



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแล
ผู้ป่วยติดเตียง

โดย

นางสาวบุษยมาส คັນธมาศน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2565

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแล
ผู้ป่วยติดเตียง

โดย

นางสาวบุษยมาส คันธมาศน์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2565

THE EFFECTS OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON BURNOUT IN
CAREGIVERS OF BEDRIDDEN PATIENTS

BY

MISS BUDSAYAMAS KANTAMAS



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING
FACULTY OF NURSING
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2022

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางสาวบุษยมาส คันธมาศน์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2565

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ)

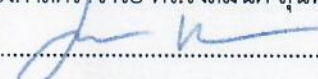
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชนาถ บรรทมพร)

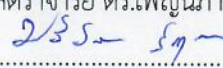
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธิ์)

คณบดี


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรียกมล รัชกุล)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
ผู้เขียน	นางสาวบุษยมาส คັນธมาศน์
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชนาถ บรรทมพร
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และแบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของแมสเลซ (Maslach Burnout Inventory) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ คือ

1) คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลอง ($M=42.47$, $SD=12.23$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M=63.60$, $SD=12.09$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=17.23$, $p<.001$)

2) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1=21.13$, $SD=6.72$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2=1.93$, $SD=3.78$) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-16.39$, $p<.001$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม สามารถลดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ ที่จะนำไปช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง หรือกลุ่ม

ผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีระยะเวลาในการดูแลคล้ายกันเป็นระยะเวลานาน ในการส่งเสริมให้ความเหนื่อยหน่ายในการดูแลลดลงได้

คำสำคัญ : ความเหนื่อยหน่าย, โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม, ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง



Thesis Title	THE EFFECTS OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON BURNOUT IN CAREGIVERS OF BEDRIDDEN PATIENTS
Author	Miss Budsayamas Kantamas
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Psychiatric and Mental Health Nursing Program Faculty of Nursing, Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Nuchanart Bunthumporn, Ph.D.
Thesis Co-Advisor	Associate Professor Rangsiman Soonthornchiya, Ph.D.
Academic Year	2022

Abstract

The present study was based on quasi-experimental research between 2 groups to study the effects of a social support program on burnout in caregivers of bedridden patients. The sample group was 60 caregivers of bedridden patients divided into two groups; 30 in the experimental group and 30 in the control group. The experimental group received 8 social support programs based on social support concepts; each program takes 60 minutes twice a week, and the experimental period lasted 4 weeks. The control group received routine care only. The instrumentation employed in the research was the social support program, which passed an examination for content validity by 3 experts. The Maslach Burnout Inventory was determined with a Cronbach's alpha coefficient of .08. Demographic data was analyzed using descriptive statistics. A comparison between pre-and post-test Maslach Burnout Inventory scores in the experimental group with dependent t-test and the comparison of the mean difference between pre-and post-test Maslach Burnout Inventory scores between the experimental group which attended receive the social support program and control groups by independent t-test.

The major findings were as follows:

1. The mean scores of burnout in caregivers of bedridden patients in the experimental group which attended the social support program had difference from

post-test mean scores ($M=42.47$, $SD=12.23$) before attending the experimental ($M=63.60$, $SD=12.09$) at a statistical significance ($t=17.23$, $p<.001$)

2. The mean scores of burnout in caregivers of bedridden patients, the experimental group after attending the experimental pre and post-receiving social support program ($\bar{D}_1=21.13$, $SD=6.72$) had a difference from the control group, which received routine care ($\bar{D}_2=1.93$, $SD=3.78$) at a statistical significance ($t=-16.39$, $p<.001$)

The research findings of the present study indicated that the social support program effectively reduces burnout in caregivers of bedridden patients. Thus, the social support program is one of the alternatives for health personnel to recommend caregivers of bedridden patients or other chronic patients in order to alleviate burnout syndrome and find a way to solve problems.

Keywords: burnout, social support program, caregivers of bedridden patients

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชนาถ บรรทมพร และรองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ได้ให้ความรู้ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ ตลอดจนเสียสละและทุ่มเทเวลาอันมีค่าให้กับผู้วิจัยอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณาของท่านเป็นที่สุด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในการวิจัย นายแพทย์ศุภเสก วิโรจนาภา รองศาสตราจารย์ ดร.วาริรัตน์ ถาน้อย และคุณศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน ที่ได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่กรุณาถ่ายทอดความรู้และปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมที่ดี อันเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตและการทำงานที่ดีต่อไป ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองคลองหลวง เทศบาลเมืองท่าโขลงทุกท่าน รวมถึงอาสาสมัครวิจัยทุกท่าน ขอขอบพระคุณ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ อีกทั้งเพื่อนร่วมงานในกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ให้ความช่วยเหลือในขณะที่ศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานบัณฑิตศึกษาทุกท่าน รวมทั้งและพี่น้องร่วมคณะที่ได้ให้กำลังใจและความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ คุณยายเจียร คันธมาศน์ ที่ให้ความรักความอบอุ่น ความห่วงใย อบรมสั่งสอนและเป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้วิจัยตลอดมา และกัลยาณมิตรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้วิจัยตลอดการศึกษาเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่บุพการี คณาจารย์ และสุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการงานวิจัยนี้ ขอให้มีความสุขกายและสุขภาพใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

นางสาวบุษยมาส คันธมาศน์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
พ.ศ. 2565

สารบัญ

หน้า

หน้าอนุมัติ	(1)
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.3 คำถามการวิจัย	8
1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	8
1.5 ขอบเขตการศึกษา	8
1.6 นิยามศัพท์การวิจัย	8
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	10
1.8 สมมติฐานการวิจัย	13
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง	16
2.1.1 ความหมายผู้ป่วยติดเตียง	16
2.1.2 ประเภทของผู้ป่วยติดเตียง	17
2.1.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง	18
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	19

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

2.2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	19
2.2.2 รูปแบบการดูแล	20
2.2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีต่อผู้ดูแล	21
2.2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	23
2.2.5 ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	24
2.2.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	25
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	27
2.3.1 ความหมายความเหนื่อยหน่าย	27
2.3.2 วงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่าย	28
2.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของแมสแลช	30
2.3.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย	31
2.3.5 อาการแสดงของความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วย	33
2.3.6 ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	37
2.3.7 การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเหนื่อยหน่าย	38
2.3.8 การประเมินความเหนื่อยหน่าย	39
2.4 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม	42
2.4.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม	42
2.4.2 การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮ้าส์	44
2.4.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม	45
2.4.4 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม	46
2.5 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	48
2.5.1 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม	48
2.5.2 การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่าย ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	50

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 3 วิธีการวิจัย	61
3.1 รูปแบบการวิจัย	61
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	62
3.2.1 ประชากร	62
3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง	62
3.2.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	62
3.2.2.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	63
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	64
3.3.1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	64
3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	65
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	68
3.4.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล	68
3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง	69
3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	70
3.5.1 ขั้นตอนเตรียมการวิจัย	70
3.5.2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง	71
3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	74
3.6.1 การรักษาความลับ	74
3.6.2 กระบวนการให้ความยินยอม	74
3.6.3 ความเสี่ยงจากการเข้าร่วม	74
3.6.4 การปฏิบัติต่อกลุ่มตัวอย่างควบคุม	75
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	75
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	77
4.1 ผลการวิจัย	77

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4.2 การอภิปรายผลการวิจัย	81
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	93
5.1 สรุปผลการวิจัย	93
5.2 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้	97
5.3 ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้	98
รายการอ้างอิง	99
ภาคผนวก	112
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	113
ภาคผนวก ข การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น	114
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	115
ภาคผนวก ง เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย และหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยของอาสาสมัคร	137
ภาคผนวก จ เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	154
ประวัติผู้เขียน	155

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 แสดงข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ด้านอายุ	78
4.2 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียง	78
4.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ก่อนและหลัง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม	80
4.4 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	81

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	13
3.1 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	64
3.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล	73



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยติดเตียง คือ ผู้ที่มีอาการสภาพร่างกายไม่แข็งแรง จนต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งในบางรายอาจจะไม่รู้สีกตัวเลย ขณะที่บางคนอาจจะขยับตัวได้บ้าง แต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือได้ในบางเรื่องอย่างไม่เต็มที่ สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนติดเตียงอยู่ตลอดเวลาอาจมาจากความเจ็บป่วยจากการเป็นโรค การประสบอุบัติเหตุ การเป็นผู้สูงอายุ พิการแต่กำเนิด เป็นต้น (ณิสาชล นาคกุล, 2561) การนอนติดเตียงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ การขาดสารอาหารอย่างรุนแรง เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ ดังนั้น สำหรับผู้ป่วยที่นอนติดเตียง จึงต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือขณะรักษาตัว ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ ผู้ดูแลจึงมีหน้าที่ดูแล พื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และยังช่วยป้องกันผู้ป่วยจากโรคแทรกซ้อนตามมาอีกด้วย ผู้ดูแลยังเป็นคนสำคัญที่สุดในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย จากการศึกษาของสมชาย วิริกรรมกุล (2557) พบว่า หากผู้ป่วยติดเตียงได้รับการดูแลที่ดีจะสามารถลดภาวะของโรคแทรกซ้อน และภาวะวิกฤตอื่น ๆ อันเกิดจากความเจ็บป่วยได้ แต่หากการดูแลไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น พลัดตกเตียง เกิดแผลกดทับทำให้ต้องรักษาตัวอีก มีค่าใช้จ่ายจากการรักษาเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยแย่ลง ส่วนผู้ดูแลจะมีเหน็ดเหนื่อยเพิ่มขึ้น และท้ายที่สุดผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแล (กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, และ สกาวรัตน์ ไกรจันทร์, 2557) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญ แต่การต้องแบกรับหน้าที่ในการดูแลที่หนักอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับขาดความรู้ในการดูแล อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจในสภาวะกดดันต่อผู้ดูแลได้

จากรายงานของระบบคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) พบว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเตียงในปี 2563- 2565 จำนวน 45,278, 52,806 และ 52,471 คนตามลำดับ และในจังหวัดปทุมธานี มีผู้ป่วยติดเตียง ปี 2559-2564 จำนวน 238, 257, 367, 372, 386 และ 391 คนตามลำดับ (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2564; กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563) จากสถิติดังกล่าว เห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งจากสถานการณ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีนี้ ย่อมส่งผลให้มีผู้ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งผู้ดูแลมีหน้าที่ให้การช่วยเหลือกิจวัตร

ประจำวันของผู้ป่วยทั้งหมด และต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันในการดูแลกิจวัตรต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย ตั้งแต่เข้าจนกระทั่งผู้ป่วยนอนหลับ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นหน้าที่ที่ต้องใช้ความอดทนเป็นอย่างมาก รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยยังก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลในระดับสูง นอกจากนี้ ยังทำให้ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน หรือไม่มีเวลาทำงานอย่างอื่น (ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, และ นิมิตศุรา แว, 2560)

สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้น ควรอยู่ภายใต้การดูแลแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามด้วยค่าใช้จ่ายที่สูง และสถาบันครอบครัวของไทยส่วนใหญ่เป็นสถาบันที่อาศัยเกื้อกูลกันทั้งทางสังคมและทางกายภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) สมาชิกในครอบครัวจึงมักต้องรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นการดูแลในระยะยาว การเป็นผู้ดูแลย่อมส่งผลกระทบต่อในเชิงค่าเสียโอกาสจากการทำหน้าที่ดูแลปรนนิบัติ โดยอาจต้องลาออกจากการทำงานหรือลาออกจากการเรียน เพื่อมาทำหน้าที่ดูแลแบบเต็มเวลา และเสียโอกาสทางการเงิน มีความเสี่ยงที่จะมีภาวะยากจน และผู้ดูแลอาจได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ (Brazil, Bedard, & Willison, 2003) นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การลาออกจากการประกอบอาชีพหลักมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างเดียว หรือทำงานประกอบอาชีพหลักพร้อมกับทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล (ปารัยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์, 2561)

สำหรับผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ดูแลจะมีสุขภาพด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ภูมิคุ้มกันต่ำลง และมีสุขภาพที่แย่กว่าคนปกติทั่วไป (Grafstrom, Fratiglioni, Sandman, & Winblad, 1992) ส่งผลให้มีอาการปวดศีรษะ เมื่อยล้าตามร่างกาย รับประทานอาหารได้น้อย (Muldary, 1983) อาการที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ เหนื่อย เมื่อยล้า อ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ และปวดตามร่างกาย การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องใช้กำลังมากขึ้นในการออกแรงยกตัวผู้ป่วยเวลาอาบน้ำเช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า และทำกิจกรรมต่างในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวหรือมีความเจ็บป่วยเดิมอยู่แล้วมักจะมีอาการกำเริบเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนผลกระทบด้านจิตใจของผู้ดูแล ได้แก่ เครียด วิตกกังวล หงุดหงิด ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกเหนื่อยหน่ายกับการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลคนเดียว เศร้าที่ต้องทำใจต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อิสระตามใจชอบ นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เป็นต้น (Bevans & Sternberg, 2012) ด้านอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์โกรธ หงุดหงิดง่าย ด่าทอผู้อื่น ขาดความเห็นอกเห็นใจ ปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย (Rosenfarb et al., 2006) และด้านพฤติกรรม ส่งผลให้มีการแยกตัวจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว และรู้สึกถูกกีดกันออกจากสังคม เนื่องจากไม่มีเวลาเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเต็มที่ (ศาสตรา สุดสวาสดี, ภาวิน ศิริประภานุกูล, สยาม สระแก้ว, และ สุทธิพร ทองสุข, 2564) มีความรู้สึกที่ต้องดูแลอยู่ตลอดเวลา ผู้ดูแลที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจะมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงกว่าเดิม ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังและซึมเศร้า

(ปาร์ชฌญาน วังษัไตรรักษ์, 2561) จนนำไปสู่การถดถอยออกจากสังคม แยกตัว ขาดเพื่อน ชีวิตหมดสนุก เกิดความกังวลใจ ความรู้สึกสับสน ความไม่แน่ใจ และความเบื่อหน่าย (สุริยา พองเกิด, 2562)

หากเกิดผลกระทบทางจิตใจ ความเครียดสะสม หรือเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ เป็นระยะเวลานาน โดยที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับภาวะทางจิตใจหรือผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลอาจเกิดความเครียดเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ (กัญญา ศรีตะวัน, 2559) เกิดภาวะเหนื่อยหน่าย (Burnout) ในหน้าที่ความรับผิดชอบได้ ซึ่งเมื่อเกิดกับผู้ดูแลย่อมส่งผลไปยังผู้ป่วย โดยอาจเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย หรือทอดทิ้งได้โดยไม่ตั้งใจ (วิจนา สิละพัฒนะ และ สายพิน หัตถิรัตน์, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญานัฐ สุภาพร (2563) พบว่า การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ ความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งถ้าไม่ได้รับการประเมินและรักษาแล้วจะทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น การดูแลไม่มีคุณภาพ ผู้ป่วยถูกทารุณกรรม และการมีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ดูแลหลักโดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล หากผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายสูงจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่มีประสิทธิภาพซึ่งอาการที่บ่งชี้ความเหนื่อยหน่ายประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกอ่อนล้า สิ้นหวัง หมดกำลังใจในการดูแล 2) ด้านการมองข้ามคุณค่าการเป็นบุคคลของผู้ป่วย และผู้อื่น เช่น ความรู้สึกด้านลบ มีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย มองผู้ป่วยเสมือนวัตถุหรือสิ่งของมากกว่าการมองว่าเป็นบุคคลซึ่งมีความรู้สึก และ 3) ด้านความไม่ประสพผลสำเร็จของผู้ดูแล เช่น การประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการตัดสินใจว่าตนเองล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วย จากความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนี้ (ณฐกร นิลเนตร และ เพ็ญวิภา นิลเนตร, 2562)

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้แก่ 1) เพศ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง อีกทั้งเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ลักษณะสังคมไทยในกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว เพศหญิงเป็นผู้ดูแลครอบครัว ดังนั้น ทั้งเพศหญิงและเพศชายอาจเกิดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้เหมือนกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศหญิงจะมีแนวโน้มเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความไวต่อความรู้สึกของบุคคลอื่น และมีการพบปะผู้คนมากกว่าเพศชาย 2) อายุ เป็นตัวสะท้อนประสพการณ์ในการดูแลบุคคลที่มีอายุมากจะมีประสพการณ์มาก รู้จักใช้ชีวิต มีวุฒิภาวะสูง สุขุมรอบคอบ และสามารถปรับตัวสอดคล้องกับความเป็นจริงได้มากยิ่งขึ้น โอกาสที่จะเกิดความเหนื่อยหน่ายจึงน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Maslach & Jackson, 1986) นอกจากนี้พบว่า อายุและประสพการณ์ทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (นฤมล กิจจานนท์, อัจฉรา จงเจริญก้าโชค, และ พรพิมล มาศนรากรณ์, 2552)

3) สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีสถานะโสดจะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าผู้ที่สมรสแล้ว เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญมาก ซึ่งคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจ รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบา และเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ให้อภัยซึ่งกันและกัน มีการแก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกันและยังมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกันและกัน (Maslach & Jackson, 1981) ผู้ที่มีครอบครัวแล้วจะไม่ทุ่มเทและยึดติดกับงานเพียงอย่างเดียว แต่จะมองความสำเร็จในครอบครัวด้วย ซึ่งเสี่ยงกับความผิดหวังและล้มเหลวน้อยกว่าคนโสด 4) ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นตัวช่วยพัฒนาให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ และทำให้มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความรับผิดชอบในหน้าที่การงานมาก และมักจะตั้งความหวังไว้สูง ดังนั้น ผู้ที่มีการศึกษาสูงอาจเกิดความเหนื่อยหน่ายได้มากกว่า 5) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย บุคคลที่มีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปลี่ยนไปตามอายุซึ่งมีการพัฒนาไปตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น จะช่วยเพิ่มประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ปฏิบัติงานมานานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานระยะสั้น ทั้งนี้ เกิดจากวิสัยทัศน์และประสบการณ์ที่มากขึ้น จะทำให้มีการปรับตัวและมีการมองการณ์ไกล สุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น (Maslach & Jackson 1986) ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีประสบการณ์ดูแลในระยะยาวนานจึงเกิดความเหนื่อยหน่ายได้น้อยกว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในระยะแรก ๆ 6) ความเครียด เมื่อผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย (มยุรี กลั้ววงศ์, 2552) เมื่อบุคคลรู้สึกคุกคามต่อความมั่นคงในชีวิต จะมีการตอบสนองต่อปัญหาหรือสิ่งคุกคามนั้นต่างกัน ซึ่งจะปรากฏให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ 7) การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี พบว่า บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะขาดแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดี จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ในผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง (กัญญา ศรีตะวัน, 2559) จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขและเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตได้ (ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปียชื่อ, และ สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2557) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาโดยใช้โปรแกรมต่าง ๆ เพื่อลดอาการเหนื่อยหน่าย เช่น การใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต ด้วยซิกง ในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานเน้นการเคลื่อนไหวร่างกาย การผ่อนคลายและการปฏิบัติสมาธิ (จิราณัฐณ์ ชาญสูงเนิน, 2559) การปรึกษากลุ่มเกสตัลต์ต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง ซึ่งมีหลักการที่เน้นให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ต่อ

ความรู้สึก ความคิด อารมณ์และความต้องการที่แท้จริงของตนเองในสภาวะปัจจุบัน (ปริยา อัสวเมธาพันธ์, 2562) การใช้รูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจป้องกันภาวะหมดไฟ (Burnout) ดูแลใจคนทำงานในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนในระดับภูมิคุ้มกันทางใจ ความสุขในการทำงานที่เพิ่มสูงขึ้น ภาวะหมดไฟจากการทำงานที่ลดลง สามารถจัดการอารมณ์ จิตใจ ความรู้สึกของตนเองได้เมื่อเข้าสู่ความเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟ (นันทวดี วรสุวิธ, มนัสพงษ์ มาลา, และกุลิสรา พิศาลเอก, 2561) การใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ผลพบว่ารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้น ช่วยลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพได้ (กัลยาณี โนอินทร์, อารี ชิวเกษมสุข, และ มาส อังศุโชติ, 2564) และจากการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าการเลือกใช้วิธีการจัดการความเหนื่อยหน่ายตามความเชื่อ ประสบการณ์ส่วนบุคคล หรือจากคำแนะนำของผู้อื่นมาใช้จัดการกับอาการเหนื่อยหน่าย เช่น การพักผ่อน นอนหลับ การใช้ยานอนหลับ การเบี่ยงเบนความสนใจ ใช้เวลาทำกิจกรรมลดลง ส่งเสริมด้านโภชนาการ (Piper, 2003) และมีการนำหลักปฏิบัติทางศาสนา มาใช้ในการลดความเครียด (Alda & Kristian, 2006 อ้างถึงใน ขวัญตา กลิ่นหอม, วิไลวรรณ มุสิกเจียรนนท์, และ พิศสมร เดชดวง, 2558) ซึ่งโปรแกรมที่ใช้ลดอาการเหนื่อยหน่ายนั้นส่วนมากเป็นการศึกษาและปฏิบัติทางด้านร่างกาย หรือการปฏิบัติตามแนวความเชื่อทางศาสนา ซึ่งอาจบรรเทาความเหนื่อยหน่ายได้บ้าง แต่ปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายมากที่สุดคือการขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดีในกลุ่มผู้ดูแล ขาดการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง หรือมีการประเมินความเจ็บป่วยของผู้ป่วยติดเชื้อที่เกินความเป็นจริง (กัญญา ศรีตะวัน, 2559) ดังนั้นการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลจึงอาจเป็นทางเลือกที่ช่วยให้ผู้ดูแลจัดการกับอารมณ์ความรู้สึก เผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเหนื่อยหน่าย และเข้าใจบทบาทการเป็นผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น (Ahmet et al., 2015)

การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ซึ่งประกอบด้วยความรักความห่วงใย ความไว้วางใจจากผู้ให้การสนับสนุน ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพดีอาจได้รับจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน (House, 1981) เป็นปฏิกริยาการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลในด้านที่เป็นความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับและรับรู้ถึงพฤติกรรมแสดงออกซึ่งกันและกัน (Kahn, 1979) และเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีคุณค่า และช่วยให้บุคคลสามารถได้รับความช่วยเหลือ ได้ข่าวสารใหม่ ๆ ทักษะความชำนาญการเรียนรู้ การประคับประคองทางอารมณ์ และพบว่าหากบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมจะขาดแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดี (จรัสพร หอมจันทร์ดี, 2559)

ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยก็เช่นกัน ที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อผลกระทบจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม ทั้งการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร (House, 1981) การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น วัตถุประสงค์ของหรือบริการต่าง ๆ กำลังใจ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันจากบุคคลอื่นในสังคมและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะเผชิญกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ อันจะส่งผลดีในการดูแลผู้ป่วย หากนำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จะทำให้มีสภาวะจิตใจที่ดีขึ้น ลดความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีที่พึ่งในการได้รับคำปรึกษา การได้รับความช่วยเหลืออื่น ๆ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังทำให้การทอดทิ้งผู้ป่วยติดเตียงลดน้อยลง และเมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เกิดความพร้อมในการรับมือกับปัญหา เข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เรียนรู้ที่จะตัดสินใจในการแก้ปัญหาเบื้องต้นด้วยตนเอง ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความรู้สึกเพื่อแก้ปัญหาไปในเชิงบวกอย่างถูกวิธี และจัดการกับการตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบ อันจะทำให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยติดเตียงหรือจัดการกับอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ลดความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล ความเครียด ความสิ้นหวัง และความรู้สึกเศร้า ช่วยทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่รักของบุคคลใกล้ชิด มีคนที่รู้สึกไว้วางใจได้ในยามทุกข์ จะช่วยให้ผู้ดูแลรับมือสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ (อริญาพร จันทราสินธุ์, 2560) เพราะฉะนั้นการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ ที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยติดเตียง เกิดพฤติกรรมในการดูแลที่ดี นอกจากนี้ ยังช่วยให้การรับรู้ความเหนื่อยหน่ายในการดูแลของผู้ดูแลลดลง สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาการทอดทิ้งผู้ป่วยติดเตียงได้ (วรสิรา ลูวีระ, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของอาร์เหม็ด และคณะ (Ahmet et al., 2015) พบว่าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลก็จะลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาถึงผลดีของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การศึกษาของสุณีย์ แสงดาว (2554) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมและการศึกษาของจรัสพร หอมจันทร์ดี (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายในชุมชนหลังการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ โดยมีทีมชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจนส่งผลให้ภาระการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ และการศึกษาของวราภรณ์ สินธุโสภา

(2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น ดังนั้น จากการศึกษาข้างต้นทำให้เห็นได้ว่าโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวทางในการเสริมสร้างสภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็ง รู้จักบริหารอารมณ์ ความเครียด ซึ่งสะสมมาจากความเหนื่อยล้าจากการที่ทำการดูแลผู้ป่วยอย่างเหน็ดเหนื่อยเป็นเวลานาน อีกทั้งยังมีบุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางในการดูแลผู้ป่วย อันเป็นการตอบสนองความต้องการทางจิตใจที่รู้สึกมีเพื่อน ไม่โดดเดี่ยว ได้รับกำลังใจ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมั่นใจกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ตนปฏิบัติอยู่ รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือในรูปสิ่งของ ของใช้ที่จำเป็น ก็จะมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลสามารถลดความเครียดความกังวลลงได้ ซึ่งหากผู้ดูแลมีภาวะจิตใจที่พร้อมเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ แล้ว ย่อมส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วย (ชนิษฐา หะยิมะแซ, 2565)

ผู้วิจัยสนใจถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ไปช่วยเหลือในเรื่องการลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาที่นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในหลายกลุ่มประชากรและหลายตัวแปร ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มผู้ป่วยในสถานสงเคราะห์ ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีภาวะทางจิตดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่ามีผู้นำโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม มาช่วยลดความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาค่าความเหนื่อยหน่ายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เพื่อช่วยลดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมนี้น่าจะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงลดลง

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.2.1 เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

1.2.2.2 เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

1.3.2 ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหรือไม่

1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น (Independent Variable) คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ ความเหนื่อยหน่าย

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบมีกลุ่มควบคุมวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pre-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี มีอายุระหว่าง 20–59 ปี จำนวน 60 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล คือ ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1.6.1 โปรแกรมการการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การดูแลส่งเสริมสนับสนุนทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงพัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมแรกพบหน้า กิจกรรมรู้เท่าทันสำคัญไฉน กิจกรรมคิดดี อารมณ์ดี กิจกรรมรู้จักผ่อนคลายจิตใจสดชื่น กิจกรรมมาผ่อนคลายกันเถอะ กิจกรรมรับรู้และเข้าใจ กิจกรรมกลับบ้านใกล้ชิดใกล้ชิดชุมชน

และกิจกรรมมาแล้วแล้วแก้วตา โดยดำเนินการ 2 กิจกรรมต่อ 1 สัปดาห์ เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

1.6.2 ความเหนื่อยหน่าย หมายถึง อาการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่แสดงถึงความรู้สึกท้อแท้ ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ ความรู้สึกไร้ความสามารถและไม่ประสบผลสำเร็จในการให้การดูแล สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ คือ ความรู้สึกท้อแท้ อ่อนล้า และสิ้นหวังจากการดูแลผู้ป่วย 2) ด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคล คือ ความรู้สึกด้านลบ และมีเจตคติในแง่ร้ายต่อผู้ป่วย ให้การดูแลเสมือนเป็นวัตถุที่ปราศจากชีวิตจิตใจ 3) ด้านความรู้สึกลดความสำเร็จของบุคคล คือ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับการด้อยความสามารถ ล้มเหลว มองว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยให้บรรลุตามที่ตนเองคาดหวัง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของ แมสแลช (Maslach Burnout Inventory) แบบวัดภาวะหมดไฟจากการทำงาน โดยงานวิจัยและพัฒนากลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (2560) มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายสูง จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคลสูง และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายปานกลาง จะมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายต่ำ จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และ ด้านการลดความเป็นบุคคลต่ำ แต่จะมีด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูง

1.6.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โดยเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ทำหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้แก่ผู้ป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวและตนเองยอมรับว่าเป็นผู้ดูแลหลัก โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

1.6.4 ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่แต่บนเตียง และต้องอาศัยผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน โดยสาเหตุหลักๆ จะมาจากการเจ็บป่วยจากโรค การเป็นผู้สูงอายุ การประสบอุบัติเหตุ เป็นต้น

1.6.5 การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรสาธารณสุข ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ปฏิบัติเป็นประจำ โดยมีการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การให้ความรู้เรื่องโรคและการแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วย และครอบครัว ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อน การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและวิธีผ่อนคลายความเครียด

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) มาใช้ โดยกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ผู้รับได้รับความช่วยเหลือทั้งทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ เช่น ความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ จากผู้ให้การสนับสนุน ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อันเป็นผลให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้คือ การมีสุขภาพจิตที่ดี การสนับสนุนนี้อาจได้รับจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง หรือบุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน โดยตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House) ได้มีการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมนี้จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และเมื่อสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงถือเป็นงานที่เหน็ดเหนื่อยและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกิดความกดดัน เครียด หงุดหงิดง่าย หหมดกำลังใจ ทำให้การกินการนอนผิดปกติ ไม่กระตือรือร้นในชีวิต และท้อแท้ หหมดหวัง อาจทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสะสมเป็นเวลานาน เกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (Tel & Ertekin, 2013) ดังนั้น การจะช่วยเหลือผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้น ควรให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการทั้งด้านกายภาพ และด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านความช่วยเหลือที่รวดเร็ว ด้านเวลา ด้านเครือข่าย ด้านรายได้ ด้านกำลังใจ ด้านแรงจูงใจ เพื่อตอบสนองให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ (Ahmet et al., 2015) ซึ่งผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย (กัญญา ศรีตะวัน, 2559)

นอกจากนั้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงรู้สึกมีความมั่นคงต่อการเผชิญปัญหา ได้รับความเอาใจใส่ ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในเครือข่ายสังคม (อรรถกาญจน์ ธนวิสกุล, 2556) เพื่อให้มีความพร้อม

ในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นผลดีกับตัวผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการดูแลด้วยความรักและเอาใจใส่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลกลับมามีความสุขจิตใจที่ดีสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและความเจ็บป่วยที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีความสุขตามสภาพอาการของผู้ป่วย

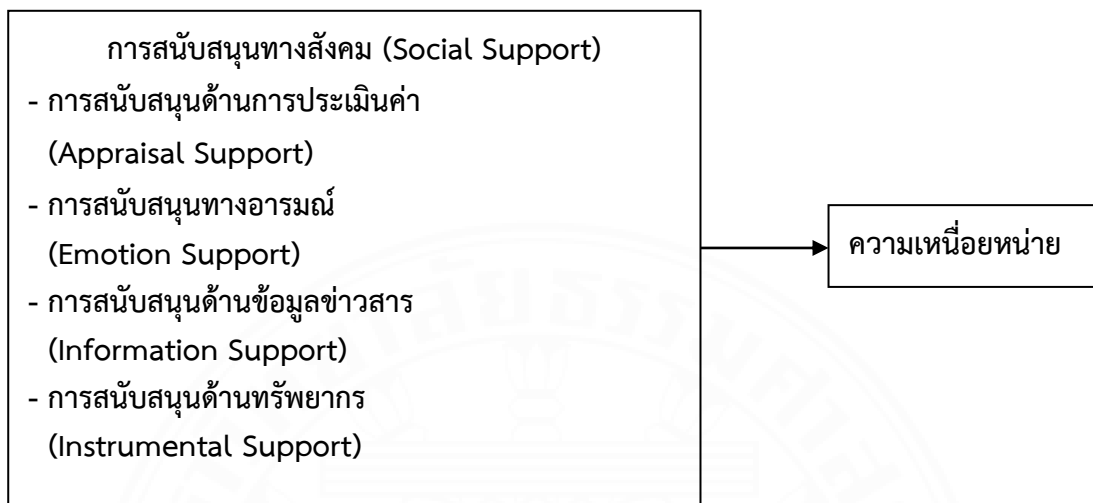
จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อผลกระทบจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และเกิดความหวังและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป นอกจากนี้ยังเพิ่มความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยในด้านบวก และมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ไม่มองผู้ป่วยเป็นเหมือนวัตถุสิ่งของ และเมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายลดลง (Ahmet et al., 2015) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) มาใช้ในการบรรเทาความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล ตามองค์ประกอบของของแมสแลช (Maslach, 1986) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ 2) การมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น 3) ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่นำมาช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้น จะประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถประเมินค่าสถานการณ์และตระหนักรู้ถึงความทุกข์หรือความเครียดที่มีอยู่ ว่าขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ ตัดสินว่าตนเองเกิดความล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ โดยประเมินตรงตามความเป็นจริง พร้อมกับวิธีการแก้ไข ซึ่งการประเมินค่าสถานการณ์ตามความเป็นจริงนั้น จะทำให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารถึงความต้องการของตนเองว่ายังขาดในสิ่งใด หรือเป็นทุกข์กับเรื่องใด ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ วัตถุ คำแนะนำ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถวิเคราะห์ถึงปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลได้ ซึ่งการตระหนักรู้ถึงข้อจำกัดของตนเองในการดูแล จะส่งผลให้ลดความกดดัน ความเครียด ความเหนื่อยหน่าย และลดความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล โดยภายหลังจากที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านต่าง ๆ แล้ว จะนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดี มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ การที่สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำหน้าให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง การรับฟังจากผู้ดูแลคนอื่น ๆ จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการเห็นคุณค่า ไว้วางใจ ได้รับความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ถือเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ และทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเข้มแข็งในตนเอง และมีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้ป่วยได้ (Grandon et al., 2008) 2) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) คือ การสนับสนุนและพัฒนาทักษะทางด้านอารมณ์ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลทัศนคติที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงผ่านการเรียนรู้วิธีการจัดการอารมณ์ การจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้บอกเล่าถึงปัญหาความทุกข์ของตนเอง

มีการสนับสนุนให้กำลังใจ ลดความเหนื่อยหน่ายในส่วนของการอ่อนล้าทางอารมณ์ และกระตุ้นให้มีความหวัง การแสดงความรู้สึกเป็นห่วง ซึ่งกันและกันกับผู้ดูแลรายอื่น เป็นผลทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยว ทั้งนี้ การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่ดีขึ้น ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยติดเตียงได้ เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอารมณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาได้ด้วยตัวเอง และมีการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985) ไม่มองผู้ป่วยเป็นเหมือนวัตถุ

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการสนับสนุนความรู้ คำแนะนำ การชี้แนะหรือให้การศึกษาถึงแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารผ่านกิจกรรมต่าง ๆ จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลกระทบในเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ดีขึ้น (Magliano et al., 2005) ความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลนั้น เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยในการดูแล ที่จะช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการ โดยเน้นการให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยติด โดยจะเป็นคำแนะนำ คำอธิบาย ตลอดจนวิธีการหรือการติดต่อที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องทราบ เพื่อให้การช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ถ้าผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจะส่งผลให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ลดภาวะกดดัน ความเครียดในการดูแล และคาดว่าจะทำให้ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลลงได้ (บุษยมาส บุศยารัศมี, 2561) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการให้ความรู้ถึงแหล่งช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น บุคลากร เงิน สิ่งของ หรือแรงงาน ตามความต้องการที่จำเป็นของ เช่น การที่มีทีมแพทย์ไปเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยประเมินผู้ป่วยที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ ได้รับแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ถูกต้อง ส่วนความช่วยเหลือด้านอื่น นอกเหนือจาก ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น เงิน สิ่งของ สามารถให้คำแนะนำถึงแหล่งความช่วยเหลือให้แก่ผู้ดูแล รวมถึงช่องทางการช่วยเหลือจากองค์กรต่าง ๆ การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข้างต้น จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นใจเมื่อต้องการความช่วยเหลือ (Hanzawa et al., 2010) เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแล และมีกำลังใจและความหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังนั้น การช่วยเหลือด้านทรัพยากรจะช่วยลดความเหนื่อยหน่ายในส่วนของการไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลลดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยได้ (อรพรรณ พุฒนิโชติ, 2560)

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน จึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีคุณค่า ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ และด้านสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลสามารถ

ระดับประคองทางอารมณ์ ซึ่งจะส่งผลในการลดอาการเหนื่อยหน่าย และสามารถดูแลผู้ป่วยติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.8 สมมติฐานการวิจัย

1.8.1 คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

1.8.2 ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชืวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.9.1.1 ได้แนวปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ดูแลในเรื่องของความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ สำหรับพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ

1.9.2 ด้านการศึกษาวิจัย

1.9.2.1 เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลทางด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ที่สนใจจะศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแล โดยนำโปรแกรมการการสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากงานวิจัยไปพัฒนาเพื่อศึกษาวิจัยต่อได้



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งมีเนื้อหาแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

2.1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง

- 2.1.1 ความหมายผู้ป่วยติดเตียง
- 2.1.2 ประเภทของผู้ป่วยติดเตียง
- 2.1.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

- 2.2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
- 2.2.2 รูปแบบผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
- 2.2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีต่อผู้ดูแล
- 2.2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
- 2.2.5 ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
- 2.2.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.3 แนวคิดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

- 2.3.1 ความหมายความเหนื่อยหน่าย
- 2.3.2 วงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่าย
- 2.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของแมสแลซ
- 2.3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย
- 2.3.5 อาการแสดงของความเหนื่อยหน่าย
- 2.3.6 ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.3.7 การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเหนื่อยหน่าย

2.3.8 การประเมินความเหนื่อยหน่าย

2.4. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

2.4.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

2.4.2 การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์

2.4.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

2.4.4 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

2.5 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.5.1 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

2.5.2 การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง

2.1.1 ความหมายของผู้ป่วยติดเตียง

ได้มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยติดเตียงไว้หลายอย่าง ดังนี้

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในเรื่องการเคลื่อนย้าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานอื่นๆ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีโรคประจำตัวหลายโรคทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวของช่วงชีวิต (ยุทธนา พูนพานิช และ แสงนภา อุทัยแสงไพศาล, 2557)

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพเสื่อมโทรมที่ต้องนอนอยู่ในเตียงตลอดเวลา อาจขยับตัวได้เพียงเล็กน้อย แต่จะช่วยเหลือตัวเองอย่างอื่นไม่ได้แม้แต่การขับถ่าย ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากอาจเกิดจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมโทรม การนอนติดเตียงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงที่รุนแรงได้หลายอย่าง เช่น แผลกดทับ ภาวะขาดอาหารรุนแรง การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554)

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงจนต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ นอนอยู่บนเตียง ซึ่งในบางรายอาจจะไม่รู้สีกตัวเลย ในขณะที่บางคนอาจจะขยับตัวได้บ้างแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือได้ในบางเรื่อง โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุต้องนอนติดเตียงอยู่ตลอดเวลา คือ การเจ็บป่วยจากการเป็นโรค การประสบอุบัติเหตุ การผ่าตัดใหญ่ เป็นต้น (ณิสาชล นาคกุล, 2561; โอภาส อัครโรจน์พงษ์, 2563)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยติดเตียง คือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่บนเตียง และต้องอาศัยผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยสาเหตุหลัก ๆ จะมาจากการเจ็บป่วยจากโรค การเป็นผู้สูงอายุ การประสบอุบัติเหตุ เป็นต้น

2.1.2 ประเภทของผู้ป่วยติดเตียง

ประเภทของผู้ป่วยติดเตียง สามารถแบ่งได้ 3 ประเภท โดยแบ่งจากสาเหตุการเจ็บป่วย

2.1.2.1 ผู้ป่วยจากการเกิดอุบัติเหตุ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุในสาเหตุต่าง ๆ และต้องนอนเตียงเป็นเวลานานในหนึ่งวัน เนื่องจากต้องรักษาตัวหรือพักฟื้นร่างกาย อาจจะใช้ระยะเวลาสั้นหรือยาวตามอาการเจ็บป่วย เช่น การเป็นผู้ป่วยติดเตียงเนื่องจากการผ่าตัดต่าง ๆ ที่ต้องนอนรักษาตัวเป็นระยะเวลานาน หรือผู้ป่วยพิการจากการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น โดยผู้ป่วยประเภทนี้สามารถแบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ ตามระยะเวลาการเจ็บป่วยหรือการรักษา

ผู้ป่วยระยะสั้น คือ ผู้ป่วยติดเตียงจากการเกิดอุบัติเหตุระยะสั้น โดยผู้ป่วยในรูปแบบนี้จะใช้ชีวิตในการเป็นผู้ป่วยติดเตียงเพียงระยะเวลาหนึ่งและไม่นานมาก และสามารถรักษาจนหายขาดได้

ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด คือ ผู้ป่วยติดเตียงจากการเกิดอุบัติเหตุที่ต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด ต้องใช้เวลาอยู่บนเตียงในระยะเวลาหนึ่งและใช้เวลาในการรักษาไม่แน่นอน โดยระยะเวลาการรักษาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่สามารถหายขาดจากอาการเจ็บป่วยได้ เช่น การผ่าตัดเส้นเอ็นที่เข่า ที่ต้องใช้เวลาในการรักษาโดยการทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

ผู้ป่วยถาวร คือ ผู้ป่วยติดเตียงจากการเกิดอุบัติเหตุจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น ผู้ป่วยจากการเกิดอุบัติเหตุรถยนต์ชนกันจนทำให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายและสมอง

และต้องเป็นผู้ป่วยติดเตียงไปตลอดชีวิต บางคนอาจช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย และในกรณีที่ร้ายแรงคือไม่สามารถดูแลตัวเองได้เลย หรือการถูกกระทบกระเทือนทางสมองอันเป็นเหตุให้ไม่สามารถควบคุมร่างกายได้ (อัมพาต) เป็นต้น

2.1.2.2 ผู้ป่วยจากความพิการ คือ ผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติทางร่างกายและสมองตั้งแต่เกิด เช่น ผู้ป่วยแขนขาลีบ หัวโตะ ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือดูแลตัวเองได้เล็กน้อย จำเป็นต้องนอนติดเตียงอยู่แทบจะตลอดเวลาและต้องการคนดูแลอย่างใกล้ชิดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

2.1.2.3 ผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรค คือ ผู้ป่วยติดเตียงที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ จนทำให้ต้องใช้ชีวิตอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ บางคนสามารถดูแลตัวเองได้บ้าง แต่บางคนไม่สามารถดูแลตัวเองได้เลย โดยมีสาเหตุที่ต่างกันในการรักษาและการดูแล เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคกระดูกพรุน โรคชรา หรือโรคอัมพาต โดยส่วนมากของผู้ป่วยประเภทนี้จะเป็นผู้สูงอายุ ประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะมีผู้ป่วยติดเตียงจากการเจ็บป่วยมากขึ้นในทุก ๆ ปี และจากการคาดการณ์ของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยจะมีผู้ป่วยประเภทนี้ถึง 1 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 (อนิรุจน์ สารกิจ, 2560)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยติดเตียง แบ่งออก เป็น 3 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุที่มาจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์ ผู้ป่วยที่เกิดจากความพิการทางร่างกายมาแต่กำเนิด และผู้ป่วยที่เกิดจากโรค เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยตัวเองได้น้อย จะอาศัยอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา และทำให้เสียชีวิตได้

2.1.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ป่วยติดเตียงที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านมารักษาตัวที่บ้าน ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างมากที่จะต้องคอยเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วยติดเตียงจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลต้องรู้ เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้ฟื้นฟูตัวเองพอที่จะช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น และยังเป็นการช่วยป้องกันผู้ป่วยจากภาวะโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ อีกด้วย

ผู้ป่วยที่นอนติดเตียงจะพลิกตะแคงตัวเองลำบากหรือบางรายอาจพลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ ทำให้ต้องนอนในท่าเดียวเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้เกิดแผลกดทับได้ ในรายที่เป็นหนักอาจลุกลามไปถึงกล้ามเนื้อ หรือที่หนักกว่านั้นลุกลามไปถึงกระดูก และทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายวิธีแก้ไขโดยการพลิกตัวคนไข้ทุก 2 ชั่วโมง ในท่านอนหงาย ตะแคงซ้าย ตะแคงขวา จะช่วยลดการกดทับของผิวหนังได้

การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยที่นอนติดเตียง ถ้าผู้ป่วยนอนกินจะเกิดการสำลัก และที่หนักกว่านั้นคือสำลักแล้วเศษอาหารเข้าหลอดลม จะทำให้เกิดปอดอักเสบติดเชื้อ หรือมีโอกา

เกิดหลอดลมถูกอุดกั้นจนขาดอากาศหายใจ ดังนั้น ควรจัดผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา หรืออย่างน้อยให้ตรงที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลังจากหลังรับประทานอาหารเสร็จให้นั่งอยู่แบบนั้นประมาณ 1-2 ชั่วโมง รอให้อาหารเกิดการย่อย ถ้ารับประทานอาหารเสร็จแล้วนอนมีโอกาสรอได้

ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ ดูแลหลอดลมคอชั้นใน (Inner Tube) ออกล้างทำความสะอาดทุก 4-6 ชั่วโมง หรืออย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง ขึ้นกับว่ามีเสมหะมากหรือเหนียวหรือไม่ และควรถอดออกล้างทุกครั้งที่อยู่สัปดาห์ไม่สะดวก (ปารยะ อาศนะเสน, 2559)

การขับถ่าย การใส่สายสวนปัสสาวะ มีโอกาสติดเชื้อง่ายควรเปลี่ยนสายปัสสาวะตามวันที่แพทย์นัด หรือทุก 2-4 สัปดาห์ หรือถ้าสังเกตเห็นปัสสาวะสีขุ่นข้น หรือผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะออกมาในถุงควรรีบไปเปลี่ยนสายสวนที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน กรณีผู้ป่วยใส่ผ้าอ้อมถ้าผู้ดูแลปล่อยให้ผู้ป่วยนอนจนถุงอูจจะระปัสสาวะจนทำให้เกิดการติดเชื้อตามมาได้ ดังนั้นควรเปลี่ยนผ้าอ้อมทุก 2 ชั่วโมง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ว่าจะอูจจะระ หรือปัสสาวะแล้ว (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ, 2559)

สรุปการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธีตั้งแต่การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย หรือแม้กระทั่งการนอนก็ยังมีผลต่อการเกิดแผลกดทับได้ ความสะอาดของอุปกรณ์ถือว่าเป็นอีกหนึ่งเรื่องสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพราะหากของที่ทำมาใช้ไม่สะอาดเพียงพอก็อาจก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ ซึ่งการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะต้องแบกรับภาระการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ทำให้ผู้ดูแลอาจจะรู้สึกเหน็ดเหนื่อย เบื่อหน่าย ห่อเหี่ยวได้ในบางเวลา แต่ถ้าผู้ดูแลมีความรู้สึกลดลงแล้วติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ หรือตลอดเวลา ที่ให้การดูแล จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ ซึ่งจะส่งผลทั้งทางสุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้ดูแล ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือเหลือเยียวยาทางจิตใจและทางกายเช่นเดียวกัน

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยติดเตียง โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา พี่หรือน้อง รวมถึงบุคคลซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยตรง โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนใด ๆ ซึ่งผู้ดูแลจะคอยให้ความช่วยเหลือในการทำ

กิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงมีบทบาทที่สำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย และได้มีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้หลากหลายท่าน ดังนี้

โอเร็ม (Orem, 1995) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยช่วยดูแลส่งเสริมให้อยู่รอด และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งผู้ดูแลได้แก่ ภรรยา สามี และญาติ

เดวิส (Davis, 1992) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่บ้านไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม โดยผู้ที่ได้รับการดูแลต้องมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงมาจากโรคความพิการ หรือความเสื่อมถอยมาจากสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล

โรสและแม็คเคนซี (Ross & Mackenzie, 1996) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่าง ๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ

คาเรอส์ (Carers, 2005) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ใครบางคนที่ไม่ใช่การดูแล ญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือจากการสูงอายุ โดยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้ โดยปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล

สรุปความหมายของผู้ดูแล (Caregiver) คือ ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยติดเตียง ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหลาน ญาติ หรือบุคคลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย โดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทนใด ๆ

2.2.2 รูปแบบการดูแล

อรพรรณ พงษ์นิโชติ (2560) ได้จำแนกรูปแบบของการดูแล เป็น 2 ประเภท คือ

(1) **ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal Caregiver)** หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร หรือที่มาจากสถานพยาบาล เป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์บริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่เคยผ่านการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน โดยการดูแลผู้ป่วยจะได้รับค่าตอบแทน

(2) **ผู้ให้การดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver)** เป็นผู้ให้การดูแลที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมเพื่อให้การดูแล มักเป็นญาติของผู้ได้รับการดูแล (Family Caregiver) ได้แก่ สามีหรือภรรยา เป็นต้น ผู้ให้การดูแลมักจะฝึกฝนหรือเรียนการดูแลด้วยตนเอง และไม่ได้มีค่าตอบแทนในการดูแล

โฮว์ริตซ์ (Horowitz, 1985) ได้จำแนกประเภทของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบ ในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล

(1) **ผู้ให้การดูแลหลัก (Primary Caregiver)** หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย โดยผู้ให้การดูแลหลักจะให้การดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ตั้งแต่ผู้ป่วยตื่นจนถึงเข้านอนโดยส่วนใหญ่มักอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย

(2) **ผู้ให้การดูแลรอง (Secondary Caregiver)** หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้ทำการดูแลตัวต่อตัวกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับไปติดต่อดูแล หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว บางครั้งผู้ดูแลรองอาจจะเป็นกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal Caregiver) ที่ผู้ให้การดูแลหลักจ้างมาเพื่อดูแลผู้ป่วยในส่วนของการดูแลที่ผู้ให้การดูแลหลักให้การดูแลเองไม่ได้ เช่น การเปลี่ยนสายปัสสาวะ หรือเป็นการจ้างผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal Caregiver)

สรุปได้ว่า ลักษณะรูปแบบของการดูแลสามารถแบ่งออกได้ 2 ประเภทตามความสัมพันธ์ในการดูแลและความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย หากแบ่งตามความสัมพันธ์ในการดูแลแบ่งได้เป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal Caregiver) และผู้ให้การดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) แต่หากแบ่งตามความรับผิดชอบแบ่งได้เป็นผู้ให้การดูแลหลัก (Primary Caregiver) และผู้ให้การดูแลรอง (Secondary Caregiver)

2.2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีต่อผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าจากการที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะมีผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบและผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านลบจะมีผลสำคัญต่อด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น โดดเดี่ยว ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกเป็นภาระ และความรู้สึกเหนื่อยหน่ายเป็นต้น ทางด้านร่างกายพบว่าปัญหาที่ผู้ดูแลจะพบอยู่บ่อย ๆ เช่น อ่อนเพลียไม่มีแรง ปวดหลัง มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความเจ็บป่วย และยังทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับครอบครัว เพื่อน หรือสังคม (ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และ คณิศร เต็งรัง, 2556) ซึ่งผลการวิจัยในกลุ่มผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (สุนิตรา เดชชันต์, ประทีป กาลเขว้า, และ เบญญาภา กาลเขว้า, 2563) ส่วนผลกระทบทางด้านบวกนั้น ได้แก่ ผู้ดูแลจะมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกพึงพอใจในตนเอง มีคุณค่าในตนเอง ได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณ มีความภาคภูมิใจ ได้รับความชื่นชม และยอมรับจากบุคคลรอบข้าง รวมทั้งการได้เผชิญปัญหาที่ทำลายความสามารถของตนเอง (Given, 1991) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำเป็นต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นงานหนักของผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานเกือบตลอดทั้งวัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ในเรื่องการดูแลอาการของผู้ป่วย และผู้ดูแลกลัวการถูกทอดทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ดังนี้

2.2.3.1 ปัญหาด้านร่างกาย ผู้ป่วยติดเตียงจะให้การช่วยเหลือตนเองลดลงหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย จึงต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลเกือบทั้งหมด ผู้ดูแลจึงต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวันทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาสนใจและดูแลตัวเอง และหากผู้ดูแลมีโรคประจำตัวอาจทำให้โรคที่เป็นอยู่มีอาการกำเริบได้ รูปแบบการดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดการเหนื่อยล้า อ่อนเพลียไม่สุขสบาย ภาวะสุขภาพเสื่อมถอย ทำให้เกิดความเจ็บป่วยตามมา และมีอาการปวดเมื่อยร่างกาย ปวดหลัง กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หัวใจเต้นผิดจังหวะ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา น้ำหนักลดลงมาก หรือบางรายอาจเป็นโรคกระเพาะอาหารและความดันโลหิตสูง (เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร, 2555; อรุณี ขุนหบดี และคณะ, 2556) ความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีร่างกายที่อ่อนล้า ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งจะทำให้ศักยภาพการในการดูแลผู้ป่วยลดลง (ชนัญชิตา ดุขะภูทิทธิศิริ, รัชนิ สรรเสริญ, และ วรณรัตน์ ลาวัณ, 2554)

2.2.3.2 ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือมีภาวะต้องพึ่งพาไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาต่าง ๆ ทั้งปัญหาจากการดูแล และปัญหาจากสุขภาพของผู้ดูแลเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยล้า รู้สึกว่าตนเองต้องมีการระมัดระวัง วิตกกังวล นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น อ่อนโยนง่าย ใจร้อน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หงุดหงิด รำคาญ ขัดแย้งทางความคิด และทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านจิตใจต่าง ๆ ส่งผลทำให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หดหู่ มีความรู้สึกท้อแท้ วิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยและกังวล จนทำให้เกิดความเครียด เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, นิสาชล นาคกุล, และ วิชญา โรจนรักษ์, 2559) หากผู้ดูแลรู้สึกถึงการมีภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงตามมาได้ (กัญญา ตะวัน, 2559)

2.2.3.3 ปัญหาด้านสังคมและบทบาทหน้าที่ เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ที่ทำให้ต้องนอนติดเตียง ทำให้ผู้ที่เป็นผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้น ทั้งบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ในบางรายต้องทำหน้าที่ทุกอย่างแทนผู้ป่วย โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องแบกรับภาระหน้าที่ในการเป็นหัวหน้าครอบครัวแทน (วิมลรัตน์ ภูวราชูฒินานิช, 2552) ทำให้สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของตนจากเดิม เช่น ต้องออกจากงานที่ประจำทำให้สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เกิดความคลุมเครือในบทบาท (ชนัญชิตา ดุขะภูทิทธิศิริ และคณะ, 2554) โดยเฉพาะการเฝ้าดูแลขณะที่ผู้ป่วยติดเตียง ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ

เช่น การไปวัดทำบุญในประเพณีต่าง ๆ หรือกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ที่จัดขึ้นในชุมชนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเห็นห่างกับสังคมรู้สึกถูกละเลยและทอดทิ้งจากเพื่อน (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และ ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557)

2.2.3.4 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงและใช้เวลานานในการดูแลรักษา เช่น ค่ายา ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น (อรสา ใจจิณา, 2556) นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายในการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และให้มีความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว (Masoodi & Rabiei, 2011)

สรุป จากการศึกษาปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ส่วนใหญ่จะพบว่า มีผลกระทบในด้านลบมากกว่าด้านบวกโดยมีผลกระทบที่ชัดเจนดังนี้ ผลกระทบทางด้านร่างกายจะมีอาการปวดหลัง อ่อนเพลียไม่มีแรง มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ผลกระทบด้านจิตใจและความรู้สึกทางอารมณ์ ผู้ดูแลจะมีอารมณ์เศร้า ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกโดดเดี่ยว และผลกระทบด้านสังคมเศรษฐกิจและสังคม มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย รายได้ลดลงไม่เพียงพอ เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวซึ่งผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามเป็นอย่างมากในการปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อจัดการกับปัญหาและช่วยให้มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2.2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะทำหน้าที่ในการให้การดูแลหลายประการ ทั้งเรื่องกิจวัตรประจำวันทั่วไป การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การฝึกเดิน ช่วยการฟื้นฟูสภาพในเรื่องการใช้ห้องน้ำ การประกอบอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย คอยให้การดูแลในเรื่องการรับประทานยา การพาไปพบแพทย์ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมถึงการดูแลในเรื่องความปลอดภัย (Kane, 2000) ซึ่งในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลดังนี้

(1) การดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้านกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมดหรือทั้งหมด เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำและการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล การแต่งกาย การขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ การเคลื่อนไหรร่างกาย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

(2) การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ เช่น การป้องกันโรคผิวหนัง การป้องกันโรคปอดอักเสบ การป้องกันอาการปวดไหล่และข้อติดแข็ง การป้องกันภาวะกระดูกโปรงบาง การป้องกันปลายมือปลายเท้าบวม การป้องกันการเหี่ยวลีบของ

แขนขาในด้านที่มีพยาธิสภาพ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค การป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากการทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดี

(3) การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกี่ยวกับการประคับประคองด้านจิตใจ มักมีสาเหตุมาจากความพิการที่เกิดขึ้นกับร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ในชีวิต เช่น หน้าที่ ฐานะ บทบาท เศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยติดเตียงมีปัญหาด้านจิตใจตามมา ในการดูแลด้านจิตใจนี้ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพของตนเองที่เป็นจริงให้มากที่สุด โดยให้การดูแลในการประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยผู้ดูแลจะต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ ว่ากล่าว หรือแสดงท่าทีที่ไม่พอใจ การป้องกันอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ดูแลควรจำกัดสิ่งแวดล้อมโดยการลดหรือจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการป้องกันความเครียดที่เกิดกับผู้ป่วยโดยจะมีสาเหตุมาจากทางด้านร่างกาย (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี, 2554)

สรุปบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีหลากหลายลักษณะเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้นอย่างต่อเนื่องได้แก่ 1) การดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การป้อนอาหาร การแต่งตัว การดูแลการขับถ่าย 2) การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 3) การดูแลทางจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องได้รับการพึ่งพาการดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ จากผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น และคอยให้กำลังใจอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยติดเตียงตลอดเวลา ช่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงดังกล่าวอาจส่งผลทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล ท้อแท้ เหนื่อยหน่ายและอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพทรุดโทรมตามมาได้

2.2.5 ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ความต้องการของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยมีอาการทุเลาลงและยังลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการจากการดูแลผู้ป่วย (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2552) ซึ่งในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

(1) ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพมาเยี่ยมดูแล และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพมาดูแลถึงบ้าน เพื่อได้รับข้อมูลทางสุขภาพ ตรวจสุขภาพที่บ้าน และช่วยดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไวจันการ์เดน และคณะ (Wijngaarden et al., 2004) ที่พบว่าความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแล เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยจะเกิดความคาดหวังในเรื่องต่าง ๆ

เช่น การรักษา อาการของโรค การดูแล การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เพื่อแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการดูแลในปัจจุบันให้มีความสะดวกสบายมากขึ้น ตลอดจนมีความต้องการการช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ เช่น ความต้องการผู้ช่วยในการดูแล ต้องการกิจกรรมของสถานพยาบาลในการบำบัดผู้ป่วยให้มากขึ้น โดยผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของแกรนท์ (Grant, 1996) พบว่าผู้ดูแลมักมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demand on Information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยติดเตียงเอง

(2) ความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือต้องการให้บุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง เข้าใจและให้กำลังใจ นั่นคือต้องการให้เพื่อนแะเวียนมาหาเพื่อรับฟังปัญหา พุดคุยระบายความรู้สึก และต้องการให้คนในครอบครัวมาร่วมรับฟังปัญหาและช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว

สรุป คือ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้นเป็นงานหนักของผู้ดูแล ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้น ผู้ดูแลมีความต้องการปัจจัยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความต้องการด้านสุขภาพทางกาย คือ ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพมาเยี่ยมดูแล ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพทางจิตใจ คือ ต้องการให้บุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้างเข้าใจ ให้กำลังใจเพื่อตอบสนองให้ตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

การดูแลผู้ป่วยติดเตียง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ก็จะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลดังกล่าวข้างต้น และนอกจากนี้แล้วยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล การทรมานกรรมผู้ป่วยหรือผู้ป่วยอาจถูกทอดทิ้งตามมาได้ ดังนั้น พยาบาลควรมีหน้าที่ส่งเสริมให้การดูแลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาต่อไปได้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีและเห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนและเป็นไปตามบริบท ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลด้วย (กัญญา ศรีตะวัน, 2559)

บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมีดังนี้ (ปริยา อัครเมธาพันธ์, 2562)

(1) ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและสังเกตภาวะเครียดของผู้ดูแล เพราะระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกการเกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแล

(2) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความคับข้องใจ เพื่อลดภาวะเครียดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในผู้ดูแล

(3) การให้ข้อมูลข้อชี้แนะเรื่องโรค สาเหตุ อาการแสดง การดูแลรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวจะทำให้ผู้ดูแลได้เข้าใจและยอมรับการดูแลรักษา ความรู้ การดูแล

และการจัดการความเครียด การจัดระบบตัวเอง ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยและปรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลได้ดี และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น

(4) จัดการปรับเปลี่ยนบทบาทผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การพูดคุย แลกเปลี่ยนกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกันจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และความรู้สึกที่ดีต่อกัน สามารถปฏิบัติบทบาทในการดูแลแทนกันได้ เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันมากขึ้น

(5) ฝึกและสอนทักษะ ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการสอนและฝึกทักษะบทบาทการเป็นผู้ดูแล เช่น ด้านอาหาร ออกกำลังกาย เพื่อให้มีความชำนาญและสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

(6) ช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแล มีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลและลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น

(7) หาแหล่งปรึกษาด้านสุขภาพและปัญหาครอบครัว การช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำ และความรู้ การหาแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหาในการดูแล

(8) สนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแล การสนับสนุนด้านร่างกาย การตรวจประเมินภาวะสุขภาพ การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและปฏิบัติบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ดี

(9) ส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล สหสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง หรือการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

(10) ประเมินผลร่วมกันเป็นระยะๆ การประเมินผลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและพยาบาล จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ การคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหาได้ดี

พยาบาลมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้กับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาต่อไปได้ ซึ่งกลวิธีที่ใช้ในการส่งเสริมจะให้เกิดความสำเร็จในผู้ดูแลมีดังนี้

- 1) สร้างความไว้วางใจ สัมพันธภาพที่ดี
- 2) สร้างความเชื่อถือ
- 3) การสะท้อนคิดเพื่อพิจารณา
- 4) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว
- 5) ค้นหากลุ่ม หรือบุคคลช่วยเหลือ
- 6) การสร้างพลังความสามารถในการดูแล
- 7) ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
- 8) สนับสนุนและชื่นชมในวิธีการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
- 9) ผสมผสานการดูแลตามความเชื่อของแต่ละครอบครัวของผู้ดูแล
- 10) การสร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ
- 11) เป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแล (กัทร ดานา และ อธิษฐาน ชินสุวรรณ, 2554)

สรุป ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พยาบาลจำเป็นต้องเข้าไปมีบทบาทในการสนับสนุนส่งเสริมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้ดูแล การสนับสนุนด้านร่างกาย เช่นการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและปฏิบัติบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ดี และยังปรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลได้ดีขึ้น และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น

2.3 แนวคิดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.3.1 ความหมายความเหนื่อยหน่าย

ความเหนื่อยหน่าย มีผู้ให้นิยามต่างๆ ไว้ดังนี้

แมสแลช (Maslach, 1986) ให้ความหมายความเหนื่อยหน่ายว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนเพลียด้านร่างกาย ความรู้สึกเหนื่อยหน่าย หหมดกำลังใจ หหมดความกระตือรือร้น รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น และมีทัศนคติทางลบต่อผู้อื่น

มัลดารี (Muldary, 1983) ให้ความหมายความเหนื่อยหน่ายว่า เป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความเสื่อมโทรมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งเป็นผลกระทบจากการทำงานมากเกินไป จึงส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรังและกระทบต่อคุณภาพการบริการ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

ฟอง (Fong, 1990) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เกิดจากภาระที่เกิดจากการทำงานหนัก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้รู้สึกท้อถอยจากการทำงาน แนวทางการแก้ไขคือการได้รับการสนับสนุนและลดภาระงาน

แฮร์ริส (Harris, 1989) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เป็นผลกระทบที่เกิดจากความเครียดจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยจะพบในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ที่ต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้ที่มีความทุกข์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตของมนุษย์

เฟรดเดนเบิร์ก และริเชลสัน (Fredenberge & Richelson, 1980) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่าเป็น ความไม่สมหวัง เป้อหน่าย อ่อนล้าทางอารมณ์ จิตใจ และคับข้องใจ เป็นผลจากการการทุ่มกระทำในสิ่งที่เป็นความมุ่งหวัง แต่ประสบความล้มเหลว ซึ่งพบมากในอาชีพที่ให้บริการและช่วยเหลือประชาชน

ริดเดอร์ และฮาร์ทลีย์ (Ridder & Hartley, 1992) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่าเกิดจาก ความเครียดเรื้อรัง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการทำงาน ทำให้เกิดความหมดหวัง ท้อแท้ หมดพลังไม่ประสบความสำเร็จในด้านการงานและชีวิตส่วนตัว

ชิโรม และมิลามัด (Shirom & Melamed, 2006) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เป็นความรู้สึกทางด้านลบที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ที่ประกอบด้วย ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย (physical fatigue) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (cognitive weariness)

ไลเบอร์แมน (Lieberman, 2007) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่าเป็นกลุ่มอาการที่แพทย์ใช้อธิบายลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการตอบสนองของร่างกายในหลายมิติ (multidimensional) ต่อความเครียด ซึ่งประกอบด้วย ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้

โทเคอร์ และ ไบรอน (Toker & Biron, 2012) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เป็นกระบวนการระยะยาวที่พัฒนาขึ้น เป็นผลมาจากการเกิดความเครียดเรื้อรังเฉียบพลันหรือมากเกินไปจากงานที่ทำเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการลดลงของแหล่งพลังงานที่มาจากภายในตัวบุคคล โดยลักษณะที่พบคือ เกิดความอ่อนล้าทางร่างกาย ทางอารมณ์ และทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

จึงสรุปได้ว่า ความเหนื่อยหน่ายหมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นโดยมีสาเหตุมาจากการทำงานในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการลดลงของแหล่งพลังงานที่มาจากภายในตัวบุคคล เป็นอาการที่แสดงออกถึงความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม แสดงถึงความเสื่อมโทรมของสุขภาพกายและสุขภาพจิต เกิดความเครียดเรื้อรังทำให้รู้สึกท้อแท้ สูญเสียความเชื่อมั่นในตัวเอง จนไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมได้

2.3.2 วงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่าย

ความเหนื่อยหน่ายสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งระยะเวลาการเกิดความเหนื่อยหน่ายในแต่ละขั้นตอนจะมีวงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่ายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล และได้แบ่งวงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่าย เพื่อให้สามารถเข้าใจขั้นตอนของความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นดังนี้

มิลเลอร์ และ สมิท (Miller & Smith, 1993) ได้เสนอวงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่ายไว้ 5 ขั้นตอน ที่แสดงให้เห็นจุดของการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจจากอุดมคติ ไปสู่ความ

เหนื่อยหน่ายอย่างเต็มรูปแบบ และในขั้นตอนสุดท้ายกล่าวถึงความฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ (resilience) ได้แก่

1) ขั้นฮันนีมูน (the honeymoon) เป็นขั้นตอนที่บุคคลจะมีแรงจูงใจสูง และกระตือรือร้น มีความต้องการทำงานอย่างเหมาะสมถูกต้องและมีความรู้สึกปิติยินดีกับงานที่ทำ

2) ขั้นตื่น (the awakening) เป็นช่วงเวลาที่มีความสุขลดลง บุคคลจะตระหนักถึงความคาดหวังว่าเป็นสิ่งที่ไม่จริง ไม่มีสิ่งใดที่จะสร้างความพึงพอใจต่อความต้องการของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นรางวัลหรือการยอมรับ (recognition) บุคคลจะรู้สึกว่าชีวิตเกิดความผิดพลาด ซึ่งไม่สามารถจัดการได้ บุคคลจะรู้สึกเหนื่อยและผิดหวัง ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง

3) ขั้นภาวะไฟตก (the brownout) ความเมื่อยล้าเรื้อรัง (chronic fatigue) และการถูกรบกวน เป็นลักษณะที่วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงเพื่อหลีกเลี่ยงความไม่พอใจในกิจกรรมที่ถูกกระตุ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานและผลผลิตจากการทำงานลดลงอย่างเห็นได้ชัด บุคคลจะโทษความไม่พอใจว่ามาจากสิ่งอื่น มีความคิดและทัศนคติในด้านลบต่อบุคคลและงานที่ทำ มีความรู้สึกแยกตนเอง และการวิพากษ์วิจารณ์อย่างเปิด บางรายมีการใช้ยาหรือสารเสพติดร่วมด้วย

4) ขั้นความเหนื่อยหน่าย (the full scale burnout) ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นถ้าขั้นภาวะไฟตกยังไม่ได้รับการแก้ไข อาการเด่นที่ปรากฏในระยะสุดท้ายของขั้นนี้คือ ความสิ้นหวัง ซึ่งอาการสามารถคงอยู่ได้หลายเดือน แต่บางรายอาการสามารถคงอยู่ได้หลายปี บุคคลจะมีประสบการณ์ของความล้มเหลวและการสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) และความมั่นใจในตนเอง

5) ขั้นปรากฏการณ์ฟีนิกซ์ (the phoenix phenomenon) หลังจากพักผ่อนและผ่อนคลายอย่างเต็มที่บุคคลที่มีอาการความเหนื่อยหน่ายจะเริ่มต้นกลับเข้าสู่โลกความเป็นจริงมากขึ้น ในเรื่องความคาดหวังในงาน แรงบันดาลใจและเป้าหมาย ปรากฏการณ์นี้มีลักษณะคล้ายกับรูปแบบการเผชิญปัญหา แต่ในทางกลับกันความเหนื่อยหน่ายอาจเกิดขึ้นได้ถ้าไม่สามารถเปลี่ยนปัจจัยทางลบที่นำเข้าไป ได้แก่ ความเครียด ความขัดแย้งภายในและความต้องการด้านเวลาและพลังงาน (Dunn et al., 2008 อ้างถึงใน Nuallaong, 2013)

สรุปว่า ความเหนื่อยหน่ายสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งระยะเวลาการเกิดความเหนื่อยหน่ายในแต่ละขั้นตอนจะมีวงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่ายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล และวงจรของการเกิดความเหนื่อยหน่ายสามารถจำแนกออกได้หลายขั้นตอน

2.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายของแมสแลช

คริสตินา แมสแลช (Christina Maslach) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาและเป็นอาจารย์ที่มหาวิทยาลัยเบิร์กลีย์ แคลิฟอร์เนีย เป็นบุคคลแรกที่กล่าวถึง “ความเหนื่อยหน่าย” (Burnout) ขึ้นในปี ค.ศ. 1973 และได้ตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยดังกล่าวในวารสารพฤติกรรมมนุษย์ (Human Behavior, 1976) มองว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานเป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ การสูญเสียความเป็นตัวตน และเกิดความรู้สึกว่าโอกาสประสบความสำเร็จของตนเองลดลง ทำให้เกิดทัศนคติและเจตคติทางลบต่องานและต่อตนเอง ซึ่งเป็นผลกระทบจากความเครียดจากงานที่ทำอยู่จนสะสมเป็นเวลานาน (Maslach, 1986) ซึ่งได้มีการแบ่งองค์ประกอบของความเหนื่อยหน่าย ดังนี้

องค์ประกอบของความเหนื่อยหน่าย แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ

(1) อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) คือ ลักษณะของความรู้สึกเบื่อหน่าย สิ้นเรี่ยวแรง สิ้นหวัง ความรู้สึกอ่อนล้า ความซับซ้อนใจ และความเครียดที่เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งถ้าเกิดความรู้สึกนี้ขึ้น ๆ จะทำให้ปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ดีและหมดกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแล

(2) การมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น (Depersonalization) การมองผู้อื่นเสมือนวัตถุหรือสิ่งของมากกว่าการมองว่าเป็นผู้คนที่มีความรู้สึก จะแสดงอาการแข่งกระด้างกับผู้อื่น ไม่พยายามเข้าใจหรือเอาใจใส่ต่อผู้อื่น มีความรู้สึกด้านลบ มีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้อื่น

(3) ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล (Personal Accomplishment) รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง การประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ตัดสินว่าตนเองล้มเหลวในการปฏิบัติหน้าที่ และลดความพยายามในการปฏิบัติหน้าที่

แมสแลช (Maslach, 1986) ได้แบ่งอาการแสดงออกถึงความเหนื่อยหน่ายออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น จากความรู้สึกท้อแท้ใจ เมื่อคิดว่าตนเองจะต้องปฏิบัติหน้าที่ในการดูแล จะทำให้รู้สึกหมดแรง ต่อมาจะเกิดความอ่อนเพลียด้านร่างกาย

ระยะที่ 2 จะมีอาการและอาการแสดงตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ มีอารมณ์ฉุนเฉียว โดยจะเริ่มมีทัศนคติทางลบต่อผู้อื่น ลดความเป็นบุคคลผู้อื่น ไม่ให้ความนับถือ

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่พบไม่บ่อยนัก เป็นผลรวมของความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นของระยะที่หนึ่งและระยะที่สองอย่างแท้จริง แล้วไม่สามารถแก้ไขจัดการกับความเหนื่อยหน่ายนั้นได้ ในระยะนี้เชื่อว่า จะไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้อีก เนื่องจากอาการและอาการแสดงต่อเนื่องจากระยะที่สอง (Maslach, 1986)

ซึ่งอาการแสดงออกถึงความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ระยะ จะต้องมีอาการ 3 เดือนขึ้นไป แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่ระบุว่าระยะอาการแสดงแต่ละระยะใช้เวลานานเท่าไร (Korunka, Tement, Zdrehus, & Borza, 2010)

จากแนวคิดของแมสแลช (Maslach, 1986) ที่ได้อธิบายความเหนื่อยหน่ายว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนเพลียด้านร่างกาย มีความรู้สึกด้อยคุณค่า ทำให้มีอัตมโนทัศน์ในทางลบต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง และทำให้ประสิทธิภาพการให้การดูแลผู้ป่วยลดลง แนวคิดนี้เริ่มมาจากการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในบุคลากรที่ทำงานการบริการ แต่ได้มีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในโรคทางกาย รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความเหนื่อยหน่ายของแมสแลช (Maslach, 1986) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้และปรับความเหมาะสมให้ตรงกับบริบทที่จะศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความเหนื่อยหน่าย เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยติดเตียงซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในการทำกิจวัตรประจำวัน และต้องรับผิดชอบทำหน้าที่แทนผู้ป่วยจากบทบาทหน้าที่เดิม ซึ่งผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตของตนเองให้เหมาะสม จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) ในด้านร่างกาย เนื่องจากมีเวลาพักผ่อนน้อยทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ (เทียนทอง ทหารบุตร, 2555) ทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล เหนื่อยหน่าย (มยุรี กลั้ววงษ์, 2552) ในด้านสังคม ทำให้มีการแยกตัวจากสังคมเนื่องจากรู้สึกเป็นตราบาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (Thys et al., 2013)

สรุปว่า ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล เกิดจากการตอบสนองของร่างกายจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความเครียด เรื้อรัง วิตกกังวล และได้รับการพักผ่อนน้อย มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วย

2.3.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วยหลายอย่าง ดังนี้

(1) เพศ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระภาพ ระหว่างเพศชายและเพศหญิง อีกทั้งเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ลักษณะสังคมไทยในอดีตกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว เพศหญิงเป็นผู้ดูแลครอบครัว ดังนั้น ทั้งเพศหญิงและเพศชายอาจเกิดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ จากการทำงานได้เหมือนกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศหญิงจะมีแนวโน้มเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศ

หญิงมีความไวต่อความรู้สึกของบุคคลอื่น และมีการพบปะผู้คนมากกว่าเพศชาย (Maslach, 1986) และจากการศึกษาของเทลและคณะ (Tel et al., 2013) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวช พบว่า เพศหญิงจะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าเพศชาย

(2) อายุ เป็นตัวสะท้อนประสบการณ์ในการทำงาน บุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์มาก รู้จักใช้ชีวิต มีวุฒิภาวะสูง สุขุมรอบคอบ และสามารถปรับตัวสอดคล้องกับความเป็นจริงได้มากยิ่งขึ้น โอกาสที่จะเกิดความเหนื่อยหน่ายจึงน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Maslach, 1986)

(3) สถานภาพสมรส ผู้ที่มีสถานะโสดจะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าผู้ที่สมรสแล้ว เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญมาก คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจ รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบา และเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ให้อภัยซึ่งกันและกัน มีการแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกันและยังมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกันและกัน (Maslach & Jackson, 1981) ผู้ที่มีครอบครัวแล้วจะไม่ท้อแท้และยึดติดกับงานเพียงอย่างเดียว แต่จะมองความสำเร็จในครอบครัวด้วย ซึ่งเสี่ยงกับความผิดหวังและล้มเหลวน้อยกว่าคนโสด (Maslach, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาห์เมตและคณะ (Ahmet et al., 2015) ได้ทำการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ที่มีสถานะหม้าย หย่าร้าง จะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าผู้ที่มีสถานะสมรส

(4) ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นตัวช่วยพัฒนาให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ และทำให้มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความรับผิดชอบในหน้าที่การงานมาก และมักจะตั้งความหวังไว้สูง ดังนั้น ผู้ที่มีการศึกษาสูงอาจเกิดความเหนื่อยหน่ายได้มากกว่า (Maslach, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเทล และคณะ (Tel et al., 2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสเกิดความเหนื่อยหน่ายได้มากกว่า

(5) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จากการที่ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (Albert, Bernner, Smith, & Waxman, 2002) จากการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาต พบว่า เมื่อผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 1 ปี การฟื้นฟูสภาพร่างกายมีความคงที่ หรือการดูแลที่ยาวนานแต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อาจทำให้ผู้ดูแลหมดกำลังใจ บางรายหมดเงินไปกับการรักษาและฟื้นฟูสภาพ อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย(อรอนงค์ กุลณรรักษ์, 2554)

(6) **ความเครียด** เมื่อบุคคลรู้สึกถูกคุกคามต่อความมั่นคงในชีวิต จะมีการตอบสนองต่อปัญหาหรือสิ่งคุกคามนั้นต่างกัน ซึ่งจะปรากฏให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาพบว่า ความเครียดเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย เมื่อผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย (มยุรี กลับวงศ์, 2552)

(7) **การสนับสนุนทางสังคม** พบว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะขาดแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดี จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ในผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง (กัญญา ศรีตะวัน, 2559)

สรุปได้ว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายจากการดูแล มีปัจจัยมาจากตัวบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดูแล ความเครียด และการขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ร่วมกับปัจจัยภายนอกจากงานที่ปฏิบัติอยู่ทำให้เกิดความเครียดสะสมเรื้อรังเป็นเวลานาน ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการเกิดอาการเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลในแต่ละบุคคลนั้น อาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยหน่าย โดยบางครั้งผู้ดูแลอาจจะมีปัจจัยการเกิดอาการเหนื่อยหน่ายปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัยก็ได้

2.3.5 อาการแสดงของความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะสำคัญของกลุ่มอาการเหนื่อยหน่ายมี 3 ประการดังนี้ ประการแรก เป็น ความรู้สึกที่เพิ่มขึ้นจากความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ อันเนื่องมาจากแหล่งพลังงานทางด้านอารมณ์ของตนเองหมดไป ประการที่สอง เป็นลักษณะของกลุ่มอาการเหนื่อยหน่ายที่แสดงออกมาในด้านอื่น ได้แก่ การพัฒนาความรู้สึกเชิงลบและการพัฒนาทัศนคติที่เหยียดหยาม (cynical attitudes) ต่อผู้ป่วย ซึ่งปฏิกิริยาเชิงลบต่อผู้ป่วยอาจเชื่อมโยงกับประสบการณ์ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ซึ่งลักษณะทั้งสองประการของกลุ่มอาการเหนื่อยหน่ายนี้จะเกี่ยวข้องกัน และประการที่สาม การมีแนวโน้มที่จะประเมินตัวเองในทางลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การดูแลแก่ผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลรู้สึกไม่มีความสุข และไม่พึงพอใจกับความสำเร็จในงาน (Maslach & Jackson, 1981)

ความเหนื่อยหน่ายมีอาการแสดงได้ในหลายลักษณะ ดังนี้

2.3.5.1 อาการแสดงด้านร่างกาย (physical symptoms) อาการแสดงด้านร่างกายของความเหนื่อยหน่ายมีลักษณะเหมือนอาการที่เกิดจากความเครียด ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic nervous system) นอกจากนี้การแสดงของความเหนื่อยหน่ายมีลักษณะเหมือนอาการแสดงของความวิตกกังวล (anxiety like symptoms) เช่น มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ กระสับกระส่าย การกระตุกซ้ๆ ของระบบประสาทโดย

ไม่ได้ตั้งใจ (nervous tics) มักเป็นที่ใบหน้า คอ ไหล่ ทำให้เกิดอาการขยับตา กระตุกมุมปาก หน้าผากย่น สายหัวไปมา สะบัดคอ ยกไหล่ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังทำให้มีปัญหาทางเพศ (sexual problems) อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และความดันโลหิตสูง (Melamed, Shirom, Toker, Berliner, & Shapira, 2006)

อาการทางกายหรือโรคที่เป็นผลมาจากความผิดปกติทางด้านอารมณ์/จิตใจ (psychosomatic symptoms) สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการมีความคิดและทัศนคติในด้านลบต่อบุคคลและงานให้บริการ (cynicism) (Jourdain & Chenevert, 2010) นอกจากนี้ ในเพศหญิงจะพบว่า ความเหนื่อยหน่ายทำให้อาการก่อนมีประจำเดือนเพิ่มขึ้น รอบเดือนมาผิดปกติ โรคหอบจากอารมณ์ (hyperventilation) เป็นแผลพุพอง (ulcers) ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ไม่สบายบ่อยและ นอกจากนี้ความเหนื่อยหน่ายยังมีลักษณะเหมือนอาการแสดงของอาการซึมเศร้า (depressive-like symptoms) เช่น อาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (chronic fatigue) มีความอ่อนเพลีย ในทางร่างกายพบว่าการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ความอยากอาหารลดลง และหายใจถี่ (Armon, Melamed, Shirom, & Shapira, 2010) ปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะบริเวณคอและหลังส่วนล่าง (Peterson et al., 2008) นอกจากนี้ ความเหนื่อยหน่ายยังทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease หรือ CHD) โรคอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เส้นรอบเอวเพิ่มขึ้น ดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น กลุ่มอาการเมตาบอลิก (metabolic syndrome) โรคความดันโลหิตสูง ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ระดับเฮซีดีแอล (HDL) ในเลือดต่ำระดับแอลดีแอล (LDL) ในเลือดสูง ระดับคลอเรสเตอรอลในเลือดสูง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง (110 - 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) (impaired fasting glucose) (Salvagioni et al., 2017) เป็นต้น

2.3.5.2 อาการแสดงด้านจิตใจ (affective symptoms) พบว่ามีอาการนอนไม่หลับ (insomnia) และอาการซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญที่ถูกระบุว่าเป็นผลกระทบต่อด้านจิตใจจาก ความเหนื่อยหน่าย ความอ่อนล้าทางอารมณ์เป็นอาการที่โดดเด่นของความเหนื่อยหน่าย ในส่วนของ ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลเป็นอาการแสดงที่พบได้โดยทั่วไป มักจะแสดงออกมาในรูปของ อารมณ์ซึมเศร้า (depressed mood) ซึ่งอาการแสดงของความเหนื่อยหน่ายส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ การควบคุมอารมณ์ลดลง เกิดความกลัวโดยไม่รู้สาเหตุ การมีใจจดใจจ่อต่อ สิ่งหนึ่งสิ่งใดไม่ได้ พลังงานลดลง ความเครียด และการยอมแพ้ (strain and prostration) และความ

ผิดปกติทางด้านอารมณ์/จิตใจที่ก่อให้เกิดโรคหรืออาการทางกาย (Asociatia Everest et al., 2012) ความเหนื่อยหน่ายสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ ทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Melamed et al., 2006) เกิดความรู้สึกกระวนกระวาย วิดกกังวล อารมณ์เสีย (feeling anxious) ก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่ายโดยไม่มีเหตุผล (irritability) มีความไวต่อการรับรู้มากกว่าปกติ (being oversensitive) ความสามารถที่จะเข้าใจความรู้สึกคนอื่น (empathy) ลดลง ความโกรธเพิ่มขึ้น และมีความไม่พึงพอใจในงาน (Schaufeli & Enzmann, 1998) รวมทั้งความรู้สึกมีอารมณ์ร่วมกับผู้อื่นน้อย ความรู้สึกแบกภาระหนักอึ้ง (feeling overburdened) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ/เพื่อนร่วมงานต่ำ ความรู้สึกขัดใจไม่พอใจ (ungratified) การหมดความสนใจ (disenchantment) การรับรู้งานว่าเป็นภาระหนักหน่วง การเปลี่ยนแปลงการยอมรับงาน เช่น การมีความพึงพอใจในงานในตอนแรก และหลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นการหมดกำลังใจในการทำงาน ความรู้สึกไร้พลังเมื่อต้องเผชิญความทุกข์ทรมานและการร้องขอจากผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลเรื้อรัง การมีอารมณ์เฉยเมยไม่แสดงความรู้สึกใด ๆ (apathy) ซึมเศร้า ภาวะความตรอมใจ (melancholy) การลืม (forgetfulness) และการใช้ยาแก้ปวด แอลกอฮอล์ และยาเสพติด (Everest et al., 2012)

ความเครียดและความเหนื่อยหน่ายมีลักษณะแตกต่างกันดังนี้ กล่าวคือ ความเครียดเป็นสิ่งที่ขึ้นอยู่กับความรู้สึกส่วนตัวตามมุมมองของแต่ละบุคคล มีลักษณะของการไม่วางและมีปฏิกิริยาตอบสนองด้านอารมณ์มากเกินไปเป็นลักษณะโดดเด่น ในขณะที่ความเหนื่อยหน่ายเป็นสภาพแรกของปัญหาด้านจิตใจที่นำไปสู่ปัญหาด้านร่างกาย ความเครียดที่มากเกินไปทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย ความเหนื่อยหน่ายไม่ได้เป็นเพียงความเครียดที่มากเกินไปเท่านั้น แต่เป็นการตอบสนองต่อความเครียดของมนุษย์ที่มีความซับซ้อน (กัลยาณี โนอินทร์, 2561)

ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ช่วยจำแนกผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายออกจากผู้ที่ไม่มีความเหนื่อยหน่าย ซึ่งมีความแตกต่างของรูปแบบด้านสุขภาพและปัจจัยการดำเนินชีวิต (Peterson et al. 2008) มีหลักฐานสนับสนุนแนวคิดที่ว่าความเหนื่อยหน่าย อาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน ในดัชนีชี้การวัดทางชีวภาพอาการอักเสบของเซลล์ (microinflammation biomarkers) ซึ่งได้แก่ (high-sensitivity protein c-reactive protein [hs-CRP] และfibrinogen) โดยขึ้นอยู่กับเพศ ในเพศหญิงความเหนื่อยหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับดัชนีชี้วัดทางชีวภาพ ในขณะที่ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีชี้วัดทางชีวภาพ ส่วนในเพศชายภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับดัชนีชี้วัดทางชีวภาพ แต่ความเหนื่อยหน่ายหรือความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับดัชนีชี้วัด (Toker, Shirom, Shapira, Berliner, & Melamed, 2005)

2.3.5.3 อาการแสดงด้านการตระหนักรู้หรือการรู้คิด (cognitive symptoms) พบทั้งในระดับบุคคลและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (helplessness) เป็นอาการแสดงที่สำคัญด้านการตระหนักรู้ของความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคล (Ohue, Moriyama, & Nakaya, 2011) ในระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal level) ความเหนื่อยหน่ายสามารถแสดงให้เห็นหลายลักษณะ เช่น การกีดกันคนอื่น (dehumanizing) และการถูกเหยียดหยาม ถากถาง (cynical) การมีลักษณะต่อต้าน (negativism) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) การตระหนักรู้ในเรื่องการรู้จักเห็นอกเห็นใจเข้าใจในความรู้สึกของบุคคลอื่นมีน้อย (lessened cognitive empathy) การพูดซ้ำ ๆ หรือกระทำกิริยาซ้ำ ๆ (stereotyping) การมองหรือพูดถึงผู้อื่นในเชิงลบ (labeling in derogatory ways) การตำหนิ ความโอ้อ่าและความตรงไปตรงมา (grandiosity and righteousness) ความเป็นปฏิกิริยา ความสงสัย/กังขา การชัดโทษ (projection) ความหวาดระแวง ความรู้สึกจากการไม่ได้รับการชื่นชมและไม่ไว้วางใจ (Schaufeli & Enzmann, 1998) นอกจากนี้ ในระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อาการแสดงที่พบ ได้แก่ ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล (irrational beliefs) ความต้องการการพึ่งพา การหลีกเลี่ยงปัญหาและการไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ohue et al., 2011)

2.3.5.4 อาการแสดงด้านพฤติกรรม (behavioral symptoms) ในระยะปลายของความเครียดเรื้อรัง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในระดับบุคคล การพึ่งพาผู้อื่นและการหลีกเลี่ยงปัญหาที่มีความสัมพันธ์ความเหนื่อยหน่าย (Ohue et al., 2011) บุคคลที่เกิดความเหนื่อยหน่ายมีแนวโน้มที่จะไม่อยู่นิ่ง (hyperactivity) การขาดความสามารถในการควบคุมตัวเอง (impulsivity) การผัดวันประกันพรุ่ง การเพิกเฉย/ไม่สนใจต่อกิจกรรมสร้างสรรค์/สันตนาการ ตีมีสสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดความรู้สึกดังกล่าว (Peterson et al., 2008) ความอ่อนล้าทางอารมณ์และความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จส่วนบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Chiu & Tsai, 2006) ในเพื่อนร่วมงานอาจพบบุคคลที่เกิดความเหนื่อยหน่ายมีการระเบิดอารมณ์อย่างรุนแรง มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับเพื่อนร่วมงานตอบสนองต่อผู้อื่นเหมือนเป็นเครื่องจักรกล มีความอิจฉาริษยา และเกิดการแบ่งแยก (Schaufeli & Enzmann, 1998) ประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยลดลงและมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดพลาดได้ง่าย (Williams, Manwell, Konrad, & Linzer, 2007) ผลผลิตการทำงานลดลง มีความเชื่องช้าต่อต้านการเปลี่ยนแปลง มีภาวะพึ่งพาหัวหน้า ใฝ่คุณาภิบาลบ่อยครั้ง เข้มงวดต่อการปฏิบัติตาม

กฎระเบียบ เกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น ไม่สามารถบริหารจัดการเรื่องต่าง ๆ และบริหารจัดการเวลาได้ไม่ดี (Zhong et al., 2009)

2.3.5.5 อาการแสดงด้านแรงจูงใจ (motivational symptoms) เมื่อบุคคลตระหนักถึงสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นตามความคาดหวัง บุคคลจะรู้สึกสูญเสียความปรารถนาและความกระตือรือร้นไปด้วย ทำให้มีแรงจูงใจลดลง แรงจูงใจที่ลดลงนี้ยังทำให้เกิดความท้อแท้ การลาออกจากงาน ความผิดหวังความเบื่อหน่ายการทำให้หมดกำลังใจ (demoralization) และทำให้ความพึงพอใจในชีวิตและงานลดลง (Tokuda et al., 2009)

2.3.5.6 อาการแสดงด้านบุคลิกภาพมีความเบี่ยงเบน (depersonalization) ลักษณะที่พบ ได้แก่ มีลักษณะเชิงลบ ถูกเกลียดชัง ถากถาง และการกีดกันคนอื่น ความขัดแย้งทางทัศนคติ ความอดทนต่อความคับข้องใจและความกังวลใจ (nervousness) ต่ำ ความผูกพันในงานต่ำ การหมดกำลังใจ และความสามารถติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพลดลง (Asociatia Everest et al., 2012)

สรุปได้ว่า อาการแสดงของความเหนื่อยหน่ายจะปรากฏให้เห็นได้ในหลายรูปแบบทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม การจูงใจ และบุคลิกภาพ บุคคลที่มีความเหนื่อยหน่ายอาจปรากฏอาการแสดงให้เห็นในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลาย ๆ ด้านพร้อมกัน ทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะของบุคคล การปรับตัว และการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล

2.3.6 ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

การเป็นผู้ดูแลจะต้องมีการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยติดเตียงในทุกกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลายาวนาน และต้องใช้พลังกำลังใจอย่างมากในการดูแล หากผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าตนเองดูแลได้ไม่ดี โทษตนเอง ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ดูแลคิดว่าตนเองไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น หมดแรง หมดกำลังใจ ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นต้องใช้ความพยายามเป็นอย่างมาก ที่จะต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียด ความอ่อนล้าทั้งทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ซึ่งเกิดจากการต้องเผชิญกับปัญหาเดิมอยู่ซ้ำๆ เป็นระยะเวลานาน ไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อใด บางเหตุการณ์เป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยากลำบาก อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่สามารถเรียกพลังให้กลับมาดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความเหนื่อยหน่าย และไม่อยากดูแลผู้ป่วยอีกต่อไป จึงปล่อยให้ทุกอย่างเป็นไปตามยถากรรม (Smith et al., 2007) จากปัจจัยต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายและเหนื่อยล้าจากการดูแลมาก เพิ่มความเจ็บป่วยและอัตราการตายของผู้ดูแล ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเครียดทางจิตใจหรืออารมณ์

เมื่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสะสมเป็นระยะเวลานานขึ้น อาจทำให้ผู้ดูแลล้าเกินกำลังและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป (วริสรา ลุวิระ, 2556)

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลในระดับสูง จะมีการปรับตัวได้ลำบากหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ความรู้สึกเหนื่อยหรือความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยในระดับที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในด้านความรุนแรงของอาการมากขึ้น อารมณ์เศร้ามากขึ้นและคุณภาพชีวิตลดลง (Hara, Hull, Lyons, Bakitas, Hegel, Li, & Ahles, 2010) และหากการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นแบบอาการที่แย่ลง ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องตกอยู่ภายใต้แรงกดดันของความเครียดที่สะสมเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ย่อมก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าในระดับต่าง ๆ ได้ในที่สุด (ลัดดาวัลย์ ไกรรักษ์, วรณภา ประไพพานิช, และ สุปรีดา มั่นคง, 2559) หากผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคลรอบตัวจะเกิดความเหนื่อยล้า เพราะการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา นั้น เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก และก่อให้เกิดความเครียดสูง อีกทั้งตัวผู้ดูแลเองก็อาจมีปัญหาของตนเองในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ ฐานะการเงิน และชีวิตส่วนตัวของตนเอง เมื่อเวลาผ่านไปหากผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ก็จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (วัจนา ลีละพัฒนะ และ สายพิน หัตถิรัตน์, 2558)

สรุปได้ว่าความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดจากความเครียดทางร่างกายและจิตใจ ระยะเวลาของการดูแลและพฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลต่อความเครียดและความกดดันของผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของตนเอง การไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชนจนเกิดความเหนื่อยล้า หากผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยติดต่อกันมาเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลมีภาวะเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว ความกังวลด้านความเป็นอยู่ ความกังวลด้านการเงินและการไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะมีความเครียดสะสมเรื้อรังและเกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยและไม่อยากดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

2.3.7 การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเหนื่อยหน่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาถึงการช่วยเหลือในเรื่องความเหนื่อยหน่ายไว้หลายรูปแบบและหลายกลุ่มประชากร เช่น 1) การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ การศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 คน ผลพบว่ารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายที่พัฒนาขึ้นช่วยลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพได้ และเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าไปใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนได้

(กัลยาณี โนอินทร์, อารี ชิวเกษมสุข, และ สุภมาส อังสุโชติ, 2564) 2) การจัดการกับอาการแบบผสมผสานเช่นการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานต่อความเหนื่อยล้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ ลดลงจากก่อนการทดลองและภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานสามารถใช้ในการลดความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลได้ (วิจิตรา เคี่ยมทองคำ, 2551) และการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงต่อความเหนื่อยล้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ต่งจำนวน 40 คน ผลพบว่า การให้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ (จิราณวัณน์ ชาญสูงเนิน, 2556) 3) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เช่นการศึกษาการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วย ที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคไตว่าเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 23 คน ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ผลพบว่าระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองลดลง (ปริยา อัสวเมธพันธ์, 2561)

สรุปว่า ได้มีการช่วยเหลือในเรื่องความเหนื่อยหน่ายไว้หลายรูปแบบและหลายกลุ่มประชากรอย่างเช่น ในกลุ่มพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วย และมีวิธีการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย การจัดการกับอาการแบบผสมผสาน การจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต ด้วยชีกง การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ จะเห็นได้ว่าวิธีการช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาจะสามารถช่วยลดความเหนื่อยหน่ายได้

2.3.8 การประเมินความเหนื่อยหน่าย

ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน หหมดแรงและหมดไฟ เป็นภาวะที่มีความรู้สึกกลบหลายอย่างที่คล้ายกัน การประเมินภาวะเหนื่อยหน่าย เป็นการประเมินผลกระทบการขาดสมดุลชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ภาวะหมดไฟไม่สามารถวินิจฉัยได้ด้วยเครื่องมือแพทย์แต่สามารถใช้แบบสอบถามในการประเมินได้ (พรชัย สิทธิศรีธนย์กุล, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินความเหนื่อยหน่ายที่นิยมมากที่สุด คือ แบบวัดภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout Measure: BM) และแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของมาสเลช (Maslach Burnout Inventory: MBI)

2.3.8.1 แบบวัดภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout Measure: BM)

เป็นแบบประเมินที่มีผู้นิยมใช้ในการประเมินความเหนื่อยเป็นอันดับสองรองจาก แบบวัดความเหนื่อยหน่าย (Maslach Burnout Inventory: BMI) โดย ไพน์ และ คาฟรีย์ (Pines & Kafry, 1981) เป็นผู้สร้างแบบประเมินนี้ขึ้นตามนิยามที่อธิบายว่า ความเหนื่อยหน่าย คือ ความอ่อนล้าทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ซึ่งแบบวัดภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout Measure: BM) สามารถใช้กับบุคคลได้ทุกอาชีพทุกสาขา แบบวัดนี้เป็นสเกลแบบ ลิเคิร์ต สเกล (Likert Scale) ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ มีคำตอบ 7 ตัวเลือก ตั้งแต่ 0 (ไม่เคย) จนถึง 6 (ประจำ) จากการใช้แบบสอบถาม แบบวัดภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout Measure: BM) โดยมีค่าแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91-0.93

ข้อดีและข้อเสียของแบบวัดภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout Measure: BM) เป็นแบบวัดที่เที่ยงและตรงสำหรับการวัดอาการอ่อนล้าในการทำงาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของอาการเหนื่อยหน่ายมีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาที่ดีมาก แต่แบบวัดนี้ยังขาดการขาดการสนับสนุนทางสังคม และการขาดการประเมินความสามารถย้อนกลับ (feedback) อย่างไรก็ตาม และนำไปใช้ในกลุ่มคนทำงานอาจไม่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแล

2.3.8.2 แบบวัดความเหนื่อยหน่าย (Maslach Burnout Inventory: MBI)

เป็นแบบประเมินที่มีผู้นิยมใช้มากที่สุด ที่สร้างโดยมาสแลส & แจ็คสัน (Maslach & Jackson, 1986) และได้รับการนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยสิระยา สัมมาวาจ (2532) และนำมาพัฒนาโดยมยุรีกลับวงศ์ (2552) ซึ่งประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ 9 ข้อ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และผู้อื่น 5 ข้อ และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล 8 ข้อ แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายเป็นเครื่องมือวัดแบบประมาณค่า (Summated Rating Scale) ที่ให้ผู้ตอบคำถามตอบในสองรูปแบบคือ รูปแบบความถี่และความแรง เช่น คำถามที่ว่า “ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยอ่อนอย่างมากหลังจากเลิกงาน” ผู้ตอบต้องตอบว่ามีความรู้สึกดังกล่าวถี่มากน้อยเพียงไร และยังต้องตอบว่ามีความรู้สึกลดลงมากน้อยเพียงไรบนสเกลตั้งแต่หนึ่งถึงเจ็ด แต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยหลังปี ค.ศ. 1981 พบว่า คำตอบในรูปของความถี่และความแรงมีความสัมพันธ์กันสูงมากโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า 0.8 จึงได้มีการแนะนำว่าควรใช้เฉพาะ MBI ที่มีคำตอบในรูปของความถี่ โดยไม่จำเป็นต้องให้ผู้ตอบตอบทั้งสองลักษณะ ซึ่งแบบประเมินวัดความเหนื่อยหน่ายนี้ถูกใช้ในอาชีพที่ให้บริการแก่สังคม ส่วนอาชีพอื่นๆที่ไม่ได้มีลักษณะการทำงานกับผู้รับบริการโดยตรง เช่น ผู้ที่ทำงานด้านบริหาร จะมีลักษณะของการมองข้ามคุณค่า

ความเป็นคนของผู้รับบริการ หรือความรู้สึกไม่สมหวังความสำเร็จต่างไปจากผู้ที่ทำงานบริการ ทำให้ MBI ใช้ได้ไม่ดีในอาชีพเหล่านี้

ข้อดีข้อเสียของแบบวัดความเหนื่อยหน่าย (MBI) เหมาะกับการประเมินอาการเหนื่อยหน่ายในอาชีพที่ให้บริการแก่สังคม ส่วนอาชีพอื่นๆ ที่ไม่ได้มีลักษณะการทำงานกับผู้รับบริการโดยตรงจะมีลักษณะการมองข้ามความเป็นคนของผู้รับบริการหรือความรู้สึกไม่สมหวัง ทำให้แบบวัดความเหนื่อยหน่าย (Maslach Burnout Inventory: MBI) ใช้ไม่ได้ในกลุ่มอาชีพเหล่านี้

2.3.8.3 แบบประเมินวัดความเหนื่อยหน่าย (Maslach Burnout Inventory: MBI) ของแมสแลชและแจ๊คสัน และได้นำมาพัฒนาโดยงานวิจัยและพัฒนาทีมงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (2560) มีการแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านตามที่ของแมสแลชและแจ๊คสัน (Maslach; & Jackson, 1981) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางลบ จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่มีคำตอบเป็นทางเลือก 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การกำหนดคะแนน เพื่อแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านตามที่ของแมสแลชและแจ๊คสัน (Maslach & Jackson, 1986) กำหนดไว้ดังนี้ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีการแปลผลคะแนน ระดับต่ำ 0-16 คะแนน ระดับปานกลาง 17-26 คะแนน ระดับสูง 27 คะแนนขึ้นไป การลดความเป็นบุคคลมีการแปลผลคะแนน ระดับต่ำ 0-16 คะแนน ระดับปานกลาง 17-12 คะแนน ระดับสูง 13 คะแนนขึ้นไป ความสำเร็จส่วนบุคคลมีการแปลผลคะแนน ระดับต่ำ 39 คะแนนขึ้นไป ระดับปานกลาง 32-38 คะแนน ระดับสูง 0-13 คะแนน โดยมีค่าแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80

ข้อดีของแบบประเมินวัดความเหนื่อยหน่าย (Maslach Burnout Inventory: MBI) นี้ มีเนื้อหาของข้อคำถามสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ประกอบกับแบบประเมินนี้เคยได้นำไปใช้ในการประเมินความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีลักษณะที่ครอบคลุมการประเมินความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย หมดแรง ด้านจิตใจ เช่น เครียด จิตใจห่อเหี่ยว วิตกกังวล ความคับข้องใจ เป็นต้น จึงมีความเหมาะสมในการนำไปประเมินความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของแมสแลช (Maslach, 1986) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้เคยนำไปใช้ในการประเมินความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีลักษณะที่ครอบคลุมการประเมินความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย หมดแรง ด้านจิตใจ เช่น เครียด จิตใจห่อเหี่ยว วิตกกังวล ความคับข้องใจ

เป็นต้น ผู้วิจัยได้มีการปรับภาษาให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งเนื้อหาของข้อคำถามสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน จึงมีความเหมาะสมในการนำไปประเมินความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.4 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

2.4.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้ให้ความหมาย ของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้
 คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ในการดูแลจากผู้ให้ ในบุคคลที่มีการเปลี่ยนผ่านของชีวิตหรือประสบกับภาวะวิกฤต หากมีเครือข่ายทางสังคมคอยประคับประคองบุคคลนั้นอยู่ บุคคลก็จะรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองปลอดภัยเพราะได้รับการดูแล มีผู้เห็นคุณค่าของตนหรือยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น ๆ ทำให้สามารถปรับตัวผ่านสถานการณ์ได้ การรับรู้ว่าจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลมีความสำคัญมาก เพราะการให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพไม่ควรเกิดจากการร้องขอของบุคคล แต่ควรเกิดจากการให้ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน

คาห์น (Kahn, 1979) ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิกริยาการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลในด้านที่เป็นความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับและรับรู้ถึงพฤติกรรมการแสดงออกซึ่งกันและกัน คาห์นได้กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม ประกอบอย่างน้อยหนึ่งหรือมากกว่าจากองค์ประกอบ ดังนี้

- (1) **ความรัก (Affect)** คือ ความรัก การยอมรับ พอใจ นั้ถือและยกย่อง
- (2) **การเห็นพ้อง (Affirmation)** หมายถึง การเห็นพ้อง เห็นด้วย และยอมรับความคิดเห็นในส่วนที่เป็นความถูกต้องและเหมาะสมของพฤติกรรมนั้น
- (3) **การช่วยเหลือ (Aid)** หมายถึงการให้บริการโดยตรง หรือการให้ความช่วยเหลือ ด้วยวัตถุสิ่งของ จากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายสังคมของบุคคลนั้น เช่น เพื่อน ครอบครัว หรือ บุคคลอื่น ๆ

เฮ้าส์ (House, 1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางจิตใจซึ่งประกอบด้วยความรักความห่วงใย ความไว้วางใจจากผู้ให้การสนับสนุน ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้

ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพดีอาจได้รับจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน

เซฟเฟอร์, คอยน์, และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อกันและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มาจากการที่มีปฏิสัมพันธ์กันในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของ รวมทั้งการบริการ

แมสแลช (Maslach, 1986) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีคุณค่า และช่วยให้บุคคลสามารถได้รับความช่วยเหลือ ได้ข่าวสารใหม่ ๆ ทักษะความชำนาญ การเรียนรู้ การประคับประคองทางอารมณ์ และพบว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะขาดแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดี

วันทนี วาสิกะสิน (2553) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลในสังคมได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง มีความผูกพัน ซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนร่วมในสังคมเดียวกัน มีการให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การประเมิณเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น การให้ความช่วยเหลือโดยมาเป็นแรงงาน ให้เวลาให้ความคิดเห็น ให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัว อาทิเช่น บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนนักเรียน เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ครูอาจารย์ คนในชุมชน บุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

กัญญา คล้ายมาลา (2553) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลหรือเครือข่ายในสังคมได้ให้ความช่วยเหลือบุคคลในการแก้ไขปัญหา ทำให้บุคคลนั้นสามารถ เผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้โดยการได้รับความช่วยเหลือ ในด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ การช่วยเหลือด้าน การเงิน วัตถุสิ่งของ การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

อรรถกาญจน์ ธนวิสุกุล (2556) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ความรู้ที่จำเป็นต่อผู้รับ การสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจด้วย ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองตรงความต้องการของบุคคลที่รับการสนับสนุนจะส่งผลให้เผชิญกับปัญหาได้ ทำให้สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้เกิดเป็นเครือข่ายทางสังคมและมีการช่วยเหลือสนับสนุนกันทั้งด้านอารมณ์ การให้กำลังใจ การยอมรับ ให้ความหวังใจ ช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ

การประเมินผล ประเมินค่าของพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

2.4.2 การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดความไว้วางใจกัน ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน คือ

2.4.2.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก

2.4.2.2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม เป็นการให้ข้อมูลย้อนป้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพโดยฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา

2.4.2.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือ การให้คำแนะนำข้อชี้แจงแนวทางข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ

2.4.2.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) คือ การช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น คำแนะนำในการช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ การขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ผู้วิจัยนำแนวคิดมาใช้เป็นกรอบในพัฒนา กิจกรรมการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง กล่าวคือ

ด้านอารมณ์ สามารถนำมาสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นเวลานาน จะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ หมดหวัง เสียใจ เหนื่อยหน่าย ประกอบกับภาวะของโรคเป็นอาการเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ทำให้ผู้ดูแล

เกิดความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องใช้ระยะเวลานาน รวมถึงภาวะกังวลต่ออนาคตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย หรือการประกอบอาชีพของผู้ดูแล

ด้านข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำเป็นต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแล หรือการรักษาอาการป่วยของผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็น เช่น เรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล สวัสดิการทางสังคม เป็นต้น การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติตน หรือนำไปแก้ไขปัญหาก็เผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และรับทราบช่องทางในการขอคำแนะนำ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลและสร้างความมั่นใจแก่ผู้ดูแล

ด้านการประเมินคุณค่า การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยติดเตียงจะดีขึ้นหรือไม่ หรือใช้ระยะเวลานานเท่าไร ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องจนเป็นเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าเป็นความบกพร่องของตนเอง ไร้ความสามารถหรือมีคุณค่าลดลง การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกับตนเอง ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีผู้คอยรับฟัง สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเป็นข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ทำให้เกิดความมั่นใจและรู้สึกมีคุณค่า

ด้านทรัพยากร การดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการรักษาตามแนวทางของบุคลากรทางการแพทย์ตามอาการของผู้ป่วยติดเตียงแต่ละราย ซึ่งมีทั้งการพบแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด เป็นต้น ด้วยภาระดังกล่าวอาจทำให้ต้องใช้เวลากับผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้นกว่าปกติ ส่งผลให้ต้องลดเวลาในการทำกิจกรรมอื่น ๆ รวมทั้งการประกอบอาชีพเพื่อช่วยเหลือครอบครัว ผู้ดูแลจึงต้องการได้รับการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรจากบุคคลในสังคม เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวในด้านการงาน ภาระค่าใช้จ่าย หรือการมีผู้ที่คอยช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้ตนเองมีโอกาสนในการผ่อนคลาย หรือทำกิจการทางสังคมได้ตามโอกาส

2.4.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม (Source of Social Support)

นอกจากการกล่าวถึงมิติของการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีหลากหลาย สิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการสนับสนุนทางสังคม คือ แหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการพิจารณาถึงแหล่งที่มาของการให้การสนับสนุนทางสังคมทำให้การตีความหมายของการสนับสนุนทางสังคมเป็นไปอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายที่นำไปใช้ มีการแบ่งประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลายได้แก่

เฮ้าส์ (House, 1981) ได้แบ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แบบ คือ

(1) แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (Informal Source) ซึ่งได้แก่ บุคคลที่ใกล้ชิดในครอบครัว คู่สมรส ญาติเพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคคลที่รู้จักคุ้นเคยกัน แหล่งสนับสนุนทางสังคมแบบไม่เป็นทางการนี้ เป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีและมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญ

ความเครียดและส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและใจได้เป็นอย่างดี หากแหล่งสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการนี้ ยังคงให้การสนับสนุนบุคคลเป็นอย่างดีส่งผลให้บุคคลมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจาก แหล่งสนับสนุนชนิดที่เป็นทางการน้อยลงมาก

(2) แหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ (Formal Source) ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ หรือวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ของรัฐ

แคปแลนและคณะ (Kaplan et al, 1977 อ้างถึงใน อินทुकานต์ กุลไวย, 2552) ได้จัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

(1) กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท ประเภทบุคคลที่อยู่ในครอบครัว โดยมีความเกี่ยวพันเป็นญาติสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย และ ลูกหลาน และประเภทของบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก คนคุ้นเคย คนที่ทำงาน เดียวกัน

(2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมกันเป็น หน่วย เป็นชมรม ซึ่งมีใช้กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กร ศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือการประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์

(3) กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในเครือข่ายสุขภาพ ส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

สจวร์ท (Stewart, 1989 อ้างใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

(1) ครอบครัว เพื่อนสนิท ญาติคู่สมรส

(2) กลุ่มคนในระดับชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทาง วิชาชีพ อาสาสมัคร หรือชมรมต่างๆ ที่มีการจัดตั้งขึ้นในสังคม เพื่อให้การช่วยเหลือบุคคลที่อาศัยอยู่ ในชุมชน นั้น

จึงสรุปได้ว่าแหล่งที่มาหลักของการสนับสนุนทางสังคมจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลักคือ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร พี่น้อง บิดามารดา และกลุ่มบุคคลในชุมชน เช่น บุคลากรทาง การแพทย์ เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่ของรัฐ

2.4.4 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม (Type of Social Support)

คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท

(1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ผูกพัน ลึกซึ้งต่อกัน

(2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support)

เป็นความรู้สึกที่บอกได้ว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า ผู้อื่นให้การยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย

(3) การสนับสนุนด้านการแสดงว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network Support)

เป็นการแสดงออกเพื่อบอกให้ทราบว่าบุคคลว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

แคปแลน และคณะ (Kaplan et al, 1977 อ้างถึงใน อินทกานต์ กุลไวย, 2552)

แบ่งการ สนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด คือ

(1) การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (Tangible Support)

เป็นการสนับสนุนที่อยู่ในรูปของการช่วยเหลือด้านการเงินหรือการช่วยเหลือด้านร่างกาย (Financial or Physical)

(2) การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม (Intangible Support)

จะอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักความอบอุ่นทางอารมณ์

คานน์ (Kahn, 1980) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

(1) ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection)

เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ด้านบวกของบุคคล โดยแสดงออกมาในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพด้วยความรัก

(2) การยืนยันและรับรองในพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation)

การแสดงออกถึงความเห็นด้วยและยอมรับการกระทำ และความคิดของบุคคลว่าถูกต้องเหมาะสม

(3) การให้การช่วยเหลือ (Aid)

เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยการให้สิ่งของ หรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือนั้นอาจเป็นวัตถุ สิ่งของ เงินทอง ข้อมูลข่าวสารหรือเวลา

เชเฟอร์ และคณะ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) แบ่งการสนับสนุนทาง

สังคม เป็น 3 ประเภทคือ

(1) ด้านอารมณ์ (Emotional Support)

เป็นการช่วยให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองได้รับความรัก ความผูกพัน ความใกล้ชิด ความอบอุ่น เชื่อมั่น และความไว้วางใจ

(2) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

เป็นการให้ข้อมูลรวมไปถึง คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

(3) ด้านสิ่งของ (Tangible Support)

เป็นการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ เงินทอง หรือการช่วยเหลือบริการ

จึงกล่าวโดยสรุปได้ว่าการแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็นชนิดต่างๆ

ตามมุมมองของนักวิชาการแต่ละคน แต่เมื่อพิจารณาถึงความหมายของประเภทการสนับสนุนทาง

สังคมชนิดต่าง ๆ นั้น พบว่ามีความใกล้เคียงกัน คือ เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ซึ่งเป็นการสนับสนุนแบบนามธรรม ในขณะที่การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เงินทอง เป็นการสนับสนุนแบบรูปธรรม และสำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House,1981) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภทคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของ โดยจะนำการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนประกอบที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.5 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.5.1 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อตัวแปรที่หลากหลายและศึกษาในหลายกลุ่ม ดังนี้

(1) ในกลุ่มผู้ดูแล เป็นการศึกษาเรื่องของภาระการดูแลและคุณภาพชีวิต ได้แก่การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ จำนวน 40 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ผลพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ การส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจนส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุณีย์ แสงดาว, 2555) และการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลัก จำนวน 40 คน กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ผลพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอโดยมีทีมชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจะส่งผลให้ภาระการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ (จรัสพร หอมจันทร์ดี, 2559) และการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 39 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 19 ราย และกลุ่มควบคุม

20 ราย ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ผลพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องมาจากตัวผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น (วราภรณ์ สินธุโสภณ, 2561)

(2) กลุ่มสูงอายุ เป็นการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยา ความรู้ความเข้าใจ และภาวะซึมเศร้า ได้แก่การศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร ฯ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปจำนวน 40 กลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ผลพบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมทำให้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุดีขึ้น (พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ, 2557) และการศึกษาผลของโปรแกรมการใช้จิตอาสาในการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และหญิงที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราร้านมหาสารคาม จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จำนวน 8 กิจกรรม ทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง นาน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 60 – 90 นาที ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการใช้จิตอาสาในการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐมีความรู้ความเข้าใจลดลงต่ำกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากที่ได้รับโปรแกรมพบว่าสามารถลดความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐได้ (รพีพรรณ สารสมัคร, 2558) การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 60 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละจำนวน 30 คน กิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 90-120 นาทีกำหนดจะทำกิจกรรมทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลพบว่า ภายหลังจากให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ (พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2560)

และการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปี จำนวน 40 คน ประกอบด้วย กิจกรรม 5 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมรายกลุ่ม เดือนละครั้งติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลา 30 –60 นาที ผลการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมพบว่าภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรพิน พรศโยธิน, 2561)

(3) กลุ่มมารดาคลอดก่อนกำหนด ได้แก่การศึกษา ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการให้นมมารดาของมารดาคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาคลอดก่อนกำหนดจำนวน 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 ราย ประกอบไปด้วย 8 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 45-60 นาที ใช้ระยะเวลา 8 วัน ติดต่อกัน 1 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ามารดาคลอดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมการให้นมมารดาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่ามารดาที่คลอดก่อนกำหนดหลังเข้าเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลทำให้พฤติกรรมการให้นมในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดดีขึ้น (ฐิติพร แสงพลอย, พรณพิไล ศรีอาภรณ์, และ ปิยะนุช ชูโต, 2559)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีการดำเนินโปรแกรมประกอบไปด้วย จำนวนกิจกรรมตั้งแต่ 4-8 กิจกรรม และมีการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ 4-8 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 60-120 นาที ในการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวส่งผลต่อบุคคลในด้านต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยลดลง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุดีขึ้น สามารถลดความหวาดหวั่นของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ได้ สามารถเพิ่มภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง และมารดาคลอดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมการให้นมที่ดีขึ้น สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม คือจำนวนกิจกรรม 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทำกิจกรรม 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ซึ่งเป็นช่วงเวลาจากการทบทวนวรรณกรรมแล้ว คาดว่าสามารถนำไปเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยหน่ายได้ และเพื่อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ด้วยความถนัดในการนัดหมาย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ประมาณ 60-90 นาที ซึ่งเป็นระยะเวลาที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ โดยการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

2.5.2 การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) ซึ่งมีเนื้อหา

ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งมีการปรับให้สอดคล้องกับแนวคิดองค์ประกอบของความเหนื่อยหน่ายของแมสแลช (Maslach, 1986) มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ 2) การมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น 3) ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งกิจกรรมแต่ละกิจกรรมได้พัฒนาขึ้นตามแนวทางการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ทั้งด้านเนื้อหา/สาระของแต่ละกิจกรรม โดยเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมจะประกอบไปด้วย การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล เป็นการประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ และการตัดสินใจว่าตนเองเกิดความล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ โดยกิจกรรมจะเน้นการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง การเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ และการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น เป็นการให้ความหวัง กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยในด้านบวก และมีเจตคติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วย ไม่มองผู้ป่วยเป็นเหมือนวัตถุสิ่งของ โดยกิจกรรมจะเน้นการรู้จักที่มาของอารมณ์ทางลบ การระบายความรู้สึกของตนเองที่เกิดจากการดูแล ทักษะการจัดการอารมณ์ทางลบ การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูล ข่าวสารที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จะทำให้ผู้ดูแลเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยกิจกรรมจะเน้นการให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่จำเป็น การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล และอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลแหล่งช่วยเหลือทั้งในชุมชนและภายนอกชุมชนที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จะทำให้ผู้ดูแลเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และมีกำลังใจและความหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อไป เป็นกิจกรรมที่เรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน แนะนำแหล่งที่ให้การช่วยเหลือทั้งภายในชุมชนและภายนอกชุมชน ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมจนครบ คือช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การได้รับสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคาดว่าจะส่งผลทำให้ความเหนื่อยหน่ายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงลดลงด้วย ทางผู้วิจัยได้กำหนดโครงสร้างของกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ โดยการนำการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ทั้ง 4 ด้าน มาใช้ออกแบบกิจกรรมโปรแกรมการ

สนับสนุนทางสังคมให้สอดคล้องตามโครงสร้างของวัตถุประสงค์และแนวคิดหลัก ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละประมาณ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 แรกพบหน้า

แนวคิดหลัก

การสร้างสัมพันธ์ภาพ เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มต่างเคารพซึ่งกันและกัน ในความเป็นปัจเจกบุคคลและทั้งสองฝ่าย ต่างเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นอันเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการช่วยส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม เพราะในกระบวนการนี้ผู้วิจัยจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มเกิดการหยั่งรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเองจนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาได้ และการที่สมาชิกกลุ่มจะกลับไปมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลต่าง ๆ ในสังคมได้นั้น จะต้องมีการเรียนรู้วิธีที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเริ่มต้นจากการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้วิจัย (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2557) การสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นการสร้างความพร้อมและแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้นในระหว่างการประชุมกิจกรรม ในกิจกรรมนี้จะนำการสนทนาด้านการประเมินค่ามาใช้ในการประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ และคิดว่าตนเองล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่มาปรับใช้ในกิจกรรม โดยให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินค่าสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และแบ่งปันข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเองและผู้อื่น และการได้ฝึกการประเมินค่าสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจากสมาชิกในกลุ่ม จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการประเมินค่าสถานการณ์ได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและความมั่นใจในการเลือกจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักรู้ถึงศักยภาพความมีคุณค่าของตนเองและบุคคลอื่น ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยวิธีการแก้ไขปัญหาของตนเองและสมาชิกท่านอื่นร่วมรับรู้ปัญหา แสดงการยอมรับและชื่นชม เมื่อผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงก็จะส่งผลให้การเผชิญปัญหาและเกิดการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยและสามารถตัดสินใจว่าการดูแลผู้ป่วยของตนเองเกิดความล้มเหลวหรือไม่ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายลดลง

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

- (1) มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน
- (2) ประเมินสถานการณ์และระบุปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อได้ตรงกับความจริง
- (3) ได้ระบายถึงความรู้สึก

กิจกรรมที่ 2 รู้เท่าทันสำคัญโฉน

แนวคิดหลัก

การประเมินค่า (Appraisal) การที่บุคคลประเมินค่าระหว่างปัญหาที่พบกับแหล่งสนับสนุนทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอก ซึ่งมีโอกาสส่งผลต่อมุมมองในการดูแลได้ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ เช่น การประเมินสถานการณ์ในการดูแลว่าเป็นการได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณ นั่นคือบุคคลประเมินว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ดีต่อตนเอง (Appraisal of Role Gain) ก็จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลไปทางด้านบวก ในทางกลับกันถ้าหากผู้ดูแลการประเมินว่าบทบาทผู้ดูแลเป็นความยุ่งยากต่อตนเอง ผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์การดูแลไปทางด้านลบ นั่นคือการประเมินว่าเป็นความเครียดในบทบาท (Appraisal of Role Strain) (อรรพรรณ แผนคง และ ลินจง โปธิบาล, 2561) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ประเมินตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตน การเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เรียนรู้การอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยอย่างมีความสุข ในกิจกรรมนี้จะนำการสนับสนุนด้านการประเมินค่ามาปรับใช้ในกิจกรรมนี้ จะเป็นการพูดคุยถึงการประเมินค่าสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ การจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้นพร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองและผู้อื่น และการได้ฝึกการประเมินค่าสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อจากสมาชิกในกลุ่มและฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการประเมินค่าสถานการณ์ได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและความมั่นใจในการเลือกจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าผู้ดูแลมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เพิ่มความสามารถในการดูแลและเกิดความหวัง มีกำลังใจเพิ่มมากขึ้นในการดูแลและไม่ตัดสินใจว่าตนเองล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ไปช่วยลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลได้ (มยุรีย์ กลั้ววงศ์, 2552)

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

- (1) ประเมินสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อได้
- (2) แก้ไขปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโดยใช้เหตุผลได้
- (3) เปิดเผยความรู้สึกของตนเอง ความไม่สบายใจหรือปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ
- (4) ระบุปัญหาและการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อของตนเองได้

กิจกรรมที่ 3 คิดดี อารมณ์ดี

แนวคิดหลัก

อารมณ์ คือ ภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ จากการได้รับสิ่งกระตุ้นจากภายนอกทำให้เกิดการตอบสนองต่อสถานการณ์ โดยเริ่มจากการรับรู้ การคิดวิเคราะห์เหตุการณ์ และทำให้เกิดการตอบสนองด้านพฤติกรรม ซึ่งการแปลเหตุการณ์ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้ในอดีตแล้วเกิดการตอบสนองแบบยับยั้ง หรือกระตุ้นพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น เสียใจ โกรธ เศร้า หดหู่ ดีใจ น้อยใจ เป็นต้น หากเกิดอารมณ์ด้านลบจะส่งผลให้เกิดสุขภาวะทางจิตที่ต่ำ แต่ในทางตรงข้ามกันหากเกิดอารมณ์ทางลบบ่อย ๆ มักส่งผลเสียทางสุขภาพจิตและมีส่วนเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนความเครียด ทำให้สภาวะทางร่างกายทรุดโทรมตามมา ซึ่งในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องแบกรับภาระต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการดูแลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียงตลอดจนภาวะสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง ภาระต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและส่งผลต่อความอ่อนล้าทางอารมณ์ ผู้ดูแลจะรู้สึกอ่อนล้า สิ้นหวัง การหมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย (สุริยา ฟองเกิด, 2562) ดังนั้น ในกิจกรรมนี้เป็นการนำการสนับสนุนด้านอารมณ์มาปรับใช้ในกิจกรรม เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่มาของอารมณ์ที่ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และเข้าใจ ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนได้ตามความเป็นจริง สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนให้แสดงออกได้อย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจและรับผิดชอบสิ่งที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการกระทำของตน รวมทั้งสามารถสื่อสารกับผู้อื่นและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี (รังสิริศม์ วงศ์อุปราช และ พิศ วังศ์อุปราช, 2555) การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ในส่วนของการเรียนรู้ถึงที่มาของอารมณ์ ผลดีผลเสียของการเกิดอารมณ์ทางลบ จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่ดีขึ้น ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยติดเตียงได้ เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอารมณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาได้ด้วยตัวเอง มีการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่ช่วยลดความเหนื่อยหน่ายได้ (อรสาใจจิรา, 2556)

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

- (1) ระบุอารมณ์ของตนเองและสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ได้
- (2) ทราบถึงข้อดีและข้อเสียในการเกิดอารมณ์ของตนเอง และเข้าใจตนเอง
- (3) เกิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
- (4) ได้ระบายความรู้สึกด้านอารมณ์จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 รู้จักผ่อนคลาย จิตใจสดชื่น

แนวคิดหลัก

การจัดการอารมณ์ เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้เพื่อจัดการหรือปรับแรงผลักดันภายใน หรือความต้องการของตนเองให้แสดงออกเหมาะสมอยู่ในขอบเขตที่สังคมยอมรับ การควบคุมตนเอง เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้และสะสมอย่างค่อยเป็นค่อยไป สภาพแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมของคนเมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนพฤติกรรมของคนก็เปลี่ยน เช่น คนที่อยู่ในภาวะสงครามจะแสดงความก้าวร้าวได้มากกว่าเมื่อเทียบกับขณะที่อยู่ในภาวะสงบ ดังนั้น พฤติกรรมของคนและสิ่งแวดล้อมต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการที่คนได้ตระหนักถึงสภาวะอารมณ์ของตนเองไม่อ่อนไหวไปตามสิ่งที่มากระทบ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่พึงประสงค์ โดยกำหนดเป้าหมายและเลือกวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมายนั้นด้วยตัวเอง การควบคุมอารมณ์ไม่ใช่การเก็บกด ไม่แสดงออกทางอารมณ์เลย แต่เป็นการเรียนรู้ที่จะจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล สามารถแสดงออกในทางที่สังคม ยอมรับและมีผลเสียต่อตนเองและผู้อื่นทั้งทางร่างกายและจิตใจให้น้อยที่สุด ดังนั้น ในกิจกรรมนี้ได้้นำการสนับสนุนด้านอารมณ์มาปรับใช้ในกิจกรรม เป็นกิจกรรมการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทัศนคติที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ชี้ให้เห็นถึงบทบาทผู้ดูแลในเชิงบวก มีการสนับสนุนให้กำลังใจ และกระตุ้นให้มีความหวัง การแสดงความรู้สึกเป็นห่วง กระตุ้นให้ใส่ใจดูแลตนเอง และกระตุ้นให้กำลังใจซึ่งกันและกัน กับผู้ดูแลรายอื่นทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยว กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอารมณ์ทางลบของตนเองและมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง รู้ถึงบทบาทผู้ดูแลในเชิงบวก ได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจ เข้าใจตนเองได้ดีขึ้นจึงนับว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้ป่วย (สกุลวรรณ อร่ามเมือง, 2561) เพราะฉะนั้นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ช่วยลดความรู้สึกด้านลบ ผู้ดูแลมีเจตคติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วย ไม่มองผู้ป่วยเหมือนวัตถุหรือสิ่งของ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความเครียดและปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984)

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

- (1) มีความรู้ในเรื่องของการจัดการอารมณ์ มีทัศนคติที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วย
- (2) เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง วิธีการจัดการกับอารมณ์ ทัศนคติความคิดในการดูแลผู้ป่วย
- (3) ได้ระบายความรู้สึกด้านอารมณ์จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 5 ความเครียด จินตนาการ สมาธิ

แนวคิดหลัก

ความเครียด เป็นภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับสิ่งเร้าซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ จนทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาในการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเพื่อปรับตัวต่อสิ่งนั้น ๆ ซึ่งการปรับตัวจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับระดับของความเครียด ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้นมีความสำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบโดยตรงต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้า สิ้นหวัง การหมกมุ่นใจในการดูแลผู้ป่วย และยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอีกด้วย หากความเครียดผู้ดูแลไม่ได้รับการแก้ไขย่อมส่งผลให้ขาดประสิทธิภาพในการดูแล เช่น ขาดการเอาใจใส่หรือ มีการละเลยที่จะดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะการเผชิญความเครียดจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยลดลง และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (มัลลิกา จันทรเพ็ญ, 2557) ในกิจกรรมได้นำการสนับสนุนด้านอารมณ์มาปรับใช้ในกิจกรรม กิจกรรมนี้เป็นการเรียนรู้ในเรื่องความเครียด การจัดการความเครียด และทักษะในการผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกสร้างจินตนาการ การฝึกสมาธิ การฝึกทักษะหายใจ และการผ่อนคลายความเครียดด้วยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกทักษะการจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ระบายออกทางอารมณ์ในทางที่เหมาะสม สามารถระงับและควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลายและสงบ และยังสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การที่ผู้ดูแลได้รับรับทักษะการจัดการความเครียดจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและช่วยลดความเหนื่อยหน่ายได้ (Elisabeth, 2001)

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

- (1) นำทักษะการจัดการความเครียดไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
- (2) เลือกวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้

กิจกรรมที่ 6 รับรู้และเข้าใจ

แนวคิดหลัก

ความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลนั้น เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยในการดูแลทั้งสิ้น ในการที่จะช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการ โดยเน้นการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น

ที่ผู้ดูแลต้องมีโดยจะเป็นคำแนะนำ คำอธิบาย ตลอดจนวิธีการหรือการติดต่อที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องทราบ เพื่อให้การช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งในการดูแล ต้องให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ในเรื่องการรักษาความสะอาดร่างกาย ความสะอาดของปาก ฟัน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ตลอดจนการเคลื่อนไหว การหัดนั่ง ยืน และเดิน เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นการชดเชยความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (กุลธิดา พานิชกุล และ อติพร สำราญบัว, 2556) ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ผู้ป่วยติดเตียงมาก่อน ดังนั้นการมีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเข้ามาเป็นบทบาทที่เกิดขึ้นกะทันหัน ไม่ได้เตรียมการมาก่อน ผู้ดูแลจะต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความ ยากลำบากสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ส่งผลให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงมีความคิดและพฤติกรรมที่จะพยายามใช้ประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ถ้าผู้ดูแลเคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงมาก่อน จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีแล้วส่งผลให้ความต้องการของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ลดน้อยลงแตกต่างกัน ไป แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ดูแลที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมาก่อน ย่อมส่งผล ให้ผู้ดูแลมีความต้องการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (บุษยมาส บุศยารัศมี, 2561) ทั้งนี้ ถ้าผู้ดูแล ได้รับการช่วยเหลือในเรื่องความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำทำให้ไปเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย มีกำลังใจและความหวังในการดูแลเพิ่มขึ้น ซึ่งในกิจกรรมนี้ผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง สิ่งอำนวยความสะดวกหรือ อุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน รวมทั้งการให้คำแนะนำที่เป็น ประโยชน์ที่สามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่อเกิดปัญหาในระหว่างการดูแล และฝึกทักษะ ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (อริญาพร จันทราสินธ 2560) การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มเติม จะส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายลงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับความรู้ทักษะในการดูแล (กัญญา ศรีตะวัน, 2559)

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

- (1) บอกได้ถึงวิธีการผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้
- (2) มีทักษะเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ถูกต้อง
- (3) ได้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดและได้ระบายความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

กิจกรรมที่ 7 ไกลบ้านใกล้ใจใกล้ชุมชน

แนวคิดหลัก

การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีในชุมชน เป็นการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้รับรู้ถึงแหล่ง ทรัพยากรในชุมชน ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ ซึ่งในผู้ดูแลมีความ

ต้องการให้บุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ ในสังคมเข้ามาช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การมีสัมพันธภาพและการสื่อสาร การมีส่วนร่วมของชุมชน และการให้บริการการพัฒนาทักษะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลเกิดการแลกเปลี่ยนถึงทรัพยากรที่มีอยู่และที่ได้รับจากครอบครัวและชุมชน และได้รับข้อมูล คำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่สามารถใช้ประโยชน์ได้ เช่น หน่วยงานและบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนในชุมชนต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสังคม เคราะห์จังหวัด เป็นต้น (พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ, 2557) ซึ่งในกิจกรรมนี้เริ่มจากสมาชิกในกลุ่มร่วมรับรู้และประเมินปัญหาด้านความต้องการทรัพยากร โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลแหล่งสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่ได้รับ ผู้วิจัยให้ข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชนนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากในกลุ่มผู้ดูแล วิธีการขอรับความช่วยเหลือเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เกิดความหวังในการดูแลผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในกิจกรรมนี้จะเน้นเรื่องของการขอความช่วยเหลือและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน การให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ภายในและแหล่งประโยชน์ภายนอกโดยกิจกรรมนี้เป็นการให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเรียนรู้วิธีการสื่อสารขอความช่วยเหลือในชุมชน แนะนำเครือข่ายทางสังคม แหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชน และวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

- (1) บอกถึงแหล่งทรัพยากรที่ให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ ในชุมชน
- (2) บอกถึงวิธีการขอรับความช่วยเหลือ

กิจกรรมที่ 8 ลาแล้วแก้วตา

แนวคิดหลัก

การทบทวนความรู้ ข้อมูล ทักษะต่าง ๆ ทั้งหมดที่ได้รับ และนำไปปฏิบัติตามโปรแกรม ซึ่งกิจกรรมครั้งนี้เป็นเพียงการสิ้นสุดการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอ แต่ความห่วงใย ความเอาใจใส่ และความต้องการที่จะเข้าใจ การดูแลสนับสนุนยังมิอยู่โดยมีการกระตุ้น แนะนำ เสริมแรง การตอบปัญหา ข้อข้องใจ ร่วมกันวางแผนต่อไปในอนาคต การนัดหมายกิจกรรมกลุ่มผู้ดูแล รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ดูแล (พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ, 2557) และทบทวนความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นการประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยว่ามี

เปลี่ยนแปลงไปในทางใด และการนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และให้สมาชิกช่วยกันตอบปัญหาและเป็นที่ปรึกษาระหว่างสมาชิกด้วยกัน ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีการช่วยเหลือกัน และเพื่อให้สมาชิกได้ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และให้สมาชิกได้ร่วมกันเป็นเครือข่ายในการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง รวมทั้งการประเมินผลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งกิจกรรมนี้จะเน้นเรื่องของการกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเองว่าได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้อย่างไร โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลในกลุ่ม และให้ผู้ดูแลช่วยกันตอบคำถามหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยเป็นการจัดกระทำกับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และให้ผู้ดูแลร่วมเป็นเครือข่ายในการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้วิจัยสรุปการทำกลุ่ม และทำการประเมินผลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล (วรารักษ์ สันธุโสภา, 2560)

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

- (1) ทบทวนความรู้และทักษะที่สำคัญในแต่ละกิจกรรมได้
- (2) แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกอ่อนล้า สิ้นหวัง มีความรู้สึกด้านลบ มีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย การหมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดภาวะเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ด้านร่างกาย ได้แก่ มีอาการอ่อนเพลีย มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว จากผลกระทบที่กล่าวมานั้นทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกิดปัญหาและความต้องการในด้านต่าง ๆ ซึ่งปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลมีดังนี้ ได้แก่ ด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครือข่ายทางสังคม ซึ่งปัญหาและความต้องการเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแล สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น (มยุรี กลั้ววงษ์, 2552) ดังนั้นในผู้ดูแลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะขาดแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดี จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ในผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง (กัญญา ศรีตะวัน, 2559) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Informational Support) และ 4) การสนับสนุนด้าน

ทรัพยากร (Instrumental support) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน จะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างมาก หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ ลดความรู้สึกละอายของหน่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยได้



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

กลุ่มทดลอง	O_{11}	X_1	O_{12}
กลุ่มควบคุม	O_{21}		O_{22}

X หมายถึง โปรแกรมการการสนับสนุนทางสังคม

O_{11} หมายถึง การประเมินคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

O_{12} หมายถึง การประเมินคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

O_{21} หมายถึง การประเมินคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O_{22} หมายถึง การประเมินคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลตามปกติ

$\bar{D}_1$ หมายถึง ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลอง โดยใช้คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองลบด้วยคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง $\bar{D}_1 = O_{12} - O_{11}$

$\bar{D}_2$ หมายถึง ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงก่อนได้รับการดูแลตามปกติในกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองลบด้วยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง $\bar{D}_2 = O_{22} - O_{21}$

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษานี้ได้แก่ ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี อายุระหว่าง 20-59 ปี

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีอายุ 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ จังหวัดปทุมธานี ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน และมีความสอดคล้องตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.2.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีเกณฑ์ ดังนี้

(1) เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1. บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยติดเตียง ที่ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย และอ่านออก เขียนได้

(2) เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

มีอาการผิดปกติทางกายหรือทางจิตอย่างปรากฏได้ชัดเจน ได้แก่ อาการทางจิตที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

(3) เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา (Discontinuation Criteria)

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากการวิจัย ไม่ยอมเข้าร่วมการวิจัยต่อหลังจากที่เริ่มการวิจัยไปแล้วระยะเวลาหนึ่ง

(4) เกณฑ์การถอนอาสาสมัครจากการศึกษา (Withdrawal Criteria)

1. อาสาสมัครที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทั้ง 8 กิจกรรม เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อผลสรุปผลหลังการทดลองได้

3.2.2.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.4 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ซึ่งกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the Test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 หรือระดับความ

เชื่อมั่นเท่ากับ 95% (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) สำหรับค่าขนาดของอิทธิพล (Effect Size) ผู้วิจัยได้คำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของตัวแปรตาม คือ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน (จรัสพร หอมจันทร์ดี และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2562) ซึ่งใช้ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังการทดลองเท่ากับ .33 และใช้ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังการทดลองเท่ากับ .26 มาคำนวณค่าอิทธิพล (Effect Size) ได้ค่าเท่ากับ 1.78 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่ขนาดใหญ่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ระดับ 0.8 เมื่อนำค่าอิทธิพลมาคำนวณในโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.4 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย และระหว่างดำเนินการวิจัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการดำเนินการวิจัย (Drop Out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20% (Gray, Grove & Burn, 2013) จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน

3.2.2.3 การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

(1) การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพ อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 62 คน ดังนี้

(2) ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างและจัดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 6 เทศบาล โดยผู้วิจัยสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 1 เทศบาล และกลุ่มควบคุม 1 เทศบาล โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

1. ทำการสุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่จะเป็นกลุ่มทดลองจากเทศบาลในอำเภอลองหลวง โดยสุ่ม 1 เทศบาลจาก 6 เทศบาล โดยวิธีการจับฉลากอย่างง่ายแบบไม่แทนที่เป็นกลุ่มทดลอง 1 เทศบาล ได้แก่ เทศบาลเมืองท่าโขลง

2. ทำการสุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่จะเป็นกลุ่มควบคุมจากเทศบาลที่เหลือโดยการจับฉลาก อย่างง่ายแบบไม่แทนที่ออกมา 1 เทศบาล ได้แก่ เทศบาลเมืองคลองหลวง

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพศหญิงและเพศชายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched pair) กำหนดคุณสมบัติในการจับคู่ตามเกณฑ์การศึกษา ได้แก่ ระยะเวลาการดูแลได้แก่ช่วงระยะเวลา 1-5 ปี, 5-10ปี, 10-15 ปี เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน ดังแผนภาพที่ 3.1



แผนภาพที่ 3.1 แสดงการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.3.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

3.3.1.2 แบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินแบบวัดภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Maslach Burnout Inventory) ของแมสเลซและแจคสัน (Maslach; & Jackson, 1981) ได้นำมาพัฒนาโดย งานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (2560) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางลบ จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ

โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่มีคำตอบ เป็นทางเลือก 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ลักษณะการตอบ	ข้อคำถามทางลบ	ข้อคำถามทางบวก
ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย	0 คะแนน	6 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง	1 คะแนน	5 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	5 คะแนน	1 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน	6 คะแนน	0 คะแนน

มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายสูง จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความเป็นบุคคลสูง และด้านความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายปานกลาง จะมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายต่ำ จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และ ด้านการลดความเป็นบุคคลต่ำ แต่จะมีด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูง โดยมีเกณฑ์การกำหนดคะแนน เพื่อแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านตามที่แมสแลชและแจ๊คสัน (Maslach & Jackson, 1986) กำหนดไว้ ดังนี้

การแบ่งระดับความเหนื่อยหน่าย (Maslach & Jackson, 1986)

	ความเหนื่อยหน่าย (คะแนน)	ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (คะแนน)	การลดความเป็นบุคคล (คะแนน)
ระดับต่ำ	0-16 คะแนน	0-16 คะแนน	39 คะแนนขึ้นไป
ระดับปานกลาง	17-26 คะแนน	7-12 คะแนน	32-38 คะแนน
ระดับสูง	27 คะแนนขึ้นไป	13 คะแนนขึ้นไป	0-31 คะแนน
คะแนนรวม	54 คะแนน	30 คะแนน	48 คะแนน

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม และได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House 1981) มาใช้ในการลดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยการนำผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วราภรณ์ สินธุโสภณ, 2560) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน (จรัสพร หอมจันทร์ดี,

2559) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมเพิ่มเติม ซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทั้งหมด 4 สัปดาห์ติดต่อกัน แต่ละกิจกรรมจะใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 60 นาที โดยมีรายละเอียดของการทำกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 แรกพบหน้า (ระยะเวลา 60 นาที) ในกิจกรรมนี้จะเป็นการสร้างสัมพันธภาพ เป็นกิจกรรมกระตุ้นให้สมาชิกเห็นถึงความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจนครบระยะเวลา 4 สัปดาห์ กระตุ้นให้เกิดความตั้งใจในการดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนระบุเป้าหมายและประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ และนำการสนับสนุนด้านการประเมินค่ามาใช้ในการประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ และคิดว่าตนเองล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่มาปรับใช้ในกิจกรรม เมื่อผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงก็จะส่งผลให้การเผชิญปัญหาและเกิดการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยและสามารถตัดสินใจว่าการดูแลผู้ป่วยของตนเองเกิดความล้มเหลวหรือไม่ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายลดลง

กิจกรรมที่ 2 รู้เท่าทันตนเอง สำคัญไฉน (ระยะเวลา 60 นาที) ในกิจกรรมนี้จะนำการสนับสนุนด้านการประเมินค่ามาปรับใช้ในกิจกรรมนี้ จะเป็นการพูดคุยถึงการประเมินค่าสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้นพร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเองและผู้อื่น และการได้ฝึกการประเมินค่าสถานการณ์ต่าง ๆ และฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการประเมินค่าสถานการณ์ได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและมีความมั่นใจในการเลือกจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าผู้ดูแลมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เพิ่มความสามารถในการดูแลและเกิดความหวังมีกำลังใจเพิ่มมากขึ้นในการดูแล และไม่ตัดสินใจว่าตนเองล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ไปช่วยลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลได้

กิจกรรมที่ 3 คิดดี อารมณ์ดี (ระยะเวลา 60 นาที) ในกิจกรรมนี้จะเป็นการนำการสนับสนุนด้านอารมณ์มาปรับใช้ในกิจกรรม เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่มาของอารมณ์ที่ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และเข้าใจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนได้ตามความเป็นจริง รับรู้ถึงข้อดีและข้อเสียในการเกิดอารมณ์เชิงลบของตนเอง สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนให้แสดงออกได้อย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจและรับผิดชอบสิ่งที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการกระทำของตน รวมทั้งสามารถสื่อสารกับผู้อื่นและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่ดีขึ้น ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยติดเตียงได้ เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอารมณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาได้ด้วยตัวเอง มีการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 รู้จักเพื่อนคลาย จิตใจสดชื่น (ระยะเวลา 60 นาที) ในกิจกรรมนี้ได้นำ การสนับสนุนด้านอารมณ์มาปรับใช้ในกิจกรรม เป็นกิจกรรมการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง และพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการฝึกทบทวนอารมณ์ สถานการณ์ที่เกิดจากการกระทำของอารมณ์ และผลจากการกระทำของอารมณ์ การฝึกจัดการกับ อารมณ์ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทัศนคติที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ชี้ให้เห็นถึง บทบาทผู้ดูแลในเชิงบวก มีการสนับสนุนให้กำลังใจ กระตุ้นให้มีความหวัง การแสดงความรู้สึกเป็น ห่วง กระตุ้นให้ใส่ใจดูแลตนเอง และกระตุ้นให้กำลังใจซึ่งกันและกันกับผู้ดูแลรายอื่นทำให้รู้สึกไม่โดด เดี่ยว กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอารมณ์ทางลบของตนเองและมีทัศนคติที่ดีในการ ดูแลผู้ป่วยติดเตียง รู้ถึงบทบาทผู้ดูแลในเชิงบวก ได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีเจต คติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วย ไม่มองผู้ป่วยเหมือนวัตถุหรือสิ่งของ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความเครียด และปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 มาผ่อนคลายกันเถอะ (ระยะเวลา 60 นาที) ในกิจกรรมได้นำการ สนับสนุนด้านอารมณ์มาปรับใช้ในกิจกรรม กิจกรรมนี้เป็นการเรียนรู้ในเรื่องความเครียด การจัดการ ความเครียด และทักษะในการผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกสร้างจินตนาการ การฝึกสมาธิ การฝึกทักษะหายใจ และการผ่อนคลายความเครียดด้วยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกทักษะ การจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ระบายออกทางอารมณ์ในทางที่ เหมาะสม สามารถระงับและควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลายและสงบ และยังสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ผู้ป่วย ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญความเครียดได้อย่าง เหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 รับรู้และเข้าใจ (ระยะเวลา 60 นาที) ในกิจกรรมนี้ผู้ดูแลจะได้รับ คำแนะนำ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง สิ่งอำนวยความสะดวกหรืออุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแลที่ เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน รวมทั้งการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ที่สามารถแก้ปัญหา ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่อเกิดปัญหาในระหว่างการดูแล และฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยติด เดียง ทำให้ไปเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย มีกำลังใจ และความหวังในการดูแลเพิ่มขึ้น การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มเติม จะส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายลงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับความรู้ทักษะในการดูแล

กิจกรรมที่ 7 ไกลบ้านใกล้ใจใกล้ชุมชน (ระยะเวลา 60 นาที) ในกิจกรรมนี้จะเน้น เรื่องของการประเมินปัญหาด้านความต้องการทรัพยากร โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลแหล่งสนับสนุน ด้านต่าง ๆ การขอความช่วยเหลือและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน การให้ความรู้เรื่องแหล่ง ประโยชน์ภายในและแหล่งประโยชน์ภายนอก แนะนำเครือข่ายทางสังคม เรียนรู้วิธีการสื่อสาร

ขอความช่วยเหลือในชุมชน และวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ กิจกรรมนี้ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งส่งในเรื่องการเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เกิดความหวังในการดูแลผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

กิจกรรมที่ 8 ลาแล้วแก้วตา (ระยะเวลา 60 นาที) กิจกรรมนี้จะเน้นเรื่องขอการทบทวนความรู้ ข้อมูล ทักษะต่าง ๆ ทั้งหมดที่ได้รับ การกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเองว่าสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้อย่างไร โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลในกลุ่ม และการตอบคำถามหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยสรุปการทำกลุ่ม และทำการประเมินผลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ตระหนักถึงศักยภาพความสามารถของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป สามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ มีทัศนคติที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เกิดการรวมกลุ่มกันเป็นเครือข่ายในการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังต่อไปนี้

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และแบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้แบบสอบถาม แบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน (Maslach Burnout Inventory) เพื่อแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้าน ของแมสเลซและแจคสัน (Maslach; & Jackson, 1981) ได้นำมาพัฒนาโดย งานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (2560) เนื่องจากแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้ว และได้มีการนำไปใช้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มารดาเด็กป่วย เป็นโรคมะเร็ง ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมืออีกครั้ง สำหรับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา

แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำผลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแลนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้คือระดับ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยารุณ, 2553)

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นเสนอ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียง 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง สอดคล้องชัดเจน ความเหมาะสมของการใช้ภาษาและความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งทางผู้ทรงได้มีการเสนอปรับแก้ไขในส่วนข้อบกพร่อง ระยะเวลาการทำกิจกรรม ความเชื่อมโยงแนวคิดของแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นที่ได้แก้ไข ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 ปรับแก้ไขชื่อกิจกรรม ปรับแก้ไขผลลัพธ์การเรียนรู้เพิ่มเติมแก้ไขในระยะดำเนินการปรับกิจกรรมเพื่อเชื่อมโยงไปถึงความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลและระยะเวลาในการทำกิจกรรมเพิ่มเพื่อความเหมาะสม กิจกรรมที่ 2 ปรับแก้ไขเพิ่มเติมกิจกรรมในส่วนระยะดำเนินการ กิจกรรมที่ 3 เพิ่มการสนับสนุนทางอารมณ์ในแนวคิดหลัก กิจกรรมที่ 4 เพิ่มการสนับสนุนทางอารมณ์ในแนวคิดหลักเชื่อมโยงไปถึงกิจกรรม กิจกรรมที่ 5 เพิ่มการสนับสนุนทางอารมณ์ในแนวคิดหลัก ปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้ไปในแนวทางการผ่อนคลายทางอารมณ์ ตัดการนัดคลายเครียดออก กิจกรรมที่ 6 เปลี่ยนชื่อกิจกรรม เพิ่มข้อมูลการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในแนวคิดหลัก กิจกรรมที่ 7 เพิ่มข้อมูลการสนับสนุนด้านทรัพยากรในแนวคิดหลัก

หลังจากปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน โดยการดำเนินรูปแบบกิจกรรมครบทั้ง 8 กิจกรรม พบว่าระหว่างการดำเนินกิจกรรม ผู้ดูแลบางรายเกิดการไม่เข้าใจในข้อคำถามของใบงาน ทางผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขโดยการอธิบายเพิ่มเติมพร้อมกับยกตัวอย่างการเขียนให้ผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและสามารถทำได้ ในส่วนของตัวกิจกรรมผู้ดูแลเข้าใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทั้ง 8 กิจกรรม ในส่วนการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้กับกลุ่มทดลองจริง พบว่าผู้ดูแลบางคนไม่เข้าใจในใบงานที่แจกให้ทำ ผู้วิจัยได้มีการปรับแก้ไขโดยมีการอธิบายยกตัวอย่างเพิ่มเติม และวิธีการเขียนในใบงานที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจ ผู้ดูแลเข้าใจมากขึ้น และสามารถทำใบงานนั้นได้

3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ได้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

3.5.1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

3.5.1.1 หลังจากผู้วิจัยสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านแล้ว ผู้วิจัยส่งโครงร่างฉบับสมบูรณ์เพื่อขอรับพิจารณาด้านจริยธรรมของการวิจัยในคนต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ซึ่งได้รับการพิจารณารับรอง รหัสโครงการวิจัย COA No. 030/2565

3.5.1.2 หลังจากได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พร้อมแนบโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาล ทั้ง 3 แห่ง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 แห่ง และทดสอบเครื่องมือ 1 แห่ง

3.5.1.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลทั้ง 3 แห่ง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย กลุ่มเป้าหมายและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เพื่อชี้แจงและอธิบายรายละเอียด และขอความร่วมมือในการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1.4 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และดำเนินการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

3.5.1.5 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ในด้านของความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการทำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม บุคลิกลักษณะ บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และฝึกประสบการณ์กับผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

3.5.1.6 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

3.5.1.7 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มกับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม วัน เวลาในการทำกลุ่ม อธิบายรายละเอียดกิจกรรมแต่ละขั้นตอน การบันทึกข้อมูลในแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัด ความเหนื่อยหน่ายให้เข้าใจตรงกัน ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่สังเกตคอยช่วยเหลือขณะทำกิจกรรม และเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองเท่านั้น ส่วนกิจกรรมของกลุ่มผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเอง ทั้งหมด

3.5.2 ขั้นตอนการทดลอง

3.5.2.1 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

(1) ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองไปยังหอประชุมเทศบาล ซึ่งจัดเตรียมไว้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้ลงชื่อยินยอม ในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย (Informed consent form) ซึ่งในการเข้าร่วมการวิจัย ครั้งนี้อาสาสมัครวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่สูญเสียสิทธิในการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแล (Pre-test) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถาม ในกรณีอาสาสมัครอ่านหนังสือไม่คล่อง หรือไม่เข้าใจคำถาม ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านให้ฟังและอธิบายข้อคำถามให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐาน

(2) ผู้วิจัยนัดหมายกับอาสาสมัครวิจัยที่คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองเพื่อดำเนินการทดลองตามกิจกรรมกลุ่มโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 มีสมาชิกจำนวน 11 คน ดำเนินการทำกลุ่มโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ในวันพฤหัสบดีและวันอาทิตย์ ภาคเช้าเวลา 08.00–09.30 น. กลุ่มที่ 2 มีสมาชิกจำนวน 10 คน ดำเนินการทำกลุ่มโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ในวันพฤหัสบดีและวันอาทิตย์ ภาคเช้าเวลา 10.00–11.30 น. ส่วนกลุ่มที่ 3 มีสมาชิกจำนวน 10 คน ดำเนินการทำกลุ่มโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ในวันพฤหัสบดีและวันอาทิตย์ ภาคบ่ายเวลา 13.30–15.00 น. ทั้งกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 จัดกระทำในเดือน พฤษภาคม- กรกฎาคม พ.ศ.2565 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มจะได้เข้าร่วมกิจกรรมมีทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 แรกพบหน้า กิจกรรมที่ 2 รู้เท่าทันตนเอง สำคัญไฉน 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 3 คิดดี อารมณ์ดี กิจกรรมที่ 4 รู้จักผ่อนคลาย จิตใจสดชื่น กิจกรรมที่ 5 มาผ่อนคลายกันเถอะ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือกิจกรรมที่ 6 รับรู้และเข้าใจ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

คือ กิจกรรมที่ 7 ไกล่บ้านไกล่ใจไกล่ชุมชน กิจกรรมที่ 8 ลาแล้วแก้วตา ซึ่งทั้ง 3 กลุ่ม ดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยดำเนินการเพียงผู้เดียว

(3) ผู้ช่วยวิจัย ให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแล ในสัปดาห์ที่ 4 (Post-test) หลังสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่ม และผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ที่เข้าร่วม โปรแกรมและกล่าวปิดโครงการวิจัย

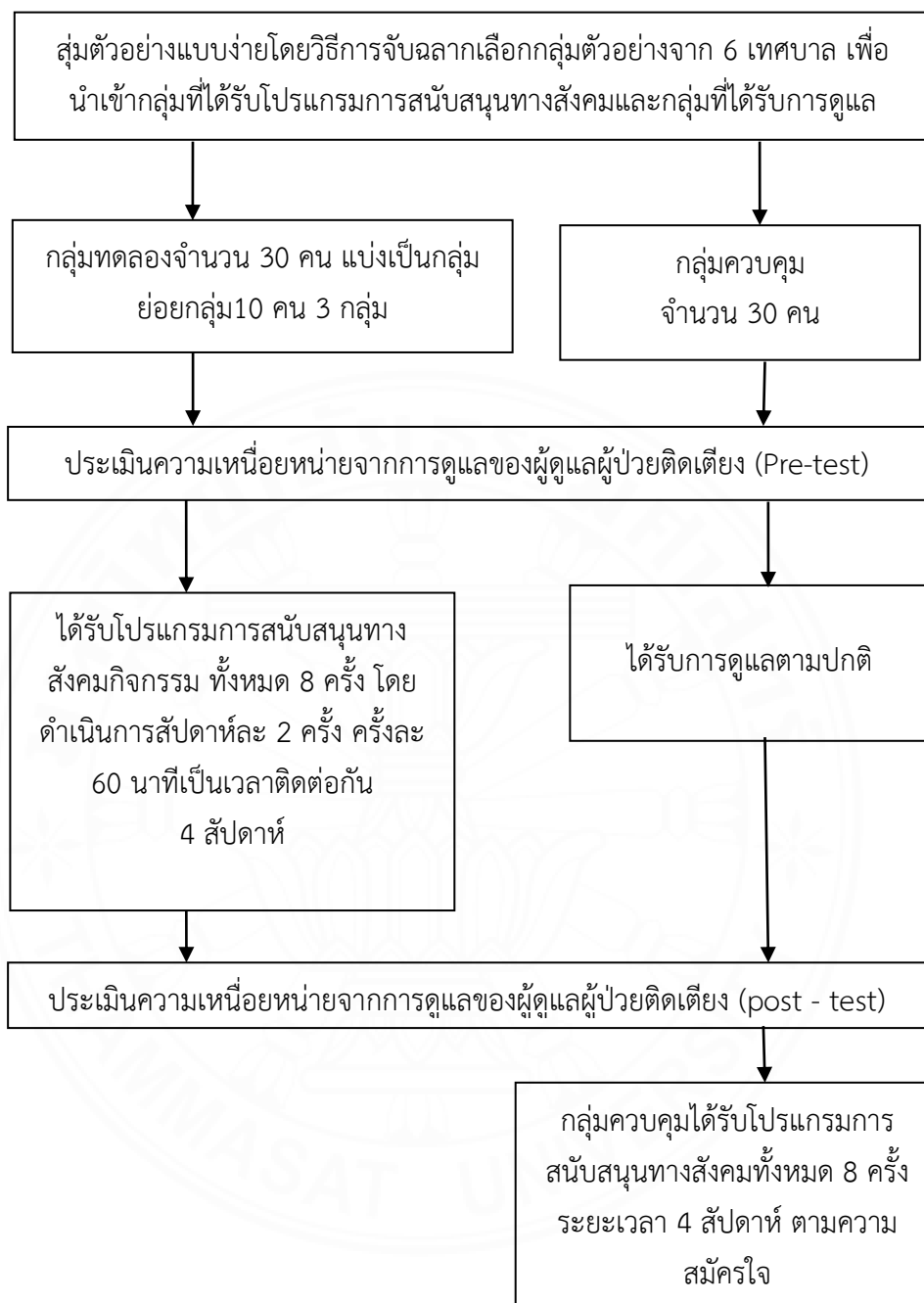
3.5.2.2 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

(1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเหมือนกับในกลุ่มทดลอง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้ลงชื่อยินยอมในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ของอาสาสมัครวิจัย (Informed consent form) ซึ่งในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้อาสาสมัครวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่สูญเสียสิทธิในการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแล (Pre-test) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามและในกรณีอาสาสมัครอ่านหนังสือไม่คล่องหรือไม่เข้าใจคำถาม ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านให้ฟังและอธิบายข้อคำถามให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันเพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ คือการดูแลทั่วไปจากเจ้าหน้าที่ซึ่งให้การดูแลผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น

(2) ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อทำแบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแล (Post-test)

(3) ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสัปดาห์ที่ 4 หากพบว่ากลุ่มโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความเหนื่อยหน่ายได้จริง และอาสาสมัครวิจัยที่เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มควบคุมมีความประสงค์จะเข้าร่วมกลุ่มโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ ภายหลังจากสิ้นสุดการศึกษาวิจัยแล้วตามความสมัครใจ ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะเหมือนกับกลุ่มทดลอง มีทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ติดต่อกัน

สรุป ตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ของการทดลอง กลุ่มทดลองจะเข้าร่วมกลุ่มโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ จากบุคลากรทางสาธารณสุข หลังจากการสิ้นสุดการทดลองในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 4 ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินความเหนื่อยหน่ายอีกครั้ง (post-test) ซึ่งจากรายละเอียดที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลองได้ตามแผนภาพที่ 3.2



แผนภาพที่ 3.2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัยดังนี้

3.6.1 การรักษาความลับ

ผู้วิจัยชี้แจงให้อาสาสมัครวิจัยทราบว่าข้อมูลทุกอย่างจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นกลุ่มโดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้และการนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะไม่มีการเปิดเผย ชื่อนามสกุล และจะใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยเท่านั้น ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลในการวิจัยจะมีเพียง ผู้วิจัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอโดยภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยภายในระยะเวลา 2 ปี

3.6.2 กระบวนการให้ความยินยอม

ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่อสาสมัครวิจัยอย่างละเอียด โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง บอกกำหนดการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย รวมทั้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเปิดเผยทั้งด้านบวกและด้านลบของการวิจัย สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง สิทธิที่จะได้รับการปกปิดชื่อไม่ให้ปรากฏความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับส่วนบุคคล พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อนิสิตอื่นที่มีพึงได้ต่าง ๆ ของอาสาสมัครวิจัย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครซักถามข้อสงสัย หากอาสาสมัครวิจัยยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะให้อาสาสมัครวิจัยลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้า

3.6.3 ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีลักษณะการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม ด้วยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและอาสาสมัครวิจัยเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งเป็นการพูดคุยและร่วมกันแสดงความคิดเห็น การดำเนินกิจกรรมจะเป็นไปตามความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพร่างกายของอาสาสมัครวิจัยที่สามารถปฏิบัติได้ ในระหว่างดำเนินกิจกรรมอาสาสมัครอาจมีความเครียด ไม่สบายใจหรือวิตกกังวลซึ่งจะมีความเสี่ยงที่ไม่มากเกินไปกว่าการดำเนินชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามในกรณีอาสาสมัครวิจัยได้รับผลกระทบหรือเกิดความไม่สบายใจ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจะให้การดูแลเบื้องต้น แต่หากอาการดังกล่าวไม่ดีขึ้นก็จะทำการส่งต่อเพื่อให้

อาสาสมัครได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไปและหากความไม่สุขสบายเหล่านั้นเกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัยผู้วิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าว

3.6.4 การปฏิบัติต่อกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม

เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการทดลอง หากพบว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้จริง ผู้วิจัยจะดำเนินการโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแก่กลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 25 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.7.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซกต์ เทสต์ (Fisher's exact test)

3.7.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

3.7.3 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลเป็นปกติโดยใช้สถิติที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

3.7.4 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.7.5 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (t-test) ดังนี้

3.7.5.1 กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตามหลักความน่าจะเป็น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

3.7.5.2 ตัวแปรตาม คือ ความเหนื่อยหน่าย ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มีมาตรวัดเป็นอันตรภาค (Interval scale)

3.7.5.3 การกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Normal distribution) โดยพิจารณาจากสถิติชาปิโร-วิลค์ (Shapiro-wilk test) พบว่า มีการกระจายข้อมูลเป็นปกติ รายละเอียดตามภาคผนวกข



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในเขตพื้นที่จังหวัดปทุมธานี อายุ 20-59 ปี จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน แต่ระหว่างการดำเนินการกลุ่มควบคุมในวันที่นัดมาทำ post-test มีผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไม่มา 1 ราย และกลุ่มทดลองมีผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทั้งหมด 8 ครั้ง จำนวน 1 ราย จึงทำให้ต้องถอนอาสาสมัครออกจากการวิจัย ดังนั้นมีผู้ดูแลที่เข้าร่วมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 8 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2565 โดยมีการวัดความเหนื่อยหน่ายก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control group design) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

4.1 ผลการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนความเหนื่อยหน่ายและเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1

แสดงอายุเฉลี่ย และเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
อายุ	53.50	4.232	53.63	5.16	58	.109	0.913

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลด้านอายุ ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 53.50 ปี ($M=53.50$, $SD=4.23$) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 53.63 ปี ($M=53.63$, $SD=5.16$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้านอายุ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=.109$, $p>.05$)

ตารางที่ 4.2

แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (n=60)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.000 ^a	1.000
ชาย	4	13.30	4	13.30		
หญิง	26	86.70	26	86.70		
ระดับการศึกษา					6.150 ^b	0.180
ประถมศึกษา	6	20.00	14	46.70		
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	16.70	6	20.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	12	40.0	7	23.3		
อนุปริญญา/ปวส.	3	10.00	1	3.3		
ปริญญาตรี	4	13.30	2	6.70		
ศาสนา					1.017 ^a	0.313
พุทธ	29	96.70	30	100		
คริสต์	1	3.30	0	0		

^aChi-square test, ^bFisher's exact test

ตารางที่ 4.2

แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (n=60) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพสมรส					2.892 ^b	0.270
โสด	3	10.0	1	3.30		
คู่	18	60.0	24	80		
หม้าย/หย่าแยกกันอยู่	9	30.00	5	16.70		
อาชีพ					4.633 ^b	0.186
รับราชการ	1	3.30	2	6.70		
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	0	0	4	13.30		
ธุรกิจส่วนตัว	15	50.00	13	43.30		
รับจ้าง	14	46.70	11	36.70		
ความพอเพียงของรายได้					2.321 ^b	0.352
ไม่พอใช้	2	6.70	6	20.00		
พออยู่พอกิน	23	76.70	19	63.30		
พออยู่พอกิน มีเก็บออม	5	16.70	5	16.70		
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียง					2.219 ^b	0.339
1-5 ปี	13	43.30	7	23.30		
5-10 ปี	11	36.70	12	40.00		
10 ปีขึ้นไป	6	20.00	11	36.70		

^aChi-square test, ^bFisher's exact test

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 86.70 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.70 กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ที่มีมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 40.0 กลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.70

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.70 กลุ่มควบคุมทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 80 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 43.30 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ในช่วงพออยู่พอกิน คิดเป็นร้อยละ 76.70 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ในช่วงพออยู่พอกิน คิดเป็นร้อยละ 63.30 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในช่วง 1- 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.30 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40

เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์เอ็กแซก เทสต์ (Fisher's exact test) พบว่าข้อมูลการจำแนกเพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติข้อมูลส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เชื่อได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลอง เป็นผลมาจากโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนความเหนื่อยหน่ายและเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 4.3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($n=30$)

คะแนนความเหนื่อยหน่าย	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ก่อนทดลอง	63.60	12.09	29	17.23	0.000
หลังทดลอง	42.47	12.23			

จากตารางที่ 4.3 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ($M=42.47$, $SD=12.23$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M=63.60$, $SD=12.09$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=17.23$, $p<.001$)

ตารางที่ 4.4

เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=60$)

ความ เหนื่อย หน่าย	กลุ่มทดลอง ($n=30$)				กลุ่มควบคุม ($n=30$)				df	t	p- value
	M	SD	$\bar{D}_1$	SD	M	SD	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนทดลอง	63.60	12.08			66.16	11.55					
			21.13	6.72			1.93	3.78	45.67	-1639	.000
หลังทดลอง	42.46	12.23			68.10	11.27					

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ($\bar{D}_1=21.13$, $SD=6.72$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2=1.93$, $SD=3.78$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-16.39$, $p<.001$)

4.2 การอภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลเมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่า เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ส่วนด้านอายุ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติทดสอบทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ด้วยเช่นกัน จึงกล่าวได้ว่ากลุ่ม

ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะทั่วไปที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน ซึ่งจะทำให้สามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ของลักษณะทั่วไปที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่างได้

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1. คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ($M=42.47$, $SD=12.23$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M=63.60$, $SD=12.09$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=17.23$, $p<.001$) ตามตารางที่ 4.3 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสังคมตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) มีส่วนช่วยให้ความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลลดลง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีคุณค่า และช่วยให้บุคคลสามารถได้รับความช่วยเหลือ ได้ข่าวสารใหม่ๆ เพิ่มทักษะความชำนาญ การเรียนรู้ การประคับประคองทางอารมณ์ ในบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะขาดแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดี (Maslach, 1986) เพราะฉะนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหา และความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Ahmet et al. (2015) พบว่าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลก็จะลดลง ดังนั้นในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ จึงทำให้ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาและความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความเหนื่อยหน่ายลดลง (Maslach, 1986)

เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรมแล้ว จะได้รับการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมนี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเกิดความรู้สึกมั่นใจเมื่อต้องการความช่วยเหลือ (Hanzawa et al., 2010) รู้สึกได้รับการเอาใจใส่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการปัญหาที่

เกิดขึ้นได้ จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้ดูแล และมีกำลังใจและความหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม เป็นการให้ข้อมูลย้อนป้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ในการประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพโดยฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับทิวราภรณ์ สินธุโสภา (2560) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลมีการรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่มาช่วยในการแก้ไขปัญหาได้ จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้ดี ประสบความสำเร็จในการแก้ไขและจัดการกับปัญหา ซึ่งในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะมีการสนับสนุนการประเมินค่าโดยผ่านกิจกรรม “แรกพบหน้า” เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินค่าสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และแบ่งปันข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเองและผู้อื่น และการได้ฝึกการประเมินค่าสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจากสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งในกิจกรรมนี้ผู้ดูแลหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมสามารถประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย และสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ตรงกับสภาพความเป็นจริง เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น และผ่านกิจกรรม “รู้เท่าทันสำคัญไฉน” เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ประเมินตนเอง ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเอง ฝึกการแก้ไขปัญหาโดยการใช้เหตุผล สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เรียนรู้การอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยอย่างมีความสุข ในกิจกรรมนี้ผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์การดูแลได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถระบุถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้ รวมถึงสามารถระบุถึงการแก้ปัญหาโดยการใช้อุบายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี จันทา และคณะ (มนตรี จันทา, สุมัทนา กลางควร, และ จุฬารัตน์ ห้าวหาญ 2554) ที่พบว่า การที่ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ นั้นทำให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมรับรู้และประเมินปัญหา แลกเปลี่ยนปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าตนได้รับความไว้วางใจ ความหวังใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และเห็นคุณค่าจากผู้ดูแลซึ่งมีหัวอกเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเอลเลียต (Elloit, 1998) ที่พบว่า การรับฟังจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มด้วยกันถือเป็นปฏิสัมพันธ์ที่

ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการประทับประคองด้านจิตใจ และทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เมื่อผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแม็กเลียอาโน และคณะ (Magliano et al., 1998) ที่พบว่าการที่ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผล ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ทำให้มีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ดังนั้นผลการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ทั้ง 2 กิจกรรม จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถประเมินค่าสถานการณ์และตระหนักรู้ถึงความทุกข์หรือความเครียดที่มีอยู่ว่าขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ ตัดสินว่าตนเองเกิดความล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ โดยประเมินตรงตามความเป็นจริง พร้อมกับวิธีการแก้ไข และการซึ่งการประเมินค่าสถานการณ์ตามความเป็นจริงนั้น จะทำให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารถึงความต้องการของตนเองว่ายังขาดในสิ่งใด หรือเป็นทุกข์กับเรื่องใด กิจกรรมจะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง เพิ่มคุณค่าในตนเองว่าสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตนเองคาดหวังได้ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ และการตัดสินว่าตนเองเกิดความล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ และทำให้ผู้ดูแลมีความหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) เป็นการสนับสนุนและพัฒนาทักษะทางด้านอารมณ์ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทัศนคติที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผ่านการเรียนรู้วิธีการจัดการอารมณ์ การจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้เกิดการบอกเล่าถึงปัญหาความทุกข์สุขของตนเอง ซึ่งอารมณ์เกิดจากภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ จากการได้รับสิ่งกระตุ้นจากภายนอก ทำให้เกิดการตอบสนองต่อสถานการณ์ โดยเริ่มจากการรับรู้ การคิดวิเคราะห์เหตุการณ์ และทำให้เกิดการตอบสนองด้านพฤติกรรม ซึ่งการแปลเหตุการณ์ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้ในอดีตแล้ว เกิดการตอบสนองแบบยับยั้ง หรือกระตุ้นพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น เสียใจ โกรธ เศร้า หดหู่ ดีใจ น้อยใจ เป็นต้น หากเกิดอารมณ์ด้านบวกจะส่งผลให้เกิดสุขภาวะทางจิตที่ดี แต่ในทางตรงข้ามกันหากเกิดอารมณ์ทางลบบ่อย ๆ มักส่งผลเสียทางสุขภาพจิตและมีส่วนเกี่ยวข้องกับฮอร์โมน ความเครียด ทำให้สภาวะทางร่างกายทรุดโทรมตามมา ซึ่งในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องแบกรับภาระต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติกรดูแลกิจวัตรประจำวัน และการดูแลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียงตลอดจนภาวะสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียง ภาระต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและส่งผลต่อความอ่อนล้าทางอารมณ์ อาจรู้สึกอ่อนล้า สิ้นหวัง การหมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย (สุรียา พองเกิด, 2562) ซึ่งในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะมีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดย

ผ่านกิจกรรมกิจกรรม “คิดดี อารมณ์ดี” เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่มาจากอารมณ์ที่ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และเข้าใจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนได้ตามความเป็นจริง สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนให้แสดงออกได้อย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจและรับผิดชอบสิ่งที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการกระทำของตน จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่ดีขึ้น ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยติดเตียงได้ เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอารมณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาได้ด้วยตัวเอง มีการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985) ในกิจกรรมนี้ผู้ดูแลสามารถบอกถึงที่มาของการเกิดอารมณ์ทางลบของตนเองได้ตรงกับความเป็นจริง เช่น ผู้ดูแลสามารถอธิบายได้ว่าเวลาโมโหสาเหตุจะมาจากกรณีที่ญาติมาตำหนิเรื่องการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดอารมณ์ฉุนเฉียว ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ส่งผลให้ทะเลาะกับญาติต่อหน้าผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรังสิริศม์ วงศ์อุปราช, และ พิศ วังศ์อุปราช. (2555) ที่พบว่า การเรียนรู้ที่มาจากอารมณ์จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และเข้าใจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกของตนได้ตามความเป็นจริง สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนให้แสดงออกได้อย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจและรับผิดชอบสิ่งที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการกระทำของตน และการจัดการอารมณ์เป็นอีกกระบวนการที่บุคคลใช้เพื่อจัดการหรือปรับแรงผลักดันภายใน หรือความต้องการของตนเองให้แสดงออกเหมาะสมอยู่ในขอบเขตที่สังคมยอมรับ ผู้ดูแลสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมที่ดีขึ้น ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยติดเตียงได้ และทำให้เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอารมณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาได้ด้วยตัวเอง ซึ่งในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะมีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยผ่านกิจกรรม “รู้จักผ่อนคลาย จิตใจสดชื่น” เป็นกิจกรรมการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทัศนคติที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ชี้ให้เห็นถึงบทบาทผู้ดูแลในเชิงบวก มีการสนับสนุนให้กำลังใจ และกระตุ้นให้มีความหวัง การแสดงความรู้สึกเป็นห่วง กระตุ้นให้ใส่ใจดูแลตนเอง และกระตุ้นให้กำลังใจซึ่งกันและกันกับผู้ดูแลรายอื่นทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยว กิจกรรมนี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลลดความรู้สึกด้านลบ มีเจตคติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วย ไม่มองผู้ป่วยเหมือนวัตถุหรือสิ่งของ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความเครียดและปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984) ในกิจกรรมนี้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอารมณ์ทางลบของตนเองได้ เช่น เวลาเหนื่อยหรือโมโหผู้ป่วยจะเลือกวิธีการเดินออกจากตรงที่ผู้ป่วยอยู่ เพื่อให้อารมณ์ทางลบของตนเองลดลงแล้วค่อยกลับมาดูแลผู้ป่วยต่อ ซึ่งจากเดิมจะต่อว่าผู้ป่วยเลย สอดคล้องกับการศึกษาของวูเกอร์ และคณะ (Wuerker et al., 2001) พบว่าคนที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำกว่าจะสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นได้

และในคนที่แสดงอารมณ์สูงจะมีรูปแบบการควบคุมที่แข็งแกร่งไม่ยืดหยุ่นทำให้เกิดความสัมพันธ์อันตึงเครียดในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของอรสา ใจจินา (2556) พบว่า การเพิ่มความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยในด้านบวก และมีเจตคติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วย ไม่มองผู้ป่วยเป็นเหมือนวัตถุสิ่งของ เป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่จะช่วยลดความเหนื่อยหน่ายได้ และอีกสิ่งหนึ่งที่เป็นผลมาจากการเกิดอารมณ์ทางลบ คือความเครียด ดังนั้นผู้ดูแลควรมีทักษะการเผชิญความเครียด ซึ่งในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะมีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยผ่านกิจกรรม “มาผ่อนคลายกันเถอะ” กิจกรรมนี้ผู้ดูแลได้การเรียนรู้ในเรื่องความเครียด การจัดการความเครียด และทักษะในการผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกสร้างจินตนาการ การฝึกสมาธิ การฝึกทักษะหายใจ และการผ่อนคลายความเครียดด้วยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกทักษะการจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อได้ระบายออกทางอารมณ์ในทางที่เหมาะสม สามารถระงับและควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลายและสงบ และยังสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ในผู้ดูแลได้รับทักษะการจัดการความเครียดจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและช่วยลดความเหนื่อยหน่ายได้ (Elisabeth, 2001) ในกิจกรรมนี้หลังจากทำกิจกรรมผู้ดูแลบอกว่ารู้สึกผ่อนคลายได้จริง และทำงาน ผู้ดูแลส่วนมากจะชอบวิธีการสร้างจินตนาการรู้สึกว่าการผ่อนคลายดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ สินธุโสภณ (2560) ที่พบว่าการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นคงทางอารมณ์ และเป็นการช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยติดเชื้อได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นผลการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวทั้ง 3 กิจกรรม จะส่งผลให้ลดความเหนื่อยหน่ายในส่วนของอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ และการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นในกลุ่มอาสาสมัครวิจัย เกิดความหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อ เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยในด้านบวก และมีเจตคติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วย ไม่มองผู้ป่วยเป็นเหมือนวัตถุสิ่งของ มีทักษะการจัดการอารมณ์ทางลบ การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายอารมณ์และความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการสนับสนุนความรู้ คำแนะนำ การชี้แนะหรือให้การปรึกษาถึงแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ซึ่งการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารผ่านกิจกรรมต่างๆ จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลกระทบในเชิง

บวกต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ดีขึ้น (Magliano & Fiorillo, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอริญาพร จันทราสินธุ์ (2560) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การได้รับคำแนะนำคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย แนวทางปฏิบัติต่างๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงฟื้นฟูผู้ป่วย ซึ่งในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะมีการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารโดยผ่านกิจกรรม “การรับรู้ข้อมูลดี มีชัยไปกว่าครึ่ง” เป็นการสนับสนุนความรู้ คำแนะนำ การชี้แนะหรือให้การปรึกษาถึงแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา หะยิมะแซ (2556) พบว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หรือบุคลากรสหวิชาชีพจึงเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ ซึ่งเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเป็นหลัก แต่ด้วยข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาความรู้ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในสังคมที่มีความรู้ หรือการแลกเปลี่ยนความรู้จากผู้ดูแลคนอื่น ๆ การมาเข้ารับการอบรมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการเพิ่มความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ดูแล และสอดคล้องกับอรรถกถาญจน์ ธนวิสุกุล (2556) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ทำให้ผู้ดูแลสามารถนำไปแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์นั้นจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี จะช่วยเพิ่มให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะเผชิญปัญหาและความเครียดได้มากกว่าการที่ผู้ดูแลขาดแหล่งการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นผลการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว จะส่งผลให้ลดความเหนื่อยหน่ายในส่วน of ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูล ข่าวสารที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จะทำให้ผู้ดูแลเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการให้ความรู้ถึงแหล่งช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น บุคลากร เงิน สิ่งของ หรือแรงงาน ตามความต้องการที่จำเป็นของบุคคล เช่น การที่มีทีมแพทย์ไปเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยประเมินผู้ป่วยที่บ้านช่วยลดภาระของผู้ดูแลที่จะต้องพาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลในกรณีผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการดูแล การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข้างต้น จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นใจเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ (2557) พบว่า การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีใน

ชุมชน เป็นการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้รับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน ที่สามารถใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ เช่น หน่วยงานและบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ หรือหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือในรูปแบบอื่น ๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสงเคราะห์จังหวัด เป็นต้น ซึ่งในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะมีการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารโดยผ่านกิจกรรม “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ใกล้ชุมชน” เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลในกลุ่มร่วมกันรับรู้และประเมินปัญหาด้านความต้องการทรัพยากร โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลแหล่งสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่ได้รับ ผู้วิจัยให้ข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชนนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากในกลุ่มผู้ดูแล การให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ภายในและแหล่งประโยชน์ วิธีการขอรับความช่วยเหลือ เรียนรู้วิธีการสื่อสารขอความช่วยเหลือในชุมชน แนะนำเครือข่ายทางสังคม แหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ พุฒนิขิต (2560) พบว่า การช่วยเหลือด้านทรัพยากรจะทำให้ผู้ดูแลลดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยได้ การได้รับข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชนนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากในกลุ่มผู้ดูแล วิธีการขอรับความช่วยเหลือ เพื่อช่วยแบ่งเบาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งจะช่วยในเรื่องการเพิ่มความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล การสนับสนุนด้านทรัพยากร จะช่วยในเรื่องของการเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เกิดความหวังในการดูแลผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นการออกแบบกิจกรรมเพื่อให้เกิดความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหา นั้นได้ และมีความรู้ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง สามารถจัดการอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นได้ และจัดการกับความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ ช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดความหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อไป โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายตามแนวคิดของแมสแลช (Maslach, 1986) ทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ 1) อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ 2) การมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น และ 3) ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล และจากการที่ผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงลดลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($\bar{D}_1=21.13$, $SD=6.72$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_1=1.93$, $SD=3.78$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-16.39$, $p<.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ตามตารางที่ 4.4

จากผลการทดสอบสมมติฐานดังกล่าวแสดงว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในกลุ่มทดลองให้ลดลงมากขึ้นในกลุ่มควบคุมก็ลดลงแต่ก็ยังลดลงไม่เยอะเท่ากับกลุ่มทดลอง อธิบายได้ว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) มาใช้ออกแบบกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมให้สอดคล้องตามโครงสร้างของวัตถุประสงค์และแนวคิดหลัก ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ซึ่งเนื้อหาในแต่ละโปรแกรมจะประกอบไปด้วย การสนับสนุนด้านการประเมินค่า คือการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนในการประเมินค่าตนเองเกี่ยวกับความสามารถ เป็นการประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ และการตัดสินใจว่าตนเองเกิดความล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ โดยกิจกรรมจะเน้นการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง ประเมินความสามารถตนเองในการดูแล การเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล ซึ่งการประเมินค่าสถานการณ์ตามความเป็นจริงนั้น จะทำให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารถึงความต้องการของตนเอง ว่ายังขาดในสิ่งใด หรือเป็นทุกข์กับเรื่องใด ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ วัตถุ คำแนะนำ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถวิเคราะห์ถึงปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลได้ ซึ่งการตระหนักรู้ถึงข้อจำกัดของตัวเองในการดูแล จะส่งผลให้ลดความกดดัน ความเครียด ความเหนื่อยหน่าย และลดความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล โดยภายหลังจากที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านต่าง ๆ แล้ว จะนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดี มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนั้นการที่สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำหน้าให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง การรับฟังจากผู้ดูแลคนอื่น ๆ จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการเห็นคุณค่า ไว้วางใจ ได้รับความหวังโย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ถือเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ และทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเข้มแข็งในตนเอง และมีพลังความสามารถที่จะดูแล

ตนเองและผู้ป่วยได้ (Grandon, 2008) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งจะช่วยลดอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ และการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น เป็นการให้ผู้ดูแลเกิดความหวัง มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย จะไปช่วยเพิ่มความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยในด้านบวก และมีเจตคติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วย ไม่มองผู้ป่วยเป็นเหมือนวัตถุสิ่งของ โดยกิจกรรมจะเน้นการรู้จักที่มาของอารมณ์ทางลบการระบายความรู้สึกของตนเองที่เกิดจากการดูแล ทักษะการจัดการอารมณ์ทางลบ การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายอารมณ์และความเครียด การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ในผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านนี้จะช่วยลดความรู้สึกทางด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จะทำให้ผู้ดูแลเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยกิจกรรมจะเน้นการให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่จำเป็น การสนับสนุนด้านทรัพยากร ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านนี้จะช่วยในเรื่องของการลดความรู้สึกทางด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล และอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลแหล่งช่วยเหลือทั้งในชุมชนและภายนอกชุมชนที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จะทำให้ผู้ดูแลเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และมีกำลังใจและความหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน จะเห็นได้ว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 4 ด้าน จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงรู้สึกมีความมั่นคงต่อการเผชิญปัญหา ได้รับความเอาใจใส่ ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในเครือข่ายสังคม (อรรถกาญจน์ ธนวิสกุล, 2556) และมีความพร้อมในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงลดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้

ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา แม้จะยังไม่พบว่ามีการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล แต่ก็พบว่ามีการศึกษาที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยครั้งนี้ เช่น การศึกษาผลโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (จิราณวัฒน์ ชาญสุนเนิน, 2556) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่าความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ความเหนื่อยล้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ผู้ดูแลจะเกิดการรับรู้ มีความเข้าใจถึงความเหนื่อยล้าและบรรเทาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ

ศิริระ และสามารถจัดการความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาการพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง (กัลยาณี โนอินทร์, 2562) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มตัวอย่าง 6 สัปดาห์ พบว่าความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพทั้งโดยรวมด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย และด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ น้อยกว่าก่อนการใช้รูปแบบลดความเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายสามารถบรรเทาความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย อารมณ์ และการตระหนักรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องมาจากการปฏิบัติงานได้ส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายลดลง เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้ดูแลมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายลดลง

ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อผลกระทบจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม เพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และเกิดความหวังและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป นอกจากนี้ยังเพิ่มความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยในด้านบวก และมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ไม่มองผู้ป่วยเป็นเหมือนวัตถุสิ่งของ และเมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายลดลง (Ahmet et al., 2015) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม จะมีเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง และมีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครทางด้านสาธารณสุขคอยดูแล และได้รับการดูแลตามปกติจากทางโรงพยาบาล ซึ่งจะเห็นได้ว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายที่ลดลง แต่คะแนนความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มควบคุมยังไม่ลดลงเยอะเท่ากับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อนึ่งในการดำเนินการวิจัย ตามตารางที่ 4.4 พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ($\bar{D}_1=21.13$, $SD=6.72$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_1=1.93$, $SD=3.78$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-16.39$, $p<.001$) แสดงให้เห็นว่าการดูแลตามปกติยังต้องการสนับสนุนทางสังคมเพิ่ม แต่กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมพบว่ามีความเหนื่อยหน่ายลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกตินั้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการ

สนับสนุนทางสังคมสามารถลดความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีผลช่วยลดความเหนื่อยหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากกว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เพราะหลังจากที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยกิจกรรมเน้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ประเมินค่าสถานการณ์ของปัญหา มีการเพิ่มทักษะและความมั่นใจ การฝึกการจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเอง มีการสะท้อนความคิดอภิปรายร่วมกัน การสรุปความคิดรวบยอด และการนำแนวความคิดเห็นของอาสาสมัครวิจัย ทักษะต่าง ๆ มาปรับใช้กับตัวเองในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความหวังและมีกำลังใจ เพิ่มความสามารถในการดูแล มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ดีขึ้น สามารถประเมินค่าสถานการณ์ของปัญหาและจัดการปัญหาเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและยังสามารถจัดการอารมณ์และความเครียดได้ มีการสื่อสารที่ดีมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น มีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารการช่วยเหลือต่าง ๆ ได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) ศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม คือ ความเหนื่อยหน่าย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

ในการวิจัยครั้งนี้มีการใช้เครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย ระดับการศึกษา เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ มีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์ และแบบประเมินวัดความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) ของแมสแลชและแจ๊คสัน (Maslach; & Jackson, 1981) และได้นำมาพัฒนาโดยงานวิจัยและพัฒนากลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (2560) มีการแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านตามที่ของแมสแลชและแจ๊คสัน (Maslach; & Jackson, 1981) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางลบ จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่มีคำตอบเป็นทางเลือก 7 ระดับ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินวัดความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) ของแมสแลชและแจ๊คสัน มาปรับให้เกิดความเหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในเทศบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ และ 2) เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) มาใช้ออกแบบกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมให้สอดคล้องตามโครงสร้างของวัตถุประสงค์และแนวคิดหลัก ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 60 นาที จำนวน 8 ครั้ง ติดต่อกันทุกสัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย 1) กิจกรรม “แรกพบหน้า” 2) กิจกรรม “รู้เท่าทันสำคัญไฉน” 3) กิจกรรม “คิดดี อารมณ์ดี” 4) กิจกรรม “รู้จักผ่อนคลายจิตใจสดชื่น” 5) กิจกรรม “มาผ่อนคลายกันเถอะ” 6) กิจกรรม “รับรู้และเข้าใจ” 7) กิจกรรม “ใกล้บ้านใกล้ใจใกล้ชุมชน” 8) กิจกรรม “ลาแล้วแก้วตา”

วิธีการดำเนินการวิจัย หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ศาสตร์การวิจัย COA No. 030/2565 และได้รับอนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาล ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย หลังการใช้โปรแกรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถเข้าใจในเนื้อหาภาษา และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม มีการอธิบายยกตัวอย่างเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้เรียนรู้และเข้าใจประเด็นต่าง ๆ โดยนำมาจากกรณีตัวอย่างและประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเอง พร้อมยกตัวอย่างเหตุการณ์จำลองให้ผู้ดูแลเห็นภาพชัดเจน ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะมีความสนใจ มีความเข้าใจและจดจำได้ดีกว่า โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้เสนอตัวอย่างประสบการณ์ตรงมาแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นแก่สมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ภายในกลุ่ม แต่ปัญหาที่พบ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงบางรายไม่เข้าใจคำถามในใบงาน และไม่เข้าใจคำถามในแบบประเมินวัดความเหนื่อยหน่าย ผู้วิจัยนำปัญหาและอุปสรรคจากการทดลองใช้โปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยปรับแก้ไขการใช้การสื่อสารโดยการอธิบายพร้อมกับยกตัวอย่างการเขียนใบงานให้กับผู้ดูแลที่ไม่เข้าใจ ในส่วนของแบบประเมินวัดความเหนื่อยหน่าย มีการปรับโดยใช้การอธิบายในข้อคำถามที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจ โดยการยกตัวอย่างแล้วอธิบายเพิ่มเติมให้ผู้ดูแลเกิดความ

เข้าใจ และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2565 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ทำกิจกรรมทุกสัปดาห์รวมทั้งหมด 4 สัปดาห์ ทุกวันพฤหัสบดีและวันอาทิตย์ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มที่ 1 ในเวลา 08.00–09.00 น. กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในเวลา 10.00–11.00 น. ทุกวันพฤหัสบดี และกลุ่มที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในเวลา 14.00–15.00 น. และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุข

ผู้วิจัยทำการประเมินความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ จากนั้นสร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล เมื่อสิ้นสุดการทดลองนำมาประมวลผลวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS โดย 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซก เทสต์ (Fisher's exact test) 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) 3) เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 86.70 เพศชายคิดเป็น ร้อยละ 13.30 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.70 เพศชายคิดเป็น ร้อยละ 13.30 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 53.50 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 53.63 ปี กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ที่มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 40.0 กลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.70 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.70 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สถานสภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 60.0 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สถานสภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.00 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 50.00 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 43.30 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ในช่วงพออยู่พอกิน

คิดเป็นร้อยละ 76.70 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ในช่วงพออยู่พอกิน
คิดเป็นร้อยละ 63.30 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในช่วง 1- 5 ปี
คิดเป็นร้อยละ 43.30 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในช่วง 5-10 ปี
คิดเป็นร้อยละ 40.00

เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่า ด้านอายุ ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 53.50 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 53.63 ปี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้านอายุ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ข้อมูลการจำแนกเพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติทดสอบทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้พบว่าผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ คือ

1. คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลอง ($M=42.47$, $SD=12.23$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M=63.60$, $SD=12.09$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=17.23$, $p<.001$)
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ($\bar{D}_1=21.13$, $SD=6.72$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2=1.93$, $SD=3.78$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-16.39$, $p<.001$)

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลมากกว่าการดูแลตามปกติ ในการช่วยลดความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ด้วยการสนับสนุนทางด้านการประเมินค่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการใช้เหตุผลได้ ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ดูแลรู้จักที่มาของการเกิดอารมณ์ทางลบ การจัดการกับอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น การจัดการความเครียด การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ คำแนะนำ การชี้แนะหรือให้การศึกษาถึงแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างถูกต้อง ส่งผลให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ลดภาวะกดดัน ความเครียดในการดูแล ส่งผลให้เพิ่มความสามารถในผู้ดูแล และได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการให้ความรู้ถึงแหล่งช่วยเหลือด้านต่าง ๆ แก่ผู้ดูแล

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ และด้านสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลสามารถประคับประคองทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลในการลดอาการเหนื่อยหน่าย และสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งสรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงลดลง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ ดังนี้

5.2.1 ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

5.2.1.1 การนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้เป็นแนวทางในการลดความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มผู้ดูแล สามารถปรับรูปแบบกิจกรรมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง

5.2.1.2 นำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้เป็นแนวทางสำหรับลดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

5.2.2 ข้อเสนอแนะด้านการศึกษา

5.2.2.1 ฝึกอบรมผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่ ให้สามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ได้อย่างเหมาะสม

5.2.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.2.3.1 ควรมีการศึกษาติดตามความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผล และความยั่งยืนในประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

5.2.3.2 ควรมีการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น

5.3 ข้อจำกัดของการศึกษานี้

แม้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงลดลง แต่ยังมีข้อจำกัดในบางประเด็น คือ

1) การศึกษาในครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเฉื่อยเฉื่อยเฉพาะในเขตพื้นที่แห่งหนึ่งของจังหวัดปทุมธานีเพียงเท่านั้น จึงอาจจะไม่สะท้อนถึงประชากรทั่วทุกภาค ที่มีปัจจัยให้เกิดความเหนื่อยหน่าย ตามบริบททางสังคม และความเชื่อที่แตกต่างกัน

2) การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมได้รับผลกระทบจากห้วงการแพร่ระบาดของโรค covid-19 เนื่องจากกิจกรรมทั้งหมดเป็นกิจกรรมกลุ่ม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจึงระมัดระวังการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้การร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ไม่เป็นไปอย่างเต็มที่ เพราะกลัวว่าจะนำโรคไปติดผู้ป่วยที่ตนเองดูแล

3) ผู้ดูแลมีข้อจำกัดด้านเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม แม้จะมาเข้าร่วมตามระยะเวลาที่กำหนดในแต่ละโปรแกรม แต่ก็ความกังวลที่ต้องรีบกลับไปดูแลผู้ป่วย



รายการอ้างอิง

- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2564). *ข้อมูลรายงานสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). *สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>
- กัลยา เดชนันท์รัตน์. (2537). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะศิลปศาสตร์. สาขาจิตวิทยา.
- กัลยาณี โนนินทร์, อารี ชิวเกษมสุข, และมาส อังศุโชติ. (2564). การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(1). 69-79.
- กัญญา คล้ายมาลา. (2553). *แนวทางการแก้ไขปัญหาคัดกรองและตอบสนอง ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ป่วยวิกฤต*. (วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- กัญญาณัฐ สุภาพร. (2563). *ภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน*. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(1), 150-61.
- กัญญา ศรีตะวัน. (2559). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.
- กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, และสกวรัตน์ ไกรจันทร์. (2557). รูปแบบการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม : กรณีศึกษาชุมชนสามัคคี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 25(1). 125-132.
- กฤษณา สังขมณีจินดา, กิตติกร นิลมานัต, และลัพณา กิจรุ่งโรจน์. (2556). *ผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(3), 32-42.

- กุลธิดา พานิชกุล และ อติพร สำราญบัว. (2556). การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 19(1), 66-76.
- กำพร ดานา และ อธิฐาน ชินสุวรรณ. (2554). การพัฒนาบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง : ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนรัง ตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารกองการพยาบาล*, 38(3), 22-37.
- ชนิษฐา หะยิมะแซ, (2565). การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม.
- ขวัญตา กลิ่นหอม, วิไลวรรณ มุสิกเจียรนนท์, และพิศสมร เดชดวง, (2558). ผลของการจัดการความเครียดด้วยอานาปานสติ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 18(34), 21-33.
- ขวัญตา บุญวาศ, ธิรัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี, และนิมิตศุรา แว. (2560). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 205-216.
- จรัสพร หอมจันทร์ดี. (2559). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์.
- จิราณัฐณ์ ชาญสูงเนิน. (2559). การใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์.
- ชื่นชม ชื่นลือชา. (2555). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 12(1), 97-111.
- ชนัญชิดาคุชฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริณ, และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4, 62-75.
- ชุลีกร ทาทอง. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาและผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่.

- ณชนก เอียดสุย , ศุภร วงศ์ทัณญ, และ สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2556). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง. *รวมาริบดีพยาบาลสาร*, 19(3), 349-364.
- ณัฐกร นิลเนตร และ เพ็ญวิภา นิลเนตร, (2562). ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(39), 36-44.
- ณิสาชล นาคกุล. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 36-50.
- ฐิติพร แสงพลอย, พรณพีไล ศรีอาภรณ์ และปิยะนุช ชูโต. (2559). ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการให้นมมารดาของมารดาคลอดก่อนกำหนด . *พยาบาลสาร*, 43(3), 13-23.
- นฤมล กิจงานนท์, อัจฉรา จงเจริญกำโชค, และพรพิมล มาศนรากรณ์. (2552). *วารสารพยาบาลรวมาร*, 15(1), 86-97.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2557). สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด : การประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 84-91
- นันทาวดี วรวิสุต, มนัสพงษ์ มาลา, และกุลิสรา พิศาลเอก. (2561). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจป้องกันภาวะหมดไฟดูแลใจคนทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7 (EPI-BP Model). ขอนแก่น : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7.
- บุษยมาส บุศยารัศมี. (2561). ความต้องการการดูแลโดยทีมหมอบรรอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลนครนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 37(2), 192-200.
- ปาริยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์, (2561). *รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว*. (วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, คณะศึกษาศาสตร์, สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม.
- ปารยะ อาศนะเสน. (2559). การดูแลท่อหลอดลมคอหลังการเจาะคอ (Tracheostomy Tube Care). สืบค้นจาก https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article_detail.asp?id=1111
- ปรียา อัสวเมธพันธ์. (2562). ผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยที่ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, คณะศึกษาศาสตร์, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา.
- พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, นิสาชล นาคกุล, และ วิชญา โรจนรักษ์. (2559). สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 54-64.

- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2557). คุณภาพชีวิต (Quality of life). สืบค้นจาก <http://haamor.com/th/คุณภาพชีวิต/#>
- พรชัย สิทธิศรีณกุล. (2562). Burnout ภาวะหมดไฟในการทำงาน. สืบค้นจาก <http://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=273>
- พรพิมล เพ็ชรบุรี. (2560). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์.
- พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ. (2557). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์.
- พิเชฐ อุดมรัตน์, และ สรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญวิสาข์ เจริญอุฒิมากร, (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, คณะพยาบาลศาสตร์.
- ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปียชื่อ, และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร, 20(1), 82-96.
- มยุรี กลั้ววงษ์. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. (ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เนนวิจัย).
- มัลลิกา จันทรเพ็ญ. (2557). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- มนตรี จันทา, สมัทนา กลางคาร และจุฬารัตน์ ห้าวหาญ. (2554). รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วมตำบลหนองบัว อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 7(1), 48-56.
- ยุทธนา พูนพานิช, และ แสงนภา อุทัยแสงไพศาล. (2557). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(2), 226-238.
- รพีพรรณ สารสมัคร. (2558). ผลของโปรแกรมการใช้จิตอาสาในการสนับสนุนทางสังคมต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐ. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.

- รังสิริศม์ วงศ์อุปราช, และ พีร วงศ์อุปราช. (2555). การศึกษาเปรียบเทียบการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมของนักศึกษาปริญญาตรีระหว่างมหาวิทยาลัยรัฐและเอกชน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*, 6(12), 7-24.
- ลัดดาวัลย์ ไกรรักษ์, วรรณภา ประไพพานิช, และ สุปรีดา มั่นคง. (2559). ความเหนื่อยล้าและวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังออกจากโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(2), 17-30.
- วันทนี วาสิกสิน. (2553). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วรารณ สันธุโสภณ. (2560). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์.
- วริศรา ลูวิระ. (2556). การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 266-70.
- วิจิตรา เคี่ยมทองคำ. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ N p Press Limited Partnership.
- วัจนา ลีละพัฒนะ, และ สายพิน หัตถิรัตน์. (2561). เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว. มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว. 25 ธันวาคม 2563. จากการสืบค้น https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer23/article_4
- ศิริภาณี ศรีหามาต, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และ คณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.
- ศาสตรา สุตสวาท, ภาวิน ศิริประภาณุกุล, สยาม สระแก้ว, และ สุทธิพร ทองสุข. (2564). ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย, *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม* (พฤศจิกายน).
- ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คู่มือการดูแลตนเองโรคข้อเข่าเสื่อม ฉบับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยสหวิชาชีพ.ชลบุรี: บริษัทปิยอนด์พัลลิสซิงจำกัด.*

- สถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
(2558). *คู่มือสำหรับประชาชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหว*. กรุงเทพฯ : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, และ ปิยภรณ์ ไพรสนธ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22 – 31.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สฤทธวรรณ อร่ามเมือง, (2561). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, คณะพยาบาลศาสตร์. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- สิระยา สัมมาวาจ. (2532). *ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ศิริพันธ์ สาสัติย์, สันติ ลาภเบญจกุล, อัญญพร สุทัศน์วรวิทย์, ศุภลักษณ์ เข้มทอง, และสมคิด เพื่อนรัมย์. (2559) . *คู่มือการดูแลระยะยาว(Long Term Care) สำหรับหมอบรรเทาทุกข์*. พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพฯ : บริษัทไซเบอร์ปรีนท์กรุ๊ปจำกัด.
- สุณีย์ แสงดาว. (2554). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์.
- สุนิตรา เดชจันทร์, ประทีป กาลเขว้า, และ เบญญาภา กาลเขว้า. (2563). ความเครียดและคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าพัฒนา อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*. 3(2), 31-43.
- สุรียา พองเกิด. (2562). *ความต้องการด้านการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสกลบุรี*, 8(2), 93-104.
- สมชาย วิริภิมย์กุล (2557). รูปแบบการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน. *วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ*. 8(11). 112-126.
- อรรถกาญจน์ ธนวิสกุล. (2556). *คุณภาพชีวิตและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเริมระยะสุดท้าย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- อรพรรณ พุฒนิโชติ. (2560). *เยี่ยมบ้านกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 35(4), 399-406.

- อรพิน พรศโยภณ. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.
- อรรธรณ แผนคง และลินจง โพธิบาล. (2561). แนวคิดมุมมองด้านบวก: การประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *พยาบาลสาร*, 45(1), 159-170.
- อรอนงค์ กุลณรรักษ์. (2554). ความพร้อมในการดูแลสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- อรสา ใจจิณา. (2556). อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- อริยาพร จันทราสินธุ์. (2560). การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกรณีศึกษาโรงพยาบาลนครนายก. (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, สาขาการบริหารนโยบายสวัสดิการสังคม.
- อนิรุจน์ สารกิจ. (2560). การออกแบบอุปกรณ์กายภาพบำบัดผู้ป่วยติดเตียง. (ศิลปะนิพนธ์ปริญญาศิลปประยุกต์บัณฑิต). มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, คณะศิลปประยุกต์และสถาปัตยกรรมศาสตร์, สาขาวิชาออกแบบอุตสาหกรรม.
- อินทกานต์ กุลไวย. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- อรุณี ขุนหบดี, ธิรัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปลา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26(1), 53-63.
- โอภาส อิศวโรจน์พงษ์. (2563). ความทุกข์ของปัญหาการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในอำเภอท่าม่วงจังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(1), 35-49.
- Ahmet, K., Ayse, G. Y. O., & Ali, K. G. (2015). Burnout in caregivers of patients with schizophrenia. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45(3), 678-681.
- Alda, H. & Kristian, P. (2006). Parents information needs about the treatment of their chronically ill child: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 62(2), 228-234.

- Albert, S. M., Im, A., Bernner, L., Smith, M., & Waxman, R. (2002). Effect of a social work liaison program on family caregiver to help with brain injury. *Journal of head Trauma Rehabilitation*, 17(2), 175-19.
- Armon, G., Melamed, S., Shirom, A., & Shapira, I. (2010). Elevated burnout predicts the onset of musculoskeletal pain among apparently healthy employees. *J Occup Health Psychol*, 15(4), 399- 408.
- Everest, A. (2012). The FORMATEMP Training Counselling Professional rientation and Work Placement Center, INFORJOB, Sıfke Toplum SağlığıBaşkanlığı, Mozesz wiecej, & The Institute of Gerontology. Handbook on prevention of burnout and control. Retrieved from http://www.burnoutproject.net/wp-content/uploads/2014/Hand_prev_burnout_control.pdf
- Bevans, M.F, Sternberg, E.M. (2012). *Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients*. JAMA, 307(4), 398-403.
- Brazil, K. Bedard, M. Willison, K. (2003). Bereavement adjustment and support among caregivers. *Journal of Mental Health and Aging*, 9(3), 193-204.
- Carers, U. K. (2005). Caring about carers. Retrieved from [http:// www.carers.gov.uk](http://www.carers.gov.uk).
- Chiu, S. F., & Tsai, M. C. (2006). Relationships among burnout, job involvement, and organizational citizenship behavior. *J Psychol*, 140(6), 517-530.
- Korunka, C. Tement, S. Zdrehus, C. Borza, A. (2010). *Burnout: Definition, Recognition and Prevention Approaches*. BOIT - Burnout Intervention Training for Managers and Team Leaders : Boit.
- Cobb, S., (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychological Medicine*, 38(5), 300-314.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family and Community Health*, 15(2), 1–10.
- Dunn, L. B., Iglewicz, A., & Moutier, C. (2008). A conceptual model of medical student wellbeing: promoting resilience and preventing burnout. *Acad Psychiatry*, 32(1), 44-53.
- Elloit, D. P. (1998). Chronic issues in patients with dementia. *Journal of the American Society of Consultant Pharmacists*. 13(Supplement 11A), 11A1-11A8.

- Elisabeth, T. P. (2001). Risk Factor for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Clinical Rehabilitation*, 15(6), 669-667.
- Fong, C. M. (1990). Role Overload, Social Support, and Burnout Among Nursing Education. *The Journal of nursing Education*, 29(3), 102-108.
- Freudenberger, H. .J., & Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, NY: Doubleday.
- Freudenberger, H. J. & North, G. (1985). *Women's burnout*. New York : Doubleday and Company, Inc.
- Grafstrom M, Fratiglioni L, Sandman PO, Winblad B. (1992). Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly. A population-based study. *The Journal of Clinical Epidemiology*, 45(8), 861-70
- Grandon, P., Jenaro, C., & Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158(3), 335-343.
- Grant, J. S. (1996). Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers. *Home Healthcare Nurse*. 14(11), 892-902.
- Given BA, Given CW. (1991). Family caregiver for the elderly. *Annual Review of Nursing Research*, 9(4), 77-101.
- Hanzawa, S., Bae, J.K., Tanaka, I., Bae, Y.J., Tanaka, G., Inadomi, H. et al. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(4), 377-386.
- Harris, R. B. (1989). Reviewing Nursing Stress According to A Proposed Coping Adaptation Framework . *Advance in Nursing Sciences*, 11(2), 12-28.
- House, J. S. (1987). *Social Support and Social Structure*. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. In M. P. Lawton & G. L. Maddox (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. New York:Springer, 5(1), 194-246.

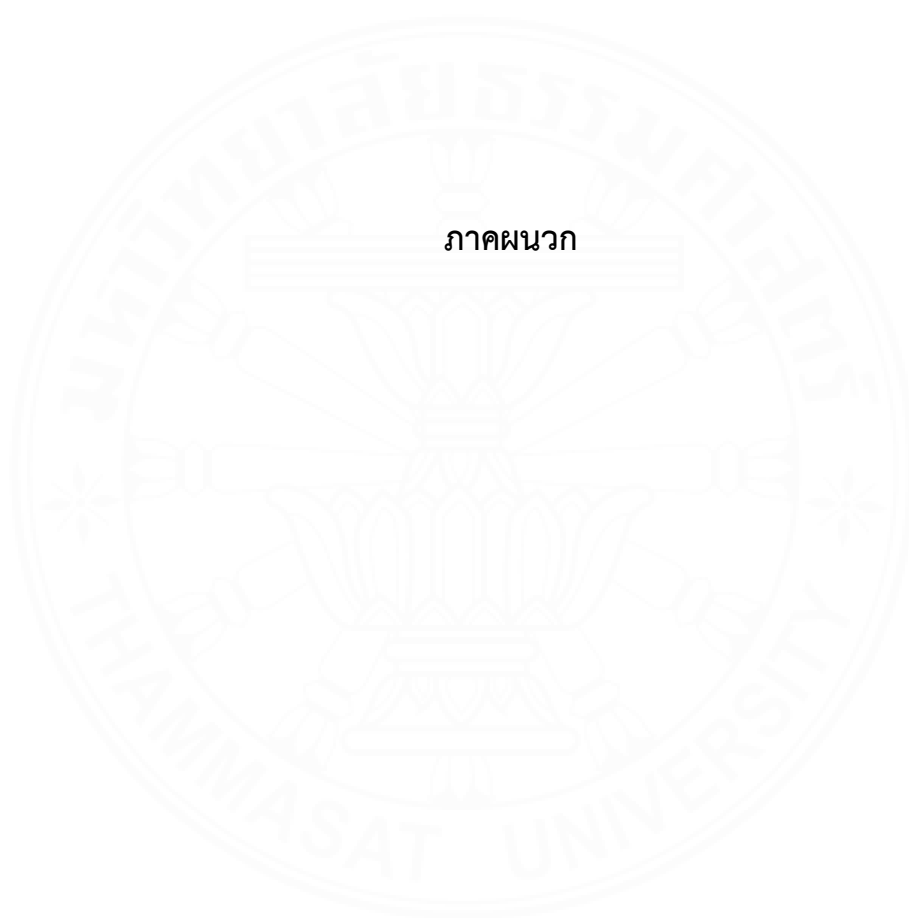
- Jourdain, G., & Chenevert, D. (2010). Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 47(6), 709-722.
- Kahn, R.L. (1979). *Aging and social support*. In aging from birth to death : Interdisciplinary perspective Coro : Westview Press.
- Kane, R.L. & Kane, R.A. (2000). *Assessing older person*. New York : Oxford University Press.
- Kaplan, B.H., T.C. Cassel & S. Gore. (1977). Social Support and Health, *Medical Care*. 15(5), 47-58.
- Kramer, B.J. (1997). Gain in the caregiving experience: *Where are we? What next? The Gerontologist*, 32(2), 218-232.
- Korunka C, Tement S, Zdrehus C, & Borza A. (2011). *Burnout: Definition, recognition and prevention approaches*. Project BOIT
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer-Verlag.
- Lawton, M.P. Moss M., Kleban M.H., Glicksman A. & Rovine M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of the Gerontological Psychological Sciences*, 46(4), 181-9.
- Lieberman,H. R. (2007). Cognitive methods for assessing mental energy. *NutrNeurosci*, 10(5-6), 229-242.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness of mental health professionals. *Journal of Nervous and Mental disease*, 21(2), 248-255.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organization Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. 2nd ed. New York : Consulting Psychologists.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2005). Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorder. *Social Science & Medicine*, 61(2), 313-322.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Xavier, M., Held, T., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P., & Maj, M. (1998). Burden on the families of patients with

- schizophrenia: Result of the BIOMED I study. *Social Psychiatric Epidemiology*. 33(9), 405-412
- Masoodi, R., & Rabiei, L. (2011). The effect of family-centered empowerment model on cerebrovascular accident patient's caregiver's quality of life. Retrieved from <http://congress.tbzmed.ac.ir/hepc/Abstract/635>
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull*, 132(3), 327-353.
- Miller, L. H., Smith, A. D., & Rothstein, L. (1993). *The stress solution: An action plan to manage the stress in your life*. New York: Pocket Books.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. (1985). Measurement and analysis of burden. *Research on Aging*, 7(1), 137-152.
- Muldary, T. W., (1983). *Burnout : An Health Professional Manifestation and Management*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Nuallaong W. (2013). *Burnout Symptoms and Cycles of Burnout: The Comparison with Psychiatric Disorders and Aspects of Approaches*. In Bahrer-Kohler S (Ed.), *Burnout for Experts Prevention in the Context of Living and Working*. Basel: Springer
- Ohue, T., Moriyama, M., & Nakaya, T. (2011). Examination of a cognitive model of stress, burnout, and intention to resign for Japanese nurses. *Jpn J Nurs Sci*, 8(1), 76-86.
- O'Hara, R.E., Hull J.G., Lyons K.D., Bakitas M, Hegel M.T., Li, Z. & Ahles T.A., (2010). Impact on caregiver burden of a patient-focused palliative care intervention for patients with advanced cancer. *Palliat Support Care*, 8(4), 395-404.
- Orem, D.E., (1995). *Nursing concepts of practice*. (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergstrom, G., Samuelsson, M., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *J Adv Nurs*, 62(1), 84-95.
- Piper, B. F. (2003). Fatigue. In V. Carrieri-Kohlman, A. M. Lindsey, & C. M. West (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing*, (3rd ed., pp. 209-233). Philadelphia: W. B. Saunders.

- Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout : From Tedium to Personal Growth*. New York: Free Press.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice*. 6 th ed. The United States of America : Pearson Education.
- Ridder, J. E., Hartley., & Love, C. (1992). *Nursing in Today's World, Challenges, Issues and Trends*. 4 th ed. Philadelphia : J B. Lippincott, 418-419.
- Rosenfarb, I. S., Bellack, A. S., & Aziz, N. (2006). A sociocultural stress, appraisal and coping model of subjective burden and family attitudes toward patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 157-165.
- Ross, F., & Mackenzie, A. (1996). *Nursing in primary care*. London: Routledge.
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., Gonzalez, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*, 12(10), e0185781.
- Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaefer, c, Coyne, J., c. & Lazarus, R. (1981). The Health-Related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381–406.
- Shirom & Melamed S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *Int J Stress Manag*, 13(2), 176-200.
- Spence, A., Hasson, F., Waldron, M., Kernohan, W., McLaughlin, D., Cochrane, B., & Watson, B. (2008). Active carers: Living with chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of palliative nursing*, 14(8), 368-72.
- Tel, H., & Ertekin, P. S. (2013). Investigation of the relationship between burnout and depression in primary caregivers of patients with chronic mental problems. *J Psychiatr Nurs*, 4(3), 145-152.
- Thys, E., Struyven. C., Danckaerts, M., & De, H. M. (2013). *Stigmatization of schizophrenia in Flemish newspapers*. *Schizophr Res*, 150(2-3), 598-599.

- Toker, S., & Biron, M. (2012). Job burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *J Appl Psychol*, 97(3), 699-710.
- Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S., & Melamed, S. (2005). The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J Occup Health Psychol*, 10(4), 344-362.
- Tokuda, Y., Hayano, K., Ozaki, M., Bito, S., Yanai, H., & Koizumi, S. (2009). The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: a path analysis. *Ind Health*, 47(2), 166-172.
- Van Wijngaarden, B., Schene, A. H., & Koeter, M. W. (2004). Family caregiving in depression: Impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 81(3), 211 –222.
- Williams, E. S., Manwell, L. B., Konrad, T. R., & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev*, 32(3), 203-212.
- Zhong, J., You, J., Gan, Y., Zhang, Y., Lu, C., & Wang, H. (2009). Job stress, burnout, depression symptoms, and physical health among Chinese university teachers. *Psychol Rep*, 105(3), 1248-1254.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ศุภเสก วิโรจนภา | ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.วารินทร์ ถาน้อย | อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. นางสาวศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ผู้ปฏิบัติการพยาบาล สาขาการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีธัญญา |

ภาคผนวก ข

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่าย โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) ดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่าย ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ทำการทดสอบด้วยสถิติทดสอบที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t - test)

2. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่าย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทำการทดสอบด้วยสถิติทดสอบที ชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t - test)

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที (t-test) ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตามหลักความน่าจะเป็น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling)

2.2 การกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Normal distribution) โดยพิจารณาจาก สถิติชาไฟโร-วิลค์ (Shapiro-Wilk) เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50

2.3 จากการตรวจสอบจากค่า Standardized Skewness (ค่าความเบ้) และ Standardized Kurtosis (ค่าความโด่ง) พบว่า มีค่าที่อยู่ระหว่าง ± 1.96

2.4 ตัวแปรตามมีมาตราวัดแบบอันตรภาค (Interval scale) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแล แบบประมาณค่า (Rating scale) ตารางภาคผนวก ข แสดงการทดสอบการกระจายข้อมูลคะแนนความเหนื่อยหน่าย

คะแนนความเหนื่อยหน่าย	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง	.943	30	.108
หลังการทดลอง	.976	30	.698
กลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	.974	30	.664
หลังการทดลอง	.979	30	.788

ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบประเมินวัดความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

คู่มือโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม



ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 ชุดแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง หน้าข้อความ และเติมข้อความลงในช่องว่าง (...) ที่เว้นไว้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับท่านมากที่สุด

1. เพศ ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง
2. อายุ..... ปี
3. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน	☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช
☐ ประถมศึกษา	☐ อนุปริญญา/ปวส
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น	☐ ปริญญาตรี

 ปริญญาโทหรือสูงกว่า
4. ศาสนา

☐ พุทธ	☐ คริสต์	☐ อิสลาม
☐ ฮินดู	☐ ซิกข์	☐ อื่นๆ
5. สถานภาพสมรส

☐ โสด	☐ คู่	☐ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
------------------------------	------------------------------	--
6. อาชีพ

☐ นักเรียน/นักศึกษา	☐ รับราชการ	☐ พนักงานเอกชน
☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	☐ ธุรกิจส่วนตัว	☐
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)		
7. ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน

☐ ไม่พอใช้
☐ พออยู่พอกิน
☐
8. ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

☐ 6 เดือน – 1 ปี	☐ 1 – 5 ปี
☐	☐

แบบประเมินวัดความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และตัดสินใจว่าท่านเคยมีความรู้สึกเช่นนี้กับการทำงานของท่านและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย	หมายถึง ท่านไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย
ปีละ 2-3 ครั้ง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ ปีละ 2-3 ครั้ง
เดือนละ 1 ครั้ง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น เดือนละ 1 ครั้ง
เดือนละ 2-3 ครั้ง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น เดือนละ 2-3 ครั้ง
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
ทุก ๆ วัน	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน

ข้อที่	ข้อคำถาม	ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย	ปีละ 2-3 ครั้ง	เดือนละ 1 ครั้ง	เดือนละ 2-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	ทุก ๆ วัน
1	ฉันรู้สึกห่อเหี่ยวจิตใจกับการดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่							
2	ฉันจะรู้สึกหมดหวังในการดูแลผู้ป่วย							
3	ฉันรู้สึกอ่อนเพลียตอนตื่นนอนและตอนเช้าในช่วงระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย							
4	ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นได้โดยง่าย							
5	ฉันปฏิบัติต่อผู้ป่วยราวกับเขาไม่มีชีวิตจิตใจ							
6	การดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวันทำให้ฉันรู้สึกเครียด							
7	ฉันรู้สึกว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้ผู้อื่นได้.....							
8	ฉันรู้สึก.....							
9	ฉันรู้สึก.....							

ตอนที่ 2 แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายของ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะประกอบไปด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มโดยมีสมาชิกกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน จะมีการแบ่งกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มละ 10 คน จำนวน 3 กลุ่ม ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทุกวันพฤหัสบดีและวันอาทิตย์ รวมทั้งหมด 4 สัปดาห์ติดต่อกัน แต่ละกิจกรรมจะใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 60 นาที

กิจกรรมที่ 1 แรกพบหน้า

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

1. มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน
2. ประเมินสถานการณ์และระบุปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ตรงกับความจริง
3. ได้ระบายถึงความรู้สึก

กิจกรรมที่ 2 รู้เท่าทันสำคัญใจ

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

1. ประเมินสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้
2. แก้ไขปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยการใช้เหตุผลได้
3. เปิดเผยความรู้สึกของตนเอง ความไม่สบายใจหรือปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย

ติดเตียง

4. ระบุปัญหาและการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของตนเองได้

กิจกรรมที่ 3 คิดดี อารมณ์ดี

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

1. ระบุอารมณ์ของตนเองและสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์ได้
2. ทราบถึงข้อดีและข้อเสียในการเกิดอารมณ์ของตนเอง และเข้าใจตนเอง
3. เกิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
4. ได้ระบายความรู้สึกด้านอารมณ์จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและทัศนคติในการ

ดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 รู้จักผ่อนคลาย จิตใจสดชื่น

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

1. มีความรู้ในเรื่องของการจัดการอารมณ์ มีทัศนคติที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วย
2. เกิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

วิธีการจัดการกับอารมณ์ ทัศนคติความคิดในการดูแลผู้ป่วย

3. ได้ระบายความรู้สึกด้านอารมณ์จากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและทัศนคติในการ

ดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 5 มาผ่อนคลายกันเถอะ

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

1. นำทักษะการจัดการความเครียดไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

2. เลือกวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้

กิจกรรมที่ 6 รับรู้และเข้าใจ

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

1. บอกได้ถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียง
2. มีทักษะเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ถูกต้อง
3. ได้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดและได้ระบายความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

กิจกรรมที่ 7 ใกล้เคียงใกล้ใจใกล้ชุมชน

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

1. บอกถึงแหล่งทรัพยากรที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆในชุมชน
2. บอกถึงวิธีการขอรับความช่วยเหลือ

กิจกรรมที่ 8 ลาแล้วแก้วตา

ผลลัพธ์การเรียนรู้ หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ร่วมกิจกรรมสามารถ

1. ทบทวนความรู้และทักษะที่สำคัญในแต่ละกิจกรรมได้
2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติที่บ้าน

ภาคผนวก ง

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอม
เข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

038/2565

ScF 05_01

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มควบคุม

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ชื่อโครงการวิจัย THE EFFECTS OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON BURNOUT IN CAREGIVERS OF BEDRIDDEN PATIENTS

ผู้วิจัย นางสาวบุษยามาส คันธมาศน์

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต อาคารปิยชาติ

ถนนพหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-9869213 ต่อ 7384 โทรศัพท์มือถือ 088-1760377

อีเมล budsayamas122@nurse.tu.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร. นุชนาด บรรทุมพร

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต อาคารปิยชาติ

ถนนพหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-9869213 ต่อ 7384 โทรศัพท์มือถือ 088-2273981

อีเมล nutchanart@nurse.tu.ac.th

แหล่งทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่าน คือผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ให้การดูแลผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องให้การดูแลกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมดที่ได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน และท่านได้รับการประเมินความเหนื่อยหน่ายจากแบบสอบถาม 22 คำถาม พบว่าท่านมีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โครงการวิจัยนี้จะคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมเข้าร่วมการศึกษาเป็นจำนวนทั้งสิ้น 62 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 31 คน โดยมีอาสาสมัครกลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นการดูแลตามมาตรฐานของทางเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 31 คน

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ โปรดใช้เวลาในการอ่านเอกสารฉบับนี้ อย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งจะช่วยให้ท่านเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่ท่านจะมีส่วนร่วมในโครงการและท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยขอเน้นว่าการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน (ดูรอบที่ 1) หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลทางการแพทย์หรือสิทธิที่ท่านได้รับอยู่ (ดูรอบที่ 2)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

อนุมัติ 29 APR 2022

Version 3/ 06.01.2022

1

ScF 05_01

กรอบที่ 1 การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน ☐ ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ ☐ ท่านสามารถถอนตัว (ถอนความยินยอม) จากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่กระทบต่อการดูแลทางการแพทย์หรือสิทธิที่ท่านหรือผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้รับอยู่	
กรอบที่ 2 ทางเลือกสำหรับแนวทางการรักษาในกรณีที่ท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้	
- ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรสาธารณสุข	ได้แก่ การสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การให้ความรู้เรื่องโรคและการแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับ อาการแทรกซ้อน การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและวิธีผ่อนคลายความเครียด
- ผู้ป่วยในความดูแลของท่านยังคงได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์	ผู้ป่วยในความดูแลของท่านยังคงได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

ผู้ป่วยติดเตียง คือ ผู้ที่มีอาการสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง จนต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือได้ในบางเรื่องอย่างไม่เต็มที่ การนอนติดเตียงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ การขาดสารอาหาร การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมาก เพราะมีหน้าที่ต้องให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยทั้งหมด รวมถึงการดูแลรักษาทางการแพทย์ ซึ่งต้องใช้เวลาและความทุ่มเท ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์แล้วยังทำให้การดูแลมีความกดดันมากขึ้น ทั้งจากปัจจัยที่มาจากอาการของผู้ป่วยเองและปัจจัยของตัวผู้ดูแลเอง เช่น สภาพเศรษฐกิจ สังคม การดูแลผู้ป่วยติดเตียงในทุกกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย เป็นเหตุให้เกิดความเครียด วิตกกังวล หงุดหงิด ท้อแท้ สิ้นหวัง และเหน็ดเหนื่อยกับการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในที่สุด

ภาวะเหน็ดเหนื่อย (Burnout) ไม่เพียงแต่จะบั่นทอนชีวิตจิตใจของผู้ดูแล แต่ยังส่งผลไปถึงการดูแล เช่น ประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยหมดกำลังใจในการดูแล และที่

Version 3/ 06.01.2022

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์
อนุมัติ 29 APR 2022

2

038/2565

ScF 05_01

ร้ายแรงคือ อาจมองข้ามคุณค่าการเป็นบุคคลของผู้ป่วย มองผู้ป่วยเสมือนวัตถุหรือสิ่งของ ซึ่งจะส่งผลต่ออาการของผู้ป่วย

ดังนั้น หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น วัตถุประสงค์หรือบริการต่างๆ กำลังใจ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันจากบุคคลอื่นในสังคมและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีที่พึ่งในการได้รับความปรึกษา สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เกิดความพร้อมในการรับมือกับปัญหา เข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เรียนรู้ที่จะตัดสินใจในการแก้ปัญหาเบื้องต้นด้วยตนเอง ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความรู้สึกเพื่อแก้ปัญหาไปในเชิงบวกอย่างถูกวิธี และจัดการกับการตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบ อันจะทำให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ดีเพียงหรือจัดการกับอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

ผู้วิจัยสนใจถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ไปช่วยเหลือในเรื่องการลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาที่นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในหลายกลุ่มและหลายตัวแปร เช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มผู้ป่วยในสถานสงเคราะห์ ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีภาวะทางจิตดีขึ้น อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามี การนำโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมมาช่วยลดความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้รับความสามารถของตนเองและมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เกิดความหวังและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป เพิ่มความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยในด้านบวกและมีเจตคติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วย ไม่มองผู้ป่วยเป็นเหมือนวัตถุสิ่งของของผู้ป่วยอีกต่อไป ผู้วิจัยจึงต้องการหาแนวทางการแก้ไข ปัญหาความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เพื่อช่วยลดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมดังกล่าวจะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงลดลง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

อนุมัติ 29 APR 2022

กรอบที่ 3 วิธีทำการวิจัย/วิธีการเก็บข้อมูล



- ☐ การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 31 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแล
- ☐ การวิจัยนี้กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 31 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแลในครั้งแรก หลังจากให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ รวมถึงการอธิบายสิทธิในการเข้าร่วม และครั้งที่ 2 หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้าง 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์
- ☐ การวิจัยนี้ในกลุ่มควบคุม ทางผู้วิจัยได้จัดให้มีมาตรการการป้องกันโรคในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) โดยผู้วิจัยได้จัดเตรียมเจลแอลกอฮอล์สำหรับล้างมือ สเปรย์แอลกอฮอล์สำหรับพ่นพื้นผิวและภายในหอประชุมที่ใช้เก็บข้อมูล แมสก์สำหรับอาสาสมัครวิจัย และจัดเก้าอี้ให้มีระยะห่าง 1 เมตร

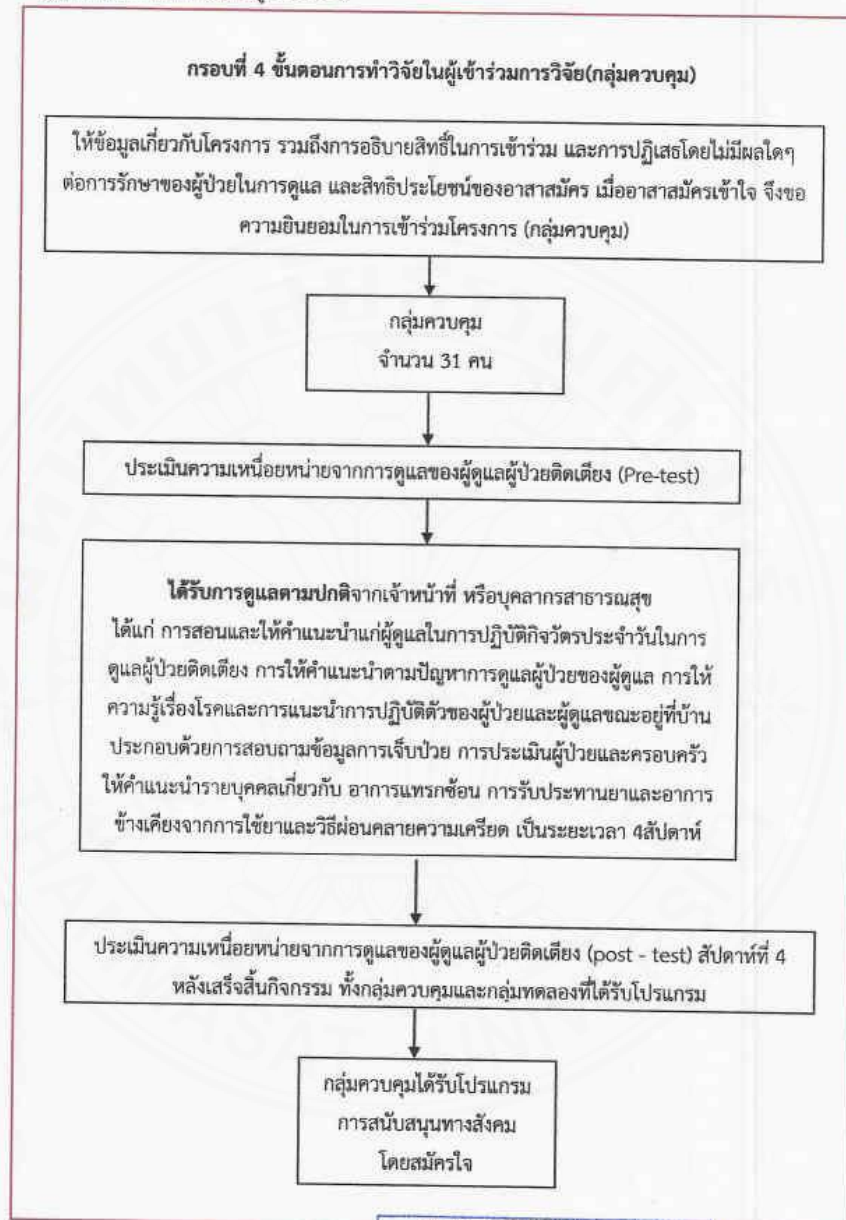
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

อนุมัติ 29 APR 2022

Version 3/ 06.01.2022

ScF 05_01

การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ ผู้วิจัยขอให้ท่านปฏิบัติตามตารางการศึกษา (ดูกรอบที่ 4)



Version 3/ 06.01.2022

คณะกรรมการวิจัยร่วมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

อนุมัติ 29 APR 2022

5

ScF 05_01

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
ผู้วิจัยได้สรุปผลข้างเคียง/ความเสี่ยง และการป้องกัน/การรักษา จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยไว้ใน
กรอบที่ 5

กรอบที่ 5 ผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย และแนวทางการป้องกัน/รักษา	
ผลข้างเคียง/ความเสี่ยง	การป้องกัน/การรักษา
- อาจส่งผลให้อาสาสมัครเสียเวลา เกิดความไม่ สบายใจ เกิดความเครียดในการเข้าร่วม กิจกรรม	- ติดตามประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยการสอบถามหรือการเปิดโอกาสในการปฏิเสธ กิจกรรมผ่านผู้ช่วยวิจัยและสังเกตขณะเข้าทำกิจกรรม กลุ่มว่าอาสาสมัครมีลักษณะวิตกกังวลมากขึ้นหรือไม่ หรือการบอกปฏิเสธเข้าร่วมกลุ่มในครั้งถัดไป เป็นต้น

ผู้วิจัยได้สรุปประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยไว้ใน กรอบที่ 6

กรอบที่ 6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้	
ประโยชน์ทางตรง	ประโยชน์ทางอ้อม
- ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงทราบถึงระดับความ เหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง	- เพื่อเป็นแนวทางในการในการพัฒนางานวิจัย และการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มี ความเหนื่อยหน่ายในบริบทต่างๆ ต่อไป

ผู้วิจัยสรุปแนวทางการปฏิบัติหรือการดูแลต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยไว้ใน
กรอบที่ 7

กรอบที่ 7 สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย	
สถานการณ์	แนวทางการปฏิบัติ
หากท่านถอนความยินยอมระหว่าง การวิจัย	ผู้ดูแลและผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของอาสาสมัครจะยังคงได้รับ การดูแลตามปกติที่เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ และ บุคลากรสาธารณสุข
เมื่อมีข้อมูลใหม่ที่สำคัญที่อาจมีผลต่อ การตัดสินใจของท่าน	ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบโดยเร็ว โดยท่านสามารถตัดสินใจได้ว่า ท่านจะร่วมอยู่ในโครงการวิจัยนี้ต่อหรือไม่
เมื่อผู้ป่วยติดเตียงที่อยู่ในความดูแล ของอาสาสมัครเสียชีวิตลง	ผู้วิจัยขอขยติการเข้าร่วมของอาสาสมัครลง เพื่อให้อาสาสมัครได้ ใช้เวลาในการเตรียมตัวในปฏิบัติตามความเชื่อของแต่ละท่าน และกล่าวแสดงความเสียใจต่ออาสาสมัคร และขอบคุณสำหรับการ การเสียสละเวลาในการเข้าร่วมโครงการที่ผ่านมา

Version 3/ 06.01.2022

อนุมัติ 29 APR 2022

6

ScF 05_01

หลังจากจบโครงการ ท่านจะได้รับการดูแลตามปกติของทางโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ และบุคลากร สาธารณสุขเมื่อจบโครงการ ผู้วิจัยจะสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมโครงการอีกครั้ง และจัดกิจกรรม ในส่วนที่อาสาสมัครกลุ่มควบคุมต้องการ ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลของการศึกษาในที่ประชุมหรือวารสารวิชาการจะไม่มีการระบุชื่อของท่าน อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้มีอำนาจในการกำกับดูแลการวิจัย และผู้วิจัยจะสามารถเข้าสู่ ข้อมูลของท่านได้ เพื่อตรวจสอบข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย

โดยการจัดการข้อมูลหรือตัวอย่างทางชีวภาพที่มีการเก็บ เช่น แบบสอบถาม ไฟล์เครื่องบันทึกเสียง เมื่อ เสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ทำลายข้อมูลด้วยวิธีมาตรฐานทันทีที่เสร็จสิ้นการวิจัยเป็นเวลา 1 ปี อันประกอบไปด้วย แบบสอบถามแบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแล เพื่อการตรวจสอบย้อนหลัง ใน กรณีที่มีข้อสงสัย

ผู้วิจัยได้สรุปเกี่ยวกับค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการเข้าร่วมการวิจัยดังกรอบที่ 8

กรอบที่ 8 ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ในการดำเนินวิจัยครั้งนี้ อาสาสมัครกลุ่มควบคุม จะได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมกิจกรรม 100 บาท รวมทั้งหมด 2 ครั้ง ระหว่างการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยได้จัดอาหารว่างสำหรับเข้าร่วม วิจัยทุกท่าน ท่านละ 1 ชุด ราคาชุดละ 50 บาท ทุกครั้งที่ดำเนินการทดลอง รวมถึงค่าอุปกรณ์ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ หน้ากากอนามัย หน้ากากคุมหน้า face shield จำนวนชุดละ 25 บาท
2. ในการดำเนินกิจกรรม อาสาสมัครกลุ่มควบคุมจะได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมโปรแกรมการ ทดลอง ครั้งละ 100 บาท รวมทั้งหมด 2 ครั้ง ที่ดำเนินการในการเก็บแบบสอบถามก่อนการเข้า ร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ทุกครั้งที่ดำเนินการทดลอง รวมถึงค่าอุปกรณ์ป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ หน้ากากอนามัย หน้ากากคุมหน้า face shield จำนวนชุดละ 25 บาท
3. กรณีที่ท่านได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยที่เป็นผลจากการวิจัย ผู้วิจัยจะยินดีที่จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษา
4. ขณะกลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมโครงการวิจัยอยู่นั้นจะอยู่ในความรับผิดชอบของผู้วิจัย และการ ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยหากมีความผิดพลาดเกิดขึ้น อาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาหรืออาการทางจิตที่กำเริบขณะดำเนินการทดลอง จนทำให้ไม่ สามารถทำกิจกรรมต่อไปได้ ผู้วิจัยจะคอยสังเกตอาการดังกล่าว หากพบว่าจะเป็นอันตรายจะให้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมหยุดทันที และให้การช่วยเหลือตามแนวทางการรักษา เพื่อให้ได้รับการรักษา อย่างรวดเร็ว หากเป็นความผิดพลาดที่เกิดจากกิจกรรมของผู้วิจัยเอง ผู้วิจัยยินดีที่จะรับผิดชอบค่า ใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาดังกล่าว

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

Version 3/ 06.01.2022

อนุมัติ 29 APR 2022

7

038/2565

ScF 05_01

หากท่านมีข้อสงสัยทั้งก่อนหรือระหว่างเข้าร่วมการวิจัย หรือมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถสอบถามได้ที่บุคคลในกรอบที่ 9

กรอบที่ 9 บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อเพื่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

1. นางสาวบุษยมาส คันธมาศน์

โทรศัพท์ 088-1760377

อีเมล budsayamas122@nurse.tu.ac.th

2. ผศ.ดร. นุชนาถ บรรทมพร

โทรศัพท์ 088-2273981

อีเมล nuchanart@nurse.tu.ac.th

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7358 อีเมล ecsctu3@tu.ac.th

ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

อนุมัติ 29 APR 2022

ScF 05_01

038/2565

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มทดลอง

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ชื่อโครงการวิจัย THE EFFECTS OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON BURNOUT IN CAREGIVERS OF BEDRIDDEN PATIENTS

ผู้วิจัย นางสาวบุษยมาส คันธมาศน์

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต อาคารปิยชาติ

ถนนพหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-9869213 ต่อ 7384 โทรศัพท์มือถือ 088-1760377 อีเมล

budsayamas122@nurse.tu.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร. นุชนาถ บรรทุมพร

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต อาคารปิยชาติ

ถนนพหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-9869213 ต่อ 7384 โทรศัพท์มือถือ 088-2273981

อีเมล nuchanart@nurse.tu.ac.th

แหล่งทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่าน คือผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ให้การดูแลผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องให้การดูแลกิจวัตรประจำวันเกือบทั้งหมดที่ได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน และท่านได้รับการประเมินความเหนื่อยหน่ายจากแบบสอบถาม 22 คำถาม พบว่าท่านมีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โครงการวิจัยนี้จะคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมเข้าร่วมการศึกษาเป็นจำนวนทั้งสิ้น 62 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 31 คน โดยมีอาสาสมัครกลุ่มควบคุมที่จะได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นการดูแลตามมาตรฐานของทางเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 31 คน และอาสาสมัครกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการดูแลตามปกติตามมาตรฐานของทางเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 31 คน

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ โปรดใช้เวลาในการอ่านเอกสารฉบับนี้ อย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งจะช่วยให้ท่านเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่ท่านจะมีส่วนร่วมในโครงการและท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยขอเน้นว่าการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน (ดูกรอบที่ 1) หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลทางการแพทย์หรือสิทธิที่ท่านได้รับอยู่ (ดูกรอบที่ 2)

Version 3/ 06.01.2022

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

อนุมัติ 29 APR 2022

1

ScF_05_01

กรอบที่ 1 การเข้าร่วมโครงการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน ☐ ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ ☐ ท่านสามารถถอนตัว (ถอนความยินยอม) จากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่กระทบต่อ การดูแลทางการแพทย์หรือสิทธิที่ท่านหรือผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้รับอยู่	
กรอบที่ 2 ทางเลือกสำหรับแนวทางการรักษาในกรณีที่ท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้	
- ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากรสาธารณสุข	ได้แก่ การสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การให้ความรู้เรื่องโรคและการแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับ อาการแทรกซ้อน การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและวิธีผ่อนคลายความเครียด
- ผู้ป่วยในความดูแลของท่านยังคงได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์	ผู้ป่วยในความดูแลของท่านยังคงได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และไม่กระทบต่อการดูแลทางการแพทย์หรือสิทธิที่ท่านหรือผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้รับอยู่

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

ผู้ป่วยติดเตียง คือ ผู้ที่มีอาการสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง จนต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือได้ในบางเรื่องอย่างไม่เต็มที่ การนอนติดเตียงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ การขาดสารอาหาร การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมาก เพราะมีหน้าที่ต้องให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยทั้งหมด รวมถึงการดูแลรักษาทางการแพทย์ ซึ่งต้องใช้เวลาและความทุ่มเท ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์แล้วยิ่งทำให้การดูแลมีความกดดันมากขึ้น ทั้งจากปัจจัยที่มาจากอาการของผู้ป่วยเองและปัจจัยของตัวผู้ดูแลเอง เช่น สภาพเศรษฐกิจ สังคม การดูแลผู้ป่วยติดเตียงในทุกกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย เป็นเหตุให้เกิดความเครียด วิตกกังวล หงุดหงิด ท้อแท้ สิ้นหวัง และเหนื่อยหน่ายกับการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในที่สุด

ภาวะเหนื่อยหน่าย (Burnout) ไม่เพียงแต่จะบั่นทอนชีวิตจิตใจของผู้ดูแล แต่ยังส่งผลไปถึงการดูแล เช่น ประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยหมดกำลังใจในการดูแล และที่

Version 3/ 06.01.2022

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

อนุมัติ 24 APR 2022

2

038/2565

ScF 05_01

ร้ายแรงคือ อาจมองข้ามคุณค่าการเป็นบุคคลของผู้ป่วย มองผู้ป่วยเสมือนวัตถุหรือสิ่งของ ซึ่งจะส่งผลต่อ
อาการของผู้ป่วย

ดังนั้น หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น วัตถุ
สิ่งของหรือบริการต่างๆ กำลังใจ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันจากบุคคลอื่นในสังคมและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ
จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีที่พึ่งในการรับคำปรึกษา สามารถแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เกิด
ความพร้อมในการรับมือกับปัญหา เข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เรียนรู้ที่จะตัดสินใจในการแก้ปัญหาเบื้องต้น
ด้วยตนเอง ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความรู้สึกเพื่อแก้ปัญหาไปในเชิงบวกอย่างถูกวิธี และ
จัดการกับการตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบ อันจะทำให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
หรือจัดการกับอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

ผู้วิจัยสนใจถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ไปช่วยเหลือในเรื่องการลดความเหนื่อยหน่ายของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาที่นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
มาช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในหลายกลุ่มและหลายตัวแปร เช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรค
ซึมเศร้า กลุ่มผู้ป่วยในสถานสงเคราะห์ ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีภาวะทางจิตดีขึ้น อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามี
การนำโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมมาช่วยลดความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ดังนั้น ผู้วิจัย
จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้รับความรู้ถึง
ความสามารถของตนเองและมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย
มากขึ้น เกิดความหวังและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป เพิ่มความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยในด้านบวกและมีเจต
คติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วย ไม่มองผู้ป่วยเป็นเหมือนวัตถุสิ่งของผู้ป่วยอีกต่อไป ผู้วิจัยจึงต้องการหาแนวทางการแก้ไข
ปัญหาความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีสนับสนุนทางสังคม
ของเฮาส์ (House, 1981) เพื่อช่วยลดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และผู้วิจัยคาดว่า
โปรแกรมดังกล่าวจะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงลดลง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

อนุมัติ 29 APR 2022

ScF 05_01

กรอบที่ 3 วิธีทำการวิจัย/วิธีการเก็บข้อมูล

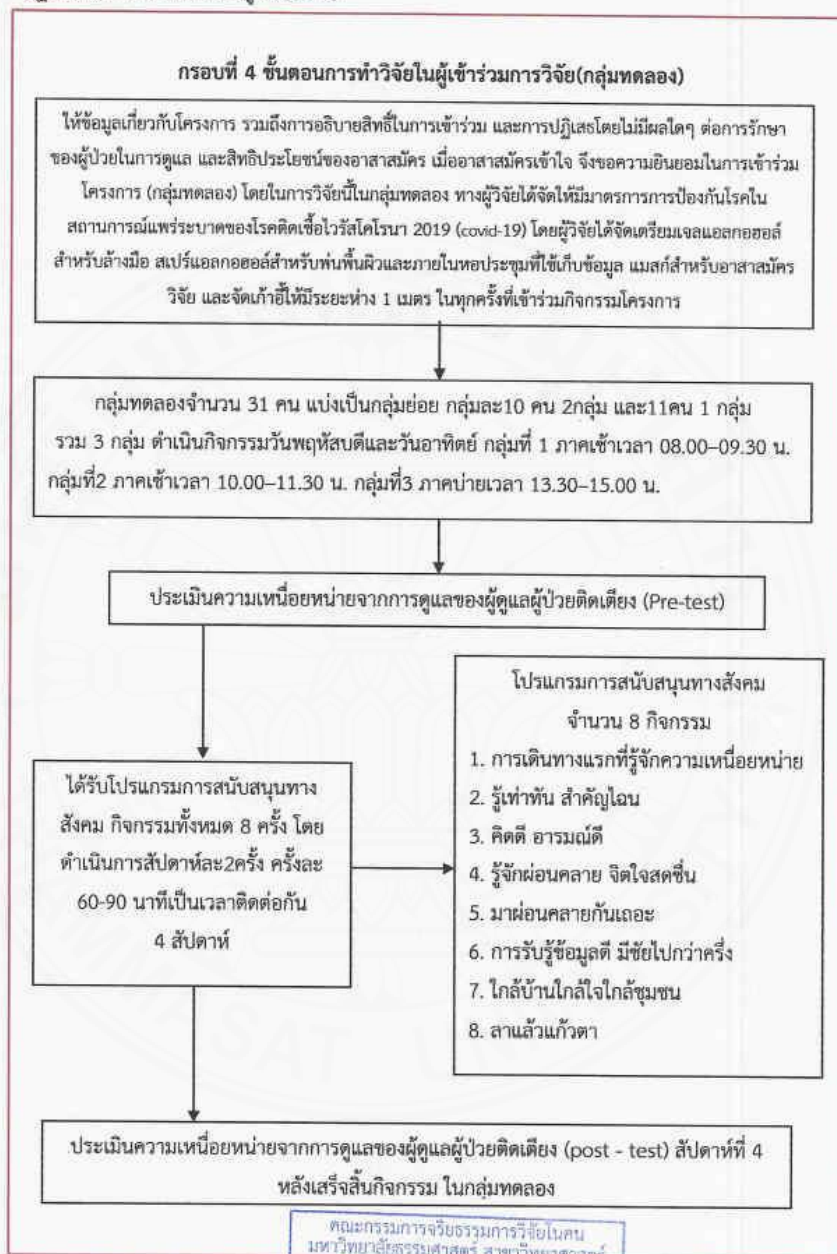


- ☐ การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 31 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแล
- ☐ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 31 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และหลังสิ้นสุดโปรแกรมไปแล้วในสัปดาห์ที่ 4
- ☐ การวิจัยนี้ในกลุ่มทดลอง ทางผู้วิจัยได้จัดให้มีมาตรการการป้องกันโรคในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) โดยผู้วิจัยได้จัดเตรียมเจลแอลกอฮอล์สำหรับล้างมือ สเปรย์แอลกอฮอล์สำหรับพ่นพื้นผิวและภายในหอประชุมที่ใช้เก็บข้อมูล แมสก์สำหรับอาสาสมัครวิจัย และจัดเก้าอี้ให้มีระยะห่าง 1 เมตร

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์
อนุมัติ 29 APR 2022

ScF 05_01

การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ ผู้วิจัยขอให้ท่านปฏิบัติตามตารางการศึกษา (ดูกรอบที่ 4)



Version 3/ 06.01.2022

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

อนุมัติ 29 APR 2022

5

038/2565

ScF 05_01

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ผู้วิจัยได้สรุปผลข้างเคียง/ความเสี่ยง และการป้องกัน/การรักษา จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไว้
ใน กรอบที่ 5

กรอบที่ 5 ผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย และแนวทางการป้องกัน/รักษา	
ผลข้างเคียง/ความเสี่ยง	การป้องกัน/การรักษา
- อาจส่งผลให้อาสาสมัครเสียเวลา เกิดความไม่ สบายใจ เกิดความเครียดในการเข้าร่วม กิจกรรม	- ติดตามประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยการสอบถามหรือการเปิดโอกาสในการปฏิเสธ กิจกรรมผ่านผู้ช่วยวิจัยและสังเกตขณะเข้าทำกิจกรรม กลุ่มว่า อาสาสมัครมีลักษณะ วิตกกังวลมากขึ้นหรือไม่ หรือการบอกปฏิเสธเข้าร่วมกลุ่มในครั้งถัดไป เป็นต้น

ผู้วิจัยได้สรุปประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไว้ใน กรอบที่ 6

กรอบที่ 6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้	
ประโยชน์ทางตรง	ประโยชน์ทางอ้อม
- ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เกิดความเหนื่อย หน่ายจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงลดความเหนื่อย หน่ายในการดูแล	- เพื่อเป็นแนวทางในการในการพัฒนางานวิจัย และการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มี ความเหนื่อยหน่ายในบริบทต่างๆ ต่อไป

ผู้วิจัยสรุปแนวทางการปฏิบัติหรือการดูแลต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยไว้ใน
กรอบที่ 7

กรอบที่ 7 สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย	
สถานการณ์	แนวทางการปฏิบัติ
หากท่านถอนความยินยอมระหว่าง การวิจัย	ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของอาสาสมัครยังคงได้รับการดูแล ตามปกติที่เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ และบุคลากร สาธารณสุข และงดกิจกรรมต่างของโปรแกรมการสนับสนุนทาง สังคม
เมื่อมีข้อมูลใหม่ที่สำคัญต่อท่านและ ตัวผู้ป่วยที่อาจมีส่งผลต่อตัวท่านและ ผู้ป่วย หรือต่อการตัดสินใจของท่าน	ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบถึงข้อมูลที่ส่งผลต่อท่านและตัวผู้ป่วย โดยเร็ว โดยท่านสามารถตัดสินใจได้ว่าท่านจะร่วมอยู่ใน โครงการวิจัยนี้ต่อหรือไม่ หรือจะขอลอนตัวออกจาก โครงการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ดำเนินโครงการวิจัย

Version 3/ 06.01.2022

มหาวิทยาลัยอรรหะศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

อนุมัติ 29 Apr 2022

6

ScF 05_01

เมื่อผู้ป่วยติดเชื้อที่อยู่ในความดูแลของอาสาสมัครเสียชีวิตลง	ผู้วิจัยขอยุติการเข้าร่วมของอาสาสมัครลง เพื่อให้อาสาสมัครได้ใช้เวลาในการเตรียมตัวในปฏิบัติตามความเชื่อของแต่ละท่าน และกล่าวแสดงความเสียใจต่ออาสาสมัคร และขอบคุณสำหรับการเสียสละเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมที่ผ่านมา
--	--

หลังจากจบโครงการ ท่านจะได้รับการดูแลตามปกติของทางโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ และบุคลากรสาธารณสุขเมื่อจบโครงการ ผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการอีกครั้ง และจัดกิจกรรมในส่วนที่อาสาสมัครกลุ่มควบคุมต้องการ ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลของการศึกษาในที่ประชุมหรือวารสารวิชาการจะไม่มีการระบุชื่อของท่าน อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้มีอำนาจในการกำกับดูแลการวิจัย และผู้วิจัยจะสามารถเข้าถึงข้อมูลของท่านได้ เพื่อตรวจสอบข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย

โดยการจัดการข้อมูลหรือตัวอย่างทางชีวภาพที่มีการเก็บ เช่น แบบสอบถาม ไฟล์เครื่องบันทึกเสียง เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ทำลายข้อมูลด้วยวิธีมาตรฐานทันทีที่เสร็จสิ้นการวิจัยเป็นเวลา 1 ปี อันประกอบไปด้วยแบบสอบถามแบบวัดความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ดูแล เพื่อการตรวจสอบย้อนหลัง ในกรณีที่มีข้อสงสัย

ผู้วิจัยได้สรุปเกี่ยวกับค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการเข้าร่วมการวิจัยดังกรอบที่ 8

กรอบที่ 8 ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ในการดำเนินวิจัยครั้งนี้ อาสาสมัครกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม จะได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมกิจกรรม 100 บาท รวมทั้งหมด 8 ครั้ง รวม 800 บาท ระหว่างการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยได้จัดอาหารว่างสำหรับเข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ท่านละ 1 ชุด ราคาชุดละ 50 บาท ทุกครั้งที่ดำเนินการทดลอง รวมถึงค่าอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ หน้ากากอนามัย หน้ากากคุมหน้า face shield จำนวนชุดละ 25 บาท
2. กรณีที่ท่านได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยที่เป็นผลจากการวิจัย ผู้วิจัยจะยินดีที่จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษา
3. ขณะกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมโครงการวิจัยอยู่นั้นจะอยู่ในความรับผิดชอบของผู้วิจัย และการได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยหากมีความผิดพลาดเกิดขึ้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาหรืออาการทางจิตที่กำเริบขณะดำเนินการทดลอง จนทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่อไปได้ ผู้วิจัยจะคอยสังเกตอาการดังกล่าว หากพบว่าเป็นอันตรายจะให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมหยุดทันที และให้การช่วยเหลือตามแนวทางการรักษา เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว หากเป็นความผิดปกติที่เกิดจากกิจกรรมของผู้วิจัยเอง ผู้วิจัยยินดีที่จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาดังกล่าว

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

อนุมัติ 29 APR 2022

Version 3/ 06.01.2022

7

ScF 05_01

038/2565

หากท่านมีข้อสงสัยทั้งก่อนหรือระหว่างเข้าร่วมการวิจัย หรือมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถสอบถามได้ที่บุคคลในกรอบที่ 9

กรอบที่ 9 บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อเพื่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

1. นางสาวบุษยามาส คันธมาศน์

โทรศัพท์ 088-1760377 อีเมล budsayamas122@nurse.tu.ac.th

2. ผศ.ดร. นุชนาถ บรรทมพร

โทรศัพท์ 088-2273981 อีเมล nutchanart@nurse.tu.ac.th

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7358 อีเมล ecsctu3@tu.ac.th

ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

อนุมัติ 29 APR 2022

038/2565

ScF 05_02

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวบุษยมาส คันธมาศน์

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต อาคารปิยชาติ

ถนนพหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121 โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-9869213 ต่อ 7384

โทรศัพท์มือถือ 088-1760377

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย การรักษาความลับ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ ในกรณีที่ผู้วิจัยขอทราบเหตุผล ข้าพเจ้ายังคงสิทธิที่จะแจ้งหรือไม่แจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัยก็ได้ ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7358 อีเมล ECSCTU3@tu.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ(หรือลายนิ้วมือ) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ (หรือลายนิ้วมือ).....

(.....)

(.....)

ผู้วิจัย

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน

วันที่...../...../.....

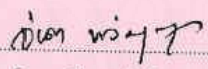
วันที่...../...../.....

อนุมัติ 29 APR 2022

Version 3/ 06 มกราคม 2565

ภาคผนวก จ

เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยะชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121 โทรศัพท์: 0-2564-4440 ต่อ 7358 E-mail: ecsctu3@tu.ac.th	ScF 03_01
		COA No. 030/2565
ใบรับรองโครงการวิจัย		
รหัสโครงการวิจัย	:	038/2565
ชื่อโครงการวิจัย	:	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
	:	THE EFFECTS OF SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON BURNOUT IN CAREGIVERS OF BEDRIDDEN PATIENTS
ผู้วิจัยหลัก	:	นางสาวบุษยมาส คันทมาศน์
หน่วยงาน	:	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ได้พิจารณา โดยใช้หลักของ Declaration of Helsinki, the Belmont report, CIOMS guidelines และ the International practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้		
ลงนาม..... 	ลงนาม..... 	
(รองศาสตราจารย์ ดร.นัทศกรหญิง จินตา หวังบุญสกุล)	(รองศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เหล่าเกียรติ)	
ประธานคณะกรรมการฯ	กรรมการและเลขานุการฯ	
วันที่รับรอง: 29 เมษายน 2565	วันหมดอายุ: 28 เมษายน 2566	
กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า: 28 มีนาคม 2566		
เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง		
1) โครงการวิจัย		
2) ประวัติผู้วิจัย		
3) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย		
4) คู่มือโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม		
5) เครื่องมือแบบสอบถามเก็บรวมข้อมูลวิจัย		

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวบุษยมาส คันธมาศน์
วัน เดือน ปีเกิด	16 เมษายน 2530
วุฒิการศึกษา	ปีการศึกษา 2557 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
ประสบการณ์ทำงาน	พ.ศ. 2553 - 2565 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มภารกิจการ พยาบาลโรงพยาบาลศรีธัญญา พ.ศ. 2565 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กรมอนามัย

