

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลาย
กล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสปีทต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

นางสาวกาญจนา มยุระสุวรรณ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF EDUCATIVE - SUPPORTIVE CARE COMBINED WITH PROGRESSIVE
MUSCLE RELAXATION PROGRAM ON ANXIETY
AMONG FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS
WITH ADVANCED CANCER

Miss Kanchana Mayurasuwan

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

Academic year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการ
ผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสปีทต่อความวิตกกังวลใน
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

โดย

นางสาวกาญจนา มยุระสุวรรณ

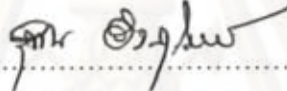
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

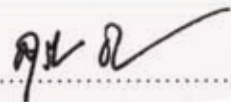
รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

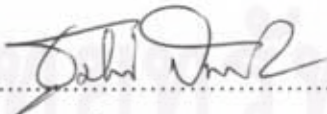
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิต)

ศูนย์วิจัยสุขภาพ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กาญจนา มยุระสุวรรณ : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. (THE EFFECT OF EDUCATIVE - SUPPORTIVE CARE COMBINED WITH PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION PROGRAM ON ANXIETY AMONG FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH ADVANCED CANCER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 135 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 40 ราย แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องของ ระดับคะแนนของความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ และระยะเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ นำไปหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .78 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟ

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2552.....

ลายมือชื่อนิสิต กนกมา 2404/

ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ศศ. อ.

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5077554536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : EDUCATIVE AND SUPPORTIVE CARE PROGRAM / PROGRESSIVE
MUSCLE RELAXATION / ANXIETY / FAMILY CAREGIVERS / /PATIENTS WITH
ADVANCED CANCER

KANCHANA MAYURASUWAN: THE EFFECT OF EDUCATIVE-SUPPORTIVE
CARE COMBINED WITH PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION PROGRAM
ON ANXIETY AMONG FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH
ADVANCED CANCER. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN
THANASILP, DNS, 135 pp.

The purposes of this quasi-experimental study were to examine the effect of using Educative-Supportive Care combined with Progressive Muscle Relaxation Program on anxiety among family caregivers of patients with advanced cancer. Forty family caregivers of patients with advanced cancer from inpatient of King Chulalongkorn Hospital were divided into the experimental group and the control group with 20 in each and were matched in terms of anxiety score and caring duration. The experimental group received the Educative and Supportive Care combined with Progressive Muscle Relaxation Program while the control group received routine nursing care. The instrument for collecting data was the State-Trait Anxiety Inventory from Y-1 and was tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of .78. Data were analyzed by using t-test.

Major results were as follows:

1. The post test anxiety of the experimental group was significantly lower than at the pre-test phase ($p < .05$).
2. The post test anxiety of the experimental group was significantly lower than that of the control group ($p < .05$).

Field of Study : Nursing Science

Student's Signature :

Academic Year : 2009

Advisor's Signature :

Kanchana Mayurasuwan
Sureeporn Thanasilp

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ แก่ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่าและเสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยตี๋ก่องวานิชชั้น 5, 6, 7 ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้การสนับสนุนและให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา พี่ๆ บุคคลอันเป็นที่รัก รวมทั้งเพื่อน ๆ ที่ผลักดันให้กำลังใจ และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมา จนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทุกท่าน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	8
ประโยชน์ที่ได้รับ	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
มะเร็งระยะลุกลาม	12
แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	18
แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	23
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟ.....	35
โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ โปรแกรมสรีฟ.....	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	46

บทที่	หน้า
3	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	47
เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย	50
การดำเนินการวิจัย	55
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
สรุปขั้นตอนการดำเนินการ.....	62
4	63
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
5	77
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	77
ผลการวิจัย	80
อภิปรายผลการวิจัย	81
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	85
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	86
รายการอ้างอิง.....	87
ภาคผนวก	100
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	101
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	103
ภาคผนวก ค จริยธรรมและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล.....	118
ภาคผนวก ง เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่าง.....	121
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	128
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	135

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อทำการจับคู่ให้คล้ายคลึงในเรื่องความวิตกกังวลเฉพาะและระยะเวลาในการดูแล.....	49
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและโดยรวม.....	64
3	แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติจำแนกรายข้อและโดยรวมของกลุ่มควบคุม.....	69
4	แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพจำแนกรายข้อและโดยรวม.....	71
5	การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพของกลุ่มทดลอง.....	73
6	การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม.....	74
7	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	75
8	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	76
9	แสดงค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของชีพจรก่อนและหลังการฝึกและคะแนนความรู้สึกลผ่อนคลาย.....	130
10	แสดงคะแนนแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของกลุ่มทดลอง.....	131
11	แสดงอัตราการเต้นของชีพจร ความดันโลหิต ก่อนและหลังการฝึกการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของผู้วิจัย.....	132
12	แสดงคะแนนความวิตกกังวลรายคู่และรายคนของกลุ่มตัวอย่าง.....	134

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรโลกที่คร่าชีวิตมนุษย์มากที่สุดโรคหนึ่ง นอกจากนี้ยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก เป็นสาเหตุการตายประมาณ 13% ของอัตราตายทั้งหมดซึ่งเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน และมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 9 ล้านคน ในทุก ๆ ปี องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี 2563 ทั่วโลก จะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมการเกิดโรคมะเร็ง (ฝ่ายแผนงานและสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) การรักษามะเร็งได้รับการพัฒนามาโดยตลอดจนในปัจจุบันพบว่ามีมะเร็งหลายชนิดที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ความเจริญทางเทคโนโลยีเกิดการค้นพบยาต้านมะเร็งชนิดใหม่ ๆ ขึ้นมากมายทำให้การรักษาแบบประคับประคองสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่อัตราการหายของโรคมะเร็งก็ยังไม่ดีพอ เนื่องจากข้อจำกัดหลาย ๆ อย่างของการรักษา ร่วมกับการได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้าในสาเหตุต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นตัวผู้ป่วยเอง การเดินทางเข้ามาตรวจรักษาตลอดจนปัญหาค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทำให้เป้าหมายในการรักษาที่ได้รับจึงเป็นเพียงการรักษาแบบประคับประคองมากกว่าการหายขาดของโรค (Magrath & Livak, 1993) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจึงกลายเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2539) ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ประกอบกับในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ได้จำกัดอยู่ในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว การเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ส่งผลให้ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ มีนโยบายของการเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงและรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลช่วงสั้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะได้รับการอยู่โรงพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น ทำให้แนวโน้มของผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องการการดูแลที่บ้านเพิ่มมากขึ้น (ยุพาพิณ ศิริโพธิ์งาม, 2539)

นอกจากนี้การดำเนินของโรคที่เพิ่มมากขึ้นก็ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามเดิม ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงผู้ป่วยต้องการการพึ่งพาจากญาติผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น (Bull, 1990; Sandra, 2004; Tang et al., 2007) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นจากเดิม นอกจากนี้กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยก็เป็นภาระงานที่ต้องใช้ความอดทนและพลังงานด้านร่างกายค่อนข้างสูง (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบางอย่างต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ต้องอาศัยเวลาและ ความอดทนที่ยาวนานสิ่งเหล่านี้มีส่วนทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลขึ้น (Crespo,

2005) สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลระยะสุดท้ายของ Yang et. al. (1992) ที่พบว่าผู้ดูแลจะประสบกับปัญหาการปรับตัวในด้านลบและวิถีชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล อ่อนล้า รู้สึกไม่แน่นอน เกิดความขัดแย้งในบทบาท และความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังพบว่าญาติผู้ดูแลร้อยละ 42-49 มีอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากความเครียด ความวิตกกังวล (ชนิตา มณีวรรณและคณะ, 2536; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539) และการศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ดูแลของ Clavarino และคณะ (2002) พบว่าผู้ดูแลจะมีระดับของความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วย โดยระดับความวิตกกังวลอยู่ที่ร้อยละ 39 ในขณะที่ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลร้อยละ 22 และ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา วิเสโส (2545) ที่พบว่าลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง คือ ความวิตกกังวลและกลัวการสูญเสียผู้ป่วย

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์และความรู้สึกขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่ประสบอยู่ในชีวิตประจำวัน มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันและพัฒนาการชีวิตหากความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยจะเป็นผลดี แต่ถ้าหากอยู่ในระดับสูงจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย (Harvard Health Publications, 2006) สปีลเบอร์เกอร์ (1976) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็นสองชนิด คือ ความวิตกกังวลแบบแฝง (trait-anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลที่ค่อนข้างจะคงที่ เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสภาวะการณ์ทั่วไปและจะเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-anxiety) ซึ่งคือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเกิดอันตรายมากระตุ้นและจะแสดงพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาทางสุขภาพส่วนใหญ่เกิดจากความวิตกกังวล เนื่องจากความวิตกกังวลจะก่อให้เกิดการตอบสนองต่อระบบของร่างกายในหลาย ๆ ด้านที่ส่งผลถึงภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยความวิตกกังวลส่งผลทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนองด้านชีวเคมี (Margo, 2009) โดยต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าจะหลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิกไปกระตุ้นต่อมหมวกไตซึ่งนอกให้หลั่งอะดรีโนคอร์ติโคยด์ทำให้มีการทำงานที่ผิดปกติทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้อตึงตัว มีการเปลี่ยนแปลงสมดุลของอิเล็กโตรไลต์ ทำให้เกิดความไม่สุขสบายในระบบทางเดินอาหาร (Harvard Women's Health Watch, 2008) และเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นจากระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและความดันโลหิตสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายใจ ตกใจง่าย หงุดหงิด โมโหง่าย ต้องการพึ่งพา ทุกข์ใจ สูญเสียและสิ้นหวัง (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544) นอกจากนี้ความวิตกกังวลที่มากเกินไปจะทำให้ความสามารถในการรับรู้ การตัดสินใจและการปรับตัวของบุคคลลดลง (Barlow, 2005) ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญที่ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับความรู้หรือ

ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ขาดการตัดสินใจและการปรับตัวที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (อรรถัย โสมนรินทร์, 2538) และเป็นส่วนสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในญาติผู้ดูแล (Fisher, 2001) เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้ดูแลก็ย่อมมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย (รวี เตื่อนดาว, 2547) จากการศึกษาของ Kara และคณะ (2006) พบว่าเมื่อเกิดความวิตกกังวลกับผู้ป่วยความวิตกกังวลนั้นจะส่งผ่านไปถึงผู้ป่วยด้วย

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านแล้วจะพบว่าส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537; Tang, Li & Liao, 2007) ญาติผู้ดูแลต้องการได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน จากการศึกษาของ Mclean et al. (1991) ที่ศึกษาความต้องการการรับบริการของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง พบว่านอกจากความต้องการข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับอาการแล้ว ยังต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนคำปรึกษาและข้อเสนอแนะเวลาเกิดปัญหาขึ้น การได้รับข้อมูลและความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยจะส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญกับสภาวะวิกฤตและเป็นการเตรียมความพร้อมให้ญาติผู้ดูแลสามารถควบคุมตนเองและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นการให้คำแนะนำที่มีตัวพยาบาลเป็นศูนย์กลางหรือเป็นความคิดเห็นของพยาบาลในการที่จะแนะนำเรื่องความรู้หรือกิจกรรมต่าง ๆ กับญาติผู้ดูแลโดยไม่ได้คำนึงถึงความต้องการของญาติผู้ดูแลว่าต้องการหรือไม่และจะให้คำแนะนำเมื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการในแต่ละเรื่องเท่านั้น นอกจากนี้ภาระงานที่มากการทำงานที่รีบเร่งเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม ทำให้พยาบาลขาดการปฏิสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล ขาดทักษะในการให้การพยาบาลกับครอบครัวของผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ ที่มีอยู่ได้เพราะตัวญาติผู้ดูแลอยู่ในสภาวะของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อส่งเสริมหรือพัฒนาความสามารถให้เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบหนึ่งที่สามารถจะช่วยเหลือญาติผู้ดูแลได้คือการให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลหรือการให้ความรู้ก็เป็นวิธีการหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลและเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้เอง การให้ข้อมูลเป็น 1 ใน 3 ของรูปแบบการพยาบาลเพื่อพัฒนาให้ญาติผู้ดูแลสามารถที่จะดูแลตนเองได้ และการให้ข้อมูลก็เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ (อุบล จ่วงพานิช, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของจรัลรัตน์ นวมะชิตติ (2547) ที่พบว่า การให้ข้อมูลให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงสุดและการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ให้ค่าขนาดอิทธิพลต่อ

ผลลัพธ์ด้านความผาสุกทางใจสูงที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา สัตย์ธรรม (2550) ที่พบว่า การให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ บุรณะปิยะวงศ์ (2544) ที่พบว่า การสนับสนุนการให้ข้อมูลสามารถลดความวิตกกังวล เพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจและเป็นการเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ แต่การที่ญาติผู้ดูแลจะสามารถรับข้อมูลที่พยาบาลให้ ได้ดีและเพียงพอกับความต้องการหรือไม่ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวลดังที่ได้กล่าวมาแล้ว การลดระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลลงให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรจะทำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี การนำเทคนิคการผ่อนคลายมาใช้ในการลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและบุคคลทั่วไป พบว่าผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายสามารถที่จะช่วยลดความวิตกกังวลลงได้นอกจากนี้เทคนิคการผ่อนคลายยังเป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้ อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน วิธีการผ่อนคลายมีอยู่หลากหลายวิธีแต่ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยสนใจ ที่นำวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ เนื่องจากการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโปรเกรสซีฟ สามารถเรียนรู้โดยตัวบุคคลเอง สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ไม่มีความ ยากลำบากในการนำมาใช้ ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ไม่เกิดผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อผู้ฝึก นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดความสงบทางอารมณ์ ทำให้มีสมาธิและมีความจำที่ดีขึ้น สามารถคลาย ความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (วัลลก ปิยะมโนธรรม, 2550) การผ่อนคลาย กล้ามเนื้อเป็นเทคนิคหรือวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถที่จะขจัดความรู้สึกทางจิตใจที่ แสดงออกมาตามกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เช่น อาการปวดเมื่อยศีรษะ ปวดเมื่อยต้นคอ หรือตึงเครียด ตามบริเวณใบหน้า บริเวณไหล่ เอวแขน เท้า ตลอดจนอาการนอนไม่หลับ ออกไปได้ (Sinatra, 2000; วัลลก ปิยะมโนธรรม, 2550) การตึงเครียดของร่างกายและจิตใจของญาติผู้ดูแลจะทำให้ กล้ามเนื้อทั่วร่างกายเกร็งตัว ถ้าญาติผู้ดูแลสามารถที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายได้ก็จะทำ ให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ เพราะเมื่อกกล้ามเนื้อตึงตัว มีความตึงเครียดมากขึ้น การ ช่วยให้ออกกำลังกายจะช่วยขจัดขบวนการป้อนกลับของสัญญาณไปยังประสาทส่วนกลางได้ จะช่วยลดความวิตกกังวลและทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้น เกิดการผ่อนคลาย สามารถปรับตัวและเผชิญ ปัญหาได้อย่างเหมาะสม จะเห็นได้ว่าความตึงตัวของกล้ามเนื้อและความเครียดวิตกกังวลมี ความสัมพันธ์กัน (วัลลก ปิยะมโนธรรม, 2550) และเนื่องจากการที่สมองและกล้ามเนื้อมีการ ทำงานที่เกี่ยวข้องกันทำให้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีผลในการบรรเทาความตึงเครียดวิตกกังวลลง ไปด้วย การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟเป็นเทคนิคที่ใช้วิธีการฝึกให้ญาติผู้ดูแล สามารถที่จะบังคับกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้อำนาจจิตใจได้ในเวลาใดก็ได้เมื่อต้องการ เป็นการควบคุม กล้ามเนื้อกลุ่มที่ง่ายที่สุดก่อน ต่อมาเรียนรู้ที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้ออีกกลุ่มต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การ

ผ่อนคลายทั่วร่างกาย ดังเช่นการศึกษาของ Summerfelt and Antony (2006) พบว่า วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นวิธีที่สามารถลดความวิตกกังวลได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา คชศิลา (2548) พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวภายหลังฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ผู้วิจัยสนใจและได้นำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative-Supportive Nursing System) ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลตามแนวคิดของโอเร็มมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีพมาใช้ในการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเนื่องจากโอเร็มได้เสนอแนะว่าระบบการพยาบาลนี้เหมาะสมกับบุคคลที่สามารถดูแลตนเองได้ แต่อาจขาดทักษะ ความรู้ที่จำเป็นและไม่สามารถที่จะพิจารณาตัดสินใจกระทำดูแลตนเองหรือบุคคลอื่นได้ ซึ่งการช่วยเหลือของการพยาบาลภายใต้ระบบดังกล่าวประกอบด้วย 5 วิธีคือ 1) การทำแทนหรือการทำให้ (acting for/doing for another) วิธีนี้เป็นวิธีที่พยาบาลใช้กันมาก แต่วิธีนี้ไม่สามารถช่วยเหลือบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากผลลัพธ์ที่คาดหวังต้องเกิดจากการกระทำภายในของบุคคล 2) การชี้แนะ (guiding and directing) เป็นการแนะนำแนวทางในการดูแลและจัดการกับอาการที่ได้พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและร่วมปรึกษาช่วยเหลือในการหาวิธีที่จะดูแลผู้ป่วย 3) การสนับสนุน (supporting another) โดยการสนับสนุนทางด้านจิตใจเป็นการให้กำลังใจ แสดงความเข้าใจกับภาวะการที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล 4) การสอน (teaching) เป็นวิธีการให้ข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง 5) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาของบุคคล (providing&maintaining an environment that supports personal development) เป็นการจัดหาสิ่งแวดล้อมหรือวิธีการในการที่จะปรับพฤติกรรมให้บรรลุผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ผู้วิจัยเชื่อว่ารูปแบบกิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพและสามารถที่จะปรับตัวให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีพ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีพกับ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลมะเร็งระยะลุกลามพบว่ามีค่าความสำคัญมากเนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในการให้การดูแลผู้ป่วย การเรียนรู้และการแก้ปัญหา (Reider, 1994) การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและการดูแลต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน เป็นภาระที่สำคัญมากสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เมื่อต้องประสบความเครียดในการดูแลเป็นเวลานาน ญาติผู้ดูแลจะเกิดความวิตกกังวลเกิดขึ้น ส่งผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในร่างกายของญาติผู้ดูแลซึ่งระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นนั้นก็ทำให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลลดลงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจาก ระดับความวิตกกังวลที่สูงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การรับรู้ ความสามารถในการตัดสินใจลดลงไม่มีสมาธิ เกิดการตัดสินใจที่ผิดพลาดได้ (Womble, 2005; Spear, 1996)

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้แนวทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็มมาประยุกต์ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟของจาโคบสัน (1929 cited in Seaward, 1999) ในการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลจากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของบุคคล เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; Orem, 2001) บุคคลมีโอกาที่จะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองได้ ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเอง หรือบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพาได้ อันเนื่องมาจากความสามารถของตนเองถูกกระทบโดยปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น ความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดจากการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม (2001) ได้แบ่งการจัดกระทำออกเป็น 3 ระบบคือ ระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วนและระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีวิธีการช่วยเหลือ 5 วิธี คือ การกระทำให้หรือการกระทำแทน การสอน การชี้แนะ การ

สนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ ซึ่งเป็นการพยาบาลที่เหมาะสมกับบุคคลที่สามารถดูแลตนเองได้ แต่อาจขาดทักษะ ความรู้ที่จำเป็น และไม่สามารถที่จะพิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองได้หรือบุคคลอื่นได้ มาใช้ในการลดความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อเพิ่มศักยภาพของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ เป็นวิธีการขจัดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นใน กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยความตึงเครียดนั้นเป็นผลที่มาจากจิตใจ โดยเฉพาะความ วิตกกังวลที่เกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อการถูกคุกคามเป็นการกระตุ้นระบบประสาท อัดโนเมติ ทำให้บุคคลมีการตื่นตัว ร่างกายมีการเตรียมพร้อมในการที่จะต่อสู้หรือถอยหนี มีการ เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตสูงขึ้น พร้อมกับมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ที่ ตอบสนองทางสรีระวิทยาต่อระดับความรู้สึกเครียดและวิตกกังวล (Kneisl, 1996; Seaward, 1999) การเรียนรู้และฝึกทักษะในการเกร็งกล้ามเนื้อแล้วผ่อนคลายจะช่วยสนับสนุนการควบคุม การทำงานของกล้ามเนื้อ เมื่อเกิดความวิตกกังวลจะมีการเกร็งของกล้ามเนื้อ ถ้าได้รับการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ กล้ามเนื้อก็จะผ่อนคลายออกมาเองช่วยลดอาการแสดงของ ภาวะวิตกกังวล (Seaward, 1999) เนื่องจากจิตกับกายเป็นสิ่งที่แยกออกจากกันไม่ได้ (วัลลภ ปิยะ มโนธรรม, 2550) และเมื่อญาติผู้ดูแลเกิดความผ่อนคลายความวิตกกังวลลดลงก็จะส่งผลให้ญาติ ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ข้อแนะนำ ต่าง ๆ และสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ โปรเกรสซีฟเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามขึ้นมา ซึ่ง โปรแกรมนี้เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการด้านข้อมูลและการสนับสนุน โดยเริ่มจากการ สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแลก่อน ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะเป็นการทำให้ญาติผู้ดูแลเกิด ความไว้วางใจและยินยอมที่จะรับการช่วยเหลือ

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลและสนับสนุน เป็นการให้ความรู้โดยใช้วิธีการช่วยเหลือตาม แนวคิดของโอเร็ม ให้ญาติผู้ดูแลได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟเพื่อผ่อนคลาย ความวิตกกังวลเนื่องจากความวิตกกังวลจะมีผลต่อการเรียนรู้ การรับรู้และความรู้สึกนึกคิด ของญาติผู้ดูแลหลังจากนั้น จึงจะให้ข้อมูลความรู้ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการที่พบได้ บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ขั้นตอนที่ 3 ดูแลตนเองและฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน โดยให้ญาติผู้ดูแลได้ฝึกการ ผ่อนคลายด้วยตัวเองที่บ้านและนำความรู้ที่ได้รับจากการสอนไปใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะ

ติดตามอุปสรรคและปัญหาของญาติผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการประเมินผลที่ได้รับจากศึกษาครั้งนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ น้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ความหวาดหวั่นกระวนกระวายใจ และขาดความเข้าใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะขณะที่ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดและกลัว (ความรุนแรงและช่วงระยะเวลาของการเกิดความวิตกกังวลจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะคุกคามที่ญาติผู้ดูแลนั้นรับรู้และการตีความว่าสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้นยังคงอยู่) มีการแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของชีพจร ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ปรากฏออกมาให้เห็นได้ เช่น การพูดเร็วขึ้น เสียงดังมากขึ้น ถอนหายใจบ่อย ๆ หายใจเร็ว เป็นต้น หน้ามืดวิงเวียน หน้าแดงหรือซีด เหงื่อออกมาก ระบบขับถ่ายและประจำเดือนผิดปกติ กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น มีอัสสัน เป็นต้น ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ (State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form

Y-1 (1983) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เขียมสุภาชิตและ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) โดยคะแนนรวมมากแสดงถึงความวิตกกังวลสูง

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลโดยการให้ข้อมูลแบบกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟของจาคอบสัน มาช่วยให้เกิดการผ่อนคลายก่อนการให้ข้อมูลตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (2001) ในโปรแกรมนี้อาจใช้เวลาในการดำเนินการทั้งหมด 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการการด้านข้อมูลและการสนับสนุน ผู้วิจัยพบกลุ่มสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ใ้วางใจพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแล โดยเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก เพื่อเป็นการระบายความเครียดและความวิตกกังวล ผู้วิจัยประเมินความต้องการความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟและขั้นตอนในการฝึก

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลและสนับสนุน ประกอบด้วยให้การช่วยเหลือ 4 วิธีคือ 1) การสอน โดยเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งระยะลุกลาม อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม 2) การชี้แนะ โดยการเสนอแนะวิธีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและร่วมกับญาติผู้ดูแลในการเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่ญาติผู้ดูแลดูแลอยู่ 3) การสนับสนุน โดยการสนับสนุนการช่วยเหลือญาติตามสถานการณ์และให้กำลังใจญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่คับข้องใจออกมา 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อเอื้อต่อการส่งเสริมความสามารถการดูแลตนเองหรือผู้อื่น โดยใช้การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟมาลดความวิตกกังวลก่อนที่จะใช้วิธีการช่วยเหลือด้านอื่น ซึ่งผู้วิจัยพบญาติผู้ดูแลเป็นรายกลุ่มในฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟ พร้อมทั้งสอนวิธีการตรวจนับชีพจรก่อนและหลังการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟเพื่อใช้ประเมินความรู้สึกผ่อนคลาย

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลตนเองและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ผู้วิจัย ให้เทปบันทึกเสียงการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้ญาติผู้ดูแลได้นำไปฝึกปฏิบัติที่บ้านวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์และญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามตามความรู้ที่ได้รับจากผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ สอบถามถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟ

และนำมา่วมกันกับญาติผู้ดูแลเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหานอกจากนี้ยังเป็นการกระตุ้นเตือนให้ญาติผู้ดูแลได้มีการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ หมายถึง วิธีการที่ใช้ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยการฝึกให้ญาติผู้ดูแลสามารถควบคุมกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้คลายตัวทีละส่วนโดยไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อ เริ่มจากกล้ามเนื้อบริเวณหน้าผากไปจนถึงเท้าทั้งสองข้างเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย โดยฝึกตามเทปบันทึกเสียงการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่วิดีผู้ดูแล ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ได้แก่ การให้ข้อมูลและคำแนะนำทั่ว ๆ ไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงเป็นการให้คำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ ที่ญาติผู้ดูแลต้องการ

ญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัว ที่เป็นบิดามารดา สามีภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องที่พักอาศัยในบ้านเดียวกับผู้ป่วย และเป็นผู้ให้การดูแลหลักโดยได้รับการยืนยันจากผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 หรือมีการกระจายของโรคไปยังระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การรักษาที่ได้รับมีเป้าหมายเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานอันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้น้อยหรือไม่ได้เลย จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ด้านญาติผู้ดูแล ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
2. ด้านระบบบริการพยาบาล นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมาสร้างระบบบริการพยาบาลและการดูแลเป็นการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. มะเร็งระยะลุกลาม

1.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

1.2 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2. แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2.1 ญาติผู้ดูแล

2.2 ผลกระทบของโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อญาติผู้ดูแล

2.3 บทบาทของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2.4 บทบาทของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนญาติผู้ดูแล

3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

3.2 ชนิดของความวิตกกังวล

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

3.4 การประเมินความวิตกกังวล

3.5 ระดับของความวิตกกังวลและผลของความวิตกกังวลในแต่ละระดับ

3.6 ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

3.7 บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะลุกลาม

4. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ

4.1 การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

4.2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ

5. โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. มะเร็งระยะลุกลาม

1.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่าง ๆ และผู้ป่วยมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำภายหลังจากการรักษาแล้วและไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ (ไพรัช เทพมงคล, 2528) การรักษาที่ได้จึงเป็นเพียงการรักษาเพื่อยืดระยะเวลาการอยู่รอดและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (พัชรี เจริญพร, 2549) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมักมีปัญหาคาไม่สบายหรือทุกข์ทรมานจากการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายผิดปกติและมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจเนื่องจากโรคและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ความผิดปกติทางร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ (ชนิตา มณีวรรณและคณะ, 2536; Pilsworth et.al., 1995 อ้างใน ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541)

1.1.1 อาการเจ็บปวด เป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมาก พบได้มากถึงสองในสามของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แหล่งที่เกิดการเจ็บปวดในผู้ป่วยเหล่านี้ ได้แก่ กระดูก อวัยวะภายใน เช่น ตับ กระเพาะอาหาร ลำไส้ และมดลูก เป็นต้น ระบบประสาทที่ถูกกดทับหรือถูกทำลายและเนื้อเยื่ออื่น ๆ เช่น การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ การบวมในที่ต่าง ๆ ซึ่งพบบ่อยเนื่องจากภาวะโปรตีนต่ำ การไหลเวียนในหลอดเลือดดำขัดข้อง หรือมีการอุดตันในระบบน้ำเหลือง เป็นต้น ความผิดปกติเหล่านี้ อาจเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งและการรักษา เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด เป็นต้น และอาจไม่ใช่ผลจากโรคมะเร็งโดยตรงก็ได้ เช่น ภาวะการติดเชื้อ การเสื่อมก่อนหรือหักของกระดูก เป็นต้น ความรุนแรงของอาการเจ็บปวดในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปซึ่งจะมีอิทธิพลจากปัจจัยด้านจิตสังคมร่วมด้วย

1.1.2 อาการคลื่นไส้ และอาเจียน พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้มากถึงหนึ่งในสามซึ่งอาจเกิดได้จากความผิดปกติในทางเดินอาหาร ในสมอง และสารเคมีในเลือด เช่น แคลเซียมและยูริคในเลือดสูง โซเดียมในเลือดต่ำ เป็นต้น จากการรักษา เช่น รังสีรักษา ยาเคมีบำบัดและยาอื่น ๆ รวมทั้งอาจเกิดจากความไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความกลัววิตกกังวล เห็นภาพหรือได้รับกลิ่นรบกวน เป็นต้น

1.1.3 การขับถ่ายผิดปกติ อาจเป็นได้ทั้งอาการท้องผูกและท้องเสีย รวมทั้งการกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ เป็นปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง โดยเฉพาะอาการท้องผูกซึ่งเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยเหล่านี้ได้ประมาณร้อยละ 50 และเป็นปัญหาที่รักษาได้ยากกว่าการบรรเทาอาการเจ็บปวด เกิดได้หลายประการทั้งจากความผิดปกติของโรค ภาวะแทรกซ้อนและการรักษา รวมทั้งจากพฤติกรรมสุขภาพ

1.1.4 การหายใจลำบาก พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทั่วไปประมาณร้อยละ

50 เป็นความผิดปกติที่ทำให้ผู้ป่วยตกใจและกลัวมากส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ หลายประการร่วมกัน ได้แก่ จากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง และภาวะแทรกซ้อน เช่น การคั่งของสารน้ำในช่องท้อง ช่องปอด และเยื่อหุ้มหัวใจอุดกั้นในหลอดเลือดดำใหญ่สุฟพีเรีย หรือการอุดกั้นในทางเดินหายใจ ภาวะโลหิตจางจากการรักษา เช่น การผ่าตัดปอด การได้รับยา Bleomycin หรือ Adriamycin เป็นต้น รวมทั้งจากความผิดปกติอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

1.1.5 การติดเชื้อ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามถึงร้อยละ 35.79 ผู้ป่วยเหล่านี้จะติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากแผลมะเร็งหรือ การอุดกั้นของก้อนมะเร็งที่อวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ จากการรักษา เช่น รังสีรักษาและเคมีบำบัด เป็นต้น รวมทั้งการติดเชื้อที่มีอยู่เดิม แล้วมีอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อร่างกายทรุดโทรมลง

1.1.6 อาการผอมแห้ง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งอาจเกิดจากการรับประทานอาหารและการดูดซึมอาหารได้น้อยลง และเซลล์มะเร็งมีการใช้กลูโคสมากขึ้นทำให้ตับต้องทำงานหนักขึ้น เพื่อช่วยเปลี่ยนกรดแลคติกเป็นกลูโคสและทำให้สมรรถภาพของตับเสียไป สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งได้แก่ อาการเบื่ออาหารและการรับรสอาหารเปลี่ยนแปลงโดยมีความทนต่อรสหวานได้มากขึ้นแต่ทนต่อรสขมได้น้อยลง จึงรู้สึกว่าการรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารพวกเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารน้อยลง

1.1.7 ภาวะชืด ซึ่งอาจเกิดจากการเสียเลือดจากแผลมะเร็งเรื้อรัง เม็ดเลือดแดงแตกง่ายและมีอายุสั้นและมีการสร้างน้อยลง หรือเป็นผลแทรกซ้อนจากการรักษา

1.1.8 ภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากการบกพร่องของปัจจัยต่าง ๆ ในการแข็งตัวของเลือด มีเกร็ดเลือดน้อย และอาจมีแผลร่วมด้วย การมีเลือดออกจะทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตกใจมากและพบว่าเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยมะเร็งประมาณร้อยละ 6 อาการอ่อนเพลีย พบได้มากถึงร้อยละ 82 ของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามซึ่งอาจมีสาเหตุจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงทางเม็ดเลือด เมตาบอลิซึม และชีวเคมีในร่างกาย การได้รับอาหารไม่เพียงพอ รวมทั้งการได้รับยาบางชนิด เช่น ยาต้านความซึมเศร้า เป็นต้น

1.1.9 การนอนไม่หลับ สับสน และเพ้อ ซึ่งอาจเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังสมอง มีความผิดปกติของระดับสารเคมีในเลือด ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เช่น ความเจ็บปวด ท้องผูก เป็นต้น ความกลัวหรือความวิตกกังวลหรืออาจเกิดจาก การใช้ยาบางชนิด

ส่วนปัญหาทางจิตสังคมของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นมะเร็งส่วนใหญ่มีอาการ ซึมเศร้า วิตกกังวล ก้าวร้าว ห่อหุ้ม หมัดกำลั้งใจ หงุดหงิด ใจน้อย ไม่สามารถยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายและต้องเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีความหวังว่าภาวะความเจ็บป่วยจะดีขึ้น

บ้าง แต่เมื่อโรคดำเนินไปจนสุขภาพทรุดโทรมมาก ต้องดำเนินชีวิตอยู่อย่างจำกัดมากขึ้นความหวังของผู้ป่วยเหล่านี้จะลดลง เกิดความรู้สึกสูญเสียและเสียใจ มีความรู้สึกท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าไม่สามารถทำอะไรได้ มีความโกรธ กังวล กลัวและซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ป่วยบางส่วนยังมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้มากในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามถึงร้อยละ 25 และมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าด้วย (Kemp, 1995) ซึ่งเพอร์รี่ (Perry, 1990) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านร้อยละ 48.8 ที่ความรู้สึกท้อแท้ (loneliness) ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ปัญหาที่พบบ่อยคืออาการซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาทางจิตใจที่พบบ่อยและเป็นสิ่งที่แสดงถึงการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็ง

จากปัญหาของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมที่เกิดขึ้นดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การดูแลที่บ้านส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับจากญาติหรือสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งจะมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมากขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต เนื่องจากนโยบายการบริการทางสาธารณสุขที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงข้อจำกัดในด้านการดูแลผู้ป่วยของสถานบริการทางสุขภาพ เช่น จำนวนเตียงในสถานบริการไม่เพียงพอ บุคลากรไม่เพียงพอ ค่าใช้จ่ายสูง ก็เป็นส่วนที่ผลักดันให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือตนเอง

1.2 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

การรักษาโรคมะเร็งระยะลุกลามเป็นการรักษาที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้ว การรักษาจึงเป็นเพียงการรักษาตามอาการเพื่อยืดระยะเวลาการอยู่รอดเท่านั้น

พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2534) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามไว้ว่าเป็นการรักษาเพื่อ

- 1) บรรเทาอาการทรมาณจากโรคมะเร็ง เช่น การฉายรังสีเพื่อบรรเทา อาการปวดจากโรคมะเร็งแพร่กระจายไปกระดูก อาการหอบจากภาวะ Superior vena cava obstruction
- 2) คงคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ เช่น ในกรณีการฉายรังสี Whole brain ในภาวะ Brain metastasis ทั้งนี้ถึงแม้ว่าโรคจะไม่หายขาดแล้ว แต่การรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสปลอดจากภาวะกรเป็นอัมพาตหรือลดความรุนแรงของภาวะอัมพาตลงจนอยู่ในขั้นที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ไม่เป็นภาระต่อตนเองและครอบครัวมากเกินไป
- 3) ชะลอการเติบโตของก้อนมะเร็ง (Growth retardation) ไม่ให้ก่อปัญหาที่ทรมาณต่อผู้ป่วยในช่วงที่ยังมีชีวิตอยู่ เช่น มะเร็งปอดระยะลุกลามจนไม่สามารถผ่าตัดได้ ถ้าไม่รักษาก้อนมะเร็งที่โตเร็วจะลุกลามอุดตัน ทำให้เกิดภาวะ Atelectasis การฉายรังสีจะเป็นการยืดระยะเวลาหรือป้องกันไม่ให้เกิดภาวะนี้ได้

4) Toilet purpose เป็นการรักษาเพื่อไม่ให้สภาพผู้ป่วยน่ารังเกียจ เช่น ภาวะการฉี่เป็นแผล มะเร็งลุกลาม เน่าเรื้อรัง และติดเชื้อใน Infected metastasis node การฉายรังสีจะทำให้ขนาดก้อนเล็กลง หยุดการเน่าเปื่อยและติดเชื้อทำให้สภาพผู้ป่วยดีขึ้น

สุพัตรา แสร์จิจิ (2545) ได้กล่าวถึงแนวทางการรักษาโรคมะเร็งเป็น 4 ด้านดังนี้

1) การผ่าตัดในรายที่โรคเป็นน้อยยังไม่มีกระจายไปที่อื่น อยู่ในตำแหน่งที่ทำผ่าตัดได้
2) การฉายรังสีในรายที่โรคเป็นมากขึ้น มีโรคกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงหรือมีโรคอยู่ในตำแหน่งที่ทำผ่าตัด

3) การให้ยารักษาและยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็งในรายที่เป็นเซลล์มะเร็งชนิดที่ไวต่อการรักษาด้วยยาหรือเป็นมะเร็งก้อนใหญ่มากและมีแนวโน้มว่าเซลล์มะเร็งกระจายได้สูง หรือตรวจพบแน่นอนแล้วว่ามีโรคกระจายไกลของเซลล์มะเร็ง

4) การใช้ชีวะบำบัดโดยกระตุ้นเซลล์ภูมิคุ้มกันต้านทานมะเร็งในร่างกายให้เพิ่มจำนวนมากขึ้น แข็งแรงสมบูรณ์ ทำหน้าที่ไม่บกพร่อง ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็ง (Cancer vaccine) ฉีดหน่วยพันธุกรรมต่อต้านการเจริญเติบโตและทำลายเซลล์มะเร็ง (Gene therapy)

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะเป็นการให้การดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมช่วยเหลือและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ อันจะนำไปสู่ภาวะปกติสุข เป็นการดูแลที่เป็นองค์รวมรอบคอบ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลจะต้องประเมินผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ การประเมินปัญหาและความต้องการ ตลอดจนทำการศึกษาผลปฏิบัติการต่าง ๆ แผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งต้องให้ข้อมูลญาติผู้ดูแลผู้ป่วย แล้วนำมาสรุปประเด็นปัญหา เพื่อหาแนวทางให้การพยาบาลในทุก ๆ ด้าน (ทิพารัตน์ จิระนนทนากกร, 2543) ดังนี้

1.3.1 การให้การพยาบาลตามกลุ่มอาการ ซึ่งได้แก่

1.3.1.1 ปัญหาเรื่องอาการปวด พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยที่ปวดจากโรคมะเร็ง ดังนี้

1.3.1.1.1 ประเมินอาการปวด โดยการใช้แบบฟอร์ม Pain Assessment Chart ในการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง ด้วยการทำการบันทึกสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้

- 1) ตำแหน่งที่ปวด โดยใช้ Body chart
- 2) ลักษณะของความปวด สาเหตุการปวด
- 3) ความรุนแรงของความปวด
- 4) ระยะเวลาที่เริ่มปวด
- 5) ช่วงระยะเวลาที่เกิดอาการปวด

6) ผลการบำบัดที่เคยได้รับมาก่อน

1.3.1.1.2 การให้ยาแก้ปวดตามที่แพทย์กำหนด ในการบริหารยาเพื่อ
บำบัดความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ยาที่ใช้มี 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) Non opioid analgesic
- 2) Weak opioid analgesic
- 3) Strong opioid analgesic

1.3.1.1.3 ให้ยาเพื่อจากช่วงเวลาปกติ (PRN) ในกรณีปวด

1.3.1.1.4 ติดตามดูแลสภาพทนต่อยา (Tolerance)

1.3.1.1.5 ติดตามดูแลผลข้างเคียง (Side effect) ที่อาจเกิดขึ้น

1.3.1.1.6 ค้นหาปัจจัยที่กระทบ ควบคุมความปวด

1.3.1.1.7 การให้คำแนะนำก่อนการบำบัดรักษาของแพทย์

1.3.1.1.8 การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

1.3.1.2 การให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร

1.3.1.2.1 ประเมินสภาพผู้ป่วยจากการสอบถามข้อมูล ฝ้าสังเกตอาการ
วิงจัญ แยกโรค ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

1.3.1.2.2 หาสาเหตุหรือปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ ประวัติโรคประจำตัว

1.3.1.2.3 ประเมินความรุนแรงของอาการพิจารณาผลกระทบที่เกิดจาก
การได้รับการรักษา

1.3.1.2.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์

1.3.1.2.5 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม

1.3.1.2.6 ทำการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกัน
วางแผนให้การดูแลผู้ป่วย

1.3.1.3 การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ

1.3.1.3.1 ประเมินสภาพผู้ป่วย

1.3.1.3.2 ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้

1.3.1.3.3 ด้านความรุนแรงของอาการ

1.3.1.3.4 ป้องกันสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาระบบทางเดินหายใจ

1.3.1.3.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา การรักษาตามแผนการรักษา

1.3.1.4 การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบปัสสาวะ

1.3.1.4.1 ประเมินอาการผู้ป่วย

1.3.1.4.2 ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้โดยเฉพาะการติดเชื้อ

1.3.1.4.3 ประเมินภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่

1.3.1.4.4 ให้ผู้ป่วยได้รับยาและปฏิบัติการต่าง ๆ ตามที่กำหนด

1.3.1.4.5 ประสานงานกับบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแล

1.3.1.5 ปัญหาอาการบริเวณผิวหนัง

1.3.1.5.1 ประเมินอาการผู้ป่วย

1.3.1.5.2 ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้

1.3.1.5.3 ป้องกันไม่ให้ผิวหนังแห้ง

1.3.1.5.4 ประเมินผลกระทบในด้านต่าง ๆ

1.3.1.6 ปัญหาอาการทางจิตใจ พยาบาลที่จะปฏิบัติหน้าที่ดูแลช่วยเหลือ ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยในระยะเวลากลาง จะต้องตระหนักอยู่ตลอดเวลาว่าการบริการทุกชนิดมีคุณค่าแก่ผู้ป่วยอย่างยิ่ง เพราะฉะนั้นพยาบาลจะต้องทบทวนและให้ความสำคัญกับพฤติกรรมบริการ (Caring behavior) ที่ต้องใช้ควบคู่กับทักษะอื่น ๆ ได้แก่

1.3.1.6.1 สนทนาได้ตอบข้อซักถามได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.1.6.2 การใช้มือสัมผัสที่สื่อถึงความห่วงใย ความเอาใจใส่

1.3.1.6.3 การฟังความคิดและบางอย่างที่แฝงมาในคำพูด

1.3.1.6.4 เข้าถึงความรู้สึก ไม่ปฏิเสธที่จะตอบคำถามผู้ป่วย

1.3.1.6.5 การยอมรับคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

1.3.1.6.6 ความรู้ความสามารถทางการพยาบาล

1.3.2. การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วย หมายถึง การที่พยาบาลมีการจัดหาวิธีการหรือดำเนินการต่าง ๆ มาช่วยให้ผู้ป่วย รู้สึกสบาย ผ่อนคลาย มีความสุข เพิ่มคุณภาพชีวิต เช่น การทำสมาธิ การนวด การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น

1.3.3. การประเมินสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย มีการเฝ้าระวัง คอยติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อหาแนวทางป้องกันและหาแนวทางแก้ไขปัญหา ลดความวิตกกังวล ความเครียดที่เกิดขึ้น

1.3.4. การฟื้นฟูสภาพร่างกาย หมายถึง การที่พยาบาลให้การดูแลมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้พร้อมที่จะรับกับภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สุขสบายที่จะเกิดจากการลุกลามของโรคหรือเกิดจากการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

1.3.5. การบรรเทาอาการ หมายถึง การที่พยาบาลมีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบายของผู้ป่วยและหาแนวทางการแก้ไขอาการนั้น ๆ เช่น การพลิกตะแคงตัวเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2. แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2.1 ญาติผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือผู้ที่ให้การช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (จอม สุวรรณโณ, 2541) ที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การมีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลนั้น ญาติผู้ดูแลต้องมีความบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลายประการ ได้แก่ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2538)

2.1.1. ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย ความบกพร่องทางความคิดสติปัญญา และการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือ ความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย

2.1.2. การจัดสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลจัดเตรียมต่าง ๆ เช่น การเตรียมอาหารเสื้อผ้า ของใช้ต่าง ๆ เป็นต้น

2.1.3. เป็นบุคคลกลางในการติดต่อกับบุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพ เพื่อรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงาน ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการรักษาตามแผนปัจจุบันและการรักษาแผนโบราณ

2.1.4. ตัดสินในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การแสวงหาแหล่งของการรักษา เลือกวิธีการรักษาและบุคคลที่จะขอความช่วยเหลือในการดูแลรักษาผู้ป่วย

2.1.5. รับภาระงานอื่น ๆ การเงิน งานบ้าน การจัดการทำนิติกรรมต่าง ๆ เป็นต้น

2.1.6. ญาติผู้ดูแลแต่ละคนอาจมีบทบาทในการทำกิจกรรมดังกล่าวแตกต่างกันไปตามสถานการณ์และความสามารถของแต่ละบุคคล ซึ่ง ลับกิน (Lubkin อ่างในสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ได้จำแนกผู้ให้การดูแลไว้ 2 กลุ่มตามลักษณะของกิจกรรมการดูแล ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแล (Care provider) และผู้จัดการดูแล (Care manager) ผู้ช่วยเหลือดูแล เป็นผู้ให้การช่วยเหลือทางด้านร่างกายและส่วนบุคคลตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งมักยึดติดกับแบบแผนการรักษาเป็นส่วนใหญ่ เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว ให้ยาตามเวลา เป็นต้น ส่วนผู้จัดการดูแลเป็นผู้จัดการหรือประสานงาน ให้ผู้ป่วยได้รับบริการและการสนับสนุนต่าง ๆ อย่างดีที่สุด และอาจช่วยตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วย เช่น พาผู้ป่วยไปซื้อของ ไปพักผ่อน เป็นต้น หากสมาชิกในครอบครัวมีผู้รับผิดชอบในการดูแลหลายคน ส่วนใหญ่ผู้หญิงจะเป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง และผู้ชายจะให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลในด้านต่าง ๆ ที่เป็นการจัดการ เช่น การติดต่อประสานงาน การจัดหาค่าใช้จ่าย การพาผู้ป่วยไปตรวจและรักษา เป็นต้น จะเห็นได้ว่า

ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบภาระกิจต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดต่างจากการดูแลโดยบุคลากรในทีมสุขภาพที่มุ่งเฉพาะกิจกรรมการรักษาพยาบาลเท่านั้น

2.2 ผลกระทบของโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อญาติผู้ดูแล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนอกจากจะมีผลต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังก่อให้เกิดผลต่อญาติผู้ดูแลทำให้ต้องมีการปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ต้องมีความอดทนในการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์และสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกหลากหลายแตกต่างกันไป เช่น บางรายเกิดความรู้สึกว่าเป็นการทำให้ชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น เป็นการทดแทนบุญคุณ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2549; Yang et al., 1992) แต่บางรายเกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ รายได้ลดลง (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2535) พบว่าผลด้านลบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยนั้นมาจากปัจจัยหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและกิจกรรมสัมพันธ์กับบทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบดังนี้ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537; สายพิณ เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2539; ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541)

2.2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เนื่องจากญาติผู้ดูแลบางคนทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไปจนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยขา ใหญ่ คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง ภาระการดูแลส่งผลกระทบต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแล และทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์กับเพื่อนและการทำกิจกรรมในชุมชนลดลง เนื่องจากไม่มีเวลา การมีกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ทำให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลจากการดูแลผู้ป่วย จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2536; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539; Jensen and Given, 1991) จะเห็นว่าผู้ดูแลมีปัญหาในการปรับตัวทางร่างกาย เช่น ไม่มีเวลาพักผ่อน รู้สึกเหนื่อยล้าและเบื่อหน่าย ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 66 ของญาติผู้ดูแล นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ พบได้ร้อยละ 53 และร้อยละ 42-49 มีอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดหลัง/เข่า ปวดท้อง ไข้หวัด อ่อนเพลีย เครียด วิตกกังวล รับประทานอาหารไม่ได้และใจสั้นนอกจากนี้ยังทำให้ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานหรือจัดการกับความเจ็บป่วยได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความคับข้องใจส่งผลทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจตามมา

2.2.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลและความเครียดเนื่องจากการต้องรับภาระเพิ่มขึ้นทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพการที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ การถูกคาดหวังในบทบาทของญาติผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสับสนไม่ทราบว่าควรทำอย่างไรดี เนื่องจากไม่สามารถ

ทำสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความต้องการและความวิตกกังวลที่เกิดจากความคลุมเครือในบทบาทอันเกิดจากการขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล และรับรู้ต่อความจำกัดของตนเองในการแสดงบทบาทของญาติผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ การศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลของ Clavarino และคณะ (2002) พบว่าญาติผู้ดูแลจะมีระดับของความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วย โดยระดับความวิตกกังวลอยู่ที่ร้อยละ 39 ในขณะที่ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลร้อยละ 22 ภาวะสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลจะทรุดลงเมื่อต้องประสบความเครียดในการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน (Collins et. al., 1994) จากหลายผลการวิจัยพบว่า คะแนนการทดสอบทางด้านจิตใจทั้งด้านความวิตกกังวล สภาพอารมณ์ และภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันสูง นั่นคือ เมื่อผู้ป่วยมีสภาพจิตอย่างไร ญาติผู้ดูแลมักมีสภาพจิตเช่นนั้นด้วย (Given et.al., 1993; Davis, Cowley and Ryland, 1996) และเมื่อมีการติดตามประเมินตามระยะต่าง ๆ ของการรักษา คือ ระยะติดตามการรักษา ระยะรักษา และระยะประคับประคอง พบว่าปัญหาทางจิตใจมากขึ้นเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ใกล้ความตายมากยิ่งขึ้น

2.2.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งระยะลุกลามนั้น ต้องใช้เวลานาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูงครอบครัวหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยก็ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) ไม่ว่าจะเป็นค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับการดูแลและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งญาติผู้ดูแลบางรายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยด้วย อีกทั้งการเจ็บป่วยยังทำให้รายได้ของครอบครัวลดลงอีกด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้การดูแลยังมีผลต่อรูปแบบการทำงาน มีญาติผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา ญาติผู้ดูแลบางรายเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว เช่น มีการผลักภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวหรือในรายที่ญาติผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาไม่มีเวลาให้กับครอบครัวได้ (ศิริพันธ์ สาสดี, 2546) ทำให้ขาดการเข้าสังคมพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นหรือทำให้การทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรรับผิดชอบต่อชีวิตตนเองลดลง

2.3 บทบาทของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มะเร็งถือเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องได้รับความช่วยเหลือดูแลเพื่อให้ได้รับการทดแทนความบกพร่องในการดูแลตนเองอย่างครบถ้วนตามความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การรักษาดูแลผู้ป่วยจึงเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากกว่าการที่จะรักษาให้หายขาด ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขึ้นได้อยู่ใกล้บุคคลอื่นเป็นที่รัก อบอุ่น หลุดพ้นจากความเครียดและความวิตกกังวล ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงมีบทบาทมากในการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการร่วมทั้ง การปฏิบัติกิจกรรม ต่าง ๆ แทนผู้ป่วยทั้งกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยตรงและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ด้านอื่น ๆ เช่น การรับภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ การให้กำลังใจกับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งจะเป็นผู้ป่วยที่ต้องการกำลังใจมากที่สุด การช่วยเหลือเรื่องการเดินทาง การทำงานบ้าน การจัดการกับ ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย การจัดหาผู้ที่จะมาช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อไม่สามารถอยู่ ดูแลผู้ป่วยได้ การวางแผนและการเตรียมกิจกรรมต่าง ๆ การทำงานเพื่อหารายได้ การช่วยเหลือ ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นในการรักษา การพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลในการสอบถามอาการ และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย (Carey et al., 1991) ซึ่งสามารถแบ่งการให้การช่วยเหลือของ ญาติผู้ดูแลสามารถสรุปได้ดังนี้ (Krach and Brooks, 1995; ยูพาพิณ ศิริโพธิ์งาม, 2539)

2.3.1 ด้านการรักษาพยาบาล ญาติผู้ดูแลต้องมีบทบาทในการคือ จัดการให้ได้รับการ ตรวจรักษาจากแพทย์ การจัดหาซื้อยาจากโรงพยาบาล ร้านขายยา หรือยากกลางบ้าน รวมทั้ง ช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับประทานยา การประสานงานในการติดต่อเจรจาหรือติดต่อกับบุคลากร หรือองค์กรทางสุขภาพเพื่อรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงาน ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่และการรักษาแผนโบราณตามความ เชื้อของผู้ป่วย

2.3.2 ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง การดูแลด้านร่างกายต่าง ๆ ได้แก่ ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล พยุงเข้าห้องน้ำ ดูแลปิดกวาดที่นอน เตรียมอาหาร เป็นต้น การแบ่งเบาภาระงานบ้าน

2.3.3 ด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การอยู่เป็นเพื่อนคุยหรือนอนเป็นเพื่อนอยู่ใกล้ ๆ การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและ หลีกเลี่ยงการกระทำที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รวมถึงการให้การช่วยเหลือเพื่อ ตอบสนองความเชื่อด้านจิตวิญญาณและพิธีกรรม เช่น ใช้หลักธรรมในการเยียวยา การเช่นไหว้ วิญญาณของบรรพบุรุษ เป็นต้น

2.3.4 การดูแลพิเศษอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่เกิดจากการรักษาหรือเกิดจากการดำเนิน ของโรคที่มากขึ้น เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การดูแลให้ออกซิเจน การดูแลขณะที่ ผู้ป่วยมีอาการปวด เป็นต้น

2.3.5 การให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ การช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้ในการ รักษาพยาบาลผู้ป่วย

จากการศึกษาของแคร์รี่และคณะ (Carey et al., 1991) พบว่าความต้องการการ ดูแลเรื่องการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจให้กับผู้ป่วยมะเร็งเป็นความต้องการการดูแลที่มาก

ที่สุดและยากลำบาก จากการศึกษาของ Iconomou และคณะ (2001) พบว่าญาติผู้ดูแลมีความตึงเครียดทางด้านจิตใจ โดยมีความวิตกกังวลร้อยละ 64.6 และความซึมเศร้าร้อยละ 63.1 และพบว่าญาติผู้ดูแลให้คะแนนผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการดำเนินชีวิตได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม เวลาพักผ่อน การเงิน ตารางเวลาในแต่ละวัน รวมทั้งผลต่อร่างกายและอารมณ์ในระดับที่สูง ให้คะแนนภาวะสุขภาพในระดับปานกลางและให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ จากที่กล่าวทั้งหมด จะเห็นว่าความรับผิดชอบของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องใช้ความอดทนและความพยายามอย่างมากในการที่จะสนองตอบความต้องการและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยให้ลุล่วงไปได้ด้วยดีซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมที่จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้นอกจากนี้ การกลัวการสูญเสียผู้ป่วยไปก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ญาติผู้ดูแลคิดตระหนกอยู่ตลอดเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

2.4 บทบาทของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนญาติผู้ดูแล พยาบาลมีบทบาทอย่างมากในการที่จะช่วยเหลือสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ความช่วยเหลือที่ญาติผู้ดูแลต้องการ ส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ไม่ใช่วัตถุสิ่งของแต่เป็นกำลังใจและแรงจูงใจ การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอ ความช่วยเหลือต่าง ๆ ในการแบ่งเบาภาระต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากเครื่องใช้จำเป็นในการดูแล (รุจา ภูโพนุลย์, 2535; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2545)

2.4.1 การให้แรงสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่สำคัญที่ผู้ให้การดูแลต้องการตลอดระยะเวลาที่ต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนั้นมักจะใช้เวลาในแต่ละวันยาวนาน ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่ออยู่ในภาวะเครียดและวิตกกังวล รวมทั้งเหนื่อยล้า นาน ๆ ก็จะทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนได้ง่าย วิธีการช่วยเหลือทางด้านจิตใจนั้นมีหลายวิธี เช่น การให้คำปรึกษา มีการกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกภายในและให้กำลังใจ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนเองกระทำ รวมทั้งการรับฟังความรู้สึกของผู้ดูแลอย่างเหมาะสม

2.4.2 การให้ข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้นจำเป็นต้องมีการตัดสินใจอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะและสภาวะของโรค พยาบาลควรให้ความช่วยเหลือในการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับสภาวะของโรค สาเหตุของอาการ วิธีการดูแลอย่างละเอียดและสิ่งที่สำคัญคือ เปิดโอกาสให้มีการซักถามในปัญหาที่ญาติผู้ดูแลข้องใจ การเปิดโอกาสและส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ให้คำปรึกษาและฝึกสอนทักษะต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ

2.4.3 การแบ่งเบาภาระงานในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลยนั้นมักจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาจนไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ของตนเองได้เลย การที่สมาชิกในครอบครัวช่วยกันหมุนเวียนกันเข้ามาดูแลผู้ป่วยหรือมาแบ่งเบาภาระเป็นครั้งคราว ก็จะมีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลประจำมีโอกาสได้พักผ่อนคลาย

ความรู้สึกตึงเครียด ความวิตกกังวลจากภาระหน้าที่ออกไปได้บ้าง ซึ่งพยาบาลก็มีส่วนช่วยในการให้คำแนะนำกับครอบครัว และช่วยเหลือในการที่จะจัดหาวิธีการที่จะนำมาใช้ในการลดความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลประจำ

จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทอย่างมากในการที่จะสนับสนุนและช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพยาบาลก็มีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลสามารถที่จะดูแลตนเองให้อยู่ในสภาวะปกติ สามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของญาติผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกายและจิตใจก็จะส่งผลไปถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะทางอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน เกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรกคลอดและต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต (ฉวีวรรณ สัตย์ธรรม, 2541) ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความเครียด เป็นสภาวะอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ (Pittman & Fowler, 1997; President and Fellows of Harvard College, 2008) ความวิตกกังวลเปรียบเสมือนสัญญาณเตือนภัยให้บุคคลทราบว่า มีความไม่สมดุลเกิดขึ้นในจิตใจ ทำให้บุคคลจะต้องรักษาสมดุลทางอารมณ์ไว้ (Womble, 2005) ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลและให้ความหมายไว้แตกต่างกันดังต่อไปนี้

Spielberger (1972) อธิบายว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคล มีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น คุกคาม หรือทำให้เกิดอันตราย

Peplau (1992 อ้างถึงใน สุชาดา รัชชกุลและชมพูช โสภาจารย์, 2544) ได้อธิบายไว้ว่า ความวิตกกังวลเป็นแหล่งพลังงานที่ไม่สามารถแยกออกจากบุคคลได้ตั้งเกิดจนกระทั่งตายและเป็นสิ่งจำเป็นในการเจริญเติบโตด้านชีววิทยาและอารมณ์ ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อการติดต่อสื่อสารกับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามต่อร่างกายและจิตใจทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย

Whitley (1992) สรุปว่าความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกของความเคลือบคลุมไม่แน่ใจ รู้สึกไม่สบายและหวาดกลัว ที่มาหรือสาเหตุของความวิตกกังวลไม่ทราบแน่ชัดหรือไม่สามารถระบุได้ มีการตอบสนองทางนามธรรมที่ไม่สามารถสังเกตได้แต่บุคคลที่ประสบอยู่สามารถอธิบายได้และมีการตอบสนองทางรูปธรรมที่สามารถสังเกตได้

Stuart and Laraia (2001) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจ เป็นความรู้สึกต่อสถานการณ์ บางอย่างที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวาดหวั่นต่อผลที่อาจเกิดขึ้น บางครั้งจะรู้สึกอึดอัด กระสับกระส่าย ตื่นกลัว หรือตระหนกตกใจในบางสิ่งที่ยังบอกไม่ได้ นอกจากนี้ก็จะมีความรู้สึกไม่แน่ใจ หรือไม่มั่นใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2549) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

จำลอง ดิษยวณิชและพริ้มเพรา ดิษยวณิช (2545) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัยอย่างหนึ่งของความไม่สบายใจและความหวาดหวั่นเกี่ยวกับการคุกคามต่อความภูมิใจแห่งตนและความผาสุก

ดังนั้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่เกิดจากภายในจิตใจของบุคคลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่เข้ามากระตุ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ที่มีต่อสิ่งที่เข้ามาคุกคามซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความไม่สบายใจ ความหวาดหวั่น และเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย

3.2 ชนิดของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งออกได้หลายประเภทแตกต่างกันไป โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Shives, 2005)

3.2.1 Trait-Anxiety or A-Trait ความวิตกกังวลที่เป็นประจำตัวของบุคคลหรือความวิตกกังวลแฝงคือลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้า โดยมีแนวโน้มที่จะรับรู้และประเมินหรือคาดคะเนสิ่งเร้าว่าน่าจะเกิดอันตรายหรือคุกคามตนเอง เป็นลักษณะเฉพาะประจำตัว มีการเปลี่ยนแปลงได้แต่ค่อนข้างช้าและมักเกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลและเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะเผชิญหรือความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (State anxiety or A-State)

3.2.2 State-anxiety or A-state or situational anxiety ความวิตกกังวลขณะเผชิญหรือความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะหรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือจะเกิดอันตรายต่อบุคคลและจะแสดงพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ในช่วงที่อยู่ในสถานการณ์นั้น ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดและกลัว ระบบประสาทอัตโนมัติจะถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ความรุนแรงและช่วงระยะเวลาของการเกิดความวิตกกังวลจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะคุกคามที่บุคคลนั้นรับรู้และการตีความว่าสถานการณ์ที่เป็นอยู่นั้นยังคงอยู่

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีหลายประการดังนี้

3.3.1 เพศ เป็นปัจจัยทางด้านร่างกายที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยจะพบว่าเพศหญิงจะมีอาการหงุดหงิดวิตกกังวลเมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลงมาก สำหรับเพศชายจะมีฮอร์โมนเอ็นโดเจนซึ่งมีผลทำให้เพศชายมีอาการวิตกกังวลต่ำกว่า (Kindler, et al., 2000)

3.3.2 อายุ บุคคลที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ต่างจากบุคคลที่มีอายุน้อยเพราะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตและปัญหาต่าง ๆ มากมายกว่าบุคคลที่อายุน้อย ทำให้มีความวิตกกังวลต่ำกว่า สามารถยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Kindler, et al. (2000) ที่พบว่า ผู้ที่มีอายุมากจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อาจเนื่องจากมีประสบการณ์ชีวิตมากกว่าทำให้สามารถเผชิญปัญหา มากกว่า

3.3.3 ระดับการศึกษา ญาติผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง มักจะตระหนักถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีการศึกษาต่ำ มีความสามารถในการใช้สติปัญญาและมีการเผชิญปัญหาได้ดีกว่า

3.3.4 ความวิตกกังวลแฝง หรือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่ค่อนข้างจะคงที่แสดงออกมาเป็นลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลจะเป็นตัวเริ่มหรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญคือบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงสูงเมื่อมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อันตรายหรือคุกคามต่อชีวิตมากระดับนั้น จะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น

3.3.5 ระยะเวลาในการดูแล จะทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นจากความคุ้นเคยกับสถานการณ์แบบแผนอาการของผู้ป่วยที่เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้สามารถเชื่อมโยงสถานการณ์และอาการจากเหตุการณ์เดิมได้ดีทำให้เกิดความวิตกกังวลจากการดูแลน้อยลง ปรับตัวได้ดีขึ้นจากประสบการณ์ที่ผ่านมา

3.3.6 ปัจจัยทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม จากการศึกษาของ นาฎยา เอื้องไพโรจน์ (2535) พบว่าถ้าผู้ป่วยมีความสำคัญในครอบครัว มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ก็ทำให้หน้าที่และบทบาทถูกรบกวน ครอบครัวเสียสมดุล ทำให้ญาติผู้ดูแลจะต้องมารับผิดชอบภาระต่าง ๆ แทนเป็นการเพิ่มบทบาทและหน้าที่เดิมที่มีอยู่ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังต้องมารับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัวและงานเดิมของผู้ป่วยที่รับผิดชอบอยู่ ก็ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้

3.3.7 การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหรือมีการเจ็บป่วยจะรู้สึกอบอุ่นเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว (Suchman, Botelho&Walker, 1998) ครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยได้มาก โดยเฉพาะด้านจิตใจ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแล แต่ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้จับคู่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในกลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดโดยใช้เกณฑ์ความใกล้เคียงกันของ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ

3.4 การประเมินความวิตกกังวล

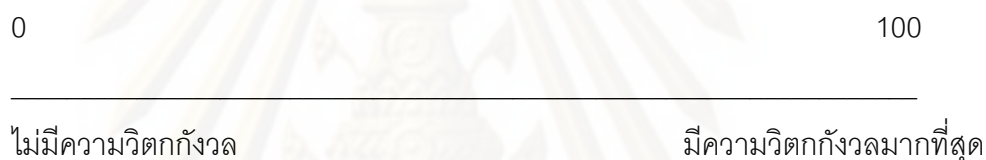
เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลจะมีการแสดงออกที่แตกต่างกันไป การประเมินมีหลายวิธี เช่น ประเมินได้จากการสังเกตพฤติกรรม การตอบสนองด้านสรีระ ของบุคคลที่แสดงออกเพื่อลดความวิตกกังวล และจากรายงานความรู้สึกที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคลที่ประสบความวิตกกังวล สามารถแบ่งการประเมินความวิตกกังวลไว้ 3 แนวทาง ดังนี้

3.4.1 การประเมินความวิตกกังวลจากสภาพทางสรีระ (Physiological measure of anxiety) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของชีพจร การตรวจคลื่นสมอง การขยายของม่านตา ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งการวัดความวิตกกังวลแบบนี้จะต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษการวัด เช่น เครื่องมือวัดความดันโลหิต (sphygmomanometer) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (electrocardiograph) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของชีพจร (mechanical pulse detective) เครื่องมือวัดคลื่นสมอง (electroencephalography) เครื่องมือวัดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (eletromyograph) เป็นต้น การวัดด้วยวิธีนี้ต้องอาศัยผู้ชำนาญทางการตรวจและการแปลผลการเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องมีความแม่นยำ ดังนั้นจึงมีความลำบากในการวัดความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้ เนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการแสดง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของแต่ละบุคคลยังมีแบบแผนที่แตกต่างกัน

3.4.2 การประเมินความวิตกกังวล โดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล (Behavioral measure of anxiety) เป็นการวัดการตอบสนองทางด้านจิตใจ ซึ่งแสดงออกถึงความแปรปรวนในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ความสอดคล้องกันระหว่างการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ความจำ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ หรือซับซ้อน เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายในใจ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้เช่น อาการกระสับกระส่าย ลูกลี้ลูกกลน มือสั่น ถอนหายใจ ร้องไห้ หงุดหงิด ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร พุดรัว เร็วขึ้น เป็นต้น

3.4.3 การประเมินความวิตกกังวลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลโดยให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งอาจเป็นการรายงานด้วยการตอบแบบสอบถาม การเขียน หรือรายงานด้วยวาจา เป็นการวัดความวิตกกังวล ที่เป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึก แล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล การประเมินความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้สามารถใช้ได้สะดวกและได้ผลดี ซึ่งมีดังต่อไปนี้ (Stuart and Sundeen, 1995; จำรัส หอมพรมมา, 2551)

3.4.3.1 Visual Analog Scale (VAS) หรือ Linear Analog Scale เป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ตำแหน่งปลายสุดทางซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวลและเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือ ตำแหน่งปลายสุดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึกมีความวิตกกังวลมากที่สุด



โดยผู้ประเมินจะกากบาทตรงตำแหน่ง บนเส้นที่แสดงถึงระดับความรู้สึกกังวลในขณะนั้น ซึ่งการแปลผลระดับความวิตกกังวลจะวัดจากปลายปิดทางซ้ายมือ เป็นเซนติเมตรถึงระดับที่ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายไว้

3.4.3.2 Taylor Manifest Anxiety Scale พัฒนาขึ้นในปี 1950 (Taylor, 1950 อ้างถึงใน พัฒนาการ ทองคำ, 2548) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ เลือกรวมจากแบบประเมินบุคลิกภาพ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMP) ให้คำตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม แบบวัดนี้เริ่มใช้ในในกลุ่มนักเรียนในวิทยาลัยและผู้ป่วยทางจิต แต่ต่อมานำมาใช้ในผู้ใหญ่ทั่วไป

3.4.3.3 Anxiety Status Inventory-Self-rating Anxiety Scale (ASI-SAS) พัฒนาโดยซุง (Zung, 1971 อ้างถึงใน พัฒนาการ ทองคำ, 2548) เป็นแบบวัดความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลานั้นและเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมา ตามความเป็นจริง ประกอบไปด้วย 2 แบบวัดคือ ASI และ SAS แบบนี้ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก แต่ก็มีที่นำมาใช้กับบุคคลที่ไม่มีอาการป่วยทางจิต

3.4.3.4 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) เป็นแบบวัดความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นเฉพาะและในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป โดยจะแยกประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

และความวิตกกังวลแฝง แต่ลักษณะของความวิตกกังวลประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกลงตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลย จนถึงมีมากที่สุด แบบวัดนี้ใช้ได้แพร่หลายในนักเรียนระดับมัธยมปลาย นักศึกษา ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ (Grimm, 1997) ค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับและยังไม่พบปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger, 1988 อ้างถึงในดารารวรรณ ต๊ะปีนตา, 2534) แบบวัดนี้ประกอบไปด้วยแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ

1) แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบสเตรท (State anxiety) คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ประกอบด้วยคำถามที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1,2,5,8,10,11,15,16,19 และ 20 และข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3,4,6,7,12,13,14,17 และ 18 การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ คือ ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก 1 คะแนน หมายถึง มากที่สุด และ 4 คะแนนหมายถึง ไม่มีเลย สำหรับข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ 4 คะแนนหมายถึง มากที่สุด และ 1 คะแนน หมายถึงไม่มีเลย คะแนนความวิตกกังวลค่าต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อย ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลมาก

2) แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait anxiety) คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกทั่วไปในบุคคลทุกสถานการณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 6, 7, 10, 13, 16 และ 19 และข้อคำถามทางลบ 13 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18 และ 20 การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ คือ ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก 1 คะแนน หมายถึง มากที่สุด และ 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย สำหรับข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ 4 คะแนน หมายถึง มากที่สุด และ 1 คะแนนหมายถึง ไม่มีเลย คะแนนความวิตกกังวลค่าต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อย ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลมาก สามารถแบ่งระดับของความวิตกกังวลจากค่าคะแนนรวมได้ดังนี้ (จุฬารัตน์ คำพานุฑย์, 2550)

คะแนน 20-40 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลต่ำ

คะแนน 41-60 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนน 61-70 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง

คะแนน 71-80 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลรุนแรง

ในการประเมินความวิตกกังวลนั้น สามารถใช้การประเมินวิธีใดวิธีหนึ่งก็ได้หรืออาจจะใช้หลายวิธีรวมกันก็ได้ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา แต่การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมิน

แบบ State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ของสปิลเบอร์กอร์มาใช้ในการประเมินความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เนื่องจากแบบประเมินนี้มีความตรงและเหมาะสมกับการใช้ในการประเมินญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งในประเทศไทยได้มีการนำแบบประเมินความวิตกกังวลนี้มาใช้ในญาติผู้ดูแลมากมายและพบว่าไม่เกิดปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบถาม

3.5 ระดับของความวิตกกังวลและผลของความวิตกกังวลในแต่ละระดับ

ส่วนใหญ่มีการแบ่งระดับของความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ และแต่ละระดับมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านความคิดและด้านสังคมและอารมณ์ที่แตกต่างกัน ดังนี้ (Chisholm, 1993; Womble, 2005)

3.5.1 ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) คือระดับของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของบุคคล ขณะที่บุคคลมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับนี้บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นคือจะมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกในระดับต่ำ ทำให้ความดันโลหิต ชีพจร และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นเล็กน้อย กล้ามเนื้อมีการตึงตัวในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร่างกายยังคงผ่อนคลาย การเปล่งเสียงปกติ มีการควบคุมเสียงที่ดี สุนามการรับรู้เปิดกว้าง มีความพร้อมในการให้ความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ตระหนักถึงสิ่งแวดล้อมภายนอก มีความคิดในด้านบวก ไม่ค่อยให้ความสนใจกับสิ่งที่คาดหวังไม่ได้ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดผลเสีย มีพฤติกรรมดั้งเดิมในรูปแบบที่เคยชิน และมีทักษะในการเรียนรู้ที่ดี มีความรู้สึกปลอดภัย มีความมั่นใจ มีความพึงพอใจในตนเองและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

3.5.2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลระดับปานกลางบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ คือการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นเพิ่มขึ้น ทำให้มีเหงื่อออก ม่านตาขยาย ความดันโลหิต ชีพจร และอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น และเส้นเลือดส่วนปลายของร่างกาย มีการหดตัวและกล้ามเนื้อมีการตึงตัวเพิ่มขึ้น พูดเร็วขึ้น และเสียงดังมากขึ้น มีการตื่นตัวมากขึ้น สุนามการรับรู้แคบลง ให้ความสนใจเฉพาะสิ่งเร้าภายในหรือภายนอกเท่านั้น ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลต่าง ๆ มีระดับการเรียนรู้ที่ดี มีความคิดในด้านบวกและลบผสมกัน ให้ความสนใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลอื่น หรือแหล่งสนับสนุนที่หาได้และจำเป็นในการจัดการกับปัญหา ซึ่งน่าจะเกิดผลลัพธ์ทางด้านบวกเพิ่มขึ้น มีทักษะในการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาเพิ่มขึ้น สามารถวิเคราะห์ปัญหาของสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสติปัญญาและความสามารถของตนเอง มีความรู้สึกท้าทายที่จะจัดการกับปัญหา มีความรู้สึกมั่นใจและกลัวปนกัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และรู้สึกว่าขีดความสามารถของตนเองอาจไม่เพียงพอ

3.5.3 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นมีการตอบสนองของปฏิกิริยา “สู้หรือถอย” มีการกระตุ้นการทำงานอะดรีนอลเมดุลลา ทำให้มีการหลั่งแคทอิโคลามีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น การไหลเวียนของกระแสโลหิตไปยังระบบย่อยอาหารลดลง การไหลเวียนของกระแสโลหิตไปยังระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อส่วนปลายมีการตึงตัว มีอาการหายใจเร็วเหนื่อยหอบ มีอาการแสดงต่าง ๆ ทางด้านร่างกายเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมก้าวร้าว เดินเร็วขึ้น มือสั่น ไม่อยู่เฉย ตัวสั่น ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ เหงื่อออกตัวเย็น พูดเร็วขึ้น และเสียงดังมากขึ้น การแสดงออกทางสีหน้า ไม่สบตา มีการเคลื่อนไหวลูกตาอย่างรวดเร็ว สวมการรับรู้ถูกจำกัดให้แคบลงอีก ให้ความสนใจเฉพาะสิ่งที่มากระตุ้นเท่านั้น หรือบางครั้งอาจจะมีจุดสนใจหลายจุด มีการเปลี่ยนแปลงของความสนใจต่อสิ่งกระตุ้นอย่างไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ รู้สึกว่าปัญหานั้นมีความยากมาก ไม่คำนึงถึงสิ่งกระตุ้นบางอย่างที่คุกคามอยู่ หรืออาจมีแต่น้อยมาก หรืออาจใช้การปฏิเสธ และไม่สามารถบอกวัน เวลา สถานที่ที่มีความหวาดกลัวต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น หรือมีความคาดหวังกับผลลัพธ์ที่สูงเกินไป มีการประเมินความสามารถของตนเองต่ำอาจมีพฤติกรรมถอยหนีเกิดขึ้น โดยการแยกตัว ปฏิเสธ ซึมเศร้า มีอาการแสดงของการเจ็บป่วยทางกาย มีความรู้สึกที่ถูกคุกคามมากขึ้น ชอบแยกตัว ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นรูปแบบของการปฏิเสธ

3.5.4 ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะมี ความรุนแรงมากที่สุด มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ อย่างมาก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นคือ ร่างกายจะถูกกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง การทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความยุ่งยาก ไม่มีทิศทาง ไม่สามารถทำงานง่ายได้สำเร็จได้ มีความซุ่มซำม แสดงความก้าวร้าว อาจมีการทำร้ายร่างกาย พยายามแยกตัวออกจากเหตุการณ์ การทำงานของสารสื่อประสาทในระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic neurotransmitter) หมดลึกลง ความดันโลหิตต่ำลง รู้สึกเวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลมหมดแรง หน้าซีด อิดโรย มีการแสดงออกทางสีหน้า คือ มีหน้าตาตกตะลึง หน้าบึ้ง เลิกคิ้ว อ้าปากค้าง ลูกตาไม่มีการเคลื่อนไหว มีระดับเสียงที่ดังขึ้น อาจมีการพูดแบบน้ำท่วมทุ่ง พูดตะกุกตะกัก หรือพูดซ้ำมาก พูดด้วยอาการหอบ การรับรู้ถูกจำกัดอย่างมากทำให้ไม่สามารถรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นภายนอก ความคิดไม่มีจุดมุ่งหมาย บิดเบือน ไม่ต่อเนื่อง ขาดการคิดอย่างมีเหตุผล ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ มีขีดจำกัดในการอดทนต่อสิ่งกระตุ้น (การพูด การฟัง หรือการมองเห็น) มีความคิดหมกหมุ่นอยู่กับผลลัพธ์ทางด้านลบที่อาจจะเกิดขึ้น และรู้สึกว่าไม่อาจจะหลีกเลี่ยงได้ มีการปลดปล่อยอารมณ์อย่างเต็มที่ ไร้ใจง่าย มีพฤติกรรมการแก้ปัญหาอย่างง่าย ๆ เช่น ร้องให้ ตะโกน งอตัว อยู่นิ่ง ๆ ทำตัวแข็ง มีความรู้สึกหมดพลังอำนาจ หมดหนทาง รู้สึกเจ็บปวดทรมาน

และรู้สึกหมดหวัง มีความรู้สึกกลัว ไม่สามารถปกป้องตัวเองได้ ซึ่งอาจจะย้อนกลับไปสู่ความรู้สึกโกรธ และเดือดดาล

3.6 ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ในการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลมะเร็งระยะลุกลามพบว่ามีความสำคัญมากเนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในการให้การดูแลผู้ป่วย การเรียนรู้และการแก้ปัญหา (Reider, 1994) การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งไม่เพียงแต่จะส่งผลต่อผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและการดูแลต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน เป็นภาวะที่สำคัญมากสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จากการศึกษาวิเคราะห์ของ คาสซิเลทและคณะ (1985 อ้างในสมนึก สกฤษสิโรตม์, 2540) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ด้วยการประเมินด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจำนวน 201 คู่ โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎี "Wear and Tear" ที่ว่าภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลจะทรุดลง เมื่อต้องประสบความเครียดในการดูแลเป็นเวลานาน เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ก็จะส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในร่างกายของญาติผู้ดูแลซึ่งจะมากขึ้นเรื่อยๆ ใกล้เคียงกับระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถสรุปได้ออกเป็น 4 ด้านคือ (Wilson&Kneisl, 1996)

3.6.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะประกอบไปด้วยการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและสรีรวิทยาเป็นผลจากการหลั่งของฮอริโมนอิพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน(norepinephrine) จากต่อมหมวกไตส่วนอินโดเมดัลลา(adrenal medulla) และฮอริโมนคอร์ติโซน (cortisone) จากต่อมหมวกไตส่วนอะดรีนัลคอร์เทค ทำให้เพิ่มการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น ปวดกล้ามเนื้อ ทำให้มีการดูดซึมและการขับโซเดียมและโปรตีนมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมดุลอิเล็กโตรไลต์ มีการสลายไกลโคเจนในตับ ทำให้พบขบวนการเผาผลาญในร่างกายสูงกว่าระดับปกติ ปัสสาวะบ่อย ประจำเดือนผิดปกติ ความสามารถทางเพศลดลง เป็นต้น

3.6.2 การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ พบว่าบุคคลจะมีอารมณ์ตึงเครียด อึดอัด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายตกใจง่าย หงุดหงิด กลัว กังวล กระวนกระวาย ท้อแท้ ลึกลับ รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีผู้ช่วยเหลือและขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

3.6.3 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล พฤติกรรมที่แสดงออกจะมีหลายรูปแบบ เช่น สีหน้าแสดงความวิตกกังวล ไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น ทุบสิ่งของ เสียงดัง แยกตัวหรือถอยหนีจากเหตุการณ์ เก็บกดความรู้สึกภายในกลายเป็นซึมเศร้า มีพฤติกรรมถดถอย เป็นต้น

3.6.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด สติปัญญา การรับรู้ บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะมีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ความคิดหมกมุ่น ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย ไม่แน่ใจ ความจำลดลง สูญเสียการตั้งใจ การตัดสินใจผิดพลาด การรับรู้โดยประสาททั้งห้าลดลง เป็นต้น และความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้นระดับการรับรู้จะลดลงเรื่อย ๆ

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลนั้น ทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ มากมายต่อตัวญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ถ้าญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อความวิตกกังวลเหล่านั้นได้ก็จะส่งผลให้สามารถที่จะลดความวิตกกังวลได้ ในระดับความวิตกกังวลระดับต่ำที่เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน บุคคลสามารถที่จะปรับตัวได้ค่อนข้างดีแต่ถ้าเป็นความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงระดับสูงบุคคลก็จะต้องใช้พลังงานจำนวนมากในการเผชิญความวิตกกังวลนั้น ๆ และอาจจะต้องพึ่งพาผู้อื่นในการที่จะช่วยลดความวิตกกังวลที่สูงนั้น การลดความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่สามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุขนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมาก

3.7 บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผลของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง มักจะมีผลกระทบต่อครอบครัวเสมอโดยเฉพาะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่จะต้องมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นและผลของการเกิดความวิตกกังวลจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย พยาบาลจึงจำเป็นที่จะช่วยญาติผู้ดูแลในการลดและการจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ซึ่งการลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นให้อยู่ในระดับปกติสามารถกระทำได้ตามระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล ดังนี้

3.7.1 การช่วยลดความวิตกกังวลระดับสูงและรุนแรง (Decreasing severe and panic anxiety) พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและรุนแรงได้โดย

3.7.1.1 การตระหนักถึงความรู้สึกของพยาบาล (Self awareness) การดูแลญาติผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง ๆ อาจทำให้พยาบาลเกิดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพ และช่วยเหลือญาติผู้ดูแล เพราะความวิตกกังวลในตัวพยาบาลทำให้พยาบาลไม่สามารถแยกแยะได้ว่าความวิตกกังวลของญาติอยู่ในระดับใด และจะถ่ายทอดความวิตกกังวลไปสู่ญาติผู้ดูแล เป็นการเพิ่มปัญหาให้ญาติผู้ดูแลมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจะต้องตื่นตัวต่อความวิตกกังวลในตัวเองยอมรับและหาสาเหตุ ตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลด้วยท่าทีที่สงบ

3.7.1.2 สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ (Establishing a trusting relationship) การลดความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลนั้น พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพที่เปิดเผยไว้วางใจ พยาบาลจะต้องตั้งใจฟังญาติผู้ดูแลอย่างตรงไปตรงมา ยอมรับญาติผู้ดูแลอย่างไม่มีเงื่อนไข การติดต่อสื่อสารกับญาติผู้ดูแลทั้งที่เป็นคำพูดและไม่ใช้คำพูดต้องคำนึงถึงความรู้สึกของญาติผู้ดูแล เคารพในระยะเวลาห่างระหว่างบุคคลของญาติผู้ดูแล

3.7.1.3 ปกป้องญาติผู้ดูแล (Protecting the patient) ให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง ให้อิสระญาติผู้ดูแลในการจัดการกับความวิตกกังวลตามความสามารถ ไม่บังคับ ไม่ตำหนิการใช้กลไกการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ในญาติผู้ดูแลที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ หรือกลัว พยาบาลจะต้องไม่บังคับให้หยุดพฤติกรรมหรือบังคับให้เผชิญกับสิ่งที่กลัว ไม่อ้างเหตุผลเพื่อหยุดยั้งพฤติกรรมของญาติผู้ดูแล ไม่ให้ความสนใจอาการย้ำคิดย้ำทำ หรืออาการทางกายของญาติผู้ดูแลมากเกินไป เพราะยิ่งส่งเสริม อาการเหล่านั้นเพิ่มขึ้น พยาบาลจะให้เวลาญาติผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจมีการจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมบางอย่าง และพยายามช่วยญาติผู้ดูแลในการหาสิ่งที่พึงพอใจของชีวิตด้านอื่น

3.7.1.4 ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม (Modifying the environment) พยายามลดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลกับญาติผู้ดูแล จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้น เพิ่มความสบายทางร่างกาย เป็นต้น

3.7.1.5 ส่งเสริมการทำกิจกรรม (encouraging activity) พยาบาลควรช่วยให้ญาติผู้ดูแลสนใจในการทำกิจกรรมเพื่อให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาสำหรับการใช้กลไกการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ลดความตึงเครียด เพิ่มความสนใจและเพลิดเพลินกับด้านอื่น ๆ ของชีวิต กิจกรรมที่จัดให้ญาติผู้ดูแล เช่นการเล่นเกมส์ต่าง ๆ ทำงานศิลปะ การออกกำลังกาย และให้กำลังใจ

3.7.1.6 ช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้รับการตอบสนองของความต้องการด้านร่างกาย (Provide physical needs) เช่น การพักผ่อน การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล

3.7.2 การช่วยลดความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Decreasing moderate anxiety) ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง แม้ว่าของเขตการรับรู้จะแคบลง แต่ความเข้าใจในเหตุการณ์และความสนใจในปัญหายังมีอยู่ การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในภาวะนี้มีจุดมุ่งหมายให้ญาติผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาปรับตัว เรียนรู้วิธีการควบคุมความวิตกกังวล การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลปานกลางสามารถทำได้ดังนี้

3.7.2.1 ช่วยให้ญาติผู้ดูแลรู้ว่ามีวิตกกังวล (Recognition of anxiety) โดยการช่วยให้ญาติผู้ดูแลสำรวจความรู้สึกของตนเอง พยาบาลอาจเชื่อมโยงพฤติกรรม

หรืออาการของญาติผู้ดูแลกับความรู้สึกวิตกกังวลให้ญาติผู้ดูแลทราบ จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลทราบ ตระหนักรู้และพูดเกี่ยวกับความรู้สึกของตน

3.7.2.2 ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจความวิตกกังวล (Insight into the anxiety) พยาบาลและญาติผู้ดูแลร่วมกันหาสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล วิเคราะห์ สาเหตุของความขัดแย้งในใจ สรรวจวิธีการลดความวิตกกังวลในอดีตและวิธีใดที่ใช้ได้ดีให้นำ วิธีนั้นมาใช้

3.7.2.3 ช่วยในการปรับตัว (Coping with the threat) ถ้าการปรับตัวใน ครั้งก่อน ๆ มีความเหมาะสมพยาบาลควรส่งเสริมการปรับตัวนั้น ถ้าไม่เหมาะสมพยาบาลต้อง แสดงให้เห็นถึงผลเสีย และช่วยญาติผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการใหม่ในการปรับตัว ญาติผู้ดูแลรับรู้สิ่ง คุกคามถูกต้องตามความเป็นจริงหรือไม่ ให้ญาติผู้ดูแลเล่าความวิตกกังวลให้สมาชิกครอบครัว เพื่อน จะเป็นการช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ที่ถูกต้องขึ้น

3.7.2.4 ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายความวิตกกังวล (Provide physical needs) เช่น การนำการพยาบาลแบบผสมผสานมาใช้

3.7.2.5 การให้ความรู้ (Education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคมและสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับและ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการ ดูแล เพิ่มความรู้สึกของความพึงพอใจและเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ

การลดความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล ดังที่ได้ กล่าวมาแล้วแต่ถ้ามีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูงก็จะเกิดผลเสียต่อญาติผู้ดูแลเพราะ เมื่อร่างกายเกิดความวิตกกังวลที่มากเกินไป ร่างกายจะมีการตอบสนองและแสดงอาการไม่สุข สบายต่าง ๆ ออกมา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแลและจะ ส่งผลต่อผู้ป่วยได้เนื่องจากความวิตกกังวลสามารถที่จะส่งผ่านจากญาติผู้ดูแลไปยังผู้ป่วย (Kara et al., 2006) ดังนั้นญาติผู้ดูแลควรได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลในการลดความวิตกกังวลที่ เกิดขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้มาประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบ สนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ร่วมกับการใช้แนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ มาใช้ในการลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแล เนื่องจากแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม เชื่อว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ซึ่งในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับ ความสามารถในการปฏิบัติที่เรียกว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือ มีความสามารถในการ เรียนรู้ การคิด การตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายซึ่งต้องอาศัย

ความสนใจ รู้สึกแสวงหาความรู้และนำความรู้มาใช้ เป็นการกระทำอย่างจริงจังที่สามารถเรียนรู้ได้ จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมเพื่อ ดำรงรักษาชีวิตสุขภาพและความผาสุกในชีวิต การดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งเสริมให้มีโครงสร้าง การทำหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ก็เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่จะช่วยเหลือบุคคลในการพัฒนาความสามารถนั้นให้เกิดขึ้นได้

การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ พบว่าสามารถที่จะช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ เนื่องจากเทคนิคนี้มีแนวคิดพื้นฐานที่ว่า ความวิตกกังวลและการผ่อนคลายไม่สามารถที่จะเข้ากันได้ นั่นคือ ความวิตกกังวลไม่สามารถจะคงอยู่ได้ ถ้าหากกล้ามเนื้อนั้นมีการผ่อนคลายจริง ๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นการขจัดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่เป็นผลมาจากความตึงเครียดทางจิตใจ เป็นการส่งเสริมให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายเพื่อเรียกสติกลับคืนมา ทำให้จิตใจสงบส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง เช่นจากการศึกษาของ นิตยา ศษศิลา (2548) พบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการหลังได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่าก่อนได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

4. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวความคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ของโอเรียม (Orem, 2001) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ เพื่อลดความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยได้พัฒนาเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟเพื่อลดความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

จากแนวความคิดทฤษฎีของโอเรียมเชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก การดูแลตนเองเป็นการทำหน้าที่ในการควบคุม ซึ่งบุคคลต้องกระทำด้วยความตั้งใจเพื่อตนเองหรือเพื่อผู้ที่พึ่งพาตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะจัดหาหรือคงไว้ซึ่งสิ่งต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการให้อยู่ในขอบเขตปกติและเพื่อความแข็งแกร่งทั้งด้านการทำหน้าที่และพัฒนาการ การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ผ่านสัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคคล

ซึ่งในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการปฏิบัติที่เรียกว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือ มีความสามารถในการเรียนรู้ การ

คิด การตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายซึ่งต้องอาศัยความสนใจ ความรู้สึกแสวงหา ความรู้และนำความรู้มาใช้ เป็นการกระทำอย่างจงใจที่สามารถเรียนรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมเพื่อ ดำรงรักษาชีวิตสุขภาพและความผาสุกในชีวิต การดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งเสริมให้มีโครงสร้าง การทำหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคล ดำเนินไปถึงขีดสูงสุด (Orem, 1995 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) โอเร็มได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 2 ระยะ คือ การพิจารณาการตัดสินใจและระยะดำเนินการกระทำและผลของการกระทำ แต่บุคคลมีโอกาสดเกิดความพร่องในการดูแลตนเองทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลอื่นได้ ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อส่งเสริมหรือพัฒนาความสามารถในการดูแลให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการความช่วยเหลือและการดูแลตนเอง โอเร็มได้กล่าวว่า ภาวะความเจ็บป่วยมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในภาวะเช่นนี้จำเป็นต้องอาศัยระบบการพยาบาลเพื่อช่วยในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความพร่องความสามารถในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นได้เพราะการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของบุคคล

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) เป็นการบอกถึงความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลที่จะได้รับการตอบสนองจากพยาบาล ตัวบุคคลเองหรือทั้งพยาบาลและตัวบุคคลเองได้อย่างไร โอเร็มได้กล่าวว่าสิ่งที่พยาบาลต้องมีเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลนั้นคือความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลในการพัฒนาความสามารถนั้นจะต้องใช้ระบบการพยาบาลโอเร็ม ได้แบ่งชนิดของระบบการพยาบาลตามระบบการดูแล โดยอาศัยเกณฑ์ของความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ แบ่งออกเป็น 3 ระบบคือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด ใช้เมื่อบุคคลไม่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ พยาบาลจึงต้องเป็นผู้กระทำแทนทั้งหมดในการปฏิบัติการการดูแลตนเองและช่วยประคับประคองผู้ป่วยด้วย 2) ระบบทดแทนบางส่วน ระบบนี้ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมกันรับผิดชอบในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมด การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย และ 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบที่ผู้ป่วยมีบทบาทมากในการเรียนรู้ที่จะพิจารณาตัดสินใจความต้องการการดูแลด้วยตนเอง กระทำการดูแลตนเอง ประเมินผลและปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยพยาบาลช่วยเหลือโดยการสอน กระตุ้น ให้กำลังใจให้คงความพยายามในการดูแลตนเอง (Orem, 1995)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เนื่องจากการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นระบบการพยาบาลที่โอเร็ม (1995)

เสนอแนะว่าเหมาะสมสำหรับบุคคลที่มีความสามารถดูแลตนเองได้ แต่อาจขาดความรู้ ทักษะที่จำเป็น และไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองหรือผู้พึ่งพาได้ เป็นระบบที่ช่วยให้บุคคลกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเอง โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและพอเพียง วิธีการช่วยเหลือของพยาบาลมีหลายวิธีซึ่งโอเร็ม (2001) กล่าวว่ามียังน้อย 5 วิธี คือ (Orem, 2001; วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550)

4.1.1. การสอน (teaching) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในกรณีที่บุคคลจำเป็นต้องพัฒนาความรู้หรือทักษะเฉพาะ ที่มีความสำคัญมากในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง การให้ความรู้เป็นประสบการณ์อย่างหนึ่ง ที่มีผลต่อแบบแผนความรู้ความเข้าใจ การให้ข้อมูลที่อธิบายถึงขั้นตอน วิธีการ ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก คำแนะนำที่ควรปฏิบัติและคำแนะนำในการเผชิญปัญหา มีผลช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การสอนนั้นจะต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเอง แต่บางครั้งทัศนคติและความเชื่ออาจจะไม่ตรงกับพยาบาล พยาบาลจะต้องระลึกไว้เสมอว่าบุคคลจะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

4.1.2. การชี้แนะ (guiding and directing) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่ผู้ต้องการความช่วยเหลือต้องตัดสินใจเลือก หรือต้องกระทำกิจกรรมบางอย่างภายใต้การชี้แนะแนวทางหรือการนิเทศของผู้อื่น วิธีการช่วยเหลือนี้เหมาะที่จะใช้เมื่อพิจารณาแล้วว่าเมื่อบุคคลได้รับการจูงใจแล้วจะสามารถกระทำกิจกรรมดังกล่าวได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการให้คำปรึกษา พยาบาลจะต้องติดต่อกับผู้รับการช่วยเหลือ มักใช้วิธีการชี้แนะนี้ร่วมกับการสนับสนุน

4.1.3. การสนับสนุน (supporting another) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะมีวิธีการที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเองหรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด เป็นการส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ มีความหวังและมีการพัฒนาความสามารถที่มีอยู่ แม้ว่าจะตกอยู่ในภาวะเครียดและวิตกกังวล โดยการสนับสนุนอาจเป็นคำพูดให้กำลังใจหรือกิริยาท่าทางของพยาบาล เช่นการมอง การสัมผัส พยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และบุคคลแต่ละคน

4.1.4. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาของบุคคล (providing&maintaining an environment that supports personal development) การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของบุคคลในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้จะรวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์และการพัฒนาทางด้านร่างกาย ต้องจัดให้บุคคลมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะให้คำแนะนำ สนับสนุนและใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ ที่จะช่วยในการปรับความรู้สึกนึกคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.1.5. การทำแทนหรือการทำให้ (acting for/doing for another) วิธีนี้เป็นวิธีที่พยาบาลใช้กันมาก แต่โอเร็มได้เตือนไว้ว่า วิธีนี้ไม่สามารถช่วยเหลือบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากผลลัพธ์ที่คาดหวังต้องเกิดจากการกระทำภายในของบุคคล เช่น การควบคุมพฤติกรรมของบุคคล เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าวิธีการช่วยเหลือของพยาบาลที่โอเร็มได้กล่าวไว้ว่าการกระทำแทนหรือการทำให้เป็นวิธีที่ไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เพราะโอเร็ม (2001) ได้กล่าวไว้ว่า วิธีการนี้ไม่สามารถช่วยเหลือบุคคลได้ ทำให้บุคคลไม่เกิดการเรียนรู้ในการที่จะพัฒนาความสามารถของตนเอง ซึ่งหากญาติผู้ดูแลไม่เกิดการเรียนรู้หรือการพัฒนาตนเองก็จะส่งผลไปถึงการดูแลผู้ป่วยด้วยและวิธีนี้ก็ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการลดความวิตกกังวลที่ถาวรได้

4.2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นพื้นฐานจากการพัฒนาทฤษฎีการผ่อนคลายในปี 1929 โดยจาคอบสัน (Jacobson) เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นพื้นฐานของสมมติฐานที่ว่ากล้ามเนื้อตึงตัวเป็นการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อความรู้สึกเครียดและวิตกกังวล ความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะเพิ่มขึ้นตามความรู้สึกเครียดที่เพิ่มสูงขึ้น (Kneisl, 1996) นอกจากนี้ เดวิส (Davis, 1990 อ้างถึงในสุกัญญา ไชยคุณ, 2543) ได้กล่าวถึง เทคนิคนี้มีแนวคิดพื้นฐานที่ว่า ความวิตกกังวลและการผ่อนคลายไม่สามารถที่จะเข้ากันได้ นั่นคือ ความวิตกกังวลไม่สามารถจะคงอยู่ได้ ถ้าหากกล้ามเนื้อนั้นมีการผ่อนคลายจริง ๆ ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อการถูกคุกคามซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้บุคคลมีความตื่นตัว ร่างกายมีการเตรียมพร้อมที่จะตอบสนองทางสรีระในทางที่จะต่อสู้หรือถอยหนี ทำให้มีการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตสูงขึ้น พร้อมกับรวบรวมกำลังพร้อมที่จะทำหน้าที่ การเกร็งเครียดของกล้ามเนื้อเป็นสิ่งบ่งบอกว่ามีความเครียดและความวิตกกังวลเกิดขึ้นในขณะที่กล้ามเนื้อเกิดความตึงเครียดจะมีการผ่อนคลายไปยังสมอง กระตุ้นให้มีการตอบสนองโดยเกิดวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มมากขึ้น หากมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นบ่อยครั้ง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อก็จะมีตลอดเวลา ในระดับสูงขึ้นไปเรื่อย ๆ การฝึกให้กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลายจะมีผลขัดขวางวงจรการผ่อนคลายของการ

เพิ่มความวิตกกังวล จะช่วยให้ความวิตกกังวลลดลง และรู้สึกสบายขึ้น มีการผ่อนคลายและสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ประเภทของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ Progressive แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (Snyder, 1998) คือ

4.2.1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก (Active Progressive Muscle Relaxation) เป็นการช่วยให้บุคคลจำแนกถึงความแตกต่างระหว่างความรู้สึกเกร็งของกล้ามเนื้อกับความรู้สึกผ่อนคลายของกล้ามเนื้อสูงสุด โดยฝึกแต่ละกลุ่มของกล้ามเนื้อใช้เวลาเกร็งประมาณ 5-7 วินาที และผ่อนคลายในเวลาต่อมาประมาณ 20-30 วินาที การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบนี้เป็นวิธีการที่ช่วยให้กล้ามเนื้อของร่างกายหายจากความตึงเครียดซึ่งความตึงเครียดทางร่างกายมาจากสภาพอารมณ์ที่วิตกกังวล หงุดหงิด ตื่นเต้น ซึมเศร้า หรือมาจากความคิดที่สับสนหมกหมุ่น ย้ำคิด มองโลกในแง่ร้าย โดยที่ความคิดและอารมณ์เหล่านี้สามารถส่งผลถึงสรีระวิทยาได้ การคลายความตึงเครียดจึงต้องคลายที่ระบบกล้ามเนื้อก่อน (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2550) ข้อควรระวังในการฝึกเทคนิคนี้คือ หลีกเลี่ยงในผู้ที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและไขสันหลัง ผู้ที่ไม่สามารถเกร็งบริเวณคอและกล้ามเนื้อหลัง การเกร็งบริเวณนี้ทำให้และเท่าที่มากเกินไปอาจจะทำให้เกิดตะคริวได้

4.2.2. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องเกร็งก่อน (Passive Progressive muscle Relaxation) เป็นการผ่อนคลายแบบไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อก่อน มีความแตกต่างจากวิธีการเกร็งแล้วผ่อนคลาย คือการจัดเรียงลำดับในส่วนของร่างกายที่ต้องการผ่อนคลาย โดยจะมุ่งความคิดความรู้สึกไปที่กล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกาย รู้ว่ากล้ามเนื้อตรงจุดนั้น ๆ อยู่ในสภาพใด ให้เริ่มคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่บริเวณใบหน้า รอบ ๆ ดวงตา ขากรรไกร คอ ไหล่ แขนส่วนบนและล่าง มือ ออก ท้อง ขา น่อง ข้อเท้า จนกระทั่งทุกส่วนมีการผ่อนคลาย (สมบัติ ตาปัญญา, 2526) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องเกร็งก่อนนี้ ผู้ฝึกจะต้องเรียนรู้ที่จะตระหนักถึงประสาทรับรู้ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ประสาทรับรู้ความรู้สึกนี้จะช่วยให้บุคคลได้วิเคราะห์และบรรเทาความตึงเครียด เป็นการผ่อนคลายโดยวิธีการระลึกรถึงความเครียดของกล้ามเนื้อ (Muscle Tension) (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2550)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องเกร็งก่อนเนื่องจากการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องเกร็งก่อน เป็นการปฏิบัติที่ต่อเนื่องได้สำเร็จโดยไม่ต้องมีการกระทำที่แสดงออกมาภายนอกดังนั้นจึงสามารถใช้ปฏิบัติได้ทั้งที่ทำงานและที่สาธารณะในเวลาที่มีความเครียดเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังใช้เวลาน้อยกว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งให้เต็มที่แล้วคลายออกและวิธีนี้ยังสามารถใช้กับบุคคลที่มีความผิดปกติทางกายภาพที่ไม่สามารถฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก (Payne, 2000)

แนวทางในการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบไม่ต้องเกร็งมีขั้นตอนการฝึกการผ่อนคลายนี้ (สมบัติ ตาปัญญา, 2526)

1) สถานที่สงบเงียบพอสมควร อุณหภูมิพอเหมาะ แสงสว่างไม่จ้าตา ใส่เสื้อผ้าหลวมสบาย ถอดรองเท้าและเครื่องประดับต่าง ๆ ออก ถ้าในช่วงเวลากลางวัน อาจจะใช้ห้องที่ค่อนข้างมีแสงสว่างน้อย ถ้าในเวลากลางคืน เป็นสถานที่ที่พร้อมจะเข้านอนได้หลังจากการฝึกปฏิบัติ

2) นิ่งเอนหลังหรือนอนหงายหลับตาในท่าที่สบาย ขาแยกจากกันเล็กน้อย ถ้านอนคว่ำอยู่บนพื้นที่ไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป มีอวางหงายห่างจากลำตัวเล็กน้อย ถ้าใช้หมอนเล็ก ๆ หนุนให้พอดีกับส่วนโค้งของคอและท้ายทอย และหมอนขนาดกลางรองใต้เข่าสองข้างจะช่วยให้สบายขึ้นอีกมาก นอนในท่ารู้สึกผ่อนคลายที่สุด

3) ท้องไม่อึดหรือหิวจนเกินไป

4) ที่สำคัญต้องคิดว่าการผ่อนคลาย ต้อง “ปล่อย” ให้เกิดขึ้น “ไม่ใช่พยายาม ทำให้เกิด” การพยายามจะทำให้เกิดความเครียดขึ้นมากกว่าที่จะคลาย

5) ให้ผู้รับการฝึกมุ่งความสนใจไปที่กล้ามเนื้อที่ละมัด โดยไม่ต้องให้เกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ โดยปฏิบัติตามที่เทพบรรยาย

6) ให้ผู้รับการฝึกระลึกถึงความรู้สึกสัมผัสที่สัมพันธ์กับการบรรเทาความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ และใช้เวลา 30-45 วินาที ที่จะผ่อนคลายความตึงเครียดที่เราารู้สึกว่าเกิดขึ้น

7) ในช่วงแรกที่ฝึก อาจจะมีปัญหา เช่น เมื่อย ง่วง ความคิดฟุ้งซ่าน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะค่อย ๆ ดีขึ้น เมื่อฝึกนานขึ้นโดยใช้ความพยายามและความอดทน ที่สำคัญต้องมีการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ไม่ใช่ปฏิบัติในเฉพาะวันที่มีความเครียดเท่านั้น

8) ให้ผู้รับการฝึกบันทึกความรู้สึกผ่อนคลายหลังการฝึกในสมุดบันทึกด้วย สิ่งที่สำคัญคือ เพื่อจะได้ทราบว่า การปฏิบัติกรผ่อนคลายกล้ามเนื้อในแต่ละครั้งนั้นเกิดการผ่อนคลายขึ้นเต็มที่แล้วหรือไม่

9) เมื่อใช้เทพได้สักระยะหนึ่ง (1-2 สัปดาห์) โดยทำติดต่อกันทุก ๆ วัน ผู้รับการฝึกก็จะเกิดความชำนาญ จำขั้นตอนต่าง ๆ ได้เอง และยังสามารถเร็วขึ้นอีกด้วย เมื่อถึงเวลานั้นอาจลดการใช้เทพลงไปเรื่อย ๆ เช่น จากทุก ๆ วัน เป็นวันเว้นวัน เว้น 2 วัน 3 วัน จนในที่สุดก็ไม่ต้องใช้เลย

10) เมื่อฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้อย่างชำนาญแล้ว เมื่อเกิดวิกฤตการณ์หรือสถานการณ์คับขันขึ้นในชีวิต แทนที่จะเกิดความเครียดความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบ (Stress response) ก็จะกลับเป็นการผ่อนคลาย (relaxation response) แทน ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถควบคุมจิตใจ อารมณ์และมองเห็นทางแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดีกว่า

การประเมินภาวะการผ่อนคลายมีหลักในการประเมินได้ 2 ลักษณะ (Aiken & Henrichs, 1971 อ้างถึงใน จำลอง ผลพิทักษ์ศิริ, 2543; Tiernan, 1994) ดังนี้

1) จากการบันทึกของผู้รับการฝึกการผ่อนคลาย การผ่อนคลายจัดได้ว่าเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ทำให้รู้สึกเบาสบาย รู้สึกสบายใจ โปร่งใจ คล่องตัวและสบาย สภาวะด้านอารมณ์ของผู้ป่วยที่แต่ละบุคคลบันทึกไว้ด้วยตัวเองถือว่าการประเมินที่เชื่อถือได้

2) ใช้เครื่องมือตรวจจับ ซึ่งมีหลายประเภท เช่น แบบทดสอบเครื่องมือที่ใช้วัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น เครื่องไปโอพีดีแบบชนิดต่าง ๆ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องฟังการเต้นของหัวใจ เครื่องตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าในสมอง เป็นต้น

3) ประเมินจากการสังเกต โดยประเมินลักษณะของผู้ป่วย เมื่อเกิดการผ่อนคลายจะสังเกตเห็นว่า ริมฝีปากจะเผยอเล็กน้อย มุมปากจะห้อยลง อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ รวมทั้งความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง

ประโยชน์ของการฝึกการผ่อนคลาย ได้มีผู้กล่าวถึงประโยชน์ของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อไว้ต่าง ๆ กัน สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) การผ่อนคลายสามารถเรียนรู้ได้โดยบุคคลใดก็ได้และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ไม่มีความลำบากในการฝึกทำทาง หรือออกกำลังอย่างมาก ไม่เปลืองค่าใช้จ่ายใดๆ

2) ช่วยให้คลายอาการเครียดลงเพื่อสงวนพลังเอาไว้ ผู้ที่ฝึกผ่อนคลายเป็นประจำจะรู้สึกสดชื่นสามารถปรับตัวต่อสภาวะเครียดและช่วยให้หายเครียดด้วยตัวของมันเอง

3) ช่วยให้เกิดความสงบทางอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดต่าง ๆ ความรู้สึกที่ไม่ดีต่าง ๆ ให้ผ่อนคลายไป มีความหยุดนิ่ง ชวนเฉยๆ โกรธง่ายน้อยลง

4) ช่วยเพิ่มสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพราะเมื่อเราอยู่ในสภาวะที่ผ่อนคลายก็จะรู้สึกเป็นการง่ายที่จะเข้าไปสมาคมกับผู้อื่น

5) ช่วยป้องกัน บรรเทาอาการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากความเครียด เช่น อาการนอนไม่หลับ โรคปวดศีรษะจากความเครียด โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง

6) ช่วยให้ร่างกายรู้สึกสบาย เกิดความพึงพอใจทำให้มีสุขภาพดี

7) ช่วยให้มีสมาธิ มีความจำดีขึ้น มีผลต่อการศึกษาและการทำงาน ช่วยให้มีว่องไวในการทำงานมากขึ้น ประสบความสำเร็จในการศึกษา

นอกจากนี้ บูร์เน (Bourne, 1990 อ้างถึงในสุกัญญา ไชยคุณ, 2543) ได้สรุปถึงประสิทธิผลที่ได้จากการผ่อนคลายกล้ามเนื้อดังต่อไปนี้ คือ ลดความวิตกกังวลทั่วไป ลดความวิตกกังวลจากการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับอาการกลัว ลดความถี่และช่วงการเกิดอาการตื่นตระหนก (Panic) ปรับความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ที่น่ากลัว ช่วยให้เกิดสมาธิ ช่วยในการควบคุมอารมณ์ เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้คล่องแคล่วขึ้นและมีความคิดสร้างสรรค์

5. โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟ

โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟต่อความวิตกกังวลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟของจาคอบสันมาช่วยให้เกิดการผ่อนคลายก่อนการให้ข้อมูลตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (2001) ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลือ 5 วิธีคือ 1) การสอน โดยเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งระยะลุกลาม อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม 2) การชี้แนะ โดยการเสนอแนะวิธีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและร่วมกับญาติผู้ดูแลในการเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่ญาติผู้ดูแลดูแลอยู่ 3) การสนับสนุน โดยการสนับสนุนการช่วยเหลือญาติตามสถานการณ์และให้กำลังใจญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่คับข้องใจออกมา 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อเอื้อต่อการส่งเสริมความสามารถการดูแลตนเองหรือผู้อื่น โดยใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟมาลดความวิตกกังวลก่อนที่จะให้วิธีการช่วยเหลือด้านอื่น 5) การกระทำแทนหรือการทำให้ ในวิธีการช่วยเหลือข้อนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่า การกระทำแทนหรือการทำให้ไม่ก่อให้เกิดการเรียนรู้การพัฒนาในญาติผู้ดูแลและญาติผู้ดูแลก็ไม่มีข้อจำกัดในด้านการจัดกระทำ

ในโปรแกรมนี้อาจใช้เวลาในการดำเนินการทั้งหมด 4 สัปดาห์ เนื่องจากผู้วิจัยต้องการให้ญาติผู้ดูแลฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟอย่างสม่ำเสมอจนให้ความรู้สึกผ่อนคลายมาอยู่ในระดับจิตสำนึก เพราะถ้ามีการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถผ่อนคลายได้เองโดยอัตโนมัติเมื่อมีภาวะตึงเครียดหรือความวิตกกังวลเกิดขึ้นเนื่องจากระบบการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเป็นกลไกพิเศษ เมื่อเคยทำอะไรมาแล้วครั้งหนึ่งจะสามารถทำซ้ำได้อีก (สมศิริ นนทสวัสดิ์, 2541) โดยให้ญาติผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้วิจัย 4 ครั้ง มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการด้านข้อมูลและการสนับสนุน ผู้วิจัยพบกลุ่มสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย iva ว้าวางใจพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแล โดยเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก เพื่อเป็นการระบายความเครียดและความวิตกกังวล ผู้วิจัยประเมินความต้องการความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟและขั้นตอนในการฝึก

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลและสนับสนุน ประกอบด้วยให้การช่วยเหลือ 4 วิธีคือ 1) การสอน โดยเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งระยะลุกลาม อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม 2) การชี้แนะ

โดยการเสนอแนะวิธีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและร่วมกับญาติผู้ดูแลในการเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่ญาติผู้ดูแลดูแลอยู่ 3) การสนับสนุน โดยการสนับสนุนการช่วยเหลือญาติตามสถานการณ์และให้กำลังใจญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่คับข้องใจออกมา 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อเอื้อต่อการส่งเสริมความสามารถดูแลตนเองหรือผู้อื่น โดยใช้การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟมาลดความวิตกกังวลก่อนที่จะใช้วิธีการช่วยเหลือด้านอื่น ซึ่งผู้วิจัยพบญาติผู้ดูแลเป็นรายกลุ่มในฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ พร้อมทั้งสอนวิธีการตรวจนับชีพจรก่อนและหลังการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟเพื่อใช้ประเมินความรู้สึกผ่อนคลาย

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลตนเองและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ผู้วิจัย ให้เทปบันทึกเสียงการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้ญาติผู้ดูแลได้นำไปฝึกปฏิบัติที่บ้านวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์และญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามตามความรู้ที่ได้รับจากผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ สอบถามถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ และนำมาปรึกษากับญาติผู้ดูแลเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ยังเป็นการกระตุ้นเตือนให้ญาติผู้ดูแลได้มีการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล

รวี เตือนดาว (2547) ศึกษาความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 12 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้ความหมายของสุขภาพไว้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ 2) การไม่มีโรคภัย ไม่เจ็บป่วย 3) เป็นสิ่งที่ต้องบำรุงต้องดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระบุถึงความต้องการด้านสุขภาพ สรุปได้ 6 ประเด็น ได้แก่ มีเวลาพักผ่อน อยากมีคนช่วย กำลังใจคือสิ่งสำคัญ อยากใกล้ชิดจนวินาทีสุดท้ายปรารถนาที่จะคงไว้ซึ่งความหวัง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) หวังให้หาย 2) หวังให้จากไปอย่างสงบและอยากไปตรวจแต่ทั้งผู้ป่วยไม่ได้/อยากมีร่างกายที่แข็งแรงเพื่อจะดูแลได้นาน

Carey et al. (1991) ศึกษาเรื่องการประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและภาวะในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า อายุ ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ระดับความพึงพาของผู้ป่วย ความเข้มแข็งของครอบครัว

ภาวะในการดูแลและการประเมินสถานการณ์ทางลบมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์โดยระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยสามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะในการดูแลได้ร้อยละ 47 และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ภาวะในการดูแล สามารถทำนายความแปรปรวนของการประเมินสถานการณ์ทางลบได้ร้อยละ 50 สำหรับอายุของญาติผู้ดูแลและการประเมินสถานการณ์ทางลบสามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะอารมณ์ได้ร้อยละ 50 และความต้องการการดูแลเรื่องการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจให้กับผู้ป่วยและคนอื่นเป็นความต้องการการดูแลที่มากที่สุดและยากลำบาก

Given et al. (1993) ศึกษาพบว่า ปฏิกริยาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ การรับรู้ถึงสุขภาพของตนเอง ผลกระทบต่อภาระงานและความเข้มแข็งมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการเคลื่อนที่ อาการผิดปกติ และการพึ่งพาของผู้ป่วย โดยอาการผิดปกติและความสามารถในการเคลื่อนที่ของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาพและความเข้มแข็งของผู้ดูแลโดยผ่านความเข้มแข็งของผู้ป่วย ส่วนระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของผู้ดูแลโดยตรง ระดับการพึ่งพา อาการผิดปกติ และความสามารถในการเคลื่อนที่ของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อภาระงานประจำวันของญาติผู้ดูแลโดยตรง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล

อรทัย ไสมนรินทร์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล เป็นศึกษาเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์มากที่สุด ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความวิตกกังวล ระดับการศึกษาระยะเวลาในการดูแล และรายได้ครอบครัว เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยสามารถรวมอธิบายความผันแปรของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแลได้ร้อยละ 30.68 ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

นงนุช ปัญจธรรมเจริญ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ของความวิตกกังวล พฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ และความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ เป็นการศึกษาแบบบรรยาย ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการปรับตัวด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพซึ่งกันและกันโดยรวมในระดับปานกลาง ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการปรับตัวด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนด้านการพึ่งพซึ่งกันและกันนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ Progressive

Wilk and Turkoski (2001) ศึกษาการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อจัดการกับความเครียดในผู้ป่วยโรคหัวใจในระยะพักฟื้น โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำการประเมินความวิตกกังวล ก่อนการดำเนินการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วันเพ็ญ ษ์ทอง (2550) ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบกลุ่มต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล อำเภอสนธิ จังหวัดลพบุรี ศึกษาแบบกึ่งทดลอง พบว่า คะแนนภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยภายหลังการเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบกลุ่ม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพ

ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการด้านข้อมูลและการสนับสนุน ผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลและสนับสนุน มี 4 วิธีคือ 1) การสอน โดยเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม 2) การชี้แนะโดยการเสนอแนะและร่วมกับญาติผู้ดูแลในการเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วย 3) การสนับสนุน โดยการสนับสนุนการช่วยเหลือญาติตามสถานการณ์ 4) การสร้าง โดยใช้การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพมาลดความวิตกกังวล

ขั้นตอนที่ 3 ดูแลตนเองและฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน ทบทวนความรู้ ฝึกปฏิบัติที่บ้านวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ประเมินความรู้จากแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ประเมินการฝึกจากแบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพ

การพยาบาลตามปกติ เป็นการให้การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ได้แก่การให้ข้อมูลและคำแนะนำทั่ว ๆ ไปที่ไม่เฉพาะเจาะจง เป็นการให้คำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ ที่ญาติผู้ดูแลร้องขอ

ความวิตกกังวล

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพกับการพยาบาลตามปกติ ที่มีต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม O_1 O_3

กลุ่มทดลอง O_2X..... O_4

O_1 แทน ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_3 แทน ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังสิ้นสุดการทดลอง

O_2 แทน ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ

O_4 แทน ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพหลังสิ้นสุดการทดลอง

X แทน การสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นผู้ดูแลหลักและรับทราบระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ามาได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คนโดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ดังนี้

คุณสมบัติของญาติผู้ดูแล

1. อายุ 18-59 ปี
2. เป็นบุคคลในครอบครัว ที่อาจเป็นบิดามารดา สามีภรรยา บุตรหรือญาติพี่น้องและรับรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม
3. สามารถพูดหรือสื่อสารและฟังภาษาไทยเข้าใจได้

4. มีระดับคะแนนความวิตกกังวลจากแบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะของของสปีดเบอร์กอร์ อยู่ในระดับปานกลาง (มากกว่า 41 คะแนน/จำนวน 20 ข้อคำถาม)
5. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นระยะลุกลามมาไม่น้อยกว่า 1 เดือน
6. ไม่เคยได้รับการฝึกการผ่อนคลายมาก่อน
7. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วย

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้กลับไปดูแลต่อที่บ้าน

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนสิ้นสุดการทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 40 คน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ต้องคัดออกจากการวิจัยและไม่มีกลุ่มตัวอย่างขอออกจากการทำวิจัยครั้งนี้ก่อนสิ้นสุดการทำวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test)(Tabachinick and Fidell, 1996) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 8 คน แต่ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าได้ปกติ (Normality)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการศึกษาประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตึกอำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate) ของผลการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คน หลังจากนั้นจึงดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน โดยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องระดับคะแนนของความวิตกกังวล และระยะเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มทดลอง (n= 20) และกลุ่มควบคุม (n= 20) เมื่อทำการจับคู่ให้คล้ายคลึงในเรื่องความวิตกกังวลและระยะเวลาในการดูแล

คู่ที่	คะแนนความวิตกกังวล		ระยะเวลาในการให้การดูแล	
	ตามสถานการณ์ก่อนทดลอง		ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (เดือน)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	42	42	12	12
2	56	55	36	37
3	55	50	32	36
4	51	54	9	8
5	50	52	8	8
6	48	44	2	2
7	58	54	20	18
8	58	57	8	12
9	46	44	3	2
10	54	55	2	3
11	50	47	3	4
12	41	43	10	10
13	58	56	14	12
14	64	62	21	19
15	43	48	60	56
16	44	41	60	60
17	43	44	5	4
18	51	52	20	24
19	45	47	24	21
20	57	51	5	4
\bar{X}	50.65	51.85	17.70	17.60
(S.D)	6.67	9.87	17.47	17.22

กลุ่มตัวอย่างทุกคู่มีคะแนนความวิตกกังวลในระดับปานกลางยกเว้น คู่ที่ 14 พบว่าค่าคะแนนความวิตกกังวลตามสถานการณ์ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชถึงความสามารถในการเข้าร่วมการวิจัยของญาติผู้ดูแลผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้เนื่องจากค่าคะแนนของความวิตกกังวลอยู่ในช่วงต้นของระดับของความวิตกกังวลระดับสูง และญาติผู้ดูแลยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความคิด สังคมและอารมณ์ ที่จะอยู่ในระดับของความวิตกกังวลระดับสูง มีเพียงค่าคะแนนความวิตกกังวลเท่านั้นที่มีค่าอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้จากการได้สัมภาษณ์พบว่า ทั้งสองกลุ่มต้องดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการของโรคค่อนข้างหนัก ญาติผู้ดูแลยังขาดประสบการณ์ในการดูแล และยังมีภาระหน้าที่อื่นที่ยังต้องรับผิดชอบ ทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงในการที่จะดูแลผู้ป่วยแต่หลังการทดลองพบว่าญาติผู้ดูแลที่อยู่ในกลุ่มทดลองมีระดับของคะแนนความวิตกกังวลลดลง ส่วนนี้ในกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีแพ่ กลุ่มควบคุมและได้ติดตามให้การช่วยเหลือจนญาติผู้ดูแลสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมและมีความวิตกกังวลลดลงจากการบอกเล่าของญาติผู้ดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ประเภทของการรักษาที่ได้รับ การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล มีลักษณะเป็นเติมคำในช่องว่าง โดยผู้วิจัยกรอกแบบบันทึกด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรคประจำตัว จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ย สิทธิการรักษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ปริมาณของภาระงานด้านอื่น ๆ มีลักษณะเป็นตัวเลือกตอบให้ญาติผู้ดูแลกรอกแบบบันทึกรายงานด้วยตนเอง

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ State Anxiety Inventory form Y (STAI form Y-1) ของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1983 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยชาติรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เขี่ยมสุภาชิต และ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) แบ่งเป็นข้อที่แสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อและข้อที่แสดง

ความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีการให้คะแนนดังนี้

	ข้อความด้านลบ	ข้อความด้านบวก
ไม่มีเลย	1	4 คะแนน
มีบ้าง	2	3 คะแนน
มีค่อนข้างมาก	3	2 คะแนน
มีมากที่สุด	4	1 คะแนน

คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำแสดงถึงความวิตกกังวลต่ำ และคะแนนรวมสูงแสดงถึงความวิตกกังวลสูง สามารถแบ่งระดับของความวิตกกังวลจากค่าคะแนนรวมได้ดังนี้ (จุฬารัตน์ คำพานุกุญ, 2550)

คะแนน 20-40 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลต่ำ

คะแนน 41-60 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนน 61-70 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง

คะแนน 71-80 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ

โปรแกรมสซีพีเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (2001) ที่มีกระบวนการพยาบาล ทั้งหมด 4 ขั้นตอน โดยมีวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแล 5 วิธีคือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน การจัดสิ่งแวดล้อม และการจัดกระทำ ให้ มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพีของจาคอบสัน (1938) ร่วมกับการค้นคว้าศึกษาจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ญาติผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งรายละเอียดของโปรแกรมเป็นการให้ความรู้เป็นราย กลุ่มจำนวน 1 ครั้ง ทบทวนความรู้อีก 1 ครั้ง และทำการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามแผ่นบันทึกเสียงการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิต โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำฝึกจำนวน 3 ครั้งหลังจากนั้นผู้วิจัยจะมอบแผ่นบันทึกเสียงให้ญาติผู้ดูแลนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านสัปดาห์วันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรม ๔ ประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการด้านข้อมูลและการสนับสนุน

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลและสนับสนุน

ขั้นตอนที่ 3 ดูแลตนเองและฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

สื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1.1. แผนการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพ สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เนื้อหา 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เรื่อง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพ เนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญ ประโยชน์ วิธีการ ข้อควรระวังในการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพ

ส่วนที่ 2 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะลุกลาม อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2.1.2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสำหรับญาติผู้ดูแลโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามตามอาการที่พบได้บ่อย ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพ สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2.1.3. คู่มือการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพ ที่ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหาและขั้นตอนมาจากการทบทวนวรรณกรรม และมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2.1.4. เทปการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2.1.5. วิทยุชนิดปรับความดังของเสียงและควบคุมคุณภาพของเสียงได้พร้อมด้วยหูฟังเพื่อป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอก

2.2 การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ได้แก่ การให้ข้อมูลและคำแนะนำทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงเป็นการให้คำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ ที่ญาติผู้ดูแลต้องการ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยให้กลุ่มทดลองบันทึกเอง ประกอบไปด้วย วัน เวลาที่เริ่มและสิ้นสุดการฝึก จำนวนครั้งของซีพจรก่อนที่ก่อนและหลังการฝึก และความรู้สึกหลังการฝึก ประเมินเป็นคะแนน 0-10 คะแนน โดยที่ 0 คะแนนเป็นความรู้สึกไม่ผ่อนคลายโดยเพิ่มคะแนนความผ่อนคลายไปจนถึง 10 คะแนนที่เป็นความรู้สึกผ่อนคลายมากที่สุด เพื่อนำมาประเมินความรู้สึกผ่อนคลาย

ความวิตกกังวล โดยพิจารณาจำนวนวันในการฝึกปฏิบัติไม่ต่ำกว่า 80% (24 วัน) หากไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยจะให้ฝึกปฏิบัติซ้ำอีกครั้ง

3.2 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสำหรับญาติผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เลือกตอบถูก-ผิด จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อที่ตอบผิด จำนวน 5 ข้อ คือข้อที่ 1, 2, 6, 12, 15 ข้อที่ตอบถูกจำนวน 15 ข้อ คือข้อที่ 3,4,5,7,8,9,10,11, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20 ถ้าตอบคำถามถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบคำถามผิดได้ 0 คะแนน โดยพิจารณาคะแนนจากแบบประเมินความรู้ไม่ต่ำกว่า 80 % (16 ข้อ) หากได้คะแนนจากแบบประเมินน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยให้โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนซ้ำอีกครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยได้นำ ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหา ภาษา สำนวนและรูปแบบ หลังจากแก้ไขขั้นต้นแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเรื่องความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษา ความถูกต้อง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแก้ไขแบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยได้เพิ่มความต้องการในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล โดยได้เพิ่มประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและปริมาณของภาระงานด้านอื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติ ซึ่งการปรับปรุงแก้ไขนี้เป็นไปตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเห็นว่าหัวข้อที่เพิ่มมานั้น มีความสำคัญและจำเป็นต้องใช้สำหรับเป็นข้อมูลเพื่อประเมินผล

2. แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ เป็นแบบวัดที่ใช้ได้แพร่หลายในหลายกลุ่มบุคคลและมีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงเป็นที่ยอมรับนอกจากนี้ยังไม่พบปัญหาในการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger and Krasner, 1996) แบบประเมินความวิตกกังวลชุดนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิตและดารารวรรณ ต๊ะปินตา (2534) โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหามาแล้วโดยผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือและภาษา ซึ่งดารารวรรณ ต๊ะปินตา (2534) ได้นำแบบวัดฉบับภาษาไทยไปหาค่าความเชื่อมั่นกลับกลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของโรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่ จำนวน 86 ราย ทดสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Crobach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 นางนุช ปัญจธรรมเจริญ (2540) ได้นำแบบวัดนี้ไปวัดความวิตกกังวลของผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการจำนวน 15 รายแล้วนำไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เท่ากับ .76 และแบบ

ประเมินความวิตกกังวลประจำตัวเท่ากับ .75 นิตยา ศษศิลา (2548) ได้นำแบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (STAI Form Y-1) ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้จริงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

3. โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ และสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขในขั้นต้นหลังจากนั้นจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน รายชื่อดังรายละเอียดในภาคผนวก ก เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามความคิดเห็น คำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ดังนี้

3.1 โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ ได้ปรับลดระยะเวลาในการจัดโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม

3.2 ปรับแผนการให้ข้อมูลและสนับสนุน ให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่ายและอธิบายบางหัวข้อให้ละเอียดขึ้นและมีการสาธิตร่วมด้วย

3.3 คู่มือที่ใช้ประกอบในการสอนผู้วิจัยได้ปรับใช้ภาษาที่ง่าย กระชับ และชัดเจนมากขึ้น

หลังการปรับแก้ได้นำกลับไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง และตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำเครื่องไปใช้โดยจะนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ระยะเวลาและความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง พบว่า เนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสมกับการนำเสนอ ระยะเวลาของกิจกรรมเป็นไปตามกำหนด และสามารถนำไปใช้ในการทดลองต่อไปได้

4. แบบบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพและแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพและแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขในขั้นต้นหลังจากนั้นจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามความคิดเห็นคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ดังนี้

4.1 แบบบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ ผู้วิจัยได้เพิ่มวิธีการให้คะแนนของความรู้สึกผ่อนคลาย เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน

4.2 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีเกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index มีค่าเท่ากับ 0.86 และผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในส่วนของเนื้อหา ภาษา ให้ชัดเจน และกระชับมากยิ่งขึ้น

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลองและขั้นประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรักษาและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และเตรียมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยเพื่อการเป็นผู้นำในการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยผู้วิจัยทำการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามขั้นตอนในเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิตวันละ 1 ครั้ง จนมีความชำนาญและเกิดการผ่อนคลาย โดยประเมินจาก อัตราการเต้นของชีพจรและความดันโลหิตก่อนและหลังการฝึกทุกครั้ง ภายหลังจากปฏิบัตินาน 1 เดือน ได้ค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของชีพจรก่อนการฝึก 85.2 ครั้ง/นาที หลังการฝึก 78.4 ครั้ง/นาที เฉลี่ยลดลง 6.8 ครั้ง/นาที ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนการฝึก 122.33 มม.ปรอท หลังการฝึก 112.2 มม.ปรอท เฉลี่ยลดลง 10.13 มม.ปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนการฝึก 74.93 มม.ปรอท หลังการฝึก 69.5 มม.ปรอท เฉลี่ยลดลง 5.43 มม.ปรอท

2. เตรียมเครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมยืดและเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองและสร้างสื่อที่ใช้ในโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมยืด ได้แก่

2.1 แผนการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมยืด สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสำหรับญาติผู้ดูแล

2.3 คู่มือการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมยืด

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

1. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาล ที่ประกอบด้วย การให้ข้อมูลและให้คำแนะนำทั่ว ๆ ไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยตามทฤษฎีผู้ดูแลซักถาม การให้คำแนะนำในเรื่องความรู้ทั่ว ๆ ไปในการดูแลผู้ป่วยแต่ไม่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดงและวิธีในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นรายกลุ่ม ไม่มีการประเมินผลและติดตามประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล

2. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมยืด โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเข้าพบกลุ่มทดลองทั้งหมด 4 ครั้ง ติดต่อกัน 4 วันในขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ดังรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแลเป็นรายกลุ่ม แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการ ระยะเวลาในการเข้าร่วมงานวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอมในหนังสือยินยอมหากมีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและให้ญาติผู้ดูแลกรอกแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปในส่วนของข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่ม สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ไขว่คว้าใจพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลโดยเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก เพื่อเป็นการระบายความเครียดและความวิตกกังวลและเป็นการประเมินความวิตกกังวลและหาสาเหตุของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ประเมินความต้องการด้านข้อมูลและการสนับสนุนของญาติผู้ดูแล ประสพการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจากการรับรู้ของญาติผู้ดูแล การจัดการในการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการ

นั้น หลังจากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟและขั้นตอนในการฝึก พร้อมทั้งแจกคู่มือการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟพร้อมทั้งนัดพบญาติผู้ดูแลในวันถัดมา ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ซึ่งกลุ่มทดลองทั้งหมดยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ให้ความร่วมมือดีมีความตั้งใจในการเรียนรู้สิ่งที่ผู้วิจัยนำเสนอ และจากการที่ได้พูดคุยกับกลุ่มทดลองทั้งหมดส่วนใหญ่ยอมรับว่ามีความวิตกกังวลเกิดขึ้นถ้าหากผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ที่บ้านเนื่องจากกลัวว่าจะไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาก่อน (ร้อยละ 90 ของกลุ่มทดลองทั้งหมด) ทำให้ขาดความรู้และประสบการณ์ในการที่จะดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแล และพูดคุยจนญาติผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจยอมที่จะเปิดเผยเรื่องส่วนตัวและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยให้ผู้วิจัยรับทราบเพื่อที่จะได้หาวิธีการช่วยเหลือ

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแลเป็นรายกลุ่มตามที่ได้นัดหมายไว้ เพื่อทบทวนความรู้เรื่องการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟและฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟเพื่อเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมปรับพฤติกรรมให้กลุ่มตัวอย่างคลายความวิตกกังวลโดยผู้วิจัยเป็นผู้นำฝึกตามเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟของกรมสุขภาพจิต พร้อมทั้งสอนวิธีการตรวจนับชีพจรก่อนและหลังการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ ผู้วิจัยซักถามปัญหาและอุปสรรคในการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ไม่เข้าใจในการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ พร้อมทั้งให้กำลังใจและช่วยเหลือในการแก้ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยนัดพบกับญาติผู้ดูแลในวันถัดไป ผลจากการฝึกการผ่อนคลายครั้งแรกพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถที่จะปฏิบัติตามได้ถูกต้องและได้บอกเล่าถึงความรู้สึกหลังปฏิบัติกับผู้วิจัยว่าเหมือนการนั่งสมาธิแต่สามารถทำได้ง่ายกว่า ความรู้สึกหลังการปฏิบัติพบว่าทั้งหมดรู้สึกว่าการผ่อนคลายลง และยินดีที่จะปฏิบัติต่อ ส่วนการฝึกการนับชีพจรมีญาติผู้ดูแลบางคนขอใช้เครื่องวัดความดันแบบอัตโนมัติในการตรวจนับชีพจรซึ่งผู้วิจัยยินดีที่จะให้ใช้ได้ การฝึกปฏิบัติครั้งนี้ไม่เกิดปัญหาใด ๆ กับกลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยพบญาติผู้ดูแลตามการนัดหมาย เพื่อร่วมฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟเป็นครั้งที่ 2 ตามเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ ของกรมสุขภาพจิต เป็นรายกลุ่มใช้เวลาในการฝึกประมาณ 10 นาที ผู้วิจัยซักถามถึงปัญหา อุปสรรคในการฝึกและตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแล พบว่ามีญาติผู้ดูแล 1 รายที่บอกเล่าว่าไม่สามารถที่จะฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้ติดต่อกันจนครบตามเทปบันทึกเสียง เนื่องจากถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ผู้วิจัยได้แนะนำให้ฝึกปฏิบัติในช่วงเวลาพักผ่อนหรือในช่วงตื่นนอนตอนเช้าก่อนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแทนการฝึกปฏิบัติในช่วงระหว่างวัน

ผู้วิจัยได้ซักถามญาติผู้ดูแลคนอื่น ๆ ไม่พบว่ามีปัญหาในการฝึกปฏิบัติ สามารถที่จะปฏิบัติได้และยังไม่พบอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติ นอกจากนี้ยังร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการฝึกปฏิบัติซึ่งเป็นการแสดงถึงการตอบรับที่ทำให้ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงและพัฒนาการฝึกปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้โดยการสอนเรื่อง ความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะลุกลาม อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ญาติผู้ดูแลสงสัยหรือไม่เข้าใจ แนะนำและร่วมกับญาติผู้ดูแลในการเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่ญาติผู้ดูแลดูแลอยู่ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจ แสดงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกับภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แสดงความปรารถนาดี เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังการนำเสนอกลุ่มทดลองได้มีข้อซักถามถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ซึ่งแสดงถึงความสนใจและความตั้งใจในการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำที่ผู้วิจัยได้แนะนำ นอกจากนี้ในญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองยังมีกาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ด้วยกันเองและสอบถามถึงความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยที่ตนเองปฏิบัติอยู่ว่าถูกต้องหรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามและให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะของกลุ่มทดลองแต่ละคนหลังจากนั้นผู้วิจัยได้แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสำหรับญาติผู้ดูแลเพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้มีการทบทวนความรู้ที่ได้รับซ้ำเพื่อความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย นัดหมายญาติผู้ดูแลในการพบกันครั้งที่ 4 ในวันถัดไป

ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยพบญาติผู้ดูแลตามการนัดหมาย ร่วมฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อครั้งที่ 3 ใช้เวลาในการฝึก 10 นาที ทบทวนความรู้ซ้ำอีกครั้ง อธิบายในสิ่งที่ญาติผู้ดูแลยังรับรู้ไม่ถูกต้องจากการพบกันครั้งก่อน พร้อมทั้งให้ญาติผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัยหรือสิ่งที่ไม่เข้าใจ พร้อมทั้งให้กำลังใจและช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ประเมินความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างโดยให้ทำแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพบว่ากลุ่มทดลองสามารถทำแบบวัดความรู้ได้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด (80% คิดเป็น 16 ข้อ จากข้อคำถาม 20 ข้อ) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้อธิบายถึงสิ่งที่ถูกต้องในข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิด ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที แจกเทปบันทึกเสียงการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้ญาติผู้ดูแลได้นำไปฝึกปฏิบัติที่บ้านวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แจกคู่มือการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพและแนะนำการบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านและให้ญาติผู้ดูแลนำกลับไปด้วยและผู้วิจัยได้นัดแนะเวลาเพื่อโทรศัพท์ติดตามขณะอยู่บ้านสัปดาห์ละ 1 วัน เป็นเวลา 3 สัปดาห์

ครั้งที่ 5 ผู้วิจัยจะโทรศัพท์สอบถามเกี่ยวกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพร้อมทั้งให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการแก้ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัยที่เกิดขึ้นที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ นัดหมายญาติผู้ดูแลประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 ของการทดลอง จากการทำที่ผู้วิจัยได้ติดตามทางโทรศัพท์ พบว่าสามารถติดตามกลุ่มทดลองได้ครบทุกราย สามารถฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและลงบันทึกในแบบบันทึกการผ่อนคลายได้ถูกต้อง กลุ่มทดลองรู้สึกยินดีและพอใจที่ผู้วิจัยได้มีการติดตามทางโทรศัพท์เพราะสามารถที่จะซักถามถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ทุกเวลาที่เกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล

ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อประเมินความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดการทดลองและแนะนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพแก่กลุ่มควบคุมทุกราย กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำแผนการดำเนินการทดลองและขอหนังสือแนะนำตัวจาก คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หลังจากได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการของหน่วยงานดังกล่าวเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. หลังจากผ่านการอนุมัติแล้ว ดำเนินการติดต่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยรับทราบ

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการศึกษาประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกจัดเข้าเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้นครบตามจำนวน หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมในเรื่องคะแนนความวิตกกังวลเฉพาะและระยะเวลาในการดูแล เพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลอง จนครบ 20 คน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลจากแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะโดยจะต้องได้คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (มากกว่า 41 คะแนน/จำนวนข้อ

คำถาม 20 ข้อ) หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายรายละเอียด แนวทางการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์จากผู้วิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการวิจัยและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอมในหนังสือยินยอมหากมีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย

4. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและทำแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนการทดลอง

5. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ เป็นเวลา 4 สัปดาห์

6. ประเมินผลความวิตกกังวลทั้ง 2 กลุ่มภายหลังได้รับการทดลองด้วยแบบประเมินความวิตกกังวล

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่แจ้งถึงวัตถุประสงค์ วิธีการและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งแจ้งถึงการตอบรับหรือปฏิเสธของการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือการพยาบาลที่ได้รับตามปกติของกลุ่มตัวอย่าง การตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงยินยอมโดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาเสนอภาพรวมเท่านั้น มีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ จากการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างขอออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดการทดลอง และหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยแนะนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟแก่กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มควบคุมทุกรายซึ่งกลุ่มควบคุมทุกรายมีความยินดีและพอใจมากกับโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้นำเสนอ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

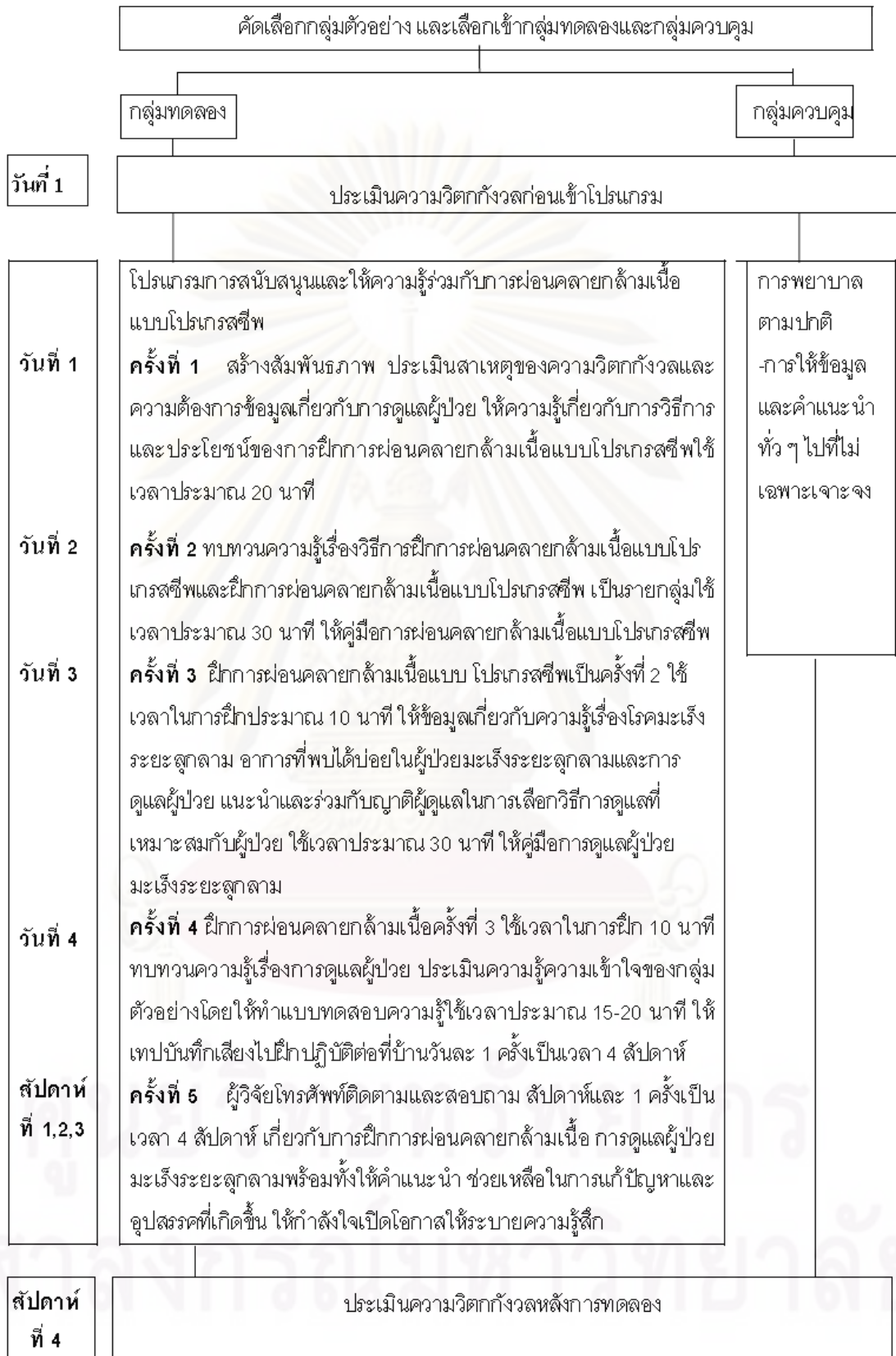
ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดนัยสำคัญที่ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนความวิตกกังวลตามรายชื่อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Dependent-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนการดำเนินการ



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟพร้อมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟจากผู้วิจัย และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ซึ่งผลการศึกษาได้นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 1 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและโดยรวม (n= 40)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	17.00	85.00	12.00	60.00	29.00	72.50
ชาย	3.00	15.00	8.00	40.00	11.00	27.50
อายุ						
≤ 25 ปี	1.00	5.00	0.00	0.00	1.00	2.50
26-35 ปี	4.00	20.00	2.00	10.00	6.00	15.00
36-45 ปี	3.00	15.00	8.00	40.00	11.00	27.50
46-55 ปี	6.00	30.00	4.00	20.00	10.00	25.00
≥ 56 ปี	6.00	30.00	6.00	30.00	12.00	30.00
\bar{X} (S.D)	45.40 (12.35)		48.05 (9.87)		47.02 (11.16)	
สถานภาพสมรส						
คู่	14.00	70.00	15.00	75.00	29.00	72.50
โสด	6.00	30.00	5.00	25.00	11.00	27.50
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	5.00	25.00	1.00	5.00	6.00	15.00
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา	5.00	25.00	8.00	40.00	13.00	32.50
ปริญญาตรี	6.00	30.00	9.00	45.00	15.00	37.50
สูงกว่าปริญญาตรี	4.00	20.00	2.00	10.00	6.00	15.00
ศาสนา						
พุทธ	19.00	95.00	20.00	100.00	39.00	97.50
อิสลาม	1.00	5.00	0.00	0.00	1.00	2.50

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ข้าราชการ	4.00	20.00	6.00	30.00	10.00	25.00
แม่บ้าน	8.00	40.00	2.00	10.00	10.00	25.00
เกษตรกร	4.00	20.00	1.00	5.00	5.00	12.50
รับจ้าง	2.00	10.00	7.00	35.00	9.00	22.50
ค้าขาย	1.00	5.00	4.00	20.00	5.00	12.50
รัฐวิสาหกิจ	1.00	5.00	0.00	0.00	1.00	2.50
รายได้ของครอบครัว						
เพียงพอ	16.00	80.00	17.00	85.00	33.00	82.50
ไม่เพียงพอ	4.00	20.00	3.00	15.00	7.00	17.50
สิทธิการรักษาของผู้ป่วย						
เบิกต้นสังกัด	11.00	55.00	13.00	65.00	24.00	60.00
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	7.00	35.00	4.00	20.00	11.00	27.50
จ่ายเอง	2.00	10.00	2.00	10.00	4.00	10.00
ประกันสังคม	0.00	0.00	1.00	5.00	1.00	2.50
ความสัมพันธ์						
สามีหรือภรรยา	9.00	45.00	9.00	45.00	18.00	45.00
บุตร	9.00	45.00	4.00	20.00	13.00	32.50
บิดาหรือมารดา	2.00	10.00	1.00	5.00	3.00	7.50
พี่หรือน้อง	0.00	0.00	6.00	30.00	6.00	15.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล						
ไม่มีโรคประจำตัว	12.00	60.00	12.00	60.00	24.00	60.00
มีโรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, ไขมันสูง, โรคหัวใจ, Asthma, peptic ulcer)	8.00	40.00	8.00	40.00	16.00	40.00
การดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล						
ให้การดูแลบางส่วน	15.00	75.00	12.00	60.00	27.00	67.50
ให้การดูแลทั้งหมด	5.00	25.00	8.00	40.00	13.00	32.50
ระยะเวลาที่เข้ารับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย						
ต่ำกว่า 6 เดือน	6.00	30.00	6.00	30.00	12.00	30.00
7-12 เดือน	6.00	30.00	5.00	25.00	11.00	27.50
2 ปี	4.00	20.00	5.00	25.00	9.00	22.50
3 ปี	1.00	5.00	2.00	10.00	3.00	7.50
> 3 ปี	3.00	15.00	2.00	10.00	5.00	12.50
\bar{X} (S.D)	17.60(17.22)		17.70(17.47)		17.65(17.12)	
จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วย						
ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง	3.00	15.00	3.00	15.00	6.00	15.00
7-12 ชั่วโมง	13.00	65.00	13.00	65.00	26.00	65.00
13-18 ชั่วโมง	2.00	10.00	4.00	20.00	6.00	15.00
19-24 ชั่วโมง	2.00	10.00	0.00	0.00	2.00	5.00
\bar{X} (S.D)	9.65(3.95)		10(3.61)		9.83(3.74)	
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง						
ไม่เคย	20.00	100.00	18.00	90.00	38.00	95.00
เคย	0.00	0.00	2.00	10.00	2.00	5.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปริมาณของภาระงานด้านอื่น ๆ						
มาก	12.00	60.00	12.00	60.00	24.00	60.00
ปานกลาง	7.00	35.00	7.00	35.00	14.00	35.00
น้อย	1.00	5.00	1.00	5.00	2.00	5.00

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72.50 ค่าคะแนนเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 47.02 (S.D.=11.16) ปี มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.50 ระดับการศึกษาปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 37.50 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 97.50 ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 25.00 รายได้ของครอบครัวเพียงพอต่อครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 82.50 สิทธิการรักษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเบิกต้นสังกัด คิดเป็นร้อยละ 60.00 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในฐานะสามีหรือภรรยา คิดเป็นร้อยละ 45.00 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60.00 ต้องให้การดูแลผู้ป่วยบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 67.50 ระยะเวลาที่เข้ารับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 17.65 จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 9.83 ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 95.00 ปริมาณของภาระงานด้านอื่น ๆ ของญาติผู้ดูแลจะมีปริมาณภาระงานมาก คิดเป็นร้อยละ 60.00

เมื่อแยกออกเป็นรายกลุ่มพบว่า ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.00 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอายุ เท่ากับ 45.40 (S.D.=12.35) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.00 ระดับการศึกษาปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 30.00 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 95.00 ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 40.00 รายได้ของครอบครัวเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80.00 สิทธิการรักษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเบิกต้นสังกัด คิดเป็นร้อยละ 55.00 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในฐานะสามีหรือภรรยา คิดเป็นร้อยละ 45.00 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60.00 ต้องให้การดูแลผู้ป่วยบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 75.00 ระยะเวลาที่เข้ารับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย เท่ากับ 17.60 จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 9.65 ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมา

ก่อน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ปริมาณของภาระงานด้านอื่น ๆ ของญาติผู้ดูแลจะมีปริมาณภาระงานมาก คิดเป็นร้อยละ 60.00

ส่วนกลุ่มทดลองพบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.00 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 48.05 (S.D.= 9.87) ปี มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75.00 ระดับการศึกษาปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 45.00 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35.00 รายได้ของครอบครัวเพียงพอคิดเป็นร้อยละ 85.00 สิทธิการรักษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเบิกต้นสังกัด คิดเป็นร้อยละ 65.00 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในฐานะสามีหรือภรรยา คิดเป็นร้อยละ 45.00 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60.00 ต้องให้การดูแลบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ระยะเวลาที่เข้ารับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย เท่ากับ 17.70 จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 10.00 ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 90.00 ปริมาณของภาระงานด้านอื่น ๆ ของญาติผู้ดูแลจะมีปริมาณภาระงานมาก คิดเป็นร้อยละ 60.00

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลามก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ จำแนกรายข้อและโดยรวมของกลุ่มควบคุม (n=20)

ข้อคำถาม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	X	S.D	X	S.D
รู้สึกผ่อนคลาย	3.15	0.67	3.20	0.41
รู้สึกสบาย ๆ	3.05	0.60	3.10	0.55
รู้สึกสะดวกสบาย	2.95	0.69	3.00	0.56
รู้สึกสงบ	2.80	0.62	2.80	0.77
วิตกกังวลกับสิ่งร้ายที่อาจจะเกิดขึ้น	2.80	0.69	2.90	0.85
รู้สึกมั่นคง	2.80	0.69	2.80	0.69
รู้สึกว่าได้พักผ่อน	2.75	0.79	2.90	0.55
รู้สึกพึงพอใจ	2.75	0.72	2.80	0.52
รู้สึกมั่นคง-ปลอดภัย	2.70	0.66	2.85	0.59
รู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง	2.50	0.69	2.45	0.60
รู้สึกวิตกกังวล	2.45	0.60	2.55	0.60
รู้สึกตื่นกลัว	2.45	0.83	2.35	0.75
เป็นคนเครียด	2.30	0.66	2.40	0.59
รู้สึกเป็นคนน่าคบ	2.25	0.64	1.95	0.60
รู้สึกกระสับกระส่าย	2.25	0.55	2.15	0.75
รู้สึกตื่นเต้น	2.15	0.67	2.15	0.81
รู้สึกเกร็งและเครียด	2.10	0.55	2.35	0.59
รู้สึกสับสน	2.10	0.64	2.35	0.75
รู้สึกอารมณ์เสีย	2.05	0.51	2.20	0.62
รู้สึกลงใจ	2.00	0.56	2.15	0.87
โดยรวม	51.85	9.87	51.40	6.50

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลตามรายชื่อของกลุ่มควบคุมโดยรวมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 51.85 (S.D. = 9.87) ค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลตามรายชื่อของกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกผ่อนคลาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 รองลงมาคือข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกสบาย ๆ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05 และอันดับต่ำสุดคือข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกหงุดหงิด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.00

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลตามรายชื่อของกลุ่มควบคุมโดยรวมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 51.40 (S.D. = 6.50) ค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลตามรายชื่อของกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกผ่อนคลาย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 รองลงมาได้แก่ ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกสบาย ๆ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 ส่วนอันดับต่ำสุดคือ ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกตื่นเต้น, รู้สึกกระสับกระส่ายและรู้สึกหงุดหงิด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.15

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ จำแนกราย
ข้อและโดยรวมของกลุ่มควบคุม (n=20)

ข้อคำถาม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	X	S.D	X	S.D
รู้สึกสงบ	3.20	0.52	2.55	0.69
รู้สึกผ่อนคลาย	3.10	0.72	2.00	0.65
รู้สึกว่าได้พักผ่อน	3.10	0.55	2.40	0.88
รู้สึกสะดวกสบาย	3.10	0.72	2.45	0.76
รู้สึกสบาย ๆ	3.05	0.76	2.45	0.60
รู้สึกพึงพอใจ	3.00	0.73	2.20	0.69
รู้สึกมั่นคง-ปลอดภัย	2.80	0.69	2.45	0.51
รู้สึกมั่นคง	2.80	0.95	2.25	0.55
วิตกกังวลกับสิ่งร้ายที่อาจจะเกิดขึ้น	2.50	0.69	1.90	0.45
รู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง	2.45	0.60	2.20	0.52
เป็นคนเครียด	2.35	0.49	2.15	0.37
รู้สึกวิตกกังวล	2.35	0.81	1.70	0.57
รู้สึกเป็นคนน่าคบ	2.20	0.52	1.80	0.61
รู้สึกเกร็งและเครียด	2.20	0.52	2.15	0.37
รู้สึกตื่นกลัว	2.15	0.49	1.70	0.66
รู้สึกตื่นเต้น	2.15	0.59	1.85	0.75
รู้สึกอารมณ์เสีย	2.05	0.60	1.90	0.31
รู้สึกลังเลใจ	2.05	0.60	1.80	0.69
รู้สึกสับสน	2.05	0.51	1.55	0.75
รู้สึกกระสับกระส่าย	2.00	0.65	1.65	0.75
โดยรวม	50.60	6.67	41.10	7.29

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลตามรายชื่อของกลุ่มทดลองโดยรวมก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 50.60 (S.D. = 6.67) ค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลตามรายชื่อของกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดก่อนได้รับโปรแกรมฯ คือ ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกสงบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 รองลงมาคือข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกผ่อนคลาย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 และอันดับต่ำสุดคือ ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกกระสับกระส่าย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.00

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลตามรายชื่อของกลุ่มทดลองโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 41.10 (S.D. = 7.29) ค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลตามรายชื่อของกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดหลังได้รับการโปรแกรมฯ คือ ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกสงบ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 รองลงมาได้แก่ ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกสะดวกสบาย, รู้สึกสบาย ๆ และรู้สึกมั่นคง-ปลอดภัย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 ส่วนอันดับต่ำสุดคือ ข้อความที่เกี่ยวกับรู้สึกกระสับกระส่าย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.65

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพของกลุ่มทดลอง (n= 1) โดยใช้ Dependent-test

ความวิตกกังวล	\bar{X}	S.D	t	P-value
ก่อนการทดลอง	50.6	6.67		
หลังการทดลอง	41.1	7.29	5.96	.03

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพน้อยกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งผลการทดสอบครั้งนี้สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 แสดงว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพสามารถลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม (n=20) โดยใช้ pair t-test

ความวิตกกังวล	\bar{X}	S.D	t	P-value
ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ	51.85	9.87		
หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ	51.40	6.50	0.254	.80

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) ซึ่งผลการทดสอบครั้งนี้เป็นการสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลตามปกติไม่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลได้

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
ระยะลุกลามระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระหว่างกลุ่มควบคุม (n=20) และกลุ่มทดลอง
(n=20) โดยใช้ Independent t-test

กลุ่ม	\bar{X}	S.D	t	P-value
กลุ่มควบคุม	51.85	9.87	0.45	0.65
กลุ่มทดลอง	50.65	6.67		

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการ
วิจัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) แสดง
ให้เห็นว่าความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีระดับความวิตกกังวลก่อนการทดลองไม่
แตกต่างกัน

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระหว่างกลุ่มควบคุม (n=20) และกลุ่มทดลอง (n=20) โดยใช้ Independent t-test

กลุ่ม	\bar{X}	S.D	t	P-value
กลุ่มควบคุม	51.40	6.51	4.71	0.00
กลุ่มทดลอง	41.10	7.29		

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมการวิจัย ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งผลการทดสอบครั้งนี้สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟสามารถลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีทต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นผู้ดูแลหลักและรับทราบระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วย และได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีทและการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มควบคุม เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นผู้ดูแลหลักและรับทราบระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วย ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีทกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีท น้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีทน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นผู้ดูแลหลักและรับทราบระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย ที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยการใช้วิธีจับคู่ (Matched pair) ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องระดับ

คะแนนของความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ และระยะเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีฟประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีฟ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสำหรับญาติ

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการศึกษาประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตัว ขอความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหากต้องการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

2. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล

3. ดำเนินการวิจัยดังนี้

4.1 ในกลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้ มีการให้ข้อมูลและให้การพยาบาลจากพยาบาลตามความต้องการของญาติผู้ดูแล

4.2 .ในกลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีฟจากผู้วิจัย โดยการพบครั้งที่ 1 (วันที่ 1) ผู้วิจัยพบกลุ่ม สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีฟและขั้นตอนในการฝึกพร้อมทั้งนัดพบญาติผู้ดูแลในวันถัดมา การพบครั้งที่ 2 (วันที่ 2) จะทบทวนความรู้และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีฟโดยผู้วิจัยเป็นผู้นำฝึก พร้อมทั้งสอนวิธีการตรวจนับชีพจรก่อนและหลังการฝึกการผ่อนคลาย

คลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ การพบครั้งที่ 3 (วันที่ 3) ผู้วิจัยร่วมฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพเป็นครั้งที่ 2 ชักถามถึงปัญหา อุปสรรคในการฝึก และสอนเรื่องความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะลุกลาม อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม แนะนำและร่วมกับญาติผู้ดูแลในการเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่ญาติผู้ดูแลดูแลอยู่ ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสำหรับญาติผู้ดูแล การพบครั้งที่ 4 (วันที่ 4) ผู้วิจัยร่วมฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อครั้งที่ 3 ทบทวนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ ที่ผู้วิจัยได้ให้ไปแล้ว ประเมินความรู้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างโดยให้ทำแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพร้อมทั้งอธิบายถึงสิ่งที่ถูกต้องในข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิด เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ซักถามถึงสิ่งที่สงสัยหรือยังไม่เข้าใจอยู่ เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที แจกเทปบันทึกเสียงการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้ญาติผู้ดูแลได้นำไปฝึกปฏิบัติ ต่อที่บ้านวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แจกคู่มือการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพและแนะนำการบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านและให้ญาติผู้ดูแลนำกลับไป

4. Post-test ในสัปดาห์ที่ 4 โดยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทั้ง 2 กลุ่มประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 ของการเข้าร่วมการทดลอง และแนะนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพแก่กลุ่มควบคุมทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดนัยสำคัญที่ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนความวิตกกังวลตามรายชื่อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Pair t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จำนวน 40 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72.50 ค่าคะแนนเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 46.75 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.50 ระดับการศึกษาปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 37.5 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 97.50 ประกอบอาชีพเป็นข้าราชการและแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 25 รายได้ของครอบครัวเพียงพอต่อครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 82.05 สิทธิการรักษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเบิกต้นสังกัด คิดเป็นร้อยละ 60 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในฐานะสามีหรือภรรยา คิดเป็นร้อยละ 45 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนโรคประจำตัวที่ญาติผู้ดูแลมีอยู่ คือ ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, ไขมันสูง, โรคหัวใจ, Asthma, peptic ulcer ส่วนการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 67.50 ระยะเวลาที่เข้ารับผิชอบในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 17.65 จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 9.83 ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 95 ปริมาณของภาระงานด้านอื่น ๆ ของญาติผู้ดูแลจะมีปริมาณภาระงานมาก คิดเป็นร้อยละ 60 แต่ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่พบว่ามีความแตกต่างกันในด้านของอาชีพ ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่จะมีอาชีพเป็นแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 40 ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยจะเป็นสามีหรือภรรยาและบุตรคิดเป็นร้อยละ 45 แต่ในกลุ่มทดลองจะพบว่าอาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลองเป็นอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35 ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยจะเป็นสามีหรือภรรยาเท่านั้นคิดเป็นร้อยละ 45

2. **ความวิตกกังวล** ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพ ($\bar{X}_{\text{หลังการทดลอง}} = 41.1$, S.D. = 7.29) ซึ่งน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพ ($\bar{X}_{\text{ก่อนการทดลอง}} = 50.65$, S.D. = 6.67) และความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ความวิตกกังวลหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X}_{\text{หลังการทดลอง}} = 51.40$, S.D. = 6.50) ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X}_{\text{ก่อนการทดลอง}} = 51.85$, S.D. = 9.87) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลพบว่าก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 และ 2

เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟสามารถลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ เมื่อพิจารณา อธิบายได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (2001) มาใช้เนื่องจากการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบการพยาบาลที่โอเร็ม (1995) เสนอแนะว่าเหมาะสมสำหรับบุคคลที่มีความสามารถดูแลตนเองได้ แต่อาจขาดความรู้ ทักษะที่จำเป็น ไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองหรือผู้พึ่งพาได้ เป็นระบบที่ช่วยให้บุคคลกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเอง โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและพอเพียงการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟมาใช้ร่วมกันก็เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ จะช่วยญาติผู้ดูแลในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมประกอบไปด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการด้านข้อมูลและการสนับสนุน ผู้วิจัยจะประเมินถึงสาเหตุของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแล และประเมินความต้องการข้อมูลของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม รวมถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจากการรับรู้ของญาติผู้ดูแล การจัดการในการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแล จากการทดลองครั้งนี้พบว่า ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน และยังต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยให้การดูแลบางส่วนคิดเป็นร้อยละ 67.50 สาเหตุส่วนใหญ่ของความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นเรื่องของการขาดความรู้ วิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเมื่อเกิดอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย การพยาบาลที่ญาติผู้ดูแลจะได้รับจาก

พยาบาลจะเป็นการให้คำแนะนำทั่ว ๆ ไปในการดูแลผู้ป่วย และจะได้รับคำแนะนำเมื่อญาติผู้ต้องการเท่านั้น เนื่องจากการทำงานที่รีบเร่งและภาระงานที่มากของพยาบาลทำให้พยาบาลมุ่งเน้นเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเท่านั้นขาดการสนทนาญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลไม่สามารถที่จะระบายความคับข้องใจ ปัญหา ความเครียด ความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นให้พยาบาลฟังได้ ก็ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลไม่สามารถพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ ได้เต็มที่ ในโปรแกรมฯ ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก เพื่อเป็นการระบายความเครียดความวิตกกังวล และหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับญาติผู้ดูแลในแต่ละราย ผู้วิจัยประเมินความต้องการด้านข้อมูลและการสนับสนุน ของญาติผู้ดูแลแล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแลแต่ละรายพร้อมทั้งวางแผนในการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับญาติผู้ดูแลแต่ละรายในการที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ญาติผู้ดูแลแต่ละคนดูแลอยู่ โดยปฏิบัติเป็นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลและสนับสนุน ผู้วิจัยได้นำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพมาใช้ในการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลก่อนที่จะมีการให้ข้อมูลและสนับสนุนในญาติผู้ดูแลแต่ละรายตามที่ผู้วิจัยได้ประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแลแต่ละรายไว้ในขั้นตอนที่ 1 เพราะประสิทธิผลที่ได้จากการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะสามารถลดความวิตกกังวลทั่วไป ช่วยให้เกิดสมาธิ ช่วยในการควบคุมอารมณ์ เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง (Bourne, 1990) เมื่อญาติผู้ดูแลเกิดการผ่อนคลาย ความวิตกกังวลลดลง ก็จะทำให้สามารถรับความรู้ คำแนะนำที่ผู้วิจัยจะให้ได้ดียิ่งขึ้นเป็นการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น หลังจากที่ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูล ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแก่ญาติผู้ดูแลแล้ว ได้มีการประเมินผลการเรียนรู้พบว่าญาติผู้ดูแลสามารถที่จะตอบข้อคำถามในแบบประเมินได้คะแนนตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด เมื่อซักถามญาติผู้ดูแลในขณะที่ให้ความรู้ ญาติผู้ดูแลสามารถที่จะตอบข้อคำถามได้ถูกต้อง แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลสามารถที่จะรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยให้ได้มากขึ้น ซึ่งในการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ ญาติผู้ดูแลสามารถที่ปฏิบัติได้ถูกต้องตามขั้นตอนที่ผู้วิจัยได้แนะนำ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จากการที่ผู้วิจัยได้ซักถามญาติผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่ารู้สึกพึงพอใจและรู้สึกผ่อนคลายความเครียดความวิตกกังวลลงมากซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณ จุฑาจินดาเขต (2547) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายและจากการศึกษาของ Wilk and Turkoski (1994) ที่ศึกษาการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อจัดการกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจในระยะพักฟื้น พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพสามารถที่จะช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลลงได้แล้ว การให้ข้อมูลความรู้แก่ญาติผู้ดูแลก็สามารถที่จะช่วยลดความวิตกกังวลของ

ญาติผู้ดูแลลงได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของกันยา วังเฮงยะฤทธิ์ (2548) ที่ศึกษาในญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลตนเองและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน เป็นขั้นตอนของการฝึกทักษะในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟและเป็นการนำเอาความรู้ที่ได้รับจากผู้วิจัยไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยแต่ละรายที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลอยู่ โดยญาติผู้ดูแลจะต้องฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟที่บ้านวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลจากการปฏิบัติในการวิจัยครั้งนี้พบว่าญาติผู้ดูแลทุกคนสามารถปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้ครบทุกวัน ตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ ความรู้สึกหลังการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกพึงพอใจและรู้สึกว่ากรฝึกการผ่อนคลายช่วยให้สามารถนอนหลับ คลายความวิตกกังวลลงได้ นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยร่วมกันกับญาติผู้ดูแลให้การประเมินหาวิธีในการให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายตามที่ญาติผู้ดูแลดูแลอยู่ก็เป็นสิ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าเมื่อเกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยก็มีบุคคลที่จะให้คำปรึกษาหรือแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ และจากการที่ญาติผู้ดูแลได้มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมาจากผู้วิจัยก่อนที่จะกลับบ้าน ก็ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลและการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของญาติผู้ดูแล เป็นการกำกับญาติผู้ดูแลกระตุ้นเตือนให้ญาติผู้ดูแลให้มีการฝึกการผ่อนคลายเป็นประจำ และยังเป็น การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลเมื่อเกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลลงได้

สรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และยังเป็น การเพิ่มประสิทธิภาพ พัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในการดูแลผู้ป่วยในมีคุณภาพ สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (2001) มาประยุกต์เพื่อใช้ในการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับบุคคลที่มีความสามารถดูแลตนเองได้ แต่อาจขาดความรู้ ทักษะที่จำเป็น และไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองหรือผู้พึ่งพาได้ เป็นระบบที่ช่วยให้นักคนกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเอง โดยพยาบาลจะมีบทบาทในการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่าง

ต่อเนื่องและพอเพียง โดยในกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ข้อมูลและสนับสนุนจากผู้วิจัยเป็นรายกลุ่ม ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะลุกลาม อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หลังจากนั้นจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างญาติผู้ดูแล และผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัย มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามให้นำกลับไปทบทวนต่อที่บ้าน ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามพูดคุยให้กำลังใจและเป็นที่ยกย่องให้กับญาติผู้ดูแลทุกสัปดาห์ เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก คลายความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือการให้ข้อมูลและคำแนะนำทั่ว ๆ ไปจากพยาบาลที่ไม่เฉพาะเจาะจง และพยาบาลจะให้คำแนะนำเมื่อญาติผู้ดูแลต้องการในแต่ละเรื่องเท่านั้น นอกจากนี้ภาระงานที่มาก การรีบเร่งทำงานของพยาบาลและการมุ่งเน้นเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น ทำให้พยาบาลขาดการสนใจในญาติผู้ดูแล ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลและคำแนะนำได้ครอบคลุมกับความต้องการในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายเท่าที่ควร นอกจากนี้การที่ญาติผู้ดูแลบางคนไม่กล้าที่จะซักถามพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก็ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม การสอนของพยาบาลก็มักจะยึดตนเองเป็นศูนย์กลางและให้ความรู้แบบสื่อทางเดียวโดยไม่คำนึงถึงประสบการณ์เดิมที่ญาติผู้ดูแลเคยได้รับรู้มาก่อน ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับความรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง นอกจากนี้การที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถที่จะระบายความคับข้องใจ ปัญหา ความเครียด ความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นให้กับพยาบาลฟังได้ ก็ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ ที่มีอยู่ได้เพราะตัวญาติผู้ดูแลอยู่ในสภาวะของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั่นเอง

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น กล่าวได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีพสามารถผ่อนคลายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ การให้ข้อมูลและสนับสนุนยังสามารถเพิ่มพูนความรู้ พัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถ มีความมั่นใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา คชศิลา (2548) ที่พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมยืดหยุ่น สามารถลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ ดังนั้น ถ้าได้มีการนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมยืดหยุ่นมาใช้ในการผ่อนคลายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก็น่าจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาล ในการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมยืดหยุ่น เพื่อก่อให้เกิดความตระหนักในการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และสร้างทักษะการนำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 พยาบาลควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานในหอผู้ป่วย โดยมีการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามให้มากขึ้น ปรับให้มีการเข้าไปติดต่อสื่อสารกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมากขึ้นและให้ความสำคัญของการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามให้เทียบเท่ากับการดูแลผู้ป่วย

2. ด้านการศึกษา จัดให้มีการเรียนการสอนสำหรับพยาบาลประจำการหรือนักศึกษาพยาบาล โดยนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมยืดหยุ่น มาฝึกใช้ในการให้บริการและดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในหอผู้ป่วย

3. ด้านการวิจัย ใช้เป็นแนวทางในการค้นคว้าและวิจัยเพื่อพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา ติดตามและประเมินผลของการใช้ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟเพื่อลดความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลในระยะยาว
2. ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟมาประยุกต์ใช้ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้มีการผ่อนคลายความวิตกกังวลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟให้ครอบคลุมกับความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามให้อยู่ในระดับเล็กน้อย

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กันยา วังเฮงยะฤทธิ์. ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
- จวีรัตน์ นวมะชิตี. ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง: การวิเคราะห์ห่อภิมาน . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- จอม สุวรรณโณ. ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล 47(2541): 147-157.
- จำรักษ์ หอมพรมมา. การใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลชนิด GAD. สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2548.
- จำลอง ดิษยวนิชและพริ้มเพรา ดิษยวนิช. ความเครียด ความกังวล และสุขภาพ. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2545.
- จำลอง ผลพิทักษ์ศิริ. ผลของการลดความเครียดด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบแอคทีฟโปรเกรสซีฟต่อระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วย วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2543.
- จุฬารัตน์ คำพานุฑย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลใน ผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2550.
- ฉวีวรรณ สัตย์ธรรม. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, 2541
- ชนัญญา กาสินพิลา. ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550

- ชนิตา มณีวรรณและคณะ. **ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลที่บ้าน**. รายงานการวิจัย ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี, 2536
- ชนิตา มณีวรรณและคณะ. **ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน**. **วารสารพยาบาล** 43(2537): 236-244.
- ชุตินา หุทัย. **การใช้พลังสมองซีกซ้ายของนักวิจัยในการเปลี่ยนแปลง**. **วารสารสำนักการพยาบาล** 31(ม.ค.-เม.ย.2547):1-2.
- ชูชื่น ชีวพุลผล. **อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม**.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษิต , สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. **การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ** . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง** . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- ถนอมศรี คูอาริยะกุล. **ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม** . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. **พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์, 2549.
- นงนุช ปัญจธรรมเจริญ. **ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ** . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.

- นางลักษณะณ์ จุฑาจินดาเขต. **ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2540.
- นางญา เอื่องไพโรจน์. **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2535.
- นิตยา คชศิลา. **ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์. **ผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อความพึงพอใจในการหลับในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่อยู่ในเครื่องดัดถ่วงกระดูก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
- บุญญลักษณ์ พิมพาทอง. **การศึกษาการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา**. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. **ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ, เพชรไสว ล้อมตระกูลและอุบลรัตน์ ดีพร้อม. **รายงานการวิจัย: การศึกษาการใช้การบำบัดเสริมคุณภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็ง**. ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545

- ปริญญา สนิกะวาที. **ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- เพชรวิ ประเสริฐศรี. **การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2546.
- พัชรี เจริญพร. **ผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- พัฒนกร ทองคำ. **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับฝึกอาปानสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- ไพรัช เทพมงคล. **โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช, 2528.
- ยุพาพิณ ศิริโพธิ์งาม. **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาการวิจัย**. *รามาศิษตีพยาบาลสาร* 2(2539): 84-91.
- รวี เดือนดาว. **ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหา บัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- รัชณี พจนนา. **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.
- รัชณีกร ใจคำสืบ. **ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดิน**

ออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับและความวิตกกังวลของผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.

รุจา ภูไพบูลย์. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. วารสารพยาบาล 41(2535):
9-18.

ลดาวัลย์ บูรณะปิยะวงค์. ผลของการเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความรู้และการ
ปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม . วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.

ละเอียด ชูประยูร. การฝึกการสร้างภาพในจินตนาการ: เอกสารประกอบการอบรมเชิง
ปฏิบัติการ “เทคนิคคลายเครียด” . กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, 2538.

วรภากรณ์ แก้ววิสัย. การบำบัดแบบเสริมในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพมหานคร: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์,
2545.

วันเพ็ญ ส่องทอง. การศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด ร่วมกับการฝึกผ่อนคลาย
กล้ามเนื้อแบบกลุ่มต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล อำเภอลำสนธิ
จังหวัดลพบุรี . โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช. การพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

วิภา วิเสโส. การให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่
เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง . วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยบูรพา, 2545.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสาร

พยาบาลศาสตร์. 12(2537): 33-38.

วิลาวัลย์ เสนารัตน์, ประยงค์ลิ้มตระกูล, ธนารักษ์ สุวรรณประไพศ, ชมนาด พจนามาตร์และ
ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. **การพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว ลูกชนในการปรับตัวต่อการ
เจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์.** รายงานการวิจัย, 2542.

วัลลภ ปิยะมโนธรรม. **จิตวิทยาการแก้ไขอาการวิตก กังวล กลัว ด้วยตนเอง.** พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร: บริษัทฐานการพิมพ์ จำกัด, 2550.

ศิริพันธ์ สาสัตย์. **แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.** วารสารพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15(2546): 1-11.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ฝ่ายแผนงานและสถิติ. **สถิติผู้ป่วยมะเร็ง.** กรุงเทพมหานคร: สถาบัน
มะเร็งแห่งชาติ, 2550.

สมจิต หนูเจริญกุล. **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินต์ติ้ง, 2537.

สมจิต หนูเจริญกุล. **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ.** กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์, 2544.

สมนึก สกุลหงส์โสภณ. **ประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อ
การลดความเครียดและเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ
สุดท้าย .** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

สมบัติ ตาปัญญา. **คู่มือคลายเครียด.** กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา, 2526.

สมสมัย รัตนกรีกุลและศิริพร ทูลศิริ. **รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติด
เชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดชลบุรี .** รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา, 2545.

สร้อยจันทร์ พานทอง. **ผลของการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลาย
กล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
, สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ,
2545.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนาและคณะ. **แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่**

ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 14(2539): 76-89.

สิรินาถ มีเจริญ. **ผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อ**

ความสับสนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.

สุกัญญา ไชยคุณ. **เปรียบเทียบผลของการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟ**
กับการฝึกจินตนาการภาพต่อความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียน
บางน้ำเปรี้ยววิทยา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา . วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, 2543.

สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรหมและคณะ. **รายงานการวิจัย: ความสามารถในการดูแลของบุคคลติด**
เชื้อเอชไอวีที่ต้องพึ่งพาและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.

สุวรรณา อนุสันติ. **บริหารความเครียด.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2546.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล.** ขอนแก่น:
ขอนแก่นการพิมพ์, 2537.

สุชาดา รัชชกุลและชมพูนุช ไสภาจารย์. **รายงานการวิจัย: ความวิตกกังวลของผู้ที่กำลังจะ**
เป็นพ่อแม่ในระหว่างการตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยงสูง . คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

สุรรัตน์ ช่างสวัสดิ์ศักดิ์. **ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

สุนันทา บุญรักษา. **ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟร่วมกับการ**
ติดตามเยี่ยมบ้านต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง .
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. **แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช.** เชียงใหม่: โรงพิมพ์ป๋อง, 2544.

อภิญา วรศัพทียโยธา, **ผลของการฝึกผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความ**

- เจ็บปวดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2535
- อรทัย โสมนรินทร์, เผอิญ ถนอมพงษ์ชาติและศศิมา กุสุมา ณ อยู่ธยา. **ความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคเอดส์.** กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- อัจฉรา นุตตะโร. **ประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายใน ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ : การวิเคราะห์ห่อภิมาน .** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- อินทิรา ปัทมินทร. บทความพินฟูวิชาการ “การใช้จินตภาพการคลายเครียด”. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 7(2542): 191-198.**
- อารีย์ บุญบรรจรัตนกุล. **ความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนองของความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ .** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2538.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธรรมสารจำกัด, 2543.
- อุบล จ้วงพานิช. **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.
- อุบลรัตน์ ดีพร้อม. **ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.

ภาษาอังกฤษ

Ackeman, C.J. and Turkoski, B. Using guided imagery to reduce pain and anxiety.

Home Healthcare Nurse, 18(2000): 524-531.

- Applegate, E. **Nervous system in Applegate. The anatomy and physiology learning system.** 2nd ed. Philadelphia:W.B.Saunders, 2006.
- Barlow, D.H.,Durand, V.M. **Abnormal Psychology: An Integrative Approach.** 4th ed. United States of America: Thomson Wadsworth, 2005.
- Benson, H. **The relaxation response.** New York: Avon Books, 1976.
- Billings, J.A. Palliative medicine update: depression. **Journal of Palliative Care** 11(1995): 48-54.
- Bulechek, G.M. and McCloskey, J.C. **Nursing intervention and treatment for nursing diagnosis.** Philadelphia: W.B.Saunders, 1989.
- Bull, M.J. Factor influencing family caregiver burden and health. **West Journal Nursing Research** 12(1990): 758-770.
- Carey, P.J., Oberst, M.T.,McCubbin, M.A., Hughes, S.H. Appraisal and Caregiving burden in family member caring for patients receiving chemotherapy. **Oncology nursing forum** 18(1991):1341-1348.
- Chisholm, M.M. **Mental Health Psychiatric Nursing: A holistic Life.** United state of America: Mosby Year Book, 1995.
- Clavarino, A.M.,John, B.L.,Sue-Ann, C. and Kevin, B. The needs of cancer patients and their families from rural and remote areas of Queensland. **Australian Journal of Rural Health** 10(2002): 188-195.
- Collins, C.,Stommel, M., Wang, S., and Given, C.W. Care giving transitions: Changes in depression among family caregiver of relatives with dementia. **Nursing Research** 43(1994): 220-225.
- Crespo, M., Javier, L.and Steve, H.Z. Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. **Journal Geriatr Psychiatry** 20(2005): 591-592.
- Davis, B.D., Cowley, S.A., and Ryland, R.K. The effects of terminal illness on atients and their carers. **Journal of Advanced Nursing** 23(1996): 512-520.

- Dossey, B.M. Imagery. In B.M. Dossey(Ed). **Core Curriculum for holistic nursing**. Gaithersburg, MD: Aspen, 1997.
- Fisher, P.A., Laschinger, H.S. A Relaxation Training Program to Increase Self-Efficacy for Anxiety Control in Alzheimer Family Caregivers. **Holistic Nursing Practice** 15(2001): 47-58.
- Fleet, S.V. Relaxation and imagery for symptom management: Improving patient assessment and Individualizing treatment. **Oncology Nursing Forum** 27(2000): 501-510.
- Gaynor, S.E. The long haul: The effects of home care on caregivers. **Journal of Nursing Scholarship** 22(1990): 208-212.
- Getzfeld, A.R. **Essentials of Abnormal Psychology**. 1st ed. New Jersey: John Wiley&Sons, Inc., 2006.
- Given, C.W., Stommel, M., Giver, B., Osuch, J., Kurtz, M.E., and Kurtz, J.C. The influence of cancer patients's symptoms and functional states of patients' depression and family caregivers' reaction and depression. **Health psychology** 12(1993): 277-283.
- Grimm, P.M. **Measuring anxiety: Instrument for clinical health-Care research**. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1997.
- Harvard College. **Coping with Anxiety and Phobias**. London: Harvard Health publications, 2006.
- Health, A.H. Imagery: Helping ICU patients control pain and anxiety. **Dimensions of Critical Care Nursing**, 11(1992): 57
- Iconomou, G., Viha, A., Kalofonos, H.P. and Kardamakis, D. Impact of cancer on primary caregivers of patients receiving radiation therapy. **Acta Oncologica** 40(2001): 766-771.
- Institute of medicine of the national academies. **Complementary and alternative**

- Medicine in the United states.** 1st ed. The United states of America: The National Academy of Sciences, 2005.
- Jensen, S., and Given, B.A. Fatigue affecting family caregivers cancer patients. **Cancer Nursing** 14(1991): 181-187.
- Jacobson, E. **You must Relax.** Chicago: Mcgraw-Hill, 1962.
- Johnson, B.S. **Psychiatric-mental health nursing: Adaptation and growth.** 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1993.
- Johnson, M.J. and Frank, D.I. Effectiveness of a telephone intervention in reducing anxiety of families of patients in an intensive care unit. **Applied Nursing Research** 8(1995): 42-43.
- Kaplan, N.M. Long-term effectiveness of non pharmacological treatment of hypertension. **Hypertension** 18(Jan 1991): 1153-1160.
- Kara, Z.B. and et.al. Multuality and specificity of mental disorder disorders in advanced cancer patients and caregivers. **Soc Psychiatry Epidemiol** 41(2006): 819-824.
- Kemp, C. **Terminal illness: A guide to nursing care.** Florida: Lippincott William&Wilkins, 1995.
- Kneisl, C.R. **Psychiatric nursing.** 5th ed. California: Addison-Wesley, 1996.
- Krach, P. and Brooks, J.A. Identifying the responsibilities and needs of working adults who are primary caregivers. **Journal of Gerontological Nursing** 21(1995): 41-50.
- Kwekkeboom, K.L., Hannah H., Britt, W., Molly B. Patients' perceptions of the effectiveness of guided imagery and progressive muscle relaxation interventions use for cancer pain. **Complementary Therapies in Clinical Practice** (2008): 1-10.
- Kuhn, M.A. **Complementary Therapies for Health Care Providers.** 1st ed. The united states of America: Lippincott Williams&Wilkins, 1999.
- Lawis, C.C. and Collier. Special needs of children. In K.H. Dow&L.J. Hilderly (Eds.), **Nursing Care in Radiation Oncology** (1992): 199-202.

- Lego, S. **The American handbook of psychiatric nursing**. Philadelphia: J.B.Lippincott, 1984.
- Magrath, I., and Litvak, J. Cancer in developing countries: opportunity and challenge. **Journal of the National Cancer Institute** 85(1993): 863-876.
- Margo, A.H. Relaxation: A self-care healing modality reduces harmful effects of anxiety. **American Journal of critical Care** 18(March 2009): 169-172.
- McCloskey, J.C. and Bulechek, G.M. **Nursing interventions classification**. 3rd ed. St.Louis: Mosby, 2000.
- Miller, K.M. and Perry, P.A. Relaxation technique and post-operative pain in patients undergoing cardiac surgery. **Heart&Lung** 19(1990): 136-146.
- Orem, D.E. **Nursing: Concepts of practices**. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book, 1985.
- Orem, D.E. **Nursing: Concepts of practices**. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book, 1991.
- Orem, D.E. **Nursing: Concepts of practices**. 5th ed. St. Louis: Mosby Year Book, 1995.
- Orem, D.E. **Nursing: Concepts of practices**. 4th ed. St. Louis: Mosby year Book, 2001.
- Payne, R.A. **Relaxation training**. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- Perry, G.B. Loneliness and coping among tertiary-level adult cancer patients in the home. **Cancer Nursing** 13(1990): 293-302.
- Pittma, D. and Fowler, S. Acute Stress Disorder: Application to families of Head-injured patients. **Journal of Neuroscience Nursing** 30(1997): 253-256.
- Polit, D.F. and Hungler, B.P. **Nursing Research Principles and Methods**. 6th ed. Philadelphia: J.B.Lippincott, 1999.
- Post-White, J. **Complementary/alternative therapies in nursing**. 3rd ed. New York: Springer, 1998.
- President and Fellows of Harvard College. Anxiety and physical illness. **Harvard Women's health Watch** (July 2008) :6-7.
- Reider, J.A. Anxiety during critical illness of family member. **Dimensions of Critical Care Nursing** 13(1994): 272-279.

- Sandra, M.W., Griselle, B.E., Nancy, H. Individual Telephone Support for family caregivers of seriously ill cancer patients. **Medsurg Nursing** 13(2004): 181-189.
- Seaward, B.L. **Managing Stress**. 2nd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers International, 1999.
- Sheu, S., Itvin, B.L., Lin, H. and Mar, C. Effects of progressive muscle relaxation on blood pressure and psychosocial status for clients with essential hypertension in Taiwan. **Holistic nursing Practice** 17(2003): 41-47.
- Shives, L.R. **Anxiety Disorder: Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing**. 6th ed. Florida: Lippincott William&Wilkins, 2005.
- Sinatra, J.D. Relaxation Training as a Holistic Nursing Intervention. **Aspen Pub** (2000): 30-39.
- Spielberger, C.D. **Anxiety and behavior**. New York: Academic, 1966.
- Spielberger, C.D. and Gurrero, R.D. **Cross-cultural anxiety**. Washington: Hemisphere publishing corporation, 1976.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. and Lushene, R.E. **STAI Manual**. California: Consulting Psychologist Press, Inc., 1970.
- Stephen, R. Imagery: A strategic intervention to empower clients part II-a practical guide. **Clinical Nursing Specialist** 7(May 1993): 235-240.
- Stuart, G.W. and Sundeen, S.J. **Principles and practice of psychiatric nursing**. St.Louis: The C.V. Mosby, 1995.
- Stetz, K. Caring demand during advanced cancer. **Cancer Nursing** 10(1987): 260-268.
- Summemerfeldt, L.J. and Antony, M.M. **Generalized anxiety disorder**. [Online]. 2006. Available from: <http://www.anxietytreatment.ca>[2008, October 25]
- Tabachnick, B. and Fidell, L. **Using Multivariate Statistics**. New York: Harper Collins, 1996.
- Tiernan, P.J. Independent nursing iteration: Relaxation and guided imagery in critical care. **Critical care Nurse** 14(May 1994): 47-51.

- Wenneberg, S.R., et al. Controlled study of TM on cardiovascular reactivity and blood pressure. **Internal Journal Neuroscience** 8(Sep 1997): 15.
- Wilk, C. and Turkoski, B. Progressive muscle relaxation in cardiac rehabilitation: A pilot study. **Critical Care Nurse** 14(1994): 118-124.
- William Collinge. TheMild/Heart Connection[Online]. 2006. Available from:
<http://www.anxietytreatment.ca>[2009, Aug 6]
- Womble, D.M. **Introductory Mental Health Nursing**. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams&wilkins, 2005.
- Yang, C.T., et al. Exploration of factors related to direct care and outcomes of caregiving: Care givers of terminally ill person. **Cancer Nursing** 15(1992): 173-181.
- Young, H.Y., et al. Economic burdens and Quality of life of Family caregivers of Cancer patients. **Oncology** 68(2005): 107-114.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. รศ.ดร. คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมล | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. ผศ.ดร. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ผศ.ดร. ชมพูนุช ไสภอาจารย์ | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยพายัพ |
| 4. นางสาวเนตรสุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ | หัวหน้าหอผู้ป่วยตีกว่องวานิชชั้น 7
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 5. นางนิตยา คชศิลา | พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีฟต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามให้มีประสิทธิภาพต่อไป การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมคำตอบของท่านจะถือว่าเป็นความลับและไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน ขอขอบพระคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

นางสาวกาญจนา มยุระสุวรรณ

นิติบริษฏาโท สาขาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการคัดเลือกญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเข้ากลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกจากประวัติการรักษา

1. การวินิจฉัยโรค

.....

2. ระยะของโรค

.....

3. ประเภทของการรักษาที่ได้รับ

.....

4. ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย

(1) ต้องให้การดูแลทั้งหมด

(2) ให้การดูแลบางส่วน

(3) ไม่ต้องการให้การดูแลเลย

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ID []

วันที่.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย (X) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำลงในช่องว่าง

- | | |
|-------------------------------------------|----------------------------|
| 1. เพศ | 1 [] |
| (1) ชาย | (2) หญิง |
| 2. อายุ | 2 [] |
| (1) ≤ 25 ปี | (2) 26-35 ปี |
| (3) 36-45 ปี | (4) 46-55 ปี |
| (5) ≥ 56 ปี | |
| 3. สถานภาพสมรส | 3 [] |
| (1) โสด | (2) คู่ |
| (3) หม้าย | (4) หย่า/แยก |
| 4. การศึกษาสูงสุดของท่าน | 4 [] |
| (1) ไม่ได้เรียน | (2) ประถมศึกษา |
| (3) มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา | (4) ปริญญาตรี |
| (5) สูงกว่าปริญญาตรี | |
| 5. ศาสนา | 5 [] |
| (1) พุทธ | (2) คริสต์ |
| (3) อิสลาม | (4) อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... |
| 6. อาชีพ | 6 [] |
| (1) ค้าขาย | (2) เกษตรกร |
| (3) ข้าราชการ | (4) รับจ้าง |
| (5) รัฐวิสาหกิจ | (6) อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... |
| 7. รายได้ของครอบครัวท่าน | 7 [] |
| (1) เพียงพอ | (2) ไม่เพียงพอ |
| 8. สิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่ท่านดูแลอยู่ | 8 [] |

- (1) เบิกต้นสังกัด (2) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 (3) ประกันสังคม (4) จ่ายค่ารักษาเอง
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 9 []
 (1) สามีหรือภรรยา (2) บิดาหรือมารดา
 (3) บุตร (4) พี่หรือน้อง
10. โรคประจำตัว 10 []
 (1) ไม่มีโรคประจำตัว
 (2) มีโรคประจำตัว (โปรดระบุ).....
11. ระยะเวลาที่เข้ารับผิดชอบในการดูแล 11 []
 (1) ต่ำกว่า 6 เดือน (2) 7-12 เดือน
 (3) 13-18 เดือน (4) 19-24 เดือน
 (5) 25-30 เดือน (6) 31-36 เดือน
 (7) 37 เดือนขึ้นไป
12. จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย(ชั่วโมงต่อวัน) 12 []
 (1) ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง (2) 7-12 ชั่วโมง
 (3) 13-18 ชั่วโมง (4) 19-24 ชั่วโมง
13. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 13 []
 (1) เคย (2) ไม่เคย
14. ปริมาณของภาระงานด้านอื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติ 14 []
 (1) น้อย (2) ปานกลาง
 (3) มาก (4) มากที่สุด

โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสี่ขีปัญหา

มะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรโลกที่คร่าชีวิตมนุษย์มากที่สุดโรคหนึ่งนอกจากนี้ยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก เป็นสาเหตุการตายประมาณ 13% ของอัตราตาย ทั้งหมดซึ่งเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน และมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 9 ล้านคน ในทุก ๆ ปี องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี 2563 ทั่วโลก จะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน (ฝ่ายแผนงานและสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ประกอบกับนโยบายทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ได้จำกัดอยู่ในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้แล้วจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นยังส่งผลให้โรงพยาบาลต่าง ๆ มีนโยบายในการเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงและจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลช่วงสั้นมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะได้รับการอยู่โรงพยาบาลก็ต่อเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตแล้วเท่านั้น ทำให้แนวโน้มของผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องอยู่และดูแลที่บ้านเพิ่มมากขึ้น (ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) การดำเนินของโรคที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามเดิม ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น (Bull, 1990; Sandra, 2004; Reidy et al., 1991 อ้างใน ชันัญญา กาสินพิลา, 2550; Tang et al., 2007) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (Crespo, 2005) จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าญาติผู้ดูแลร้อยละ 42-49 มีอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากความเครียด ความวิตกกังวล (ชนิตา มณีวรรณและคณะ, 2536; สายพิณ เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2539) จากการศึกษาของวิภา วิเสโส (2545) ที่พบว่าลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หนึ่งในห้าประเด็นที่ทำการศึกษาคือ วิตกกังวลและกลัวการสูญเสียผู้ป่วย โดยพบว่ามีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงด้านนี้คือ การหา กิจกรรมอื่นทำเพื่อเบี่ยงเบนความวิตกกังวล

-
-
-
-
-

แผนการให้ข้อมูลและสนับสนุน

เรื่อง

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของความวิตกกังวล สาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจถึงขั้นตอน วิธีการและประโยชน์ของการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟสามารถนำไปใช้ในการลดความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามตามอาการได้ถูกต้องเหมาะสม
4. เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้สอน

นางสาวกาญจนา มยุระสุวรรณ

ผู้เรียน

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

สถานที่

ห้องเรียนตึกว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ระยะเวลา

แบ่งการสอนออกเป็น 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 30 นาที
ครั้งที่ 1 ให้ข้อมูลและสนับสนุนเรื่องการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ
ครั้งที่ 2 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตอนที่ 1 การให้ข้อมูลและสนับสนุนเรื่องการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
-เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้	<p>สวัสดีค่ะ ดิฉันกาญจนา มยุระสุวรรณ เป็นนิสิตปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จึงใคร่ขอความร่วมมือจากทุกท่านในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งในวันนี้ทุกท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของความวิตกกังวล วิธีและขั้นตอนของฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ โดยดิฉันจะเป็นผู้นำในการฝึกจำนวน 3 ครั้ง หลังจากนั้นจะให้นำเทปการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิตไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน วันละ 1 ครั้ง ซึ่งในการปฏิบัติแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 10 นาที.....</p>	<p>-กล่าวทักทายและแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการสนทนาเพื่อเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเนื้อหาและระยะเวลาที่จะสอนให้ผู้ดูแลรับทราบ</p>		<p>-ญาติผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สอน ให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>-เพื่อสรุปเนื้อหา แนะนำ การลงบันทึกการฝึกการ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ โปรเกรสซีฟ</p>	<p>• • •</p> <p>สรุป จากที่ได้คุยกันมาทั้งหมด เกี่ยวกับความวิตกกังวล สาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้น ดิฉันได้นำการ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปเกรสซีฟมาเป็นวิธีในการ ผ่อนคลายความวิตกกังวล โดยการฝึกฝนด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการนี้ได้รับการยอมรับมากกว่าสามารถที่จะช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ ถ้าได้รับการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ให้ทุกท่านฝึกทุกวัน ครั้งละ 10 นาทีต่อวันและดิฉันใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน ในการลงบันทึกตามแบบฟอร์มที่ให้ไว้</p>	<p>-กล่าวสรุปและตอบข้อซักถาม พร้อมทั้งแนะนำ การลงบันทึก การฝึกการผ่อน คลายกล้ามเนื้อ แบบโปเกรสซีฟ</p>	<p>-แบบบันทึกการผ่อน คลายกล้ามเนื้อแบบโปเกรสซีฟ</p>	<p>-ญาติผู้ดูแลเข้าใจและสามารถลงบันทึกการฝึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปเกรสซีฟในแบบ บันทึกได้ถูกต้อง</p>



ต้นฉบับไม่มีหน้านี้

NO THIS PAGE IN ORIGINAL

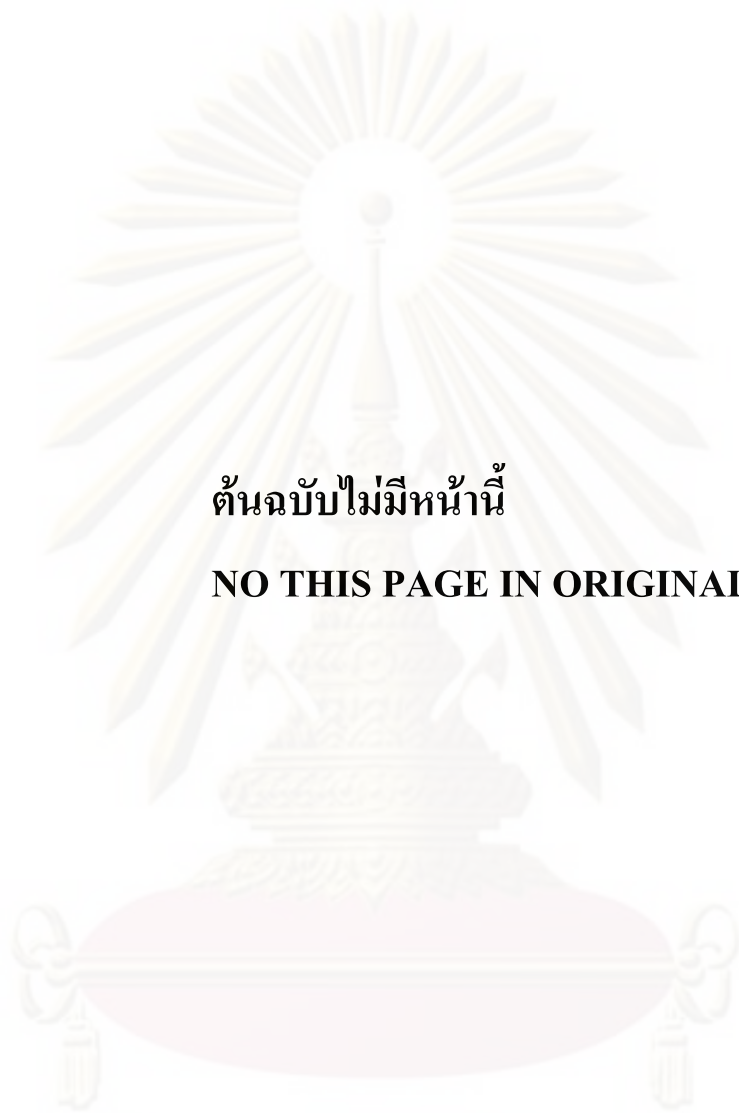
ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ต้นฉบับไม่มีหน้านี้

NO THIS PAGE IN ORIGINAL

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ต้นฉบับไม่มีหน้านี้

NO THIS PAGE IN ORIGINAL

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย



จัดทำโดย

นางสาวกาญจนา มยุระสุวรรณ

นิสิตมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

อ.กมลวรรณ อภิสิทธิ์ - กุวิตร วัฒนศิริ

คู่มือ
มะเร็งระยะลุกลาม
มะเร็งระยะลุกลาม

หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของโรค ไปยังระบบต่าง ๆ และผู้ป่วยมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการรักษาแล้วและไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ การรักษาที่ได้จึงเป็นเพียงการรักษาเพื่อยืดระยะเวลาการอยู่รอดและ

.....

เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ

วัน/เดือน/ปี	ก่อนการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ		หลังการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ		คะแนนของความรู้สึกผ่อนคลายหลังการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	หมายเหตุ
	เวลาที่เริ่มการฝึก	จำนวนครั้งของชีพจร/นาที	เวลาที่สิ้นสุดการฝึก	จำนวนครั้งของชีพจร/นาที		

หมายเหตุ : โดยให้คะแนนของความรู้สึกผ่อนคลาย ตั้งแต่ 1- 10 คะแนนเริ่มตั้งแต่ 1 คะแนน ไม่มีรู้สึกผ่อนคลาย ไปจนถึง 10 คะแนน รู้สึกผ่อนคลายมากที่สุด โดยเรียงระดับคะแนนตามความรู้สึกผ่อนคลาย

แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยทำเครื่องหมาย(/) หน้าข้อที่ท่านคิดว่าถูกต้องและ (X) หน้าข้อที่ท่านคิดว่าผิด

คำตอบ	ข้อคำถาม
	อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไม่สามารถบรรเทาได้
	ถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก หลังเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนต้องรีบจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทดแทนเข้าไปทันที
	หลังรับประทานอาหารควรจัดให้ผู้ป่วยได้มีการเอนหลังหรือนั่งพักหลังอาหารทุกครั้ง
	หลังจากที่ผู้ป่วยเกิดอาการอาเจียนควรดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเนื่องจากขณะเกิดอาการอาเจียนกล้ามเนื้อหลายส่วนต้องทำงานหนัก
	การกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2,000-3,000 ซีซี จะช่วยป้องกันอาการท้องผูก
	<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • •

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค
จริยธรรมและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 437/2009
IRB No. 130/52

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

เลขที่โครงการวิจัย : -


ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกาญจนา มยุระสุวรรณ


สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. Patient/Participant information Sheet
2. Informed Consent Form
3. Full Protocol
4. Principal investigator's CV
5. Questionnaire

ลงนาม 
(ศาสตราจารย์นายแพทย์แอนอน อารีพรรค)
ประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม 
(รองศาสตราจารย์โสภิต ธรรมอาวี)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 28 พฤษภาคม 2552

วันหมดอายุ : 28 พฤษภาคม 2553

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ที่ ศธ 0512.11/ 0515

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

18 มีนาคม 2552

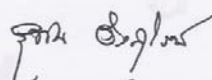
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวกาญจนา มยุระสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน จากกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ แบบบันทึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ และแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสำหรับญาติผู้ดูแล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกาญจนา มยุระสุวรรณ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

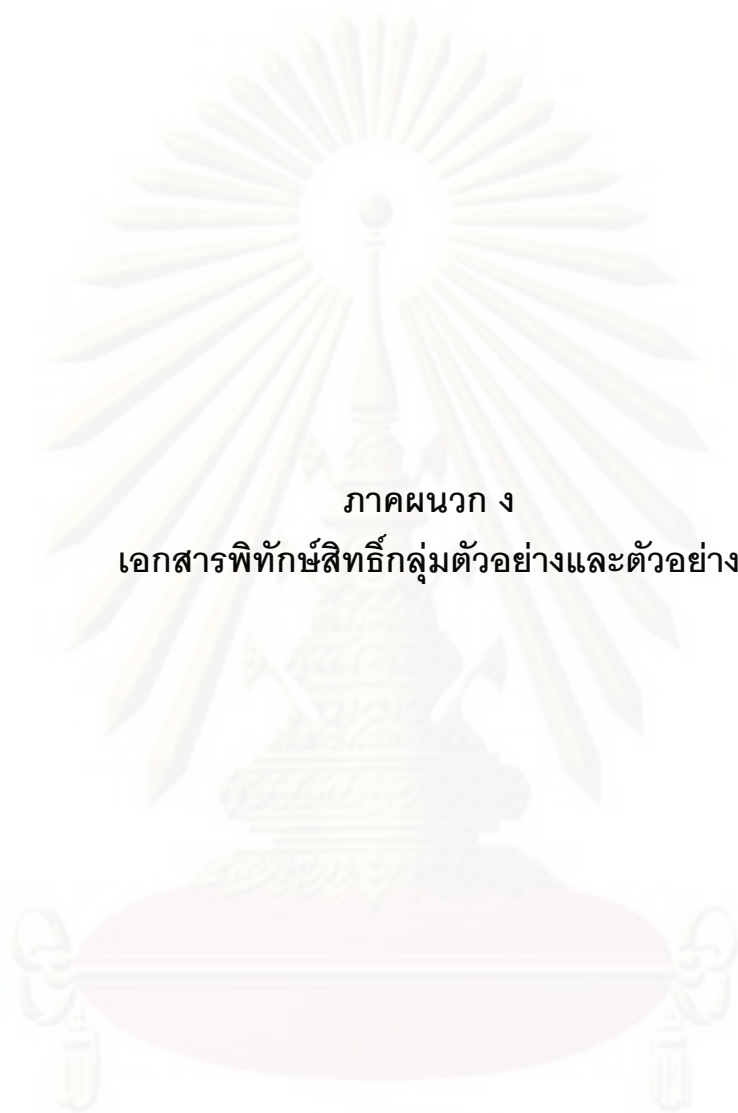
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวกาญจนา มยุระสุวรรณ โทร. 08-6900-5557



ภาคผนวก ง

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและตัวอย่าง

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ
โปรแกรมชีพต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้อ่านรายละเอียดจาก
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอม
เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้การ
วิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย
วิธีการวิจัย อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่าง
ละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดี
แล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้า
พอใจ

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง
เหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ และไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่
ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้
เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น ในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยในคนอาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้
จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะ
เข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้าเพิ่มเติมหลังจากที่ข้าพเจ้าขอ
ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถ
สืบค้นถึงตัวข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของและสามารถ
ยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผย
 ที่จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่นการเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ
 การวิเคราะห์และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิทยาศาสตร์ รวมทั้งการให้ข้อมูลทางการ
 พยาบาลหรือการวิจัยทางด้านการพยาบาลเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
 ยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ยินยอม
 (.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจ
 เกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้
 ผู้เข้าร่วมวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดง
 ความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
 (.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
 (.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ศูนย์วิทยุโทรคมนาคม
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลคำอธิบายสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกาญจนา มยุระสุวรรณ

ที่อยู่ (ที่ทำงาน) ตึกว่องวานิช ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873

ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

(ที่บ้าน) 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-265-4394 โทรศัพท์ที่บ้าน -

โทรศัพท์มือถือ 086-377-1619 E-mail:kanchana_may@hotmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยเนื่องจากท่านเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่แสดงข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตามก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียด เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านเซ็นชื่อยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

โรคมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลที่ยาวนานและต่อเนื่องรวมทั้งการดำเนินของโรคที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามเดิม ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้นทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลซึ่งจะส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายทางกายต่าง ๆ และก่อให้เกิดการรบกวนในชีวิตประจำวันและหน้าที่การงานของตัวผู้ดูแลเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ มาใช้ในการลดความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลเพื่อเป็นการลดระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมซึ่งจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพและสามารถที่จะปรับตัวให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย คือ 40 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมและยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 20 คน หลังจากนั้นจึงทำการคัดเลือกในกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ ประกอบด้วย การพบกับผู้วิจัยจำนวน 4 ครั้ง เพื่อประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้คือการพบครั้งที่ 1 ผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบประเมินความวิตกกังวลเฉพาะสถานการณ์ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 5 นาที เพื่อประเมินระดับของความวิตกกังวลของผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ใ้วางใจพูดคุยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลโดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ระบายความรู้สึก เพื่อเป็นการระบายความเครียดและความวิตกกังวล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพและขั้นตอนในการฝึก พร้อมทั้งนัดพบผู้เข้าร่วมวิจัยในวันถัดมา รวมใช้เวลาประมาณ 20 นาที การพบครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจะทบทวนความรู้เรื่องการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพและฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพเพื่อเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมปรับพฤติกรรมให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดความผ่อนคลายความวิตกกังวลโดยผู้วิจัยเป็นผู้นำฝึกตามแผ่นบันทึกเสียงสำหรับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพของกรมสุขภาพจิต พร้อมทั้งสอนวิธีการตรวจนับชีพจรก่อนและหลังการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ รวมใช้เวลาประมาณ 30 นาที การพบครั้งที่ 3 ผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วมการวิจัยในวันต่อมาเพื่อร่วมฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพเป็นครั้งที่ 2 ตามเทปบันทึกเสียงสำหรับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ ของกรมสุขภาพจิต ใช้เวลาในการฝึกประมาณ 10 นาที ผู้วิจัยซักถามถึงปัญหา อุปสรรคในการฝึก หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลโดยการสอนเรื่อง ความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะลุกลาม อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสงสัยหรือไม่เข้าใจ แนะนำและร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัยในการเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่ผู้เข้าร่วมวิจัยดูแลอยู่ ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจโดยการให้กำลังใจ แสดงความเข้าใจกับภาวะการที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัยและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ระบายความรู้สึก รวมใช้เวลาประมาณ 30 นาที แจกคู่มือ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสำหรับญาติผู้ดูแล การพบครั้งที่ 4 ผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วมวิจัยในวันต่อมา เพื่อร่วมฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อครั้งที่ 3 ใช้เวลาในการฝึก 10 นาที ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ที่ผู้วิจัยได้ให้ไปแล้ว ประเมินความรู้ความเข้าใจโดยให้ทำแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพร้อมทั้งอธิบายถึงสิ่งที่ถูกต้องในข้อที่ตอบผิด เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ซักถามถึงสิ่งที่สงสัยหรือยังไม่เข้าใจอยู่ เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ รวมใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที แจกแผ่นบันทึกเสียงการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้นำไปฝึกปฏิบัติที่บ้านวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ แจกคู่มือการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟและแนะนำการบันทึกการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำกลับไป ผู้วิจัยจะโทรศัพท์สอบถามเกี่ยวกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการฝึกสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในโครงการวิจัยคือ 30 วัน ส่วนในกลุ่มควบคุมผู้เข้าร่วมวิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบประเมินความวิตกกังวลเฉพาะสถานการณ์เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลและให้การพยาบาลตามปกติ หลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้วิจัยจะแนะนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มควบคุมทุกราย ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลโดยทำแบบประเมินความวิตกกังวลเฉพาะสถานการณ์ในสัปดาห์ที่ 4 ของโครงการวิจัย

ความรับผิดชอบของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากท่าน ในการปฏิบัติตามโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟอย่างเคร่งครัด

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ผู้วิจัยคาดว่าท่านจะไม่ได้รับความเสี่ยงทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้นจากการดำเนินชีวิตประจำวันเดิมของท่าน หากแต่ถ้าท่านอยู่ในกลุ่มทดลองท่านจะเสียเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสตีฟ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจจะมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

หากท่านอยู่ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพ อาจจะทำให้ท่านมีระดับของความวิตกกังวลลดลงและมีความรู้ความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ถูกต้องเหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น แต่หากท่านไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพ ผู้วิจัยจะแนะนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพแก่ท่านเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมโครงการวิจัย

สิ่งที่ท่านควรปฏิบัติคือ

- ท่านต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับโครงการวิจัยแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ท่านต้องแจ้งผู้วิจัยทราบถึงความผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ในกรณีที่ท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ท่านจะได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซีพเพื่อลดความวิตกกังวลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ และท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายอื่นใดรวมถึงค่าเดินทางที่เพิ่มขึ้นจากเดิมเนื่องจากโครงการวิจัยครั้งนี้จะกระทำเมื่อท่านมาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลอยู่แล้ว

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาหรือการให้การพยาบาลท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่ให้ความร่วมมือและไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย
- ผู้ป่วยที่ท่านดูแลอยู่เสียชีวิตก่อนสิ้นสุดโครงการวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์และข้อมูลส่วนตัวของท่านได้ตลอดเวลาและจะสิ้นสุดเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอีก หากท่านต้องการยกเลิกการบันทึกข้อมูลขณะอยู่ในโครงการวิจัย ท่านสามารถแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบได้ที่

สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่อาจจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบถึงแนวทางการพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลเสียใด ๆ ทั้งสิ้น
8. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. ท่านจะได้รับโอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อปัญหาทางด้านจริยธรรมการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอนันตมหิตลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-22564455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์เพิ่มเติม

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของชีพจรก่อนและหลังการฝึกและคะแนนความรู้สึกลดลง
ผ่อนคลาย

คนที่	จำนวนครั้งของชีพจร (ครั้ง/นาที)		ผลต่างของค่าเฉลี่ยของชีพจร ก่อนและหลังการฝึก	คะแนนความรู้สึกลดลง ผ่อนคลาย
	ก่อนการฝึก	หลังการฝึก		
1	77.17	72.80	ลดลง 4.37	6.37
2	79.93	77.93	ลดลง 2.00	6.73
3	89.17	86.80	ลดลง 2.37	6.20
4	84.00	74.20	ลดลง 9.80	7.20
5	61.30	51.70	ลดลง 9.60	5.60
6	72.57	71.23	ลดลง 1.34	7.27
7	74.70	69.20	ลดลง 5.50	3.07
8	74.53	70.50	ลดลง 4.03	4.37
9	77.27	76.10	ลดลง 1.17	7.30
10	99.77	97.03	ลดลง 2.74	7.27
11	66.17	63.33	ลดลง 2.84	8.60
12	79.97	76.83	ลดลง 3.14	7.43
13	76.93	73.13	ลดลง 3.80	7.27
14	85.00	82.93	ลดลง 2.07	5.93
15	89.80	86.30	ลดลง 3.50	8.03
16	90.33	74.33	ลดลง 16.00	8.33
17	87.30	82.40	ลดลง 4.90	6.60
18	94.27	82.57	ลดลง 11.70	8.70
19	87.83	83.77	ลดลง 4.06	6.63
20	81.53	76.87	ลดลง 4.66	3.00
รวม	81.47	76.50	ลดลง 4.97	6.60

ตารางที่ 10 แสดงคะแนนแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของกลุ่มทดลอง

คนที่	คะแนนแบบทดสอบความรู้ (คะแนน)
1	19
2	19
3	18
4	17
5	19
6	19
7	20
8	20
9	18
10	20
11	19
12	17
13	17
14	19
15	20
16	20
17	19
18	17
19	19
20	19

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 แสดงอัตราการเต้นของชีพจร ความดันโลหิต ก่อนและหลังการฝึกการปฏิบัติการผ่าน
 คลายกล้ามเนื้อของผู้วิจัย

วันที่	อัตราการเต้นของชีพจร		ความดันโลหิต	
	ก่อนการ ปฏิบัติการ ผ่อนคลาย	หลัง ปฏิบัติการ ผ่อนคลาย	ก่อนการปฏิบัติการผ่าน คลาย	หลังปฏิบัติการผ่านคลาย
			Systolic/ diastolic	Systolic/ diastolic
1	88	84	128/84	126/84
2	87	86	120/80	118/76
3	88	88	120/80	120/82
4	88	84	120/84	116/80
5	80	76	122/78	120/76
6	84	80	110/78	108/76
7	86	88	110/76	106/70
8	85	80	118/70	110/70
9	78	78	115/70	110/68
10	90	88	115/70	114/68
11	86	84	114/72	110/70
12	84	78	120/70	116/64
13	88	80	116/70	110/70
14	86	80	120/80	116/68
15	86	82	116/70	110/66
16	90	84	122/70	120/70
17	92	88	114/72	110/70
18	80	74	120/82	116/84
19	80	74	108/70	100/60
20	88	78	110/70	106/64

ตารางที่ 11 (ต่อ)

วันที่	อัตราการเต้นของชีพจร		ความดันโลหิต	
	ก่อนการ ปฏิบัติการ ผ่อนคลาย	หลัง ปฏิบัติการ ผ่อนคลาย	ก่อนการปฏิบัติการผ่อน คลาย	หลังปฏิบัติการผ่อนคลาย
			Systolic/ diastolic	Systolic/ diastolic
21	84	80	124/78	120/74
22	86	82	108/68	100/60
23	84	80	110/70	110/70
24	86	84	120/84	116/80
25	84	78	116/78	114/74
26	88	80	118/76	110/70
27	84	80	120/80	114/74
28	84	80	108/72	100/70
29	82	76	110/74	110/70
30	80	78	110/72	110/70
ค่าเฉลี่ย	85.2	78.4	122.33/74.93	112.2/69.5

ตารางที่ 12 แสดงคะแนนความวิตกกังวลรายคู่และรายคนของกลุ่มตัวอย่าง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	\bar{d} (+ เพิ่ม, -ลด)	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	\bar{d} (+ เพิ่ม, -ลด)
1	42	37	+5	42	44	-2
2	56	41	+15	55	57	-2
3	55	47	+2	50	51	-1
4	51	49	+12	54	55	-1
5	50	38	+14	52	58	-6
6	48	34	+19	44	44	0
7	58	39	+28	54	61	-7
8	58	30	+3	57	49	+8
9	46	43	+16	44	41	+3
10	54	38	+0	55	57	-2
11	50	50	+7	47	57	-10
12	41	34	+17	43	44	-1
13	58	41	+5	56	46	+10
14	64	59	+4	66	66	0
15	42	38	+3	48	51	-3
16	44	41	+6	41	46	-5
17	43	37	+14	49	51	-2
18	51	37	+10	52	52	0
19	45	35	+5	47	49	-2
20	57	54	+3	51	49	-2
\bar{X}	50.60	41.10		51.85	51.40	
S.D	6.67	7.29		9.87	6.50	

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกาญจนา มยุระสุวรรณ เกิดวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2516 ที่จังหวัดสมุทรปราการ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2539 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2550 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ตึกอำนวยการ ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย