



**ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัวต่อ
ความเครียดและการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลหลังสวน
The Effectiveness of Educational and Counseling Program Delivered through
Family Meetings on Stress and Acceptance among Caregivers of End of Life
Patients at Lang Suan Hospital**

กัญญาภัทร สีกวัฒนา¹ ภคพร กลิ่นหอม²
Kanyaphat Suekwattana¹ Pakaporn Klinhom²

¹ โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร Lang Suan Hospital, Chumphon Province

² วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

Corresponding author, Pakaporn Klinhom, Email: Pakaporn@pckpb.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเครียดและการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลหลังสวน จำนวน 30 คน โปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัวสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พัฒนามาจากแนวคิดการประชุมครอบครัวและการสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลความเครียดของผู้ดูแล และ 3) ข้อมูลการยอมรับของผู้ดูแล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของข้อมูลความเครียดและการยอมรับของผู้ดูแลได้เท่ากับ 0.82 และ 0.96 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.86 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน *paired t-test*

ผลการวิจัย พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเครียดต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีการยอมรับสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($t = 16.56$ และ 12.93 ตามลำดับ)

การวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ว่า โปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว มีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ลดความเครียดและเพิ่มการยอมรับของผู้ดูแลต่อสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลในอนาคต

คำสำคัญ การประชุมครอบครัว ความเครียด การยอมรับตนเอง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Abstract

This quasi-experimental one-group pretest-posttest study aimed to compare stress and acceptance levels among caregivers of end-of-life patients before and after participating in an educational and counseling program delivered through family meetings. Thirty caregivers of end-of-life patients participated in the program, which was developed based on the concepts of family meetings and communication in palliative care. The research instruments consisted of three questionnaire sections: 1) general information, 2) caregiver stress assessment, and 3) caregiver acceptance assessment. The content validity indices for the stress and acceptance assessments were 0.82 and 0.96, respectively; and the Cronbach's alpha coefficients were 0.86 and 0.91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The research findings revealed that after participating in the program, caregivers reported significantly lower stress levels and higher acceptance levels compared to before the intervention, with statistical significance at the 0.05 level ($t = 16.56$ and 12.93 , respectively).

This study suggests that the educational and counseling program delivered through family meetings is effective in reducing caregiver stress and enhancing acceptance of the terminal illness, potentially improving the quality of life for both patients and caregivers.

Keywords family meeting, stress, acceptance, end-of-life patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทยที่มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลของ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2566) พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้น รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 25.3 เป็น 31.7 ต่อประชากรแสนคนในปี 2566 (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2562) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการของโรคทรุดลงและ

กลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งมีความเจ็บป่วยและทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องการการรักษาดูแลแบบประคับประคองจากบุคลากรทางการแพทย์ และญาติหรือบุคคลในครอบครัวอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องในระยะยาว (ดารินทร์ จตุรภัทรพร, 2562) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2023) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (palliative care) ว่าเป็นการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อชีวิต ป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน เน้นการดูแลแบบองค์รวม ส่วนคำ

จำกัดความของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต (end of life care) คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รู้ว่ามียุคเวลาเหลือจำกัด ส่วนใหญ่จะนับระยะเวลาประมาณ 6 เดือนก่อนเสียชีวิต เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต รวมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมาน และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น

ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับทราบถึงอาการและแนวทางการรักษาล่วงหน้าโดยควรได้รับในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะครบ (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559) แต่ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่กลับจากโรงพยาบาลในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนในระยะท้ายไว้ล่วงหน้า รวมถึงไม่มีสติสัมปชัญญะเพียงพอที่จะสื่อสารและตัดสินใจในการรักษาของตนเองตามปกติ จึงควรมีแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายเหล่านี้ ซึ่งวิธีการประชุมครอบครัวจะเน้นการสื่อสารกับครอบครัวให้รับรู้กระบวนการและขั้นตอนในการรักษาและยังแสดงถึงความเข้าใจของผู้ดูแลต่อการเข้าถึงข้อมูลที่ทีมแพทย์สื่อสารออกมา ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการดูแลรักษาและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ขั้นตอนของการประชุมครอบครัว มี 3 ขั้นตอนคือ 1) ขึ้นเตรียมก่อนการประชุมครอบครัว 2) ขึ้นดำเนินการประชุม 3) สรุปและปิดการประชุม (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559) โดยขั้นตอนดังกล่าวสามารถบูรณาการกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องยึดครอบครัวเป็น

ศูนย์กลางโดยใช้การสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563)

โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร เป็นโรงพยาบาลชุมชนเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในและผู้ป่วยหนักทางอายุรกรรม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา โรงพยาบาลหลังสวนมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองจำนวนหนึ่ง โดยในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นทะเบียน 184, 201 และ 189 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลหลังสวน, 2565) สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลหลังสวน พบปัญหาที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังเข้าถึงบริการน้อย รวมทั้งแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ การให้ญาติร่วมดูแล การมีพยาบาลพูดคุย ค้นหา รับฟังปัญหา แนะนำและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน อีกทั้งพบว่าในโรงพยาบาลหลังสวนความชุกของภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงถึงร้อยละ 20.1 (โรงพยาบาลหลังสวน, 2565) จากการทบทวนกระบวนการทำงานที่ผ่านมาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life care) พบว่าการประชุมครอบครัวที่มีระบบการดูแลการให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพจะทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา และเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาล กับผู้ป่วยและครอบครัว อันจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและความร่วมมือในการดูแลมากขึ้น รวมทั้งมีประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าเทคนิคการประชุมครอบครัวส่วนใหญ่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถยอมรับการเจ็บป่วย และสามารถจัดการสุขภาพและอาการทุกข์ทรมานได้ รวมถึงทำให้มีอาการเครียดลดลง (นุชจิรี พิมพ์โคตร และเสาวคนธ์ วีระศิริ, 2559) และเป็นการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลรวมไปถึงเป็นแหล่งพึ่งพาให้กับผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของแผนการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจเลือกการดูแลที่เหมาะสมมากขึ้น ช่วยเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัว ความไว้วางใจในแพทย์ และการยอมรับของสมาชิกในครอบครัว (พรรณพัชร สุกุลทรงเดช, ประนอม โฉมกาย, และมารยาท สุจริตวรกุล, 2563) สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย มีการศึกษาในผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะท้าย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลมีระดับสูง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะท้าย และผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์กับอาการเปลี่ยนแปลงได้ ทำให้เกิดความเครียด (พนิตตา ศรีหาคลัง และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2559) ในสังคมไทยเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยผู้ดูแลมักเป็นบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วย การต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะในการตอบสนองความ

ต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย การรับบทบาทดังกล่าวมีผลต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดวิตกกังวล ท้อแท้ นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเรื้อรัง (ทองเปลว ชมจันทร์ และปาริชาติ ลิ้มเจริญ, 2562)

จากประสบการณ์และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาผลของการประชุมครอบครัวต่อความเครียดและการยอมรับการดูแลในระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลหลังสวน โดยการนำโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาผสมผสานในแต่ละขั้นตอนของการประชุมครอบครัว ซึ่งโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำสำหรับผู้ดูแลฯ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) ความรักความผูกพัน 2) การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย 3) การขอโทษกรรม 4) การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา 5) ความหวังหรือเป้าหมายในทางบวกของชีวิต และ 6) การประเมินใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายลดความเครียด ลดความเศร้าโศกสูญเสีย สามารถยอมรับอาการและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย นำความรู้ที่ได้จากการประชุมครอบครัวไปใช้ในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอันจะนำไปสู่การลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และลดความขัดแย้งระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพตั้งแต่วะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว
2. เปรียบเทียบการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมประชุมครอบครัว
2. คะแนนเฉลี่ยการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการประชุมครอบครัว

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดหลักการประชุมครอบครัว (family meeting) บูรณาการกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยใช้การสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563) ตามแนวปฏิบัติของ Buckman (1992) (6 steps protocol for communicating bad news) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม

การให้ความรู้และการแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นโปรแกรมหลักที่ใช้ในการประชุมครอบครัว โดยการประชุมครอบครัวเป็นการเปิดโอกาสให้มีการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และทีมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้มีการสื่อสารภายในครอบครัวที่ดี มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ตรงกันหรือการตัดสินใจในเรื่องการรักษาระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวไปในทิศทางเดียวกัน เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสซักถามหรือชี้แจงข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตลอดจนวางแผนหรือตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาาร่วมกัน (กิตติพล นาควโรจน์, 2559) ขั้นตอนของการประชุมครอบครัวแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นตอนเตรียมก่อนการประชุมครอบครัว 2) ขั้นตอนดำเนินการประชุม และ 3) ขั้นสรุปและปิดการประชุม และโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) ความรักความผูกพัน 2) การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย 3) การขอโทษ 4) การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา 5) ความหวังหรือเป้าหมายในทางบวกของชีวิต และ 6) การประเมินใจ เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลและส่งเสริมให้เกิดการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มากขึ้น ในการดำเนินการประชุมครอบครัว ได้ผสมผสานกิจกรรมของโปรแกรมฯ ในแต่ละขั้นตอนของการประชุมครอบครัว ดังแสดงในรูปที่ 1

โปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว

1. ขั้นเตรียมก่อนการประชุมครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 ความรักความผูกพัน

2. ขั้นดำเนินการประชุม

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย

กิจกรรมที่ 3 การขอโทษ/การอภัย

กิจกรรมที่ 4 การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา

กิจกรรมที่ 5 ความหวังหรือเป้าหมายในทางบวกของชีวิต

3. ขั้นสรุปและปิดการประชุม

กิจกรรมที่ 6 การประเมินใจ

- ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- การยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง มกราคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Performance Scale: PPS < 30%) และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 3) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือทางกฎหมายหรืออาจเป็น

บุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้ บิดา มารดา พี่น้อง บุตร คู่สมรส หรือเครือญาติ และ 4) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง คัดเลือกผู้ดูแลครอบครัวละ 1-2 คน เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ดูแลหลักที่ตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัยไม่ครบ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า สมองเสื่อม โรคทางจิตเวช หรือขอลถอนตัวจากการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ระดับอำนาจในการทดสอบที่ .90 (ชวัชชัย วรพงศธร และสุริย์พันธุ์ วรพงศธร, 2561) และค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปร .52 จากการศึกษาของอังคณา สมคง, สุทัศน์ ศุภนาม, และกรรณิกา รักษ์ยิ่งเจริญ (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกับการศึกษานี้ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 26 คน และ

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 30 คน

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. แผนการดำเนินงานในการประชุมครอบครัว มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้ 1) ขั้นตอนเตรียมก่อนการประชุมครอบครัว ดำเนินการด้วยการสร้างสัมพันธภาพและการประเมินคัดกรองค้นหาปัญหาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (กิจกรรมที่ 1 ความรักความผูกพัน) 2) ขั้นตอนดำเนินการประชุม ดำเนินการด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เน้นการสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง การประเมินด้านความเชื่อ ศาสนา สังคมและวัฒนธรรม (กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย กิจกรรมที่ 3 การขออโหสิกรรม กิจกรรมที่ 4 การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา และกิจกรรมที่ 5 ความหวังหรือเป้าหมายในทางบวกของชีวิต) และ 3) ขั้นสรุปและปิดการประชุม ดำเนินการสรุปทบทวนความรู้และการปฏิบัติในผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งแนวทางในการออกใบมรณะบัตรและการแนะนำให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาในช่วงวาระสุดท้าย (กิจกรรมที่ 6 การประเมินใจ)

2. โปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดำเนินการผ่านกิจกรรมประชุมกลุ่มครอบครัวที่ประกอบด้วย พยาบาล ผู้ดูแล ญาติ ผู้ป่วย และทีม

ผู้วิจัย จำนวน 1 ครั้งต่อครอบครัว โปรแกรมฯ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2567 และมกราคม 2568 ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 5-10 นาที รวมทั้งสิ้น 45-60 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ความรักความผูกพัน (10 นาที)

แจ้งวัตถุประสงค์ในการประชุมกลุ่มครอบครัวให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทราบ โดยในแต่ละครอบครัวจะมีผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คนเข้าร่วมประชุม สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล สอบถามความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแล ให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามความเครียด และแบบสอบถามการยอมรับของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย (10 นาที)

แจ้งผลการประเมินความเครียดและการยอมรับการเจ็บป่วยแก่ผู้ดูแลทราบ ค้นหาผู้ดูแลที่มีสิทธิ์ในการตัดสินใจแทนครอบครัว สอบถามเกี่ยวกับวิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาด้านต่าง ๆ ที่ผ่านมา สิ่งที่คุณป่วยต้องการจะทำแต่ยังไม่ได้ทำ สถานที่ที่ต้องการอยู่เมื่อถึงวาระสุดท้าย ถามเกี่ยวกับวิธีการที่ครอบครัวใช้จัดการกับปัญหาด้านต่าง ๆ ที่ผ่านมา

กิจกรรมที่ 3 การขออโหสิกรรม (5 นาที)

ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้พูดคุยและสะสางสิ่งค้างใจ ปลดปล่อยภาระติดค้างเพื่อคนอยู่ข้างหลัง การสะสางสิ่งค้างใจ จะทำให้มีการให้อภัย การขออโหสิกรรม รวมไปถึงการขอบคุณ จะช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและญาติได้ปลดปล่อยสิ่งที่ติด

ค้ำจากการกระทำในอดีตได้ ผู้ที่จากไปก็ได้
ปล่อยวาง จากไปอย่างสงบ ผู้ที่ยังอยู่ก็สามารถ
ดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพ

**กิจกรรมที่ 4 การปฏิบัติตามความเชื่อ/
ศาสนา (5 นาที)**

ใช้การปฏิบัติตามคำแนะนำของ
พระพุทธเจ้าเป็นแนวทางในการให้ความ
ช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น
การสวดมนต์ สวดอ้อนวอนถึงพระเจ้า หรือร้อง
เพลงสวด โดยเปิดเทปสวดมนต์ อ่านพระคัมภีร์
หรือชวนให้สวดมนต์ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยระลึก
ตามในใจ เป็นการโน้มน้าวใจให้ระลึกถึงสิ่ง
ศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือซึ่งจะช่วยให้อายุยืนยาวได้
กรณีผู้ป่วยไม่ได้ผูกพันกับความเชื่อหรือศาสนา
ใด จะให้ระลึกถึงความดีงามที่เคยทำมา หรือสิ่งดี
ๆ ที่ภาคภูมิใจ รวมทั้งนำประสบการณ์จากกรณี
ตัวอย่างอื่น ๆ มาเป็นแนวทาง ช่วยให้ผู้ป่วย
ยอมรับความตายที่จะมาถึง ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ
ผู้ดูแลปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ สร้างบรรยากาศแห่ง
ความสงบ

**กิจกรรมที่ 5 ความหวังหรือเป้าหมายใน
ทางบวของชีวิต (5 นาที)**

เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึก
และความคาดหวังหรือเป้าหมายในชีวิตที่
เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่
1) การควบคุมอาการไม่สบาย (symptom
control) 2) การรักษาโรค (disease management)
และ 3) การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ
(psychological and spiritual care)

กิจกรรมที่ 6 การประเมินใจ (10 นาที)

เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้
ซักถามในประเด็นที่ทีมยังไม่ได้ตอบ สรุปสั้น ๆ

เกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่ได้พูดคุยกัน รวมทั้ง
แผนการดูแลผู้ป่วยในอนาคต แนวทางการออก
ใบมรณะบัตร การทำหนังสือแสดงเจตนา และให้
ผู้ดูแลพูดสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ เป้าหมายที่ตนเอง
ต้องการ ความรู้สึกของตนเอง จากนั้นประเมิน
ความเครียดและการยอมรับของผู้ดูแลด้วย
แบบสอบถามความเครียด และแบบสอบถามการ
ยอมรับของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
และกล่าวขอบคุณทุกคนที่เข้าร่วมประชุม

**ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3
ชุด ดังนี้**

**ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ
อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา รายได้
เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีลักษณะ
คำตอบแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ**

**ชุดที่ 2 ข้อมูลความเครียด ผู้วิจัยดัดแปลง
มาจากแบบวัดความเครียดของ กรมสุขภาพจิต
(SPST-20) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
, 2565) ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับอาการและความรู้สึก
ที่แสดงถึงความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนที่
ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ
เป็นความรู้สึกทางบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9, 10, 11,
12 และ 20 ส่วนที่เหลือเป็นความรู้สึกทางลบ 15
ข้อ โดยข้อคำถามทางลบลักษณะคำตอบเป็นมา
ตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าคะแนน 1 - 5
ดังนี้ ไม่รู้สึกเครียด (1 คะแนน) รู้สึกเครียด
เล็กน้อย (2 คะแนน) รู้สึกเครียดปานกลาง (3
คะแนน) รู้สึกเครียดมาก (4 คะแนน) รู้สึกเครียด
มากที่สุด (5 คะแนน) ส่วนข้อคำถามทางบวกให้
คะแนนสลับกับข้อคำถามทางลบดังนี้ ไม่รู้สึก
เครียด (5 คะแนน) รู้สึกเครียดเล็กน้อย (4 คะแนน)**

รู้สึกเครียดปานกลาง (3 คะแนน) รู้สึกเครียดมาก (2 คะแนน) รู้สึกเครียดมากที่สุด (1 คะแนน) การแปลผลคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แปลผลเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 3.67-5.00 มีความเครียดระดับสูง คะแนน 2.34-3.66 มีความเครียดระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.33 มีความเครียดระดับต่ำ

ชุดที่ 3 ข้อมูลการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของโรงพยาบาลหลวงสวน จังหวัดชุมพร ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวสร้างจากกรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และกรอบแนวคิดการเผชิญความตายและความเศร้าโศกของ Kübler-Ross (2009) ร่วมกับการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการประชุมครอบครัว (family meeting) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าคะแนน 1-5 ดังนี้ ไม่ยอมรับ (1 คะแนน) ยอมรับเล็กน้อย (2 คะแนน) ยอมรับปานกลาง (3 คะแนน) ยอมรับมาก (4 คะแนน) ยอมรับมากที่สุด (5 คะแนน) การแปลผลคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แปลผลเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 3.67-5.00 การยอมรับระดับสูง คะแนน 2.34-3.66 การยอมรับระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.33 การยอมรับระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบสอบถามความเครียด และแบบสอบถามการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไป

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลระยะสุดท้าย พยาบาลประจำแผนกการพยาบาลระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพยาบาลระยะสุดท้ายจากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยแบบสอบถามความเครียด และการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.82 และ 0.96 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (กัลยา วาณิชขันธ์, 2559) ในพื้นที่อำเภอสวี จังหวัดชุมพร วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงของแบบสอบถามความเครียดและการยอมรับของผู้ดูแลด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 092/ 2567 ลงวันที่ 7 พฤศจิกายน 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการระยะเวลา ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการศึกษา และประโยชน์ที่คาดว่าจะกลุ่มตัวอย่างจะได้รับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างไม่มีการ

ระบุชื่อ ถูกจัดเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดแจงรายละเอียดโครงการให้ผู้ป่วยญาติและผู้ดูแลทราบเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน
2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียด และการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนการประชุมครอบครัว
3. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านการประชุมครอบครัว จำนวน 6 กิจกรรม โดยทีมผู้วิจัยดำเนินการที่ห้องประชุมกลุ่มครอบครัวของโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร
4. ภายหลังการประชุมครอบครัวเสร็จสิ้น 3 วัน ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดและการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ความเครียด และการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิเคราะห์

ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด และการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) เนื่องจากข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกระจายเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 46.8 ปี (SD 9.76) อยู่ในกลุ่มอายุ 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.67 มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.33 มีอาชีพทำนา/ทำไร่/ทำสวน ร้อยละ 36.67 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.33 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 66.67 และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานะเป็นลูกของผู้ป่วย ร้อยละ 66.67 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	30.00
หญิง	21	70.00
อายุ (ปี)		
26 - 30 ปี	2	6.67
31-40 ปี	7	23.33
41-50 ปี	11	36.67
51-60 ปี	7	23.33
61- 68 ปี	3	10.00



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
Mean $\pm$ SD	46.8 $\pm$ 9.76	
Min-Max	26-68	
สถานภาพสมรส		
โสด	3	10.00
คู่	16	53.33
หม้าย/หย่า/แยก	11	36.67
อาชีพ		
ไม่มีงานทำ	3	10.00
ค้าขาย	3	10.00
รับจ้าง	2	6.67
ธุรกิจส่วนตัว	7	23.33
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	3	10.00
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	11	36.67
ข้าราชการบำนาญ	1	3.33
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0.00
ประถมศึกษา	2	6.67
มัธยมศึกษา	13	43.33
อาชีวศึกษาและอนุปริญญา	6	20.00
ปริญญาตรีและสูงกว่า	9	30.00
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวท่านต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	7	23.3
น้อยกว่า 5,000 บาท	20	66.67
5,001-10,000 บาท	1	3.33
10,001-15,000 บาท	1	3.33
มากกว่า 15,000 บาท	1	3.33
Mean $\pm$ SD	4,184.62 $\pm$ 5,361.53	
Min-Max	0-23,933	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
ลูก	20	66.67
หลาน	1	3.33
พี่น้อง	1	3.33
พ่อแม่	2	6.67
สามี/ภรรยา	6	20.00

2. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความเครียดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำโดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมประชุม (M 2.79, SD

1.04 และ M 1.99, SD 0.81 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาระดับความเครียดในแต่ละข้อคำถามพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีระดับความเครียดลดลงทุกข้อคำถาม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว (n=30)

รายการ	ก่อนการประชุมครอบครัว			หลังการประชุมครอบครัว		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. การนอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	3.20	0.92	ปานกลาง	2.63	0.93	ปานกลาง
2. ความรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล	3.03	0.96	ปานกลาง	2.07	0.64	ต่ำ
3. การทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	2.37	1.00	ปานกลาง	1.70	0.47	ต่ำ
4. ความรู้สึกกังวลใจ	2.63	1.00	ปานกลาง	1.77	0.68	ต่ำ
5. ความรู้สึกไม่อยากพบปะผู้คน	2.27	1.11	ปานกลาง	1.37	0.72	ต่ำ
6. มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	2.37	1.22	ปานกลาง	1.60	0.81	ต่ำ
7. ความรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	2.57	1.17	ปานกลาง	1.73	0.64	ต่ำ
8. ความรู้สึกหมดหวังในชีวิต	2.20	1.37	ต่ำ	1.27	0.64	ต่ำ
9. ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า	2.83	0.95	ปานกลาง	2.73	1.36	ปานกลาง
10. ความรู้สึกสบายใจ จิตใจสงบ	3.80	0.55	สูง	2.73	0.91	ปานกลาง
11. การได้รับความสะดวก สบายใจในการติดต่อกับโรงพยาบาล	3.30	0.84	ปานกลาง	1.83	0.91	ต่ำ
12. ความรู้สึกมั่นใจ พอใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา	3.13	0.73	ปานกลาง	1.77	0.57	ต่ำ
13. ความรู้สึกตื่นเต้นหรือมีอาการตกใจง่าย	2.33	1.42	ต่ำ	1.97	1.25	ต่ำ
14. ความรู้สึกมึนงง หรือเวียนศีรษะ	2.27	1.28	ต่ำ	1.53	0.63	ต่ำ
15. ความรู้สึกมีอาการปวดหลังหรือไหล่หรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย	2.67	1.21	ปานกลาง	1.97	0.93	ต่ำ
16. ความรู้สึกมีอาการหัวใจเต้นแรง	2.23	1.41	ต่ำ	1.57	0.90	ต่ำ
17. ความรู้สึกเพลียหรือเหนื่อยหน่ายไม่อยากจะทำอะไร	2.47	1.01	ปานกลาง	1.60	0.67	ต่ำ



รายการ	ก่อนการประชุมครอบครัว			หลังการประชุมครอบครัว		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
18. การคิดมาก เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	3.83	0.70	สูง	2.77	0.94	ปานกลาง
19. มีความรู้สึกละอายใจ	3.40	1.10	ปานกลาง	3.10	1.09	ปานกลาง
20. การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ดูแลจากบุคคลในครอบครัว	3.07	0.98	ปานกลาง	2.17	0.70	ต่ำ
รวม	2.79	1.04	ปานกลาง	1.99	0.81	ต่ำ

3. การยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว ผู้ดูแลมีระดับการยอมรับและคะแนนเฉลี่ยโดยรวมสูงกว่าก่อนการประชุมครอบครัว (ระดับสูง M 4.32, SD 0.64 และระดับปานกลาง

M 2.65, SD 0.76 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาระดับของการยอมรับของผู้ดูแลในแต่ละข้อคำถาม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีระดับการยอมรับสูงขึ้นทุกข้อ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว (n=30)

รายการ	ก่อนการประชุมครอบครัว			หลังการประชุมครอบครัว		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
1. ท่านยอมรับต่อข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคระยะของโรคของผู้ป่วย	2.63	0.85	ปานกลาง	4.20	0.48	สูง
2. ท่านยอมรับการดำเนินโรค อาการและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	2.57	0.68	ปานกลาง	4.10	0.55	สูง
3. สมาชิกในครอบครัวทุกคนได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและตรงกัน	2.50	0.90	ปานกลาง	4.23	0.63	สูง
4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านร่างกายเกี่ยวกับอาการทุกข์ทรมานได้อย่างเหมาะสม เช่น อาการปวดไม่สุขสบาย	2.60	0.62	ปานกลาง	4.23	0.63	สูง
5. ทีมพยาบาลทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ	2.60	0.81	ปานกลาง	4.43	0.63	สูง
6. ท่านได้รับความสะดวกและได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย	3.07	0.74	ปานกลาง	4.37	0.67	สูง
7. ท่านได้รับการตอบสนองตามประเพณี ความเชื่อและศาสนาอย่างเหมาะสมในระหว่างอยู่โรงพยาบาล	2.87	0.68	ปานกลาง	4.10	0.55	สูง
8. ท่านเข้าใจและยอมรับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต	2.33	0.84	ต่ำ	4.27	0.74	สูง

รายการ	ก่อนการประชุมครอบครัว			หลังการประชุมครอบครัว		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
9. ท่านได้รับการช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวกเมื่อท่านมีปัญหา	2.47	0.63	ปานกลาง	4.47	0.57	สูง
10. แนวทางการดูแลรักษาแบบประคับประคองว่ามีความเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย	2.47	0.78	ปานกลาง	4.63	0.56	สูง
11. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย	2.73	0.91	ปานกลาง	4.47	0.63	สูง
12. ท่านยอมรับผู้ที่ตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยสูญเสียสติสัมปชัญญะไปจนไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง	3.13	0.73	ปานกลาง	4.00	0.63	สูง
13. ท่านยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ขอกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน	2.47	0.90	ปานกลาง	4.50	1.08	สูง
14. แนวทางการรักษาแบบประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ	2.70	0.65	ปานกลาง	4.50	0.73	สูง
รวม	2.65	0.76	ปานกลาง	4.32	0.64	สูง

3. การเปรียบเทียบความเครียดและการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผ่านการประชุมครอบครัวผู้ดูแลมี

คะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่า และคะแนนเฉลี่ยการยอมรับสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผ่านการประชุมครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ($D = 16.56$, $t = 5.23$, $p = .018$ และ $D = 12.93$, $t = 6.66$, $p = .000$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดและการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว (n=30)

ตัวแปร	ก่อนประชุมครอบครัว		หลังประชุมครอบครัว		Mean difference (D) (95%CI)	Paired t-test	P-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ความเครียด	53.70	13.17	37.13	7.47	16.56 (10.09, 23.03)	5.23	0.018
การยอมรับ	47.53	8.08	60.46	5.66	12.93 (16.90, 8.96)	6.66	0.000

การอภิปรายผล

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดลดลง และการยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่าข้อมูลเนื้อหาและคำอธิบายที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความเหมาะสม นอกจากนั้นการมีกิจกรรมที่เน้น

การดูแลแบบประคับประคองหลากหลายกิจกรรม เช่น กิจกรรมความรักความผูกพัน กิจกรรมการ ค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย กิจกรรมการขอโทษกรรม กิจกรรมการปฏิบัติ ตามความเชื่อ/ศาสนา กิจกรรมความหวังหรือ เป้าหมายในทางบวกของชีวิต และกิจกรรมการ ประเมินใจ ซึ่งเน้นให้ครอบครัวของผู้ป่วยระยะ สุดท้ายเข้ามามีส่วนร่วม ร่วมกับการที่ผู้วิจัยได้ สอนและชี้แนะเพื่อเติมในเรื่องที่ผู้ดูแลยังรู้สึก กังวลใจหรือรู้สึกเครียด เปิดโอกาสให้มีการ วางเป้าหมายในชีวิตทั้งของตนเองและของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย กระตุ้นและให้กำลังใจจน ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้อง กับแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของ ศรี เวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ (2560) การดำเนินการตามแนวทางนี้จึงน่าจะช่วยให้ ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงและยอมรับสภาพการณ์ ปัจจุบันได้มากขึ้น นอกจากนี้ในการจัดกิจกรรม ตามโปรแกรมฯ ผู้วิจัยได้ดำเนินการในห้องที่เป็น ส่วนตัว มีสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ช่วยให้ผู้ดูแล รู้สึกผ่อนคลายจึงอาจช่วยลดความเครียดของ ผู้ดูแลได้อีกทางหนึ่ง (โกศล จึงเสถียรทรัพย์, 2562) การดำเนินการนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลที่มาจากความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลกับสิ่งแวดล้อม หากบุคคลประเมินว่ารู้สึก ถูกคุกคามหรือเป็นอันตรายจะแสดงอาการหรือ ความรู้สึกเครียดออกมา และหากผู้ดูแลใน ครอบครัวสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วย ตนเอง จะส่งผลให้ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย

ลดลง (Houts, Nezu, Nezu, & Bucher, 1996) ซึ่ง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายรับรู้ เข้าใจ และยอมรับในการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นแนวทางในการเรียนรู้ และอยู่ร่วมกับสิ่งที่เกิดขึ้น จึงส่งผลให้ระดับ ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายลดลง และยอมรับสภาพการณ์ตามความเป็นจริงมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของทัศนีย์ บุญอริยเทพ และ ธกัณันท์ อินทรารุข. (2566) ที่ดำเนินโปรแกรม การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมฯ มีอาการรบกวนทางกายและทางจิตใจ ลดลง ส่งผลให้ภาวะเครียดของผู้ดูแลลดลงตามมา ด้วย

การยอมรับของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผ่านการประชุม ครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วม โปรแกรมฯ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้ความรู้ และการแนะนำสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ เน้นเทคนิคการสื่อสารมาใช้ในการดำเนินการ ประชุมครอบครัวตามแนวทางของ โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ (2563) ร่วมกับกิจกรรมการประเมิน ใจ เผยแพร่ข้อมูลให้ตรงจริง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรค อาการ แนวทางการรักษาของผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามในสิ่งที่กังวล สงสัย ช่วยกำหนดเป้าหมายการดูแล ค้นหา ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับญาติผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าใจโรคและ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง มีทางเลือกในการดูแลที่ เหมาะสมกับบริบทของตน จึงเกิดการยอมรับการ เจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับ การศึกษาของพรรณพัชร สกฤตทรงเดช และคณะ

(2563) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับสูง โดยเรื่องที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีการยอมรับสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจในการรักษาและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ความเป็นจริงและความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้เข้าใจความเป็นไปของชีวิต จึงเกิดการยอมรับความจริงในเรื่อง การเกิด แก่ เจ็บ ตาย และการตายอย่างสุขสงบของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ, 2560) นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ปฏิบัติตามความเชื่อตามหลักศาสนาพุทธของตนเอง เช่น การฟังธรรมะก่อนผู้ป่วยจะจากไป การนิมนต์พระภิกษุมาสวดให้กับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีภาวะจิตใจที่สงบลง รู้สึกสบายใจขึ้น จึงยอมรับต่ออาการและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนิคยา ททรัพย์วงศ์เจริญ และทิปัทสน์ ชินดาปัญญากุล (2563) ที่กล่าวว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีการส่งเสริมความต้องการด้านที่เกี่ยวกับศาสนาให้กับผู้ป่วยและญาติ เช่น การสวดมนต์ การฟังเทศน์ที่มีการแสดงธรรมะ จะทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกผ่อนคลาย ลดความกดดันและความเครียด ทำให้เกิดการยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว สามารถนำไปใช้ลดความเครียดและเพิ่มการยอมรับของผู้ดูแลต่อสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพ

2. โปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัว สามารถนำมาเป็นแนวปฏิบัติสำหรับทีมบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อวางแผนการดูแลกับกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียวจึงยังไม่เห็นผลของโปรแกรมที่ชัดเจน ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังเพิ่มเติม เพื่อให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการแนะนำผ่านการประชุมครอบครัวที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2559). *การวิเคราะห์สถิติ: สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิตติพล นาควิโรจน์. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.



- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565. สืบค้น 15 กรกฎาคม 2567, จาก <https://dmh.go.th/ebook/files/รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต%20ปีงบประมาณ%202565.pdf>
- โกศล จีเสถียรทรัพย์. (2562). การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาในสถานพยาบาลเชิงพุทธ. *วารสาร มจร ปรัชญาปริทรรศน์*, 2(1), 25-43.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติสาธารณสุข 2565. สืบค้น 15 กรกฎาคม 2567, จาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf>
- คาริน จตุรภัทรพร. (2562). *ดูแลด้วยหัวใจ จากไปด้วยความรัก: Palliative care*. กรุงเทพฯ: SOOK Publishing.
- ทัศนีย์ บุญอริยเทพ, และธกัณันท์ อินทรารุช. (2566). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวนผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 31(1), 99-113.
- ทองเปลว ชมจันทร์, และปาริชาติ ลิ้มเจริญ. (2562). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 2(1) 15-29.
- ธวัชชัย วรพงศธร, และสุริย์พันธุ์ วรพงศธร. (2561). การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 41(2), 11-21.
- นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ, และทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 26-34.
- นุชจิร พิมพ์โคตร, และเสาวคนธ์ วีระศิริ. (2559). การพยาบาลแบบประคับประคองสำหรับครอบครัวที่มีบุคคลโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ณ อำเภอนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 39(1), 122-131.
- พรรณพัชร สกุลทรงเดช, ประนอม โฉมกาย, และมารยาท สุจริตรกุล. (2563). ประสิทธิภาพของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลชลบุรี. สืบค้น 15 กรกฎาคม 2567, จาก <http://journal.cbh.moph.go.th:8080/journal/PDF/ฉบับที่1-61-43-1.pdf>
- พนิตดา ศรีหาลัง, และศิริพันธุ์ สาสัดย์. (2559). ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(1), 1-10.
- โรงพยาบาลหลังสวน. (2565). *สถิติผู้ป่วยดูแลประคับประคอง อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร*. เอกสารไม่ตีพิมพ์, โรงพยาบาลหลังสวน, ชุมพร.
- โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. (2563). *ล้อมวงสนทนา: ศิลปะการสื่อสารสำหรับบุคลากรสุขภาพ*

- เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและญาติ.
กรุงเทพฯ: สามลดา.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ.
(2560). แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแล
ประคับประคองในโรงพยาบาล. สืบค้น 15
กรกฎาคม 2567, จาก
[https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/คู่มือดำเนินการ
ศูนย์ฯ.pdf](https://www.karunruk.org/wp-content/uploads/2021/06/คู่มือดำเนินการศูนย์ฯ.pdf)
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2562). โรคเบาหวานและโรค
หลอดเลือดสมอง. *วารสารประสาทวิทยา
แห่งประเทศไทย*, 14(3), 59-71.
- อังคณา สมคง, สุทัศน์ สุภนาม, และกรรณิการ์ รักยิ่ง
เจริญ. (2564). ผลของโปรแกรมการสื่อสาร
ทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญ
ความเครียด ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต.
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 37(2),
100-110.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.).
Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Buckman, R. (1992). *Breaking bad news: A six-step
protocol*. In R. Buckman (Ed.), *How to
break bad news: A guide for health care
professionals* (pp. 65-97). Baltimore, MD:
Johns Hopkins University Press.
- Houts, P. S., Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Bucher,
J. A. (1996). The prepared family
caregiver: A problem-solving approach
to family caregiver education. *Patient
Education and Counseling*, 27(1), 63–73.
- Kübler-Ross, E. (2009). *On death and dying: What
the dying have to teach doctors, nurses,
clergy and their own families (with a new
introduction by Allan Kellehear)*. London,
UK: Routledge.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress
appraisal and coping*. New York, NY:
Springer Publishing.
- World Health Organization [WHO]. (2023).
Palliative care. Retrieved May 15, 2022,
from [https://www.who.int/europe/news-
room/fact-sheets/item/palliative-care](https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care)