และสูง คือ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า mean+SD มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) แปลมาจาก Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith (1983) แปลและพัฒนาโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช

แบบสอบถามนี้ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งออกเป็น ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert Scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0 – 21 คะแนน ทั้งนี้ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยตอบคำถามด้วยตนเองโดยการเลือกตอบจากตัวเลือกที่ตรงกับตนเองมากที่สุด การแปลผลภาวะซึมเศร้า จะนับเฉพาะข้อที่เป็นเลขคู่ ได้แก่ ข้อที่ 2,4,6,8,10,12,14 การแปลผลภาวะวิตกกังวล จะนับเฉพาะข้อคี่ 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 โดยผู้ที่มีคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 แสดงว่าอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มอาการนั้น โดยมีการคิดค่าคะแนนดังนี้

การคิดค่าคะแนนข้อ 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13 คิดคะแนนเป็น (3, 2, 1, 0)

การคิดค่าคะแนนข้อ 2, 4, 7, 9, 12, 14 คิดค่าคะแนนเป็น (0, 1, 2, 3)

สำหรับอาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อคี่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13)

สำหรับอาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14)

ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 แสดงว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มอาการนั้น

เกณฑ์การแปลผล

0 – 7	คะแนน	คือ	ไม่มีความผิดปกติ
8 – 10	คะแนน	คือ	มีอาการ แต่อาจไม่มีความผิดปกติ
11	คะแนนขึ้นไป	คือ	มีความผิดปกติ ได้แก่ ภาวะความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในส่วนของแบบประเมินอาการวิตกกังวล เท่ากับ 0.86 และ แบบประเมินอาการซึมเศร้าเท่ากับ 0.83

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire)

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใช้วัดระดับการสนับสนุนทางสังคมพัฒนาโดย อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย โดยอาศัยแนวคิดของ Schaefer ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (7 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91) 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร (4 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88) และ 3) ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ (5 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87) รวม 16 คำถาม แปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ คือผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า mean-SD ปานกลาง คือ ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง mean±SD และสูง คือผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า mean+SD มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (Family Relationship and Function Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 1 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2-7 แต่ละข้อเป็นมาตรฐานส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ น้อยที่สุดถึงมากที่สุด โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 การให้คะแนนและการแปลผล คะแนนรวมจะอยู่ตั้งแต่ 0-35 คะแนน ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และค่าความเชื่อมั่น(reliability) โดยมีความสอดคล้องภายใน(internal consistency) ที่ดี แสดงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

1. ส่งโครงร่างเพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผ่านเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2562 (หมายเลข IRB 274/62) เริ่มเก็บข้อมูลเดือนเดือนกรกฎาคม 2562 – มกราคม 2563

2. ดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยทำหนังสือขออนุญาต จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และศูนย์ชีวภิบาลเพื่อขอเก็บข้อมูลการวิจัย

3. ดำเนินการวิจัยโดยอยู่ภายใต้การควบคุมของอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดงานวิจัยและเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ของงานวิจัย และผลที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่มีโอกาสร่วมศึกษาวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก แล้วเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและแสดงความยินยอมเข้าร่วม การศึกษาวิจัยโดยลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษร โดยสถานที่ในการทำการศึกษาวินิจฉัย หอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และแผนกผู้ป่วยนอกชั้น 13 คลินิกศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์

4. เมื่อได้ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจแล้ว ให้ผู้วิจัยได้ กรอกข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไประยะเวลาทั้งหมดในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประมาณ 3 เดือน

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของแบบ และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

6. หลังจากการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลได้พบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาบางส่วนมีปัญหา ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ผู้วิจัยจึงได้ติดต่อผ่านทางโทรศัพท์เพื่อขอพูดคุยเพื่อแจ้งผลการประเมิน ความยืดหยุ่นทางอารมณ์แก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาให้รับทราบ และแนะนำวิธีการจัดการปัญหาที่อาจ เกิดขึ้นระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และต่อไปหากผู้เข้าร่วมการศึกษาประสบกับความเครียดหรือ ความกดดันเพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น มีปัญหาทางด้านอารมณ์ ปัญหาการนอน สามารถขอรับการตรวจประเมินและการดูแลเพิ่มเติมจากจิตแพทย์ได้ โดยผู้วิจัยแนะนำช่องทาง ในการเข้าถึงและช่วยประสานส่งต่อให้ได้หากผู้เข้าร่วมการศึกษามีต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics version 22

1. นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปและความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยใช้จำนวน สัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ โดยใช้สถิติทดสอบ chi-square และใช้ Pearson's correlation ในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และหาปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับปานกลางถึงสูง โดยใช้ binary logistic regression โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical considerations)

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย เป็นการตอบแบบสอบถามซึ่งแสดงความรู้สึกส่วนตัวโดยอิสระ ดังนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่นำข้อมูลส่วนตัวมาเปิดเผย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับทราบข้อมูลในการทำวิจัย และการแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ ผู้วิจัยได้ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถมีอิสระที่จะสมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีการข่มขู่บังคับใด ๆ จากผู้วิจัยหรือผู้ที่มีอิทธิพลอำนาจ และผู้วิจัยไม่แสวงหาประโยชน์จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเพียงเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ ได้ดูแลโดยไม่ทอดทิ้ง หรือแบ่งแยกบุคคลหรือกลุ่มคนที่อาจได้ประโยชน์จากความก้าวหน้าของการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการศึกษาวิจัยได้ยึดหลักจรรยาบรรณของการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (respect for person) ผู้วิจัยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล การรายงานผลการศึกษาค้นคว้าจะไม่ ระบุชื่อ ตำแหน่ง สถานที่พักอาศัยของผู้ให้ข้อมูลทั้งนี้เพื่อเป็นหลักประกันว่าการศึกษาจะไม่มีการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลให้การเคารพในการให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง พอเพียง ไม่ปิดบังข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ในระหว่างการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลไม่ถูกชักจูงด้วยอำิสสินจ้าง และมีสิทธิที่จะถอนตัวจากโครงการวิจัยโดยไม่ต้องชดใช้ค่าเสียหาย

2. หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน หรือ minimal risks เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก แต่การเก็บข้อมูลจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย หรือมีผลกระทบต่อบุคคลหรือ องค์กรที่ถูกรบกวนถึง

3. หลักยุติธรรม (Justice) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเป็นผู้ที่มีเชื้อชาติ ศาสนา หรือ ฐานะใดก็ได้ มีเกณฑ์การคัดเลือกอย่างชัดเจนมีการกระจายความเสี่ยงและมีการเลือกตัวอย่างประชากรอย่างเท่าเทียม

บทที่ 4

ผลการศึกษา (Results)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาความยืดหยุ่นทางอารมณ์และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 150 คน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2562 – มกราคม 2563 ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนดไว้

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยจำแนกตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเวลาในการดูแล ลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วย ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ การเห็นคุณค่าของตนเอง ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และหน้าที่และความสัมพันธ์ของครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วย ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ การเห็นคุณค่าของตนเอง ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และหน้าที่และความสัมพันธ์ของครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (n=150)	ร้อยละ (%)
เพศ	หญิง	113	75.3
	ชาย	37	24.7
อายุ(ปี)	≤ 30	27	18.0
	31 – 40	26	17.3
	41 – 50	29	19.3
	51 – 60	34	22.7
	61 – 70	25	16.7
	71 ขึ้นไป	9	6.0
	mean(SD) = 47 ปี 3 เดือน(15 ปี 8 เดือน), min = 18 ปี, max = 78 ปี		
สถานภาพสมรส	คู่	84	56.0
	โสด	50	33.3
	หม้าย	9	6.0
	หย่าร้าง	7	4.7
ระดับการศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	9	6.1
	มัธยมศึกษาตอนต้น	14	9.3
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	6.7
	ปวช.	8	5.3
	อนุปริญญา หรือ ปวส.	8	5.3
	ปริญญาตรี	69	46.0
	สูงกว่าปริญญาตรี	32	21.3

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (n=150)	ร้อยละ (%)
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	51	34.0
	ธุรกิจส่วนตัว	40	26.7
	ลูกจ้าง/พนักงาน	28	18.7
	รับราชการ	12	8.0
	รับจ้าง/แรงงาน	6	4.0
	รัฐวิสาหกิจ	4	2.8
	อื่นๆ	9	6.0
	รายได้เฉลี่ย(บาท/เดือน)	≤ 20,000	75
20,001 – 30,000		21	14.0
30,001 ขึ้นไป		54	36.0
mean(SD) = 31,609.53(37,584.24) , min = 0 ,max = 300,000			
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ มีเหลือเก็บ	74	49.3
	เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ	54	36.0
	ไม่เพียงพอ แต่มีเหลือเก็บ	4	2.7
	ไม่เพียงพอ และไม่เหลือเก็บ	18	12.0
โรคประจำตัวทางกาย	ไม่มี	94	62.7
	มี (มีได้มากกว่า 1 โรค)	56	37.3
	โรคความดันโลหิตสูง	22	14.7
	โรคไขมันในเลือดสูง	19	12.7
	โรคข้อเสื่อม	15	10.0
	โรคเบาหวาน	10	6.7
	โรคภูมิแพ้	8	5.3
	โรคหัวใจ	7	4.7
	โรคไต	4	2.7
	โรคไทรอยด์	4	2.7
	โรคน้ำในหูไม่เท่ากัน	2	1.3
	โรคอื่นๆ	7	4.7

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (n=150)	ร้อยละ (%)
ประวัติโรคทางจิตเวช	ไม่มี	145	96.7
	มี (มีได้มากกว่า 1 โรค)	5	3.3
	โรคซึมเศร้า	5	3.3
	โรควิตกกังวล	4	2.7
	โรคอื่นๆ	2	1.3
การใช้สารเสพติด			
การสูบบุหรี่	ไม่ใช้	143	95.3
	ใช้บางครั้ง	4	2.7
	ใช้เป็นประจำ	3	2.0
แอลกอฮอล์	ไม่ใช้	121	80.7
	ใช้บางครั้ง	26	17.3
	ใช้เป็นประจำ	3	2.0
ยานอนหลับ	ไม่ใช้	142	94.7
นอกเหนือแพทย์สั่ง	ใช้บางครั้ง	7	4.7
	ใช้เป็นประจำ	1	0.6
การใช้สารอื่นๆ	ไม่ใช้	148	98.7
	ใช้บางครั้ง	1	0.7
	ใช้เป็นประจำ	1	0.6
ผู้ป่วยที่ดูแลเป็น	บิดา/มารดา	65	43.3
	คู่สมรส	30	20.0
	ญาติอื่นๆ	23	15.3
	บุตร	18	12.0
	พี่/น้อง	14	9.4
ระยะเวลาในการดูแล(ปี)	≤ 1	81	54.0
	> 1 – 2	24	16.0
	มากกว่า 2 ขึ้นไป	45	30.0

mean(SD) = 2 ปี 4 เดือน (4 ปี 1 เดือน) , min = 1 เดือน , max = 20 ปี

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=150)	ร้อยละ (%)
ลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วย		
โรคเรื้อรัง	142	94.7
โรคเฉียบพลัน	8	5.3

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาศูนย์ชีวาภิบาล จำนวน 150 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาศูนย์ชีวาภิบาลจะเป็นผู้ป่วยใน พบว่า ร้อยละ 75.3 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 24.7 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.7 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 47 ปี มากกว่าครึ่งมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 56.0) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 46.0) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 34.0 ครึ่งหนึ่งมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท (ร้อยละ 50.0) เกือบครึ่งมีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 49.3) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.7) ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย และไม่มีโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 96.7) ส่วนใหญ่ไม่ใช้สารเสพติด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และไม่ใช้ยานอนหลับ นอกเหนือแพทย์สั่ง (ร้อยละ 95.3 ร้อยละ 80.7 และร้อยละ 94.7 ตามลำดับ) ผู้ป่วยที่ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.3) เป็นบิดามารดา โดยมีระยะเวลาการดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.0) อยู่ระหว่าง 1-12 เดือน และลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบโรคเรื้อรังมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.3

ตารางที่ 2 ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150)

ความยืดหยุ่นทางอารมณ์	จำนวน (n=150)	ร้อยละ (%)
ความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูง (> 83.49)	25	16.7
ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ปานกลาง (55.97 - 83.49)	102	68.0
ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่ำ (< 55.97)	23	15.3
mean(SD) = 69.73(13.76) ,min = 22 , max = 100		

จากตารางที่ 2 แสดงผลการศึกษเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 150 คน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 69.73 ± 13.76 และเมื่อจัดกลุ่มความยืดหยุ่นทางอารมณ์โดยอาศัยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 102 คน (ร้อยละ 68)

ตารางที่ 3 ภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ (n=150)

ภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	จำนวน (n=150)	ร้อยละ (%)
รู้สึกเป็นภาระมาก (61 คะแนนขึ้นไป)	1	0.7
รู้สึกเป็นภาระปานกลาง (41-60 คะแนน)	11	7.3
รู้สึกเป็นภาระน้อย (21-40 คะแนน)	56	37.3
รู้สึกไม่เป็นภาระเลย (20 คะแนนลงไป)	82	54.7

mean(SD) = 20.21(12.91), min = 1, max = 79

จากตารางที่ 3 แสดงผลการศึกษาเกี่ยวกับภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 150 คน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 20.21 ± 12.91 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้สึกว่า เป็นภาระเลย จำนวน 82 คน (ร้อยละ 54.7) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรู้สึกว่า เป็นภาระน้อย จำนวน 56 คน (ร้อยละ 37.3) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกว่า เป็นภาระปานกลาง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 7.3) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรู้สึกว่า เป็นภาระมาก จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.7)

ตารางที่ 4 การเห็นคุณค่าของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150)

การเห็นคุณค่าของตนเอง	จำนวน (n=150)	ร้อยละ (%)
สูง (> 35.90 คะแนน)	26	17.3
ปานกลาง (27.82 – 35.90 คะแนน)	113	75.3
ต่ำ (< 27.82 คะแนน)	11	7.4

mean(SD) = 31.86(4.04), min = 15, max = 40

จากตารางที่ 4 แสดงผลการศึกษาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 150 คน มีค่าเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 31.86 ± 4.04 และเมื่อจัดกลุ่มการเห็นคุณค่าในตนเองโดยอาศัยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีการเห็นคุณค่าของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 110 คน (ร้อยละ 75.3) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีการเห็นคุณค่าของตนเอง

อยู่ในระดับสูง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 17.3) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีการเห็นคุณค่าของตนเองอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 17 คน (ร้อยละ 7.3)

ตารางที่ 5 ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150)

ภาวะวิตกกังวล	จำนวน (n=150)	ร้อยละ (%)
มีภาวะวิตกกังวล (11 คะแนนขึ้นไป)	46	30.7
มีภาวะวิตกกังวล แต่อาจไม่มีความผิดปกติ (8 – 10 คะแนน)	47	31.3
ไม่มีภาวะวิตกกังวล (0 – 7 คะแนน)	57	38.0
mean(SD) = 8.76(3.96) , min = 1 , max = 21		
ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (n=150)	ร้อยละ (%)
มีภาวะซึมเศร้า (11 คะแนนขึ้นไป)	19	12.7
มีภาวะซึมเศร้า แต่อาจไม่มีความผิดปกติ (8 – 10 คะแนน)	32	21.3
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 – 7 คะแนน)	99	66.0
mean(SD) = 6.64(3.53) , min = 0, max = 19		

จากตารางที่ 5 แสดงผลการศึกษาเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 150 คน ในส่วนของภาวะวิตกกังวล พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 8.76 ± 3.96 และพบว่าส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่มีภาวะวิตกกังวล จำนวน 57 คน (ร้อยละ 38.0) รองลงมาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีภาวะวิตกกังวล แต่อาจไม่มีความผิดปกติ จำนวน 47 คน (ร้อยละ 31.3) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีภาวะวิตกกังวล จำนวน 46 คน (ร้อยละ 30.7) ส่วนของภาวะซึมเศร้า พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 6.64 ± 3.53 และพบว่าส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 99 คน (ร้อยละ 66.0) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีภาวะซึมเศร้า แต่อาจไม่มีความผิดปกติ จำนวน 32 คน (ร้อยละ 21.3) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 19 คน (ร้อยละ 12.7)

ตารางที่ 6 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
ของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150)

การสนับสนุนทางสังคม		จำนวน (n=150)	ร้อยละ (%)
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม			
สูง	(> 72.56 คะแนน)	28	18.7
ปานกลาง	(51.24 – 72.56 คะแนน)	97	64.7
ต่ำ	(< 51.24 คะแนน)	25	16.6
mean(SD) = 61.90(10.66), min = 31.00, max = 80.00			
การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน			
1) ด้านอารมณ์			
สูง	(> 33.33 คะแนน)	28	18.7
ปานกลาง	(23.68 – 33.33 คะแนน)	102	68.0
ต่ำ	(< 23.68 คะแนน)	20	13.3
mean(SD) = 28.51(4.82) , min = 10.00 , max = 35.00			
2) ด้านข้อมูลข่าวสาร			
สูง	(> 18.49 คะแนน)	27	18.0
ปานกลาง	(12.67 – 18.49 คะแนน)	97	64.7
ต่ำ	(< 12.67 คะแนน)	2	17.3
mean(SD) = 15.58(2.91) , min = 4.00 , max = 20.00			
3) ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ			
สูง	(> 22.71 คะแนน)	28	18.7
ปานกลาง	(12.85 – 22.71 คะแนน)	100	66.7
ต่ำ	(< 12.85 คะแนน)	22	14.6
mean(SD) = 17.78(4.93) , min = 5.00 , max = 25.00			

จากตารางที่ 6 แสดงผลการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 150 คน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 61.90 ± 10.66 และเมื่อจัดกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมโดยอาศัยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของญาติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 97 คน (ร้อยละ 64.7) รองลงมาการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับสูง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 18.7) และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 25 คน (ร้อยละ 16.6) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ในด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 102 คน (ร้อยละ 68.0) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง จำนวน 28 (ร้อยละ 18.7) และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 13.3) ในด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง จำนวน 97 คน (ร้อยละ 64.7) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในระดับสูง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 18.0) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ จำนวน 27 คน (ร้อยละ 17.3) และในด้านทรัพยากรหรือวัตถุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรหรือวัตถุอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 100 คน (ร้อยละ 66.7) การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรหรือวัตถุอยู่ในระดับสูง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 18.7) และการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรหรือวัตถุอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 14.6)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว		จำนวน (n=150)	ร้อยละ (%)
ดี	(28 - 35 คะแนน)	99	66.0
ปานกลาง	(19 - 27 คะแนน)	43	28.7
ไม่ดี	(11 - 18 คะแนน)	8	5.3

mean(SD) = 28.93(5.32), min = 11 , max = 35

จากตารางที่ 7 แสดงผลการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 150 คน มีค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 28.93 ± 5.32 และเมื่อจัดกลุ่มการความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวโดยการแบ่งอันตรภาคชั้นพบว่า ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับดี จำนวน 99 คน (ร้อยละ 66.0) ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระดับปานกลาง จำนวน 43 คน (ร้อยละ 28.7) และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายระดับไม่ดี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 5.3)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 8 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความยืดหยุ่นทางอารมณ์				χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลางถึงสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
หญิง	20	17.7	93	82.3	1.975	0.160
ชาย	3	8.1	34	91.9		
อายุ (ปี)						
≤30 – 50	13	15.9	69.4	84.1	0.038	0.846
51 – 70 ขึ้นไป	10	14.7	57.6	85.3		
สถานภาพสมรส						
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	11	16.7	55	83.3	0.161	0.688
คู่	12	14.3	72	85.7		
ระดับการศึกษา						
สูงกว่าปริญญาตรี	28	87.5	4	12.5		0.785 ^a
ต่ำกว่าปริญญาตรี	99	83.9	19	16.1		

*p<0.05, **p<0.01 a = Fisher's Exact test

ตารางที่ 8 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความยืดหยุ่นทางอารมณ์				χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลางถึงสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	15.7	43	84.3	0.007	0.931
ประกอบอาชีพ	15	15.2	84	84.8		

ตารางที่ 8 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความยืดหยุ่นทางอารมณ์				χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลางถึงสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้(บาท/เดือน)						
≤ 20,000	13	17.3	62	82.7	0.462	0.497
20,001 ขึ้นไป	10	13.3	65	86.7		
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	18	19.6	110	85.9		0.336 ^a
ไม่เพียงพอ	5	22.7	17	77.3		
โรคประจำตัวทางกาย						
ไม่มี	14	14.9	80	85.1	0.037	0.846
มี	9	16.1	47	83.9		
ประวัติโรคทางจิตเวช						
ไม่มี	23	15.9	122	84.1		1.000 ^a
มี	0	0	5	100		
ประวัติการใช้บุหรี่						
ไม่ใช้	22	15.4	121	84.6		1.000 ^a
ใช้บางครั้ง/ใช้เป็นประจำ	1	14.3	6	85.7		
ประวัติการใช้แอลกอฮอล์						
ไม่ใช้	19	15.7	102	84.3		1.000 ^a
ใช้บางครั้ง/ใช้เป็นประจำ	4	13.8	25	86.2		

*p<0.05, **p<0.01 a = Fisher's Exact test

ตารางที่ 8 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความยืดหยุ่นทางอารมณ์				χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลางถึงสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประวัติการใช้ยานอนหลับ						
นอกเหนือแพทย์สั่ง						
ไม่ใช้	19	13.4	123	86.6	0.020 ^{a*}	
ใช้บางครั้ง/ใช้เป็นประจำ	4	50.0	4	50.0		
ประวัติการใช้สารอื่นๆ						
ไม่ใช้	23	15.5	125	84.5	1.000 ^a	
ใช้บางครั้ง/ใช้เป็นประจำ	0	0.0	2	100.0		

*p<0.05, **p<0.01 a = Fisher's Exact test

จากตารางที่ 8 แสดงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ การไม่ใช้ยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง (p<0.05)

ตารางที่ 9 ปัจจัยเกี่ยวกับการดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150)

ปัจจัยเกี่ยวกับการดูแล	ความยืดหยุ่นทางอารมณ์				χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลางถึงสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความสัมพันธ์ระหว่าง						
ผู้ป่วยและผู้ดูแล						
บิดา/มารดา/บุตร	14	16.9	69	83.1	0.337	0.562
คู่สมรส/พี่น้อง/ญาติอื่นๆ	9	13.4	58	86.6		

ตารางที่ 9 ปัจจัยเกี่ยวกับการดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150) (ต่อ)

ปัจจัยเกี่ยวกับการดูแล	ความยืดหยุ่นทางอารมณ์				χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลางถึงสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เวลาในการดูแลผู้ป่วย(ปี)						
≤ 1	15	18.1	68	81.9	1.074	0.300
> 1 ขึ้นไป	8	11.9	59	88.1		
การดำเนินของโรคผู้ป่วย						
โรคเฉียบพลัน	0	0	8	100.0		0.609 ^a
โรคเรื้อรัง	23	16.2	119	83.8		
ภาวะในการดูแล						
รู้สึกว่าเป็นภาระ	13	19.1	55	80.9	1.372	0.241
ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระเลย	10	12.2	72	87.8		

*p<0.05, **p<0.01 a = Fisher's Exact test

จากตารางที่ 9 แสดงปัจจัยเกี่ยวกับการดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการดูแลไม่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์

ตารางที่ 10 ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความยืดหยุ่นทางอารมณ์				χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลางถึงสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การเห็นคุณค่าของตนเอง						
ปานกลางถึงสูง	20	14.4	119	85.6		0.376 ^a
ต่ำ	3	27.3	8	72.7		

ตารางที่ 10 ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความยืดหยุ่นทางอารมณ์				χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลางถึงสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ภาวะวิตกกังวล						
มีภาวะวิตกกังวล	12	26.1	34	73.9	5.910	0.015*
ไม่มีภาวะวิตกกังวล	11	10.6	93	89.4		
ภาวะซึมเศร้า						
มีภาวะซึมเศร้า	6	31.6	13	68.4		0.080 ^a
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	17	13.0	114	87.0		
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม						
ปานกลางถึงสูง	13	10.4	112	89.6	14.060	0.001**
ต่ำ	10	40.0	15	60.0		
รายด้าน - ด้านอารมณ์						
ปานกลางถึงสูง	13	8.9	117	91.1		<0.001**
ต่ำ	10	46.2	10	53.8		
- ด้านข้อมูลข่าวสาร						
ปานกลางถึงสูง	11	12.5	113	87.5		<0.001**
ต่ำ	12	31.8	14	68.2		
- ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ						
ปานกลางถึงสูง	16	12.5	112	87.5		0.048*
ต่ำ	7	31.8	15	68.2		

ตารางที่ 10 ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความยืดหยุ่นทางอารมณ์				χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลางถึงสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
หน้าที่และความสัมพันธ์ของครอบครัว						
ปานกลางถึงดี	8	20.0	32	80.0	0.915	0.442
ไม่ดี	15	13.6	95	86.4		

*p<0.05, **p<0.01, a = Fisher's Exact test

จากตารางที่ 10 แสดงปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ การไม่มีภาวะวิตกกังวล (p<0.05) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลางถึงสูง (p<0.01) และรายได้ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (p<0.01) ด้านข้อมูลข่าวสาร (p<0.01) และด้านทรัพยากรหรือวัตถุดิบในระดับปานกลางถึงสูง (p<0.05)

ตารางที่ 11 สหสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนของความยืดหยุ่นทางอารมณ์กับค่าคะแนนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=150)

ค่าคะแนนของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง	R	p-value
ค่าคะแนนภาวะในการดูแล	- 0.230	0.005*
ค่าคะแนนการเห็นคุณค่าของตนเอง	0.249	0.002*
ค่าคะแนนภาวะวิตกกังวล	- 0.299	<0.001**
ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า	- 0.316	<0.001**
ค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0.407	<0.001**
ค่าคะแนนหน้าที่และความสัมพันธ์ของครอบครัว	0.146	0.075

*p<0.05, **p<0.01

จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ พบว่า ค่าคะแนนความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับค่าคะแนนภาวะในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ($R = -0.230, p < 0.05$) หมายความว่า ถ้าผู้ป่วยมีภาวะในการดูแลในระดับสูง จะทำให้มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่ำลง ค่าคะแนนความยืดหยุ่นทางอารมณ์ยังมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับค่าคะแนนภาวะวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ($R = -0.299, p < 0.01$) หมายความว่า ยิ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าคะแนนภาวะวิตกกังวลมาก จะทำให้ค่าความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่ำลง และค่าคะแนนความยืดหยุ่นทางอารมณ์ยังมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ($R = -0.316, p < 0.01$) หมายความว่า ยิ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าคะแนนภาวะภาวะซึมเศร้ามาก จะทำให้ค่าความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่ำลง ในขณะเดียวกัน ค่าคะแนนความยืดหยุ่นทางอารมณ์ยังมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับค่าคะแนนการเห็นคุณค่าของตนเอง ($R = 0.249, p < 0.05$) หมายความว่า ยิ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าคะแนนการเห็นคุณค่าของตนเองมาก จะทำให้มีค่าคะแนนความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูงขึ้น และค่าคะแนนความยืดหยุ่นทางอารมณ์ยังมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ($R = 0.407, p < 0.01$) หมายความว่า ยิ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมาก จะทำให้มีค่าคะแนนความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูงขึ้น

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 12 ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับปานกลางถึงสูง	Adjusted Odds Ratio (OR)	95% CI of Adjusted OR		p-value
		Lower	Upper	
การไม่ใช้ยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง	6.935	1.248	38.532	0.027*
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลางถึงสูง	5.923	2.043	17.174	0.001**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 12 แสดงปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าปัจจัยทำนายความยืดหยุ่น

ทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ การไม่ใชยานอนหลับ
นอกเหนือแพทย์สั่ง ($p < 0.05$) และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลางถึงสูง ($p < 0.01$)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ (Summary, Conclusions, and Recommendations)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความยืดหยุ่นทางอารมณ์และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์หรือการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (judgmental or purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษานี้คือ 150 คน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 - มกราคม 2563 ศึกษาเฉพาะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพศชายและหญิงทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป เก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถาม เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล 3) แบบวัดภาวะในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยฉบับภาษาไทย 4) แบบประเมินความยืดหยุ่นทางอารมณ์ฉบับภาษาไทย Conner-Davidson Resilience Scale Questionnaire (CD-RISE) 5) แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์กฉบับปรับปรุงภาษาไทย (The Revised version of Thai Rosenberg Self-Esteem Scale, Revised Thai RSES) 6) แบบสอบถาม Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) 7) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) และ 8) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (Family Relationship and Functioning Questionnaire)

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 150 คน พบว่า เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.3) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 24.7) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51 - 60 ปี (ร้อยละ 22.7) โดยมีค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 47 ปี มากกว่าครึ่งมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 56.0) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 46.0) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 34.0) ครึ่งหนึ่งมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท (ร้อยละ 50.0) เกือบครึ่งมีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 49.3) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 62.7) และไม่มีโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 96.7) ส่วนใหญ่ไม่ใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ และยานอนหลับนอกเหนือแพทย์

สั่ง (ร้อยละ 95.3 ร้อยละ 80.7 และร้อยละ 94.7 ตามลำดับ) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ดูแลเป็นบิตามารดา (ร้อยละ 43.3) กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 ปี และลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบโรคเรื้อรังมากที่สุด (ร้อยละ 95.3)

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ภาวะการดูแลผู้ป่วย การเห็นคุณค่าของตนเอง ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และหน้าที่และความสัมพันธ์ของครอบครัว ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนใหญ่ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.2 และมีค่าเฉลี่ยของความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 69.73 ± 13.76

ภาวะการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่รู้สึกว่าเป็นภาระเลย ร้อยละ 54.7 และมีค่าเฉลี่ยของการเห็นมีค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 20.21 ± 12.91

การเห็นคุณค่าของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีการเห็นคุณค่าของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.3 และมีค่าเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 31.86 ± 4.04

ภาวะวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 30.7 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 8.76 ± 3.96

ภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12.7 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 6.64 ± 3.53 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ส่วนใหญ่การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.7 และมีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 61.90 ± 10.66

ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว ส่วนใหญ่ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.0 และมีค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 28.93 ± 5.32

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ การไม่ใช้ยานอนหลับ ($p < 0.05$) การไม่มีภาวะวิตกกังวล ($p < 0.05$) การไม่มีภาวะซึมเศร้า ($p < 0.05$) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลางถึงสูง ($p < 0.05$) และการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูง ($p < 0.01$) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารระดับปานกลางถึงสูง ($p < 0.01$) การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรหรือวัตถุประสงค์ปานกลางถึงสูง ($p < 0.01$)

จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ พบว่า ค่าคะแนนความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับค่าคะแนนภาวะในการดูแล ($p < 0.05$) ค่าคะแนนภาวะวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล ($p < 0.01$) ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแล ($p < 0.01$) และค่าคะแนนความยืดหยุ่นทางอารมณ์ยังมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับค่าคะแนนการเห็นคุณค่าของตนเอง ($p < 0.05$) ค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ($p < 0.01$)

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำนายความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ การไม่ใช้ยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง ($p < 0.05$) และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลางถึงสูง ($p < 0.01$)

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

1. ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ภาวะในการดูแล การเห็นคุณค่าของตนเอง ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และหน้าที่และความสัมพันธ์ของครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในที่ส่งปรึกษาศูนย์ชีวภิบาล จำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง อายุ 51 – 60 ปี มากกว่าครึ่งมีสถานภาพคู่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา มีระยะเวลาในการดูแลอยู่ระหว่าง 1-12 เดือน และลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบโรคเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยของความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 69.73 ± 13.76 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในประชากรทั่วไป ซึ่งเท่ากับ $80.4 \pm 12.8^{(19)}$ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มใกล้เคียงกับการศึกษาของ Hwang และคณะ⁽⁴⁾ ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแล 273 ราย จากสถานที่

ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (hospices) และหน่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care Unit) ในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน โดยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้เท่ากับ 62.2 ± 16.3 และการศึกษาของ Ong และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศสิงคโปร์ที่วินิจฉัยว่าเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตใจ 285 ราย ก็พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน โดยคะแนนเฉลี่ยของความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้เท่ากับ 70.8 ± 15.1 การที่พบว่าความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับต่ำ เป็นเพราะผู้ป่วยระยะท้ายมีความต้องการการดูแลทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ญาติผู้ดูแลยังต้องใช้เวลาคูดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนั้นยังต้องทำหน้าที่ติดต่อประสานงาน และสื่อสารกับทีมแพทย์ผู้รักษา ตลอดจนการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในบางกรณี ซึ่งมักทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความกดดัน และความเครียดวิตกกังวลตามมา ทำให้ปรับตัวกับสถานการณ์ได้ยากขึ้น ส่งผลให้ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ซึ่งเป็นความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับแนวคิด Resilience Model ของ Richardson⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่า เมื่อมีสถานการณ์วิกฤตที่รุนแรงเข้ามาคุกคามในชีวิตจะกระทบกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ จนอาจทำให้ความสามารถในการกลับคืนสู่ภาวะปกติลดลง จนไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติและอาจไม่เกิดการฟื้นตัวอีกเลย

ในส่วน of ข้อมูลทางจิตสังคมอื่นๆพบว่า ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล (ร้อยละ 54.7) มีการเห็นคุณค่าของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.3) พบภาวะวิตกกังวล (ร้อยละ 30.7) และพบภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 12.7) ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและทุกๆด้าน (ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรและวัตถุ) อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.7) และมีหน้าที่และความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับดี (ร้อยละ 66.0) ภาระการดูแลผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล (ร้อยละ 54.7) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลในฐานะที่เป็นบิดามารดา จึงอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่เป็นภาระ เนื่องจากการดูแลบิดามารดา ซึ่งตรงกับที่อรรถชัย โฉมเจ็ด⁽³⁾ และวิภา วิเสโส⁽⁸⁸⁾ ได้อธิบายว่าในบริบทสังคมไทย ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่เป็นบิดามารดา รู้สึกว่าเป็นหน้าที่ที่บุตรพึงมีต่อบุพการีและเป็นการแสดงความกตัญญูต่อผู้ให้กำเนิด เป็นการตอบแทนบุญคุณและเป็นสิ่งที่ควรทำ จึงทำให้สามารถยอมรับกับความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย และนอกจากนั้นกลุ่มผู้ดูแลในการศึกษานี้ยังได้รับการดูแลจากทีมศูนย์ชีวภีบาลซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนให้กำลังใจ และข้อมูลข่าวสารให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นผู้ดูแลผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงมีเวลาเต็มที่ในการดูแลผู้ป่วย และมีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ ซึ่งอาจจะมาจากเงินบำนาญหลังเกษียณของผู้ดูแล หรือได้จากญาติพี่น้องให้การช่วยเหลือ จึงไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dias และคณะ⁽⁸⁹⁾ ซึ่งพบว่าญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและมีรายได้เพียงพอส่งผลให้ภาระการดูแลผู้ป่วยลดลง ในส่วนของการเห็นคุณค่าของตนเองพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.3) มีการเห็นคุณค่าของตนเองในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ไม่พบภาวะวิตกกังวลและไม่พบภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 38.6 และร้อยละ 66.0 ตามลำดับ) ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึที่ไม่เป็นภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล และการที่ญาติผู้ดูแลมีรายได้ที่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พชรมณท์ ลำเลียงพล⁽⁹⁰⁾ ที่พบว่า รายได้ที่ไม่เพียงพอของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวลที่สำคัญของญาติผู้ดูแล

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวภบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ การไม่ใช้ยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง ($p < 0.05$) การไม่มีภาวะวิตกกังวล ($p < 0.05$) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลางถึงสูง ($p < 0.05$) และการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูง ($p < 0.01$) ด้านข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลางถึงสูง ($p < 0.01$) และด้านทรัพยากรหรือวัตถุในระดับปานกลางถึงสูง ($p < 0.05$)

การที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ใช้ยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง สะท้อนให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับสภาวะอารมณ์และปรับตัวกับสถานการณ์ได้ จนไม่กระทบกับปัญหาการนอนหลับจนต้องใช้นอนหลับนอกเหนือจากแพทย์สั่ง เพราะส่วนใหญ่ผู้ที่ใช้นอนหลับมักจะพบว่ามีความเครียด ความกดดัน หรือความวิตกกังวลที่สูง และไม่สามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์หรือปรับตัวได้ การไม่มีภาวะวิตกกังวลมีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับปานกลางถึงสูง เนื่องจากการไม่มีความกดดันทำให้มีความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ยากลำบากได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Manzini และคณะ⁽⁶⁹⁾ และ Hwang และคณะ⁽⁴⁾ นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านในทุกๆด้าน (ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรหรือวัตถุ) ในระดับปานกลางถึงสูง มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูง สอดคล้องกับในหลายการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์^(4, 68, 71, 87, 91) เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญและผ่านพ้นความยากลำบากได้ โดยมีความสำคัญ 2 ประการ ดังนี้ 1) เมื่อบุคคล

รู้ว่ามิแหล่งสนับสนุนหรือบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือจะเกิดความรู้สึกทางบวก ความรู้สึกปลอดภัย และเชื่อมั่นในตนเอง และ 2) การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเครียด ความกดดัน ความกังวล เวลาที่ประสบกับปัญหาหรือเผชิญปัญหาด้านต่างๆ หรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก ทำให้สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ส่งผลให้ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ดี⁽⁸⁹⁾

3. ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับปานกลางถึงสูงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จากการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับปานกลางถึงสูง ได้แก่ การไม่ใช้ยานอนหลับ ($p < 0.05$) และการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางถึงสูง ($p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของ Manzini และคณะ⁽⁶⁹⁾ และ Richardson⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ปัญหาการใช้ยาและปัญหาความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษานี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่ำกว่าในประชากรปกติทั่วไป และปัจจัยที่จะส่งผลให้เกิดความยืดหยุ่นทางอารมณ์ที่ดี ได้แก่ การไม่ใช้ยานอนหลับนอกเหนือจากแพทย์สั่ง และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลางถึงสูง ดังนั้น การส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ที่ดี คือการดูแลภาวะสุขภาพจิตที่ดีของญาติผู้ดูแล และส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจ และลดความกังวลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hampe⁽⁹²⁾ และ Roen และคณะ⁽⁷⁰⁾ และ Shah⁽⁷⁷⁾ และสุจินดา สุขตระกุล⁽³⁴⁾ ที่พบว่าญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด

ข้อจำกัดในการศึกษา (Study limitations)

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ส่งปรึกษาศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การนำไปใช้อ้างอิงต้องพิจารณาถึงลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เข้าร่วมศึกษา นอกจากนั้นการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่สามารถบอกได้เพียงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์เท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยสาเหตุของความยืดหยุ่นทางอารมณ์ได้ และอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้ศึกษาและอาจส่งผลต่อความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ความเครียดของญาติผู้ดูแล ทักษะการจัดการปัญหาและทักษะการปรับตัว และลักษณะบุคลิกภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นต้น

การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ (Clinical applications)

1. ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับในประชากรทั่วไป ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ควรมุ่งเน้นดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ทั้งความเครียดและภาระในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย การจัดการปัญหาของผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ญาติผู้ดูแล ซึ่งน่าจะส่งผลให้ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลสูงขึ้น สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้ดีขึ้นและส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายดียิ่งขึ้น

2. การส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอาจทำได้ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลังจากให้กลับบ้าน วิธีการรับมือกับอาการผู้ป่วยในช่วงท้าย การให้ช่องทางการติดต่อกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือหรือการพูดคุยปรึกษาการดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมทางจิตใจของญาติผู้ดูแลก่อนการสูญเสีย การให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ญาติผู้ดูแล และการให้ข้อมูลเพื่อให้ญาติผู้ดูแลทราบถึงวิธีการจัดการร่างของผู้ป่วยหลังเสียชีวิต การติดตามญาติผู้ดูแลภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ การจัดกลุ่มสนับสนุนทางจิตใจ (group support) และการโทรศัพท์ติดตามอาการและความเป็นอยู่ของญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยและปรับตัวหลังการสูญเสียได้ดีขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายดีขึ้น และญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไป (Suggestions for further study)


1. การศึกษาครั้งต่อไป อาจศึกษาความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเฉพาะกลุ่มบางประเภทเพิ่มเติม เช่น ผู้ป่วยเด็กในระยะท้าย เนื่องจากอาจมีผลกระทบทางจิตใจสูงต่อญาติผู้ดูแล เพื่อให้ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะท้ายและญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. จากผลการศึกษาที่พบว่า การไม่มีภาวะวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ที่ดีของญาติผู้ดูแล จึงอาจจะนำไปศึกษาพัฒนาต่อเป็นโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์ที่ดี โดยเน้นการลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและส่งเสริมการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในญาติผู้ดูแลแล้วทำการศึกษาเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลการเพิ่มความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ไม่ได้รับ ก่อนนำไปประยุกต์ใช้จริง

3. สามารถนำไปใช้ในการติดตามญาติผู้ดูแลในกรณีที่พบว่ามีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ในระดับต่ำ ซึ่งอาจพบปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และอาจเกิดปัญหาการปรับตัวหลังการสูญเสีย เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และสามารถผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ปรับตัวได้หลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย และสามารถกลับมาใช้ชีวิตและทำหน้าที่ต่างๆได้ตามปกติ





	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 1/3

ชื่อโครงการวิจัย ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
ของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ ว่าที่ร.ต.หญิงกรศิริ พิกุลทอง

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถ.พระราม4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10300

เบอร์โทรศัพท์ 02-256-4000 ต่อ 80140, 099-461-5639 (ที่ทำงานและมือถือ)

ผู้วิจัยร่วม

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถ.พระราม4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10300

เบอร์โทรศัพท์ 02-256-4338, 085-075-1075

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน


ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ส่งปรึกษาศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวินิจฉัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึง เหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ที่ทำวิจัยซึ่งจะเป็น ผู้สามารถตอบ คำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่าง เพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของ โครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ปัจจุบันมีการเจ็บป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาหายขาดได้ต้องให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองตามอาการ จำนวนมากขึ้น การดูแลรักษาแบบประคับประคองเป็นการดูแลรักษาที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้น ที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแบบองค์รวม เมื่อกลุ่มโรคเหล่านี้มีการดำเนินของโรค ไปถึงระยะท้ายผู้ป่วยจะมีอาการทุกข์ทรมานทั้งทางกายและสภาพจิตใจ โดยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือต้องพึ่งพาผู้ดูแล อย่างมาก และต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดผลกระทบทั้งทางกาย จิตใจ รวมถึงคุณภาพชีวิตเช่นกัน หากญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์สามารถปรับตัวได้ดีและฟื้นคืนพลังกลับเข้าสู่สภาวะปกติหลังจากต้องเผชิญกับภาระในการดูแล ผู้ป่วย และการเผชิญกับการสูญเสียผู้ป่วย

ดังนั้นการศึกษานี้จะช่วยค้นหาผู้ที่มีปัญหาความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ช่วยส่งเสริมญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยระยะท้ายให้สามารถ ปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งรวมถึงนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อไป

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 3/3

ค่าใช้จ่ายของท่านในการทำวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน หรือเงินชดเชยจากการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การถอนตัวของท่านจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการของท่าน จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอมได้ที่ ว่าที่ร.ต.หญิงกรศิริ พิกุลทอง โดยส่งไปที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 02-2564346, 02-2564298 ในเวลาราชการ หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อการประเมินผลการวิจัย และ ท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้


1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดย ผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

7. ท่านจะได้รับโอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับ ช่มชู้หรือการหลอกลวง หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ว่าที่ร.ต.หญิงกรศิริ พิกุลทอง



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย	AF 09-05/5.0 หน้า 1/2

สำหรับผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของศูนย์ชีวภาพ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับ วันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่พร้อมด้วย เอกสารข้อมูล
สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบาย จากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์
ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอ
ในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ
การปฏิบัติหน้าที่งานในหน้าที่ หรือ สิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น
บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวล
ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มี
การเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัย


ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้
ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล
การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก และในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อ วัตถุประสงค์ทางวิชาการ
เท่านั้น ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนาม
ในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย	AF 09-05/5.0
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....



แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด

และระบุคำตอบลงใน ช่องว่างสำหรับข้อความที่ท่านจำเป็นต้องระบุด้วยตนเอง

1. เพศ หญิง (1)
ชาย (2)

2. อายุ
 ปี

3. สถานภาพสมรส โสด (1)
คู่ (2)
หม้าย (3)
หย่าร้าง (4)

4. ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่ได้ศึกษา (1)
ประถมศึกษา (2)
มัธยมศึกษาตอนต้น (3)
มัธยมศึกษาตอนปลาย (4)
ปวช. (5)
อนุปริญญา หรือ ปวส. (6)
ปริญญาตรี (7)
สูงกว่าปริญญาตรี (8)

5. อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (1)
รับราชการ (2)
รัฐวิสาหกิจ (3)
ธุรกิจส่วนตัว (4)
ลูกจ้าง/พนักงาน (5)
รับจ้าง/แรงงาน (6)
อื่นๆ โปรดระบุ..... (7)

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
- ไม่มีรายได้ (1)
- มี (2)
- ถ้ามีรายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน
7. ความเพียงพอของรายได้
- เพียงพอ มีเหลือเก็บ (1)
- เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ (2)
- ไม่เพียงพอ แต่มีเหลือเก็บ (3)
- ไม่เพียงพอ และไม่เหลือเก็บ (4)
8. ท่านมีโรคประจำตัวทางกายหรือไม่
- ไม่มี (1)
- มี (2)
- ถ้ามี
- โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- โรคเบาหวาน (1)
- โรคความดันโลหิตสูง (2)
- โรคไขมันในเลือดสูง (3)
- โรคหัวใจ (4)
- โรคไต (5)
- โรคข้อเสื่อม (6)
- โรคอื่นๆ (7)
- โปรดระบุ.....
9. ท่านมีประวัติโรคทางจิตเวชหรือไม่
- ไม่มี (1)
- มี (2)
- ถ้ามี
- โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- โรคซึมเศร้า (1)
- โรควิตกกังวล (2)
- อื่นๆ (3)
- โปรดระบุ.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RAJABHAT BURAPHA UNIVERSITY

10. ท่านมีการใช้สารเสพติดหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- บุหรี่ (1) ไม่ใช่ (2) ใช้บางครั้ง (3) ใช้เป็นประจำ
- แอลกอฮอล์ (1) ไม่ใช่ (2) ใช้บางครั้ง (3) ใช้เป็นประจำ
- ยานอนหลับนอกเหนือแพทย์สั่ง (1) ไม่ใช่ (2) ใช้บางครั้ง (3) ใช้เป็นประจำ
- อื่นๆ โปรดระบุ..... (1) ไม่ใช่ (2) ใช้บางครั้ง (3) ใช้เป็นประจำ

แบบสอบถามความเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่ท่านดูแลเป็นอะไรกับท่าน

- บิดา/มารดา (1)
- พี่/น้อง (2)
- คู่สมรส (3)
- บุตร (4)
- ญาติอื่นๆ (5)

2. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

.....ปี.....เดือน

3. ลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วย (ไม่ต้องตอบ ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเอง)

- โรคเฉียบพลัน (1)
- โรคเรื้อรัง (2)

แบบวัดความยืดหยุ่นทางอารมณ์

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย บางครั้ง	เห็นด้วย บ่อยครั้ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันสามารถปรับตัวได้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น					
2. เมื่อฉันเครียด อย่างน้อยฉันมีคนสนิทและไวใจได้คอยช่วยเหลือ					
3. เวลาที่หาทางออกของปัญหาไม่ได้ บางครั้งโชคชะตาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ก็ช่วยได้					
4. ฉันสามารถจัดการกับปัญหาที่เข้ามาได้ทุกรูปแบบ					
5. ความสำเร็จในอดีตช่วยให้ฉันมีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นที่จะเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายและความลำบากครั้งใหม่					
6. ฉันพยายามมองปัญหาในแง่บวกขึ้น เมื่อฉันเผชิญกับปัญหา					
7. การเผชิญความเครียด ทำให้ฉันแข็งแกร่งขึ้น					
8. ฉันกลับมาเย็นหยัดได้อีกครั้ง ภายหลังจากเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือได้รับความยากลำบากต่างๆ					
9. ฉันเชื่อว่าทุกสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ว่าดีหรือเลวมีเหตุผลในตัวของมันเอง					
10. ฉันพยายามทำดีที่สุด ไม่ว่าผลจะออกมาเป็นอย่างไร					
11. ฉันเชื่อว่าฉันทำได้สำเร็จตามเป้าหมาย แม้จะมีอุปสรรคมาขัดขวาง					
12. ถึงแม้จะดูเหมือนสิ้นหวัง แต่ฉันก็ไม่ยอมแพ้					
13. ขณะที่อยู่ในภาวะเครียดหรือกดดัน ฉันรู้ว่าจะขอความช่วยเหลือได้จากที่ไหน					
14. ภายใต้อาการกดดัน ฉันยังมีสติและคิดได้อย่างชัดเจน					
15. ฉันชอบที่จะเป็นผู้นำในการแก้ไขปัญหามากกว่าจะให้ผู้อื่นตัดสินใจทั้งหมด					
16. ฉันไม่หมดกำลังใจง่ายๆ กับความล้มเหลว					
17. ฉันคิดว่าฉันเป็นคนเข้มแข็ง เมื่อต้องเผชิญกับความท้าทายและ ความยากลำบากในชีวิต					

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย บางครั้ง	เห็นด้วย บ่อยครั้ง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
18. ฉันสามารถตัดสินใจเรื่องที่ยากและไม่ธรรมดาที่มีผลกระทบต่อผู้อื่นได้ ถ้าจำเป็นต้องทำ					
19. ฉันสามารถจัดการกับความรู้สึกที่เจ็บปวดและไม่สบายใจ เช่น ความเศร้าเสียใจ ความกลัว และความโกรธได้					
20. ในการเผชิญกับปัญหาชีวิต บางครั้งฉันก็ทำไปตามกลางสังหรณ์โดยไม่รู้เหตุผล					
21. ฉันมีความมุ่งมั่นต่อเป้าหมายในชีวิต					
22. ฉันรู้สึกว่าคุณควบคุมชีวิตของตนเองได้					
23. ฉันชอบความท้าทาย					
24. ฉันทำตามเป้าหมายได้ไม่ว่าจะมีอุปสรรคมาขวางกั้น					
25. ฉันมีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของฉัน					



แบบวัดภาวะในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ในแต่ละข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ภาวะในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
1. ทานรู้สึกวามผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
2. ทานรู้สึกวาทานไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากวาระเวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง					
3. ทานรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ					
4. ทานรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย					
5. ทานรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือโกรธ ขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
6. ทานรู้สึกวามผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง					
7. ทานรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นญาติของท่าน					
8. ทานรู้สึกวามผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน					
9. ทานรู้สึกถึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
10. ทานรู้สึกวามสุขภาพของท่านไม่ค่อยดีเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
11. ทานรู้สึกวาทานไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
12. ทานรู้สึกวาทานไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
13. ทานรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อน เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
14. ทานรู้สึกวามผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมากเกินไป มีท่านคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้					

ภาวะในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
15. ทานรู้สึกวาทานไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย					
16. ทานรู้สึกวาทานจะไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกไม่นาน					
17. ทานรู้สึกวาทานไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย					
18. ทานอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและให้คนอื่นมาดูแลแทน					
19. ทานรู้สึกวาทานไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย					
20. ทานรู้สึกวาทานควรจะได้รับ การดูแลจากญาติคนอื่น					
21. ทานรู้สึกวาทานน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้					
22. โดยภาพรวมทานรู้สึกวาทานการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับทาน					

แบบสอบถามทางจิตสังคม

แบบวัดการเห็นคุณค่าของตนเองของโรเซนเบิร์กฉบับปรับปรุง

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. โดยทั่วไปฉันรู้สึกพอใจในตนเอง				
2. บ่อยครั้งที่ฉันคิดว่าตัวเองไม่มีอะไรดีเลย				
3. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันเองก็มีอะไรดี ๆ เหมือนกัน				
4. ฉันสามารถทำอะไรได้ดีเหมือนๆกับคนอื่น				
5. ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่มีอะไรน่าภาคภูมิใจมากนัก				
6. ฉันรู้สึกบ่อยๆ ว่าตนเองไร้ค่า				
7. ฉันรู้สึกว่าตนเองก็มีคุณค่าอย่างน้อยที่สุดก็เท่าๆ กับคนอื่น				
8. ฉันอยากจะภาคภูมิใจในตนเองให้มากกว่านี้				
9. โดยรวมแล้วฉันมีแนวโน้มจะรู้สึกว่าตนเองล้มเหลว				
10. ฉันมีความรู้สึกดีกับตนเอง				

แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน □ ในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับ

ความรู้สึกของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมากที่สุด

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด

เป็นส่วนใหญ่ (1)

บ่อยครั้ง (2)

เป็นบางครั้ง (3)

ไม่เป็นเลย (4)

2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ

เหมือนกัน (1)

ไม่มากเท่าแต่ก่อน (2)

มีเพียงเล็กน้อย (3)

เกือบไม่มีเลย (4)

3. ฉันมีความรู้สึกกลัวคล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย (1)

มี แต่ไม่มากนัก (2)

มีเพียงเล็กน้อยและ (3)

ไม่ทำให้กังวลใจ (4)

ไม่มีเลย (4)

4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้

เหมือนเดิม (1)

ไม่มากนัก (2)

มีน้อย (3)

ไม่มีเลย (4)

5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล

เป็นส่วนใหญ่ (1)

บ่อยครั้ง (2)

เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย (3)

นานๆ ครั้ง (4)

6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน

- ไม่มีเลย (1)
- ไม่บ่อยนัก (2)
- เป็นบางครั้ง (3)
- เป็นส่วนใหญ่ (4)

7. ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย

- ได้ดีมาก (1)
- ได้โดยทั่วไป (2)
- ไม่บ่อยนัก (3)
- ไม่ได้เลย (4)

8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม

- เกือบตลอดเวลา (1)
- บ่อยมาก (2)
- เป็นบางครั้ง (3)
- ไม่เป็นเลย (4)

9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง

- ไม่เป็นเลย (1)
- เป็นบางครั้ง (2)
- ค่อนข้างบ่อย (3)
- บ่อยมาก (4)

10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง

- ใช่ (1)
- ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร (2)
- ใ้ใจน้อยกว่าแต่ก่อน (3)
- ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม (4)



11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆไม่ได้

เป็นมากที่สุด (1)

ค่อนข้างมาก (2)

ไม่มากนัก (3)

ไม่เป็นเลย (4)

12. ฉันมองสิ่งต่างๆในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ

มากที่สุดที่เคยเป็น (1)

ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น (2)

น้อยกว่าที่เคยเป็น (3)

ไม่เป็นเลย (4)

13. ฉันรู้สึกพวหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน

บ่อยมาก (1)

ค่อนข้างบ่อย (2)

ไม่บ่อยนัก (3)

ไม่มีเลย (4)

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆที่เคย
เพลิดเพลินได้

เป็นส่วนใหญ่ (1)

เป็นบางครั้ง (2)

ไม่บ่อยนัก (3)

น้อยมาก (4)

แบบประเมินสิ่งสนับสนุนทางสังคม (Social support Questionnaire)

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ด้านอารมณ์					
1.1 มีผู้แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย	5	4	3	2	1
1.2 มีผู้ห่วงใยถามข่าวคราวทุกข์สุขของท่านเสมอ	5	4	3	2	1
1.3 ท่านได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัวเมื่อไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์	5	4	3	2	1
1.4 บุคคลรอบข้างเป็นเพื่อนที่ดีกับท่าน	5	4	3	2	1
1.5 ท่านมีผู้ที่ไว้วางใจและเป็นที่ปรึกษาได้เมื่อไม่สบายใจ	5	4	3	2	1
1.6 คนในครอบครัวดีต่อท่านเสมอ	5	4	3	2	1
1.7 คนร่วมงานดีต่อท่านเสมอ	5	4	3	2	1
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร					
2.1 มีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับท่านเสมอ	5	4	3	2	1
2.2 มีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ท่านเป็นอย่างดี	5	4	3	2	1
2.3 มีผู้แนะนำท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัย	5	4	3	2	1
2.4 ท่านได้รับคำแนะนำในเรื่องที่ท่านอยากรู้	5	4	3	2	1
3. ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ					
3.1 เมื่อมีปัญหาการเงิน ท่านได้รับความช่วยเหลือเสมอ	5	4	3	2	1
3.2 มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของท่าน	5	4	3	2	1
3.3 มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระที่ทำงานของท่าน	5	4	3	2	1
3.4 มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลสุขภาพในครอบครัวของท่าน	5	4	3	2	1
3.5 ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเสมอ	5	4	3	2	1

แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ในแต่ละข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. สมาชิกในครอบครัวมีเวลาให้แกกัน					
2. ครอบครัวมีปัญหาการเงิน					
3. ครอบครัวมีปัญหาที่หาข้อยุติไม่ได้					
4. ครอบครัวที่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกัน					
5. ครอบครัวมีปัญหาพูดจาสื่อสารไม่เข้าใจ					
6.ทัศนคติในครอบครัวไม่ตรงกัน					
7. ครอบครัวมีปัญหาขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว					

บรรณานุกรม

1. Organization WH. Palliative Care Geneva: WHO; 2019 [cited 2019 May 5] [Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณสุข 2561. จังหวัดนนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. อรทัย โนมเจ็ด. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม [ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
4. Hwang IC, Kim YS, Lee YJ, Choi YS, Hwang SW, Kim HM, et al. Factors associated with caregivers' resilience in a terminal cancer care setting. *Am J Hosp Palliat Care* 2018;35:677-83.
5. Kim Y, & Given, B.A. Quality of life of family caregivers of cancer survivors: Across the trajectory of the illness. *Cancer Supplement* 2008;112:2556-68.
6. Palacio C, Krikorian A, Limonero JT. The influence of psychological factors on the burden of caregivers of patients with advanced cancer: Resiliency and caregiver burden. *Palliat Support Care* 2018;16:269-77.
7. Mulud ZA, McCarthy G. Caregiver Burden Among Caregivers of Individuals With Severe Mental Illness: Testing the Moderation and Mediation Models of Resilience. *Arch Psychiatr Nurs* 2017;31:24-30.
8. Saria MG, Courchesne N, Evangelista L, Carter J, MacManus DA, Gorman MK, et al. Cognitive dysfunction in patients with brain metastases: influences on caregiver resilience and coping. *Support Care Cancer* 2017;25:1247-56.
9. เทียนทอง หาระบุตร. ปัจจัยกีดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
10. ศิริวรรณ วรรณศิริ. การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
11. เขมณัญญ์ ศรีพรหมภักดิ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิตา แสงอ่อน. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ทรัพยากร ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสภาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2558;29:103-22.
12. Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children : strengthening the human spirit. Netherlands: Bernard van Leer Foundation; 1995.
13. สุปรีดา มั่นคง, ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, ศุภกร วงศ์ทัญญู. บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. *วารสารสภาการพยาบาล* 2559;2559:104 - 21.
14. Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. *J Clin Psychol* 2002;58:307-21.
15. Ong HL, Vaingankar JA, Abdin E, Sambasivam R, Fauziana R, Tan ME, et al. Resilience and burden in

caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry* 2018;18:27.

16. สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2552.

17. Wagnild G, & Young, H.M. Resilience among older women. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1990;22:252-5.

18. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003;18:76-82.

19. สุภรัตน์ เอกอัครวิน และเขาวนาฏ ผลิตนันทเกียรติ. บทควมฟื้นฟูวิชาการความสามารถขึ้นหัดเผชิญวิกฤต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2551:190-8.

20. Michael Rutter. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *The Association for Family Therapy and Systemic Practice* 1999;21:119-44.

21. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas* 1993;1:165-78.

22. Wagnild G. A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement* 2009;17:105-13.

23. Bissonnette M. Optimism, hardiness, and resiliency: A review of the literature. Prepared for the child and family partnership project 1998;26:21-36.

24. Polly Young-Eisendrath. *The Resilient Spirit*. USA: Da Capo Lifelong Books; 1997.

25. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในสถานประกอบการ(ฉบับฟื้นฟูหลังอุทกภัย). นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข 2555.

26. Kumpfer KL. Factors and Processes Contributing to Resilience : The Resilience Framework. *Resilience and Development: Positive Life Adaptation* 1999:179-224.

27. Davis NJ, Service USPH. Resilience: Status of the Research and Research-Based Programs. U.S.: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 1999.

28. Robbie Gilligan. Adversity, resilience and young people: The protective value of positive school and spare time experiences. *Children & Society* 2000;14:37-47.

29. Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC) Manual [Internet]. 2018 [cite 2019 May 20]. Available from: www.cdriisc.com.

30. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, Seventh Edition: McGraw-Hill Education; 2010.

31. นิรัช อัครวีรากุล และคณะ. คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care). สมุทรสาคร: พิมพ์ดี; 2556.

32. จิตติมา โพธิศรี. การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต : จากโรงพยาบาลสู่บ้าน: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.

33. ทองทิพย์ พรหมสร. การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
34. สุนิศา สุขตระกูล. ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
35. พิมพา กิติราช. การมีส่วนร่วมของญาติในการตอบสนองต่อผู้ป่วยระยะท้าย [ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
36. เรือเอกหญิงอรรณณ คล้ายพยัคฆ์. การศึกษาองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
37. Kubler-Ross. On death and dying. New York: Macmillan Publishing Company.; 1969.
38. ปันณชร์ รัตนิล. ผลของการดูแลทางจิตวิญญาณเชิงพุทธต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะท้าย [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
39. ประรณณา โกศลนาคร และลัญฉน์ศักดิ์ อรรถนยากร. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์: ศูนย์ชีวภบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; 2559.
40. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
41. อรรณณ รัตนสุวรรณ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย(Terminal care) [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: haamor.com/th/การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/.
42. มนทร์ธัมม์ จินดา, สายพิน หัตถิรัตน์. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญหน้ากับความตาย (Working with the family of the terminal illness and the dying) [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.doctor.or.th/clinic/detail/8229>.
43. จอม สุวรรณโณ. ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 2546;18.
44. Sherman DW, McGuire DB, Free D, Cheon JY. A pilot study of the experience of family caregivers of patients with advanced pancreatic cancer using a mixed methods approach. J Pain Symptom Manage 2014;48:385-99 e1-2.
45. จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
46. นงลักษณ์ พันชมภู. การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
47. Parker G. Counting care: Numbers and types of carers. London: HMSO; 1992.
48. อรวีฐ กาญจนจारी และคณะ. บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. Rama Nurs J 2017;23:328-43.
49. วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2557;20:13-22.

50. Family Caregiver Resilience and the Important Role of Palliative Care [Internet]. [cite 2019 May 15]. Available from: <https://www.ocswssw.org/wp-content/uploads/2016/05/Family-Caregiver-Resilience-and-the-Important-Role-of-Palliative-Care.pdf>.
51. Given B, Stommel M, Collins C, King S, Given CW. Responses of elderly spouse caregivers. Res Nurs Health 1990;13:77-85.
52. ชุลินดา ทิพย์เกษร. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะท้าย. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
53. WHO definition of palliative care [Internet]. WHO. 2019 [cited 2019 May 5]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
54. Radbruch LS, Payne. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. Uropean Journal of Palliative Care 2010;16.
55. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ก่อนจะถึงวันสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.); 2554.
56. สุธารัตน์ กุศลรัตนมาศ. ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
57. SA Health. Palliative care plan 2009-2016. South Australia, Australia: Government of South Australia; 2009.
58. History of AAHPM [Internet]. 2019 [cite 2019 Dec 25]. Available from: <http://aahpm.org/about/history>.
59. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพมหานคร: สามดีพรีนติ้งอิกวิปเมนท์; 2560.
60. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี; 2558.
61. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. List disease of palliative care and functional unit. นนทบุรี: อาร์ตควอลิตี้; 2559.
62. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
63. Garity J. Stress, learning style, resilience factors, and ways of coping in Alzheimer family caregivers. American Journal of Alzheimer's Disease 1997;12:171-8.
64. Wilks SE, Vonk ME. Private prayer among Alzheimer's caregivers: mediating burden and resiliency. J Gerontol Soc Work 2008;50:113-31.
65. Saria MG, Courchesne N, Evangelista L, Carter J, MacManus DA, Gorman MK, et al. Cognitive dysfunction in patients with brain metastases: influences on caregiver resilience and coping. 2017;25:1247-56.
66. Weisser FB, Bristowe K, Jackson D. Experiences of burden, needs, rewards and resilience in family caregivers of people living with Motor Neurone Disease/Amyotrophic Lateral Sclerosis: A secondary thematic

analysis of qualitative interviews. *Palliat Med* 2015;29:737-45.

67. Chan EWL, Yap PS, Khalaf ZF. Factors associated with high strain in caregivers of Alzheimer's disease (AD) in Malaysia. *Geriatric Nursing* 2019.

68. Han S, Chi N-C, Han C, Oliver DP, Washington K, Demiris G. Adapting the Resilience Framework for Family Caregivers of Hospice Patients With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*® 2019;34:399-411.

69. Manzini CSS, Brigola AG, Pavarini SCI, Vale FAC. Factors associated with the resilience of family caregivers of persons with dementia: a systematic review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2016;19:703-14.

70. Roen I, Stifoss-Hanssen H, Grande G, Brenne AT, Kaasa S, Sand K, et al. Resilience for family carers of advanced cancer patients-how can health care providers contribute? A qualitative interview study with carers. *Palliat Med* 2018;32:1410-8.

71. เสาวนิจ น้อยมงคล, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, วินัส ลิพหกุล. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2560;27:85-98.

72. พิมพ์พนิต ภาศรี แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หัดกิจ. ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย. *Thai Journal of Nursing Council* 2015;30.

73. สุปริดา มั่นคง และคณะ. ศึกษาบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ. *วารสารสภาการพยาบาล* 2559;31:104-21.

74. รวี เตือนดาว. ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.

75. Garity J. Stress, learning style, resilience factors, and ways of coping in Alzheimer family caregivers. *1997;12:171-8.*

76. Bull MJ. Strategies for Sustaining Self Used by Family Caregivers for Older Adults With Dementia. *2014;32:127-35.*

77. Shah RJ, Collard HR, Morisset J. Burden, resilience and coping in caregivers of patients with interstitial lung disease. *Heart Lung* 2018;47:264-8.

78. พาวุฒิ เมฆวิชัย, สุรินทร์ แซ่ตั้ง. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2556;58:101-10.

79. Lee YJ, Choi YS, Hwang IC, Kim HM, Hwang SW. Resilience at the End of Life as a Predictor for Postloss Growth in Bereaved Caregivers of Cancer Patients: A Prospective Pilot Study. *J Pain Symptom Manage* 2016;51:e3-5.

80. นุชนาฏ ธรรมขันธ์. พลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมกระดาษ จังหวัดนครปฐม: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.

81. Laura V. Polk. Toward a middle-range theory of resilience. *Advances in Nursing Science* 1997.

82. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และ เขาวานภู ผลิตนนท์เกียรติ. บทความฟื้นฟูวิชาการ ความสามารถขึ้นหัดเผชิญวิกฤตวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2551;16.
83. Giesbrecht M, Wolse F, Crooks VA, Stajduhar K. Identifying socio-environmental factors that facilitate resilience among Canadian palliative family caregivers: a qualitative case study. *Palliat Support Care* 2015;13:555-65.
84. Susan E. Hardy MD John Concato MD M, MPH Thomas M. Gill MD. Resilience of Community-Dwelling Older Persons. 2004.
85. Blanco V, Guisande MA, Sanchez MT, Otero P, Vazquez FL. Spanish validation of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10) with non-professional caregivers. *Aging Ment Health* 2019;23:183-8.
86. Crespo M, Fernández-Lansac V. Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología* 2015;31.
87. นัตถฤดี ภาวะญาติ. ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
88. Dias R, Simoes-Neto JP, Santos RL, Sousa MF, Baptista MA, Lacerda IB, et al. Caregivers' resilience is independent from the clinical symptoms of dementia. *Arq Neuropsiquiatr* 2016;74:967-73.
89. วิภา วิเสโส. การให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2545.
90. พชรมนต์ ลำเลียงพล. ภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2558;23.
91. Wells M. Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Online J Rural Nurs Health Care* 2010;10.
92. Hampe SO. Needs of the grieving spouse in a hospital setting. *Nurs Res* 1975;24:113-20.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	กรศิริ พิกุลทอง
วัน เดือน ปี เกิด	5 กันยายน 2533
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลศเส
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2555 คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ที่อยู่ปัจจุบัน	1/136 หมู่บ้าน six nature ซอย เอกชัย 64/5 แขวงบางบอน เขตบางบอน กทม. 10150



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY