นิพนธ์ต้นฉบับ Original article

ผลของการให้คำปรึกษาต่อความสามารถเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ชลการ ทรงศรี ปร.ด.*
ณรงค์ จันทร์แก้ว พ.บ.**

บทคัดย่อ

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน มีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบทางร่างกายจิตใจและสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังและสุขภาพที่แย่ลง พวกเขาเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษา ต่อระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 107 คน ในเขตอำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินระดับความวิตกกังวลและแบบสอบถามประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา แบบสอบถามทั้งสองชุดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที (t–test)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 78.50 มีอายุมากกว่า 51 ปี ร้อยละ 47.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 65.40 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.41 ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1–5 ปี ร้อยละ 51.40 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการให้คำปรึกษา พบว่า หลังให้คำปรึกษาค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับผู้ดูแลเสมือนกลุ่มผู้ป่วยโดยให้เป็นกลุ่มเป้าหมายในการดูแลและวางแผนเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาและลดความวิตกกังวล

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษา ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความวิตกกังวล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Effect of Counseling on Coping Ability among Caregivers of Patients with Chronic illness

Chonlakarn Songsri Ph.D.*
Narong Chankeaw M.D.**

ABSTRACT

The caregivers of patients with chronic illness at home are prone to suffer from the physical, psycho–emotional and social effects leading to chronic stress and deteriorating their health. They are classified as a risk group that should not be overlooked. The purpose of this action research was to study the effect of counseling on anxiety level and coping ability in caregivers of patients with chronic illness and bed–ridden. The samples were 107caregivers of patients with chronic disease and bed–ridden in Phone Pisai District, Nong Khai province. The data were collected using the anxiety state questionnaires and the coping ability questionnaires. The Cronbach' salpha coefficients were 0.88 for both questionnaires. The data were analyzed using the frequency, percentage, mean, standard deviation and t–test statistics.

The results showed that most of the caregivers of patients with chronic illness were females (78.50%). Of these, 47.70% were aged over 51 years old, 65.40% involved with agriculture, 51.41% were primary school graduation. They have been taking care of the patients for 1 to 5 years of 51.40%. The comparison of mean score before and after counseling showed that after receiving the counseling, the mean score of anxiety level was significantly decreased ($p < 0.05$). The mean score of coping ability of caregivers was significantly increased ($p < 0.05$).

Health care providers should pay attention to caregivers as similar as patients by setting them as a target group of care and planning for improving their ability of problem coping and decreasing their anxiety state.

Keywords : Counseling, Coping Ability, Anxiety, Caregivers of Patients with Chronic Illness

* Registered Nurse (Senior Professional Level), Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani
** Medical Doctor (Senior Professional Level), Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province.

บทนำ

ในปัจจุบันวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อม และโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง ทำให้พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น[1] เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ท้าทายทั้งในระดับประเทศและระดับโลก โดยมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม[2] ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจในเชิงของการควบคุม การป้องกันและการรักษาพยาบาลนับเป็นมูลค่ามหาศาล[3] ในขณะเดียวกันบุคคลในครอบครัวต้องรับบทบาท “ผู้ดูแล” กล่าวได้ว่าญาติเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านแทนบุคลากรสุขภาพ อย่างไรก็ตามในระหว่างดูแล ญาติหรือผู้ดูแลต้องประสบความเครียดเรื้อรัง ซึ่งส่งผลด้านลบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเอง[5] ส่งผลด้านลบของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วย[6] โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนเหตุนี้ ผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรให้ความสนใจและไม่ควรมองข้าม เพราะการให้การดูแลนับว่าเป็นภาระที่หนัก เนื่องจากไม่มีเวลาเป็นของตัวเองมีความกังวลและกลัวว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเป็นอะไรไป จึงให้ความใส่ใจให้กับการดูแลผู้ป่วยจนขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมักมีอาการเหนื่อยล้า (fatigue) ไม่มีสมาธิ (lack of concentration) นอนหลับไม่เพียงพอเนื่องจากภาระจากการดูแล (sleep deprivation) หรือนอนหลับยาก ขึ้นการรับรู้คุณค่าตนเองต่ำ (poor self–esteem) และต้องลดทอนบทบาททางสังคมลง[7] (withdraw of family or friends) มีการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนมาก[8] จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับผลกระทบด้านลบทั้งร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลประสบความเครียดเรื้อรังในระหว่างให้การดูแล ซึ่งจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดยตรง[9] และถ้าผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลก็จะมีความสุขเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและผู้ป่วยด้วย[10] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงกว่าบุคคลทั่วไปโดยมักวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดเป็นภาระความเครียดทุกข์ใจ และความวิตกกังวล[11] ซึ่งความวิตกกังวลนั้นเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกตึงเครียดของผู้ดูแล ที่เกิดจากการประเมินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเองว่าอาจได้รับอันตรายหรือถูกคุกคาม[12] ส่วนใหญ่สาเหตุของความวิตกกังวลมาจากการไม่รู้อาการของผู้ป่วย[13] วิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเมื่อความวิตกกังวลที่รุนแรงมากขึ้นจะทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ หากผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองและผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเพียงพอ จะมีความรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยก่อให้เกิดความวิตกกังวลในระดับสูง[14]

ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นพฤติกรรมแสดงออกถึงการจัดการในด้านความคิด เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือความตึงเครียดของจิตใจ เพื่อบรรเทาปัญหาในเรื่องการควบคุมตนเองด้านความคิดและพฤติกรรม การมีปฏิสัมพันธ์และมีกิจกรรม เพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่น Garland and Bushc[15] กล่าวถึงวิธีการเผชิญปัญหาว่ามี 2 ด้าน คือ ด้านการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาและด้านการแก้ปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ โดยกระบวนการเผชิญปัญหามีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การผสมผสานทั้งแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งทั้งสองแบบมีทั้งผลดีและผลเสียขึ้นกับแต่ละบุคคล แต่ละสถานการณ์ที่บุคคลนั้นเผชิญ[16] ต่อมามีการพัฒนาแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การเผชิญหน้าในการแก้ปัญหา 2) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี 3) การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด 4) การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด 5) การใช้การประคับประคองจากผู้มีประสบการณ์ และ 6) การพึ่งพาตนเอง

การให้คำปรึกษาถือเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีความวิตกกังวลได้ ช่วยให้บุคคลค้นพบ รู้จักเข้าใจยอมรับและพัฒนาตนเอง การให้คำปรึกษามีทั้งรายบุคคลและแบบกลุ่ม ซึ่งการเลือกใช้การให้คำปรึกษาแบบ

ใดนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์และปัญหาของผู้รับบริการ[17] ส่วนการเลือกใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีเผชิญความจริง และทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม โดยทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นทฤษฎีที่เหมาะสมสำหรับช่วงเริ่มต้นของการให้คำปรึกษาผู้ป่วยผ่อนคลายจากความรู้สึกถูกคุกคามด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย ส่วนทฤษฎีเผชิญความจริงจะเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่าอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติ มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงภายหลังได้รับการให้คำปรึกษา[18] ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายนั้น มีผลศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงหลังจากระยะติดตามผลการบำบัด 1 เดือน[19]

โรงพยาบาลโพนพิสัย ให้บริการผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างและต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดที่บ้านโดยผู้ดูแล และจากการรายงานข้อมูลการดำเนินงานโรงพยาบาลโพนพิสัย[20] พบว่า มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ประเภทติดเตียงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลทั้งหมด จำนวน 107 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง 42 ราย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยล้างไตทางช่องท้อง 38 ราย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการรักษาโดยฟอกเลือด 22 ราย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3 ราย และผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับหัวใจวาย 2 ราย ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลจากญาติอย่างใกล้ชิด ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์คือเป็นสามี ภรรยา บุตร ปู่ย่า ตา ยาย หรือบุคคลในครอบครัว ผู้วิจัยในบทบาทการสร้างองค์ความรู้และแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนและในบทบาทของแพทย์ประจำของโรงพยาบาลโพนพิสัย ที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการ เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นบุคคลสำคัญที่อาจมีโอกาสกลายเป็นผู้ป่วยในอนาคตหรือผู้ป่วยซ่อนเร้นได้ โดยเฉพาะถ้าเขาเหล่านั้นยังไม่สามารถเผชิญปัญหาที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตลอดชีวิตของเขา และจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่มีการศึกษาหรือการพัฒนาแนวทางเพื่อดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงมองเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีแนวทางการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทติดเตียง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

การวิจัยนี้ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทติดเตียง และศึกษาผลของการให้คำปรึกษาต่อความสามารถเผชิญปัญหาและระดับความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทติดเตียงในอำเภอโพนพิสัยจังหวัดหนองคาย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การทบทวนโครงร่างวิจัยให้เป็นงานวิจัยที่มีความเสี่ยงในระดับต่ำ ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจาณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์แบบเร็วจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี รหัส IRB BCNU044/016 ลว. 25 กันยายน 2561

การวิจัยมีการดำเนินการดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.1 ผู้ร่วมวิจัย (Participants) มีทั้งหมด 107 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียงประเภท 3 ทุกคน มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลโพนพิสัย สามารถให้ข้อมูลด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี และมีความสะดวกยินดีเข้าร่วมโครงการ

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ และคณะ[21] และแปลเป็นภาษาไทยโดยนิติยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโภคาทร และมาลี นิสัยสุข เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อที่มีความหมายเชิงลบ 13 ข้อ ข้อคำถามความหมายเชิงบวก 7 ข้อ และแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการเผชิญปัญหา 6 ด้าน คือ 1) ด้านการแก้ไขอารมณ์ความตึงเครียด 2) ด้านการบรรเทาอารมณ์ความตึงเครียด 3) ด้านการประคับประคองความตึงเครียด 4) ด้านการพึ่งพาตนเอง 5) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 6) ด้านการมองเหตุการณ์ในแง่ดี เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีทั้งหมด 40 ข้อ

1.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผู้วิจัยนำไปพิจารณาปรับปรุง ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบวัดไปใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการทางกาย 30 ราย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างทดสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล (Reliability test) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) โดยแบบสอบถามทั้งสองชุด มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.88

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการตลอดโครงการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้องรังเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ หลังจากผู้ดูแลให้ความยินยอมแล้วจึงทำการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.1 ผู้ร่วมวิจัยที่ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และพยาบาลให้คำปรึกษาประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวม จำนวน 15 คน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์และประเด็นการสนทนากลุ่ม สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและตรวจสอบกับความสอดคล้องขององค์ประกอบของแบบสัมภาษณ์และประเด็นสนทนากลุ่มด้านเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence: IOC) โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการประชุมเพื่อสนทนากลุ่มและการพิจารณาและร่างแนวทางการให้คำปรึกษา 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การฟังอย่างใส่ใจ 2) การให้ระบายความรู้สึก 3) การให้กำลังใจ 4) การเสริมพลังอำนาจ 5) การสร้างความเข้มแข็งทางใจ 6) การลดความเครียดและวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 7) ผ่อนคลายด้วยตนเอง โดยการสั่งร่างกายให้รู้สึกผ่อนคลาย 8) การหายใจโดยใช้การขยายตัวของท้องมากกว่าหน้าอก และ 9) การฝึกสมาธิ

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลจาการสัมภาษณ์การสังเกตและการจดบันทึก วิเคราะห์ทบทวนข้อมูลว่าน่าเชื่อถือเพียงใด มีความหมายอย่างไร ความสัมพันธ์กับปรากฏการณ์และลักษณะของข้อมูลที่ได้อยู่ในระดับสถานการณ์ใด สมควรต้องเก็บเพิ่มเติมอีกหรือไม่ และนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำผลจากการสรุปเนื้อหามาเรียบเรียง และยกร่างเป็นแนวทางการให้คำปรึกษา 9 ขั้นตอน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการให้คำปรึกษาต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เป็นการนำแนวทางการให้คำปรึกษา 9 ขั้นตอน ไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทติดเตียง จำนวน 107 คน สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ซึ่งดำเนินการในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามภูมิลำเนาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาศัยอยู่ หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการให้คำปรึกษา 1 เดือน ผู้วิจัยทำการประเมินผลลัพธ์โดยวัดระดับความวิตกกังวลและความสามารถ

ในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยเครื่องมือชุดเดียวกันกับการศึกษาในระยะที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละวัดระดับความวิตกกังวล ความสามารถในการเผชิญปัญหา แล้วนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean; $\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; S.D.) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้คำปรึกษาด้วยสถิติ Paired–Samplest–test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดเตียงประเภท 3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 87 คน ร้อยละ 78.50 เป็นเพศชาย จำนวน 23 คน ร้อยละ 21.50 มีอายุมากกว่า 51 ปี ร้อยละ 47.70 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 65.40 จบประถมศึกษาร้อยละ 51.41 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1–5 ปี ร้อยละ 51.40 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 65.40 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรผู้ป่วย ร้อยละ 33.60 เป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 27.10 เป็นญาติ (ปู่ย่าตายายลุงป้าน้าอา) ร้อยละ 18.70 นอกนั้นจะเป็นบิดาหรือมารดา พี่น้อง ร้อยละ 6.50 และอื่นๆ อีกร้อยละ 7.50

ระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนการให้คำปรึกษา

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการให้คำปรึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) และค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับต่ำถึงระดับพอใช้ (ตารางที่ 3) จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัยในระยะที่สอง จำนวน 15 คน พบว่ายังไม่เคยมีแนวทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทติดเตียง และจากการศึกษานี้ได้มีการหาแนวทางการให้คำปรึกษาต่อความสามารถเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทติดเตียง ได้แนวทางการให้คำปรึกษาทั้งหมด 9 ขั้นตอนคือ 1) การฟังอย่างใส่ใจ 2) การให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึก 3) การให้กำลังใจ 4) การเสริมพลังอำนาจ 5) การสร้างความเข้มแข็งทางใจ 6) การสอนเทคนิคการลดความเครียดและวิตกกังวล 7) การผ่อนคลายด้วยตนเอง โดยการสั่งร่างกายให้รู้สึกผ่อนคลาย 8) ควบคุมการหายใจ การหายใจโดยใช้การขยายตัวของท้องมากกว่าหน้าอก ซึ่งเป็นการกำหนดการเคลื่อนไหวของการหายใจที่จะนำไปสู่การตอบสนองทางร่างกาย และ 9) สอนการฝึกสมาธิ

ผลของการให้คำปรึกษาต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

หลังจากดำเนินการให้คำปรึกษาเสร็จสิ้นแล้ว เว้นระยะห่างอีก 4 สัปดาห์ จึงประเมินผล ผลการประเมินแสดงดังตารางที่ 1–3

ตารางที่ 1 ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนและหลังให้คำปรึกษา (n = 107)

ระดับคะแนนความวิตกกังวล	ก่อนการให้คำปรึกษา			หลังการให้คำปรึกษา		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
20 – 40 คะแนน	47	43.93	ต่ำ	90	84.11	ต่ำ
41 – 60 คะแนน	60	56.07	ปานกลาง	17	15.89	ปานกลาง
61 – 80 คะแนน	0	0	สูง	0	0	สูง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนและหลังให้คำปรึกษา (n = 107)

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนให้คำปรึกษา		หลังให้คำปรึกษา		df	t	p–value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
	2.02	0.35	1.76	0.18	106	11.00	<0.001

จากตารางที่ 1 และ 2 พบว่า ก่อนการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลาง 60 คน ระดับต่ำ 47 คน คิดเป็นร้อยละ 56.07 และ 43.93 ตามลำดับ หลังการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนมากมีความวิตกกังวลระดับต่ำ ร้อยละ 84.11 วิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 15.89 และเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติเปรียบเทียบ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลหลังให้คำปรึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนและหลังให้คำปรึกษา (n = 107)

ความสามารถในการเผชิญปัญหา	ก่อนให้คำปรึกษา		หลังให้คำปรึกษา		df	t	p–value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
การแก้ไขอารมณ์ความตึงเครียด	0.65	0.72	2.2	0.69	106	20.51	<.001
การบรรเทาอารมณ์ความตึงเครียด	0.62	0.58	2.32	0.53	106	26.13	<.001
การประคับประคองความตึงเครียด	1.14	.48	2.05	0.37	106	19.54	<.001
การพึ่งพาตนเอง	1.76	.42	2.71	0.33	106	21.72	<.001
การเผชิญหน้ากับปัญหา	1.42	.46	2.30	0.43	106	16.68	<.001
การมองเหตุการณ์ในแง่ดี	1.61	.43	2.70	0.27	106	22.59	<.001
เฉลี่ยรวม	**1.2**	**0.42**	**2.38**	**0.34**	**106**	**26.88**	**<.001**

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหารวมทุกด้านเท่ากับ 1.2 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ หลังการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหารวมทุกด้านเพิ่มขึ้นเป็น 2.38 ซึ่งอยู่ในระดับดีโดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

วิจารณ์และสรุป

การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของอำเภอโพนพิสัย ยังไม่มีแนวทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาก่อน ยังคงเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นการให้บริการหลัก จากงานวิจัยมีการประยุกต์แนวทางการให้คำปรึกษามาใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การฟังอย่างใส่ใจ การระบายความรู้สึก การให้กำลังใจการเสริมพลังอำนาจการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การลดความเครียด และวิตกกังวล โดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายด้วยตนเอง โดยการสั่งร่างกายให้รู้สึกผ่อนคลาย การหายใจโดยใช้การขยายตัวของช่องท้องมากกว่าหน้าอก และการฝึกสมาธิเป็นรูปแบบการแก้ปัญหาแบบมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การประสบความสำเร็จในการลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการเผชิญ

ปัญหา โดยที่ให้ผู้ดูแลทราบว่าขณะนี้เกิดปัญหาหรืออุปสรรคใดขึ้น และต้องตอบสนองต่ออุปสรรคนั้นด้วยความเข้มข้นระดับใด ค้นหาว่าสิ่งใดคือสาเหตุของอุปสรรคจะทำสิ่งใดเพื่อทำให้สถานการณ์ดีขึ้น และตัดสินใจว่าสิ่งใดอยู่ในความรับผิดชอบของเราพร้อมทั้งวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการแก้ไขตามศักยภาพของตน และเลือกวิธีการดำเนินการเพื่อให้อุปสรรคอยู่กับเราให้น้อยที่สุด ด้วยการใช้สมาธิบำบัดควบคุมไม่ให้อุปสรรคเข้ามามีบทบาทต่อชีวิต ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยของของระดับภาวะวิตกกังวลหลังให้คำปรึกษาลดลง ส่วนความสามารถในการเผชิญปัญหาพบว่าค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มมากขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการให้คำปรึกษาได้ผ่านกระบวนการฝึกและเรียนรู้ทักษะการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของตนเองให้มีความเหมาะสมผ่านกระบวนการที่มีผู้ให้คำปรึกษา 9 ขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา พันจุย และคณะ[22] ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสอดคล้องกับทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ที่ให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดระบายอารมณ์ความรู้สึกถึงความกลัว วิตกกังวล การใช้เทคนิคการนำให้เกิดการตระหนักรู้ ทำความรู้จักกับความรู้สึก อารมณ์ความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น การกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้บ่อย ๆ ผู้รับการปรึกษาก็จะมีความชำนาญในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของตนเองทั้งภายในและภายนอก จะนำไปสู่การเข้าใจและหาวิธีการในการควบคุมตัวเอง จัดระบบชีวิตของตัวเองให้สมดุล และมีความรับผิดชอบ[23] สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ ลิขิตกิจไพศาล[24] ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาในกลุ่มที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยใช้โปรแกรมการให้การปรึกษากลุ่มการศึกษาเชิงจิตวิทยา ผสมผสานกับทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม จากการศึกษาแสดงให้เห็นถึงการให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการสามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการกับปัญหาตนเองได้อย่างมั่นใจและสามารถพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปสู่การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตได้และรูปแบบการให้คำปรึกษานี้ยังสอดคล้องแนวคิดในการพัฒนาความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคคือการคิดว่า ความอดทน จะสามารถทนต่ออุปสรรค และความคับแค้นใจได้ เมื่อพบเจออุปสรรคต้องอดทนการสร้าง “ความภาคภูมิใจในตัวเองตามความเป็นจริงให้ได้” ด้วยการรู้จักค้นหาและชื่นชม “ความดีพื้นฐาน” ของตนเองให้ได้ การรู้จักสร้างจินตนาการหรือความเชื่อที่ดี เชื่อว่าอุปสรรคที่มีอยู่ลดลงหรือจะสามารถแก้อุปสรรคได้ โดยคิดซ้ำเพื่อให้เกิดความเชื่อ เมื่อเราเชื่อว่าชีวิตนี้จะดีขึ้นในอนาคตแล้วเราจะเกิดกำลังใจ จะเกิดความคิดสร้างสรรค์ที่ดีรู้จักพัฒนาความเชื่อให้เกิดความเป็นไปได้ ในส่วนของกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่มีความเครียดและยังสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้และปรับตัวกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ก็ยังจะต้องป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้ในอนาคตเช่นเดียวกัน ในกลุ่มที่มีความเครียดระดับปานกลางหรือสงสัยว่ามีปัญหาความเครียดหรือมีเรื่องไม่สบายใจ คับข้องใจ และยังทำใจยอมรับการเป็นผู้ดูแลที่ยาวนานไม่ได้ ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับตัวหรือแก้ปัญหา บุคลากรด้านสาธารณสุขควรให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำตามแนวทางการให้คำปรึกษา 9 ขั้นตอน หรือได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพในเรื่องการผ่อนคลายความเครียดด้วยการพูดคุยหรือปรึกษาหารือกับคนใกล้ชิด เพื่อระบายความรู้สึกหรือคลี่คลายที่มาของปัญหา หรือใช้หลักการทางศาสนาเพื่อคลายความกังวลหรือหาแนวทางในการดูแลที่เหมาะเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเครียดที่รุนแรงและนำไปสู่การเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการวิจัยยังพบผู้ดูแลบางส่วนมีความวิตก

กังวลระดับกลางและมีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับต่ำ จึงควรมีการส่งทีมเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือประคับประครองด้านจิตใจ แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้เข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล ภาระของผู้ดูแลเพื่อนำไปสู่การให้คำปรึกษาเพื่อเผชิญกับปัญหาและการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตโรงพยาบาลโพนพิสัย ขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพศาล สุวรรณน้อย ในการชี้แนะการวิจัย ขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทุนวิจัยและสนับสนุนเวลาในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Bentzen N, editor. WONCA dictionary of general/family practice. Trondheim, Norway: WONCA International Classification Committee; 2003.
2. World Health Organization. Chronic diseases and their common risk factors.Geneva, Switzerland; 2005.
3. World Economic Forum. The Global Economic Burden of Non–communicable Diseases. Geneva, Switzerland; 2011.
4. Allison S, et al. Active carers: Living with chronic obstructive pulmonary disease. Int J PalliatNurs. 2008;14(8):368–72.
5. Hafsteinsdottir T B, et al. Education needs of patients with stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. Patient Ed Counsel. 2010;12:1–10.
6. Younhmee K, &Ratche LS. Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative's cancer diagnosis. Psycho–Oncol. 2009;19:431–40
7. Shiouh–Chu S, Hengh–Sin T, & Shu–Yuan L. Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. J NursSchol. 2012; 44(3): 223–31.
8. Nijboer C,Tepelaar R, Triemstra M, & Van den Bos, GA. The role of social and psychological resources in caregiving of cancer patients. Cancer. 2001;91:1029–39.
9. Schoenmakers B, Buntinx F, &Delepeleire L. Factor determining the impact of care–giving on caregivers of elderly patients with dementia: A systematic literature review. Maturitas. 2010;9:191–200.
10. Liu Wei–feng, Zhang Wei–min, Huang Run–quan Research on the coping style and its related factors in caregivers of patients with schizophrenia. Journal of Clinical Nursing: 2010;18:311–319.
11. Juan, C.A.L., Elizabeth, N., Teresita, V.C., Alison,D., Miriam, J.M., &Maria, L.M.C. Health–related quality of life incaregivers of individuals with traumaticbrain injury from Guadalajara, Mexico.JRehabi.Med. 2011;43:983–986.

12. Spielberger, C. D. Anxiety as an Emotional State. in C. D. Spielberger (Ed.). Anxiety: Current trends in theory and research. New York: Academic Press; 1972.
13. Testani, D. L., Chappel, A. L., &Eueldner, S. Traumatic brain injury: A family experience. Journal of NeuroscienceNursing. 1992;24:317–323.
14. Pandee, D., Kunsongkeit, W., Masinghboon, K., &Wachirawat, W. Predictors of coping strategies among family members of patients with head injury. Journal of Faculty of Nursing, Burapha University. 2006;14:52–63.
15. Galand, L.M. and Bush, C.TCoping Behavior and Nursing. Virginia: Reston Publishing; 1982.
16. Lazarus, R.S. and Folkman, S.Stress Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
17. มัลลวีร์ อดุลวัฒนศิริ. เทคนิคการให้คำปรึกษา: การนำไปใช้. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2552.
18. รัตนาภรณ์ อินทร์ยา. ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเกสตอลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2548.
19. จุฑารัตน์ ทองสลับ. การให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป [การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
20. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพนพิสัย. สรุปผลการดำเนินงานประจำปีระดับอำเภอโพนพิสัย. หนองคาย: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ; 2560.
21. Spielberger C, GorsuchF, Lushene R. STAI manual for the S–T–A–I (“Self–evaluation Questionnaire”). Consulting Psychologist Press. Palo Alto: California; 1971.
22. รัตนา พันจุย และคณะ. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
23. ลิขิต กาญจนาภรณ์. ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์. ในประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทางการแนะแนวและทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา หน่วยที่ 9. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.
24. เบญจมาภรณ์ ลิขิตกิจไพศาล. ผลของการให้การปรึกษากลุ่มที่มีต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันโรงพยาบาลรามาธิบดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการแนะแนว]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2555.