

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

พรพรรณ พรหมทัต

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่าน
จากโรงพยาบาลสู่บ้าน

.....
พรพรรณ พรหมทัต

พรพรรณ พรหมทัต

ผู้วิจัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,

พย.ด.

พย.ด.

ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
รองศาสตราจารย์คณินิจ พงศ์ถาวรกุล,

รองศาสตราจารย์คณินิจ พงศ์ถาวรกุล,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
รองศาสตราจารย์พูนทรัพย์ วงศ์สุรเกียรติ์,

รองศาสตราจารย์พูนทรัพย์ วงศ์สุรเกียรติ์,

พ.บ.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่าน
จากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2554

พรพรรณ พรหมทัต

พรพรรณ พรหมทัต

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรวรรณ ศรียุคศุทธ,
D.S.N.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์พูนทรัพย์ วงศ์สุรเกียรติ์,
พ.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สมรพร ธีรอนันต์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นรลักษณ์ เอื้อกิจ,
ปร.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สมพร ธีรอนันต์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,
พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์คณินิจ พงศ์ถาวรกุล,
Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ รองศาสตราจารย์ ดร.คณินิจ พงศ์ถาวรกุล และรองศาสตราจารย์ พ. พุณทรัพย์ วงศ์สุรเกียรติ์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพณ ศรียุคตสุท และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์อีกหลายๆ ท่านที่ไม่ได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณสมาคมราชกรีฑาสโมสรที่ได้ให้ทุนการศึกษาบางส่วนระหว่างการศึกษาค้นคว้า

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ ขอขอบคุณพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอัมพาตทั้ง 10 หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 1 และ 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุสามัญ และหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทสามัญ โรงพยาบาลศิริราช ที่กรุณาช่วยเหลือและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และขอขอบพระคุณอย่างอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และครอบครัวที่ให้การสนับสนุนทั้งในด้านกำลังใจ และทุนทรัพย์ในการศึกษา ขอขอบคุณพี่ๆ และเพื่อนๆ ร่วมชั้นเรียนที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ทำให้การทำวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงผ่านไปด้วยดี

คุณประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ตลอดจนญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยเจาะคอทุกท่าน

พรพรรณ พรหมทัต

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
 FACTORS INFLUENCING READINESS OF CAREGIVERS OF PATIENTS WITH TRACHEOSTOMY IN
 TRANSITION FROM HOSPITAL TO HOME

พรพรรณ พรหมทัต 5136774 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด., คณิงนิจ พงศ์ถาวรกุล, Ph.D. (NURSING),
 พุนทรัพย์ วงศ์สุรเกียรติ์, พ.บ.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และปัจจัยที่มีอิทธิพล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอรายใหม่ที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครจำนวน 85 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2553 ถึง พฤศจิกายน 2553 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และแบบวัดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 18.27$, $S.D. = 6.48$) พิจารณารายด้านพบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลด้านอารมณ์มากที่สุด ($M = 3.41$, $S.D. = 1.08$) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($M = 10.11$, $S.D. = 1.77$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 38.22$, $S.D. = 13.00$) และความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับน้อย ($M = 45.55$, $S.D. = 21.16$) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.319 ($p < .01$) และความเครียดในบทบาทผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.286 ($p < .01$) ส่วนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยทั้ง 3 สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้ร้อยละ 15.1 ($F_{(3,81)} = 4.809$, $p < .05$) โดยพบว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .268, -.225$; $P < .05$) ตามลำดับ

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนออกจากโรงพยาบาล ด้วยการให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลยอมรับบทบาทการดูแลที่จะเกิดขึ้น นำไปสู่ความพร้อมในการดูแล และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความพร้อมในการดูแล / ความรู้ในการดูแล / ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล / แรงสนับสนุนทางสังคม / ผู้ป่วยเจาะคอ

FACTORS INFLUENCING READINESS OF CAREGIVERS OF PATIENTS WITH TRACHEOSTOMY IN TRANSITION FROM HOSPITAL TO HOME

PORNPUN PHOMMATAT 5136774 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : DOUNGRAT WATTHANAKITRILEART, D.N.S.,
KANAUNGNIT PONGTHAVORNKAMOL, Ph.D. (NURSING),
PHUNSUP WONGSURAKIAT, M.D.

ABSTRACT

This study is a predictive approach to investigating the factors the influencing readiness of caregivers of patients with tracheostomy in the transition from hospital to home. The sample group comprised caregivers of 85 new tracheostomy patients undergoing in-patient treatment in a tertiary hospital in Bangkok from July to November of 2010. Data collection instrumentation included a demographic data questionnaire, a form for assessing caregiver knowledge about tracheostomy patient care, a social support assessment form, a caregiver's role strain questionnaire, and a form for assessing readiness to provide care for tracheostomy patients. Data was analyzed by employing descriptive statistics, Pearson product moment correlation coefficients and multiple regression analysis.

According to the findings, the sample group had a moderate level of readiness in providing care ($M = 18.27$, $S.D. = 6.48$). When considered in terms of individual aspects, caregivers were found to have the highest scores for emotional readiness to provide care ($M = 3.41$, $S.D. = 1.08$). Knowledge about tracheostomy patient care was high ($M = 10.11$, $S.D. = 1.77$) and social support was moderate ($M = 38.22$, $S.D. = 13.00$) while caregivers' role strain was low ($M = 45.55$, $S.D. = 21.16$). Knowledge about tracheostomy patient care was found to have a positive relationship with readiness to provide care for tracheostomy patients with a correlation coefficient value of 0.319 ($p < .01$). Furthermore, caregiver's role strain was negatively related to readiness in providing care with a correlation coefficient value of 0.286 ($p < .01$). Receipt of social support was found to be related to caregiver readiness with statistical significance whereby all three factors jointly predict caregiver readiness in tracheostomy patients at 15.1 ($F_{(3,81)} = 4.809$, $p < .05$), whereby knowledge about caring for patients and caregivers' role strain were found to influence caregiver readiness in caring for tracheostomy patients with statistical significance ($\beta = .268, -.225$; $P < .05$), respectively.

The findings of this study can be implemented as data for healthcare personnel in planning to provide information concerning the readiness of caregivers before hospital discharge by providing essential knowledge and skills to support caregivers in gaining understanding and acceptance of caregiver roles, thereby leading to readiness to provide care for patients following hospital discharge and causing caregivers to provide effective care for tracheostomy patients.

KEY WORDS: READINESS IN PROVIDING CARE / KNOWLEDGE IN PROVIDING CARE / CAREGIVER'S ROLE STRAIN / SOCIAL SUPPORT / PATIENTS WHO HAVE HAD A TRACHEOSTOMY

139 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	11
การเจาะคอ	11
บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	13
การเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	16
ความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะ	23
เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน	
ปัจจัยที่มีผลต่อการความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	26
ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน	
ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	26
แรงสนับสนุนทางสังคม	28
ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
แบบการวิจัย	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
เครื่องมือวิจัย	37
การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	45
การวิเคราะห์ข้อมูล	45
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ข้อมูลส่วนบุคคล	46
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม	53
อำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	57
บทที่ 5 การอภิปรายผล	
5.1 ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	60
5.2 ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	61
5.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	64
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย	70
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	71
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	73
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	89
รายการอ้างอิง	107

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	116
ภาคผนวก ก เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	117
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	122
ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	134
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	135
ภาคผนวก จ การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ	136
ประวัติผู้วิจัย	139

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	47
4.2	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกตามข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ	51
4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	53
4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม	54
4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความเครียดในบทบาท	55
4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล	56
4.7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาท กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	57
4.8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่าง ตัวแปรอิสระกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเข้าพร้อมกัน	59

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	8
2.1	กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher และ Meleis ปี 1994	17
1	ภาพการกระจายของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น	136
2	ภาพกราฟการแจกแจงของตัวแปร	137
3	ภาพการกระจายค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน	138

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจาะคอ (Tracheostomy) เป็นการผ่าตัดเปิดหลอดลมคอ โดยผ่านผิวหนังหรือกล้ามเนื้อคอ เพื่อใส่ท่อหลอดลมคอ สำหรับในประเทศไทยยังไม่มี การรวบรวมสถิติผู้ป่วยเจาะคอไว้ชัดเจน เนื่องจากการเจาะคอ พบได้ในหลายกลุ่มโรค จากรายงาน พบว่าสถิติผู้ป่วยเจาะคอปี 2549 มีจำนวน 544 ราย ปี 2550 จำนวน 525 ราย ปี 2551 จำนวน 452 ราย และปี 2552 จำนวน 500 ราย (เวชระเบียนโรงพยาบาลศิริราช, 2552) ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีการพัฒนาอย่างมาก ในการรักษาโรคต่างๆ บุคคลที่มีปัญหาเกี่ยวกับทางเดินหายใจและต้องได้รับการเจาะคอ เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยขึ้น (Scase, 2004) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่จำนวนหนึ่งได้รับการเจาะคอ และต้องการท่อหลอดลมคอกลับบ้าน สอดคล้องกับงานเวชระเบียน ของโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549-2552 พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มโรคมะเร็งมีข้อบ่งชี้ในการเจาะคอมากที่สุดจำนวน 607 ราย รองลงมาคือ กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง และโรคทางระบบทางเดินหายใจ จำนวน 470 และ 304 ราย ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเจาะคอ มักมีสาเหตุจากความผิดปกติของภาวะต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องได้รับการเจาะคอมากที่สุด (Price, 2004) การอุดกั้นดังกล่าว อาจเกิดจากความผิดปกติของหลอดลมตั้งแต่กำเนิด (Congenital abnormalities) การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน เนื้องอกหรือมะเร็งของกล่องเสียง ลิ้น หรือตำแหน่งบริเวณเหนือหลอดลมขึ้นไป การได้รับบาดเจ็บบริเวณคอ เป็นต้น นอกจากการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนแล้ว การเจาะคอยังพบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโรคที่ทำให้รีเฟล็กซ์การไอสูญเสียหน้าที่ เพื่อป้องกันการสูดสำลัก เช่น โรคทางระบบประสาทที่ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (Neurological disease) ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว (Coma) เป็นต้น สาเหตุสำคัญอีกประการที่ทำให้ต้องเจาะคอ คือ ผู้ป่วยที่มีการหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ปอดอักเสบรุนแรง (severe pneumonia) การบาดเจ็บบริเวณทรวงอก (chest injury) นอกจากนี้สามารถพบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานตั้งแต่สองวัน ถึง

สองสัปดาห์ ซึ่งการเจาะคอในผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็เพื่อลดการบาดเจ็บของปากและกล่องเสียง และลดแรงต้านทางเดินหายใจ (Hand & Johnson, 2005)

ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ ส่วนหนึ่งยังมีพยาธิสภาพของโรคที่หลงเหลืออยู่ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ประกอบกับความต้องการการดูแลท่อหลอดลมคอซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ จึงต้องการผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และดูแลเกี่ยวกับท่อหลอดลมคอดังกล่าวในเรื่องการดูแลเสมหะผ่านท่อหลอดลมคอ การทำความสะอาดและประเมินความผิดปกติของแผลเจาะคอ การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอขึ้นใน การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น รวมทั้งดูแลเกี่ยวกับความผิดปกติอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบากหรือการสูดสำลัก และสามารถช่วยฟื้นคืนชีพในเบื้องต้นได้ (Scase, 2007) นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสีเสมหะ อาการหายใจลำบาก รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น ท่อหลอดลมคอเลื่อนหรือหลุด ภาวะเลือดออกจากท่อหลอดลมคอ ภาวะหายใจล้มเหลว และภาวะหัวใจหยุดเต้น (Lewarski, 2005; Scase, 2004) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องการผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญ และทักษะเฉพาะดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความต้องการการดูแลในเรื่องดังกล่าวข้างต้น มีความสำคัญต่อผู้ป่วยเจาะคอ ถ้าผู้ดูแลให้การดูแลที่ไม่ถูกต้อง อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ ท่อหลอดคอเลื่อนหลุด ท่อหลอดลมคออุดตัน ติดเชื้อบริเวณแผลหลอดลมคอ สำลักอาหารนำไปสู่ปอดอักเสบติดเชื้อ ภาวะหายใจวาย และการติดเชื้อบริเวณแผลเจาะคอ เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว นอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นการเพิ่มภาระการดูแล รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้นด้วย (จตุรงค์ จงสถิตไพบูลย์, 2547; Scase, 2004)

จากการศึกษาของ Wilson และ Malley (1990) ในการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอกลับบ้าน พบว่าผู้ดูแลต้องเผชิญหน้ากับความเครียดจากสถานการณ์ที่ยากลำบากในการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้าน เนื่องจากการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอซึ่งต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ผู้ดูแลต้องเรียนรู้ทักษะเฉพาะต่างๆ เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ ซึ่งภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้นนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลหลัก (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550) นอกจากนี้การศึกษาของ Ferrario (2001) ในผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเวลา 1 ปี พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ตลอดเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่บ้าน ว่าเกิดความตึงเครียดในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีความยากลำบากในการจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังรับรู้ว่ามีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองอย่างมาก

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องความรู้ ทักษะที่ถูกต้องเหมาะสม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน (Given, Given & Sherwood, 2005; Scase, 2007) เนื่องจากความพร้อมในการดูแลที่ดี จะทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวได้เร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และลดอัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (จอม สุวรรณโณ, 2540; Baker, 1993) จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนจากญาติเป็นบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ระยะของการเปลี่ยนผ่านดังกล่าว ถือเป็นช่วงวิกฤติของชีวิต ดังนั้นการที่ผู้ดูแลจะสามารถดูแลผู้ป่วยเจาะคอให้มีประสิทธิภาพ จึงอาจมีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านไม่ว่าจะเป็นการให้ความหมายของการเป็นผู้ดูแลที่ดี ความรู้และทักษะในการดูแลที่จำเป็น แรงสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์ และร่างกาย เป็นต้น ถ้าญาติได้รับการส่งเสริมหรือบรรเทาปัจจัยที่จะมีผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ญาติสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทผู้ดูแลได้อย่างสมบูรณ์

การศึกษาของ Given (2008) พบว่าผู้ดูแลที่ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน จะทำให้นักกลั่นั่นขาดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Farran และคณะ (Farran, et al., 2004) พบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ ความสามารถที่ดี จะช่วยลดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย และช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ (Caregiver knowledge about tracheostomy) จึงเป็นปัจจัยสำคัญ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเจาะคอถือเป็นประสบการณ์ใหม่ของผู้ดูแล ดังนั้นความรู้ ความเข้าใจและ ทักษะ จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถในการดูแลด้านต่างๆ เช่น การดูดเสมหะ การทำแผลเจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น นอกจากนี้ต้องการความรู้ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ รวมไปถึงการเตรียมและการดูแลความสะอาดของอุปกรณ์ต่างๆ (Bower & Scase, 2007; Scase, 2007) หากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ อย่างถูกต้อง และเพียงพอ ก็จะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจ และดำรงบทบาทผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม (Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd, & Dibble, 2000)

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากการศึกษครั้งนี้ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการและการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สำหรับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เนื่องจากผู้ดูแลต้องเสียสละเวลาส่วนหนึ่งมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล รวมทั้งต้องเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ซึ่งอาจก่อให้เกิด

ความเครียด ความเบื่อหน่าย ความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย การได้รับการยกย่อง การส่งเสริมความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการช่วยแบ่งเบาภาระเรื่องอื่นๆ นอกเหนือจากการให้การดูแลโดยตรงจากสมาชิกในครอบครัว จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประกอบกับผู้ดูแลจำเป็นต้องมีข้อมูล และคำแนะนำในด้านของการดูแล การป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จึงมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลตามมา นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องการการสนับสนุนด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความจำเป็นต่างๆ (Diehl, 2000; Scase, 2007) ถ้าผู้ดูแลรับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนดังกล่าว ในระหว่างที่อยู่ในระยะที่มีการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ก็จะเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า หากผู้ดูแลขาดสิ่งสนับสนุน หรือสื่อสารกับบุคลากรในวิชาชีพ เช่น พยาบาลและแพทย์ได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็นแล้ว มักจะมีความยากลำบากในการเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทใหม่ (เรณู พุกบุญมี, 2543) การศึกษาของบุญมาศ จันศิริมงคล (2550) พบว่า แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ และการให้บริการผู้ดูแลได้รับมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว และแรงสนับสนุนด้านข่าวสารและการบริการได้รับมากที่สุดจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยแรงสนับสนุนที่สำคัญมากที่สุดของผู้ดูแลคือ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และจากการศึกษาของประภาศรี ทุ่งมีผล, ภัทราภรณ์ ทุ่งป็นคำ และสมบัติ สกฤตพรรณ (2550) พบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ความพร้อมในการดูแลมีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย ซึ่งการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ ดังนั้นถ้าผู้ดูแล ได้รับแรงสนับสนุนในระหว่างที่มีการเปลี่ยนบทบาทสู่ผู้ดูแลจะช่วยให้เกิดความสะดวกในการเปลี่ยนผ่านตามมา

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (Caregiver's role strain) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของผู้ดูแล เนื่องจากญาติผู้ป่วยจะมีส่วนหนึ่งที่กำลังเข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลัก อาจต้องเผชิญกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลจากการที่ต้องรับผิดชอบในการดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน (จิริรัตน์ กอผจญ, 2545) มีแนวโน้มที่จะขัดแย้งกับบทบาทอื่นๆ เช่น การเป็นสามี ภรรยา การเป็นบิดา มารดา การเป็นบุตร เป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเกิดความเครียด (Scase, 2007) ความตึงเครียดในบทบาทที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจเกิดความวิตกกังวล กลัว และไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจะคอย ส่งผลให้เกิดความไม่พร้อมในการเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทของผู้ดูแลตามมา

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในประเด็นเกี่ยวกับความเครียด ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลในขณะที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ยัง

ไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลและปัจจัยที่มีอิทธิพลในขณะที่ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสำคัญมาก ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ถือเป็นประสบการณ์ใหม่ ที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลแผลเจาะคอ การดูแลเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง รวมไปถึงการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลจะสามารถดูแลในเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลที่ถูกต้อง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม และสามารถลดความเครียดในบทบาทที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ทำการวางแผนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และหลีกเลี่ยงการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการให้ข้อมูลและการพยาบาลที่เหมาะสม

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความพร้อมในการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เป็นอย่างไร
2. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของ Schumacher & Meleis (1994) ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

Schumacher & Meleis (1994) ได้อธิบายลักษณะของการเปลี่ยนผ่านไว้ว่า การเปลี่ยนผ่าน (Transition) คือ กระบวนการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง การเปลี่ยนผ่านมี 4 แบบ ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (Developmental transition) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational transition) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วย (Health-illness transition) และการเปลี่ยนผ่านตามองค์กร (Organization transition) นอกจากนี้ ในกระบวนการเปลี่ยนผ่านยังมีปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน 6 ประการ ได้แก่ การให้ความหมาย (Meaning) การคาดหวัง (Expectation) ระดับความรู้และทักษะ (Level of knowledge/skill) สิ่งแวดล้อม (Environment) ระดับของการวางแผน (Level of planning) และความผาสุกทางสภาพอารมณ์ และสภาพร่างกาย (Emotional and physical well-being) และดัชนีที่บ่งชี้ถึงการเปลี่ยนผ่านที่สมบูรณ์ ได้แก่ ความรู้สึกมีความสุข (Subjective well-being) ความสามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง สุขสบาย (Role Mastery) และมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล (Well-being of interpersonal relationship)

การดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ดังนั้นการที่ญาติ จะเข้ารับบทบาทผู้ดูแล จึงเป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์จากการเป็นสมาชิกในครอบครัวไปสู่การเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวซึ่งจะเริ่มมีบทบาทเป็นผู้ดูแลเต็มทีเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านของผู้ดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลต้องมีความพร้อมในการดูแล ก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่ง Schumacher & Meleis (1994) กล่าวถึงความสามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Role mastery) เป็นดัชนีบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปอย่างสมบูรณ์ ซึ่งการที่ผู้ดูแลจะอยู่ในบทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และต้องการ

การดูแลที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย ด้านการจัดการกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแล เมื่อผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนผ่านในบทบาทของผู้ดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างสมบูรณ์

การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอจะมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ อาจมีปัจจัยเงื่อนไขบางประการที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่านในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งในการศึกษาค้นคว้า นอกจากจะศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลในระยะก่อนกลับบ้าน ยังศึกษาปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านดังต่อไปนี้

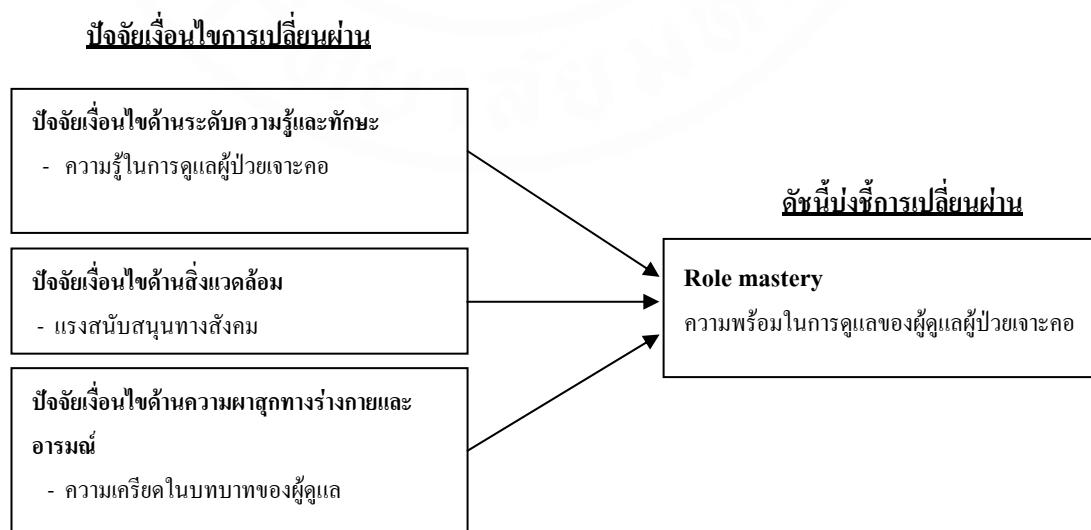
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ เป็นปัจจัยเงื่อนไขด้านระดับความรู้และทักษะ (Level of knowledge/skill) ผู้ป่วยเจาะคอ ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอก่อน ความรู้และทักษะในการดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ Schumacher & Meleis (1994) กล่าวว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลล้วนต้องการข้อมูลในระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่านเพื่อให้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปอย่างสมบูรณ์ การศึกษาของ Schottler และคณะ (Schottler, et al., 2009) พบว่าความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยวัยรุนที่มีการบาดเจ็บไขสันหลัง เกี่ยวกับกระบวนการของโรค อาการ อาการแสดง และแนวทางการดูแลรักษา ช่วยให้ผู้ดูแลประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในระยะของการเปลี่ยนผ่านไปอีกสถานะหนึ่งของบุคคลนั้นให้เป็นไปได้ง่าย หรือสะดวกมากขึ้น ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการและการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Schaefer et al., 1981) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว และได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; Erikson & Lauri, 2000) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอต้องมีความเชี่ยวชาญ และทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี การได้รับแรงสนับสนุนด้านต่างๆ ดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (Caregiver's role strain) เป็นปัจจัยเงื่อนไขด้านความผาสุกทางอารมณ์และร่างกาย Schumacher & Meleis (1994) กล่าวถึง บุคคลที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านมักเผชิญกับความเครียด และวิตกกังวล จะส่งผลให้บุคคลนั้นไม่พร้อมที่จะรับบทบาทหน้าที่ใน

การดูแลผู้ป่วย หรือปฏิเสธการรับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แม้ผู้ดูแลจะมีความเชี่ยวชาญในทักษะการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แต่ยังประเมินว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ก่อให้เกิดความเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ferrario, 2001) และการศึกษาของจอร์จันนี กอผจญ (2545) พบว่า ผู้ดูแลที่มีความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับน้อยจะมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ผู้ดูแลจะได้รับการเตรียมความพร้อมในทักษะ และฝึกให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการได้รับบทบาทใหม่อาจเกิดความขัดแย้งกับบทบาทอื่น ส่งผลให้เกิดความเครียดในการแสดงบทบาทของผู้ดูแลตามมา การประเมินปัจจัยด้านความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จึงเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนการดูแลเพื่อลดความเครียดที่อาจเกิดขึ้น เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการเรียนรู้ และให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

สรุป การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher & Meleis (1994) ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ที่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอของผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้ ซึ่งมีกรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้ ดังรูปภาพที่ 1.1



รูปภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ของผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะที่เข้ารับการรักษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทสามัญ (ตึก 72 ปี ชั้น 4) และหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ (ตึก 72 ปี ชั้น 7) หอผู้ป่วยศัลยกรรม (ตึก 84 ปี ชั้น 4) หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุสามัญ และหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ (ตึกอักษุรักษ์) โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร จำนวน 85 คน ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2553

นิยามตัวแปร

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ หมายถึง ความสามารถด้านการรับรู้ ความจำ ความเข้าใจ หรือความสามารถในการอธิบายแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่ถูกต้อง สามารถวัดได้จากแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่บ้าน ประกอบด้วยความรู้ในด้านการเตรียมและทำความสะอาดอุปกรณ์ ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย ความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งหมด 14 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบถูกผิด

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อการได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของและการได้รับบริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร จากบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มบุคคลใกล้ชิด สามารถประเมินได้จาก แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ของ จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) มีจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลว่ามีความยากลำบากในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในบทบาท การแสดงบทบาทไม่ตรงตามที่คาดหวัง ความตึงเครียดเพิ่มขึ้น ตลอดระยะเวลาระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล สามารถประเมินได้จาก แบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ของ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2545) มีจำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน

ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ว่ามีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเพื่อสนองตอบความต้องการด้านร่างกาย และอารมณ์ การ

จัดการด้านความเครียด ด้านการหาแหล่งข้อมูล ด้านการจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือ รวมทั้งความพร้อมในการดูแลในภาพรวม สามารถประเมินได้จากแบบวัดความพร้อมในการดูแล (Preparedness Questionnaires) ของ วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2545) จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำไปใช้ประยุกต์ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ต่อความพร้อมในการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งได้แก่ ปัจจัยเงื่อนไขด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
 - 1.1 การเจาะคอ
 - 1.2 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
 - 1.3 กระบวนการเปลี่ยนผ่านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
 - 1.4 ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
 - 2.1 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
 - 2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม
 - 2.3 ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล
3. สรุป

1. ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

1.1 การเจาะคอ (Tracheostomy)

การเจาะคอ (Tracheostomy) เป็นการผ่าตัดตรงส่วนของหลอดลมระดับคอ โดยผ่านผิวหนังและกล้ามเนื้อคอ เพื่อเปิดช่องทางเข้าสู่ทางเดินหายใจ ช่วยในการหายใจหรือดูดเสมหะ ซึ่งอาจเป็นแบบชั่วคราว หรือถาวรก็ได้ วิธีการเจาะคอมี 2 แบบ คือ การเจาะคอในรายฉุกเฉิน โดยจะทำการเจาะบริเวณกระดูกอ่อนไครคอยด์ และฉีดย่อยดัดบริเวณของ cricothyroid membrane มักทำในรายที่ไม่สามารถใส่ท่อหลอดลมคอ (Endotracheal tube) ได้ทันที และการเจาะคอในรายที่มีการ

จัดเตรียม (Elective or routine tracheostomy) โดยการเจาะที่บริเวณ Tracheal ring ที่ 2, 3, 4 บริเวณกึ่งกลางระหว่างกระดูกอ่อนไครคอยด์ กับ suprasternal notch ซึ่งการเจาะคอชนิดนี้สามารถพบได้ทั่วไป โดยจุดประสงค์หลัก เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างๆ ในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งได้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มต่างๆ ดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการของทางเดินหายใจอุดกั้นในตำแหน่งต่างๆ เช่น 1) ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจแต่กำเนิด ได้แก่ subglottic หรือ upper tracheal stenosis, trachea-esophageal anomalies หรือ haemangioma of the larynx 2) การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ Acute epiglottitis, Laryngotracheobronchitis, diphtheria เป็นต้น 3) การได้รับบาดเจ็บ บริเวณลำคอ การกลืนสารพิษต่างๆ ลงคอ เป็นต้น 4) การสำลักสิ่งแปลกปลอม หรือ เนื้องอกชนิดต่างๆ ได้แก่ เนื้องอกหรือมะเร็งบริเวณกล่องเสียง ลิ้น ฝาปิดกล่องเสียง หรือ หลอดลมส่วนต้น เพื่อเป็นการเบี่ยง (by pass) ของการหายใจจากตำแหน่งที่มีการอุดกั้น (ศรีสุนทรา เจริมวรพิพัฒน์, 2545) สาเหตุการอุดกั้นดังกล่าวข้างต้น เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องได้รับการเจาะคอมากที่สุด (Price, 2004) 5) ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการสูดสำลักได้ง่าย โดยเฉพาะ โรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของกล่องเสียง หรือ หลอดอาหารมีโอกาสสูดสำลักน้ำลาย หรือน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร บอลงในท่อหลอดลม คอจะช่วยป้องกันการสูดสำลักสารเหล่านี้ได้ และยังสะดวกในการระบายสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ 6) การเจาะคอยังพบในโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทมีผลให้กล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรง ได้แก่ Guillain-Barre syndrome, Myasthenia gravis, Multiple sclerosis เป็นต้น 7) นอกจากนี้ยังสามารถพบได้ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว (Glasgow coma scale น้อยกว่า 8 คะแนน) ซึ่งอาจไม่แสดงอาการของการหายใจลำบาก แต่การมีเสมหะ เลือด หรือสิ่งที่อาเจียนออกมา อาจเข้าสู่หลอดลมได้ง่าย (จาตุรงค์ จงสถิตไพบูลย์, 2547) 8) ผู้ป่วยที่ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว หรือผู้ที่มีทางเดินหายใจอักเสบเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด ปอดอักเสบรุนแรง เป็นต้น 9) ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก เช่น flail chest เป็นต้น และเป็นช่องทางหายใจในผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน การเจาะคอ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะช่วยลด dead space ลงได้ 50 เปอร์เซ็นต์ (Price, 2004) ในการศึกษาพบว่า 8.3 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยระบบหายใจล้มเหลวต้องได้รับการเจาะคอ และกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้อง อุบัติเหตุ และการบาดเจ็บที่ศีรษะมีแนวโน้มได้รับการเจาะคอมากที่สุด (Engoren, Arslanian-Engoren, & Fenn-Buderer, 2004)

ดังนั้น การเจาะคอส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะยาว ได้แก่ การสื่อสารของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้ระหว่างที่ใส่ท่อเจาะคอ เป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อย (จาตุรงค์ จงสถิตไพบูลย์, 2547) การสื่อสารที่มีข้อจำกัด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเจาะคอ (Hess, 2005) และเนื่องจากการเจาะคอ ทำให้มีการจำกัดการเคลื่อนที่ขึ้นของกล่องเสียง ซึ่งจำเป็นในการปิดทางเดินหายใจขณะกลืน รวมทั้งการ inflated cuff อาจกดเบียดท่อทางเดินอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยมี

การกลืนลำบาก และสำลักอาหารเข้าปอดได้ พบว่าในผู้ป่วยบางกลุ่มที่ต้องคาท่อเจาะคอกลับบ้าน ภาพลักษณ์จากการที่มีท่อเจาะคอ ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ ละเอียดเย็บตัวอยู่แต่ในบ้าน หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม และก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมาได้ (Wright & Vandahm, 2003) นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่จำนวนหนึ่งได้รับการเจาะคอ และต้องคาท่อเจาะคอกลับบ้าน มีจำนวนมากขึ้น (Lewarski, 2005; Scase, 2007) โดยเฉพาะผู้ที่มีพยาธิสภาพทางร่างกาย หลงเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง การดูแลท่อเจาะคอจึงเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลตามมา (Krouse, 2004; Ferrario, 2001)

1.2 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

ผู้ป่วยเจาะคอ เมื่อได้รับการรักษาพยาบาลและพ้นระยะวิกฤติแล้ว จะมีพยาธิสภาพทางร่างกายหลงเหลืออยู่ไม่มากนักน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านจึงจำเป็นต้องมีบุคคลเข้ามาช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเข้ารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย

ลักษณะสำคัญของผู้ดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Hebert, Arnold, & Schulz, 2007; Rhoades & Mcfarland, 1999) ได้แก่ 1) ญาติหรือบุคคล อาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง เพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิตคนอื่นๆ 2) ผู้รับการดูแล ต้องมีภาวะการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การรู้คิดตัดสินใจต่างๆ ที่มีผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแล และบำบัดรักษาที่เฉพาะ ตลอดจนการแสดงบทบาทหน้าที่และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยความต้องการดังกล่าว ได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือตลอดไป 3) มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความดูแลช่วยเหลือ โดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล 4) สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย

Horowitz (1985) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และให้เวลาดูแลประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่า คนอื่นๆ 2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่

จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชน หรือสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

การศึกษาที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นแนวโน้มในการตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลหรือไม่ พบว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล เช่น สัมพันธภาพก่อนการเจ็บป่วย และการรับรู้สมรรถนะของบุคคลที่รับเป็นผู้ดูแล (Walker, 1995) ซึ่งเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจที่มุ่งประโยชน์ให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย นั่นคือ ผู้ดูแลรับบทบาทด้วยความเต็มใจ มีความสงสารเข้าใจผู้ป่วย ส่วนการรับบทบาทเนื่องจากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ต้องการสิ่งตอบแทนหรือป้องกันการบริภาษจากบุคคลรอบข้าง จึงถือว่าเป็นแรงจูงใจที่มุ่งประโยชน์ของผู้ดูแลเป็นหลัก ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีเป็นแรงจูงใจสำคัญในการตัดสินใจเข้ารับบทบาทผู้ดูแล ส่วนผู้ที่มีความพร้อมด้านสมรรถภาพการรู้คิด ตัดสินใจมีความสามารถและทักษะการดูแล มักถูกคาดหวังจากบุคคลรอบข้างให้รับบทบาทดังกล่าว ทั้งนี้ต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยเจาะคอ ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันทั่วไป การดูแลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และที่สำคัญ ความต้องการการดูแลเฉพาะ เกี่ยวกับท่อเจาะคอ โดยผู้ดูแลต้องมีทักษะเฉพาะ และความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ซึ่งการวางแผนจำหน่ายควรเริ่มตั้งแต่การตัดสินใจเจาะคอ (Scase, 2004) โดยเตรียมผู้ดูแลในเรื่องความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการเจาะคอ และสาเหตุที่ผู้ป่วยต้องคาท่อหลอดลมคอกลับบ้าน ผลกระทบทางคลินิกต่อผู้ป่วย และความเครียดทางจิตใจ การฝึกทักษะพิเศษ ที่จำเป็นในการดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการประเมินความผิดปกติต่างๆ รวมทั้งสามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การเตรียมอุปกรณ์ เมื่อผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่บ้าน จำเป็นต้องเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการดูแลท่อหลอดลมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อส่งเสริมทางเดินหายใจให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อุปกรณ์ ที่ผู้ดูแลต้องเตรียมพร้อมไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้านได้แก่ ท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy tube) แบบเดียวกับที่ผู้ป่วยใช้ ขนาดเดียวกัน 1 อัน และ ขนาดเล็กกว่าอีก 1 อัน เพื่อป้องกันในกรณีท่อเจาะคอเลื่อนหลุด, เครื่องดูดเสมหะ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ถังมือปราศจากเชื้อ และสายดูดเสมหะ, น้ำกลั่นปราศจากเชื้อ, กระบอกฉีดยา เพื่อช่วยขจัดเสมหะให้ผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก และป้องกันการอุดตัน, อุปกรณ์ทำแผล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ต้องทำความ

สะอาดแผลหรือรูเปิดบริเวณท่อเจาะคอ ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อแผลบริเวณท่อเจาะคอซีมี
อุปกรณ์ให้ความชุ่มชื้น, อุปกรณ์พ่นยาเมื่อผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ให้พ่นยาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจาก
ภาวะของโรคที่หลงเหลืออยู่ อาจส่งผลให้มีอาการกำเริบของโรคเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การใช้ยาพ่นมี
ส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการดังกล่าวได้ ผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่าอุปกรณ์ดังกล่าว
ข้างต้นควรเตรียมให้พร้อมอย่างน้อย 7 วัน ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยเจาะคอกลับบ้าน (Scase, 2004)
5) อุปกรณ์ที่ใช้ให้ออกซิเจนในกรณีที่แพทย์มีข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยต้องได้รับออกซิเจนผ่านท่อหลอดลม
คอเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2) การทำความสะอาดแผลเจาะคอ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านพร้อมท่อหลอดลมคอ การดูแล
ทำความสะอาดแผลเจาะคอ (stoma or tracheostomy care) เป็นสิ่งสำคัญ การทำแผลเจาะคอ ผู้ดูแลควร
ทำความสะอาดแผลเจาะคอวันละ 2 ครั้ง หรืออาจมากกว่านั้นในกรณีที่แผลหลังผ่าตัดใหม่ๆ
เนื่องจากเสมหะที่ออกมาสกปรก อาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อได้ (จาตุรงค์ จงสถิตย์ไพบูลย์, 2547)
นอกจากนี้ขณะทำแผลผู้ดูแลต้องประเมินความผิดปกติของบาดแผล อาการแสดงของการอักเสบ สิ่ง
กีดขวาง รวมทั้งความผิดปกติของผิวหนังบริเวณท่อหลอดลมคอด้วยทุกครั้ง (Clarke, 2005)

3) การดูแลเสมหะ การเจาะคอ เป็นการเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง จากพยาธิสภาพต่างๆ
ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งอาจทำให้มีเสมหะออกมาทางท่อหลอดลมคอ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถขจัด
เสมหะได้ด้วยตนเอง หรือไม่สามารถไอขับเสมหะได้อย่างเพียงพอ ผู้ดูแลต้องสามารถดูดเสมหะ
ด้วยวิธีที่ถูกต้อง และเทคนิคที่ปราศจากเชื้อ เพื่อส่งเสริมทางเดินหายใจให้โล่ง และลดโอกาสเสี่ยงที่
จะติดเชื้อจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้ดูแลต้องสามารถประเมินอาการผิดปกติของ
เสมหะจากหลอดลมคอของผู้ป่วยได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงของสี กลิ่นของเสมหะ ปริมาณเสมหะ
เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเสมหะ อาจแสดงถึงการติดเชื้อได้

4) การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน
ตามมาได้ เช่น ท่อหลอดลมเลื่อนหลุด แผลบริเวณเจาะคอติดเชื้อ ภาวะหายใจลำบาก เสมหะอุดตัน
หลอดลมอาหาร และสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ได้แก่ เลือดออกในท่อหลอดลมคอ ภาวะหยุด
หายใจ และหัวใจหยุดเต้น (Nace & Fox, 1998) เป็นต้น ความสามารถในการตัดสินใจ และจัดการ
กับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ การจัดการกับอาการดังกล่าวข้างต้น เป็นสิ่งที่
ผู้ดูแลต้องเรียนรู้ และฝึกฝนเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเจาะคอให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
ดังกล่าวได้

5) การดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน และหลีกเลี่ยงจากบรรยากาศที่เป็น
อันตรายต่อผู้ป่วยเจาะคอ ผู้ดูแลจะต้องป้องกันอันตรายจากฝุ่น ทราย หรือเศษผงไม่ให้เข้าสู่ท่อเจาะ
คอ หลีกเลี่ยงการป้องกันไม่ให้ น้ำกระเด็นเข้าท่อ ขณะอาบน้ำให้แก่ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้ แป้งฝุ่น

หรือสเปรย์ที่เกิดละอองฝอย อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปอดติดเชื้อได้ นอกจากนี้หลีกเลี่ยงบรรยากาศที่มีควันบุหรี่ ซึ่งอาจทำให้ร่างกายผลิตเสมหะมากขึ้น หลีกเลี่ยงการสัมผัสขนสัตว์ และสวมเสื้อผ้าให้หลวมและไม่ปิดบริเวณท่อน้ำนมของผู้ป่วย (Diehl, Dorsey, & Koller, 2000; Sigler, 1998) กิจกรรมการดูแลดังกล่าวข้างต้น เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ดังนั้นทักษะความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็น ที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ ผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล แสดงถึงความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นการส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านในบทบาทของผู้ดูแลเป็นไปด้วยความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

1.3 การเปลี่ยนผ่านของญาติผู้บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

การเปลี่ยนผ่านเป็นช่วงวิกฤติของชีวิต และมีกระบวนการที่ซับซ้อน มนุษย์ทุกคนที่เกิดมาต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งในแต่ละช่วงของชีวิต แม้ว่าการเปลี่ยนผ่านเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่หากบุคคลทราบถึงปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะการณ์ใหม่และมีการเตรียมตัวที่ดีหรือมีการป้องกัน สนับสนุน ส่งเสริมในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านดังกล่าว ก็จะส่งผลให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ของบุคคลเป็นไปได้อย่างขึ้น

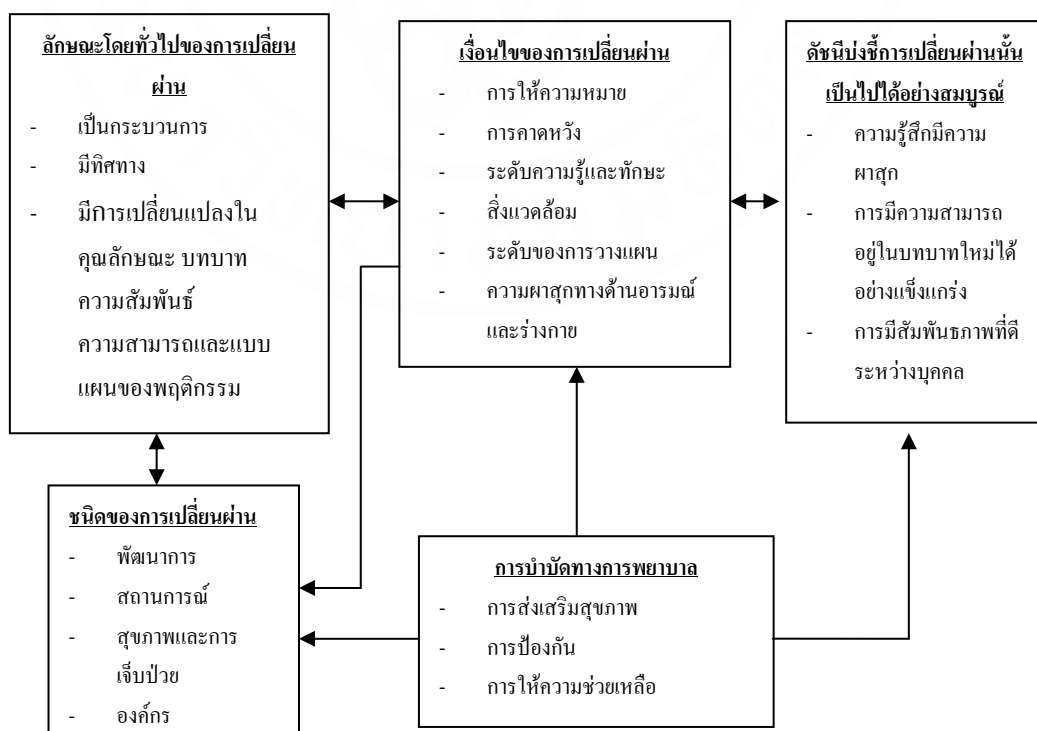
Chick และ Meleis (1986) ได้เริ่มพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) และได้ให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านว่า เป็นกระบวนการ การเคลื่อนไหว การผ่าน จากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งหรืออีกสถานะหนึ่งของชีวิต ซึ่งเกิดจากการที่มีบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และอาจมีผลกระทบต่อคนมากกว่าหนึ่งคนในสถานการณ์นั้นๆ และได้เสนอทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านว่ามีลักษณะเป็นระบบเปิด คือ มีสิ่งนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และการตอบสนองของกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Output) ซึ่งการเปลี่ยนผ่านไปสู่อีกสถานะหนึ่งของบุคคลว่าเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอน 3 ระยะ คือ ระยะสิ้นสุด (Ending process) เป็นระยะที่บุคคลพบว่าชีวิตและความเป็นอยู่ในรูปแบบเดิมได้สิ้นสุดลงแล้ว ระยะเป็นกลาง (Neutral phase) เป็นระยะที่บุคคลพยายามปรับตัวให้อยู่ในสภาพปกติ เพื่อที่จะเผชิญหรือเข้าสู่ระยะต่อไป และระยะที่เริ่มเข้าสู่สภาวะใหม่ (New beginning phase) บุคคลพร้อมยอมรับและแสดงบทบาทใหม่

การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดก็ตามจะมีโครงสร้างของกระบวนการ ที่เกิดขึ้นเหมือนกัน คือ เริ่มจากระยะที่ 1 ซึ่งเป็นจุดเริ่ม (Entry) ของกระบวนการปรับเปลี่ยนผ่าน ตามด้วยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะการพยายามปรับเปลี่ยนเข้าสู่สภาวะใหม่ (Passage) และสิ้นสุดด้วยระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายที่เป็นทางออก (Exit) ของกระบวนการเปลี่ยนผ่าน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนผ่าน (Mediating factor) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีทั้งที่มาจากภายในของตัวบุคคล ที่จะต้องเปลี่ยนผ่านไปสู่อีกสถานะหนึ่ง ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การให้ความหมายต่อการเปลี่ยนผ่านในครั้งนั้นๆ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว สังคม หรือ จากพยาบาล ซึ่งถ้าบุคคลมีปัจจัยส่วนบุคคลที่ติดร่วมกับได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ก็จะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านไปสู่อีกสถานะหนึ่งเป็นไปได้อย่างง่ายดาย

ในปี ค.ศ.1994 Schumacher และ Meleis (1994) ได้สืบค้นและทบทวนเอกสารทางการพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ.1986 ถึง ค.ศ.1992 และได้สรุปเสนอเป็นแบบจำลองทางการพยาบาลสำหรับการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งของชีวิต (A nursing model of transition) ประกอบไปด้วยมโนทัศน์ต่างๆ ดังนี้คือ

1. ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Type of transition)
2. ลักษณะโดยทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน (Universal properties of transition)
3. เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transitional condition)
4. ดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ (Indications of healthy transition)
5. การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics)



รูปภาพที่ 2.1 กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher และ Meleis ปี 1994

มโนทัศน์ที่ 1 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Type of transition)

Chick & Meleis (1986) แบ่งกระบวนการเปลี่ยนผ่านออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการของมนุษย์ การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ และการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ต่อมาได้เพิ่มรูปแบบของการเปลี่ยนผ่านตามองค์กร ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Schumacher & Meleis, 1994)

การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (Developmental transition) ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านของบุคคลวัยต่างๆ เช่น การเข้าสู่วัยรุ่น การเริ่มเป็นมารดา การเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน และการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยชรา นอกจากนี้รวมไปถึงการเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการของคนสองวัยในลักษณะที่มีความสัมพันธ์กัน เช่น ผู้ที่กำลังเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา หรือบิดา เป็นต้น

การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational transition) ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านทางด้านการศึกษา เช่น การเปลี่ยนแปลงระดับการศึกษา การเริ่มเข้าสู่หรือจบออกจากโปรแกรมการศึกษาต่างๆ การเรียนจบ และต้องเริ่มทำงาน การเปลี่ยนบทบาททางวิชาชีพ เช่น จากผู้ปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหาร นอกจากนี้รวมไปถึงสถานการณ์ที่ต้องมีการย้ายถิ่นที่อยู่ เป็นม่าย หรือต้องเริ่มรับบทบาทเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว

การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย (Health/Illness transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ผลของการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว ได้แก่ การเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ การบาดเจ็บของกระดูกไขสันหลัง ในผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจ การเปลี่ยนแปลงจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

การเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (Organizational transition) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อชีวิตการทำงานของคนในองค์กร และผู้รับบริการ หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในองค์กร รวมถึงการปรับโครงสร้างใหม่ขององค์กรใหม่ การเปลี่ยนแปลงผู้นำองค์กร การใช้รูปแบบทางการพยาบาลใหม่ๆ ในหอผู้ป่วย

เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และการเปลี่ยนผ่านหลายชนิดอาจเกิดขึ้นในบุคคลได้พร้อมๆ กัน ซึ่งการเปลี่ยนผ่านอาจซ้ำซ้อนกันอยู่ในบุคคลและเกิดในเวลาเดียวกันได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ในระยะเปลี่ยนผ่านจากบทบาทญาติผู้ดูแล และเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

มโนทัศน์ที่ 2 ลักษณะโดยทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน (Universal properties of transition)

ลักษณะโดยทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยมีการเคลื่อนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งหรืออีกสถานะหนึ่ง โดยการเกิดการเปลี่ยนผ่านจะเกิดขึ้นอย่างมีทิศทางและมีการเปลี่ยนแปลงในคุณลักษณะบทบาทความสัมพันธ์ความสามารถและแบบแผนของพฤติกรรม

จากคุณสมบัติดังกล่าวทำให้สามารถแยกการเปลี่ยนผ่านออกจากการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่ไม่ใช่การเปลี่ยนผ่าน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ (Mood change) ซึ่งเกิดขึ้นเป็นพลวัตร แต่ไม่มีการเคลื่อนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปยังอีกจุดหรืออีกสถานะหนึ่ง ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์จึงไม่ใช่การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่

มโนทัศน์ที่ 3 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transitional condition)

Chick & Meleis (1986) กล่าวถึงปัจจัยทางด้านบุคคล และสิ่งแวดล้อม ว่ามีอิทธิพลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ต่อมา Schumacher & Meleis (1994) เสนอปัจจัยที่สำคัญต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน 6 ปัจจัย ได้แก่ การให้ความหมาย การคาดหวัง ระดับความรู้และทักษะ สิ่งแวดล้อม ระดับของการวางแผน และความผาสุกทางด้านอารมณ์ และสภาพร่างกาย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การให้ความหมาย (Meaning) หมายถึง การประเมินตัดสินใจการเปลี่ยนผ่าน และประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านที่จะมีต่อชีวิตของบุคคลนั้นๆ ว่า การเปลี่ยนผ่านครั้งนี้จะมีผลทางด้านบวก ผลทางด้านลบ หรือผลเป็นกลางๆ ต่อชีวิตของตน ซึ่งการประเมินและตัดสินใจการเปลี่ยนผ่านนี้จะแปรผันตามประสบการณ์เดิมที่บุคคลมีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นในสถานการณ์เดียวกัน แต่ละบุคคลอาจประเมิน และตัดสินใจแตกต่างกันไปนอกจากนี้ ช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์ยังเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการที่บุคคลจะให้ความหมาย หรือประเมินตัดสินใจประสบการณ์นั้นๆ ด้วย

การคาดหวัง (Expectation) หมายถึง การคาดหวังถึงการเปลี่ยนผ่านที่เข้ามา หรือจะเข้ามา ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความเครียดของการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ กล่าวคือ บุคคลที่เข้าสู่สภาวะการเปลี่ยนผ่านอาจจะทราบหรือไม่ทราบว่าอะไรที่ตนควรคาดหวัง และการคาดหวังจะอยู่หรือไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง ดังนั้นเมื่อบุคคล ทราบว่าอะไรที่ตนควรคาดหวัง และเตรียมพร้อมรับกับสิ่งที่คาดหวังนั้น การเปลี่ยนผ่านมีโอกาสเป็นไปได้ตามที่คาดหวังมาก ความเครียดก็จะน้อยลง

ระดับความรู้และทักษะ (Level of knowledge / skill) หมายถึง ระดับความรู้ และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ ของบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจตลอดจนทักษะต่างๆ ที่จะสามารถพัฒนาบุคคลให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่อีกสถานะหนึ่งได้อย่างสมบูรณ์

(Healthy transition) Schumacher & Meleis (1994) กล่าวว่า ผู้ดูแลแล้วต้องการข้อมูลระหว่างที่ต้องมีการเปลี่ยนผ่านออกจากโรงพยาบาลสู่บ้าน หรือจากการดูแลแบบผู้ป่วยในมาเป็นผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทใหม่ต่างๆ ก็มีความจำเป็นที่ต้องมีความรู้ในบทบาทนั้นๆ และพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับบทบาทใหม่นั้นด้วย

สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่านไปอีกสถานะหนึ่งของบุคคลนั้นเป็นไปได้ง่าย หรือสะดวกขึ้น เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) การสนับสนุนจากคู่สมรส (Spouse support) ตลอดจนกลุ่มผู้ป่วย (Group support) ด้วยตนเอง และที่สำคัญ คือการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล (Nursing support) ซึ่งมีการศึกษาว่าในระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่าน หากผู้ป่วยขาดสิ่งสนับสนุน หรือสื่อสารกับบุคลากรในวิชาชีพได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น ผู้ป่วยมักจะมีอาการลำบากในการเปลี่ยนผ่าน โดยบุคคลนั้นจะมีความรู้สึกหมดพลัง สิ้นหวัง เครียด สับสน หรือขัดแย้ง (Kenner & Lott, 1990)

ระดับของการวางแผน (Level of planning) หมายถึง การเตรียมตัว หรือการวางแผนเกี่ยวกับการแยกแยะประเด็นปัญหา และความต้องการต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปสู่สถานะหนึ่งของบุคคล ซึ่งรวมไปถึงบุคคลสำคัญที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเปลี่ยนผ่านครั้งนั้น ตลอดจนการติดต่อสื่อสารต่างๆ ด้วยก็จะทำให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ของบุคคลในครั้งนี้เป็นไปอย่างสมบูรณ์ และง่ายขึ้น

ความผาสุกทางด้านอารมณ์ และสภาพร่างกาย (Emotional and physical well-being) หมายถึง บุคคลซึ่งอยู่ในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่าน โดยส่วนใหญ่จะประสบกับภาวะเครียดทางอารมณ์ และร่างกาย ซึ่งแสดงออกทางความรู้สึกไม่มั่นใจ วิตกกังวลหรือขัดแย้งในบทบาทใหม่ จากภาระงานที่มีอยู่เดิม แบบแผนชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป มีความขัดแย้งในบทบาทใหม่ ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียทางร่างกายอ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ ปวดศีรษะ น้ำหนักลดซึ่งมักจะปรากฏในระหว่างที่บุคคลเปลี่ยนผ่าน จากสถานะเดิมเข้าสู่สถานะใหม่ (Chielens & Herrick, 1990) ซึ่งพยาบาลต้องวางแผนให้การช่วยเหลือ แต่หากบุคคลมีความผาสุกด้านอารมณ์ และมีความสุขสบายทางด้านร่างกาย ในช่วงระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ ก็จะช่วยให้บุคคลนั้น สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ได้ง่ายขึ้น

นิเทศน์ที่ 4 ดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ (Indications of healthy transition)

ปัจจัยเงื่อนไขทั้ง 6 มีอิทธิพลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน การเปลี่ยนผ่านที่สมบูรณ์ประกอบด้วยนิเทศน์ 3 อย่าง คือ ความรู้สึกมีความสุข (Subjective well-being) ความสามารถอยู่

ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Role mastery) และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล (Well-being of relationship)

ความรู้สึกมีความผาสุก (Subjective well-being) แสดงถึงความสามารถในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ได้ หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้สึกพอใจในอีกขั้นหนึ่ง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกมีพลัง

การมีความสามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Role mastery) ซึ่งแสดงออกถึงการอยู่ในสภาวะใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง สุขสบาย และมีพฤติกรรมที่เป็นปกติ ซึ่งสามารถใช้ประเมินได้ทั้งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดในระดับบุคคล และระดับองค์กร

การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล (Well-being of relationship) ซึ่งควรประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทุกคนในครอบครัว สังคม และชุมชน และในระดับองค์กรสามารถประเมินได้จากความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของบุคคลในองค์กร การทำงานร่วมกันเป็นทีมตลอดจนการสื่อสารที่มีคุณภาพ

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนผ่านว่าเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ คือ การมีความสามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Role mastery) เนื่องจากผู้ป่วยเจาะคอ จะมีข้อจำกัดในช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับการดูแลแผลเจาะคอ และทำกิจวัตรประจำวันทั่วไป ดังนั้นความต้องการการดูแลจากผู้ดูแล จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และผู้ดูแลจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีทักษะ ความเชี่ยวชาญต่างๆ ได้แก่ การดูแลแผล การทำแผล การดูแลความสะอาดของท่อหลอดลมชั้นใน นอกจากนี้ยังต้องมีความสามารถในการประเมินและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งการศึกษาของ Ferrario (2001) เกี่ยวกับความต้องการข้อมูลและการช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ผู้ดูแลยังต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ความก้าวหน้าในโรคของผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งแสดงให้เห็นว่า หากผู้ดูแลได้รับข้อมูลการเตรียมความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และเพียงพอก็จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดำรงอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง

มโนทัศน์ที่ 5 การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics)

การบำบัดทางการพยาบาล เป็นมโนทัศน์ที่กล่าวถึงวิธีต่างๆ ที่พยาบาลจะสามารถจัดการช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น บทบาทพยาบาลยังคงประกอบไปด้วยการส่งเสริมสุขภาพ (Promotive) การป้องกัน (Preventive) การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคและการรักษา การให้การช่วยเหลือ (Intervention) เช่น การให้ความรู้ การจัดสิ่งแวดล้อม และการใช้บทบาทเสริม (Role supplementation) โดยบทบาทพยาบาลเริ่มตั้งแต่

1. การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน (Assessment of readiness) เข้าสู่สภาวะใหม่ ซึ่ง Schumacher and Meleis (1994) ได้เสนอว่าจะต้องประเมินทุกเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ตลอดจนการประเมินปัจจัยส่วนบุคคลและแหล่งประโยชน์ที่จะเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน
2. การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (Preparation for transition) ได้แก่ การให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่นั้น ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุน และส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่เป็นไปได้ง่ายขึ้น
3. การใช้บทบาทเสริม (Role supplementation) ซึ่งแนวคิดนี้ค้นพบและริเริ่มโดย Meleis (1975) และได้มีการนำไปใช้ในบทบาทผู้ปกครอง (Parents) และบทบาทผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว (Brackley, 1992)

จากการศึกษาแนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher & Meleis (1994) ที่อธิบายว่ามนุษย์ทุกคนเกิดมาจะต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งในแต่ละช่วงของชีวิต ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของสภาวะการณ์ต่างๆ ในชีวิต แม้การเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งเข้าสู่อีกสภาวะหนึ่งดังกล่าว เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่หากบุคคลทราบถึงปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะการณ์ใหม่ๆ และมีการเตรียมตัวที่ดี ส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนผ่านได้ง่ายหรือสะดวกมากขึ้น เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่ต้องเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทหลักในการเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว ถ้าผู้ดูแล บุคลากรทางสุขภาพ ทำความเข้าใจในการเปลี่ยนผ่านที่กำลังจะเกิดขึ้น และได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมที่ดี ญาติจะสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทของผู้ดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างสมบูรณ์

การนำแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาประยุกต์ใช้ในญาติที่รับบทบาทดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

Schumacher & Meleis (1994) กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ของการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในญาติที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว การเปลี่ยนผ่านดังกล่าวเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งถ้าหากทำความเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น และทราบถึงปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ก็จะสามารถจัดการกับปัจจัยนั้นได้ ทำให้การเปลี่ยนผ่านในบทบาทผู้ดูแลของญาติเป็นไปได้ง่ายขึ้น ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามมา

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เนื่องจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ไม่อาจคาดเดาได้ว่าผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตัวเองเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปแล้วได้หรือไม่ และเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางคลินิกให้ผู้ป่วยต้องได้รับการเจาะคอเพื่อแก้ไขปัญหบางอย่าง ผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองเมื่อกลับบ้านพร้อมท่อหลอดลมคอได้ โดยอาจต้องการความช่วยเหลือจากญาติเพียงเล็กน้อย แต่ยังมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งที่มีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเอง อาจมาจากพยาธิสภาพของโรค หรือข้อจำกัดใน

การทำกิจกรรมต่างๆ ก็ตาม ภาระหน้าที่ในการดูแลจึงเป็นของญาติตามมา แสดงให้เห็นว่า ญาติกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นความพร้อมในด้านต่างๆ จึงมีความสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ลดการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ประกอบกับการเตรียมความพร้อมที่ดีนั้นยังช่วยลดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระในการให้การดูแลของผู้ดูแลที่จะตามมาได้อีกด้วย ดังนั้นการที่ผู้ดูแลจะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้นั้น มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเปลี่ยนบทบาทผู้ดูแลในครั้งนี้ ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher & Meleis (1994) คือ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการเปลี่ยนผ่านในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอจากระยะของการรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลเป็นการกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทผู้ดูแล โดยมีความพร้อมในการดูแลเป็นดัชนีชี้วัดถึงความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านในครั้งนี้

1.4 ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เป็นการที่ผู้ดูแลประเมินว่ามีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ของผู้ป่วยรวมถึงการจัดการกับปัญหา และความเครียดที่เกิดจากการรับรู้ของผู้ดูแล (Stewart & Archbold, 1994) มีผู้ให้ความหมายของความพร้อมการดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไว้หลายรูปแบบแตกต่างกันออกไป ดังนี้

Shaefer, Anderson, & Simms, (1990) ให้ความหมายว่า ความพร้อมในการดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่จะกลับไปดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อที่บ้าน ซึ่งนำมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

Fenwick (1979) ให้ความหมายว่าเป็นการผสมผสานระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย (Physiological) จิตใจ (Psychological) และสังคม (Social) ซึ่งความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น เป็นความสมดุลระหว่างความสามารถ และข้อจำกัดของกระบวนการนึกคิด (Cognitive) อารมณ์ (affective) และจิตใจ (psychological) แบ่งการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการรักษา ด้านการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตสังคม ด้านทักษะการติดต่อสื่อสาร และด้านรูปแบบการดำเนินชีวิตในอนาคต

Weiss และ Piacentine (2006) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการตัดสินใจ หรือการรับรู้สภาพผู้ป่วย และความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้าน และได้แบ่งประเภทความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านบุคคล ด้านความรู้ ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา และด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ

สุปราณี สมบูรณ์ (2548) กล่าวว่า ความพร้อมในการดูแล เป็นสภาวะของบุคคลที่มีลักษณะทางจิตภาวะที่จะตกลงใจที่จะเรียนรู้ ฝึกฝนร่วมกับประสบการณ์ของผู้เรียน มีแรงจูงใจ และปรารถนาที่จะปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล

กล่าวโดยสรุป ความพร้อมในการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเพื่อสนองตอบความต้องการด้านร่างกาย และอารมณ์ของผู้ป่วยเจาะคอ การหาแหล่งข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับความพร้อมในการดูแล Stewart & Archbold (1994) ได้แบ่งการประเมินความพร้อมออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ ความพร้อมในการดูแลด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่เป็นจากโรงพยาบาล และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ความพร้อมในการดูแล ประกอบด้วย

1) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการช่วยเหลือ หรือทำกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วยเจาะคอ นอกจากนี้ต้องมีความสามารถในการดูแลเกี่ยวกับท่อหลอดลมคอ การดูแลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วย ความพร้อมในด้านนี้ ผู้ดูแลต้องมีความเชี่ยวชาญ และฝึกฝนทักษะต่างๆ จนเกิดความชำนาญในการดูแล เพื่อให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ ผลจากภาวะโรค และการมีข้อจำกัด ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้ ทำให้แสดงออกด้านอารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล กระสับกระส่าย โมโหง่ายหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ร่วมมือในการดูแล ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกอึดอัด และเกิดภาวะตึงเครียดขึ้น (สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541)

3) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลโดยบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร หรือญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นภาระหนัก ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่เป็นผู้ติดต่อเจรจา หรือมีช่องทางในการติดต่อบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อขอรับข้อมูลที่จำเป็นในการดูแล หรืออาจต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องของการรักษาพยาบาล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) นอกจากนี้พบว่าแหล่งเครือข่ายทางสังคมจะมีส่วนสำคัญในการให้การเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค และวิธีการดูแลแก่สมาชิกในครอบครัว

4) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ระหว่างการดูแล จากการศึกษาของ Archbold และคณะ (1990) พบว่า ผู้ดูแลที่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลน้อย มักจะมีความเครียดในบทบาทการดูแลสูง ดังนั้นในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลจึงควรประเมินปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้หาแนวทางในการพักผ่อน หาเวลาว่างทำกิจกรรม หรือพูดคุยกับบุคคลอื่น เพื่อลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นก่อนที่จะต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

5) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลผู้ป่วย และตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ผู้ดูแลอาจเกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตจากการที่ต้องรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องรับบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน จากความรู้สึกดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโกรธ ผิดหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้ วิตกกังวล กลัว ในการแสดงบทบาท (วิภา วิเสโส, 2545) แต่ยังมีผู้ดูแลบางส่วนได้พยายามทำความเข้าใจในอาการป่วย เพื่อยอมรับและปรับเข้าหาผู้ป่วยไม่ยึดอารมณ์ของผู้ดูแลเป็นหลัก นอกจากนี้ยังหาสิ่งยึดเหนี่ยวในการดูแลผู้ป่วย คือ เพราะความรักและความผูกพัน และเชื่อว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณ ซึ่งทำให้ตนเองเกิดกำลังใจในการดูแล (เสาวภา พริ้วตะคุ, 2549)

6) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน สถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้แก่ อาการหายใจลำบาก บอลูนของท่อหลอดลมคอรั่ว ท่อหลอดลมคอเลื่อนหรือหลุด ภาวะเลือดออกจากท่อหลอดลมคอ ภาวะหายใจล้มเหลว และภาวะหัวใจหยุดเต้น (Lewarski, 2005; Scase, 2004) ดังนั้นความพร้อมในเรื่องทักษะในการประเมิน และการช่วยเหลือผู้ป่วยเจาะคอของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญที่จะช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินดังกล่าว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยได้มากที่สุด

7) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่จำเป็นจาก โรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ จะมีสภาพการดูแลของผู้ดูแลแต่ละคนแตกต่างกันไปตามปัจจัยต่างๆ เช่น ด้านสภาพเศรษฐกิจ เวลา ความเชื่อ การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมและเครือข่าย

สังคม โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งเกื้อหนุนทางด้านสังคมทุกๆ ด้านแก่ผู้ดูแล (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550) นอกจากนี้ยังพบแหล่งเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนทางสังคม รองลงมา เช่น เครือญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ (สุปราณี สมบูรณ์, 2548) การทราบแหล่งในการช่วยเหลือจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีที่ปรึกษา และมีข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้เหมาะสม

8) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ผู้ป่วยเจาะคอ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย พฤติกรรม สังคม การสื่อสาร ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลต้องได้รับคำแนะนำถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแล มีการเตรียมตัว เตรียมความพร้อม และทราบแนวทางที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ เพื่อลดความเครียดในการดูแลที่อาจเกิดขึ้น และส่งเสริมให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จากการศึกษาของ Silver, Wellman, Galindo-Clocon, & Johnson (2004) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความพร้อมในการดูแลเกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยาง อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งได้เสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลให้สามารถให้อาหารทางสายยางแก่ผู้สูงอายุที่บ้านได้ สอดคล้องกับ Schumacher และคณะ (2000) พบว่าพยาบาลควรทำการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล และประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล เพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมเมื่อผู้ดูแลต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

2.1 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

Schumacher & Meleis (1994) ได้กล่าวถึง ระดับความรู้และทักษะในการดูแล หมายถึง การพัฒนาความรู้ที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ ของบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่จะพัฒนาบุคคลให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่อีกสถานะหนึ่ง ได้อย่างสมบูรณ์ (Health transition)

Schumacher และคณะ (Schumacher, et al., 2000) ได้กล่าวถึง ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ว่าหมายถึง ความสามารถเรียนรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจ และทักษะในการดูแลด้านร่างกายที่จำเป็น เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ หมายถึง ความสามารถด้านการรับรู้ ความจำ ความเข้าใจ หรือความสามารถในการอธิบายแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการเตรียมอุปกรณ์ และการทำความสะอาดอุปกรณ์ ด้านการดูแลผู้ป่วย ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

ผู้ป่วยเจาะคอ เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือทำได้ไม่เต็มที่ จึงต้องการผู้ดูแล ช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจาะคอในเรื่องการดูแลเสมหะ การทำแผลเจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง การจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉิน ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากพบว่าผู้ดูแลที่ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือต้องการการดูแลที่ซับซ้อน จะทำให้บุคคลนั้นขาดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย (Given, et al., 2008) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ ความสามารถที่ดี จะช่วยลดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย และช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Farran et al., 2004; Gallagher, Thomson & Coon, 2007; Schumacher et al., 2000)

จากการศึกษาของ Stallwood (2006) ศึกษาความรู้ในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กที่เป็นเบาหวาน จำนวน 73 ราย พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับความรู้ในการดูแลสูง จะมีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1C ที่ต่ำลงของผู้ป่วย และพบว่าการประเมินความรู้ของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นเบาหวานเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schottler และคณะ (Schottler, et al., 2009) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของปฏิกิริยาของระบบประสาทตอบสนองผิดปกติ (Autonomic dysreflexia) และการดูแลรักษา ของผู้ดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีการบาดเจ็บไขสันหลังจำนวน 215 ราย พบว่ามีผู้ดูแลจำนวนร้อยละ 44 ที่ไม่สามารถบอกอาการและอาการแสดงของปฏิกิริยาของระบบประสาทตอบสนองผิดปกติได้ ซึ่งมีข้อเสนอแนะว่า ควรให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Prapphal, Laosunthara, Deerojanawong, & Sritippayawan (2007) ศึกษาในญาติผู้ดูแลจำนวน 79 ราย เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นหอบหืด พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลเด็กป่วยหอบหืดไม่ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ โดยค่าเฉลี่ยของการทำแบบทดสอบก่อนการให้ความรู้ คือ 33 ± 3.6 และพบว่าหลังจากให้ความรู้ไปแล้ว ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนดีขึ้น 36 ± 2.6 ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าความรู้ที่

เพิ่มขึ้นนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลเด็กป่วยหอบหืด และช่วยให้การดูแลนั้นมีความถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

Schumacher & Meleis (1994) กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งหมายถึง สิ่งแวดล้อมภายนอกของบุคคล เป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือโดยจะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านไปยังอีกสถานะหนึ่งของบุคคลนั้น เป็นไปได้ง่ายหรือสะดวกขึ้น เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม (social support)

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปฐมนิคม และกลุ่มทุติยนิคม ซึ่งกลุ่มปฐมนิคมได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยนิคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) แรงสนับสนุนของบุคคลมีได้หลายแหล่ง โดยบุคคลอาจจะได้รับการสนับสนุนเพียงแหล่งเดียว หรือหลายแหล่งพร้อมกันได้ ซึ่งกลไกในการทำหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพมี 2 ลักษณะ (Longford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997) คือ 1) แรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงต่อการเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลให้เข้าไปในทางที่ดีและถูกต้อง 2) แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด จะป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า หดหนทางแก้ปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียดได้ โดยช่วยให้บุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าไม่รุนแรงหรือรุนแรงน้อยลง และยังมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลผู้ป่วย เพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนบทบาท และสนับสนุนให้บุคคลมีความพยายามปรับบทบาทญาติผู้บทบาทของผู้ดูแลได้ในที่สุด แรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ดูแล คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และญาติพี่น้อง เป็นอันดับแรก ส่วนแรงสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพก็มีความสำคัญสำหรับผู้ดูแล เนื่องจากการรับบทบาทผู้ดูแลเป็นครั้งแรก ผู้ดูแลย่อมต้องการความช่วยเหลือจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น ข้อมูล คำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน กลุ่มวิชาชีพอื่นร่วมด้วย ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของผู้ดูแลในขณะนั้น (ชนัญชิตา โพธิประสาท, 2547)

แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ (Schaefer, et al., 1981) คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนทางด้านการยกย่อง การส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของตนเอง การให้ความรัก ความผูกพัน ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ข้อมูลข่าวสาร และสามารถนำไปใช้ในการเผชิญกับปัญหาที่กำลังประสบได้

3. แรงสนับสนุนทางด้านการเงินทองและการบริการ (Instrumental support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในความจำเป็นของบุคคลในเรื่องสิ่งของ เงินทอง และการบริการ

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการได้รับบริการ และแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จากบุคคล 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มบุคคลใกล้ชิด

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

ผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในบทบาท และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความเชี่ยวชาญ และทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี จึงต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมในหลายๆ ด้าน ซึ่งแรงสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล การฝึกฝนทักษะเฉพาะต่างๆ จากบุคลากรทางการแพทย์ถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว และยังต้องการแรงสนับสนุนในด้านอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย (Scase, 2007; Wilson & Mally, 1990) แรงสนับสนุนด้านจิตใจ ซึ่งการที่ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนส่งเสริมในเรื่องดังกล่าว ส่งผลให้การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นไปอย่างสะดวกมากขึ้น (Schumacher & Meleis, 1994)

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

ผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แสดงให้เห็นถึงความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของชนัญชิตา โทธิประสาธ (2547) ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 90 คน พบว่าแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมักได้รับจากสมาชิกภายในครอบครัว คู่สมรส ญาติพี่น้อง แต่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ และยังพบว่า ร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่าง แสดงความไม่พร้อมในการดูแล ร้อยละ 42.22 เกิดความกลัวที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเนื่องจากไม่มีความรู้ ไม่มั่นใจที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญมาศ จันศิริมงคล (2550) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จำนวน 65 ราย พบว่าผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด เมื่อ

พิจารณาตามประเภทของแรงสนับสนุนที่ได้รับ พบว่าญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว สำหรับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ญาติผู้ดูแลได้รับจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ Jansma, Schure, & Jong (2005) ศึกษาความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาแบบประคับประคอง จำนวน 65 คน พบว่า ผู้ดูแลต้องการแหล่งข้อมูลที่จะติดต่อสื่อสาร เพื่อให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทักษะการดูแลต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญที่สุด นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของประภาศรี พุ่มมีผล, ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ และสมบัติ สกุลพรรณ (2550) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก จำนวน 200 ราย พบว่า ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.01) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ความพร้อมในการดูแลมีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย ดังนั้นการได้รับแรงสนับสนุนในระหว่างการเปลี่ยนผ่าน จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่ามิงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก แต่ยังไม่มิงงานวิจัยที่กล่าวถึงแรงสนับสนุนกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอเมื่อกลับบ้าน

2.3 ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (Caregiver's role strain)

ความเครียดในบทบาท เป็นความยากลำบากในการทำหน้าทีเป็นผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการดูแล ปัญหาด้านการสื่อสาร บทบาทขัดแย้ง ความกังวลใจ ขาดแหล่งสนับสนุน ภาวะด้านเศรษฐกิจ รู้สึกต้องทำตามทีผู้ป่วยเรียกร้อง เพิ่มความตึงเครียด ความคาดหวังไม่ตรงกัน มีความเครียดโดยรวม และมีความรู้สึกลึกซึ้ง (วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, 2553) ซึ่ง Archbold & Stewart (1993) แบ่งความเครียดในบทบาทออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) ในขณะทีมีบทบาทการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องปรับตัวในการเพิ่มหรือลดระยะเวลาทีใช้ในการปฏิบัติบทบาทอื่น เพื่อทีจะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยสาเหตุของความขัดแย้งในบทบาทมีหลายสาเหตุ ได้แก่

- 1.1 ความขัดแย้งระหว่างบทบาท (Interrole conflict) การแสดงบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน โดยไม่มีการปรับตัวให้เหมาะสมกับบทบาทนั้นๆ นำมาสู่ความขัดแย้งระหว่างบทบาท (Yang & Krishning, 1992) เช่น ภรรยาทีทำหน้าที่ดูแลสามีทีป่วย และย้งต้องทำหน้าที่ในการเป็นมารดาเลี้ยงดูบุตรในเวลาเดียวกัน

1.2 ความขัดแย้งระหว่างผู้ส่งบทบาท (Intersender role conflict) เกิดจากผู้ดูแลต้องการปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคล แต่ในความเป็นจริง บุคคลเหล่านั้นไม่สามารถสนองตอบต่อความคาดหวังนั้นได้ ทำให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล

1.3 ความขัดแย้งในบทบาทของบุคคล (Person role conflict) เกิดจากสาเหตุที่ผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญกับบุคคลส่วนหนึ่ง และบุคคลอื่นซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการแสดงบทบาทผู้ดูแล นำมาสู่ความขัดแย้งกับเวลาที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วย

2. การแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวัง (Mismatch expectation role) กล่าวถึงพฤติกรรมของบุคคลในขณะที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมอย่างอื่น หรือการที่ต้องปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคล (ชุดิมา มาตยกุล, 2546) ผู้ดูแลที่สามารถแสดงบทบาทของผู้ดูแลได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และเกี่ยวข้องกับความคาดหวังของผู้ดูแลจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ แต่ถ้าผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่สามารถกระทำตามความคาดหวังของผู้ป่วยได้ จะนำมาสู่ความตึงเครียดได้

3. ความตึงเครียดเพิ่มขึ้น (Increase tension) การแสดงบทบาทผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมทุกอย่างให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลปฏิบัติหน้าที่ต่อเนื่อง เป็นเวลานาน บุคคลเหล่านั้นจะรู้สึกเหนื่อยล้า เครียด อ่อนเพลีย รู้สึกสูญเสีย และซึมเศร้า (Teel, et al., 2001) นอกจากนี้ ผู้ดูแลต้องดูแลในเรื่องส่วนตัว ทำให้ต้องพักผ่อนน้อยกว่าปกติ เวลาในการพบปะสังสรรค์ลดลง จึงเป็นสาเหตุให้เกิดความตึงเครียดได้

4. ความตึงเครียดโดยรวม (Global strain) กล่าวถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแล และขาดอิสระในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง เนื่องจากต้องใช้เวลาไปในการดูแลผู้ป่วย เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด สาเหตุดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพการดูแลลดลง ทำให้ผู้ดูแลสูญเสียความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ดูแลให้การดูแลแล้วพบว่าอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

ผู้ป่วยเจาะคอ มีความจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากญาติ หรือผู้ดูแลเป็นหลักในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันดูแลเกี่ยวกับท่อหลอดลมคอ รวมทั้ง อาการที่เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวผู้ดูแลจำเป็นต้องมีทักษะ ความเชี่ยวชาญต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ (Scase, 2007) นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วย ยังทำให้ผู้ดูแลขาดอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัว เวลาในการเข้าสังคมลดน้อยลง อีกทั้งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย และความคาดหวังของสมาชิกครอบครัวคนอื่น ก่อให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จากการศึกษาของ Wilson & Mally (1990) ศึกษาการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียดกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยและ

ครอบครัว ต้องเตรียมความพร้อมในเรื่องของทักษะการดูแลต่อหลอดเลือดคอ และความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลด้วยเนื้อหาที่มีจำนวนมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferrario (2001) ศึกษาในญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดเลือดคอที่มีปัญหาระบบหายใจล้มเหลวเรื้อรัง ในระยะเวลา 1 ปี หลังจาก จำหน่าย จำนวน 63 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเจาะคอเป็นความเครียดตลอดเวลา และต้องการข้อมูลที่เป็นเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และรับรู้ว่ามีข้อจำกัดในการใช้ ชีวิตประจำวันของตนอย่างมาก แสดงให้เห็นว่า ในระยะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ดูแล ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแล เพื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งความพร้อมในการดูแล ผู้ป่วย ได้แก่ ทักษะเฉพาะที่จำเป็น เนื้อหาความรู้ที่มีปริมาณมาก ประกอบกับผู้ดูแลบางส่วนอาจ แสดงบทบาทอื่นในเวลาเดียวกันกับการมาดูแลผู้ป่วยระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ทำให้รู้สึกอ่อนล้า วิตกกังวล ตึงเครียด ส่งผลต่อความสนใจในการเรียนรู้ และฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย นำมาสู่ความไม่พร้อมในการดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการ ดูแลที่ไม่ถูกต้องได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล กับความพร้อมในการดูแล ผู้ป่วยเจาะคอ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับมีความเครียดใน บทบาทของผู้ดูแลกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอในต่างประเทศ แต่การศึกษาที่ผ่านมา ยัง ไม่ได้ระบุความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในบทบาทและความพร้อมในการดูแลไว้ชัดเจน ประกอบกับบริบทของประเทศไทยที่แตกต่างกัน สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาความเครียดใน บทบาทของผู้ดูแล และความพร้อมในการดูแล แต่การศึกษายังไม่ได้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเจาะคอที่ อยู่ในระยะก่อนจำหน่าย จากการศึกษาของ Schumacher และคณะ (Schumacher, et al., 2008) ศึกษา ความพร้อมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาจำนวน 87 ราย พบว่า ความพร้อมใน การดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ต่อความตึงเครียด อารมณ์ซึมเศร้า และการเปลี่ยนแปลงทางด้าน อารมณ์ ซึ่งความเครียดจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่พร้อมที่จะเรียนรู้ทักษะ และให้ความ สนใจในการดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร ส่งผลให้ไม่พร้อมในการกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน สอดคล้องกับ การศึกษาของนิภาวรรณ สามารถกิจ (2551) ศึกษาความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และความพร้อมของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 291 คน พบว่า พยาบาล ควรประเมินความพร้อมในการดูแล เพื่อเป็นแนวทางพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลลด ความเครียด เพิ่มความรู้สึกทางบวกในการดำรงบทบาทผู้ดูแล และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และการศึกษาของอารีย์ แสงรัสมิ (2547) ศึกษาความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลที่เป็น บุตรสาวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 110 ราย พบว่า ความพร้อมในการดูแลมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแล และความพร้อมในการดูแลสามารถร่วมกันทำนายความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.3 สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวภา พริ้วตะกู (2549) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการการช่วยเหลือ และความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลในกลุ่มกลุ่มสมรส บุตร และพี่น้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 156 ราย พบว่า กลุ่มของกลุ่มสมรสมีความเครียดโดยรวมสูง ต้องการการช่วยเหลือมากที่สุด ซึ่งควรมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลของกลุ่มกลุ่มสมรส เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดูแลที่ต่อเนื่อง และการศึกษาของจตุรรัตน์ กอผจญ (2545) ศึกษาอิทธิพลของความพร้อมในการดูแลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 100 ราย พบว่า ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของความเครียดในบทบาทได้ร้อยละ 13.1 ดังนั้น การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยควรเริ่มตั้งแต่แรกรับ และดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Scherbring (2002) ศึกษาการรับรู้ความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 30 ราย ในระยะก่อนกลับบ้าน 7-10 วัน และ 28-30 วัน หลังจำหน่าย ความพร้อมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี และไม่มีความแตกต่างกันในระยะก่อน และหลังกลับบ้าน ทั้งนี้ยังพบอีกว่าการเตรียมผู้ดูแลก่อนจำหน่าย ในระยะเปลี่ยนผ่านจากการดูแลในโรงพยาบาลสู่บ้าน ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดความเต็มใจ และพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามมา

3. สรุป

การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทผู้ดูแล นับเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหม่ในช่วงชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ถ้าการเปลี่ยนผ่านนั้นไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดี ในการดูแลผู้ป่วย เจาะคอ ผู้ดูแลต้องมีเทคนิคการดูแล ความเชี่ยวชาญในทักษะต่างๆ การได้รับแหล่งสนับสนุนที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ซึ่งมีดัชนีบ่งชี้กระบวนการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลต่อที่บ้าน คือ ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น และจากการศึกษาที่ผ่านมายังขาดข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมของผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลดังกล่าวข้างต้น ยังไม่อาจมีข้อสรุปได้ชัดเจนว่าปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยในการทำนายความพร้อมเหล่านี้ เพื่อเป็นข้อมูลให้กับบุคลากรทางสุขภาพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเจาะคอที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ของผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอรายใหม่ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย จำเป็นต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทสามัญ (ตึก 72 ปี ชั้น 4) และหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ (ตึก 72 ปี ชั้น 7) หอผู้ป่วยศัลยกรรม (ตึก 84 ปี ชั้น 4) หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุสามัญ และหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ (ตึกอักษณวงศ์) โรงพยาบาลศิริราช โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Convenient method) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังต่อไปนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. บุคคลอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยฉันท้เรื้อรังโดยความผูกพัน เช่น เป็นคู่สมรส หรือมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต เช่น เป็นบุตร หลาน เป็นต้น
2. เป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง (Direct care) ในการช่วยเหลือผู้ป่วยดูแลตนเอง ทำความสะอาดแผล ทำความสะอาดท่อหลอดลมชั้นใน การให้อาหารทางสายยาง การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น
3. เป็นผู้ที่มีเวลาให้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอที่สุดตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และรับผิดชอบในการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน
4. ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอก่อน

5. เป็นผู้ได้รับการสอนและเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจาะคอจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแล้ว

6. เป็นผู้ที่มีการรับรู้ปกติ สื่อความหมายเข้าใจ สามารถอ่านเขียน ภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

ได้แก่ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเจาะคอ ที่มีลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเจาะคอรายเก่า ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เนื่องจากภาวะแทรกซ้อน
อย่างอื่น

2. ผู้ป่วยเจาะคอที่ต้องได้รับการล้างไตด้วยเครื่องฟอกไตเทียม (Hemodialysis) หรือ
ล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอรายใหม่ จำนวน 85 ราย โดยการคำนวณจากสูตร
อำนาจการทดสอบ (Power analysis) สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)
โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาด
กลาง (medium effected size) โดยผู้วิจัยใช้ค่าขนาดอิทธิพลระดับกลางเนื่องจาก ยังไม่มีงานวิจัยที่
สามารถเทียบเคียงนำมาใช้ได้ซึ่ง ในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์จึงนิยมใช้ค่าขนาดอิทธิพล ขนาด
กลาง (Polit & Beck, 2008) ในการคำนวณ 3 ตัวแปรอิสระ โดยมีสูตรดังนี้

$$N = L/\gamma + K + 1$$

หมายเหตุ กำหนดให้ N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง K = จำนวนตัวแปรอิสระทั้งหมด

L = ค่าที่ได้จากการเปิดตารางแอลฟาและpower

γ = estimated effect size

$$\text{แทนค่าในสูตรได้ } N = 10.90/0.149 + 3 + 1 = 77$$

จากการแทนค่าในสูตรจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 77 ราย และผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่ม
ตัวอย่าง 10 % (Polit & Beck, 2008) เป็น 85 ราย เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 4 และชั้น 7 หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติหอผู้ป่วยศัลยกรรม (ตึก 84 ปี ชั้น 4) หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยอัมพฤกษ์ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่รับผู้ป่วยทั่วไป มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการหายใจ ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ ซึ่งการเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนกลับบ้าน โรงพยาบาลประจำหอผู้ป่วย จะเป็นผู้สอนทักษะต่างๆ เช่น การดูแลเสมหะทางท่อหลอดลมคอ การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอขึ้นใน การให้อาหารทางสายยาง และให้สุขศึกษาอื่นๆ ฝึกให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับการสอนแล้ว เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้อย่างถูกต้อง

เครื่องมือวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแล และผู้ป่วยเจาะคอ ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนญาติผู้ดูแล การวินิจฉัยโรค สาเหตุของการเจาะคอ ระยะเวลาของการเจาะคอ ค่าใช้จ่ายในการรักษา

1.2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย

2. แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ใช้วัดความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการเตรียมอุปกรณ์ และการทำความสะอาดอุปกรณ์ ด้านการดูแลผู้ป่วย ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูก ผิด ดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นถูกต้อง และเป็นจริง

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ไม่ทราบว่าข้อความนั้นถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

คำตอบในแต่ละกลุ่มมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-13 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีระดับความรู้อยู่ในระดับดี และคะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ผู้วิจัยได้แปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้น (วิราพร พงศ์อาจารย์, 2542) ดังนี้

ค่าคะแนนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 4	หมายถึง	ผู้ดูแลมีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ
ค่าคะแนน 5-9	หมายถึง	ผู้ดูแลมีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
ค่าคะแนนมากกว่า 10 ขึ้นไป	หมายถึง	ผู้ดูแลมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง

3. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) แบบวัดนี้ พัฒนาครั้งแรกโดยสมจิต หนูเจริญกุล (2531) ซึ่งพัฒนาจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (social support questionnaire Part II : SSQ Part II) ซึ่งสร้างโดย Schaefer และคณะ (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร และได้นำแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 45- 64 ปี จำนวน 100 ราย หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีวัดความสอดคล้องภายในด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟา 0.81, 0.95 และ 0.31 ตามลำดับและใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) ในกลุ่มเดิมโดยเว้นระยะห่าง 9 เดือน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้านอารมณ์เท่ากับ 0.66 ($p < 0.001$) และด้านสิ่งของ มีค่าเท่ากับ 0.56 ($p < 0.001$) สำหรับด้านข้อมูลไม่พบรายงาน แต่พบว่าด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์กันสูง

สำหรับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และบริการ ได้นำมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ Norbeck ในการประเมินความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) โดย Norbeck และคณะ (1981) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคณะ (1981) ไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ Norbeck และคณะ (1981) พบว่ามีความสัมพันธ์ในขนาดปานกลางระหว่างด้านข้อมูล และด้านอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.33$, $p < 0.05$ และ $r = 0.51$, $p < 0.01$ ตามลำดับ) หลังจากนั้นได้เพิ่มข้อความการสนับสนุนด้านสิ่งของ และหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ 0.89 หลังจากนั้น นำแบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 112 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ 0.97

ต่อมาจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้นำมาแบบสอบถามมาแปลเป็นภาษาไทย และปรับข้อคำถามทั้งหมดเหลือ 5 ข้อคำถาม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมใน 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (2 ข้อ) การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ (2 ข้อ) และการ

ช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (1 ข้อ) และคัดแปลงแหล่งประโยชน์เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มบุคคลใกล้ชิด เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.86

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเท่ากับ	0	หมายถึง	ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย
คะแนนเท่ากับ	1	หมายถึง	ได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย
คะแนนเท่ากับ	2	หมายถึง	ได้รับความช่วยเหลือปานกลาง
คะแนนเท่ากับ	3	หมายถึง	ได้รับความช่วยเหลือค่อนข้างมาก
คะแนนเท่ากับ	4	หมายถึง	ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด

คะแนนรวมจากจากผู้สนับสนุนในแต่ละกลุ่มจะเป็นคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ผู้วิจัยได้แปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้น (วิราพร พงศ์อาจารย์, 2542) 3 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนน	0- 20	หมายถึง	ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ
ค่าคะแนน	21-40	หมายถึง	ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
ค่าคะแนน	41-60	หมายถึง	ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

คะแนนรวมรายกลุ่มมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน ผู้วิจัยได้แปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้น (วิราพร พงศ์อาจารย์, 2542) 3 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนน	0- 6	หมายถึง	ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ
ค่าคะแนน	7-13	หมายถึง	ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
ค่าคะแนน	14-20	หมายถึง	ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

4. แบบวัดความเครียดในบทบาท (Role strain questionnaire) ใช้วัดการรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความยากลำบากในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ผู้วิจัยใช้แบบวัดของ วิราพรธรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2545) แบ่งออกเป็นการวัดความเครียดใน 4 ด้าน จำนวน 36 ข้อ

แบบวัดนี้พัฒนาครั้งแรกโดย Stewart & Archbold (1986) พัฒนามาจากการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และได้นำมาใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในสหรัฐอเมริกา ได้ค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคัลฟา ดังนี้

ด้านความขัดแย้งในบทบาท	เท่ากับ 0.70
ด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง	เท่ากับ 0.67
ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น	เท่ากับ 0.82 -0.93
ด้านความเครียดโดยรวม	เท่ากับ 0.72- 0.84

ต่อมาวิราพรพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะได้แปลแบบสอบถามนี้เป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา จากนั้นปรับเนื้อหาของแบบสอบถามให้เหมาะสมกับบริบทและอยู่บนพื้นฐานของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในประเทศไทย และนำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ กลุ่มสามี ภรรยา กลุ่มบุตรสาว และบุตรชาย เป็นต้น ได้ค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคัลฟา (จุริรัตน์ กอผจญ, 2545; สุภรัตน์ พลายเพชร, 2545) ดังนี้

ด้านความขัดแย้งในบทบาท	อยู่ระหว่าง	0.77 - 0.92
ด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง	อยู่ระหว่าง	0.34 - 0.64
ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น	อยู่ระหว่าง	0.62 - 0.86
ด้านความเครียดโดยรวม	อยู่ระหว่าง	0.66 - 0.74

แบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ประกอบด้วย 36 ข้อคำถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

ด้านความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict questionnaire) เป็นการถามถึงอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ในบทบาทอื่นๆ มากน้อยเพียงใด ประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 56 คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทในระดับสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทน้อย

ด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง (Mismatch expectation questionnaire) เป็นการถามถึงความรู้สึกที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-16 คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวังสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวังต่ำ

ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น (Increased tension questionnaire) เป็นการถามความรู้สึกในระหว่างดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล ว่ามีผลกระทบทางลบต่อชีวิตของหรือไม่ ประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 56 คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความตึงเครียดจากการดูแลเพิ่มขึ้นมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความตึงเครียดในการดูแลเพิ่มขึ้นน้อย

ด้านความเครียดโดยรวม (Global strain questionnaire) เป็นการถามถึงประสบการณ์โดยทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอของผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-16 คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดโดยรวมสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดโดยรวมน้อย

แบบวัดทั้ง 4 ด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน ได้แก่

คะแนนเท่ากับ	0	หมายถึง	ไม่เลย
คะแนนเท่ากับ	1	หมายถึง	เล็กน้อย
คะแนนเท่ากับ	2	หมายถึง	ค่อนข้างมาก
คะแนนเท่ากับ	3	หมายถึง	มาก
คะแนนเท่ากับ	4	หมายถึง	มากที่สุด

ค่าคะแนนของคำตอบ มีค่าอยู่ระหว่าง 0-144 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลน้อย ผู้วิจัยได้แปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้น (วิราพร พงศ์อาจารย์, 2542) 3 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนน	0-47	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลน้อย
ค่าคะแนน	48-95	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลปานกลาง
ค่าคะแนน	96-144	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลสูง

5. แบบวัดความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ใช้วัดการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเพื่อสนองตอบความต้องการด้านร่างกาย และอารมณ์ของผู้ป่วยเจาะคอ รวมทั้งการจัดการกับปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลที่บ้าน ผู้วิจัยใช้แบบวัดความพร้อมในการดูแล วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2545) วัดความพร้อม 8 ด้าน จำนวนทั้งหมด 8 ข้อ

แบบวัดนี้พัฒนาครั้งแรก โดย Stewart และ Archbold (1986, 1993) มาจากการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และได้นำมาใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในสหรัฐอเมริกา ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.86-0.92

ต่อมาวิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2545) ได้แปลแบบสอบถามนี้เป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา จากนั้นปรับเนื้อหาของแบบสอบถามให้เหมาะสมกับบริบทและอยู่บนพื้นฐานของงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย และนำ

แบบสอบถามไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่แตกต่างกันออกไป ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟา 0.86 (จูริรัตน์ กอผจญ, 2545; สุภรัตน์ พลายเพชร, 2545)

แบบวัดความพร้อมในการดูแล ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วย ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแลจำนวน ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลผู้ป่วย และตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่เป็นจากโรงพยาบาล และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม

ลักษณะของแบบวัด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับคะแนน ได้แก่

คะแนนเท่ากับ	0	หมายถึง	ไม่เลย
คะแนนเท่ากับ	1	หมายถึง	เล็กน้อย
คะแนนเท่ากับ	2	หมายถึง	ค่อนข้างมาก
คะแนนเท่ากับ	3	หมายถึง	มาก
คะแนนเท่ากับ	4	หมายถึง	มากที่สุด

ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-32 คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลน้อย ผู้วิจัยได้แปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้น (วิราพร พงศ์อาจารย์, 2542) 3 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนน	0 - 10	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลน้อย
ค่าคะแนน	11 - 21	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลปานกลาง
ค่าคะแนน	22 - 32	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และแบบวัดความพร้อมในการดูแล ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5

ท่าน (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย แพทย์ผู้ชำนาญทางด้านระบบหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านระบบหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านญาติผู้ดูแล 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงด้านระบบการหายใจจำนวน 2 ท่าน หลังการได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามคำแนะนำ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และแบบสอบถามความพร้อมในการดูแล ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficiency) ดังนี้

แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	= 0.67
แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม	= 0.93
แบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	
ด้านความขัดแย้งในบทบาท	= 0.84
ด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง	= 0.52
ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น	= 0.87
ด้านความเครียดโดยรวม	= 0.74
แบบวัดความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	= 0.87

เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 85 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficiency) ดังนี้

แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	= 0.70
แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม	= 0.93
แบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล	
ด้านความขัดแย้งในบทบาท	= 0.84
ด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง	= 0.59
ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น	= 0.85
ด้านความเครียดโดยรวม	= 0.74
แบบวัดความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	= 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลศิริราช

2. เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช และผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศิริราช (ภาคผนวก ง) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หัวหน้าหอผู้ป่วยหู คอ จมูก หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุสามัญ และหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอรายใหม่จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และเข้าพบญาติผู้ดูแล เพื่อตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ครั้งนี้หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมงานวิจัย จึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม จนกระทั่งผู้ดูแลมีความเข้าใจ จึงให้เริ่มทำแบบสอบถาม

4.3 ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลตอบอย่างอิสระ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามได้ โดยไม่มีการชี้นำคำตอบให้ผู้ดูแล

5. เมื่อผู้ดูแลตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม ถ้าผู้ดูแลมีความวิตกกังวล หรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สอบถามหรือได้ระบายความรู้สึกนั้น

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้หรือผลเสียจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการการศึกษาวิจัยในคน

โรงพยาบาลศิริราช เมื่อผ่านความเห็นชอบ ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยโดยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการวิจัย สิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล บริการ หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด รวมถึงการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแล้ว ให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ วิเคราะห์โดยสถิติเชิงบรรยาย (การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. คะแนนที่ได้จากแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล และความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ วัดโดยใช้ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล วิเคราะห์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และอำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล กับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression)

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) มีเงื่อนไข (Burns & Grove, 2005) ดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม มีค่าต่อเนื่อง
2. ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear Relationship)
3. ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามควรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
4. ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogonov-Smirnov
5. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น (Multicollinearity)
6. ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระจากกัน โดยการ

ทดสอบ Durbin-Watson

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ในโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2553 จำนวน 85 ราย นำเสนอผลการวิจัยเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาท และความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

ส่วนที่ 3 อำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีผู้สมัครใจเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 92 ราย มีผู้ร่วมวิจัยขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจำนวน 7 ราย เนื่องจากไม่สะดวกในการให้ข้อมูล และผู้ร่วมวิจัยบางส่วนนำแบบสอบถามกลับไปบ้าน ไม่ได้นำมาคืน จึงทำให้ได้ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 85 ราย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ลักษณะประชากร ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.7 เป็นเพศชาย ร้อยละ 15.3 โดยมีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 27.1 (Min=18, Max=75, M=44.78, S.D.=14.86) มีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 55.3 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 94.1 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 41.2 สาเหตุที่ไม่ได้ทำงาน เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 27.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 28.2 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นลูกสาว คิดเป็นร้อยละ 25.9 และหลาน คิดเป็นร้อยละ 24.7 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย น้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.1 ซึ่งมีรายได้เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 57.6 ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน 19-24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 51.8 ส่วนใหญ่จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน คิดเป็นร้อยละ 58.8 และจำนวนคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล 2 คน คิดเป็นร้อยละ 45.9 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (n=85)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	15.3
หญิง	72	84.7
อายุ(ปี)		
18 - 30	17	20.0
31 - 40	16	18.8
41 - 50	23	27.1
51 - 60	18	21.2
มากกว่า 60	11	12.9
(Min = 18, Max = 75, M = 44.78, S.D. = 14.86)		
สถานภาพ		
โสด	28	32.9
คู่	47	55.3
หย่า	3	3.5
หม้าย	3	3.5
แยกกันอยู่	4	4.7
ศาสนา		
พุทธ	80	94.1
คริสต์	3	3.5
อิสลาม	2	2.4
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.2
ประถมศึกษา	30	35.3
มัธยมศึกษา	25	29.4
อนุปริญญา	3	3.5

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (n=85)
(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา (ต่อ)		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	22	25.9
สูงกว่าปริญญาตรี	5	5.9
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา	3	3.5
มารดา	4	4.7
ภรรยา	14	16.5
สามี	6	7.1
ลูกสาว	22	25.9
ลูกชาย	6	7.1
หลาน	21	24.7
อื่นๆ (บุตรเขย, บุตรสะใภ้)	9	10.6
การทำงาน		
ทำเป็นบางวัน	20	23.5
ทำทุกวัน	20	23.5
ทำเป็นช่วงเวลา	4	4.7
ไม่ทำ เนื่องจากกำลังหางาน	1	1.2
ไม่ทำ เนื่องจากปัญหาสุขภาพ	1	1.2
ไม่ทำ เนื่องจากว่างงาน	3	3.5
ไม่ทำ เนื่องจากเกษียณ	7	8.2
หยุดทำงาน เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย	23	27.1
อื่นๆ (กำลังศึกษา ,แม่บ้าน)	6	7.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (n=85)
(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ค้าขาย	13	15.3
รับจ้าง	24	28.2
ธุรกิจส่วนตัว	5	5.9
รับราชการ	5	5.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	35	41.2
อื่นๆ (นักเรียน นักศึกษา)	3	3.5
รายได้ครอบครัว (บาท)		
น้อยกว่า 10,000	40	47.1
10,001-20,000	25	29.4
20,001-30,000	9	10.6
30,001-40,000	3	3.5
มากกว่า 40,001	8	9.4
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	17	20.0
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	49	57.6
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	19	22.4
ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน (ชั่วโมง)		
1-6	5	5.9
7-12	30	35.3
13-18	6	7.1
19-24	44	51.8

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (n=85)
(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว(คน)		
1-3	26	30.6
4-6	50	58.8
7-10	7	8.2
มากกว่า 10	2	2.4
จำนวนคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล(คน)		
1	24	28.2
2	39	45.9
3	11	12.9
4	1	1.2
มากกว่า 5	3	3.5
ไม่มีผู้แบ่งเบาภาระ	7	8.2

1.2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ

ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอเป็นผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ (หอผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต) จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 42.4) หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 18.8) หอผู้ป่วยหู คอ จมูก (หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ) จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 12.9) หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ตึก 72 ปี ชั้น 7) จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 9.4) และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป (ตึก 72 ปี ชั้น 7) จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 8.2) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.8 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 41.2 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 74.1 (Min=18, Max=96, M=68.8, S.D.=15.61) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 51.8 มีสถานภาพ คู่ คิดเป็นร้อยละ 55.3 ค่าใช้จ่ายในการรักษาสามารถเบิกจากต้นสังกัดคิดเป็นร้อยละ 62.4 การวินิจฉัยเป็นโรค ปอดอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 43.5 สาเหตุให้ต้องเจาะคอ เพราะใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน (prolonged weaning) คิดเป็นร้อยละ 74.1 และมีญาติผู้ดูแล 1-2 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2 ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ
(n=85)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเจาะคอ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	58.8
หญิง	35	41.2
อายุ (ปี)		
18 - 30	2	2.4
31 - 40	1	1.2
41 - 50	7	8.2
51 - 60	12	14.1
มากกว่า 60	63	74.1
(Min= 18, Max=96, M=68.81, S.D.=15.61)		
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	11	12.9
ประถมศึกษา	40	47.1
มัธยมศึกษา	17	20.0
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12	14.1
สูงกว่าปริญญาตรี	5	5.9
อาชีพปัจจุบัน		
ค้าขาย	13	15.3
รับจ้าง	10	11.8
ธุรกิจส่วนตัว	4	4.7
รับราชการ	6	7.1
การเกษตร ทำนา	4	4.7
นักเรียน นักศึกษา	4	4.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	44	51.8

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ
(n=85) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเจาะคอ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	7	8.2
คู่	47	55.3
หย่า	3	3.5
หม้าย	24	28.2
แยก	4	4.7
ค่าใช้จ่ายในการรักษา		
จ่ายเอง	7	8.2
เบิกต้นสังกัด	53	62.4
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	28	32.9
ประกันสังคม	4	4.7
การวินิจฉัยโรค		
โรคหลอดเลือดสมอง	21	24.7
โรคปอดอักเสบ	37	43.5
เนื้องอกหรือมะเร็งส่วนคอ	18	21.2
อุบัติเหตุ	2	2.4
ติดเชื้อในกระแสเลือด	6	7.1
อื่นๆ (โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง)	1	1.2
สาเหตุให้ต้องเจาะคอ		
ใส่ท่อช่วยหายใจเกินกว่า 2 สัปดาห์	63	74.1
ช่วยให้สะดวกในการขจัดเสมหะ	8	9.4
เป็นทางผ่านของอากาศในกรณีที่หลอดลมตัน	14	16.5

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ (n=85) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเจาะคอ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนญาติผู้ดูแล (คน)		
1-2	58	68.2
3-4	22	25.9
5-6	5	5.9

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาท และความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

เมื่อนำตัวแปรที่ศึกษามาวิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาที่พบมีดังนี้

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคออยู่ระหว่าง 6-13 คะแนน จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 10.11 คะแนน ($M = 10.11$, $S.D. = 1.77$) ซึ่งอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ (n=85)

แบบวัด	คะแนนต่ำสุด - คะแนนมากที่สุด		Mean	SD	ระดับ
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง			
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	0-13	6-13	10.11	1.77	สูง

แรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 7-60 คะแนน จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน มีคะแนนรวมเฉลี่ย 38.22 คะแนน ($M = 38.22$, $S.D. = 13.00$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ มากที่สุด ($M = 14.28$, $S.D. = 4.02$) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง ($M = 13.20$, $S.D. = 3.95$) และให้คะแนนการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน น้อยที่สุด ($M = 10.74$, $S.D. = 5.03$) (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม ($n=85$)

แบบวัด	คะแนนต่ำสุด - คะแนนมากที่สุด		Mean	SD	ระดับ
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง			
โดยรวม	0-60	7-60	38.22	13.00	ปานกลาง
กลุ่มสมาชิกในครอบครัว	0-20	3-20	13.20	3.95	ปานกลาง
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	2-8	5.69	1.65	ปานกลาง
- การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ	0-8	0-8	4.92	1.85	
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	0-4	2.59	1.07	
กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์	0-20	1-20	14.28	4.02	สูง
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	0-8	5.53	1.87	
- การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ	0-8	0-8	5.62	1.89	
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	1-4	3.13	0.80	
กลุ่มบุคคลใกล้ชิด	0-20	0-20	10.74	5.03	ปานกลาง
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	0-8	4.60	2.05	ปานกลาง
- การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ	0-8	0-8	4.02	2.27	
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	0-4	2.12	1.20	

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนความเครียดในบทบาทอยู่ระหว่าง 6-144 คะแนน จากคะแนนเต็ม 144 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 45.55 คะแนน ($M=45.55$, $S.D.=21.16$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับน้อย

กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนของความขัดแย้งในบทบาทอยู่ระหว่าง 0-56 คะแนน จากคะแนนเต็ม 56 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 25.06 คะแนน ($M = 25.06$, $S.D. = 12.74$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความขัดแย้งในบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวังอยู่ระหว่าง 0-16 คะแนน จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 2.46 คะแนน ($M = 2.46$, $S.D. = 2.96$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวังอยู่ในระดับต่ำ

กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนความตึงเครียดเพิ่มขึ้นอยู่ระหว่าง 0-56 คะแนน จากคะแนนเต็ม 56 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 14.28 คะแนน ($M = 14.28$, $S.D. = 27.02$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตึงเครียดเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับน้อย

กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนความเครียดโดยรวมอยู่ระหว่าง 0-16 คะแนน จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 3.64 คะแนน ($M = 3.64$, $S.D. = 2.96$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความเครียดในบทบาท ($n=85$)

แบบวัดความเครียดในบทบาท	คะแนนต่ำสุด - คะแนนมากที่สุด		Mean	SD	ระดับ
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง			
ความเครียดในบทบาท	0-144	6-144	45.44	21.16	น้อย
ความขัดแย้งในบทบาท	0-56	0-56	25.06	12.74	ปานกลาง
บทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง	0-16	0-16	2.46	2.96	น้อย
ความตึงเครียดเพิ่มขึ้น	0-56	14-56	14.28	27.02	น้อย
ความเครียดโดยรวม	0-16	0-16	3.64	2.96	น้อย

1) ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนความพร้อมในการดูแลอยู่ระหว่าง 2-32 คะแนน จากคะแนนเต็ม 32 คะแนน มีคะแนนรวมเฉลี่ย 18.27 คะแนน ($M = 18.27$, $S.D. = 6.48$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพร้อมในการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ($n=85$)

คำถาม	คะแนนต่ำสุด - คะแนนมากที่สุด		Mean	SD
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้จริง		
ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล	0-32	2-32	18.27	6.48
1. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม	0-5	1-5	3.58	1.15
2. ความพร้อมในการดูแลด้านอารมณ์	0-5	1-5	3.41	1.08
3. ความพร้อมในการดูแลด้านร่างกาย	0-5	1-5	3.38	1.11
4. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ	0-5	1-5	3.34	0.97
5. ความพร้อมในการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน	0-5	1-5	3.18	1.12
6. ความพร้อมในการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาล	0-5	1-5	3.18	1.01
7. ความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างดูแลผู้ป่วย	0-5	1-5	3.14	1.06
8. ความพร้อมในการหาข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล	0-5	1-5	3.09	1.08

ส่วนที่ 3 อำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ตัวแปรอิสระมีการแจกแจงเป็นปกติ ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กัน และค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) ซึ่งได้ผลการวิจัยเป็นดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาท และความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ดังนี้

ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.319, p<.01$)

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.131, p>.05$)

ความเครียดในบทบาท มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.286, p<.01$)

ตารางที่ 4.7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาท กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ($n=85$)

ตัวแปร	1	2	3	4
ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล	1			
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	.319**	1		
แรงสนับสนุนทางสังคม	.131ns	.221*	1	
ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล	-.286**	.215*	-.261*	1

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบเข้าพร้อมกัน(Enter multiple regression) (ตารางที่ 4.8) พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอของผู้ดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ได้ร้อยละ 15.1 ($R^2 = 0.151$, $p < .05$) โดยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ (X_1) มีอิทธิพลมากกว่าปัจจัยอื่นๆ ($\beta = .268$, $p < .05$) รองลงมา คือความเครียดในบทบาท ($\beta = -.225$, $p < .05$) (ตารางที่ 4.8) ดังนั้นสมการการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ เป็นดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$Y = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3$$

เมื่อ Y คือ ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

B_0 = ค่าคงที่

X_1 = ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

X_2 = แรงสนับสนุนทางสังคม

X_3 = ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Y = 4.160 + 0.05(X_1) + 0.001(X_2) - 0.351(X_3)$$

ความหมายของ $0.05(X_1)$ คือ ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ (X_1) เปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย จะมีผลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล เพิ่มขึ้น 0.05 หน่วย

$0.001(X_2)$ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (X_2) เปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย จะมีผลน้อยมากต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

$-0.351(X_3)$ คือ ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (X_3) เปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย จะมีผลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล เจาะคอลดลง 0.351 หน่วย

ตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่าง ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาท และความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเข้าพร้อมกัน

ตัวทำนาย	b	Std. Error	Beta	t	sig
ตัวแปรอิสระในการทำนาย	4.16	.489		8.501	.004**
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	.050	.020	.268	2.513	.014*
แรงสนับสนุนทางสังคม	.001	.008	.013	.121	.904 _{ns}
ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล	-.351	.168	-.225	-2.089	.040*
ค่าคงที่ = 4.160					
R = 0.389, R ² = 0.151 Adjusted R ² = 0.12					

ns = p > .05, * p < .05, ** p < .01

15.1% f variance F (3, 81) = 4.809

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

- 5.1 ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
- 5.2 ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
- 5.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

5.1 ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.7) อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 27.1 (Min=18, Max=75, M=44.78, S.D.=14.86) โดยสัมพันธ์ภาพเป็นลูกสาว (ร้อยละ 25.9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาผู้ดูแลเป็นเพศหญิง และอายุเฉลี่ยมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และเป็นบุตรสาว (จอม สุวรรณโณ, 2540; จุริรัตน์ กอผจญ, 2545; ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550; วรรณ มีสุข, 2545; วารุณี พลิกบัว, 2545; อารีย์ แสงรัศมี, 2548; Scherbring, 2002) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในบริบทของสังคมไทยคาดหวังหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลบุคคลในครอบครัวเป็นของเพศหญิง โดยเฉพาะเมื่อสามีเจ็บป่วย ภรรยาถูกคาดหวังว่าต้องเป็นผู้ดูแลต่อไป นอกจากนี้พบว่าผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นสมาชิกในครอบครัว ที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องเป็นบุตร คู่สมรส บิดาหรือมารดา จึงทำให้เพศหญิงต้องรับบทบาทในฐานะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (ชุดิมา มาตยมูล, 2546; Mccarty & Drebing, 2003; Mittelman, et al., 2004; Ward-Graffin, 2004)

กลุ่มตัวอย่างคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 19-24 ชั่วโมง ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอเมื่อกลับบ้าน (ร้อยละ 51.8) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเจาะคอพร่องความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ประกอบกับเป็นผู้ป่วยทางอายุรกรรม (ร้อยละ 42.4) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคที่พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (ร้อยละ 43.5) ต้องการการดูแลเกือบทั้งหมดจากผู้ดูแลในการดูแลแผลเจาะคอ การดูแลเสมหะผ่านท่อหลอดลมคอ การให้อาหารทางสายยาง การสังเกต

อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมไปถึงการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไป ผู้ดูแลจึงคาดว่าเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะต้องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยเกือบทั้งหมด ซึ่งมีผู้ดูแลที่ต้องหยุดทำงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 27.1) ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ที่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสี และเคมีบำบัด รวมถึงมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และไม่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน จึงทำให้ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลน้อยลงตามมา

5.2 ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($M=18.27$, $S.D.= 6.48$) แตกต่างกับการศึกษาของสุปราณี สมบูรณ์ (2548) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และการศึกษาของจิริรัตน์ กอผจญ (2545) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่มีความซับซ้อน และเป็นประสบการณ์ใหม่ที่ผู้ดูแลต้องการความรู้เฉพาะ ทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งในการเตรียมอุปกรณ์สำหรับการดูแลก่อนที่ผู้ป่วยกลับบ้าน แม้หน่วยงานของโรงพยาบาลศิริราชจะมีนโยบาย และระบบสนับสนุนการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ เพื่อเตรียมผู้ดูแลให้พร้อมก่อนกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ได้มีโอกาสพบปะ พูดคุยกับบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมถึง ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอด้วยกันเอง ส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ แต่ก็พบว่าความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอยังอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่ผู้ดูแลยังไม่ได้แสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจริง ซึ่งจะแสดงบทบาทเต็มที่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ประกอบกับสถานการณ์การดูแลบางเรื่องผู้ดูแลยังไม่ได้เผชิญกับเหตุการณ์นั้น ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอจึงอยู่ในระดับปานกลาง จากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher & Meleis (1994) กล่าวว่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ คือ การมีความสามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Role mastery) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลจะสามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่งนั้น ผู้ดูแลต้องมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ จึงจะสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ดูแล และดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาของ Scherbring (2002) พบว่าการเตรียมผู้ดูแลก่อนจำหน่าย ในระยะเปลี่ยนผ่านจากการดูแลในโรงพยาบาลสู่บ้าน ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดความเต็มใจ และพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามมา

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอแบ่งออกได้เป็น 8 ด้าน ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการหาข้อมูลการให้บริการ สุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมโดยรวมมากที่สุด และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านร่างกาย ส่วนความพร้อมในการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแลให้คะแนนน้อยที่สุด ส่วนความพร้อมด้านอื่น อยู่ในระดับปานกลาง

ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอด้านอารมณ์ และร่างกาย

กลุ่มตัวอย่าง ให้คะแนนความพร้อมในการดูแลด้านอารมณ์มากที่สุด ($M=3.41$, $S.D.=1.08$) รองลงมา คือ ด้านร่างกาย ($M=3.38$, $S.D.=1.11$) ซึ่งมีค่าคะแนนแตกต่างกันเล็กน้อย เนื่องจากผู้ป่วยเจาะคอส่วนหนึ่งยังมีการรับรู้เป็นปกติ และต้องปรับตัวกับการมีท่อหลอดลมคอ ส่วนหนึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ และไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลรอบข้างได้เหมือนเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด แสดงอารมณ์ก้าวร้าว เกรี้ยวกราดใส่ผู้ดูแลได้บ่อย (Scase, 2007) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 27.1 ($Min=18$, $Max=75$, $M=44.78$, $S.D.=14.86$) ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะและผ่านประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมามากมีความสามารถในการเผชิญความเครียดและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ (ศรีเรือนแก้วกังวล, 2540) ประกอบกับผู้ดูแลเป็นบุตรสาว (ร้อยละ 25.4) มีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นความรัก ความผูกพัน และเป็นการตอบแทนบุญคุณ ดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจสถานการณ์ การเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการเข้ารับบทบาทผู้ดูแลที่จะเกิดขึ้น และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ โดยพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย เพื่อยอมรับและสามารถปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย ทั้งนี้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ถือเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากในระยะที่ผู้ป่วยยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ความพร้อมทางด้านอารมณ์จะช่วยให้ผู้ดูแลปรับสภาพอารมณ์ ช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ เกิดความมั่นใจ สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ (พรชัย เรือนสิทธิ์, 2545) นำไปสู่ความพร้อม และความเต็มใจเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่กำลังจะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

สำหรับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอทางด้านร่างกาย มีค่าคะแนนใกล้เคียงกับความพร้อมทางด้านอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยเจาะคอไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน เพื่อมุ่งเน้นการกระทำที่เป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย

เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลและทำแผลหลอดเลือด การดูแลเสมหะผ่านท่อหลอดเลือด การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ซึ่งในการดูแลนี้ผู้ดูแลจึงต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในส่วนของความพร้อมในการดูแลด้านร่างกาย ความรู้ความสามารถ และทักษะ ในการดูแลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดูแล

ทั้งนี้ความพร้อมทางด้านอารมณ์ และด้านร่างกายถือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นควบคู่กันมา ซึ่งความพร้อมในด้านดังกล่าว เป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถรับบทบาทใหม่ในการเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัยตามมา

ความพร้อมด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ

พบว่าผู้ดูแลให้คะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($M=3.34$, $S.D.= 0.97$) รองลงมาจากความพร้อมด้านอารมณ์ และด้านร่างกาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 25.9) ซึ่งวัฒนธรรมประเพณีของไทย ความผูกพันทางสายโลหิต ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรัก ตอบแทนบุญคุณ ความกตัญญูต่อบิดามารดา หรือผู้มีพระคุณ ความรู้สึกดังกล่าว เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจ เอาใจใส่ และเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยได้ จากการสอบถามผู้ดูแลที่เป็นบุตรพบว่า มีความเต็มใจที่จะดูแล เนื่องจากคิดว่าไม่มีใครดูแลได้ดีเท่ากับตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภา วิเสโส (2545) ที่พบว่าญาติให้ความหมายของการเป็นผู้ดูแลไว้ว่า เป็นการตอบแทนบุญคุณ เป็นความผูกพัน เป็นผู้ดูแลได้ดีกว่าบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลเต็มใจที่จะเข้ารับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอตามมา นอกจากนี้จากการสอบถามผู้ป่วยเจาะคอที่สามารถสื่อสารได้ พบว่า ผู้ป่วยเองก็มีความรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการดูแลจากญาติหรือสมาชิกในครอบครัว เช่นกัน

ความพร้อมด้านการหาข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอด้านการหาข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแลอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($M = 3.09$, $S.D.= 1.08$) เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่บ้าน จึงอาจยังไม่แน่ใจว่า เมื่อกลับไปดูแลที่บ้านจะมีความพร้อมในการหาข้อมูลหรือไม่ จากการศึกษาของจอม สุวรรณโณ (2540) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้พยายามแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือ เนื่องจากตระหนักว่า หากดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง

อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ และจากการศึกษาของสุปราณี สมบูรณ์ (2548) ศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลให้คะแนนความพร้อมในการดูแลด้านการหาข้อมูล การให้บริการสุขภาพ และจัดแหล่งในการดูแลน้อยกว่าด้านอื่นเช่นกัน เนื่องมาจากผู้ดูแลยังไม่ได้เริ่มต้นดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มเวลา ทำให้ตระหนักในการเตรียมความพร้อมด้านนี้น้อยที่สุด

5.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

จากการวิเคราะห์สถิติพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (Enter Multiple Regression) ของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ในการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ป่วยเจาะคอพบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้ร้อยละ 15.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และ แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง มีความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับน้อย จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สอดคล้องกับทฤษฎีของ Schumacher & Meleis (1994) พบว่าการเปลี่ยนผ่าน ถือเป็นช่วงวิกฤติของชีวิต การเปลี่ยนผ่านจากบทบาทญาติเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว ถือเป็น การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ที่สำคัญ ซึ่งในช่วงของการเปลี่ยนผ่านหากผู้ดูแลมีการเตรียมตัวที่ดี หรือมีการป้องกัน สนับสนุน ส่งเสริมในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านดังกล่าว ก็จะส่งผลให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคออยู่ในระดับสูง ($M=10.11$, $S.D.=1.77$) ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ถือเป็นประสบการณ์ใหม่ ผู้ป่วยต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับไปบ้าน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ดูแลทุกคนจึงได้รับการสอนในเรื่องของ ความรู้ และทักษะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย จากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาว มีความเอาใจใส่ต่อการให้ข้อมูลในการเรียนรู้ทักษะต่างๆ และความรับผิดชอบและการคาดหวังของสังคมให้การรับผิดชอบในการดูแลบุคคลในครอบครัว เป็นหน้าที่ของเพศหญิง นอกจากนี้การได้ดูแลผู้ป่วยถือเป็นความรัก ความผูกพัน และเป็นการตอบแทนบุญคุณของบุพการี (นิลรัตน์ วัชรวิชาติ, 2543; วิภา วิเสโส, 2545) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจ

มีความสนใจ และตั้งใจในการเรียนรู้ ทักษะต่างๆ ที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านจึงทำให้มีคะแนนระดับความรู้ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของจอม สุวรรณโณ (2541) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความพยายามเรียนรู้ ฝึกทักษะการดูแลตนเอง ตลอดจนแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพที่สุด

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ($r=.309, p<.01$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเจาะคอ เป็นกิจกรรมที่ไม่เคยทำมาก่อน เช่น การดูแลเสมหะ การทำแผลหลอดลมคอ การถอดท่อชั้นในเพื่อทำความสะอาด การให้อาหารทางสายยางซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher & Meleis (1994) ที่กล่าวถึงการเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทของผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว จำเป็นต้องมีปัจจัยการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง ได้แก่ ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเจาะคอถือเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน และผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน ความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อม และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Schottler และคณะ (Schottler, et al., 2009) พบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของปฏิกิริยาของระบบประสาทตอบสนองผิดปกติ (Autonomic dysreflexia) และการดูแลรักษา ของผู้ดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีการบาดเจ็บไขสันหลังจะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการศึกษาของ รุ่งนภา เขียวชะอำ (2552) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ 40 มีท่อหลอดลมคอ ซึ่งต้องพึ่งพาผู้ดูแลเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน การเรียนรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็น จะทำให้ญาติตื่นตัวในการดูแล เพื่อเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านต่อไป

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความสำคัญต่อความพร้อมของผู้ดูแล จากการศึกษาของเขาวรัตน์ ยาออม (2543) ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีท่อหลอดลมคอ และต้องให้อาหารทางสายยาง พบว่า สิ่งที่ญาติต้องการในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่สำคัญมี 2 เรื่อง คือ ความต้องการทราบเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และความต้องการในเรื่อง ข้อมูล ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ในการดูแลจึงเป็นเรื่องสำคัญที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยอันนำไปสู่ความพร้อมของผู้ดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมา

แรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ และด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุดจากกลุ่ม

บุคลากรทางการแพทย์($M=5.62$, $S.D.=1.89$, $M=3.13$, $S.D.=0.80$) ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้รับมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว ($M=5.69$, $S.D.=1.65$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล การสนับสนุนเรื่องความรู้ในการดูแล ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดูแล สิ่งของและบริการ ส่วนใหญ่จึงได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนด้านสิ่งของและการได้รับบริการมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550; สุภาพร จงประกอบกิจ, 2551; Erikson & Lauri, 2000) อาจเป็นเพราะการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสใกล้ชิด และช่วยเหลือในด้านสิ่งของและบริการต่างๆ ได้เต็มที่ ส่วนการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ข้อมูล ข่าวสารที่ได้จึงมาจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ สำหรับแรงสนับสนุนทางด้านของอารมณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.9 มีผู้แบ่งเบาภาระอย่างน้อย 2 คน บุตรคนใดที่รับผิดชอบในการดูแลหลัก (primary caregiver) บุตรคนอื่นที่ไม่สามารถรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักได้ จึงเข้ามาช่วยในการสนับสนุนในด้านอื่นๆ จึงทำให้แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ผู้ดูแลได้รับจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่ากลุ่มอื่น

แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .131$, $p > .05$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ดูแลยังไม่ได้แสดงบทบาทผู้ดูแลจริง ประกอบกับการศึกษาในหอผู้ป่วยที่มีลักษณะผู้ป่วยคล้ายคลึงกัน กลุ่มตัวอย่าง อาจได้รับแรงสนับสนุนในเรื่องการดูแล สิ่งของ แหล่งข้อมูล และเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมาจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยเจาะคอในหอผู้ป่วยเดียวกัน ซึ่งนับเป็นแรงสนับสนุนทางด้านจิตสังคมที่สำคัญ และการศึกษาในครั้งนี้ ไม่ได้ครอบคลุมในส่วนนี้ จึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.286$, $p < .01$) ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดในบทบาทน้อย จะมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของจอร์จตัน กอฟจอย (2545) ที่ศึกษาความพร้อมในการดูแลกับความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 100 ราย พบว่า ผู้ดูแลที่มีความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับน้อยจะมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของวิลเลพร ศรีเรศ

(2546) ในญาติผู้ดูแลเพศหญิง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงที่มีความเครียดในบทบาทในระดับน้อย จะมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก

การศึกษาครั้งนี้แบ่งความเครียดในบทบาทออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความเครียดโดยรวม (Global strain) ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) การแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวัง (Mismatch expectation) และความตึงเครียดเพิ่มขึ้น (Increased tension) ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลให้คะแนนความเครียดในแต่ละด้านอยู่ในระดับน้อย มีเพียงความขัดแย้งในบทบาท ผู้ดูแลให้คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 25.06$, $S.D. = 12.74$) ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 55.3) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ต้องรับบทบาทของการเป็นมารดาดูแลบุตร เป็นภรรยาดูแลสามี และบุคคลในครอบครัว รวมถึงเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ประกอบกับส่วนหนึ่งต้องทำงานในบ้านและนอกบ้าน การมีผู้ป่วยเจาะคอในครอบครัว จึงเป็นการแสดงบทบาทของผู้ดูแลเพิ่มเข้ามา แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ต้องแสดงบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำหน้าที่ของตนให้สำเร็จ และทำหน้าที่ในบทบาทใดบทบาทหนึ่งได้ดี ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทตามมาในที่สุด จากการศึกษาของเสาวภา พราวตะคุ (2549) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พบว่ากลุ่มผู้ดูแลให้คะแนนความขัดแย้งในบทบาทในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเป็นการศึกษาเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ญาติจึงต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างเต็มตัว แต่การศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลยังไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลอย่างเต็มตัว ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ดูแลยังสามารถปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ได้ตามปกติ ทำให้ความขัดแย้งในบทบาทอยู่ในระดับปานกลางซึ่งต่างไปจากการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าวข้างต้น

สำหรับในด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวัง ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น และด้านความเครียดโดยรวม อยู่ในระดับน้อย ($M = 2.46$, $S.D. = 2.96$, $M = 14.28$, $S.D. = 27.02$ และ $M = 3.64$, $S.D. = 2.96$) พบว่าด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวัง อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรสาว (ร้อยละ 25.9) อาจจะได้รับคาดหวังจากบุคคลอื่นในครอบครัวว่าตนเองจะเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของชุดิมา มาตยมูล (2546) พบว่าความเครียดในการแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวังอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัว ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การมีผู้ป่วยในครอบครัวพร้อมกัน และเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักไม่รู้สึกถูกคาดหวังจากญาติคนอื่นมากเกินไป จึงไม่รู้สึกเครียดจากการแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวัง และขณะที่ผู้ป่วยยังรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ดูแลอาจยังทำบทบาทต่างๆ ได้เป็นปกติ หรือเกือบเท่าปกติ เพราะในบริบทของโรงพยาบาล ญาติ

จะได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยมชมได้เป็นเวลาตั้งแต่ 11.00-20.00 น. และบุคลากรในหอผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั้งหมดแม้จะไม่มีญาติดูแลเลยในแต่ละวัน เช่นเดียวกันนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น และด้านความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้เผชิญกับสถานการณ์จริงในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่บ้าน และกลุ่มตัวอย่างมีผู้แบ่งเบาภาระอย่างน้อย 2 คน ทำให้มีเวลาในการพักผ่อน และดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง ดังนั้นด้วยเหตุนี้ผู้ดูแลจึงไม่มีความรู้สึกเครียดในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ความเครียดในบทบาทเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งในการเปลี่ยนผ่านจากญาติเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งหากในช่วงของการเปลี่ยนผ่าน ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทน้อยก็จะช่วยให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอเพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่พบว่ามีความสำคัญต่อความพร้อมในการดูแลมากที่สุดคือ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ($\beta = .268$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความซับซ้อน ต้องการความรู้ทักษะ ในการดูแลค่อนข้างเฉพาะเจาะจง (Scase, 2007) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเจาะคอมาก่อน ความรู้และทักษะจึงเป็นสิ่งสำคัญ ของผู้ดูแลในการเปลี่ยนผ่านไปสู่การเข้าสู่บทบาทใหม่ (Role mastery) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามมา

การวิจัยครั้งนี้ พบว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และความเครียดในบทบาทผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรทั้ง 3 สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ป่วยเจาะคอ ได้ร้อยละ 15.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนอำนาจการทำนายความพร้อมอีกร้อยละ 84.9 ไม่สามารถอธิบายจากการศึกษาในครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ตามกรอบแนวคิดของ Schumacker & Meleis (1994) ที่ไม่ได้นำมาศึกษา ได้แก่ การให้ความหมายและการคาดหวัง ระดับของการวางแผน เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยของการเปลี่ยนผ่านที่อาจมีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดการวิจัย (รูปภาพที่ 1.1) ซึ่งได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacker & Meleis (1994) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาที่ว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาท เป็นปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งในระหว่างการเปลี่ยนผ่าน ถ้าผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลในระดับสูง ได้รับแรงสนับสนุนทาง

สังคมที่ดี และสามารถเผชิญความเครียดในบทบาทการดูแลได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง ซึ่งหมายถึง ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
นั่นเอง

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่ถูกต้อง เหมาะสม มี
แนวทางการป้องกันความเครียดที่อาจเกิดขึ้นจากการรับบทบาทผู้ดูแล รวมทั้งส่งเสริมในส่วนของ
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านของข้อมูลข่าวสาร และการบริการจากบุคลากรทาง
การแพทย์ ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่บ้าน สอดคล้องกับ
การศึกษาของ Schumacher และคณะ (2008) พบว่าการที่ผู้ดูแลจะปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วย
เรื้อรังได้ดี คือ ต้องทราบความต้องการของผู้ดูแล และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่า
ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแล ก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลนั้นก็จะม
ความสามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Role mastery) ซึ่งเป็นดัชนีบ่งชี้ว่าการเปลี่ยน
ผ่านนั้นเป็นไปอย่างสมบูรณ์ (Schumacher & Meleis, 1994)

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอจำนวน 85 ราย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2553 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยเจาะคอ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และแบบวัดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป(SPSS) ดังนี้

1. หาค่าแจกแจงความถี่ และร้อยละเพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาใช้ในการวิเคราะห์คะแนนที่ได้จากแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล และแบบวัดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
3. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล กับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
4. วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (Enter multiple regression) ระหว่างตัวทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.7) อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 27.1 (Min=18, Max=75, M=44.78, S.D.=14.86) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 55.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.1) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 35.3) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 41.2) สาเหตุที่ไม่ได้ทำงาน เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 27.1) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 28.2) มี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นลูกสาว (ร้อยละ 25.9) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 47.1) ซึ่งมีรายได้เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 57.6) ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน 19-24 ชั่วโมง (ร้อยละ 51.8) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน (ร้อยละ 58.8) และจำนวนคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล 2 คน (ร้อยละ 45.9)

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคออยู่ในระดับมาก ($M=10.11$, $SD=1.77$) ให้คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=38.22$, $S.D.=13.00$) ให้คะแนนความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับน้อย ($M=45.55$, $S.D.=21.16$) และให้คะแนนความพร้อมในการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=18.27$, $S.D.=6.48$)

ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.319$, $p<.01$)

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.131$ $p>.05$)

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.286$, $p<.01$)

ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระหว่างการเปลี่ยนผ่านจากผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้ร้อยละ 15.1 ($R^2=0.151$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยปัจจัยที่พบว่ามีผลสำคัญต่อความพร้อมในการดูแลมากที่สุดคือ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และความเครียดในบทบาทตามลำดับ ($\beta=.268$, $\beta=-.225$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าความรู้ในการดูแลมีอิทธิพลมากที่สุดต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ พยาบาลจึงควรประเมินระดับความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอของผู้ดูแล และนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผน และให้ข้อมูลสอนผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ เกี่ยวกับการดูแลต่อ หลอดลมคอที่ถูกต้อง การเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น การดูแลทางเดินหายใจ การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น นอกจากนี้ญาติได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและยอมรับบทบาทการดูแลที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะที่ถูกต้อง พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเจาะคอเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ด้านวิจัยทางการพยาบาล

การศึกษานี้ศึกษาในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาด้วยอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่ได้ส่วนหนึ่งอาจมาจากความรู้สึกรู้สึกของญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งยังไม่ได้ดูแลผู้ป่วยจริง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาติดตามผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอต่อไป เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน และสำหรับผลการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไปในเรื่องการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอตลอดตามกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher & Meleis, (1994) จากการศึกษาพบว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้ร้อยละ 15.1 จึงอาจมีปัจจัยอื่นที่สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล แต่ไม่ได้ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังนั้นการศึกษารุ่นต่อไปควรศึกษาในปัจจัยอื่นๆ ตามกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การให้ความหมายและความคาดหวังในบทบาทผู้ดูแล การเตรียมตัวหรือการวางแผนเกี่ยวกับความต้องการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการรับบทบาทผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

2. การศึกษารุ่นต่อไปควรศึกษาในระยะยาว และติดตามไปจนถึงเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน และศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น หรือภาวะของโรค และการเจ็บป่วยที่ต้องใช้ความรู้และทักษะที่เฉพาะมากยิ่งขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งมีผลกระทบต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการเตรียมตัวดูแลผู้ป่วยเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. การวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลน้อยมากต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ส่วนหนึ่งมาจากการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาครอบคลุมแรงสนับสนุนระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเอง ซึ่งอาจมีผลต่อความพร้อมในการดูแล ในการศึกษารุ่นต่อไปควรเพิ่มแรงสนับสนุนในกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลในการดูแลที่ชัดเจน และครบถ้วนมากขึ้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

FACTORS INFLUENCING READINESS OF CAREGIVERS OF PATIENTS WITH TRACHEOSTOMY IN TRANSITION FROM HOSPITAL TO HOME

พรพรรณ พรหมทัต 5136774 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด., คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, Ph.D. (NURSING), พูนทรัพย์ วงศ์สุรเกียรติ์, พ.บ.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจาะคอ (Tracheostomy) เป็นการผ่าตัดเปิดหลอดลมคอ โดยผ่านผิวหนังและกล้ามเนื้อคอ เพื่อใส่ท่อหลอดลมคอ สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีรวบรวมสถิติผู้ป่วยเจาะคอไว้ชัดเจน เนื่องจากการเจาะคอ พบได้ในหลายกลุ่มโรค จากรายงาน พบว่าสถิติผู้ป่วยเจาะคอปี 2549 จำนวน 544 ราย ปี 2550 จำนวน 525 ราย ปี 2551 จำนวน 452 ราย และปี 2552 จำนวน 500 ราย (เวชระเบียนโรงพยาบาลศิริราช, 2552) ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีการพัฒนาอย่างมากในการรักษาโรคต่างๆ บุคคลที่มีปัญหาเกี่ยวกับทางเดินหายใจและต้องได้รับการเจาะคอ เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยขึ้น (Scase, 2004) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่จำนวนหนึ่งได้รับการเจาะคอและต้องการท่อหลอดลมคอกลับบ้าน

ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ ส่วนหนึ่งยังมีพยาธิสภาพของโรคที่หลงเหลืออยู่ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ประกอบกับความต้องการการดูแลท่อหลอดลมคอซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ จึงต้องการผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และดูแลเกี่ยวกับท่อหลอดลมคอดังกล่าว นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดสถานการณ์ (Lewarski, 2005; Scase, 2004) ดังนั้นการ

ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำเป็นต้องการผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญ และทักษะเฉพาะดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความต้องการการดูแลในเรื่องดังกล่าวข้างต้น มีความสำคัญต่อผู้ป่วยเจาะคอ ถ้าผู้ดูแลให้การดูแลที่ไม่ถูกต้อง อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว นอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นการเพิ่มภาระการดูแล รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้นด้วย (จตุรงค์ จงสถิตไพบูลย์, 2547; Scase, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องความรู้ ทักษะที่ถูกต้องเหมาะสม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน (Given & Sherwood, 2005; Scase, 2007) เนื่องจากความรู้ในการดูแลที่ถูกต้อง รวมถึงความเชี่ยวชาญในทักษะ จะทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการและการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Schaefer, et al., 1981) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นถ้าผู้ดูแล ได้รับแรงสนับสนุนในระหว่างที่มีการเปลี่ยนบทบาทผู้ดูแลจะช่วยให้เกิดความสะดวกในการเปลี่ยนผ่านตามมา

ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (Caregiver's role strain) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจเกิดความวิตกกังวล กลัว และไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ส่งผลให้เกิดความไม่พร้อมในการเปลี่ยนผ่านไปสู่วิถีชีวิตของผู้ดูแลตามมา

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในประเด็นเกี่ยวกับความเครียด ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลในขณะที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลและปัจจัยที่มีอิทธิพลในขณะที่ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งพบว่าความพร้อมในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสำคัญมาก ถ้าผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในการดูแลก่อนที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแล ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ทำการวางแผนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และหลีกเลี่ยงการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะ

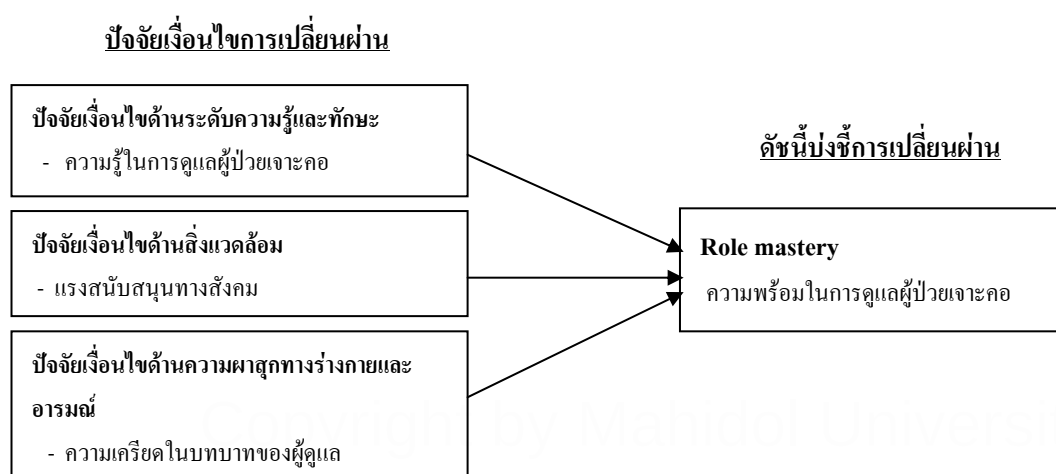
ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการให้ข้อมูลและการพยาบาลที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของ Schumacher & Meleis (1994) ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การที่ผู้ดูแลจะสามารถเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ดูแลต้องมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่บ้าน ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล โดยมีผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านคือ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ (รูปภาพที่ 1)



รูปภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอที่เข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทสามัญ และหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญหอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุสามัญ และหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2553

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเจาะคอ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทสามัญ และหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญหอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุสามัญ และหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลศิริราช โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างบุคคลอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยฉันท้ชีวิตโดยความผูกพัน เป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง มีเวลาให้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอที่สุดตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และรับผิดชอบในการดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอก่อน และเป็นผู้ได้รับการสอนและเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจาะคอจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแล้ว

เครื่องมือวิจัย

เป็นแบบสอบถามซึ่งได้ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้ชำนาญทางด้านระบบหายใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านระบบหายใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านญาติผู้ดูแล 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงด้านระบบการหายใจจำนวน 2 ท่าน แบบสอบถามประกอบด้วย

1. แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ใช้วัดความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอต่างๆ ได้แก่ ด้านการเตรียมอุปกรณ์ และการทำความสะอาดอุปกรณ์ ด้านการดูแลผู้ป่วย ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเจาะคอหลอดลมคอ ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูก ผิด คำตอบในแต่ละกลุ่มมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-13 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีระดับความรู้อยู่ในระดับดี และคะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีระดับความรู้ในระดับต่ำ เมื่อนำไปทดลองกับผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) 0.67 ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามออก 4 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 ราย เท่ากับ 0.70

2. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ ถามถึงปริมาณการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคล 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มบุคคลใกล้ชิด ประกอบด้วย การสนับสนุนใน 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ และการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากเมื่อนำไปทดลองกับผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายหาค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) 0.93

3. แบบวัดความเครียดในบทบาท (Role strain questionnaire) ใช้วัดการรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความยากลำบากในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่มีความบกพร่องทางร่างกาย ของวิราพรณ วิโรจน์รัตน์ (2545) และคณะซึ่งได้แปลแบบสอบถามนี้เป็นภาษาไทย โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

ด้านความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict section) ประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-56 คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทในระดับสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทน้อย

ด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง (Mismatch expectation section) ประกอบด้วย 4 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-16 คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวังสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวังต่ำ

ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น (Increased tension section) ประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 56 คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความตึงเครียดจากการดูแลเพิ่มขึ้นมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความตึงเครียดในการดูแลเพิ่มขึ้นน้อย

ด้านความเครียดโดยรวม (Global strain section) ประกอบด้วย 4 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 16 คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดโดยรวมสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดโดยรวมน้อย

ค่าคะแนนของคำตอบ มีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 144 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลน้อย เมื่อนำแบบทดสอบแต่ละไปทดลองกับผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) 0.84, 0.52, 0.87 และ 0.84

4. แบบวัดความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ของวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2545) ซึ่งได้แปลแบบสอบถามนี้เป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา จากนั้นปรับเนื้อหาของแบบสอบถามให้เหมาะสมกับบริบทและอยู่บนพื้นฐานของงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 8 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 32 คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลน้อย เมื่อนำแบบทดสอบไปทดลองกับผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายหาค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลศิริราช เมื่อได้รับอนุญาต และผ่านการพิจารณารับรอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้งหลังจากกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ วิเคราะห์โดยสถิติเชิงบรรยาย (การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. คะแนนที่ได้จากแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล และความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ วัดโดยใช้ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล วิเคราะห์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)
4. วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (Enter multiple regression) ของความรู้ในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลในการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอเป็นผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ (หอผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต) จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 42.4) หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 18.8) หอผู้ป่วยหู คอ จมูก (หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ) จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 12.9) หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ตึก 72 ปี ชั้น 7) จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 9.4) และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป (ตึก 72 ปี ชั้น 7) จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 8.2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.7) มีอายุ 41- 50 ปี ร้อยละ 27.1 (Min= 18, Max=75, M = 44.78, S.D.=14.86) ส่วนสถานภาพคู่ (ร้อยละ 55.3) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 41.2) สาเหตุที่ไม่ได้ทำงาน เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 27.1) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นลูกสาว (ร้อยละ 25.9) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 47.1) ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน 19-24 ชั่วโมง (ร้อยละ 51.8) จำนวนคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล 2 คน (ร้อยละ 45.9) ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.8) มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 74.1 (Min= 18, Max=96, M=68.81, S.D.=15.61) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.1) ค่าใช้จ่ายในการรักษาสามารถเบิกจากต้นสังกัด (ร้อยละ 52.9) การวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ (ร้อยละ 43.5) สาเหตุให้ต้องเจาะหลอดลมคอ เพราะ

ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน (ร้อยละ 74.1) ญาติผู้ดูแล 1-2 คน (ร้อยละ 68.2)

กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคออยู่ระหว่าง 6-13 คะแนน จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 10.11 คะแนน ($M=10.11$, $S.D.=1.77$) ซึ่งอยู่ในระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 7-60 คะแนน จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน มีคะแนนรวมเฉลี่ย 38.22 คะแนน ($M=38.22$, $S.D.=13.00$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนความเครียดในบทบาทอยู่ระหว่าง 6-144 คะแนน จากคะแนนเต็ม 144 คะแนน มีคะแนนรวมเฉลี่ย 45.55 คะแนน ($M=45.55$, $S.D.=21.16$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับน้อย

กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนความพร้อมในการดูแลอยู่ระหว่าง 2-32 คะแนน จากคะแนนเต็ม 32 คะแนน มีคะแนนรวมเฉลี่ย 18.27 คะแนน ($M=18.27$, $S.D.=6.48$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพร้อมในการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.319$, $p<.01$)

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.131$, $p>.05$)

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.286$, $p<.01$)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4
ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล	1			
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	.319**	1		
แรงสนับสนุนทางสังคม	.131ns	.221*	1	
ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล	-.286**	.215*	-.261*	1

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

วิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน (Enter multiple regression) (ตารางที่ 2) พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอของผู้ดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ได้ร้อยละ 15.1 ($R^2 = 0.151$, $p < .05$) โดยปัจจัยที่พบว่ามีผลสำคัญต่อความพร้อมในการดูแลมากที่สุดคือ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ($\beta = .268$)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวทำนาย	b	Std. Error	Beta	t	sig
ตัวแปรอิสระในการทำนาย	4.16	.489		8.501	.004**
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ	.050	.020	.268	2.513	.014*
แรงสนับสนุนทางสังคม	.001	.008	.013	.121	.904 _{ns}
ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล	-.351	.168	-.225	-2.089	.040*
ค่าคงที่ = 4.160					
R = 0.389, $R^2 = 0.151$ Adjusted $R^2 = 0.12$					

ns = $p > .05$, * $p < .05$, ** $p < .01$

15.1% f variance F (3, 81) = 4.809

อภิปรายผล

ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($M=18.27$, $S.D.= 6.48$) แตกต่างกับการศึกษาของสุปราณี สมบูรณ์ (2548) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และการศึกษาของจูรีรัตน์ กอผจญ (2545) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่มีความซับซ้อน เป็นประสบการณ์ใหม่ที่ผู้ดูแลต้องการความรู้เฉพาะ ทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งในการเตรียมอุปกรณ์สำหรับการดูแลก่อนที่ผู้ป่วยกลับบ้าน แม้หน่วยงานของโรงพยาบาลศิริราชจะมีนโยบาย และระบบสนับสนุนการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย

เจาะคอ เพื่อเตรียมผู้ดูแลให้พร้อมก่อนกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่ก็พบว่าความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอยังอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่ผู้ดูแลยังไม่ได้แสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจริง ซึ่งจะแสดงบทบาทเต็มที่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ประกอบกับสถานการณ์การดูแลบางเรื่องผู้ดูแลยังไม่ได้เผชิญกับเหตุการณ์นั้น ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอจึงอยู่ในระดับปานกลาง จากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher & Meleis (1994) กล่าวว่าดัชนีบ่งชี้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ คือ การมีความสามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Role mastery) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลจะสามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่งนั้น ผู้ดูแลต้องมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ จึงจะสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ดูแล และดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาของ Scherbring (2002) พบว่าการเตรียมผู้ดูแลก่อนจำหน่ายในระยะเปลี่ยนผ่านจากการดูแลในโรงพยาบาลสู่บ้าน ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดความเต็มใจ และพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามมา

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอแบ่งออกได้เป็น 8 ด้าน และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านร่างกาย ส่วนความพร้อมในด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนด้านดังกล่าวน้อยที่สุด

ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอด้านอารมณ์ และ ร่างกาย

กลุ่มตัวอย่าง ให้คะแนนความพร้อมในการดูแลด้านอารมณ์มากที่สุด ($M=3.41$, $S.D.=1.08$) รองลงมา คือ ด้านร่างกาย ($M=3.38$, $S.D.=1.11$) ซึ่งมีค่าคะแนนแตกต่างกันเล็กน้อย เนื่องจากผู้ป่วยเจาะคอส่วนหนึ่งยังมีการรับรู้เป็นปกติ และต้องปรับตัวกับการมีท่อหลอดลมคอ ส่วนหนึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ และไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลรอบข้างได้เหมือนเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด แสดงอารมณ์ก้าวร้าว เกรี้ยวกราดใส่ผู้ดูแลได้บ่อย (Scase, 2007) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 27.1 ($Min=18$, $Max=75$, $M=44.78$, $S.D.=14.86$) ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะและผ่านประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมามากมีความสามารถในการเผชิญความเครียดและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ (ศรีเรือนแก้วกังวาล, 2540) ประกอบกับผู้ดูแลเป็นบุตรสาว (ร้อยละ 25.4) มีความรู้สึว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นความรัก ความผูกพัน และเป็นการตอบแทนบุญคุณ สิ่งดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจสถานการณ์ การเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการเข้ารับบทบาทผู้ดูแลที่จะเกิดขึ้นมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ โดยพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย เพื่อยอมรับและสามารถปรับตัวเข้าหาผู้ป่วย นำไปสู่ความพร้อม และความเต็มใจเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่กำลังจะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

สำหรับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอทางด้านร่างกายมีค่าคะแนนใกล้เคียงกับความพร้อมทางด้านอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยเจาะคอไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ซึ่งในการดูแลนี้ผู้ดูแลจึงต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในส่วนของการความพร้อมในการดูแลด้านร่างกาย ความรู้ ความสามารถ และทักษะ ในการดูแล จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดูแล

ความพร้อมด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ

พบว่าผู้ดูแลให้คะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($M=3.34$, $S.D.= 0.97$) และมีความสำคัญรองลงมาจากความพร้อมด้านอารมณ์ และด้านร่างกาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 25.9) ซึ่งวัฒนธรรมประเพณีของไทย ความผูกพันทางสายโลหิต ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรัก ตอบแทนบุญคุณ ความกตัญญูต่อบิดามารดา หรือผู้มีพระคุณ ความรู้สึกดังกล่าว เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ ทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจ เอาใจใส่ และเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยได้ จากการสอบถามผู้ดูแลที่เป็นบุตร พบว่า มีความเต็มใจที่จะดูแล เนื่องจากคิดว่าไม่มีใครดูแลได้ดีเท่ากับตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภา วิเสโส (2545) ที่พบว่าญาติให้ความหมายของการเป็นผู้ดูแลไว้ว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณ เป็นความผูกพัน เป็นผู้ดูแลได้ดีกว่าบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลเต็มใจที่จะเข้ารับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอตามมานอกจากนี้จากการสอบถามผู้ป่วยเจาะคอที่สามารถสื่อสารได้ พบว่า ผู้ป่วยเองก็มีความรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการดูแลจากญาติหรือสมาชิกในครอบครัว เช่นกัน

ความพร้อมด้านการหาข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอด้านการหาข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแลอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($M = 3.09$, $S.D.= 1.08$) เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่บ้าน จึงอาจยังไม่แน่ใจว่า เมื่อกลับไปดูแลที่บ้านจะมีความพร้อมในการหาข้อมูลหรือไม่ จากการศึกษาของจอม สุวรรณ โณ (2540) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้พยายามแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือ เนื่องจากตระหนักว่า หากดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ และจากการศึกษาของสุปราณี สมบูรณ์ (2548) ศึกษาความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลให้คะแนนความพร้อมในการดูแลด้านการหาข้อมูล การให้บริการสุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแลน้อยกว่าด้านอื่นเช่นกัน เนื่องมาจากผู้ดูแลยังไม่ได้เริ่มต้นดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มเวลา ทำให้ตระหนักในการเตรียมความพร้อมด้านนี้น้อยที่สุด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

จากการวิเคราะห์สถิติพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (Enter Multiple Regression) ของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ในการทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ป่วยเจาะคอพบว่า ปัจจัยทั้ง 3 สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้ร้อยละ 15.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และ แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง มีความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับน้อย จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สอดคล้องกับทฤษฎีของ Schumacher & Meleis (1994) พบว่าการเปลี่ยนผ่าน ถือเป็นช่วงวิกฤติของชีวิต การเปลี่ยนผ่านจากบทบาทญาติเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว ถือเป็น การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ที่สำคัญ ซึ่งในช่วงของการเปลี่ยนผ่านหากผู้ดูแลมีการเตรียมตัวที่ดี หรือมีการป้องกันสนับสนุน ส่งเสริมในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านดังกล่าว ก็จะส่งผลให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคออยู่ในระดับสูง ($M = 10.11$, $S.D. = 1.77$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ถือเป็นประสบการณ์ใหม่ ผู้ป่วยต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับไปบ้าน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ดูแลทุกคนจึงได้รับการสอนในเรื่องของ ความรู้ และทักษะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ($r = .309$, $p < .01$) จากทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher & Meleis (1994) ที่กล่าวถึงการเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทของผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว จำเป็นต้องมีปัจจัยการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญปัจจัยหนึ่งได้แก่ ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการเปลี่ยนผ่าน สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา เจียวชะอ่า (2552) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ 40 มีท่อหลอดลมคอ ซึ่งต้องพึ่งพาผู้ดูแลเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน การเรียนรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็น จะทำให้ญาติตื่นตัวในการดูแล เพื่อเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านต่อไป

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความสำคัญต่อความพร้อมของผู้ดูแล จากการศึกษาของเขาวรัตน์ ยาอม (2543) ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีท่อหลอดลมคอ และต้องให้อาหารทางสายยาง พบว่า สิ่งที่ต้องดำเนินการในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่สำคัญมี 2 เรื่อง คือ ความต้องการทราบเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และความต้องการในเรื่อง ข้อมูล ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

บาดเจ็บศีรษะ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ในการดูแลจึงเป็นเรื่องสำคัญที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยอันนำไปสู่ความพร้อมของผู้ดูแล และความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมา

แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 131, p > .05$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และศึกษาใน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มบุคคลใกล้ชิด ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนในเรื่องการดูแล สิ่งของ แหล่งข้อมูล และเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมาจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยเจาะคอในหอผู้ป่วยเดียวกัน ซึ่งนับเป็นแรงสนับสนุนทางด้านจิตสังคม ซึ่งไม่ได้มีการศึกษาในครั้งนี้ จึงทำให้จากการศึกษาครั้งนี้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

แม้แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลน้อยมากต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แต่เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ และด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุดจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ($M = 5.62, S.D. = 1.89, M = 3.13, S.D. = 0.80$) ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์ได้รับมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว ($M = 5.69, S.D. = 1.65$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล การสนับสนุนเรื่องข้อมูลความรู้ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดูแลส่วนใหญ่จึงได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนด้านสิ่งของและการได้รับการบริการมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; ศิริพรรณ ปีติมานะอารี, 2550; สุภาพร จงประกอบกิจ, 2551; Erikson & Lauri, 2000) อาจเป็นเพราะการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาหลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้ว สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสใกล้ชิด และช่วยเหลือในด้านสิ่งของและบริการต่างๆ ได้เต็มที่ ส่วนการศึกษาก่อนหน้านี้ผู้ป่วยยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ข้อมูลข่าวสารที่ได้จึงมาจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ สำหรับแรงสนับสนุนทางด้านของอารมณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.9 มีผู้แบ่งเบาภาระอย่างน้อย 2 คน บุตรคนใดที่รับผิดชอบในการดูแลหลัก (primary caregiver) บุตรคนอื่นที่ไม่สามารถรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักได้ จึงเข้ามาช่วยในการสนับสนุนในด้านอื่นๆ จึงทำให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ผู้ดูแลได้รับจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เจาะคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.286, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของจूरี่รัตน์ กอผจญ (2545) ที่ศึกษาความพร้อมในการดูแลกับความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 100 ราย พบว่า ผู้ดูแลที่มีความเครียดในบทบาทอยู่ในระดับน้อยจะมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของวิไลพร ศรีธรรม (2546) ในญาติผู้ดูแลเพศหญิง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงที่มีความเครียดในบทบาทในระดับน้อย จะมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก

การศึกษานี้แบ่งความเครียดในบทบาทออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความเครียดโดยรวม ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) การแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวัง (Mismatch expectation) และความตึงเครียดเพิ่มขึ้น (Increased tension) ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลให้คะแนนความเครียดในแต่ละด้านอยู่ในระดับต่ำ มีเพียงด้านความขัดแย้งในบทบาท ผู้ดูแลให้คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($M=25.06, S.D.=12.74$) ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 55.3) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ต้องรับบทบาทของการเป็นมารดาดูแลบุตร เป็นภรรยาดูแลสามี และบุคคลในครอบครัว ประกอบกับส่วนหนึ่งต้องทำงานในบ้านและนอกบ้าน การมีผู้ป่วยเจาะคอในครอบครัว จึงเป็นการแสดงบทบาทของผู้ดูแลเพิ่มเข้ามา แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ต้องแสดงบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำหน้าที่ของตนให้สำเร็จ และทำหน้าที่ในบทบาทใดบทบาทหนึ่งได้ดี ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทตามมาในที่สุด

สำหรับในด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวัง ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น และด้านความเครียดโดยรวม อยู่ในระดับน้อย ($M=2.46, S.D.=2.96, M=14.28, S.D.=27.02$ และ $M=3.64, S.D.=2.96$) ด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวังอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว (ร้อยละ 25.9) อาจจะได้รับคาดหวังจากบุคคลอื่นในครอบครัวว่าตนเองจะเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของชุดิมา มาตยมูล (2546) พบว่าความเครียดในการแสดงบทบาทไม่ตรงตามคาดหวังอยู่ในระดับน้อย เนื่องจาก ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัว ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การมีผู้ป่วยในครอบครัวพร้อมกัน และเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักไม่รู้สึกรอคอยจากญาติคนอื่นมากเกินไป เช่นเดียวกันนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น และด้านความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้เผชิญกับสถานการณ์จริงในการดูแล

ผู้ป่วยเจาะคอที่บ้าน และกลุ่มตัวอย่างมีผู้แบ่งเบาภาระอย่างน้อย 2 คน ทำให้มีเวลาในการพักผ่อน และดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง โดยไม่เกิดความเครียดในบทบาทที่จะเกิดขึ้น

ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ที่ว่าความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลลดลง จะทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านเพิ่มขึ้น ดังนั้นความเครียดในบทบาทเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งในการเปลี่ยนผ่านจากญาติเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งหากในช่วงของการเปลี่ยนผ่าน ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทน้อยจะส่งผลให้ จะมีความพร้อมในการดูแล และสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่บทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบทบาท สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้ ร้อยละ 15.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยปัจจัยที่พบว่ามีความสำคัญต่อความพร้อมในการดูแลมากที่สุดคือ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ (เบต้า = .268) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความซับซ้อน ต้องการความรู้ ทักษะ ในการดูแลค่อนข้างเฉพาะเจาะจง (Scase, 2007) รองลงมาคือ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล (เบต้า = -.225)

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่ถูกต้อง เหมาะสม มีแนวทางการป้องกันความเครียดที่อาจเกิดขึ้นจากการรับบทบาทผู้ดูแล ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่บ้าน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลนั้นมีความสามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Role mastery) ซึ่งเป็นดัชนีบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านนั้นว่าเป็นไปอย่างสมบูรณ์ (Schumacher & Meleis, 1994)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีอิทธิพลมากที่สุดต่อความพร้อมในการดูแล พยาบาลจึงควรประเมินระดับความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอของครอบครัว และนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผน และให้ข้อมูลสอนผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ เกี่ยวกับดูแลท่อหลอดลมคอที่ถูกต้อง การเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น การดูแลทางเดินหายใจ การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น นอกจากนี้ญาติได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและยอมรับ

บทบาทการดูแลที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะที่ถูกต้อง พร้อมทั้งจะดูแลผู้ป่วยเจาะคอเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ด้านวิจัยทางการพยาบาล

การศึกษานี้ศึกษาในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยยังได้รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่ได้ส่วนหนึ่งอาจมาจากความรู้สึกรู้สึกของญาติและผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งยังไม่ได้แสดงบทบาทดูแลผู้ป่วยจริง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาติดตามผลของการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอต่อไป เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไปในเรื่องการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอตลอดตามกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher & Meleis, (1994) ควรศึกษาในปัจจัยอื่นๆ ตามกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ในปัจจัยด้าน การให้ความหมายและความคาดหวังในบทบาทผู้ดูแล การเตรียมตัวหรือการวางแผนเกี่ยวกับความต้องการต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในการรับบทบาทผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
2. การศึกษาร้อยต่อไปควรจะศึกษาในระยะยาว และติดตามไปจนถึงเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน และศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น
3. การศึกษาร้อยต่อไปควรเพิ่มแรงสนับสนุนในกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลในการดูแลที่ชัดเจน และครบถ้วนมากขึ้น

FACTORS INFLUENCING READINESS OF CAREGIVERS OF PATIENTS
WITH TRACHEOSTOMY IN TRANSITION FROM HOSPITAL TO HOME

PORNPUN PHOMMATAT 5136774 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : DOUNGRAT WATTHNAKITKRILEART,
D.N.S., KANAUNGNIT PONGTHAVORNKAMOL, Ph.D. (NURSING),
PHUNSUP WONGSURAKIAT, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Tracheostomy is a surgical procedure performed to open trachea via the skin and muscles of the neck for intubation. In Thailand, there have been no clear collections of statistics on tracheostomy patients because tracheostomy is encountered in numerous and diverse disease groups. According to reports, statistics on tracheostomy patients reported 544 patients in 2006, 525 patients in 2007, 452 patients in 2008 and 500 patients in 2009 (Siriraj Hospital Medical Records, 2009). Modern medical technology is highly advanced and patients with respiratory-related issues who require tracheostomy are discovered more frequently (Scase, 2004), especially in the number of chronic disease patients who have undergoing tracheostomy and continue to require tracheostomy tubes after they have returned home.

A number of tracheostomy patients continue to have pathologies of diseases that diminish the self-efficacy of this group of patients. Furthermore, they have a need to maintain tubes which they are unable to handle on their own. Therefore, patients need caregivers to help with daily activities and maintenance of the aforementioned tubes. Moreover, caregivers need knowledge and understanding of complications and situational management (Lewarski, 2005; Scase, 2004). Hence, the

care of this group of patients requires caregivers with the expertise and specific skills to provide effective care for patients as previously mentioned.

The care needs in the aforementioned topics are essential for tracheostomy patients. Improper care provided by caregivers may result in complications, requiring rehospitalization. The aforementioned complications will also increase the burdens and expenses of providing care in addition to impacts on patient health (Chaturong Chongsatitpaiboon, 2004; Scase, 2004).

According to the literature review, it is evident that tracheostomy patients require complex care. Caregivers need to be prepared in terms of correct and appropriate knowledge and skills concerning tracheostomy patient care following discharge (Given & Sherwood, 2005; Scase, 2007) because correct care knowledge and expert skills will enable caregivers to provide effective care for tracheostomy patients.

In this study, social support includes emotional support, material assistance and receipt of services, and news and information support (Schaefer, et al., 1981), which are other factors enabling caregivers to have readiness in tracheostomy patient care at home. Therefore, if caregivers receive support during their role transition to becoming caregivers, they will find the transition convenient.

Caregiver's role strain is another significant factor in the transition from hospital to home. Caregiver's role strain affects caregiver learning in providing care for patients. Caregivers may experience anxiety, fear and lack of confidence in providing care for tracheostomy patients, thereby leading to deficient readiness in the transition to the caregiver role.

According to previous studies, there have been studies on readiness to provide care for patients in need of complex care, such as cardiovascular disease patients, head trauma patients, metastasizing cancer patients, on issues relevant to caregiver's strain, health condition and life quality while providing care for patients at home. No studies were found to have studied caregiver readiness and factors influencing tracheostomy patient care during hospitalization. Readiness in this group of patients was found to be very significant. Caregivers who are not to provide care before actually providing care for patients at home may affect care efficiency. Therefore, awareness of the factors influencing caregiver readiness will help medical personnel make plans for caregivers to provide effective care for tracheostomy

patients, thereby reducing the occurrence of various complications which can prevent re-hospitalization. Hence, the researcher is interested in investigating the factors influencing caregiver readiness in caregivers of tracheostomy patients in transition from hospital to home as basic information in providing appropriate data and nursing care.

Research Objectives

1. To study the readiness of caregivers of tracheostomy patients.
2. To study the predictive power of knowledge in tracheostomy patient care, social support and caregiver's role strain on the readiness of caregivers of tracheostomy patients in transition from hospital to home.

Conceptual Framework

The conceptual framework implemented in this study was the Transition Theory of Schumacher & Meleis (1994) which addresses the factors influencing the readiness of caregivers of tracheostomy patients in transition from hospital to home. Effective transition from hospital to home in caregivers requires that caregivers be ready to provide care for tracheostomy patients at home. Relevant factors include knowledge about tracheostomy patient care, social support and caregiver's role strain. The outcome of transition was readiness to provide care for tracheostomy patients (Figure 1)

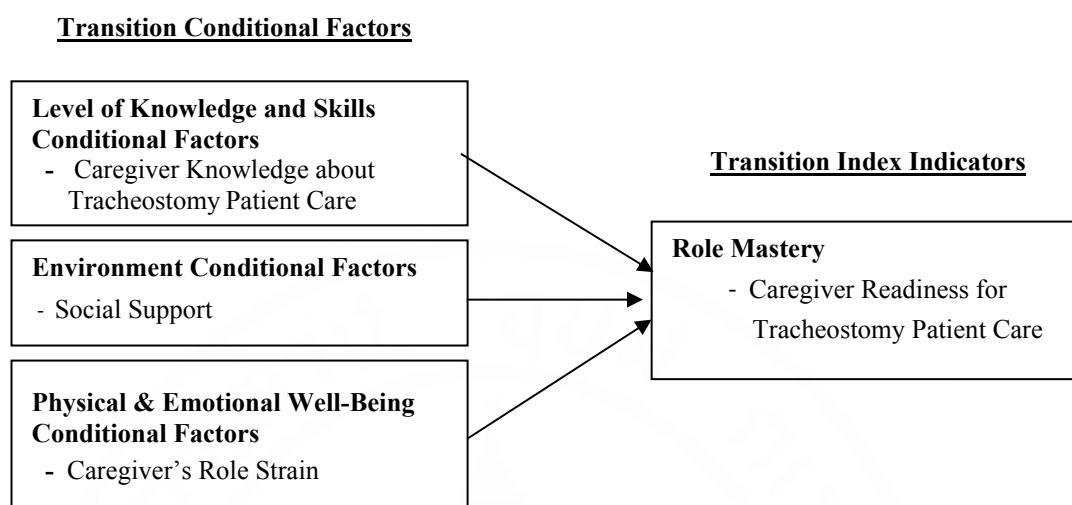


Figure 1 Conceptual Framework of the Research

Scope of the Research

This research was based on a correlational predictive design aimed at exploring the predictive power of caregiver readiness in caregivers of tracheostomy patients in transition from hospital to home. The study was conducted in primary caregivers of tracheostomy patients who received treatment at the Neurosurgery Ward, the Regular Surgery Ward, the Surgical Ward, the Chalermphrakiat Ward, the Regular Trauma Ward and the Regular Internal Medicine Ward of Siriraj Hospital, Bangkok, from July to November of 2010.

Research Methodology

This study was based on a correlational predictive design aimed at exploring the predictive power of the readiness of caregivers of tracheostomy patients in transition from hospital to home. The study was conducted in primary caregivers of tracheostomy patients who received treatment at the Neurosurgery Ward, the Regular Surgery Ward, the Surgical Ward, the Chalermphrakiat Ward, the Regular Trauma Ward and the Regular Internal Medicine Ward of Siriraj Hospital by selecting samples

aged over 18 years who were related to patients, served as direct caregivers with the most consistent times in providing care for patients throughout hospitalization and were responsible for the care of patients when the patients returned home. The samples had had no previous experience in tracheostomy patient care and received instruction and preparations concerning tracheostomy patient care from nurses stationed in these wards.

Research Instrumentation

The research instrumentation for the present study consisted of questionnaires checked for content and language accuracy by a panel of qualified experts comprising one doctor specializing in respiratory systems, one nursing professor in the field of the respiratory system, one nursing professor specializing in caregivers, and two high-ranking practicing nurses in the field of the respiratory system. The questionnaires comprised the following:

1. The questionnaire on caregiver knowledge about tracheostomy patient care at home was used to assess caregiver knowledge about tracheostomy patient care in various areas, e.g. preparation of equipment, cleaning equipment, patient care, monitoring for abnormal symptoms. The questionnaire was developed by the researcher from the review of literature and research concerning tracheostomy patient care. The responses were true-false and the score range for responses in each group was 0-13 points. High overall scores indicated good levels of caregiver knowledge and low overall scores indicated low levels of caregiver knowledge. When tried in 30 caregivers of tracheostomy patients with qualifications similar to the sample group, reliability according to analysis of Cronbach's alpha coefficient was 0.67. The researcher excluded three questions and discovered reliability from the analysis of Cronbach's alpha coefficient from 85 samples to obtain a value of 0.70.

2. Social Support Assessment Form - The researcher used the instrument of Chularak Kaweewiwitchai (1993) which contains a total of 15 questions comprising three aspects of support i.e. emotional support, material assistance and receipt of services and news and information support. The questions inquired about the amount of support received from three groups of persons, namely, family members, medical

personnel and intimate acquaintances. Responses were assessed by 5-level Likert scales within a score range of 0-60 points. High overall scores indicated high levels of social support. When the instrument was tried with 30 caregivers of tracheostomy patients with characteristics similar to the sample group, the reliability according to Cronbach's alpha coefficient was equal to 0.93.

3. The role strain questionnaire translated into Thai by Wirawan Wirojrat (2002) and colleagues was used to measure caregivers perceived difficulty in adjusting to caregiver roles in caring for tracheostomy patients with physical abnormalities. The questionnaire was divided into the following four sections:

The role conflict sections contained 14 questions with a scoring range of 0-56 points. High overall scores indicated high caregiver's role strain and low overall scores indicated low caregiver's role strain.

The mismatch expectation sections contained 4 questions had a scoring range of 0-16 points. High overall scores indicated high mismatch expectation in caregivers and low overall scores indicated low mismatch expectation in caregivers.

The increased tension sections contained 14 questions with a scoring range of 0-56 points. High overall scores indicated high increased tension from providing care in caregivers and low overall scores indicated low increased tension from providing care in caregivers.

The global strain sections contains four questions and scores were within a range of 0-16 points whereby high overall scores indicated a high level of global strain in caregivers while low overall scores indicated low levels of global strain in caregivers.

The scoring range was 0-144 points. High overall scores indicated high caregiver's role strain and low overall scores indicated low caregiver's role strain. When each sections was tried in 30 caregivers of tracheostomy patients with characteristics similar to the sample group, the reliability values obtained from analysis of Cronbach's alpha coefficient were 0.84, 0.52, 0.87 and 0.84, respectively.

4. The form for assessing caregiver readiness was translated into Thai by Wirawan Wirojrat and colleagues (2002) and retranslated into English by a linguistics expert. Later on, the contents of the questionnaire were modified for suitability with the Thai context and based on studied concerning senior adults in

Thailand. The form contained 8 questions with a scoring range of 0-32 points. High overall scores indicated high levels of readiness in caregivers and low overall scores indicated low levels of caregiver readiness. When each questionnaire was tried with 30 caregivers of tracheostomy patients with characteristics similar to the sample group, the reliability value obtained from analysis of Cronbach's alpha coefficient was 0.89.

Data Collection

The researcher requested a letter of introduction from the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, to the Administrator and Siriraj Hospital, Bangkok, in order to request permission for the researcher's data collection with an introduction to the research project and to request the consideration of the Siriraj Institutional Review Board. Once the researcher had been granted permission and passed the abovementioned consideration, the researcher met with the sample group in order to introduce herself, explain the research objectives and the steps involved in data collection. The subjects were also requested to sign informed consent forms for participation in the research. Next, the researcher had the sample group complete the questionnaire. The researcher double-checked the questionnaires for completeness after the sample group had already finished with the questionnaires.

Data Analysis

The SPSS/PC program package was used to analyze data as follows:

1. The personal data of the caregivers and tracheostomy patients were analyzed with descriptive statistics (frequency distribution, average scores, standard deviation and percentage).
2. The scores acquired from the forms for assessing knowledge about tracheostomy patient care, social support, caregiver's role strain and the readiness of caregivers of tracheostomy patients was assessed by using coordinates, average scores and standard deviation.

3. The relationship between knowledge about tracheostomy patient care, social support, caregiver's role strain, and the readiness of caregivers was analyzed by using Pearson's product moment correlation.

4. Enter multiple regression of knowledge in providing care, social support, and caregiver's role strain was used in predicting the readiness of caregivers of tracheostomy patients.

Research Findings

The tracheostomy patients comprised 36 patients who had come from the general internal medicine ward (General Asadang Ward) (42.4%), 16 patients who had come from the Neurosurgery Ward (18.8%), 11 patients from the Ear, Nose and Throat Ward (Chalermprakiat Ward) (12.9%), 8 patients from the Trauma Ward (72-Year Building, 7th Floor) (9.4%) and 7 patients from the General Surgery Ward (72-Year Building, 7th Floor) (8.2%). Most of the sample group members who were caregivers were females (84.7%) aged 41-50 years at 27.1 percent (Min= 18, Max=75, M=44.78, S.D.=14.86). As for marital status, the samples (55.3%) were married, unemployed (41.2%), were unemployed because they needed to care for the patients (27.1%) were related to the patients as daughters (25.9%), had mean family incomes under 10,000 baht (47.1%), estimated approximately 19-24 hours spent in caring for their patients (51.8%) and had two persons to help ease the burden of care (45.9%). As for the personal information for the patients, most were males (58.8%) aged over 60 years (74.1%) (Min= 18, Max=96, M=68.81, S.D.=15.61) with elementary educational attainments (47.1%). Treatment expenses were reimbursable from original affiliations (52.9%) and the greater part of the patients had been diagnosed with pneumonia (43.5%). The predominant reason for tracheostomy was due to extended use of respiratory ventilators (74.1%) and the majority of the patients had 1-2 caregivers (68.2%).

The sample group had knowledge about tracheostomy patient care scores within a range of 6-13 points. Of a total of 13 possible points, the sample group had an average score of 10.11 points (M=10.11, S.D.=1.77), which was a high level.

The sample group gave social support scores within a range of 7-60 points. Of a total of 60 possible points, the sample group had an average overall score of 38.22 points ($M=38.22$, $S.D.=13.00$), thus indicating that the sample group had moderate overall social support.

The sample group had caregiver's role strain scores within a range of 6-144 points. Of 144 total possible points, the sample group had an overall average score of 45.55 points ($M=45.55$, $S.D.=21.16$), thus indicating that the sample group had a low level of caregiver's role strain.

The sample group had overall care readiness scores within a range of 2-32 points. Of 32 total possible points, the sample group had overall average scores of 18.27 points ($M=18.27$, $S.D.=6.48$), thus indicating that the sample group had a high overall care readiness scores.

Knowledge about tracheostomy patients care was found to be positively related to the readiness of caregivers of tracheostomy patients with statistical significance ($r = .319$, $p < .01$).

Social support was found to be related to caregiver readiness with no statistical significance ($r = .131$, $p > .05$).

Caregiver's role strain was found to be negatively related to the readiness of caregivers of tracheostomy patients with statistical significance ($r = -.286$, $p < .01$).

Table 1 Pearson's Product Moment Correlation among the Variables Studied

Variable	1	2	3	4
Caregiver Readiness	1			
Knowledge about Tracheostomy Patient Care	.319**	1		
Social Support	.131ns	-.221*	1	
Caregiver's Role Strain	-.286**	.215*	-.261*	1

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, ns = no significance

According to enter multiple regression analysis (Table 2), knowledge about tracheostomy patient care and caregiver's role strain were found capable of jointly predicting the readiness of caregivers of tracheostomy patients at 15.1% ($R^2 = 0.151$, $p < .05$).

Table 2 Multiple correlation coefficient values among the variables studied

Predictors	b	Std. Error	Beta	t	sig
Predictors	4.16	.489		8.501	.004**
Knowledge about tracheostomy care	.050	.020	.268	2.513	.014*
Social support	.001	.008	.013	.121	.904ns
Caregiver's role strain	-.351	.168	-.225	-2.089	.040*
constant = 4.160					
R = 0.389, $R^2 = 0.151$ Adjusted $R^2 = 0.12$					

ns = $p > .05$, * $p < .05$, ** $p < .01$

15.1% f variance $F_{(3, 81)} = 4.809$

Discussion of the Findings

Caregiver Readiness of Tracheostomy Patient Caregivers

Caregiver readiness to care for patients was at a moderate level ($M=18.27$, $S.D.= 6.48$). This finding, however, differed from the findings of a study by Supranee Somboon (2005) who investigated caregivers of dementia patients, nor did it concur with the findings of another study by Chureerat Kopachon (2002) who investigated caregivers of cerebrovascular patients, finding caregivers to have very high levels of readiness, possibly because the introduction of the caregiver role was a new experience for caregivers and tracheostomy patients for which caregivers require specific knowledge, skills and expertise in order to provide care for tracheostomy

patients. Moreover, in preparing equipment for the care of patients in the transition from hospital to home, even the work unit at Siriraj Hospital has policy and supportive systems for providing knowledge and skills for caregivers of tracheostomy patients in order to prepare caregivers before making the transition from hospital to care for patients at home. However, caregiver readiness to care for tracheostomy patients has been found to be at a moderate level, possibly due in part to the fact that the caregivers had not yet actually fully functioned in the caregiver role for the tracheostomy patients. The caregiver role will be fully carried out once the tracheostomy patients have made the transition to home in combination with the fact that the caregivers had not yet been confronted with that situation. Caregiver readiness for tracheostomy patients, therefore, remained at a moderate level. Schumacher & Meleis' Transition Theory (1994) states the indicator of complete transition as role mastery which shows that caregivers are able to function well in their new role. Caregivers are ready to care for tracheostomy patients, so they are able to make the transition to the caregiver role and care for patients effectively. The study of Scherbring (2002) found that pre-discharge preparations for caregivers during the transition from hospital to home helped to promote relationships between patients and caregivers, thereby resulting in willingness and readiness to care for patients upon their subsequent return home.

According to the findings of the present study, the readiness of caregivers of tracheostomy patients can be divided into 8 aspects. And when considered in terms of individual aspects, the sample group was found to give the highest scores to emotional readiness to care for patients. This was followed by physical aspects. As for readiness in terms of finding information for the provision of health care services and procuring sources of care, the sample group was found to give the lowest scores to the aforementioned aspects.

Caregiver's Emotional and Physical Readiness

The sample group had a high level of readiness to provide care for tracheostomy patients ($M=3.41$, $S.D. = 1.08$). When considered in terms of individual aspects, emotional readiness was found to have primary importance for caregivers, while physical readiness was found to be of secondary importance ($M=3.38$, $S.D.=1.11$) with minor differences in scores because a number of tracheostomy

patients continued to have normal perception but were unable to perform daily activities and communicate normally with the people around them, thereby making the patients subject to stress, expressions of aggressive emotions and frequent angry outbursts directed at caregivers (Scase, 2007). According to this study, most caregivers were found to be adults with capacity for stress management and solving immediate problems (Sriruan Kaewkangwan, 1997). Most of the caregivers were daughters who viewed providing care for patients as an expression of love, filial bonds and gratitude, so the caregivers understood the situations and illnesses of the patients, which gave them emotional readiness to provide care for patients by attempting to understand the symptoms of illnesses as they accepted and adjusted to their patients. As a result, they had readiness and willingness to accept the role of caregivers of tracheostomy patients at home.

Physical readiness in providing care for tracheostomy patients was found to be nearly as important as emotional readiness because tracheostomy patients are unable to help themselves or only able to help themselves minimally. Tracheostomy patients require complex care, so caregivers need to spend time in constantly and continually providing care. Caregivers need to be prepared to provide proper care in response to problems and needs in order to care for patients effectively. Therefore, physical readiness, knowledge, capabilities and skills in providing care are significant factors with impact on care. Emotional and physical readiness occur simultaneously. Readiness in the aforementioned areas illustrates the necessity for caregivers to accept new roles in providing care for family members with the provision of effective and safe care for patients.

Caregiver Readiness to Provide Satisfactory Patient and Self-Care

Caregivers were found to have high levels of readiness in providing satisfactory patient care and self-care ($M=3.34$, $S.D. = 0.97$) with importance second to emotional and physical readiness, possibly because the sample group was related to the patients as their children (25.9%). According to Thai traditions and culture, blood relationships cause caregivers to feel love, repay kindness and show gratitude for parents or benefactors. The aforementioned feelings motivated caregivers with determination, attention and willingness to provide care for their patients.

Readiness to Seek Information Related to the Provision of Healthcare Services and Sources of Care

Readiness to seek information related to the provision of healthcare services and sources of care was at a high level ($M=3.09$, $S.D.=1.08$). However, when considered in terms of individual aspects, the sample group was found to have the lowest score in this aspect as compared to other aspects, possibly because the caregivers had no experience in providing care for tracheostomy patients at home, thereby resulting in uncertainty about readiness to seek information when providing care for patients at home. According to the study of Chom Suwanno (1997), caregivers of cerebrovascular disease patients were found to have attempted to seek support from reliable healthcare service facilities in line with their awareness that incorrect care of patients may be harmful to patients.

Factors Influencing Readiness in Caregivers of Tracheostomy Patients

According to the enter multiple regression statistical analysis of knowledge about tracheostomy patient care, social support and caregiver's role strain in predicting readiness to provide care for tracheostomy patients, knowledge about tracheostomy patient care, social support and caregiver's role strain were found to be able to jointly predict readiness to provide care for tracheostomy patients at 15.1% with statistical significance ($p < .05$). This finding concurred with the theory of Schumacher & Meleis (1994) who found transition to be a period of life crisis. Making the transition from the role of relative to caregiver of a family member is considered a major change in circumstances. If caregivers are well prepared or have protection, support and promotion during the aforementioned transition, which results in the ability to take on the caregiver role effectively.

Knowledge about Tracheostomy Patient Care

In this study, most of the sample group had high levels of knowledge about tracheostomy patient care ($M=10.11$, $S.D.=1.77$), possibly because tracheostomy patient care was a new experience and patients had to have medical equipment to take back home. Therefore, all caregivers required instruction concerning the knowledge and skills required in providing care for patients, a finding that concurred with the study of Chom Suwanno (1998) who found that caregivers of chronic disease patients

who had to provide care for patients at home tried to learn and practice self-care skills, including seeking help from various sources of benefits, in order to prepare and provide the most effective care for their patients.

Knowledge about tracheostomy patient care was found to be related to readiness in caregivers of tracheostomy patients ($r = .309$, $p < .01$). According to the Transition Theory of Schumacher & Meleis (1994), which discussed the transition from the role of family member to caregiver, it is necessary to have one significant transition factor, namely, knowledge and skills necessary for transition. This theory concurred with the study of Schottler, et al., (2009) who found that caregivers with knowledge concerning symptoms and presenting symptoms of autonomic dysreflexia and treatment in caregivers of adolescent patients with spinal cord injuries gave caregivers readiness to provide care for patients once the patients returned home. According to the study of Roongnapa Kiaochaam (2009), 40% of head trauma patients were found to have tracheostomy tubes, thereby resulting in dependency on caregivers when patients were discharged to home care. Learning and practicing necessary skills will make relatives aware of care in order to prepare for providing care for patients when patients return home.

Therefore, knowledge about tracheostomy patient care has a significant effect on caregiver readiness. According to the study of Yaowarat Ya-om (2000) who studied the needs of caregivers of head trauma patients where a number of patients had tracheostomy tubes and required tubal feeding, two needs of caregivers were encountered during the pre-discharge period, i.e. the need to be aware of the prognosis for the patients' diseases and the need for information, knowledge and skills in providing care for head trauma patients. Therefore, preparations in the area of knowledge about providing care were a significant issue affecting patient care and leading to caregiver readiness and patient safety.

Social Support

Social support was found to be related to caregiver readiness with no statistical significance ($r = .131$, $p > .05$), possibly because the study was conducted while the patients were still hospitalized. A previous study was conducted in 3 groups, i.e. family members, medical staff and intimate acquaintances. Most of the sample

group was found to have received support in terms of care, materials, data sources and other issues related to care from other caregivers of tracheostomy patients in the same patient ward, which was considered psycho-social support. This study did not investigate psycho-social support, so social support had no effect on the readiness of caregivers of tracheostomy patients.

Although social support was found to have no impact on the readiness of caregivers of tracheostomy patients, caregivers were found to have received the most material and service support with support in the area of news and information from the medical personnel group when the factors were considered individually ($M=5.62$, $S.D.=1.89$, $M=3.13$, $S.D.=0.80$). Emotional support was received most often from family members ($M=5.69$, $S.D.=1.65$), possibly because the patients were still receiving treatment in hospital, so the majority of support in the area of knowledge and information associated with care came from medical personnel. This finding differed from previous studies which found caregivers to have received the most material and service reception support from family members (Boonmas Chansirimongkol, 2007; Siripan Pitimanaari, 2007; Supaporn Chongprakobkit, 2008; Erikson & Lauri, 2000), possibly because these previous studies were conducted after the patients had returned home, so family members were nearby and provided full support in terms of materials and various services. In this study, the patients were hospitalized, so most news and information came from medical personnel. In terms of emotional support, the sample group was found to have received the most emotional support from family members, possibly because 45.9% of the sample group were primary caregivers with a minimum of two other persons to ease their burdens, so other children were unable to accept primary caregiver roles to support in other aspects and caregivers received more emotional support from family members than other groups.

Caregiver's Role Strain

Caregiver's role strain was found to be negatively related to readiness in providing care for tracheostomy patients with statistical significance ($r = -.286$, $p < .01$), a finding that concurred with the study of Chureerat Kopachon (2002) who studied readiness and caregiver's role strain in 100 caregivers of cerebrovascular disease patients and found that caregivers with low caregiver's role strain were ready to

provide care for patients following hospital discharge. This finding was similar to the findings of a study by Wilaiporn Sritaret (2003) in female family caregivers providing care for cerebrovascular disease patients and found female caregivers with low caregiver's role strain to have high levels of readiness to provide care for patients.

This study divided caregiver's role strain into 4 aspects, namely, Global strain, role conflict, mismatched expectations and increased tension. According to the findings, caregivers had low scores in each area of strain with moderate scores only in the aspect of role conflict ($M=25.06$, $S.D.=12.74$), possibly because most caregivers were females who were married (55.3%). These samples had to accept the both maternal and spousal roles in taking care of husband and family members, and a number of samples had to work both in the home and outside the home. Therefore, the addition of a tracheostomy patient to the family added the role of a caregiver, thereby indicating that these members of the sample group had to perform multiple roles simultaneously, thereby preventing the sample group from accomplishing their duties and excelling in a single role, which eventually resulted in role conflict.

Role conflict, increased tension and global strain were minimal ($M=2.46$, $S.D.=2.96$, $M=14.28$, $S.D.=27.02$ and $M=3.64$, $S.D.=2.96$, respectively). Role conflict was at a low level, possibly because the caregivers, many of whom were daughters (25.9%), might have been subject to the expectations of other people in their families that they were the best people responsible for the care of the patients when they had to care for the tracheostomy patients at home, a finding that concurred with the study of Chutima Mattayamul (2003) which found role conflict to be minimal because primary caregivers and family members had to be confronted with the transition not only to having a family member for a patient together, but a patient requiring complex care. Hence, family members encouraged one another, which resulted in the primary caregivers not feeling subject to overly high expectations from relatives and other people. In the same way, the sample group for this study was found to give low scores to increased tension and global strain, perhaps because the sample group had not yet been confronted with the actual situation of providing care for the tracheostomy patients at home and because the sample group members had at least two other people to help ease their burdens, so they had time to rest and carry on with their own lives and daily routines without experiencing caregiver's role strain.

Caregiver readiness in caring for tracheostomy patients was found to be negatively related to caregiver's role strain, which supported the research hypothesis. Caregiver's role strain is another significant factor in the transition from relative to caregiver of the tracheostomy patients according to the Transition Theory. Minimal caregiver role strain during the transition period will help caregivers to have increased readiness for the tracheostomy patient care, which has shown that they will be able to make an effective transition to their new role.

Knowledge about tracheostomy patient care, social support and caregiver's role strain were found to be able to predict readiness in providing care for tracheostomy patients at 15.1% with statistical significance ($p < .05$). However, the factor discovered to have the greatest significance in caregiver readiness was knowledge about tracheostomy patient care ($\beta = .268$), possibly because tracheostomy patient care is complex and requires specific knowledge and skills in order to provide care for patients (Scase, 2007). Therefore, support for caregivers to obtain accurate and relevant knowledge in providing care for tracheostomy patients, including guidelines for the prevention of potential stress from accepting caregiver roles, will cause caregivers to have readiness to go back and provide care for tracheostomy patients at home, thereby indicating that caregivers have achieved role mastery, which is an index indicating complete transition (Schumacher & Meleis, 1994).

Recommendations for Implementing the Research Findings

Nursing Practice

The present study found knowledge to have the greatest influence on readiness in caregivers of tracheostomy patients, so nurses should assess the knowledge and care-giving ability of caregivers of tracheostomy patients and applying the information obtained to planning as well as using the information obtained to teach caregivers of tracheostomy patients about proper care for the trachea, preparing necessary equipment, care of the respiratory tract and tube feeding, etc. In addition, relatives participate in learning and practicing skills associated with patient care while patients are still in hospital so caregivers can be promoted to gain understanding and

acceptance of their potential caregiver roles, thereby resulting in caregivers who possess proper knowledge and skills with readiness to care for tracheostomy patients once they return home.

Nursing Research

The present study investigated the period of time while patients continued to receive care in hospital. Therefore, a part of the data obtained may have originated with the feelings of relatives while caring for patients in hospital, even though they had not yet taken on the actual caregiver role. Hence, follow-up studies should be conducted on the preparations and readiness of caregivers of tracheostomy patients in the future after patients have been discharged home.

Recommendations for Further Research

1. This study is a guideline for further research on the issue of transitions in the situations of caregivers of tracheostomy patients in line with the transition theory of Schumacher & Meleis (1994). Studies should be conducted on other factors in line with the transition theory e.g. on the factor of giving meaning and expectation in the roles of caregivers, readiness or planning about various potential needs in accepting the caregiver role, so caregivers will obtain a clear understanding they can practice when they need to return home to provide proper care for their patients at home.
2. Further studies should explore long-term and follow-up until patients are discharged home. Studies should also be conducted in groups of caregivers of patients requiring more complex care.
3. Further studies should increase support in groups of caregivers together, which would clarify the data on care and make it more complete.

รายการอ้างอิง

- จตุรงค์ จงสถิตย์ไพบูลย์. (2547). การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ (Tracheostomy care) .ในการพยาบาลทางตา หู คอ จมูก. สุเชษฐ ชินไพโรจน์ และจักรี หิรัญแพทย์ บรรณาธิการ.กรุงเทพ โอเอส พรินติ้งเฮาส์.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2531). แรงสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาล ศาสตร์, 6, 96-106.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุริรัตน์ กอผจญ. (2545). การศึกษาอิทธิพลความพร้อมในการดูแล รางวัลที่รับจากการดูแล และปัจจัยด้านความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนัญชิตา โพธิประสาธ. (2547). พฤติกรรมการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนิตา มณีวรรณ และคณะ. (2537). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลที่บ้าน.วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 8(2), 30-39.
- ชุตินา มาตยมูล. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนพรรณ สิทธิสุนทร. (2543). การดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์และปัญหาของผู้ดูแล. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

- นิภาวรรณ สามารถกิจ. (2551). *ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและรางวัลที่ได้รับจากการดูแลของญาติผู้ดูแล : กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บทางสมอง ในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิลรัตน์ วัชรวิชาติ. (2543). *บทบาทผู้หญิงในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาชนบทศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2544). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกาศรี พุ่มมีผล, ภัทราภรณ์ พุ่มคำปัน และสมบัติ สกฤตพรรณ. (2550). การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก. *พยาบาลวารสาร*, 34(1) 64-75.
- พรชัย เรือนสิทธิ์. (2545). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มายูร เรืองสุข. (2547). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน. *รามารับดีพยาบาลสาร*, 2(1), 84-94.
- เยาวรัตน์ ยาอม. (2543). *ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บที่ศีรษะต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ. (2552). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรณู พุกบุญมี. (2543). *ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ใน สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ. การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: หจก.วีเจ. พรินติ้ง.

- วรรณ มีสุข. (2547). ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วารุณี พลิกบัว. (2547). ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิภา วิเสโส. (2545). การให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิราพร พงศ์อาจารย์. (2542). การประเมินผลการเรียน. โครงการตำราวิชาการราชภัฏเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในวโรกาสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมพรรษา 6 รอบ, พิษณุโลก.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. (2553). การประเมินและบันทึกการพยาบาลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ. ใน การบันทึกทางการพยาบาลเพื่อการบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 20 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : หจก.เอ็นพี เพลส.
- วิไลพร ศรีธเรศ. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลของภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช. (2551). สถิติผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอในหน่วยงานหู คอ จมูก โรงพยาบาลศิริราช.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีสุนทรา เจริญพิพัฒน์. (2545). การพยาบาลหู คอ จมูก. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- ศิริพรรณ ปิติมานะอารี. (2550). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุปราณี สมบูรณ์. (2548). ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภรัตน์ พลายเพชร. (2545). อิทธิพลของภาวะเหนื่อยอ่อน และความช่วยเหลือจากผู้อื่นต่อรางวัลที่ได้รับจากการดูแล ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551). ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). ความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวภา พราวตะคุ. (2549). การเปรียบเทียบความต้องการการช่วยเหลือและความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส บุตร และพี่น้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีย์ แสงรัสมิ. (2548). ความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, 13, 375-384.
- Backer, A. C. (1993). The spouse's positive effect on the stroke patient's recovery. *Rehabilitation Nursing*, 18(1), 30-33.
- Bower, B., & Scase, C. (2007). Tracheostomy facilitating successful discharge from hospital to home. *British Journal Nursing*, 16, 476-479.
- Brackley, M. H. (1992). A role supplementation group pilot study : A nursing therapy for potential parental caregivers. *Clinical Nurse Specialist*, 6(1), 14-19.

- Bull, M. J. (1990). Factor influencing family caregiver burden and health. *Western Journal of Nursing, 12*, 758-776.
- Burns, C., Archbold, P. G., Stewate, B. J., & Shelton, K. (1993). New diagnosis: Caregiver role strain. *Nursing Diagnosis, 24*, 192-201.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). Advanced statistical analysis. In *The practice of nursing research : Conduct, critique, and utilization*. (5th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Carey, P. J., Oberst, M. T., McCubbin, M. A., & Hughes, S. H. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patient receiving chemotherapy. *Oncologic Nursing Forum, 18*, 1341-1347.
- Chielens, D. & Herrick, E. (1990). Recipients of bone marrow transplants making a smooth transition to an ambulatory care setting. *Oncology Nursing Forum, 17*, 857-862.
- Clark, R. (2005). *Tracheostomy Self Care Guide For Patients and Their Caregivers*. Retrieved Nov 21, 2009, from <http://www.hospicewindsoressessex.com/downloads/07012501.pdf>.
- Dhand, R. & Johnson, J. C. (2005). Care of the Chronic Tracheostomy. *Respiratory Care, 51*, 984 –1001.
- Diehl, B. C., Dorsey, L. K., & Koller, C. L. S. (2000). *Transitioning the client with a tracheostomy from acute care to alternative setting. Tracheostomy and Ventilator Dependency: Management of Breathing, Speaking and Swallowing*. Ed Tippet DC. New York: Thieme Medical Publishers.
- Engoren, M, Arslanian- Engoren, C., & Fenn-Buderer, N. (2004). Hospital and long-term outcome after tracheostomy for respiratory failure. *Chest, 125*, 220-227.
- Erikson, E. & Lauri, S. (2000). Information and emotional support for cancer patient's relatives. *European Journal of Cancer, 9*, 8-15.
- Farran, C. J., Gilley, D. W., McCann, J. J., Bienias, J. L., Lindeman, D. A., & Evans, D. A. (2007). Efficacy of behavioral interventions for dementia caregivers. *Western Journal of Nursing Research, 29*, 944–960.
- Fenwick, A. M. (1979). An interdisciplinary tool for assessing patients' readiness for discharge in the rehabilitation setting. *Journal of Advanced Nursing: 4*, 9-21.
- Ferrario, S. R. (2001). Caregiver strain associated with tracheostomy in chronic respiratory failure. *Chest, 119*, 1498-1502.

- Gallagher-Thompson, D., & Coon, D. W. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 37-51.
- Garner, J. M., Moyle, M.S., & Franzese, C. B. (2007). Adult outpatient tracheostomy care: Practices and perspectives. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 136, 301-306.
- Given, B., Given, C. W., & Sherwood, P. R. (2008). What knowledge and skill do caregivers need?. *American Journal of Nursing*, 108(9), 28-34.
- Hebert, R. S., Arnold, R. M., & Schulz, R. (2007). Improving well-being in caregivers of terminally ill Patients. making the case for patient suffering as a focus for intervention research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34, 539-546.
- Hess, D. R. (2005). Facilitating speech in the patient with a tracheostomy. *Respiratory Care*, 50(4), 519–525.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. In C. Eisdorfer(Ed.), *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, 5, 194-246.
- Hwu, Y. (1995). The impact of chronic illness on patient. *Rehabilitation Nursing*, 20, 221-225.
- Jansma, F. F. I., Schure, L. M., & Jong, B. M. D. (2005). Support requirements for caregivers of patients with palliative cancer. *Patient Education and Counseling*, 58, 182-186.
- Kenner, C. & Lott, J. W. (1990). Parent transition after discharge from the NICU. *Neonatal Network*, 9(2), 31-37.
- Kneeshaw, M. F., Considine, R. M., & Jennings, S. J. (1999). Mutuality and preparedness of family caregivers for elderly women after bypass surgery. *Applied Nursing Research*, 12(3), 128-135.
- Krouse, H. J., Rudy, S. F., & Vallerand, A. H. (2004). Impact of tracheostomy or laryngectomy on spousal and caregiver relationship. *Head and Neck Nursing*, 22, 10-24.
- Lewarski, J. S. (2005). Long-term care of the patient with a tracheostomy. *Respiratory Care*, 50, 534–537.
- Longford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P. & Lillis, P.P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.
- Mc Carty, E. & Drebing, C. (2003). *Journey with Professional Caregivers: Balancing Self – Care with Care for Patients with Alzheimer’s Disease*. Presentation at the Annual Meeting of the Gerontological Society of America, San Diego, CA.

- Meleis, A. (1990). Being and becoming health: The care of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 3, 107-114.
- Michels, N. (1998). The transition from hospital to home: An exploratory study. *Home Health Care Services Quarterly*, 9(1), 29-44.
- Mittelman, M. S., Roth, D. L., Coon, D. W., & Haley, W. E. (2004). Sustained Benefit of Supportive Intervention for Depressive Symptoms in Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatry*, 161, 850-6.
- Nace, A. & Fox, A. (1998). Long term care of tracheostomy patients. In: Myers, E., Johnson, J., & Murry, T. (eds). *Tracheostomy Airway Management, Communication and Swallowing*. London: Singular.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prapphal, N., Laosunthara, N., Deerojanawong, J., & Sritippayawan, S. (2007). Knowledge of asthma among caregivers of asthmatic children: outcomes of preliminary education. *Journal Medical Association Thai*, 90, 748-753.
- Price, T. (2004). *Surgical tracheostomy : A Multiprofessional Handbook*. Ed Russell C Maha B. London: Greenwich Medical Media .
- Rhoades, D. R., & McFarland, K. F. (1999). Caregiver meaning: A study of caregivers of individuals with mental illness. *Health & Social work*, 24(4), 291-298.
- Ronezy, N. M., & Beddome, M. A. (1990). Preparing the family for home tracheostomy care. *AACN Clinical Issues Critical Care Nursing*, 1, 367-377.
- Scase, C. (2004). *Long-term tracheostomy and continuing care*. *Tracheostomy: A Multiprofessional Handbook*. Ed Russell C Maha B. London: Greenwich Medical Media.
- Scase, C. (2007). Discharging a patient home with a tracheostomy. *Advances in Clinical Neuroscience Rehabilitation*, 7(1), 24-25.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, A. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 318-406.
- Scherbring, M. (2002). Effect of caregiver perception of preparedness on burden in and oncology population. *Oncology Nursing Forum*, 29, 70-76.

- Schottler, L., Vogel, R., Chafet, z., & Mulcahey, M. J. (2009). Patient and caregiver knowledge of autonomic dysreflexia among youth with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 47, 681–686.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J., Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing and Health*, 23, 191–203.
- Schmacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transition: A central concept in Nursing. *Image*, 26, 119-127.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Caparro, M., Mutale, F., & Agrawal, S. (2008). Effects of Caregiving Demand, Mutuality, and Preparedness on Family Caregiver Outcomes During Cancer Treatment. *Oncology Nursing Forum*. 35(1), 49-56.
- Serra, A. (2000). Tracheostomy care . *Nursing standard*, 14(42), 44-45.
- Shaefer, A. L., Anderson, J. E., & Simm, L. M. (1990). Are they ready? Discharge planning for older surgical patients. *Journal of Nursing Research*, 6(2), 56-68.
- Sigler, B. (1998). Nursing management of the patient with a tracheostomy. In: Myers, E., Johnson, J., & Murry, T.(eds). *Tracheostomy airway management, communication and swallowing*. London: Singular Publishing .Chapter 6: 57-65.
- Silver, H. J., Wellman, N. S., Galindo-Clocon, D., & Johnson, P. (2004). Family caregivers of older adults on home enteral nutrition have multiple unmet task-related training needs and low overall preparedness for caregiving. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(1), 43–50.
- Stallwood, W. (2006). Relationship between caregiver knowledge and socioeconomic factors on glycemic outcomes of young children with diabetes. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11, 158-165.
- Teel, C. S., Duncan, P., & Lai, S. M. (2001). Caregiving experience after stroke. *Nursing Research*, 50(1), 53-60.
- Walker, A. J., Pratt, C. C., & Eddy, L. (1995). Informal caregiving to aging family members. *Family Relations*, 44, 402-411.
- Ward-Griffin., C. (2004). Nurses as caregivers of elderly relatives: negotiating personal and professional boundaries. *Canadian Journal Nursing Research*. 36(1), 92-114 .

- Weiss, M. E., Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal Nursing Measurement*, 14(3), 163-180.
- Wilson, E. B., & Malley, N. (1990). Discharge planning for the patient with a new tracheostomy. *Critical Care Nurse*, 10(7), 73-79.
- Wright, S. F., & VanDahm, K. (2003). Long-term care of the tracheostomy patient . *Clinical Care Medicine*, 24, 473-487.
- Yang, C., & Kirchling, J. M. (1992). Exploration of factors related direct care and outcomes of caregiving. *Cancer Nursing*, 15(3), 173-181.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพรพรรณ พรหมทัต

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทสามัญ (ตึก 72 ปี ชั้น 4) และหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ (ตึก 72 ปี ชั้น 7) หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติชั้น 1 ชั้น 2 และชั้น 11 (หน่วยฟื้นฟู) หอผู้ป่วยศัลยกรรมตึก 84 ปีชั้น 3 หอผู้ป่วยอุบัติเหตุสามัญ และหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ (ตึกอักษณวงศ์) โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

ไม่ได้ปฏิบัติงาน (ลาออกเพื่อศึกษาต่อ)

เบอร์โทรศัพท์ (083) 084-8563, (02) 756-6609

ผู้ให้ทุน ไม่มี

ระยะเวลาในการวิจัย ประมาณ 1 ปี 1 เดือน

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่มีความบกพร่องทางร่างกายเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และเพื่อศึกษาว่าปัจจัยดังต่อไปนี้ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ปัจจัยใดมีผลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอมากที่สุด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย เพื่อให้พยาบาล กำหนดแนวทางวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอให้มีประสิทธิภาพเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ท่านมีอายุมากกว่า 18 ปี ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยหนักเรื้อรัง หรือมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต เช่น เป็นบุตร หลาน เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเจาะคอโดยตรง นอกจากนี้ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอมาก่อน ได้รับการสอนและเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเจาะคอจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแล้ว และสามารถอ่านเขียน ภาษาไทยได้ จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 85 ราย

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. เมื่อท่านมาดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ผู้วิจัยจะมาพบท่านที่หอผู้ป่วยนั้น ของโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายให้ฟังว่าขั้นตอนของการวิจัยนั้นประกอบด้วยการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ (ในส่วนของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้วิจัยดูจากเวชระเบียนของผู้ป่วยแทน) แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่บ้าน จำนวน 14 ข้อ แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล จำนวน 36 ข้อ และความพร้อมในการดูแลจำนวน 8 ข้อ

2. ผู้วิจัยพาท่านนั่งในบริเวณที่เตรียมไว้ ได้แก่ ห้วหน้าหอผู้ป่วย หรือบริเวณที่นั่งสำหรับญาติผู้ดูแล ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจัดให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยแทนท่าน

ในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากมีคำถามที่ท่านไม่สบายใจที่จะตอบ ท่านสามารถไม่ตอบคำถามข้อนั้นๆ โดยระยะเวลาที่ท่านจะใช้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ประมาณ 30 นาที ขณะตอบแบบสอบถามและหลังจากการตอบแบบสอบถาม ถ้าท่านรู้สึกไม่สบายใจ เครียด หรือวิตกกังวล ให้หยุดตอบแบบสอบถามทันที และผู้วิจัยจะแจ้งไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน นอกจากนี้ผู้วิจัยจะให้คำอธิบาย และเปิดโอกาสให้สอบถามและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ระบายความรู้สึกนั้น โดยสิ่งที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ระบายออกมาให้ผู้วิจัยได้ฟังนั้น จะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้

3. ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลกับท่านในระหว่างการมาเยี่ยม หรือ ให้การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ดังนั้นการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่มีความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงใด แต่ท่านอาจเสียเวลาบ้างในการตอบแบบสอบถาม หรือตอบคำถาม

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้ป่วยที่ท่านดูแล จะได้รับการพยาบาล และการรักษาของแพทย์ตามปกติ โดยไม่มีผลใดๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วยของท่าน

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวพรพรรณ พรหมทัต ที่เบอร์โทรศัพท์ (083)084-8563 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย การเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ประโยชน์โดยตรงที่ท่านจะได้รับคือ ในกรณีที่ท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอก่อนกลับบ้านโดยการสอบถามจากผู้วิจัย และผลการศึกษาโดยรวมจะยังไม่เกิดประโยชน์ต่อท่านโดยตรงในขณะนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์ในการนำผลการวิจัยที่ได้มากำหนดแนวทางในการวางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอก่อนกลับบ้านได้อย่างเหมาะสม และนอกจากนี้ยังใช้ข้อมูลการวิจัยไปศึกษาต่อเพื่อส่งเสริมผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยเจาะคอได้อย่างดียิ่งขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

ค่าใช้จ่ายที่ท่านต้องรับผิดชอบเอง คือ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ค่าอาหาร ค่ายาและค่ารักษาพยาบาล

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดิโกดูลยเดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร. (02) 419-6405-6 โทรสาร (02)419-6405

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย / วันที่.....
(.....)

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวพรพรรณ พรหมทัต ที่เบอร์โทรศัพท์ (083)084-8563 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน ตึกอำนวยการชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร. (02) 419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทน โดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย
คือ.....

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....
(.....)

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านที่ตรงกับความเป็นจริง โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ใน □ หรือเติม
คำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

2. อายุ..... ปี

3. สถานภาพ

☐ โสด

☐ คู่

☐ หย่า

☐ หม้าย

☐ แยก

4. ศาสนา

☐ พุทธ

☐ คริสต์

☐ อิสลาม

5. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษา

☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

☐ อื่นๆ.....

.
. .
.

9. ความเพียงพอของรายได้

- ☐ ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน
- ☐ เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ
- ☐ เพียงพอ มีเหลือเก็บ

10. ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน.....ชั่วโมง

11. สมาชิกในครอบครัว.....คน จำนวนคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล.....คน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ

- ☐ ชาย
- ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

- ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ
- ☐ ประถมศึกษา
- ☐ มัธยมศึกษา
- ☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
- ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
- ☐ อื่นๆ.....

4. อาชีพ.....

.

.

.

7. การวินิจฉัยโรค.....

8. สาเหตุให้ต้องเจาะหลอดลมคอ.....

9. จำนวนญาติผู้ดูแล.....

แบบวัดความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ

คำชี้แจง การตอบแบบสอบถาม ขอให้ท่านอ่านข้อความให้เข้าใจแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจของท่าน

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ แน่ใจ
1	<u>ด้านการเตรียมอุปกรณ์</u> อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องเตรียมให้พร้อมก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ได้แก่ อุปกรณ์ในการดูดเสมหะ, อุปกรณ์ทำความสะอาดแผล, อุปกรณ์ทำความสะอาดท่อหลอดลมชั้นใน , อุปกรณ์ในการพ่นยา และอุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายยาง			
2	<u>ด้านการทำความสะอาดอุปกรณ์</u> ท่อหลอดลมชั้นในควรถอดออกมาล้างทำความสะอาดเมื่อสกปรก เท่านั้น			
3	อุปกรณ์ที่ใช้ในการพ่นยา ควรทำความสะอาดหลังจากการใช้ทุกครั้ง			
4	<u>ด้านการดูแลผู้ป่วย</u> การทำแผลเจาะหลอดลมคอ การทำแผลเจาะหลอดลมคอควรทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อแผลสกปรก หรือมีเสมหะติดกรัง			
5	ควรดูดเสมหะในท่อหลอดลมให้แก่ผู้ป่วย เมื่อได้ยินเสียงไอหรือมีเสียงครี๊ดคราดในท่อหลอดลมคอเท่านั้น . . .			

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ แน่ใจ
13	<u>ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ</u> อาการปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเจาะคอ คือ เสมหะ เปลี่ยนสี ปริมาณมาก มีกลิ่นเหม็น			
14	อาการที่แสดงว่าแผลหลอดลมคอมีการติดเชื้อ ได้แก่ แผลบวม แดง มีหนองหรือน้ำเหลืองบริเวณรอบแผลเจาะคอ			

แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ ต้องการทราบถึง ความช่วยเหลือที่ท่านได้รับ ในการให้การดูแลผู้ป่วย เจาะคอ โดยพิจารณาแต่ละข้อคำถามว่าท่านได้รับความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด โปรด ทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยให้ตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย ถึง ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด

ก) ท่านได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง

ข้อคำถาม	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1.ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์มากน้อยเพียงใด					
2.ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุขมากน้อยเพียงใด					
.					
.					
.					
5.ท่านได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันมากน้อยเพียงใด					

ข) ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน

ข้อคำถาม	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1.ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์มากน้อยเพียงใด					
2.ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุขมากน้อยเพียงใด					

ข้อคำถาม	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
.					
.					
.					
5.ท่านได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันมากน้อยเพียงใด					

ค) ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ

ข้อคำถาม	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1.ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์มากน้อยเพียงใด					
2.ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุขมากน้อยเพียงใด					
.					
.					
.					
5.ท่านได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันมากน้อยเพียงใด					

แบบวัดความเครียดในบทบาท

คำชี้แจง แบบวัดความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลนี้ เป็นการวัดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลทั้งหมด 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความขัดแย้งในบทบาท ด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามที่คาดหวัง ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น และด้านความเครียดโดยรวม

ด้านความขัดแย้งในบทบาท

การดูแลผู้ป่วยจะขอ เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ในบทบาทอื่นๆ มากน้อยเพียงใด ในแต่ละข้อคำถามไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตรงตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด หรือลงในช่องไม่มีบทบาทนี้ ถ้าท่านไม่มีบทบาทนั้น

การดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคต่อท่านในการทำหน้าที่ในบทบาทอื่น มากน้อยเพียงใด	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด	ไม่มีบทบาทนี้
1. ทำหน้าที่ภรรยา/สามี						
2. ทำหน้าที่พ่อหรือแม่						
3. ทำหน้าที่ลูกสาว/ลูกชาย						
4. ทำหน้าที่พี่หรือน้อง						
5. ทำหน้าที่การเป็นปู่ย่า/ตายาย						
.						
.						
.						
13. ทำสิ่งดีๆ ให้กับตัวเอง						
14. ความรับผิดชอบอื่นๆที่ท่านมีอยู่ส่งผลรบกวนการดูแลผู้ป่วย						

ด้านการแสดงบทบาทไม่ตรงตามความคาดหวัง

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ เป็นการถามถึงความรู้สึกของท่านที่มีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย ในแต่ละข้อ
คำถามไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตรงตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. ท่านเคยคิดว่าท่านควรให้การช่วยเหลือบางอย่างแก่ผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วย
แต่ไม่สามารถทำได้

☐

☐ ไม่มี (ไปตอบข้อ 2)

☐ ไม่แน่ใจ (ไปตอบข้อ 2)

☐ มี

1ก. ถ้ามี กรุณายกข้อว่าสิ่งที่ท่านไม่สามารถช่วยเหลือได้คืออะไรบ้าง?

.....

1ข. ถ้ามี สิ่งที่ท่านไม่สามารถช่วยเหลือนั้นรบกวนจิตใจท่านมากน้อยเพียงใด

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ ค่อนข้างมาก ☐ มาก ☐ มากที่สุด

.
. .
. . .

4. มีบางสิ่งบางอย่างที่ท่านต้องทำให้ผู้ป่วย แต่ท่านคิดว่าผู้ป่วยควรทำสิ่งเหล่านั้นเอง
สำหรับผู้ป่วย

☐ ไม่มี

☐ ไม่แน่ใจ

☐ มี

4ก. ถ้ามี กรุณายกข้อว่าสิ่งที่ท่านทำนั้นคืออะไรบ้าง?

.....

4ข. ถ้ามี สิ่งที่ท่านทำนั้นรบกวนจิตใจท่านมากน้อยเพียงใด

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ ค่อนข้างมาก ☐ มาก ☐ มากที่สุด

ด้านความตึงเครียดเพิ่มขึ้น

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ เป็นการถามถึงความรู้สึกของท่านในระหว่างดูแลผู้ป่วยว่ามีผลกระทบในทางลบต่อชีวิตของท่านหรือไม่ ในแต่ละข้อคำถามไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตรงตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

การช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้.....	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด
1.ท่านมีเวลาให้กับตัวเองน้อยลง					
2.เพิ่มความตึงเครียดระหว่างท่านและผู้ป่วยมากขึ้น					
3.ความเป็นส่วนตัวของท่านลดน้อยลง					
4.ผู้ป่วยพยายามเรียกร้องให้ท่านทำในสิ่งที่ท่านไม่อยากทำ					
5.ท่านมีกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินลดน้อยลง					
6.ผู้ป่วยเรียกร้องให้ช่วยเหลือในสิ่งที่ไม่สมเหตุสมผลมากขึ้น					
.					
.					
.					
13.ท่านต้องเพิ่มความกังวลในเรื่องต่างๆ มากขึ้น					
14.เวลาในการพบปะเพื่อนฝูงและญาติพี่น้องของท่านน้อยลง					

ด้านความเครียดโดยรวม

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ เป็นการถามถึงประสบการณ์โดยทั่วไปของท่านในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ขอให้ท่านตอบตรงตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. จากการพูดคุยกับผู้ดูแลบางคนเราทราบว่า ผู้ดูแลบางคนรู้ดีว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดอิสระ ในขณะที่บางคนไม่รู้ดีเช่นนั้น สำหรับตัวท่านเองท่านรู้ดีว่าการดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดอิสระมากน้อยเพียงใด

- ☐ ไม่รู้สึกเลยขาดอิสระ
- ☐ รู้สึกบ้างเล็กน้อย
- ☐ รู้สึกขาดอิสระค่อนข้างมาก
- ☐ รู้สึกขาดอิสระมาก
- ☐ รู้สึกขาดอิสระมากที่สุด

.
.
.

3. ท่านรู้สึกเครียดต่อการรับผิดชอบในสิ่งต่างๆ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด สำหรับผู้วิจัย

- ☐ ไม่เครียดเลย
- ☐ เครียดเล็กน้อย
- ☐ เครียดค่อนข้างมาก
- ☐ เครียดมาก
- ☐ เครียดมากที่สุด

4. ในการดูแลผู้ป่วย ท่านรู้ดีที่ท่านได้รับผลดีและผลเสียอย่างไร สำหรับผู้วิจัย

- ☐ มีผลดีมากกว่าผลเสียอย่างมาก
- ☐ ค่อนข้างไปทางด้านผลดีมากกว่าผลเสีย
- ☐ มีผลดีและผลเสียเท่ากัน
- ☐ ค่อนข้างไปทางผลเสียมากกว่าผลดี
- ☐ มีผลเสียมากกว่าผลดีอย่างมาก

แบบวัดความพร้อมในการดูแล

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแล ว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลแต่ละเรื่องมากน้อยเพียงใด ในแต่ละข้อคำถามไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบตรงตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด
1.ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด เช่น การดูแลแผล การดูแลท่อหลอดลมคอ					
2.ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการดูแลด้านอารมณ์ของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด					
3.ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งให้การดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด					
4.ท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด					
• • •					

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด
7.ท่านมีความพร้อมในการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่จำเป็นจากทางโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุขได้มากน้อยเพียงใด					
8.โดยรวมท่านคิดว่าท่านมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด					

ภาคผนวก ค
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิมา กุสุมา ณ อยู่ธยา
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปีน
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชื่น ชีวพูนผล
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
4. แพทย์หญิงเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์
สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
5. นางสาวโณมนภา กิตติศัพท์
ฝ่ายการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข *Si* 281/2010

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอในระยะเปลี่ยนผ่านจาก
โรงพยาบาลสู่บ้าน

รหัสโครงการ : 241/2553(EC4)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวพรพรรณ พรหมทัต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. แบบสอบถาม
6. ประวัตผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 3 มิถุนายน 2553

วันหมดอายุ : 2 มิถุนายน 2554

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรอง
โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS
Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรียา เลิศธรรมยมนตรี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

4 มิถุนายน 2553
วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

9 มิถุนายน 2553
วันที่

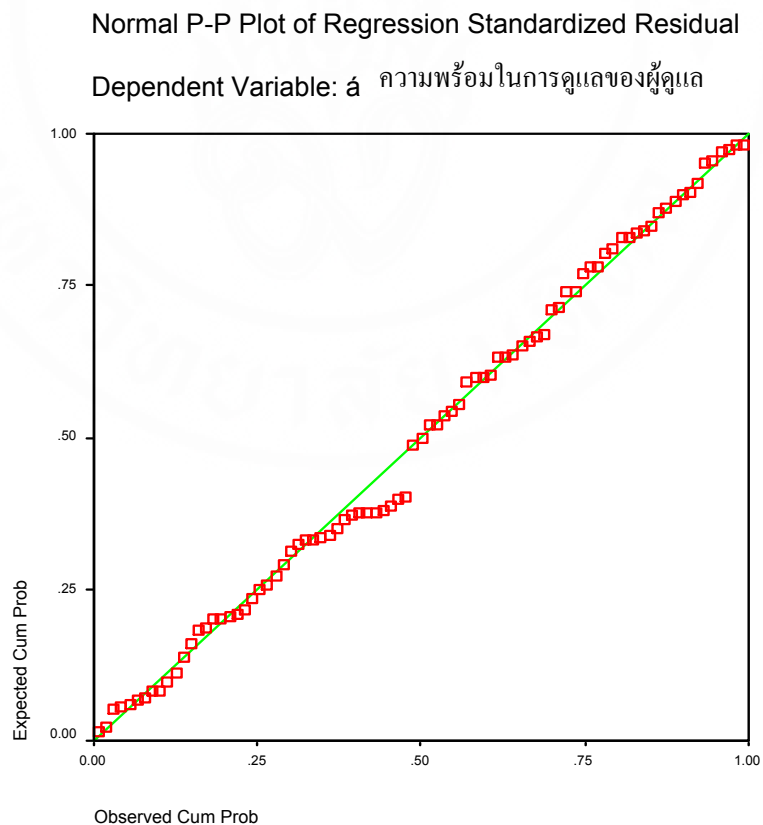
Page 1 of 2

ภาคผนวก จ
การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ
(Multiple Regression Analysis)

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity)

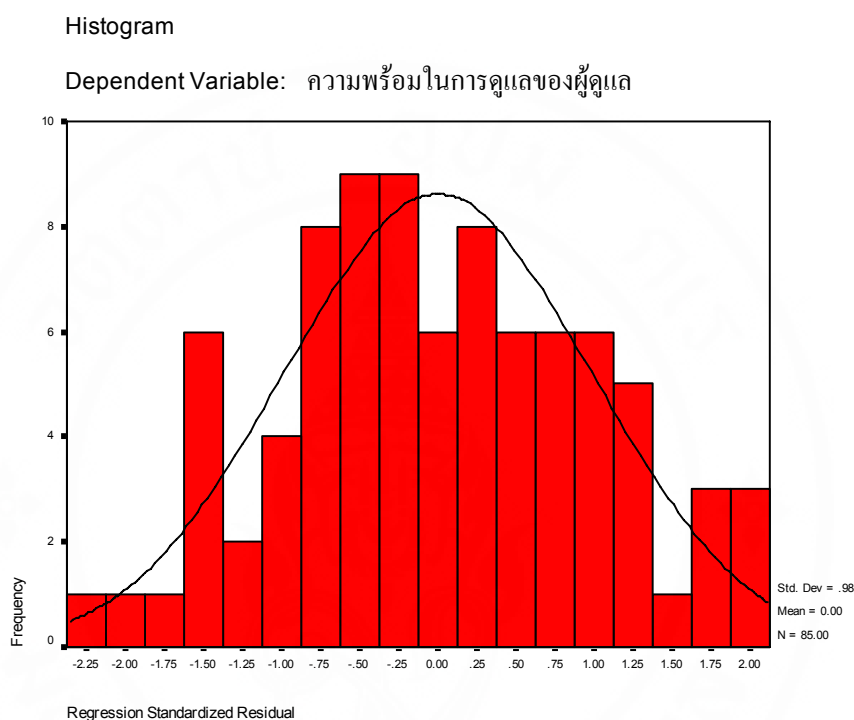
รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (x) และตัวแปรตาม (y) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity)



รูปภาพที่ 1 ภาพการกระจายของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น

2. ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ (Normal curve)

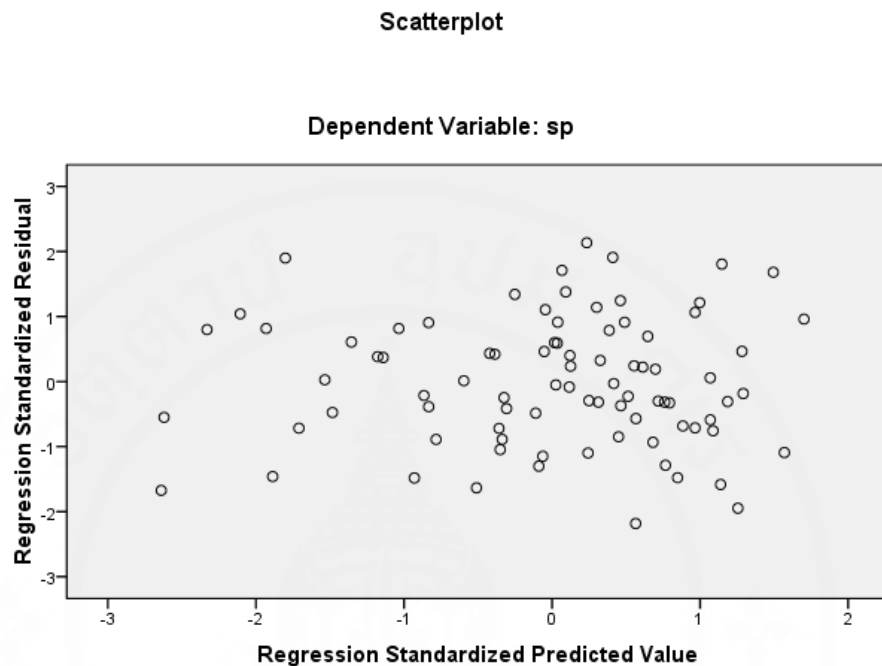
ข้อมูลของตัวแปรตาม (y) บนค่าของตัวแปร(x) มีการแจกแจงเป็นปกติ



รูปภาพที่ 2 ภาพกราฟการแจกแจงของตัวแปร

3. ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน (Homoscedasticity)

ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ โดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter Plot) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระกระจายบริเวณค่าศูนย์ (รูปภาพที่ 3)



รูปภาพที่ 3 การกระจายค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน

4. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity)

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity) คือ น้อยกว่า 0.80 (Burn & Grove, 2005)

5. ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระต่อกัน (Autocorrelation)

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.777 ซึ่งแสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน

สรุป การศึกษาครั้งนี้สามารถใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณได้ เนื่องจากเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นางสาวพรพรรณ พรหมทัต

วัน เดือน ปีเกิด

28 พฤศจิกายน 2525

สถานที่เกิด

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประวัติการศึกษา

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, พ.ศ. 2544-2548

คณะพยาบาลศาสตร์ พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2551-2554

คณะพยาบาลศาสตร์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ประวัติการทำงาน

พยาบาลประจำหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริรินทร์

พ.ศ. 2554

ที่อยู่ปัจจุบัน

7 หมู่ 1 ต. พยอม อ. วังน้อย จ. อยุธยา 13170

โทร. 083-0848563

E-mail: charlot_pp@hotmail.com