

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน  
The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Enhancing the Quality of Life  
of Caregivers Who Cared for The Terminally Ill Cancer Patient in Community

พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์\* พรศิริ พันธสี และ กมลทิพย์ ชลัษเฐียรเนียม  
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน โดยการประยุกต์รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยการวิเคราะห์ปัญหาจากประสบการณ์การทำงานในหน่วยดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยกำหนดคำสำคัญ ได้งานวิจัยที่ตรงประเด็นปัญหาระหว่างพ.ศ. 2542 - 2553 จำนวน 10 เรื่อง ประกอบด้วย การวิเคราะห์เมต้า 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลอง 3 เรื่อง งานวิจัยที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า 2 เรื่อง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย 2 เรื่อง และบทความพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง 1 เรื่อง จากนั้นทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ จนได้แนวปฏิบัติการพยาบาล และให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหน่วย Palliative care ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และส่วนที่ 2 รูปแบบและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน 3 ราย เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง รวมทั้งการร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้มีเครือข่ายที่ช่วยเหลือกันในชุมชน ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิตผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แนวปฏิบัติการพยาบาล

### Abstract

The purpose of this study was to develop a clinical nursing practice guideline (CNPg) for promoting the caregivers' quality of life using evidence-based practice model of the Center for Advanced Nursing Practice

---

\* ผู้ประสานงานหลัก (Corresponding Author)

in America. The data were collected from caregivers who were responsible for taking care of the terminally ill cancer patients in the community and ten related empirical evidence from 1999 - 2010. The evidence included one meta-analysis, three randomized controlled trials, two longitudinal studies, one systematic review, two descriptive research and one article from a specialist. All of the relevant evidence was measured in terms of the strength of information before being analyzed and synthesized to develop a CNPG. The CNPG was validated by the experts from Palliative Care Unit and also measured in terms of possibility. The CNPG consisted of two parts; the first part was the assessment of caregivers' quality of life and the second part was the nursing interventions. The CNPG had been implemented at the primary care unit with three patients for four weeks. It was found that the caregivers were satisfied with the programs of nursing interventions in the way that they enhanced their knowledge of patient cares and self cares. In addition, activity participation created a support group which improved both quality of care and their quality of life.

**Keywords:** caregiver's quality of life, terminally ill cancer patients, clinical nursing practice guidelines

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาอาการลุกลามของโรคได้ เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการพึ่งพาจากบุคคลผู้ใกล้ชิด ถ้าผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายตามการดำเนินของโรคในระยะสุดท้าย ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยครั้ง ประกอบกับนโยบายด้านการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลใช้ระยะเวลาสั้นลง เนื่องจากปัญหาค่ารักษาพยาบาลที่สูงมากขึ้น (Ungwattansirikul, 2007; Fleming *et al*, 2006) ความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านและในชุมชนจึงเพิ่มสูงขึ้น สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจึงเป็นแกนหลักของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นภาระหนักและซับซ้อน (Phillips and Reed, 2009) ที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ โดยต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ความพยายามอย่างต่อเนื่อง และต้องปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งหากไม่สามารถปรับบทบาทได้จะก่อให้เกิดปัญหาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้ (Lawang *et al*, 2005)

- 1) ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย (Physical health problem) จากกิจกรรมต่างๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน ทำให้มีปัญหาสุขภาพของหลัง คอ ไหล่ โดยเฉพาะผู้ดูแลบางคนที่มีโรคประจำตัว ทำให้สุขภาพร่างกายถดถอย เกิดความเหนื่อยล้าและมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย หรือมีความรุนแรงของโรคประจำตัวเพิ่มมากขึ้น (Lawang *et al*, 2004)
- 2) ปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ (Psychological health problem) ซึ่งเกิดจากการดูแลมีความยุ่งยาก ลำบาก ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายการทำหน้าที่ บางครั้งอาจจะโกรธหรือทะเลาะกับผู้ป่วย (Lawang *et al*, 2005) มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกเหงา สูญเสียและเศร้าโศก
- 3) ปัญหาทางสังคม (Social health problem) ซึ่งเกิดจากการสูญเสียความเป็น

ส่วนตัว ข้าแต่เพื่อนฝูง อาจสูญเสียทั้งการศึกษา ครอบครัวและอาชีพ ขณะเดียวกันต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ภายในบ้าน รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา 4) ปัญหาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual health problem) ผู้ดูแลรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเอง เกิดความขัดแย้งในตนเอง รู้สึกเป็นคนไม่ดี ทำอะไรไม่สำเร็จ โทษตนเอง เป็นต้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทตนเองในการดูแลผู้ป่วยได้จะมีความสุขกับการดูแลต่อบุคคลที่ตนรัก มีโอกาสใกล้ชิดผูกพันกันมากขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่าและได้รับการชื่นชม ยอมรับนับถือจากบุคคลรอบข้าง

จากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงใช้บทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) พัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลการเป็นผู้ให้ผลงานวิจัย (Research) สร้างองค์ความรู้และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน ผสมผสานความรู้ ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญทางคลินิก นำมาสู่การเปลี่ยนแปลง โดยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลให้เหมาะสมตามสภาพสังคมและวัฒนธรรมในชุมชน ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลครอบครัวแบบองค์รวม

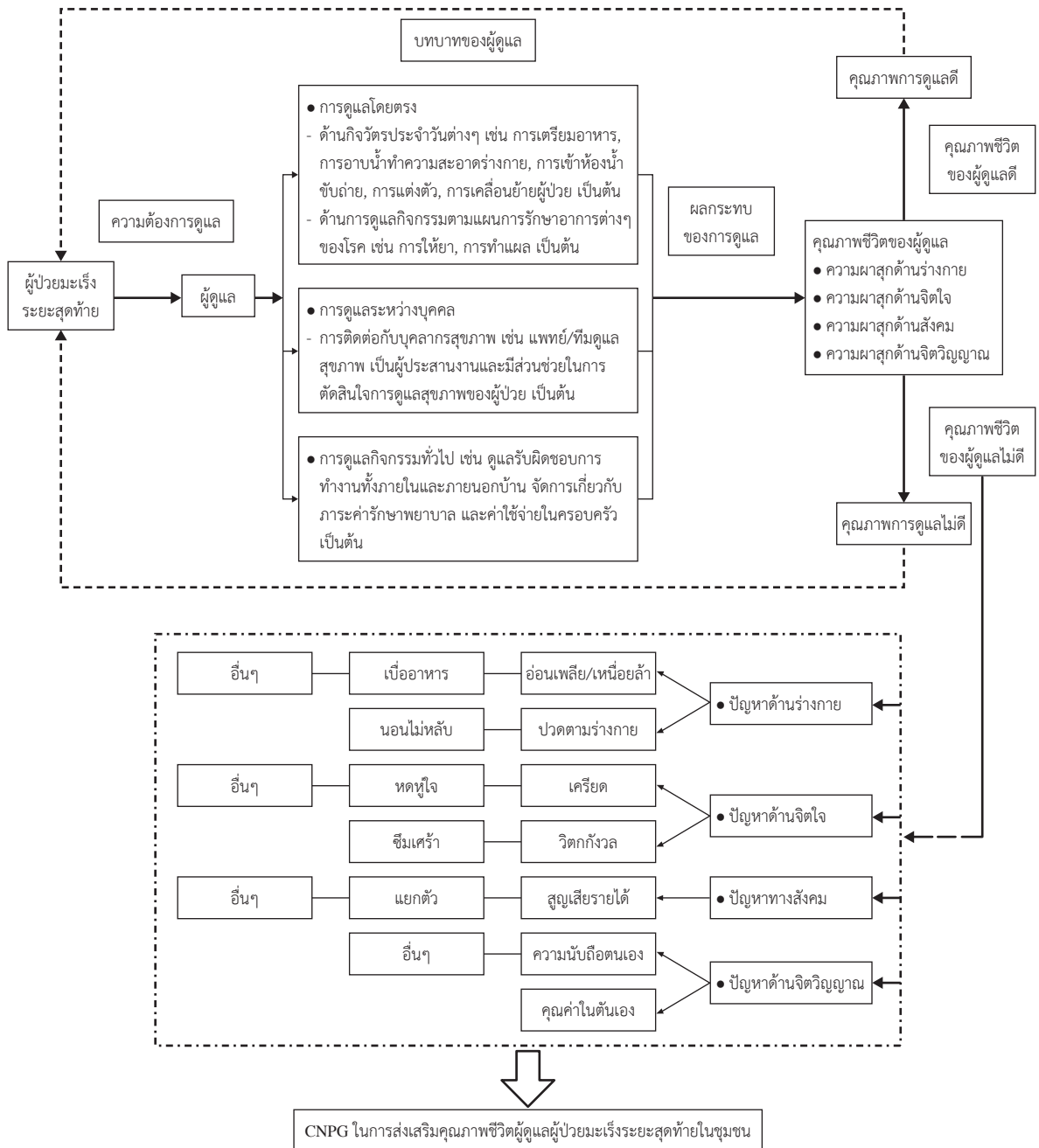
ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความสุขในชีวิต สามารถปรับตัวอยู่ในสิ่งแวดล้อม มีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย และเป็นการช่วยเสริมสร้างศักยภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีมีคุณภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ต้องกลับไปเข้าโรงพยาบาลซ้ำอีก

## วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน

## กรอบแนวคิดในการศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะของโรคเรื้อรังเกิดอาการความทุกข์ทรมาน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาจากผู้ดูแลในครอบครัว ภาระงานที่ผู้ดูแลต้องกระทำให้กับผู้ป่วย เช่น การดูแลโดยตรง (Direct care) ในกิจวัตรประจำวันการดูแลอาการเฉพาะของโรคและการทำหน้าที่เป็นบุคคลกลางในการติดต่อกับบุคลากรสุขภาพ (Interpersonal care) เพื่อการดูแลรักษา รวมทั้งผู้ดูแลบางคนต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องค่าใช้จ่าย (Instrumental care) บทบาทและหน้าที่ที่ต้องกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่างๆ ผู้ดูแลที่สามารถปรับบทบาทตนเองในการดูแลผู้ป่วย มีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย ย่อมส่งผลให้เกิดความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สำหรับผู้ดูแลที่มีภาระความรับผิดชอบมาก และต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ อาจส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลทางด้านร่างกาย ทำให้สุขภาพร่างกายถดถอย เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียด เศร้าโศก ด้านสังคม ถูกแยกจากสังคม ขาดรายได้ และด้านจิตวิญญาณ ไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานได้ มองตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่าจากผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดังกล่าว จึงเป็นแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน ตามกรอบแนวคิดในการศึกษาดังภาพที่ 1



## วิธีการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งดำเนินการ 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Evidence-triggered phase) ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอาการของโรคกลูกลามจนไม่สามารถที่จะรักษาให้หายได้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นเพียงประคับประคองอาการ ลดความทุกข์ทรมานจากโรคเท่านั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความต้องการกลับบ้านเพื่อใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย แต่เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว พบว่าต้องกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำหรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร เนื่องจากผู้ดูแลบางรายไม่สามารถจัดการปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่บ้านได้ เพราะขาดความมั่นใจและไม่ทราบวิธีการช่วยเหลือ ผู้ดูแลบางรายเกิดเจ็บป่วยจากการดูแลผู้ป่วย และภาระงานที่เพิ่มขึ้นก่อให้เกิดความเครียดส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) โดยใช้เกณฑ์ PICO (P: Population, I: Intervention, C: Comparison intervention, O: Outcome) (Melnik and Fineout-Overholt, 2002; Craig and Smyth, 2007) สืบค้นทั้งจากหนังสือ ตำรา วารสาร ในประเทศและต่างประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2542 - 2553 โดยการสืบค้นจากระบบฐานข้อมูล (Database) ได้แก่ Sciencedirect PubMed Cochrane ProQuest Blackwell synergy ฐานข้อมูลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย การสืบค้นด้วยมือ และการสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง แล้วนำมาประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ เมลนิค และไฟน์เอาท์-โอเวอร์โฮลท์ (Melnik and Fineout-Overholt, 2005) ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ 10 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยที่เป็นการศึกษาวิเคราะห์เมตา 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลอง 3 เรื่อง งานวิจัยที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า 2 เรื่อง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย 2 เรื่อง และบทความพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง 1 เรื่อง หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมได้ จนได้แนวปฏิบัติการพยาบาล แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่านซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหน่วยการดูแลประคับประคองตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอีก 1 ราย แล้วนำมาปรับแก้ให้เหมาะสมเพื่อนำลงสู่การปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase) มีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของโพลิตและเบค (Polit and Beck, 2004) ซึ่งประกอบด้วย การถ่ายทอด/การนำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) ความเป็นไปได้ (Feasibility) และความคุ้มค่าในการนำไปปฏิบัติ (Cost-benefit ratio)
2. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ โดยให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยปฐมภูมิที่สำนึกศรี อำเภอนาทม จ.น่าน นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 3 ราย เป็นเวลา 4 สัปดาห์ แล้วมีการประเมินผลหลังการนำไปใช้ในด้านกระบวนการและผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Evidence-based phase) โดยมีการนำไปใช้กับ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวนมากขึ้นในระยะเวลาอันสั้น และปรับแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ

## ผลการศึกษา

จากผลการสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และส่วนที่ 2 รูปแบบและกิจกรรมการพยาบาล ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 1 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) (Weitzner and McMillan, 1999) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ร่วมกับเทคนิคการสัมภาษณ์ การสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมาวินิจฉัยปัญหา ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิต และสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกเป็นสุข ตลอดจนการตัดสินใจ หรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคล แล้วนำคะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตมาแปลผลโดยดัดแปลงเกณฑ์การประเมินมาจากการวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (Mahantanirunkul, 2010) โดยคะแนน 0 - 52 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 53 - 80 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 2 รูปแบบและกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ใช้รูปแบบการให้ความรู้และการประคับประคองจิตใจ (Psycho-education) ซึ่งประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน (Home visit) การโทรศัพท์ (Phone call) การใช้กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล (Caregiver support group) การใช้คู่มือ Guidebook และการใช้เทปสวดมนต์ประกอบดนตรี (Audiotape) ซึ่งมีดังนี้

1. การเยี่ยมบ้าน เป็นวิธีการหรือกิจกรรมที่สำคัญของงานเวชปฏิบัติชุมชน เป็นการให้บริการกับผู้ดูแลโดยตรง (One-to-one intervention) (Harding and Higginson, 2003) ในการสนับสนุน/ช่วยเหลือด้านข้อมูลความรู้ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล (Hudson, Aranda and Hayman-White, 2005) และฝึกทักษะการเผชิญปัญหาการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ดูแล เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ระยะเวลาเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง (continuous) และครอบคลุม (comprehensive) แก่บุคคลในครอบครัว มี 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนก่อนออกเยี่ยมบ้าน เป็นขั้นตอนการศึกษาข้อมูลครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การเตรียมอุปกรณ์เยี่ยมบ้าน แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และแบบบันทึกรายงานผู้ดูแล 2) ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้าน เป็นขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ 3) ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน เป็นการลงบันทึกรายงานและวางแผนการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

2. การโทรศัพท์ เป็นการเข้าถึงบริการที่สะดวก รวดเร็วและเข้าถึงได้ตลอด 24 ชั่วโมงมี 2 ลักษณะคือ การโทรศัพท์ติดตามผลการเยี่ยมบ้านครั้งก่อน และการโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้คำปรึกษา/คำแนะนำ (Hudson, Aranda and Hayman-White, 2005) ซึ่งเป็นการช่วยเหลือบุคคลตามสภาพปัญหา ให้สามารถเผชิญปัญหา

และคลายความวิตกกังวล สามารถรับบริการได้ทันทีเมื่อต้องการ จึงเข้าถึงบริการได้ง่าย ทั้งถึง และมีความเท่าเทียมกัน ค่าใช้จ่ายน้อย ไม่มีข้อจำกัดเรื่องระยะทาง (Prechavittayakul 2009; Elfrink *et al*, 2002)

3. กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล เป็นการบริการโดยใช้กระบวนการทำงานกลุ่ม (Group work) เพื่อให้ การสนับสนุนกลุ่ม (Group support) ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน (Harding *et al*, 2004) การทำกิจกรรมกลุ่มมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมก่อนทำกิจกรรมกลุ่ม

1. สถานที่ หน่วยปฐมภูมิ (PCU)
2. อุปกรณ์การสอน เครื่อง computer 1 เครื่อง (จัดทำความรู้ในรูปแบบ power point), วิดีทัศน์
3. อาหารว่าง เครื่องดื่ม (เพื่อเป็นการให้การดูแลกับผู้ดูแล)
4. เอกสารความรู้ เรื่องโรคมะเร็ง อาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมกลุ่ม (ใช้เวลา 1.30 - 2 ชั่วโมง)

1. พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม เริ่มกิจกรรมโดยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เข้าร่วมกลุ่ม
2. เริ่มกิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ระหว่างผู้ดูแล

หัวข้อสนทนามีดังนี้ การดูแลผู้ป่วยทั่วไป การจัดการกับอาการของโรคมะเร็งระยะสุดท้าย บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลและการจัดการภายในครอบครัว การดูแลสุขภาพของผู้ดูแล ปัญหาการดูแลผู้ป่วยและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแล โดยพยาบาลสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของโรค การดูแลผู้ป่วย ตอบปัญหา และข้อซักถามของผู้ดูแลแต่ละราย

3. พยาบาลให้ความรู้ เรื่อง อาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง
4. สรุปหัวข้อการสนทนา การให้ความรู้ และข้อคิดเห็นจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ดูแล
5. คู่มือ เป็นข้อมูลความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแลมีทั้งหมด 4 ชุด หัวข้อ

และเนื้อหาในคู่มือแต่ละชุดได้จัดลำดับความสำคัญไว้ดังนี้

คู่มือชุดที่ 1 เรื่อง การดูแลอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คู่มือชุดที่ 2 เรื่อง การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และการดูแลตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คู่มือชุดที่ 3 เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ดูแล

คู่มือชุดที่ 4 เรื่อง การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและการดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

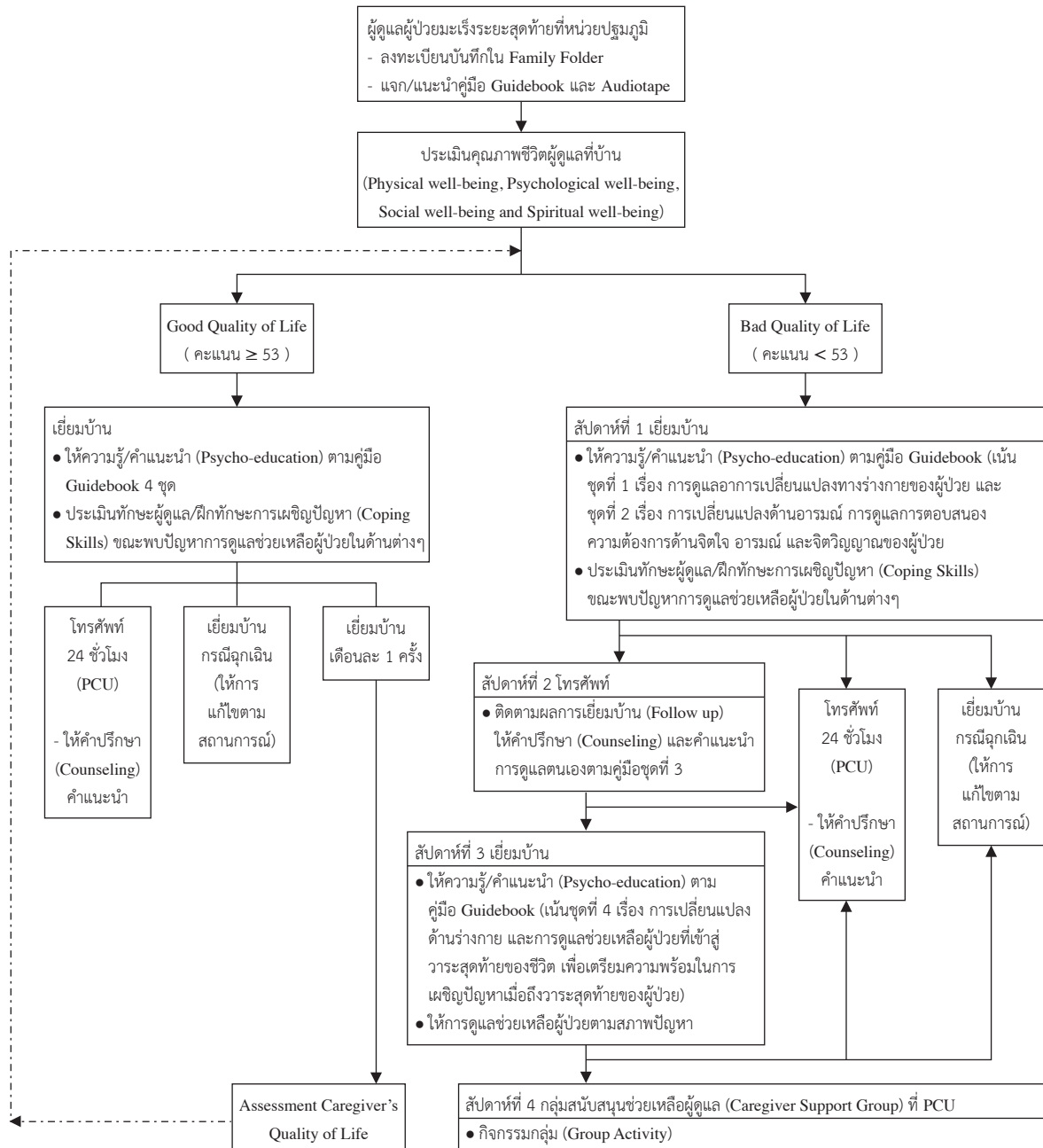
6. เทปสวดมนต์ประกอบดนตรีให้กับผู้ดูแล (ที่นับถือศาสนาพุทธและชื่นชอบการสวดมนต์ที่มีเสียงดนตรีในจังหวะช้าๆ นวล) เป็นการส่งเสริมความผาสุกด้านหนึ่งของจิตวิญญาณ โดยใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้เกิดความรู้สึกสงบของจิตใจลดความวิตกกังวล (Suthiwanichasak, 2008)

ขั้นตอนและกิจกรรมการพยาบาลของแนวปฏิบัติการพยาบาลมีดังภาพที่ 2

พยาบาลลงทะเบียนบันทึกข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แจกและแนะนำคู่มือ/เทปสวดมนต์ประกอบดนตรี เยี่ยมบ้านตามวันเวลาที่นัดหมายไว้ และประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วย

สำหรับผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตดีกิจกรรมการพยาบาลมีดังนี้

ให้ความรู้โดยสอนผ่านสื่อคู่มือ 4 ชุด รวมทั้งประเมินทักษะผู้ดูแล ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาให้ผู้ดูแล ขณะพบปัญหาการดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง เยี่ยมบ้านกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการให้คำปรึกษา คำแนะนำทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง พร้อมกับประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลขณะเยี่ยมบ้านทุก 1 เดือน



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน

สำหรับผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีให้กิจกรรมการพยาบาลดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เยี่ยมบ้าน ให้ความรู้โดยสอนผ่านสื่อคู่มือ เน้นเนื้อหาชุดที่ 1 เรื่อง การดูแลและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ป่วย และชุดที่ 2 เรื่อง การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ การดูแลตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมทั้งประเมินทักษะผู้ดูแล ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาให้ผู้ดูแลขณะพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ

สัปดาห์ที่ 2 โทรศัพท์ ติดตามผลการเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาและคำแนะนำการดูแลตนเองตามคู่มือชุดที่ 3 เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ดูแล และวางแผนการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 เยี่ยมบ้าน ให้ความรู้โดยเน้นเนื้อหาคู่มือชุดที่ 4 เรื่อง การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและการดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่พบ

สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล ที่ PCU กิจกรรมกลุ่มช่วยให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสเข้าสังคมในกลุ่มที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล และทักษะการเผชิญปัญหา

หลังเสร็จการทำกิจกรรมกลุ่ม ให้ผู้ดูแลประเมินคุณภาพชีวิตตนเองตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 53 ให้กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตดี แต่ถ้าคะแนนน้อยกว่า 53 ให้กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีตามขั้นตอนในแต่ละสัปดาห์ต่อไป และลงบันทึกข้อมูลทุกครั้งหลังทำกิจกรรมการพยาบาลในแบบบันทึกรายงานผู้ดูแล

ระหว่างกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ผู้ดูแลสามารถขอคำปรึกษา/คำแนะนำทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง และเยี่ยมบ้านกรณีฉุกเฉิน

### ผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้

ประเมินผล 2 ด้านคือ ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ การประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติของผู้ดูแลและแบบบันทึกรายงานผู้ดูแล ดังนี้

#### 1. ด้านกระบวนการการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพประเมินว่า กระบวนการตามแนวปฏิบัติไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน เป็นลำดับขั้นตอน มีแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่สามารถทำได้จริง กิจกรรมการให้ความรู้ไม่เสียเวลามากเพราะมีคู่มือในการช่วยสอน คู่มือการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองของผู้ดูแลมีเนื้อหาสาระครอบคลุม รวมทั้งกิจกรรมกลุ่ม เป็นการสนับสนุนผู้ดูแลด้านความรู้ซึ่งเป็นความต้องการของผู้ดูแล และการได้รู้จักผู้ดูแลคนอื่นเป็นการสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน

ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติหน่วยปฐมภูมิเป็นผู้ที่มีทักษะในการสอนและการเยี่ยมบ้าน การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจึงไม่มีปัญหาหรืออุปสรรคใดๆ เพียงแต่ผู้ศึกษาได้ให้ข้อมูลความรู้เพิ่มเติมเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแล ส่วนการทำกิจกรรมกลุ่มในสัปดาห์ที่ 4 มีปัญหาเรื่องเวลาของผู้ดูแลที่ไม่ค่อยตรงกันเล็กน้อย

## 2. ด้านผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผลลัพธ์ต่อผู้ให้บริการ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากมีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่มีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลที่บ้านในชุมชนที่ยังไม่ทราบวิธีการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การที่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีคู่มือสอนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจ ในการปฏิบัติงานและการให้ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และเมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านได้ดี มีคุณภาพ ทำให้ภาระงานการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนของพยาบาลลดลง นอกจากนั้นพยาบาลยังมีแนวคิด ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นการสนับสนุนทางสังคมอีกรูปแบบหนึ่ง

ผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น และผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อความรู้ที่ได้รับ ทั้งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและความรู้ในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลมีความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย และมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ได้เป็นภาระที่หนักมากเหมือนก่อนได้รับความรู้

ผลลัพธ์ต่อองค์กร พบว่า เป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลของหน่วยงานให้มีมาตรฐานเพื่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมและต่อเนื่อง และใช้เป็นแนวทางการพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน

## การอภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน พัฒนาขึ้นโดยใช้กิจกรรม Psycho-education เป็นกิจกรรมการให้ความรู้ด้านจิต/อารมณ์ มีการแจกคู่มือ 4 ชุด และให้ความรู้โดยสอนผ่านสื่อคู่มือ พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Hudson, Aranda and Hayman-White (2005) คือกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทำให้เกิดผลด้านบวกทางจิตใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาหรือความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านมากขึ้น และควรถือเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องให้การดูแล โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิต เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจนกลายเป็นผู้ป่วยที่ซ่อนเร้น (Hidden patient) (Sirapongam, 1996)

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Harding *et al* (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการทำกิจกรรมกลุ่ม พบว่าเป็นกิจกรรมที่ให้ความช่วยเหลือ/สนับสนุน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ทักษะ การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล รวมทั้งการให้ข้อมูลความรู้ใหม่ๆ กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและตนเอง การจัดกิจกรรมกลุ่ม สามารถจัดกลุ่มในสัปดาห์ใดก็ได้ ขึ้นกับความพร้อมของกลุ่มและผู้จัดกิจกรรม หรือความต้องการข้อมูลความรู้ของกลุ่มในเวลานั้น ส่วนการมีเครือข่ายทางสังคม โดยการจัดตั้งกลุ่มผู้ดูแลในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ช่วยลดความเครียด และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการช่วยเหลือซึ่งกัน โดยมีพยาบาลเป็นสื่อกลาง จัดรวมกลุ่มให้ความรู้ ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ส่งเสริมการดูแลของผู้ดูแล และเป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้ดูแล ที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. โครงสร้างของแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ได้ใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านเป็นหลักสำคัญ ซึ่งเป็นหัวใจของงานบริการดูแลของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นการให้บริการโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การวินิจฉัยปัญหาที่ต้องใช้ทักษะการสังเกต การสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสื่อสารที่ดี นำมาวางแผนกิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแล และการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตไม่เพียงด้านใดด้านหนึ่ง แต่ให้กิจกรรมการดูแลที่ครอบคลุมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านให้กับผู้ดูแล กิจกรรมในการเยี่ยมบ้านที่เป็นกิจกรรมหลักคือ การให้ความรู้ที่จะช่วยตอบสนองทางด้านจิตใจ เพราะผู้ดูแลที่อยู่ในสถานการณ์ของความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ถือเป็นการเผชิญต่อภาวะวิกฤติของจิตใจที่มีความต้องการการประคับประคองจิตใจ กิจกรรมในการเยี่ยมบ้าน นอกจากการให้ความรู้แล้วยังเป็นการให้คำปรึกษา คำแนะนำ และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาในขณะพบปัญหาของผู้ป่วยด้วย

3. รูปแบบการใช้โทรศัพท์เพื่อติดตามผลและให้คำปรึกษา เป็นบริการที่รวดเร็ว สะดวก และเข้าถึงได้ง่าย การใช้รูปแบบนี้เพื่อลดอุปสรรคการเดินทางที่ไม่สะดวกในชุมชนที่อยู่ห่างไกล หรือข้อจำกัดในการขาดแคลนบุคลากรที่ให้บริการเยี่ยมบ้าน

4. โครงสร้างของคู่มือแต่ละชุด เป็นการจัดทำตามความต้องการของผู้ดูแลจากการทบทวนวรรณกรรม และจากผลงานวิจัย การนำคู่มือไปใช้เพื่อให้ความรู้โดยเฉพาะการให้ความรู้ในคู่มือชุดที่ 4 เรื่อง การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและการดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นสิ่งที่ยากต่อการนำเข้าสู่เนื้อหาเพราะเป็นเรื่องที่บั่นทอนความผาสุกด้านจิตใจของผู้ดูแล การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและพยาบาลโดยการสื่อสารเชิงบวกจึงมีความสำคัญมาก เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเปิดใจรับฟังข้อมูลความรู้ (Hebert *et al*, 2007)

5. การดูแลบุคคลในครอบครัวและผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมจึงเป็นเรื่องซับซ้อนมาก บางครั้งไม่สามารถให้การดูแลครอบครัวและผู้ป่วยครอบคลุมตามความต้องการได้ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพียงอย่างเดียว อาจมีความจำเป็นต้องประสานงานและปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่นๆ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่มีความวิกฤติของการเจ็บป่วย รวมถึงอาจต้องอาศัยความช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมภายนอก เช่น ผู้นำทางศาสนา และอาสาสมัคร

6. กิจกรรมการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Cope Intervention) เป็นกิจกรรมหนึ่งที่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ลดภาระงาน และเพิ่มความชำนาญให้กับผู้ดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (McMillan *et al*, 2005) แต่ต้องมีบุคลากรเพียงพอที่จะให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาที่บ้าน ซึ่งต้องใช้ระยะเวลามาก แต่ด้วยบริบทของหน่วยปฐมภูมิในประเทศที่ยังขาดแคลนบุคลากรในการให้บริการ จึงไม่สามารถนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในขณะนี้ได้ การศึกษาในอนาคตน่าจะได้นำกิจกรรมนี้มาใช้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ควรมีการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลกระทบของการดูแลผู้ป่วย การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และที่สำคัญคือ การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ

ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติการพยาบาล

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ได้กับชุมชนอื่นๆ และนำไปใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป โดยปรับกิจกรรมบางอย่างหรือรูปแบบให้สอดคล้องกับหน่วยงานบริบทของการให้บริการในสถานที่นั้นๆ และมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และผลงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นฐานการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3. การประเมินคุณภาพชีวิตและการให้กิจกรรมการพยาบาลควรเริ่มต้นที่มีผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน เพราะการเริ่มกิจกรรมการดูแลที่ช้าเกินไปอาจมีผลทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปรับบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพของผู้ดูแล และทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ดีจนอาจเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร หรือต้องกลับเข้าอยู่โรงพยาบาลซ้ำบ่อยครั้ง

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงผลลัพธ์ ติดตามทดสอบประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน และติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สำหรับเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน และเป็นการพัฒนาคุณภาพของงานพยาบาล

2. เพิ่มจำนวนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งอาจทำให้พบกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในมิติสังคมและจิตวิญญาณที่จะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้มากขึ้น

3. การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแล ควรได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแล รายได้ของครอบครัว ฯลฯ เพื่อนำมาวางแผนการดูแลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ตรงเป้าหมายและตรงตามความต้องการของผู้ดูแล และเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตของตนเองตามสภาพที่เป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในการดูแลตนเอง

### References

- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2007). *The Evidence-Based Practice Manual for Nurses*. 2<sup>nd</sup> edition. London: Churchill Livingstone.
- Elfrink, E. J., Van Der Rijt, C. C. D., Van Bortel, R. J. J., Elswijk-De Vries, P., Van Zuijlen, L., & Stoter, G. (2002). Problem Solving by Telephone in Palliative Care : Use of A Predetermined Assessment Tool within A Program of Home Care Technology. *Journal of Palliative Care*, 18 (2), 105-110.
- Fleming, D. A., Sheppard, V. B., Mangan, P.A., Taylor, K.L., Tallarico, M., Adams, I., & Ingham, J. (2006). Caregiving at The End of Life : Perceptions of Health Care Quality and Quality of Life Among Patients and Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31 (5), 407- 420.

- Harding, R., & Higginson, I. J. (2003). What is The Best Way to Help Caregivers in Cancer and Palliative Care?: A Systematic Literature Review of Intervention and Their Effectiveness. *Journal of Palliative Medicine*, 17, 63-74.
- Harding, R., Higginson, I. J., Leam, C., Donaldson, N., Pearce, A., George, R., Robinson, V., Taylor, L. (2004). Evaluation of A Short-Term Group Intervention for Informal Carers of Patients Attending A Home Palliative Care Service. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27 (5), 396-408.
- 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 (5), 539- 546.
- Hudson, P. L., Aranda, S., & Hayman-White, K. (2005). A Psycho-Educational Intervention for Family Caregivers of Patients Receiving Palliative Care : A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30 (4), 329-341.
- Lawang, W., Sungserg, R., & Rodejakpai, Y. (2005). Factors Influencing Health Status of Family Caregivers with Chronically Ill Adult in The Eastern Region. *Journal of Public Health Nursing*, 19 (1), 61-77. (in Thai).
- Lawang, W., Sungserg, R., Rodejakpai, Y., Samartkit, N., Lersuwankul, V., & Klinvichit W. (2004). *Evidences, Problems Needs and Empowerment of Family Caregivers with Chronically Ill Adults in The Eastern Region*. Chonburi : Faculty of nursing, Burapa University. (in Thai).
- Mahantanirunkul, S., Tantipiwatanasakul, W., Pumpisanchai, W., Wongsuwan, K., & Pornmanarungkul, R. *WHO Quality of Life- Breif Thai Assessment Instrument*. Retrieved April 1, 2010, From <http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol>. (in Thai).
- McMillan, S. C., Small, B. J., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L., & Haley, W. E. (2005). Impact of coping skill intervention with family caregivers of hospice patients with cancer : a randomized controlled trial. *Journal of Cancer*, 106 (1), 214-222.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2002). Key Steps in Implementing Evidence-Based Practice: Asking Compelling, Searchable Questions and Searching for The Best Evidence. *Pediatric Nursing*, 22 (3), 262-266.
- Phillips, L.R., & Reed, P.G. (2009). Into The Abyss of Someone Else's Dying: The Voice of The End of Life Caregiver. *Clinical Nursing Research*, 18 (1), 80-97.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research : Principle and Methods*. 7<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

- Prechavittayakul, P. (2009). Common Information and Support Needs of Callers to The Songklanagarind Hospital Cancer Hotline Service. *Songklanagarin Medical Journal*, 27 (2), 139 -151. (in Thai).
- Sirapongam, Y. (1996). Family Caregiver: Concepts and Problems in Researches. *Ramathibodi Nursing Journal*, 2 (1), 84-93. (in Thai).
- Suthiwanichasak, U. (2008). *The Effects of Music Therapy with Position on The First Stage of Labor to Pain, Anxiety, Duration and Perception of Labor of First Pregnancy*. Thesis (Maternity and Newborn Nursing) Mahidol University. (in Thai).
- Tilokskulchai, F. (2006). *Evidence-Based Nursing: Principle and Method*. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Pre-One Co. (in Thai).
- Ungwattansirikul, W. (2007). *Predicted Factors of Quality of Life in Family Caregivers of Person with Cancer Receiving Chemotherapy*. Thesis (Adult Health Nursing) Mahidol University. (in Thai).
- Weitzner, M.A., & McMillan, S.C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) Scale: Revalidation in A Home Hospice Setting. *Journal of Palliative Care*, 15 (2), 13-20.

#### คณะผู้เขียน

##### พวงแก้ว พุทธิพิทักษ์

มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Email: phoengkaew@yahoo.co.th

##### ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรศิริ พันธสี

อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Email: p\_punthasee@hotmail.com

##### ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม

อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Email: kkamontip1@gmail.com