

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE IN FAMILY CAREGIVERS OF TERMINAL CANCER
PATIENTS

Miss Chittinan Songsangchan



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย
โดย	นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อ. ดร.นพมาศ พัดทอง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อ. ดร.นพมาศ พัดทอง)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศสมัย อรทัย)

จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE IN FAMILY CAREGIVERS OF TERMINAL CANCER PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.สุรีพร ธนศิลป์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.นพมาศ พัดทอง, 182 หน้า.

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และศึกษาความสามารถของปัจจัยในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่พาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มาตรวจที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็ง จำนวน 121 คน จากโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.87, 0.98, 0.92, 0.76 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 85.96 (SD = 20.71)

2. ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.64$ และ -0.73) ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.61$ และ 0.34) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = 0.11, p > .05$)

3. ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Beta = -0.43) ความเข้มแข็งในการมองโลก (Beta = 0.26) และความเหนื่อยล้า (Beta = -0.22) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 62 ($R^2 = 0.62$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5777158336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE / FAMILY CAREGIVERS / TERMINAL CANCER PATIENTS

CHITTINAN SONGSANGCHAN: FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE IN FAMILY CAREGIVERS OF TERMINAL CANCER PATIENTS. ADVISOR: ASSOC. PROF. DR.SUREEPORN THANASILP, D.N.S, CO-ADVISOR: DR.NOPPAMAT PU DTONG, Ph.D., 182 pp.

The purposes of this predictive research were to describe quality of life in family caregivers of terminal cancer patients and examine the factors predicting quality of life of family caregivers of terminal cancer patients. The sample is 121 family caregivers of terminal cancer patients from the outpatient department of 3 tertiary hospitals in Bangkok. The research instruments comprised of demographic data form, quality of life of family caregiver of cancer patient scale, fatigue scale, depression scale, sense of coherence scale and social support scale. The reliability of research instruments were 0.87, 0.98, 0.92, 0.76 and 0.91 respectively with Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed using frequency, percentage, minimum, maximum, mean, standard deviation, Pearson correlation coefficient and Stepwise multiple regression. The results show the following;

1. Quality of life in family caregivers of terminal cancer patients was rated at the middle level (Mean = 85.96 SD = 20.71).

2. Fatigue and depression were negative related to quality of life in family caregivers of terminal cancer patients at a statistical significant level of .05 ($r = -0.64$ and -0.73). Sense of coherence and social support were positive related to quality of life in family caregivers of terminal cancer patients at a statistical significant level of .05 ($r = 0.61$ and 0.34). Duration of caring was not significant related to quality of life in family caregivers of terminal cancer patients ($r = 0.11$, $p > .05$).

3. The factors predicted quality of life in family caregivers of terminal cancer patients at a statistical significant level of .05 were depression (Beta = -0.43), sense of coherence (Beta = 0.26) and fatigue (Beta = -0.22). Predictive factors accounted for 62 percent of quality of life in family caregivers of terminal cancer patients ($R^2 = 0.62$).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จ ความเมตตา ความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ทั้งสองท่านได้ให้คำชี้แนะแนวทาง ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ อีกทั้งยังคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างยิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณ ท่านอาจารย์ทั้งสองเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศสมัย อรทัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และ ประสบการณ์ ด้วยความรักและห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัยครั้งนี้ กราบขอบพระคุณ นายแพทย์และพยาบาลหัวหน้าแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็ง พยาบาลประจำการ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง และ ผู้ดูแลในครอบครัวรวมไปถึงผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่กรุณาสละเวลาให้ความช่วยเหลือ และให้ ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวซึ่งมีบิดา มารดา และพี่ผู้เป็นที่รักยิ่ง ใน การสนับสนุนการศึกษา ให้กำลังใจ และความช่วยเหลือด้วยความรักความห่วงใย ตลอดจนเพื่อน และกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยช่วยเหลือสนับสนุน ให้คำปรึกษาและกำลังใจเป็นอย่างดีเสมอมา ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	16
2. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	22
3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	30
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย...41	
4.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....	42
4.2 ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัว.....	43

4.3 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัว.....	49
4.4 ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัว.....	55
4.5 การสนับสนุนทางสังคม.....	60
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว.....	67
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	76
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	77
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	77
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	79
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	84
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	86
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	88
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
ตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	91
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	96
ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	98
ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	99
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	101

สรุปผลการวิจัย.....	103
การอภิปรายผลการวิจัย.....	104
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้	114
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	115
รายการอ้างอิง	116
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ และเอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	135
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	141
ภาคผนวก ค เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	151
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	168
ภาคผนวก จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ	176
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	182

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และค่าความเที่ยงของแบบประเมิน	86
ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 121)	91
ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 121)	94
ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านของผู้ดูแล (n = 121).....	96
ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะ (n = 121)	97
ตารางที่ 6 แสดงค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการดูแล ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 121).....	97
ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 121).....	98
ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ของตัวแปรที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) ค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (stepwise) (n = 121).....	99
ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า B ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (n = 121)	100

สารบัญแผนภาพ

ภาพที่

หน้า

แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้การวิจัย76



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญเนื่องจากเป็นโรคที่คุกคามคุณภาพชีวิต มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2030 จะมีประชากรโลกป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นถึง 21.7 ล้านราย และพบอัตราการเสียชีวิตเพิ่มเป็น 13 ล้านรายทั่วโลก (American Cancer Society, 2015) ในประเทศไทย พบว่า โรคมะเร็งพบมากเป็นอันดับต้นๆ ของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ในปี พ.ศ.2558 พบประชากรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง 1,660,748 ราย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) เนื่องด้วยวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า ปัจจุบันโรคมะเร็งหลายชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเฉพาะโรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากหนึ่งที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อพบว่าโรคอยู่ในระยะลุกลามแล้ว เนื่องจากมะเร็งได้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นในร่างกาย หรือผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค และการพยากรณ์ของโรคไม่ดี ไม่มีวิธีการรักษาที่สามารถทำให้หายขาดจากโรคได้ จึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย และได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2556)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระยะของโรคมะเร็งได้เจริญลุกลามมากขึ้น ซึ่งการพยากรณ์โรคที่ไม่อาจเลี่ยงได้คือการเสียชีวิต (Mosby, 2012) ผู้ป่วยในระยะนี้จึงต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด เหนื่อยล้า อาการหายใจไม่สะดวก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ร่างกายผอมแห้ง (Goswami, 2012; Kwon et al., 2006; Potter, Hami, Bryan, & Quigley, 2003) ปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น รู้สึกซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนถูกทอดทิ้ง ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในชีวิตเกี่ยวกับเรื่องความตาย (Goswami, 2012) เมื่อไม่สามารถให้การรักษาที่ทำให้โรคหายขาด จึงมีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งเป็นการดูแลที่มีวัตถุประสงค์ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยเน้นทางด้านจริยธรรม และมนุษยธรรม เปี่ยมด้วยความรู้สึกเอื้ออาทรและความเมตตา เพื่อตอบสนองความต้องการให้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตลอดจนวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลแบบประคับประคองนั้นครอบคลุมไปถึงการดูแลให้การบรรเทาความปวด และอาการอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับโรค คำนึงถึงการมีชีวิตและความตาย ควรให้เป็นไปตามกระบวนการปกติของธรรมชาติ ไม่ช่วยเร่ง หรือเหนี่ยวรั้งการเสียชีวิต นำ

การดูแลแบบองค์รวม ด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และครอบครัวเข้ามารวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2556) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เลือกใช้ชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายกับครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ (วารุณี มีเจริญ, 2557) ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยจึงก่อให้เกิดความตึงเครียด มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว (Sherman et al., 2006; Wolff, Dy, Frick, & Kasper, 2007)

ผู้ดูแลในครอบครัว (family caregivers) คือญาติของผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสามีภรรยา บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และเป็นผู้ให้การดูแลด้วยความสมัครใจ ไม่ได้รับค่าตอบแทน (Weinland, 2009; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) หรืออาจเป็นผู้ที่ได้รับการชี้แจงจากผู้ป่วยมะเร็งว่าเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย (Hileman, Lackey, & Hassanein, 1992; Weitzner, Jacobsen, Wagner, Friedland, & Cox, 1999) มีหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Horowitz, 1985) รับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง หรือเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (Sherman, McGuire, Free, & Cheon, 2014) ให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะของอาการ ตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต หน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ เป็นผู้ตัดสินใจ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็นผู้ให้การดูแล เป็นนักสื่อสาร และผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม (National Cancer Institute, 2013a; วารุณี มีเจริญ, 2557) ผู้ดูแลในครอบครัวไม่ใช่บุคลากรทางวิชาชีพในสถานพยาบาล แต่เป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย ให้การดูแลช่วยเหลือ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม (Robinson & Stalker, 1992) ผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ทำให้ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย จนละทิ้งการมีกิจกรรมตามปกติของตนเอง ละเลยความต้องการของตนเอง (Schubart, Kinzie, & Farace, 2008) บทบาทการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวส่งผลให้เกิดความตึงเครียดด้านจิตใจ เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางกาย (Pitceathly & Maguire, 2003) หากเกิดขึ้นเป็นเวลาต่อเนื่อง อาจส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวลดลง (Matthews, Baker, & Spillers, 2004)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วย ความยุ่งยากหรือการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน การปรับตัวทางบวก ความกังวลเรื่องการเงิน และเรื่องทั่วไปที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลต่อผู้ดูแลในครอบครัวในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (Weitzner et al., 1999) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละระยะของโรคมะเร็งมีความแตกต่างกัน (Kim & Given, 2008) โดย

พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ จะอยู่ในระดับต่ำ (Morishita & Kamibepu, 2014) ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มลดลงเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (Tang, Li, & Chen, 2008) และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะให้ การบำบัดรักษา (Groo & Berit, 2012; Weitzner, McMillan, & Jacobsen, 1999) เนื่องจากอาการแสดงและความรุนแรงของอาการผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นตามระยะของโรคมะเร็ง ผู้ดูแลในครอบครัวจึงประสบความยุ่งยากในการดูแลโดยเฉพาะการจัดการอาการไม่สบายของผู้ป่วย จัดการกับความตึงเครียดทางอารมณ์ จึงมักมีปัญหาสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Polat, 2011)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย จะต้องให้การดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน ผู้ดูแลในครอบครัวอาจมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระในการดูแล (Deshields et al., 2012; Fujinami et al., 2015; Rha, Park, Song, Lee, & Lee, 2015; Song et al., 2011; Tang et al., 2008) เกิดความเครียดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแล ผลข้างเคียงของการรักษาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาการผู้ป่วยที่ทรุดลงตามระยะของโรค มีความโศกเศร้าเสียใจ กลัวว่าผลกระทบของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัว (Weitzner et al., 1999) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้ดูแลในครอบครัวอาจรู้สึกถึงความยุ่งยากหรือชีวิตประจำวัน **ถูกรบกวน** เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่พามารับการรักษา อยู่เฝ้าจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนละเลยการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง (Schubart et al., 2008) ส่งผลให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรมและเกิดเป็นภาวะเจ็บป่วยขึ้นได้ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อ**การปรับตัวทางบวก** เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยอาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งของสมาชิกภายในครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันลดลง (Allen, Goldscheider, & Ciambone, 1999) ผู้ดูแลในครอบครัวอาจมีการรับรู้และประเมินการดูแลไปในทางลบ ขาดแหล่งทรัพยากรทางด้านจิตใจที่ช่วยให้มีการตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดได้ (Tang & Li, 2008) มี**ความกังวลเรื่องการเงิน**ภายในครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวบางรายจำเป็นต้องขาดงาน หรือลาออกจากงานของตนเองเพื่อมาทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย (Grinfeld et al., 2004) ต้องรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวหลายด้าน ทำให้สูญเสียรายได้เกิดความเครียด รู้สึกถึงความไม่แน่นอนทางอนาคตด้านการเงิน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวลดลง (Nayak, George, Vidyasagar, & Kamath, 2014; Song et al., 2011;

Yun et al., 2005) ผลกระทบ**ด้านอื่นๆ** การใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวต้องตื่นมาดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่งผลต่อแบบแผนการพักผ่อนทำให้การนอนหลับถูกรบกวน (Cho, Dodd, Lee, Padilla, & Slaughter, 2006) ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน ฮอโมน อารมณ์ หัวใจ และระบบการเผาผลาญในร่างกาย (Berger et al., 2005) ไม่มีความสุขในชีวิตคู่ของตนเอง (Bookwala, 2009) การไม่ได้รับความสนใจจากครอบครัวในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว (Tang, 2009)

การพยาบาลส่วนใหญ่มักจะเน้นให้การดูแลการจัดการอาการ ส่งเสริมสภาวะจิตใจของผู้ป่วย ด้วยภาระงานที่มาก การทำงานที่รีบเร่ง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทำให้บางครั้งพยาบาลขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วย ไม่คำนึงถึงความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวเท่าที่ควร (กาญจนา มยุระสุวรรณ และสุรีพร ธนศิลป์, 2553) การขาดการประเมินปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัว การเงินหรือด้านอื่นๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถทราบปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลในครอบครัวต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยใช้พลังกำลังในการดูแล ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (Cho et al., 2006; Gaston-Johansson, Lachica, Fall-Dickson, & Kennedy, 2004) การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน อาจส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และเกิดความเครียด (Lu et al., 2010) เกิดความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนหรือความไม่มั่นคงในชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล สิ้นหวัง (Kim, Baker, & Spillers, 2007; Lafaye, De Chalvron, Houédé, Eghbali, & Cousson-Gélie, 2013) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ขาดแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม (Tang, 2009) มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ประชากรในกลุ่มนี้จึงอาจกลายเป็นผู้ป่วยแฝง (Hidden patient) ที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม คุณภาพชีวิตที่ลดลงจะไปขัดขวางหรือจำกัดความสามารถในการดูแล ทำให้ไม่สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยได้ ส่งผลกระทบทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายลดลงไปด้วย (Alptekin, Gönüllü, Yücel, & Yaris, 2010) ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขจึงควรให้ความสำคัญในการประเมินปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อวางแผนในการให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายค่อนข้างน้อย โดยได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งในระยะรักษาหลังผ่าตัด (ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550) ระยะแรกของการรักษาด้วยเคมีบำบัดซึ่งเจ็บป่วยมา 1 – 12 เดือน (วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล, 2550)

ระยะรักษาด้วยรังสีรักษา โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 2 (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550) และระยะลุกลาม ระยะที่ 3 และ 4 (Meecharoen, Sirapo-ngam, Monkong, Oratai, & Northouse, 2013) ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับสูง แต่ทั้งนี้ผลการศึกษาไม่สามารถอ้างอิงในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ เนื่องจากอาการแสดงและความรุนแรงของอาการผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นตามระยะของโรคมะเร็ง (Weitzner et al., 1999) ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้ดูแลในครอบครัวมักประสบความยุ่งยากในการจัดการกับอาการไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย จึงส่งผลกระทบต่อทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายลดลง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านมา (Meecharoen et al., 2013; บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล, 2550; ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิต โดยพิจารณาจากความพึงพอใจหรือความไม่พึงพอใจในชีวิต และการให้ความสำคัญในองค์ประกอบของชีวิตในด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว (Ferrans & Powers, 1985) แต่คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว จำเป็นต้องมีการประเมินถึงการรับรู้ที่เกิดจากผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วย ความยุ่งยากหรือการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน การปรับตัวทางบวก ความกังวลเรื่องการเงิน และเรื่องทั่วไปที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย โดยการรับรู้ถึงผลกระทบเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ สถานการณ์ความเครียด ระดับความเครียด (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล, 2550; ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550) วิธีการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม (Meecharoen et al., 2013; บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล, 2550; ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550) อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ภาระในการดูแล และความเข้มแข็งของครอบครัว (Meecharoen et al., 2013) เมื่อทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมยังพบปัจจัยที่มีอิทธิพลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งอีกหลายปัจจัย (Kitrungsrote & Cohen, 2006) ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือการรักษา เช่น ระยะของโรคมะเร็ง ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ผลข้างเคียงจากการรักษา การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาที่ได้รับ ปัจจัยด้านผู้ดูแล เช่น รายได้ การศึกษา สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังในทางบวก ความมีคุณค่าในตนเอง การเผชิญหรือหลีกเลี่ยงปัญหา ทัศนคติของผู้ดูแล ความพึงพอใจ

ทางเพศ การมีความหวัง-สิ้นหวัง มีความรู้สึกปลอดภัย การมีความหมายในชีวิต การสูญเสียพลังงาน ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเครียดทางร่างกายหรืออารมณ์ ความสับสน ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เช่น ระยะเวลาในการดูแล การประเมิน การดูแลไปในทางลบ ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ปัจจัยทางสังคม เช่น สัมพันธภาพกับผู้ป่วยมะเร็ง ความพึงพอใจในสถานภาพสมรส การติดต่อกับเพื่อน ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม และคัดสรรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (Chen, Chu, & Chen, 2004; Lu et al., 2010) ความเหนื่อยล้า (Cho et al., 2006; Gaston-Johansson et al., 2004) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Friðriksdóttir et al., 2011) ความเข้มแข็งในการมองโลก (Tang et al., 2008) ส่วนปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Leow, Chan, & Chan, 2014; Pearce, Singer, & Prigerson, 2006; Tang, 2009) ได้มีการนำมาศึกษาแล้วในประเทศไทย แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงนำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อที่จะนำผลลัพธ์เหล่านี้ไปเป็นแนวทางในการจัดบริการด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ส่งเสริมพฤติกรรมดูแล และประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร
2. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วย ความยุ่งยากหรือการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน การปรับตัวทางบวก ความกังวลเรื่องการเงิน และเรื่องทั่วไปที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลต่อผู้ดูแลในครอบครัวในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (Weitzner et al., 1999) มีนักวิจัยหลายท่านได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง โดย Kitrungrote and Cohen (2006) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง และแบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือการรักษา (Patient or treatment related factors) หมายถึง คุณลักษณะและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งและผลของการรักษาโรคมะเร็ง ได้แก่ ระยะของโรค ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ผลข้างเคียงจากการรักษา การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาที่ได้รับ

2. ปัจจัยด้านผู้ดูแล (caregiver factors) หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ รายได้ การศึกษา สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังในทางบวก ความมีคุณค่าในตนเอง การเผชิญหรือหลีกเลี่ยงปัญหา และทัศนคติของผู้ดูแล ได้แก่ การมีภาวะสุขภาพดี ความพึงพอใจทางเพศ การมีความหวัง-สิ้นหวัง มีความรู้สึกปลอดภัย การมีความหมายในชีวิต การสูญเสียพลังกำลัง ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเครียดทางร่างกายหรืออารมณ์ ความสับสน ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระ

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล (caregiving-related factors) หมายถึง ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล การประเมินการดูแลไปในทางลบ ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

4. ปัจจัยทางสังคม (social factors) หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการดูแล ได้แก่ สัมพันธภาพกับผู้ป่วยมะเร็ง ความพึงพอใจในสถานภาพสมรส การติดต่อกับบุคคลรอบข้าง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และคัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลโดยตรงซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้มาศึกษา คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Friðriksdóttir et al., 2011) ความเข้มแข็งในการมองโลก (Tang et al., 2008) ซึ่งเป็นการรับรู้ของปัจเจกบุคคลในสถานการณ์การดูแล และสามารถอธิบายผลลัพธ์จากสถานการณ์การดูแลได้มากกว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว หรือลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยและการเจ็บป่วย (Nijboer et al., 1998) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ความเหนื่อยล้า

(Cho et al., 2006; Gaston-Johansson et al., 2004) ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการดูแล และเป็นอาการที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Palos et al., 2011) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (Chen et al., 2004; Lu et al., 2010) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงทักษะและประสบการณ์ในการดูแล และชี้ให้เห็นถึงการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อรักษาสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จึงอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Leow et al., 2014; Pearce et al., 2006; Tang, 2009) ได้มีการนำมาศึกษาแล้วในประเทศไทย แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยปัจจัยดังกล่าวที่นำมาศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่

1.1 ภาวะซึมเศร้า เป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานกับประสบการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จากการได้รับสิ่งเร้าภายนอกมากเกินไป ไม่สามารถจัดการหรือเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางด้านอารมณ์ได้ มักมีความกลัว เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ผิดหวัง สิ้นหวังในแผนการรักษา เกิดความรู้สึกทางด้านลบ ความคิดเหล่านี้นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Costa-Requena, Cristófol, & Cañete, 2012) อารมณ์ทางด้านลบจะไปขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ทำให้เกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Halm, 2009; Harvard Medical School, 2012) ความซึมเศร้าจึงเป็นผลกระทบที่มีความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอื่นๆ ส่งผลทำให้แนวโน้มคุณภาพชีวิตลดลง (Tang et al., 2008) Friðriksdóttir et al. (2011) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอาการซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Gaston-Johansson et al. (2004) และ Heidari Gorji et al. (2012) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ($r = -0.582, p = 0.01$ และ $r = -0.67, p < 0.01$ ตามลำดับ)

1.2 ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง ลักษณะที่อยู่ภายในตัวบุคคล เป็นการรับรู้ถึงสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบสามารถทำความเข้าใจ ให้ความหมาย และมีความสามารถในการควบคุมหรือจัดการกับสิ่งเร้าและเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ส่งผลให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตด้วยความผาสุก (Antonovsky, 1987) และยังเป็นแหล่งทรัพยากรทางด้านจิตใจที่ช่วยให้มีการตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดได้ Tang et al. (2008) ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวจะดีขึ้นเมื่อมีความเข้มแข็งในการมองโลกมากขึ้น เนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแหล่งทรัพยากรทางด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหา และพบว่าการดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รักที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายนั้นเป็นสิ่งที่ทำลายความสามารถ

หากผู้ดูแลในครอบครัวสามารถให้ความหมายในการดูแล ทำความเข้าใจ และรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลนี้ได้ อาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในทางดูแลทางด้านบวกสูงขึ้น เช่น คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanjari et al. (2012) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับต่ำ จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับต่ำลง ความเข้มแข็งในการมองโลกจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.49, p = 0.01$)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่

2.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย คือ จำนวนเต็มเป็นเดือนที่ผู้ดูแลในครอบครัวเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานจะมีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และอาจส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินบทบาทหน้าที่อื่นๆ ในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นเวลานานอาจส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องสูญเสียเวลาและพลังงานไปกับการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และเกิดความเครียด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความผาสุกของผู้ดูแลในครอบครัว (ธัญญาภรณ์ ดาวนพแก้ว, 2547) จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.27, p < 0.01$) เมื่อระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวจะลดลง (Lu et al., 2010)

2.2 ความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้เกี่ยวกับอาการไม่สบาย ตั้งแต่ความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียไปจนหมดเรี่ยวแรง โดยที่การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่สามารถทำให้ความรู้สึกเหนื่อยล้านี้หายไปได้โดยง่าย และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Piper, 1993) ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยมักใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วย ทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไปจนบางครั้งอาจจะเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง สภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการปวดเมื่อยล้ากล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งเกิดจากช่วยเหลือผู้ป่วยในเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรม ประกอบกับสภาพจิตใจ ความเบื่อหน่ายทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อย (Palos et al., 2011) และจากการที่ความรุนแรงของอาการผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามระยะของโรคมะเร็ง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ดูแลในครอบครัวจึงมักประสบความยุ่งยากในการจัดการกับอาการไม่สบาย ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความตึงเครียดทางด้านร่างกายและอารมณ์เพิ่มมากขึ้น ความต้องการการดูแลที่มีมากกว่าความสามารถในการจัดการดูแล จึงนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (Clark et al., 2014) จากการศึกษาของ Gaston-Johansson et al. (2004) ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในด้านต่างๆ และความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับ

คุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว ($r = -0.547, p < 0.01$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cho et al. (2006) ($r = -0.45, p < 0.01$)

3. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่

3.1 การสนับสนุนทางสังคม คือ แหล่งประโยชน์ที่ช่วยประคับประคองจิตใจของบุคคล ขณะที่ต้องเผชิญกับปัญหา หรือความเครียด (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) การได้รับความช่วยเหลือทางสังคม จะส่งผลให้บุคคลมีประสบการณ์ในทางบวก รู้สึกถึงความมั่นคงกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง เนื่องจากเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรู้สึกว่ามีผู้คอยช่วยเหลือ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงความเครียดลดลงซึ่งมีผลต่อการทำงานของระดับฮอร์โมน ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเจ็บป่วยจากภาวะเครียด มีการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพเป็นไปในทางที่ดีและถูกต้อง จึงมีภาวะสุขภาพที่ดี และมีความสุขในชีวิต (S. Cohen & Wills, 1985) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Pearce et al., 2006; Leow et al., 2014) สอดคล้องกับ Tang (2009) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านปริมาณ และด้านคุณภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว ($r = 0.45$ และ $0.40, p < 0.001$) และ Meecharoen (2013) ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ($Beta = 0.20, p < .001$)

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความ

เข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ตัวแปรต้น คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการดูแลผู้ป่วย ความยุ่งยากหรือการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน การปรับตัวทางบวก ความกังวลเรื่องการเงิน และเรื่องทั่วไปที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลต่อผู้ดูแลในครอบครัวในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านภาวะการดูแล เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความกลัวการสูญเสียผู้ป่วย ความเครียด วิตกกังวล ความโศกเศร้าเสียใจ รู้สึกผิด วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อสมาชิกในครอบครัว ผลข้างเคียงของการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาการผู้ป่วยที่ทรุดลง มีความท้อแท้เกี่ยวกับอนาคต

2. ด้านความยุ่งยากหรือการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบของกิจวัตรประจำวัน การคงไว้ซึ่งกิจกรรมอื่นๆ การจัดการกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วย การเดินทาง ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงในการจัดลำดับความสำคัญ

3. ด้านการปรับตัวทางบวก เป็นการรับรู้เกี่ยวกับทัศนคติการมองชีวิตในด้านดี มีความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ การสื่อสารภายในครอบครัว ความพึงพอใจที่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน สัมพันธภาพกับผู้ป่วย การให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วย

4. ด้านความกังวลเรื่องการเงิน เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความตึงเครียดเรื่องค่าใช้จ่าย สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ความกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของอนาคตทางการเงิน

5. ด้านทั่วไป เป็นการรับรู้เรื่องราวๆ ไปที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การนอนหลับ ความพึงพอใจเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ความสนใจของตนเองในแต่ละวัน ความตึงเครียด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การปกป้องผู้ป่วย การจัดการเกี่ยวกับความเจ็บปวดของผู้ป่วย และความสนใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งของ Weitzner et al. (1999) การประเมินผลค่าคะแนน 0 – 140 คะแนน ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยระบุว่าเป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด และเป็นการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 หรือระยะที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น ต่อม้ำเหลือง ตับ ปอด กระดูกสมอง เป็นต้น และได้รับการรักษาเพื่อประคับประคองตามอาการ เช่น การได้รับเคมีบำบัดแบบประคับประคอง การได้รับรังสีรักษาแบบประคอง หรือการรักษาตามอาการ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ อันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง จำนวนเต็มเป็นเดือนที่ผู้ดูแลในครอบครัวเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย นับตั้งแต่เริ่มต้นดูแลจนถึงวันที่เข้าร่วมการวิจัย

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เกี่ยวกับอาการไม่สุขสบาย รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย วังซิม ขาดพลังงาน หรือหมดเรี่ยวแรง ซึ่งเป็นผลมาจากการให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ส่งผลรบกวนชีวิตประจำวัน ทำให้สมาธิหรือความสามารถในการทำงานลดลง ไม่อยากมีปฏิสัมพันธ์หรือกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ประเมินโดยแบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper et al. (1998) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ ตาโลปการ (2545) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเหนื่อยล้ามาก

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เกิดอารมณ์หดหู่ รู้สึกผิด รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ขาดที่พึ่งพา มีความสิ้นหวัง มีความถดถอยทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น เบื่ออาหาร การนอนหลับถูกรบกวนและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง โดยมีความรู้สึกนี้ ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Radloff (1977) (Center for Epidemiological Studies Depression Scale: CES-D) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยธวัชชัย

วรวงศธร, วงเดือน ปั่นดี และสมพร เตรียมชัยศรี (2533) ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้า

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีต่อปัญหาต่างๆ ที่เข้ามากระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง เป็นการรับรู้ 3 ด้าน ดังนี้

1. ความสามารถในการทำความเข้าใจ หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถรับรู้และเข้าใจปัญหาต่างๆ และอธิบายได้ด้วยเหตุผล

2. ความสามารถในการจัดการ หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถรับรู้และประเมินว่า สามารถควบคุมหรือจัดการปัญหาต่างๆ ได้ และเลือกใช้แหล่งประโยชน์เข้ามาช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

3. ความสามารถในการให้ความหมาย หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถรับรู้และประเมินว่าปัญหาต่างๆ ว่าเป็นความหมาย เป็นสิ่งท้าทาย ไม่รู้สึกยุ่งยาก และสามารถเข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วง

ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1993) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรพนวดี พุทธวัฒน์ (2532) และนิตญา ฤทธิ์เพชร (2556) ได้นำมาปรับปรุงมาตรวัดเหลือ 5 ระดับ เพื่อให้ง่ายต่อการประเมินมากขึ้น ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่ได้รับ ขณะที่ต้องเผชิญกับปัญหาหรือความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านต่างๆ จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมถึงบุคลากรทางสาธารณสุข 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ คือ การได้รับการสนับสนุนโดยได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับความเห็นอกเห็นใจและความไว้วางใจจากบุคคลอื่น

2. ด้านการสนับสนุนทางทรัพยากร คือ การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็น เช่น สิ่งของเครื่องใช้ เงิน เวลา แรงงาน และการได้รับการบริการจากบุคคลอื่น

3. ด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร คือ การได้รับข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำ เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988) และพรพรหม รุจิไพโรจน์ (2550) นำมาใช้ ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลการวิจัยมาพัฒนาแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการพยาบาลที่สามารถลดปัจจัยที่มีผลกระทบทางด้านลบ และส่งเสริมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิต เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เป็นแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัยทางการพยาบาล โดยนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากตำรา วารสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 2.1 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.2 ชนิดของผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.3 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 2.4 บทบาทของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.5 ผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อผู้ดูแลในครอบครัว
3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 3.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว
 - 3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 3.4 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 4.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย
 - 4.2 ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัว
 - 4.3 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัว
 - 4.4 ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัว
 - 4.5 การสนับสนุนทางสังคม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นภาวะที่ระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย รักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ ดังนี้

Calman (1978) มะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้มีการรักษาโดยการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือยาฮอร์โมนอย่างเต็มที่แล้วแต่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ มีอาการและอาการแสดงซึ่งเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตของก้อนมะเร็งลุกลามไปมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเข้าใกล้ความตายมากขึ้น

McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine (2002) มะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง การมีก้อนเนื้ออกชนิดร้ายแรงซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ระยะเวลาการมีชีวิตอาจเป็น สัปดาห์หรือหลายเดือน ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะไม่ตอบสนองต่อแผนการรักษา ก้อนมะเร็งส่งผลให้ขาดสารอาหาร น้ำหนักลด จำเป็นต้องได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการปวด มีการแพร่กระจายของ เซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ไม่อาจรักษาให้หายได้

Kwon et al. (2006) ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่า เป็นผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา

Buckley (2009) กล่าวว่า มะเร็งระยะสุดท้าย คือผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไป อวัยวะต่างๆ ไม่มีการรักษาใดทำให้อาการดีขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ได้ ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการนอน การพยากรณ์การมีชีวิตอยู่โดยประมาณที่ 3 เดือน หรือน้อยกว่า

Mosby (2012) มะเร็งระยะสุดท้าย (Terminal cancer) หมายถึง ระยะของโรคที่ก้อนมะเร็ง ได้เจริญลุกลามมากขึ้น ซึ่งการพยากรณ์โรคที่ไม่อาจเลี่ยงได้คือการเสียชีวิต

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2547) ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคลุกลามจนถึงขั้นรักษาไม่หาย และไม่มีแผนการรักษาใดๆ อีกต่อไป นอกจาก การดูแลแบบประคับประคองตามอาการไปจนถึงวาระสุดท้าย

มนูญ ลีเชวงวงศ์ (2550) ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ไประยะเวลาหนึ่ง แล้วการพยากรณ์ของโรคค่อนข้างชัดเจนว่าไม่มีทางรักษาให้หายได้ เช่น มะเร็ง ระยะสุดท้าย ที่เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และการทำหน้าที่ของอวัยวะ ในร่างกายล้มเหลวพร้อมกัน 3 ระบบ หรือมากกว่า การดูแลรักษาจึงเพื่อยืดเวลาการเสียชีวิตออกไป เท่านั้น

การแพร่กระจายของมะเร็งเกิดจากการที่เซลล์มะเร็งรุกรานผ่านเข้าสู่เยื่อบุผิวของท่อน้ำเหลือง หรือหลอดเลือดบริเวณใกล้เคียง และแพร่กระจายไปตามระบบไหลเวียนของต่อมน้ำเหลือง และกระแสน้ำไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกาย (National Cancer Institute, 2013b)

โดยสรุปความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 หรือระยะที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น ต่อม น้ำเหลือง ตับ ปอด กระดูก สมอง เป็นต้น และได้รับการรักษาเพื่อประคับประคองตามอาการ เช่น การได้รับเคมีบำบัดแบบประคับประคอง การได้รับรังสีรักษาแบบประคอง หรือการรักษาตามอาการ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ อันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค

1.2 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

อาการแสดงเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความผิดปกติของร่างกายอันเนื่องมาจากโรค หรือแผนการรักษา อาการแสดงมีความเป็นพลวัตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (Zeppetella, 2012) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอาจต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด เหนื่อยล้า อาการหายใจไม่สะดวก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผอมแห้ง (Goswami, 2012; Kwon et al., 2006; Potter, Hami, Bryan, & Quigley, 2003) ปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนถูกทอดทิ้ง ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในชีวิต (Goswami, 2012) โดยอาการไม่สุขสบายที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักเป็นอาการปวด อาการเบื่ออาหารผอมแห้ง อาการท้องผูก อาการอ่อนเพลีย และอาการหายใจลำบาก (Potter et al., 2003)

1.2.1 อาการปวด เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ที่เกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย ความปวดเป็นความทุกข์ทรมานมากที่สุดของผู้ป่วยมะเร็ง โดยพบว่าความชุกของอาการปวดร้อยละ 59 พบในผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะได้รับการรักษา และร้อยละ 64 พบในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลุกลามแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ หรืออยู่ในระยะสุดท้าย (van den Beuken-van Everdingen, de Rijke, Kessels, & et al, 2007) ชนิดของอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 1) Nociceptive pain เป็นความปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือมีการทำลายของเนื้อเยื่อ เป็นผลจากการที่มีพยาธิสภาพของโรคหรือการแพร่กระจายของโรคไปยังเนื้อเยื่อ เช่น ผิวหนัง กล้ามเนื้อ กระดูก หรืออวัยวะภายใน 2) Neuropathic pain เป็นความปวดซึ่งเป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพหรือโรค มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท อาจมีอาการเป็นพักๆ หรือตลอดเวลาและอาจพบว่ามีอาการรับรู้ผิดปกติไปด้วย (Bennett, 2006) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดแบบเฉียบพลัน (Breakthrough Pain) ซึ่งเป็นลักษณะอาการปวดที่กำเริบขึ้นชั่วคราว ทั้งๆ ที่ในแผนการรักษาผู้ป่วยได้รับการควบคุมอาการปวดอย่างเพียงพอแล้ว อาการปวดเช่นนี้ไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายจากสิ่งกระตุ้นได้ (Davies, Dickman, Reid, & et al, 2009)

1.2.2 อาการเบื่ออาหาร ผอมแห้ง (Anorexia/cachexia syndrome) เป็นกระบวนการเกี่ยวกับการเผาผลาญในร่างกาย โดยเกิดขึ้นในลักษณะของความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด สูญเสียมวลกล้ามเนื้อ อาการเบื่ออาหารผอมแห้ง พบมากร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ (Nelson, 2001) อาการเบื่ออาหารผอมแห้ง สาเหตุข้างต้นเป็นผลมาจากการเผาผลาญสารอาหารที่มากเกินไปของเซลล์มะเร็ง เซลล์มะเร็งสร้างสาร TNF (tumor necrotic factor) ซึ่งเป็นสารที่รบกวนเซลล์ปกติของร่างกายในการเจริญเติบโตและทำหน้าที่ต่างๆ นอกจากนั้น การเติบโตของเซลล์มะเร็งอย่างรวดเร็ว จึงมีการสร้าง DNA และ RNA เพิ่มมากขึ้น จึงมีกรดยูริกในเลือดสูง (hyperuricemia) กรดยูริกที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายจึงขาดสารอาหารที่จะนำมาซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555)

1.2.3 อาการท้องผูก เป็นอาการขับถ่ายอุจจาระลำบาก พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากกว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายในกลุ่มโรคอื่น ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีอาการท้องผูก และร้อยละ 80 ต้องได้รับยาช่วยระบายอุจจาระ อาการท้องผูกส่วนใหญ่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาประเภทโอปิออยด์ (opioid) (Zeppetella, 2012) รวมทั้งจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การได้รับอาหารและสารน้ำน้อย ได้รับอาหารที่มีกากใยน้อยและมีการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง เป็นต้น

1.2.4 อาการอ่อนเพลีย เป็นความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนแรง หรือความรู้สึกขาดพลังงานพลังใจ ซึ่งเป็นภาวะที่คงอยู่ตลอดเวลา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการมีกิจกรรม และไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยการพักผ่อนหรือนอนหลับ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถเกี่ยวกับการรู้คิด อารมณ์และความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบได้บ่อยร้อยละ 70-100 ของผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะที่ได้รับการรักษา (Gerber & Stout, 2011) และยังพบต่อไปจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีสาเหตุจากปัญหาต่างๆ ได้แก่ ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะซีด การได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ มีความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ การมีกิจกรรมลดลง สูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (Zeppetella, 2012)

1.2.5 อาการหายใจลำบาก พบมากประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และร้อยละ 80 ในผู้ป่วยมะเร็งปอด ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย เกิดปัญหาทางด้านจิต อารมณ์ สังคม และความสามารถในการจัดการปัญหาต่างๆ ได้ (Chan, Tse, Sham, & Thorsen, 2010) ส่วนใหญ่สาเหตุของอาการหายใจลำบากอาจในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเกิดจากสาเหตุหลายประการร่วมกัน ได้แก่ สาเหตุจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง เช่น การคั่งของสารน้ำในช่องปอด ช่องท้อง และเยื่อหุ้มหัวใจ การอุดตันของหลอดเลือด และหลอดเลือดดำใหญ่สู่ฟรีเรีย (Superior vena

cava obstruction) สาเหตุจากแผนการรักษาโรคมะเร็ง เช่น การผ่าตัดปอด การได้รับเคมีบำบัด การฉายรังสี สาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็ง เช่น ภาวะซีด ปอดแฟบ ปอดอักเสบ และสาเหตุอื่นๆ เช่น หลอดลมปอดอุดตันเรื้อรัง หอบหืด หัวใจล้มเหลว เป็นต้น (Zeppetella, 2012)

1.3 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

1.3.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวที่มีปัญหา เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน การบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการ ในกรณีที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีแนวโน้มที่ทรุดลงหรือเสียชีวิตในอนาคต (World Health Organization, 1998) การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อาการของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ทางองค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นว่าการดูแลทางการแพทย์ในรูปแบบนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง ควรได้รับการสนับสนุน โดยการนำการดูแลแบบประคับประคองมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยทุกกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ หรือโรคมะเร็ง โรคที่เข้าสู่ระยะลุกลามหรือระยะสุดท้ายของชีวิต การดูแลแบบประคับประคองจึงครอบคลุมความหมายเหล่านี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2556)

- 1) การมีชีวิต และการตาย ควรเป็นไปตามกระบวนการของธรรมชาติ
- 2) ไม่ช่วยเร่ง หรือเหนี่ยวรั้งการเสียชีวิตของผู้ป่วย
- 3) การบรรเทาความปวด และอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- 4) ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรค และให้การดูแลรักษาอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น
- 5) ส่งเสริมการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย
- 6) จัดสรรระบบคำจุน ช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขมากที่สุดเท่าที่กระทำได้ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต
- 7) จัดสรรระบบคำจุน ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และช่วงเวลาเศร้าโศกภายหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีความต้องการการดูแลหลายด้านเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย ทำให้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

ปัญหาทางกายที่พบบ่อยและต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ การบรรเทาอาการปวด การช่วยเหลือเรื่องการหายใจ การบรรเทาความอ่อนล้า การช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย และความปลอดภัยของร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การดูแลบรรเทาความเศร้าโศกเสียใจ ซึมเศร้า วิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ ความขัดแย้งคับข้องใจ (Jane, Christian, & Michael, 2010; Zeppetella, 2012; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) การดูแลทางสังคม ได้แก่ ส่งเสริมความผูกพัน ความรักจากสมาชิกในครอบครัว จัดการสภาพความเป็นอยู่ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยท่ามกลางคนที่รัก เช่น การมีช่วงเวลาสุดท้ายแห่งชีวิตกับครอบครัว ได้รับการสนับสนุนการยกย่องทางสังคม การดูแลทางจิตวิญญาณ ศาสนา มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความเชื่อความศรัทธา ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

1.3.2 ประเภทของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เป็นการรักษาตามอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นประกอบด้วยการให้เคมีบำบัด รังสีรักษา และการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นจากการแพร่กระจายของโรคไปอวัยวะนั้นๆ (Buckley, 2009) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3.2.1 การให้เคมีบำบัดเพื่อประคับประคอง เป็นการรักษาที่ต้องอาศัยความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ รวมไปถึงบุคลากรทางสาธารณสุข เนื่องจากผลการรักษาด้วยเคมีบำบัดนั้นมีความแตกต่างกันออกไปตามแต่ละชนิดของมะเร็ง โรคมะเร็งบางชนิดสามารถตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดได้เป็นอย่างดี เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Lymphoblastic leukaemia) มะเร็งของอัณฑะ (testicular cancer) เป็นต้น แต่ยังมีพบว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ มีการตอบสนองต่อเคมีบำบัดในระดับต่ำ เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งผิวหนัง จุดมุ่งหมายของการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบประคับประคองคือ การใช้ประสิทธิภาพของยาในการยับยั้งกระบวนการก่อตัวของเซลล์มะเร็ง (Ellison, 1998) และเพื่อยืดระยะเวลาการมีชีวิตรอดของผู้ป่วย ลดขนาดของก้อนมะเร็ง เพื่อบรรเทาอาการปวด อาการหายใจลำบาก ไอ เหนื่อยหอบ หรือภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารและระบบสืบพันธุ์ (Wang & Kavanagh, 2006) ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุข จึงควรพิจารณาถึงผลลัพธ์ของการรักษา และผลข้างเคียงของการให้เคมีบำบัดอย่างระมัดระวัง และต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเพื่อการตัดสินใจในการรักษาด้วยวิธีนี้

1.3.2.2 การให้รังสีรักษาเพื่อประคับประคอง เป็นวิธีการรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการปวด หายใจลำบาก และภาวะเลือดออกซึ่งเป็นสาเหตุมาจากการแพร่กระจายของก้อนมะเร็ง การรักษาด้วยรังสีมักใช้ในกรณีที่มีการกดทับของไขสันหลังจากก้อนมะเร็ง เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์ของการสูญเสียความรู้สึกและการทำงานของเส้นประสาทไขสันหลัง

การรักษาด้วยวิธีนี้มักพบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ระยะของโรคมีการแพร่กระจายไปยังกระดูก ปอด และสมอง ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังกระดูก ร้อยละ 40 ได้รับการรักษาด้วยรังสีเพื่อป้องกันการหักของกระดูก และเพื่อรักษากระดูกที่หักจากพยาธิสภาพของโรค (Barnes & Chow, 2006) ในผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 25 มักพบว่ามีการแพร่กระจายของโรคไปยังสมอง (Johnson & Young, 1996; Walker, Robins, & Weinfi, 1985) การรักษาด้วยรังสียังทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งของอวัยวะในช่องเชิงกราน มะเร็งศีรษะและคอ มะเร็งหลอดอาหาร และมะเร็งผิวหนัง จุดประสงค์ของการรักษาด้วยรังสีจึงเพื่อบรรเทาอาการผิดปกติทางระบบประสาท และยืดระยะเวลาการมีชีวิตรอดของผู้ป่วย ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีนอกจากผู้ป่วยอาจเกิดความเหนื่อยล้า และมีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเฉพาะบริเวณที่ได้รับรังสี ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ป่วยและญาติจึงควรมีความเข้าใจตรงกันในจุดประสงค์ของการรักษา และข้อจำกัดของแผนการรักษาด้วยวิธีนี้

1.3.2.3 การรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นจากการแพร่กระจายของโรค อาการปวดเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ก้อนมะเร็งลุกลามส่งผลให้ผิวหนังและหลอดเลือดบริเวณใกล้เคียงถูกทำลายเกิดเป็นเนื้อตาย ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สุขสบายจากอาการปวด แผนการรักษาแบบประคับประคองตามอาการอาจใช้รังสีรักษา การรับประทานยาฮอร์โมนหรือให้เคมีบำบัด การผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง (skin graft) การให้ยาบรรเทาอาการปวด เช่น มอร์ฟีน (Wessex Specialist Palliative Care Units, 2007) นอกจากนี้ยังมีการบำบัดทางเลือกซึ่งมีบทบาทสำคัญในการรักษา เช่น การนวด การใช้การสัมผัสจากผู้อื่น การใช้น้ำมันหอมระเหย (aromatherapy) เป็นต้น

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เลือกใช้ชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายกับครอบครัว (Tang & McCorkle, 2001) ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วย ทั้งเป็นผู้ดูแลด้านร่างกายบรรเทาความทุกข์ทรมาน ดูแลกิจวัตรประจำวันที่เป็นกิจวัตรของผู้ป่วย ปรับตัวและจัดการกับสภาพจิตอารมณ์ของผู้ป่วยรวมถึงของตนเอง จัดสรรแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างครบถ้วน ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ (วารุณี มีเจริญ, 2557) วาระสุดท้ายในช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง การดูแลผู้ป่วยจึงก่อให้เกิดความตึงเครียด ผู้ดูแลในครอบครัวจึงได้รับผลกระทบทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ รวมไปถึงจิตวิญญาณ เนื่องจากต้องรับภาระต่างๆ เพิ่มขึ้น และส่งอาจผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ (Sherman et al., 2006; Wolff et al., 2007)

2. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2.1 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว

Davis (1992) ให้คำจำกัดความของผู้ดูแลในครอบครัวว่าเป็นบุคคลที่ไม่ได้รับค่าจ้าง แต่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องการการพึ่งพิงที่บ้านหรือในชุมชน

Hileman et al. (1992) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน คือ บุคคลผู้ซึ่งไม่ได้รับค่าจ้าง และได้รับการชี้แจงจากผู้ป่วยมะเร็งว่าเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย หรือการเผชิญกับอาการของโรค

Robinson and Stalker (1992) ผู้ดูแลในครอบครัวคือบุคคลที่ไม่ใช่บุคลากรทางวิชาชีพในสถานพยาบาล แต่เป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย ให้การดูแลช่วยเหลือ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม

Weinland (2009) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่าเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มักเป็นผู้ให้การดูแลด้วยความสมัครใจ ไม่ได้รับค่าตอบแทน บุคคลเหล่านี้อาจเป็นบิดามารดา บุตร คู่สมรส เพื่อน หรือญาติคนใดคนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย

Sherman et al. (2014) ผู้ดูแลในครอบครัว คือ บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักรับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงตลอด 24 ชั่วโมง หรือเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด

Williams, Dixon, Feinn, and McCorkle (2015) กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งคือ บุคคลที่เป็นผู้จัดสรรการดูแลหรือให้การสนับสนุนผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านอื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ โดยเป็นการดูแลที่ไม่มีค่าตอบแทน

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่าเป็นบุคคลหรือญาติซึ่งอาจเป็นสามีภรรยา บิดามารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากโรค ความพิการ หรือสมรรถภาพร่างกายที่เสื่อมถอย มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือในชุมชน มุ่งเน้นการช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

วารุณี มีเจริญ (2557) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง คือ บุคคลในครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ตอบสนองความต้องการและปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะของโรค ตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต หน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ เป็นผู้ตัดสินใจ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็นผู้ให้การดูแล เป็นนักสื่อสาร และผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม

โดยสรุปความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคือ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมี

ความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยระบุว่า เป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด และเป็น การดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

2.2 ชนิดของผู้ดูแลในครอบครัว

Parker (1992) พิจารณาโดยแบ่งประเภทของผู้ดูแล ตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

2.2.1 ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานพยาบาล หรือองค์กรต่างๆ ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น ลูกจ้างดูแล ทีมสุขภาพ พยาบาล องค์กรต่างๆ รวมทั้งผู้ช่วยดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant) โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างก็ได้ ตามข้อตกลง

2.2.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนาน 24 ชั่วโมงต่อวัน เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณ หรือหน้าที่ แรงจูงใจของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัว บุตร หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

ในกลุ่มของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ Parker (1992) ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ดังนี้

2.2.2.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นผู้ดูแลไม่เป็นทางการที่พบบ่อยในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้ อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนดูแลเรื่องการพาไปพบแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความคล่องตัวในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

2.2.2.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน การช่วยเหลือมาจากความรัก ความผูกพัน หรือการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลประเภทนี้มาก่อนในอดีต

Horowitz (1985) แบ่งประเภทของผู้ดูแลในครอบครัวตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ มีดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น บุคคลที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด หรือผู้ที่อาจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล (Self-identified) ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ดูแลเรื่องการกินยา การทำแผล เป็นต้น โดยให้เวลาของการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย แต่ไม่ได้กระทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

2.3 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ดูแลในครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มักถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่หลายๆ ด้าน ทั้งการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ การบริหารจัดการอาการต่างๆ ของผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา การให้กำลังใจ ปลอบใจผู้ป่วย ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวจึงสามารถแบ่งได้หลายบทบาท ดังนี้ (Blum, 2010; National Cancer Institute, 2013a; วารุณี มีเจริญ, 2557)

2.3.1 บทบาทของผู้ให้การดูแล (Hands-on care provider) ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเฉพาะปัญหาความทุกข์ทรมานทางร่างกายของผู้ป่วย ในการจัดการความเจ็บปวด และการจัดการกับอาการไม่สุขสบายต่างๆ ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องทำหน้าที่ให้ยาแก้ปวด สังเกตเฝ้าระวังอาการเคียงข้าง และยังคงคาดหวังจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดคิดว่าควรเป็นผู้ที่สามารถระบุปัญหา อาการแทรกซ้อนจากการใช้ยา รวมทั้งอาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นใหม่ของผู้ป่วยได้ และเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือขณะอยู่ในโรงพยาบาลตลอดจนกระทั่งจำหน่าย หรือพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลใกล้บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวยังต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วย เนื่องจากสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ทุกช่วงเวลา ดังนั้นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการหรือเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ ได้ดีขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี มีความเข้าใจถึงธรรมชาติของสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย เห็นอกเห็นใจ และยอมรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือระบายความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโดย

พยายามทำในสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายมากที่สุด สนับสนุนการตัดสินใจที่ดีของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือการยอมรับความตายอย่างสมศักดิ์ศรี หาแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับตัวผู้ป่วยและตัวผู้ดูแลในครอบครัวเอง

2.3.2 บทบาทในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (Advocate) ผู้ดูแลในครอบครัวมักจะต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเมื่อถึงระยะสุดท้ายในหลายประเด็น เช่น การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการและโรค แหล่งสนับสนุนทางการรักษาประคับประคอง การดำเนินการเกี่ยวกับสิทธิการรักษาการประกันสุขภาพ การชำระค่าใช้จ่ายด้านต่างๆ ของผู้ป่วย ดูแลเรื่องการออกกัมลาังกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้สื่อสารเรื่องอาการที่เกิดขึ้นหรืออาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพทราบเพื่อการแก้ไขและบรรเทาอาการ ให้การช่วยเหลือประคับประคองเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้ายของชีวิต

2.3.3 บทบาทของการเป็นผู้ตัดสินใจ (Decision maker) ผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจแทนหรือร่วมกับผู้ป่วยเมื่อถึงระยะสุดท้าย เกี่ยวกับจัดการกับอาการเจ็บป่วย การดูแลรักษาแบบประคับประคอง การปรับเปลี่ยนบทบาทของบุคคลในครอบครัว และเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจการเงิน ในบทบาทของการบริหารจัดการเหล่านี้ ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยมักจะต้องการข้อมูลทางด้านสุขภาพต่างๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ ค้นหาทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ตลอดจนพูดคุยกับญาติ บุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อช่วยในการตัดสินใจ

2.3.4 บทบาทของการเป็นผู้สื่อสาร (Communicator) ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อถึงระยะสุดท้าย ผู้ดูแลในครอบครัวมักจะมีหวังเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจ ยอมรับเกี่ยวกับอาการต่างๆ ได้นอกจากนี้ยังต้องการให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารเกี่ยวกับความต้องการที่จำเป็นหรือปัญหาที่ต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น แต่ปัญหาในการสื่อสารของผู้ป่วยนั้นมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาน้อย หรือผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเมื่อถึงระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารและให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ประสิทธิภาพของการสื่อสารของผู้ดูแลในครอบครัวอาจขึ้นอยู่กับรูปแบบในการรับรู้ และความสามารถในการบริหารจัดการภาวะสุขภาพ

2.3.5 บทบาทผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ การเงินอาชีพหน้าที่การงาน และแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเมื่อถึงระยะสุดท้าย ผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การสนับสนุนผู้ป่วยเมื่อถึงในทุกๆ ช่วงเวลา กล่าวคือ ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น ในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคระยะแรก มีความต้องการกำลังใจ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องให้การสนับสนุนด้าน

สภาพอารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับความเป็นจริงได้ หรือขณะผู้ป่วยได้รับการรักษา นอกจากผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์แล้ว อาจจำเป็นต้องให้การสนับสนุนด้านการเงิน เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายส่วนตัว และต้องค้นคว้าหาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการตัดสินใจและเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ดีที่สุด

2.4 ผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อผู้ดูแลในครอบครัว

โรคมะเร็งไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อผู้ดูแลในครอบครัว คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว รวมไปถึงบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยคนอื่นๆ (Nayak et al., 2014; Yun et al., 2005) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก มีภาระหน้าที่เพิ่มขึ้น เช่น การช่วยเหลือกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง การจัดการอาการด้านร่างกาย การจัดการและให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ การมีส่วนร่วมในการรักษาทางการแพทย์ การแสวงหาแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วย รวมไปถึงการตัดสินใจแทนผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Sklenarova et al., 2015) สิ่งเหล่านี้ล้วนอาจมีผลรบกวนต่อชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านอื่นๆ (Weitzner et al., 1999) ดังนี้

2.5.1 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical functioning) ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มักใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย จัดการกับความยุ่งยากทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550) กลายมาเป็นภาระของผู้ดูแล (O'Hara et al., 2010) ผู้ดูแลในครอบครัวบางคนทุ่มเทร่างกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไปจนบางครั้งอาจละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง สภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งเกิดจากช่วยเหลือผู้ป่วยในเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรม ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า (Lu et al., 2010; Mosher, Bakas, & Champion, 2013; Osse, Vernooij-Dassen, Schade, & Grol, 2006; Palos et al., 2011) ผู้ดูแลที่พักผ่อนไม่เพียงพออาจส่งผลเสียต่อร่างกายหลายด้าน เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน ฮอร์โมน อารมณ์ หัวใจ และระบบการเผาผลาญในร่างกาย (Berger et al., 2005) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว (Chang, Tsai, Chang, & Tsao, 2007; Cho et al., 2006) จากการศึกษาของ Palos et al. (2011) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 85 คู่ พบว่าอาการทางร่างกายที่เป็นผลมาจากภาระการดูแลที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง คือ อาการเหนื่อยล้า และการนอนหลับถูกรบกวน

2.5.2 การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ (Emotional functioning) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ในด้านลบ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของบุคคลอันเป็นที่รัก วิตกกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญและจัดการ มีความกลัวการสูญเสียและกลัวการอยู่คนเดียวเมื่อผู้ป่วยต้องจากไป (Groo, Dahl, Moum, & Fosså, 2005) อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ด้วยอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังมีอิทธิพลต่อผู้ดูแลในครอบครัวด้วย ความทุกข์ทรมานทางด้านอารมณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดภาวะซึมเศร้า ถึงแม้ว่าจะเป็นภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยแต่สามารถส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวรวมถึงสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวได้ (Heidari Gorji et al., 2012) ซึ่งความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการรักษาประคับประคองไปจนถึงระยะสุดท้าย (Groo et al., 2005; Grunfeld et al., 2004) ด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลในครอบครัวไม่มีความสุขสงบในจิตใจ มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว (Lu et al., 2010) มีความรู้สึกสิ้นหวังเมื่อผู้ป่วยกำลังจะจากไป และในขณะเดียวกันก็มีความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบได้ (Tang, 2009) หากเกิดขึ้นเป็นเวลาต่อเนื่องและไม่ได้รับการบรรเทาแก้ไข ผู้ดูแลในครอบครัวอาจกลายมาเป็นผู้มีปัญหาทางจิตเวชได้ (Vanderwerker, Laff, Kadan-Lottick, McColl, & Prigerson, 2005)

2.5.3 การทำหน้าที่ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and financial) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มักเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต มีผลกระทบต่ออาชีพ และกิจกรรมทางสังคม ต้องขาดงานเนื่องจากต้องรับผิดชอบหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย (Grunfeld et al., 2004) และดูแลญาติคนอื่นๆ ในครอบครัว (Deshields et al., 2012) ทำให้สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลรอบข้างลดลง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการทำกิจกรรมในชุมชนลดลง (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) การถูกละเลยการช่วยเหลือ หรือความสนใจจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวขาดแหล่งช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้รู้สึกเป็นภาระมากขึ้น และทำให้คุณภาพของชีวิตลดลง (Dumont et al., 2006) อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นมีความค่าใช้จ่ายหลายด้าน และในบางครั้งผู้ดูแลในครอบครัวอาจจำเป็นต้องขาดงาน หรือลาออกจากงานของตนเองเพื่อมาทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นหลักทำให้สูญเสียรายได้ (Grunfeld et al., 2004) ส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจการเงิน (Deshields et al., 2012; Nayak et al., 2014; Song et al., 2011) การว่างงานมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวแย่ลง (Alptekin et al., 2010; Groo, Fosså, Sørebo, & Dahl, 2006) และพบว่าปัญหาทางด้านการเงินด้านการสูญเสียรายได้ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวมากที่สุด (Yun et al., 2005)

2.5.4 การทำหน้าที่ด้านครอบครัว (Family functioning) การมีกิจกรรมนันทนาการระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะเป็นการดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวนั้นๆ การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้บทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีกิจกรรมนันทนาการกับครอบครัวลดลง ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของบุคคลในครอบครัว แต่ยังส่งผลให้ความพอใจของทั้งตัวผู้ดูแลในครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวนั้นๆ ลดลง (Bauer & Sousa-Poza, 2015) เนื่องจากผู้ที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก มักเป็นคู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัวนั้นๆ โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นคู่สมรส ซึ่งต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยอย่างครอบคลุม เช่น การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน (Lu et al., 2010) ภาระงาน ความเครียด อาจส่งผลให้บางครอบครัวอาจเกิดความขัดแย้งเพิ่มขึ้น ปฏิสัมพันธ์ การสื่อสาร และความร่วมมือการช่วยเหลือซึ่งกันและกันลดลง (Allen et al., 1999) สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; ศิริพรรณ ปีติมานะอารี, 2550) นอกจากนี้จากประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นบุตรสาว หรือบุตรชายของผู้ป่วย มักพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวเหล่านี้ไม่มีความสุขในชีวิตคู่ของตนเอง (Bookwala, 2009)

จากบทบาทการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ รวมไปถึงด้านครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวจะรู้สึกถึงความเป็นภาระ รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่รบกวนการดำเนินชีวิตของตนเอง อาจเกิดปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ หากผลกระทบเหล่านี้เกิดขึ้นเป็นเวลาต่อเนื่อง อาจส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวลดลง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.5 บทบาทของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ มากมายตลอดช่วงเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความต้องการหลายด้านที่แตกต่างกันไป ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลจากพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมามุ่งเน้นกับการดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center care) ตลอดจนภาระงานที่มาก จนดูเหมือนว่าบางครั้งการพยาบาลอาจละเลยการดูแลครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย จนทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย บางรายมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ดังนั้นการพยาบาลจึงควรมีการปรับเปลี่ยนบทบาทมุ่งเน้นในการดูแลครอบครัวให้มากขึ้น (Family center care) นำครอบครัวเข้าร่วมวางแผนในการให้การพยาบาล (วารุณี มีเจริญ, 2557)

การดูแลผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างครบถ้วน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่องนั้น พยาบาลควรแสดงบทบาทที่

สำคัญ ได้แก่ การประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบ การตอบสนองความต้องการอย่างครอบคลุมเป็นรายบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมผู้ดูแลในครอบครัวมีการประเมินและดูแลสุขภาพของตนเอง และดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัว การประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบ พยาบาลควรมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวร่วมกันค้นหาจุดแข็งของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลมีหน้าที่ในการรับฟังปัญหาและความต้องการของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ประเมินปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ชักถามถึงความกังวลใจเรื่องต่างๆ ให้ข้อมูลและให้ความช่วยเหลือตามที่คุณดูแลในครอบครัวต้องการ มีการสอนและให้ความรู้ เพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการหรือแนะนำวิธีการผ่อนคลายต่างๆ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้พยาบาลควรให้ข้อมูลกับผู้ดูแลในครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวเป็นระยะเกี่ยวกับปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในกรณีที่คุณดูแลในครอบครัวมีอาการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วง เช่น อาการแสดงและผลกระทบของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยทั้งในกรณีกลับบ้าน หรือเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตลง เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้มีเวลาในการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวหมดภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยแล้ว จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัว และใช้ชีวิตของตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (วารุณี มีเจริญ, 2557)

การที่จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวม ที่นอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้วยังต้องคำนึงถึงครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พยาบาลจึงต้องมีการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวให้ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า ประกอบด้วย 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำตัวบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิต จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

Burckhardt (1985) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลว่ามีความพึงพอใจในชีวิต มีความผาสุกทั้งด้านร่างกาย วัตถุสิ่งของ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และมีความสามารถในการทำกิจกรรม เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน สังคม สามารถพัฒนาตนเอง ให้บรรลุเป้าหมาย และการมีเวลาพักผ่อน

Zhan (1992) คุณภาพชีวิต เป็นความพึงพอใจของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิต สุขภาพ สังคมวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลนั้น

World Health Organization (1997) เป็นการรับรู้ของปัจเจกบุคคลต่อชีวิตของบุคคลนั้น ภายใต้ระบบของความเชื่อ และบริบทวัฒนธรรมนั้นๆ โดยมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ความคาดหวังและความสนใจในสิ่งนั้น

Haas (1999) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต คือ การดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย มีคุณค่า ไม่ใช่เพียงการมีชีวิตอยู่เท่านั้น แต่หมายถึงไม่มีความพิการด้วย คุณภาพชีวิตมีหลายมิติ ขึ้นอยู่กับบริบทของวัฒนธรรม และค่านิยมของแต่ละบุคคล

Ferrans and Powers (1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความผาสุกที่ได้มาจากประสบการณ์ชีวิต ประกอบด้วยความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกทางจิตใจ ความผาสุกทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

Padilla and Grant (1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสุข ความเป็นอยู่ที่ดี และความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ ประเมินได้จากการทำหน้าที่ของร่างกาย ทักษะติดต่อสุขภาพ การได้รับการช่วยเหลือจากสังคม และความพึงพอใจในชีวิต

Aaronson (1988) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลว่ามีความพึงพอใจเกี่ยวกับความสามารถในการดำรงบทบาททั้ง 5 ด้าน ได้แก่ บทบาทด้านร่างกาย บทบาทด้านการทำหน้าที่ บทบาทด้านการรับรู้ บทบาทด้านอารมณ์ และบทบาททางสังคม

Cella (1994) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าเป็นขอบเขตที่บุคคลมีความคาดหวังถึงความปลอดภัย ไม่ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรค หรือการรักษา ประกอบด้วยความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ความผาสุกด้านอารมณ์ และความผาสุกด้านสังคม

McMillan (1996) คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพอใจที่ครอบคลุมทางด้านสุขภาพรวมไปถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย ความพอใจด้านจิตใจรวมถึงจิตวิญญาณ ความพอใจด้านสังคม และความพอใจทางด้านเศรษฐกิจ

Weitzner et al. (1999) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการดูแลผู้ป่วย ความยุ่งยากหรือการถูกรบกวน ชีวิตประจำวัน การปรับตัวทางบวก ความกังวลเรื่องการเงิน และเรื่องทั่วไปที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลต่อผู้ดูแลในครอบครัวในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ

จากนิยามของคุณภาพชีวิตที่ได้กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการดูแลผู้ป่วย ความยุ่งยากหรือการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน การปรับตัวทางบวก ความกังวลเรื่องการเงิน และเรื่องทั่วไปที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ส่งผลต่อผู้ดูแลในครอบครัวในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ

3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตประกอบด้วยมโนทัศน์หลายมิติ มีได้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเพียงอย่างเดียว เนื่องจากคุณภาพชีวิตของบุคคลสามารถถูกกระทบได้ด้วยปัจจัยหลายอย่าง การประเมินคุณภาพชีวิตจึงต้องประเมินอย่างครอบคลุมในทุกองค์ประกอบของบุคคล จึงมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับมโนทัศน์ของคุณภาพชีวิตไว้หลายมิติ ดังนี้

Zhan (1992) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) คือความรู้สึกพึงพอใจหรือความสุขในชีวิตด้านต่างๆ ไป ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาวะความเป็นอยู่ ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลมีการรับรู้ได้จากการประเมินความแตกต่างระหว่างความปรารถนาที่ตนตั้งไว้ กับความสำเร็จที่ได้รับ

2) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-Concept /Psychological well-being) เป็นความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งเกิดขึ้นจากการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจากการตอบสนองของบุคคลอื่น

3) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Health and Functioning /Physical well-being) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความพอใจด้านร่างกาย ภาวะสุขภาพที่ปราศจากโรค การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้ประสบความสำเร็จ

4) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic Factors / Social well-being) การรับรู้ถึงความผาสุกด้านต่างๆ ไปในสังคม ทำให้เกิดความมั่นคงในชีวิต มีความพึงพอใจในด้านการศึกษ การประกอบอาชีพ และรายได้

Ferrans and Powers (1985) คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิต โดยพิจารณาจากความพึงพอใจหรือความไม่พึงพอใจในชีวิต และการให้ความสำคัญในองค์ประกอบของชีวิต โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) ความสามารถในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น มีความสามารถในการรับผิดชอบต่อนหน้าที่ต่อครอบครัว มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ การเดินทาง การดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถจัดการด้านความเครียดหรือความวิตกกังวล ไม่ต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระต่อบุคคลอื่น สามารถเป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่นได้ มีความพึงพอใจทางเพศและการดำรงชีวิต

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) มีมาตรฐานในการดำรงชีวิต มีความสามารถในการบริหารจัดการด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ภายในบ้าน มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม และการทำงาน มีสัมพันธภาพกับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน และได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากบุคคลอื่น

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological /Spiritual) มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นตัวของตัวเอง พึ่งพอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง มีความสุขสงบในจิตใจ และมีความเชื่อความศรัทธาในศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์

4) ด้านครอบครัว (Family) เกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัว การมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว คู่ครอง บุตรหลาน ได้รับความช่วยเหลือ และกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว รวมถึงภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว

World Health Organization (1997) องค์การอนามัยโลกได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical health) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านระดับความเป็นอิสระ ไม่ต้องการการพึ่งพา (Level of Independence) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และ ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spiritual /Religion /Personal beliefs) ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้จัดแบ่งองค์ประกอบใหม่ โดยนำองค์ประกอบบางข้อรวมไว้ด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับด้านระดับความเป็นอิสระ ไม่ต้องการการพึ่งพา และด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคลไว้ด้วยกัน จึงเหลือองค์ประกอบเพียงแค่ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1) ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของบุคคล กล่าวถึงความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกมีพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความรู้สึกเหนื่อยล้า

อาการเจ็บปวด ไม่สุขสบาย การรับรู้เรื่องการพักผ่อนนอนหลับ การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติหน้าที่หรือกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาศิลปินรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคงไว้ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ความสามารถในการทำงาน และความต้องการการรักษาทางการแพทย์ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ คือ การรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกทั้งทางด้านบวก และด้านลบ ความภาคภูมิใจและมีความคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกนึกคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ การจัดการกับความวิตกกังวล หรือความเศร้า การรับรู้เกี่ยวกับศาสนา ความรู้สึกทางจิตวิญญาณ และความเชื่อส่วนบุคคล การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่อมั่นต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม การสนับสนุนแหล่งช่วยเหลือทางสังคม รวมถึงการรับรู้เรื่องอารมณ์ทางเพศ และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้ที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ แหล่งประโยชน์ทางการเงิน รายได้ ความมีอิสระ มีความปลอดภัยทางด้านสุขภาพร่างกาย และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีโอกาสในการฝึกฝนทักษะและได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ การพักผ่อนหย่อนใจโดยการมีกิจกรรมนันทนาการ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น มลพิษ เสียง การคมนาคม เป็นต้น

Padilla and Grant (1985) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตที่เป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็ง และแบ่งมิติองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1) ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความแข็งแรงของร่างกาย ความเหนื่อยล้า ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ และการรับรู้ถึงประโยชน์ของตน

2) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) ได้แก่ ความสุข ความพึงพอใจ ความรู้สึกสนุกสนาน ความพึงพอใจด้านการรับประทานอาหารและคุณภาพชีวิตต่างๆ ไป และการพักผ่อนนอนหลับ

3) ความต้องการด้านภาพลักษณ์ (Body image concerns) ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย และความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพ

4) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา (Diagnosis/treatment response) ได้แก่ การรับรู้อาการต่างๆ รวมถึงความถี่ ความรุนแรงของที่เกี่ยวข้องกับโรค และการรักษา

5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา (Diagnosis/treatment response; Nutritional) ได้แก่ ความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

6) ความต้องการทางสังคม (Social concerns) ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ความรู้สึกเป็นส่วนตัวของบุคคล การรับรู้ถึงปฏิกิริยาการต่อต้านของสังคม

Cella (1994) คุณภาพชีวิต เป็นขอบเขตที่บุคคลมีความคาดหวังถึงความปลอดภัย ไม่ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรค หรือการรักษา ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1) ความผาสุกทางด้านร่างกาย (Physical well-being) คือการรับรู้และการสังเกตของบุคคลนั้น เกี่ยวกับการทำหน้าที่ และการได้รับผลกระทบต่อร่างกายจากโรค ผลข้างเคียงจากการรักษา

2) ความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (Functional well-being) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น การเดิน การรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเองต้องการ เพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ

3) ความผาสุกด้านอารมณ์ (Emotional well-being) เป็นการรับรู้ถึงอารมณ์ทั้งทางด้านบวก คือความผาสุก และอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด

4) ความผาสุกด้านสังคม (Social well-being) การรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม การคงไว้ซึ่งกิจกรรมนันทนาการและบทบาทหน้าที่ในครอบครัว รวมไปถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทางเพศ

McMillan and Mahon (1994b) คุณภาพชีวิต คือ ความผาสุกที่ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1) ความผาสุกทางด้านร่างกาย (Physical well-being) มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับการบรรเทาความเจ็บปวด บรรเทาความเหนื่อยล้า มีความสามารถในการรับประทานอาหาร มีระบบขับถ่ายที่ปกติ สามารถนอนหลับพักผ่อน และสามารถดูแลสุขภาพร่างกายตนเองได้

2) ความผาสุกด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ (Psychological-spiritual well-being) เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเอง ครอบครัว ความซึมเศร้า ความโกรธ ความหวัง การมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการได้รับการดูแล ความเกี่ยวข้องกับผู้ดูแล การมีความสุขในการทำกิจกรรม มีความหมายในชีวิต มีความผาสุกทางอารมณ์

3) ความผาสุกด้านสังคม (Social well-being) เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ หรือทีมสุขภาพ

4) ความผาสุกทางด้านเศรษฐกิจ (Financial well-being) เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือค่าใช้จ่ายในที่เพิ่มขึ้นในชีวิตประจำวัน

Ferrell, Hassey Dow, and Grant (1995) สรุปล่องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1) ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being and symptoms) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุมหรือบรรเทาความเจ็บป่วย และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย

2) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological Well-Being) การหาวิธีในการควบคุม หรือเผชิญความเจ็บป่วยของตัวบุคคล เพื่อให้เกิดความรู้สึกในทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยการเผชิญความเครียดวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกลัว

3) ความผาสุกทางสังคม (Social Well-Being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือบุคคลอื่น ความเป็นส่วนตัว และการมีบทบาทหน้าที่ทางสังคม

4) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) การรับรู้ถึงความหมายในชีวิต มีความคาดหวังถึงการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในทางบวก ความเชื่อของบุคคลในด้านศาสนา มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ

Weitzner et al. (1999) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง โดยประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตดังนี้

1) ด้านภาระการดูแล (Burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความกลัวการสูญเสียผู้ป่วย ความเครียด วิตกกังวล ความโศกเศร้าเสียใจ รู้สึกผิด ความผิดหวังไม่พอใจ ความกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผลกระทบของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อสมาชิกในครอบครัว ผลข้างเคียงของการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาการผู้ป่วยที่ทรุดลง ความท้อแท้เกี่ยวกับอนาคต

2) ด้านความยุ่งยากหรือการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน (Disruptiveness) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบของกิจวัตรประจำวัน การคงไว้ซึ่งกิจกรรมอื่นๆ การจัดการกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย การเดินทาง ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงในการจัดลำดับความสำคัญ

3) ด้านการปรับตัวทางบวก (Positive adaptation) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับทัศนคติการมองชีวิตในด้านดี มีความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ การสื่อสารภายในครอบครัว ความพึงพอใจที่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน สัมพันธภาพกับผู้ป่วย การให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วย

4) ด้านความกังวลเรื่องการเงิน (Financial concerns) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความตึงเครียดทางการเงิน ความกังวลเกี่ยวกับความคุ้มครองประกันสุขภาพ และอนาคตทางการเงิน

5) ด้านทั่วไป เป็นการรับรู้เรื่องต่างๆ ไปที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การนอนหลับ ความพึงพอใจเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ความสนใจของตนเองในแต่ละวัน ความตึงเครียด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การปกป้องผู้ป่วย การจัดการเกี่ยวกับความเจ็บปวดของผู้ป่วย และความสนใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตประกอบด้วยมิติหลายมิติ และเนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวสามารถถูกกระทบได้ด้วยปัจจัยหลายอย่าง ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีการรับรู้ถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วย รับรู้ว่าการดูแลนั้นเป็นภาระ ทำให้เกิดความยุ่งยาก รบกวนต่อชีวิตประจำวันของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ส่งผลต่อการปรับตัว ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น และผลกระทบด้านอื่นๆ อันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ถึงผลกระทบเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ดังนั้นแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ควรประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ด้านภาระการดูแลผู้ป่วย ด้านความยุ่งยากหรือการรบกวนชีวิตประจำวัน ด้านการปรับตัวทางบวก ด้านความกังวลเรื่องการเงิน และด้านทั่วไปที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาระในการดูแลผู้ป่วย ความยุ่งยากจากการดูแลหรือการรบกวนชีวิตประจำวัน ความสามารถในการปรับตัวทางบวก ความกังวลเรื่องการเงิน และเรื่องทั่วไปที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย (Weitzner et al., 1999) การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลในครอบครัวต้องจัดการกับความยุ่งยากทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวจากการรับรู้ดังนี้

ภาระในการดูแล การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน จัดการกับความยุ่งยากทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ เกิดความเครียดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแล ผลข้างเคียงของการรักษาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย กล่าวถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัว และมีความโศกเศร้ากับอาการผู้ป่วยที่ทรุดลงตามระยะของโรค มีความกลัวเกี่ยวกับการสูญเสียผู้ป่วย (Weitzner et al., 1999) มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว (Lu et al., 2010)

ความยุ่งยากหรือชีวิตประจำวันถูกรบกวน ผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง ต้องการการพึ่งพา การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่พามาได้รับการรักษา อยู่เฝ้าจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Rha et al., 2015) ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกถึงความยุ่งยากในการดูแล แบบแผนชีวิตประจำวันของตนเองเปลี่ยนแปลงไป ละเลยการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง (Schubart et al., 2008) ส่งผลให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรมและเกิดเป็นภาวะเจ็บป่วยขึ้นได้

การปรับตัวทางบวก เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะเจ็บป่วยหรือสูญเสียการทำหน้าที่ตามปกติ สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตนเองมาเป็นผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยอาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งของสมาชิกภายในครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันลดลง (Allen et al., 1999) ผู้ดูแลในครอบครัวอาจมีการรับรู้และประเมินการดูแลไปในทางลบ ขาดแหล่งทรัพยากรทางด้านจิตใจที่ช่วยให้มีการตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียด (Tang & Li, 2008) มีความรู้สึกสิ้นหวังเมื่อผู้ป่วยกำลังจะจากไป และในขณะเดียวกันก็มีความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบได้ (Tang, 2009) เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญและจัดการ และกลัวการอยู่คนเดียวเมื่อผู้ป่วยต้องจากไป (Groves et al., 2005)

ความกังวลเรื่องการเงิน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีความค่าใช้จ่ายหลายด้าน และในบางครั้งผู้ดูแลในครอบครัวอาจจำเป็นต้องขาดงาน หรือลาออกจากงานของตนเองเพื่อมาทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นหลักทำให้สูญเสียรายได้ (Grunefeld et al., 2004) การว่างงานมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวแย่ลง (Alptekin et al., 2010; Groves et al., 2006) และพบว่าปัญหาทางด้านการเงินด้านการสูญเสียรายได้ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวมากที่สุด (Yun et al., 2005)

ด้านอื่นๆ การใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายตลอดทั้งวัน ส่งผลต่อแบบแผนการพักผ่อนทำให้การนอนหลับถูกรบกวน (Cho et al., 2006) เนื่องจากต้องตื่นมาดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในช่วงเวลากลางวันตามมา การนอนหลับที่ไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพ ส่งผลเสียต่อร่างกายหลายด้าน เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน ฮอรโมนอารมณ์ หัวใจ และระบบการเผาผลาญในร่างกาย (Berger et al., 2005) ผลกระทบด้านความพึงพอใจเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ซึ่งจากประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นบุตรสาวหรือบุตรชายของผู้ป่วย มักพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวเหล่านี้ไม่มีความสุขในชีวิตคู่ของตนเอง (Bookwala, 2009) ความสนใจของตนเองในแต่ละวันเปลี่ยนแปลง ละเลยการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง ผู้ดูแลในครอบครัวบางรายต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ไม่ได้ได้รับความสนใจจากครอบครัวในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลในครอบครัวมีญาติหรือบุคคลอื่นมาแสดงความใส่ใจหรือช่วยแบ่งเบาภาระจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้น (Tang, 2009)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละระยะของโรคมะเร็งมีความแตกต่างกัน (Kim & Given, 2008) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีแนวโน้มลดต่ำลงเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (Tang et al., 2008) และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้การบำบัดรักษา (Groves & Berit, 2012;

Weitzner et al., 1999) เนื่องจากอาการแสดงและความรุนแรงของอาการผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นตามระยะของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักจะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย จึงพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ด้านภาระการดูแลอยู่ในระดับต่ำที่สุดจากคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน (Leow et al., 2014; Tang, 2009) หมายความว่า ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ว่าการดูแลนั้นเป็นภาระมาก

3.4 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแนวคิดที่ใช้และวัตถุประสงค์ในการวิจัย เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ควรมีการประเมินองค์ประกอบหลักทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการเงิน ส่วนอีก 2 ด้านที่มีความสำคัญในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเช่นกัน ได้แก่ ด้านครอบครัว และด้านภาระในการดูแล (Edwards & Ung, 2002) มีนักวิจัยหลายท่านพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเพื่อใช้กับกลุ่มประชากรหลากหลายกลุ่ม จากการทบทวนวรรณกรรมพบที่มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินคุณภาพชีวิตทั้งในประชากรทั่วไป ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.4.1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วไป

3.4.1.1 The Medical Outcomes Study-Form 36 (SF-36) พัฒนาโดย Ware, Snow, Kosinski, and Gandek (1993) ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 10 ข้อ ด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ด้านภาวะเจ็บปวด จำนวน 2 ข้อ ด้านภาวะสุขภาพทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ด้านสัญญาณชีพ (การมีพลังและความเหนื่อยล้า) จำนวน 4 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม จำนวน 2 ข้อ ด้านข้อจำกัดเนื่องจากสภาวะทางอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ และด้านสุขภาพจิต (ความตึงเครียดและความผาสุกทางจิตใจ) จำนวน 5 ข้อ ซึ่งสามารถแบ่งเข้าเป็น 2 หมวด คือ องค์ประกอบทางด้านร่างกาย (physical component summary; PCS) และองค์ประกอบทางด้านจิตใจ (mental component summary; MCS) การประเมินเป็นลักษณะมาตรวัดแต่ละด้านจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน คะแนนรวม 0 - 800 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี

3.4.1.2 World health Organization Quality of life (WHOQOL-100) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ที่เป็นสากล มีการนำไปใช้ในงานวิจัยในหลายประเทศ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 100 ข้อ การประเมินคุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ ต่อมาทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตของ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of life group) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อขึ้นมา คือ WHOQOL-BREF ซึ่งได้จัดองค์ประกอบบางส่วนรวมเข้าด้วยกัน คือ องค์ประกอบด้านร่างกายจัดรวมกับองค์ประกอบด้านความเป็นอิสระ และจัดรวมองค์ประกอบด้านจิตใจไว้กับด้านจิตวิญญาณหรือความเชื่อส่วนบุคคล จึงเหลือเพียง 4 ประมวล คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (World Health Organization, 1997) และใช้วิธีทางสถิติหาองค์ประกอบ (Factor Analysis) เหลือข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ การประเมินเป็นลักษณะมาตราวัด 5 ระดับ ลักษณะคำตอบมีตั้งแต่ ไม่มีเลย จนถึงมากที่สุด ค่าคะแนนรวมสูง หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี แบบประเมิน WHOQOL-BREF เป็นเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา (Psychometric) ที่มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดี ถึงดีมาก มีความเที่ยงในการวัดแม้ในการทดสอบครั้งแรก (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004)

3.4.2 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ

3.4.2.1 Quality of Life Index (QLI) พัฒนาโดย Ferrans and Powers (1985) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตพัฒนาและนำไปใช้กับประชากรที่มีภาวะสุขภาพดี และใช้ในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 32 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว การประเมินประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การประเมินด้านความพึงพอใจ และการให้ความสำคัญ เป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 1 - 6 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีความสำคัญอย่างมากจนถึงมีความสำคัญมาก และความไม่พึงพอใจจนถึงพอใจมาก คะแนนรวม 30 คะแนน ค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ทดสอบในกลุ่มนักศึกษา และใช้ทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยลำไส้ และเท่ากับ 0.93 และ 0.90 ตามลำดับ

3.4.2.2 Quality of Life Tool (QOLT) พัฒนาโดย Padilla et al. (1990) ในครั้งแรกนั้นได้สร้างขึ้นเพื่อใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และต่อมาได้มีการปรับปรุงเพื่อใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยทั่วไป ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ 4 ด้านอารมณ์/จิตใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 3 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อ และคำถามประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมอีก 1 ข้อ การประเมินเป็นลักษณะมาตราวัดอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0-100 มิลลิเมตร (Visual analogue scale) 0 หมายถึงคุณภาพชีวิตแย่มาก ไปจนถึง 100 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด คะแนนรวมสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.84

3.4.2.3 The Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACIT-G) พัฒนาโดย Cella et al. (1993) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 27 ข้อ เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิต

ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ และความผาสุกในด้านการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ การประเมินเป็นลักษณะมาตราวัด 5 ระดับ (Likert scale: 0 - 4) คะแนน 0 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในด้านนั้นน้อยที่สุด ถึงคะแนน 4 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมากที่สุด คะแนนรวมสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี

3.4.3 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

3.4.3.1 Caregiver QOL Index (CQLI) พัฒนาโดย (McMillan & Mahon, 1994a) ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์/จิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านร่างกาย การประเมินเป็นลักษณะมาตราวัดอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0-100 มิลลิเมตร 0 หมายถึงคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด ไปจนถึง 100 คะแนน หมายถึง คุณภาพสูงที่สุด คะแนนรวม 0 - 400 คะแนน คะแนนรวมที่สูง หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.76 - 0.88

3.4.3.2 The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale พัฒนาโดย Weitzner et al. (1999) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วยคำถาม 35 ข้อ ประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวมะเร็งเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินการรับรู้ด้านภาระการดูแล ด้านความยุ่งยากหรือการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน ด้านการปรับตัวทางบวก ด้านความกังวลเรื่องการเงิน และเรื่องทั่วไปที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย เครื่องมือพัฒนามาจากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งระบบทางเดินอาหาร มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ และผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 22 คู่ บุคลากรทีมสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์) จำนวน 10 คน สัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านอื่นๆ ของผู้ดูแลในครอบครัว ภายหลังการสัมภาษณ์มีการถ่ายทอดด้วยคำพูดของผู้ถูกสัมภาษณ์ที่เป็นสาระสำคัญ 120 ข้อความ ผู้เชี่ยวชาญ 3 คนรวมถึง Weitzner พิจารณาข้อความอีกครั้งโดยจัดกลุ่มข้อความที่เหมือนกันเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อตัดความซ้ำซ้อนของจำนวนข้อออกไป จึงได้ข้อความเพื่อนำมาเป็นแบบสอบถามจำนวน 91 ข้อ นำไปทดสอบกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 96 คน ให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประเมินค่า 1 - 5 โดย 1 หมายถึง ไม่มีความสำคัญเลย และ 5 หมายถึง มีความสำคัญมากที่สุด และนำผลลัพธ์จากการทดสอบมาจัดลำดับข้อความที่มีความถี่ในการเลือกตอบอย่างน้อย ร้อยละ 60 โดยเลือกคำตอบ 3 - 5 คะแนน นำข้อความนั้นมาประกอบเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 35 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิต

เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวตามองค์ประกอบด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านภาระการดูแล จำนวน 10 ข้อ ด้านความยุ่งยากหรือการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน จำนวน 7 ข้อ ด้านการปรับตัวทางบวก จำนวน 7 ข้อ และด้านความกังวลเรื่องการเงิน จำนวน 3 ข้อ และด้านทั่วไป อีก 8 ข้อ ซึ่งไม่จัดอยู่ในองค์ประกอบข้างต้น แต่รวมอยู่ในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งประเมินเรื่องต่างๆ ไป ได้แก่ การนอนหลับ ความพึงพอใจเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ความสนใจ ความตึงเครียด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การปกป้องผู้ป่วย การจัดการเกี่ยวกับความเจ็บปวดของผู้ป่วย และความสนใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความทางบวก จำนวน 9 ข้อ (ข้อที่ 4, 10, 12, 16, 22, 23, 27, 28 และ 34) และที่เหลือเป็นข้อความทางลบ จำนวน 26 ข้อ การประเมินเป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 0 - 4 ระดับ ลักษณะคำตอบมีตั้งแต่ ไม่มีเลย จนถึงมากที่สุด เช่น ข้อความทางบวกมาตราส่วนประเมินค่า 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกกับข้อความนั้นเลย เท่ากับ 0 คะแนน ข้อความทางลบ ให้กลับคะแนน โดยเลือก 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกกับข้อความนั้นเลย ไม่เลย เท่ากับ 4 คะแนน เลือก 4 หมายถึง มีความรู้สึกกับข้อความนั้นมากที่สุด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0 - 140 ค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.91

แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งของ Weitzner ได้ถูกนำไปใช้ในงานวิจัยในหลายประเทศ Leow et al (2014) และ Tang et al. (2008) นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งไปใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.87 และ 0.91 ตามลำดับ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale ของ Weitzner et al. (1999) เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว จำเป็นต้องมีการประเมินถึงการรับรู้ที่เกิดจากผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วย ความยุ่งยากหรือการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน การปรับตัวทางบวก ความกังวลเรื่องการเงิน และเรื่องทั่วไปที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย และเครื่องมือนี้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือสูง เท่ากับ 0.91

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง Kitrungrrote and Cohen (2006) กล่าวว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งมีหลากหลายปัจจัย และได้แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือการรักษา หมายถึง คุณลักษณะและการทำหน้าที่ของผู้ป่วย มะเร็งและผลของการรักษาโรคมะเร็ง ได้แก่ ระยะของโรค ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ผลข้างเคียงจากการรักษา การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาที่ได้รับ

2) ปัจจัยด้านผู้ดูแล หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ รายได้ การศึกษา สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังในทางบวก ความมีคุณค่าในตนเอง การเผชิญหรือหลีกเลี่ยงปัญหา และทัศนคติของผู้ดูแล ได้แก่ การมีภาวะสุขภาพดี ความพึงพอใจทางเพศ การมีความหวัง-สิ้นหวัง มีความรู้สึกปลอดภัย การมีความหมายในชีวิต การสูญเสียพลังกำลัง ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเครียดทางร่างกายหรืออารมณ์ ความสับสน ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระ

3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล หมายถึง ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล การประเมินการดูแลไปในทางลบ ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

4) ปัจจัยทางสังคม หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการดูแล ได้แก่ สัมพันธภาพกับผู้ป่วยมะเร็ง ความพึงพอใจในสถานภาพสมรส การติดต่อกับบุคคลรอบข้าง ความเข้มแข็งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และคัดสรรปัจจัยมาศึกษา คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Friðriksdóttir et al., 2011) ความเข้มแข็งในการมองโลก (Tang et al., 2008) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (Chen et al., 2004; Lu et al., 2010) ความเหนื่อยล้า (Cho et al., 2006; Gaston-Johansson et al., 2004) ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการดูแล และเป็นอาการที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Palos et al., 2011) และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Leow et al., 2014; Pearce et al., 2006; Tang, 2009) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย คือ จำนวนเต็มเป็นเดือนที่ผู้ดูแลในครอบครัวเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพานั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Orem, 2001) ระยะเวลาในการดูแลจึงเป็นตัวบ่งชี้ถึงทักษะและประสบการณ์ในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีผลต่อผู้ดูแลในครอบครัว กล่าวคือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่เริ่มให้การดูแลผู้ป่วยในระยะแรก อาจมีประสบการณ์ การเตรียมตัว และทักษะ

ความสามารถในการดูแลน้อย เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวรายใหม่อาจยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค การดำเนินของโรค และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงยังไม่มี ความชำนาญ และความมั่นใจเพียงพอ ส่งผลให้เกิดความเครียดเกี่ยวกับการดูแลได้ (Chan & Chang, 1999)

4.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาานาน อาจส่งผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลในครอบครัวได้ เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานจะมีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และอาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินบทบาทหน้าที่อื่นๆ ในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นเวลานานอาจส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องสูญเสียเวลาและพลังงานไปกับการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความรู้สึก เบื่อหน่าย ท้อแท้ และเกิดความเครียด ซึ่งอาจส่งผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลในครอบครัว (ธัญญาภรณ์ ดาวนพเก้า, 2547) ในทางตรงกันข้ามเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหนึ่ง อาจจะมีการปรับตัวซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลมีพฤติกรรม และการแสดงความรู้สึกเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อรักษาความสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัวได้ ก็จะไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) แต่เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อาการแสดงและความรุนแรงของอาการผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นตามระยะของโรคมะเร็ง (Weitzner et al., 1999) ผู้ดูแลในครอบครัวจึงประสบความยุ่งยากในการดูแลโดยเฉพาะการจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานจึงมีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.27, p < 0.01$) เมื่อระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวจะลดลง (Lu et al., 2010)

4.2 ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัว

4.2.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ทุกๆ ไป พบได้ทั้งในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพดี และ บุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย มีผู้ให้ความหมายความเหนื่อยล้าไว้ดังนี้

Jensen and Given (1991) ให้คำนิยามความเหนื่อยล้าว่า เป็นความรู้สึก ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่เกิดขึ้นต่อเนื่องมาจากความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ไปจนถึงหมดเรี่ยวแรง เป็นผลมาจากการมีถูกรบกวนด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลันมักเป็นผลมาจากสาเหตุด้าน

ร่างกาย หรือจิตใจ และสามารถบรรเทาได้โดยการพักผ่อน ความเหนื่อยล้าชนิดนี้อาจเป็นผลมาจาก วงจรชีวิต และการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ส่วนความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง มักเป็นผลมาจาก ความเครียดทางด้านร่างกาย หรือจิตใจ และยากที่จะบรรเทาได้ด้วยการพักผ่อนเพียงอย่างเดียว

Pickard-Holley (1991) ให้ความหมายว่า ความเหนื่อยล้าเป็นความเสื่อมถอยทาง อารมณ์ เป็นอาการเหนื่อยล้าทางจิตใจ เกิดร่วมกับความเครียด หรือความวิตกกังวล

Piper (1993) กล่าวว่าความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้เฉพาะของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับ อาการไม่สุขสบาย เป็นความรู้สึกหลายระดับ ตั้งแต่ความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมาก ไปจนถึง กำลั้ง หรือหมดเรี่ยวแรง อาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง โดยที่การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ สามารถทำให้ความรู้สึกเหนื่อยล้านี้หายไปได้อย่างง่าย และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

Winningham et al. (1994) ความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย หมดแรง เจ็บปวด ขาดสมาธิ มีสาเหตุมาจากที่ร่างกายสูญเสียพลังงาน ส่งผลให้การทำ หน้าที่ของร่างกายลดลง

Emma Ream and Richardson (1996) กล่าวว่าความเหนื่อยล้าคือความรู้สึก อาการ ไม่พึงประสงค์ ซึ่งหมายความรวมถึงความรู้สึกด้านร่างกาย ระดับความรู้สึกตั้งแต่อ่อนเพลีย ไปจนถึง เหน็ดเหนื่อย และรบกวนต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลนั้น

Aaronson et al. (1999) ให้คำนิยามความเหนื่อยล้าว่า เป็นการรับรู้โดยการประเมิน ตนเองถึงสภาพร่างกาย และสภาพจิตใจที่เสื่อมลง เกิดจากการขาดความสมดุลระหว่างกิจกรรมที่ทำ ต่อแหล่งสนับสนุนที่ใช้ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในร่างกาย สภาพจิตใจ สังคมและวัฒนธรรม

โดยสรุป ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว เกี่ยวกับอาการไม่สุขสบาย รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ง่วงซึม ขาด พลังงาน หรือหมดเรี่ยวแรง ซึ่งเป็นผลมาจากการให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ส่งผล รบกวนชีวิตประจำวัน ทำให้สมาธิหรือความสามารถในการทำงานลดลง ไม่อยากมีปฏิสัมพันธ์หรือ กิจกรรมร่วมกับผู้อื่น

4.2.2 ชนิดของความเหนื่อยล้า

ชนิดของความเหนื่อยล้า สามารถแบ่งตามระยะเวลาและสาเหตุที่ทำให้เกิดความ เหนื่อยล้า ความเหนื่อยล้าที่แบ่งตามระยะเวลาการเกิดแบ่งได้ 2 ชนิด (Jensen & Given, 1991; Piper et al., 1989) ดังนี้

4.2.2.1 ความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (Acute fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น อย่างรวดเร็ว ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ไม่เกิน 1 เดือน เป็นกลไกที่เกิดขึ้นเพื่อเตือนให้ร่างกายได้มีการ พักผ่อน อาการแสดงของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอาจเป็นเฉพาะส่วนของร่างกาย เนื่องจากมีสาเหตุ

มาจากการออกกำลังกายมากเกินไป เช่น อาการปวดเมื่อยคอ ไหล่ แขน หรือเกิดขึ้นในส่วนของร่างกาย สามารถบรรเทาได้โดยการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

4.2.2.2 ความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (Chronic fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่มีระยะเวลาการเกิดนาน อาการคงอยู่มากกว่า 1 เดือน หรืออย่างน้อย 1 - 6 เดือน และมีอาการเหนื่อยล้าร้อยละ 50 ในแต่ละวัน มักมีความผิดปกติทางจิตใจ และพฤติกรรมร่วมด้วย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความเครียดทางด้านร่างกาย หรือจิตใจที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ความเหนื่อยล้าชนิดนี้ยากที่จะบรรเทาได้ด้วยการพักผ่อนเพียงพออย่างเดียว หากความเหนื่อยล้ามีอาการคงอยู่นานกว่า 6 เดือน จะเรียกว่า กลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic fatigue syndrome; CFS) (Butler & Chalder, 1990)

ความเหนื่อยล้าที่แบ่งตามสาเหตุที่ทำให้เกิด แบ่งได้ 4 ชนิด ดังนี้ (Kellum, 1985)

1) ความเหนื่อยล้าปกติ (Normal fatigue) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น การมีกิจกรรมที่ต้องใช้พลังกำลังเป็นเวลานาน ภาวะเครียดที่เพิ่มมากขึ้นทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ การพักผ่อนนอนหลับที่ไม่เพียงพอ เป็นต้น

2) ความเหนื่อยล้าจากพยาธิสภาพ (Pathophysiological fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทางพยาธิสภาพ หรืออาการของโรคต่างๆ เช่น ภาวะเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งความเหนื่อยล้าชนิดนี้ไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยวิธีการพักผ่อนเพียงพออย่างเดียว

3) ความเหนื่อยล้าจากสถานการณ์ (Situational fatigue) เกิดขึ้นจากสถานการณ์วิกฤต ส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะเครียดอย่างรุนแรง และไม่สามารถปรับตัวหรือแก้ไขสถานการณ์ได้ ทำให้การนอนหลับถูกรบกวน

4) ความเหนื่อยล้าจากจิตใจ (Psychological fatigue) เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองต่อระบบความคิด ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ทำให้มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น เมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน จึงส่งผลให้ร่างกายสูญเสียหน้าที่และพลังงานได้

4.2.3 องค์ประกอบของความเหนื่อยล้า

Piper et al. (1998) ได้แสดงแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยอธิบายไว้ 4 ด้าน ดังนี้

4.2.3.1 ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง (Behavior/severity) บุคคลจะมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ไม่มีแรง เฉื่อยชา ส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว และกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลทำกิจกรรมรวม

ต่างๆ ได้ลดลงจะส่งผลให้เกิดการรับรู้ของความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของความเหนื่อยล้าที่ประสพอยู่ได้

4.2.3.2 ด้านการให้ความหมาย (Affective meaning) ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ แสดงความรู้สึกที่เป็นทุกข์ บุคคลจะให้ความหมายของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ผิดปกติ ไม่น่าพอใจ และอาจเป็นโทษหรืออันตรายต่อตนเอง เมื่อเกิดแล้วจะส่งผลทำให้ความสุขในชีวิตลดลง

4.2.3.3 ด้านความรู้สึกทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Sensory) ความเหนื่อยล้าส่งผลให้เกิดการตอบสนองของร่างกาย บุคคลจะเกิดการรับรู้และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ไม่มีเรี่ยวแรง เชื่องซึม ง่วงเหงาหาวนอน อ่อนแอ ขาดความอดทน

4.2.3.4 ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ (Cognitive/mood) ความเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้ของบุคคล ส่งผลให้ขาดความสามารถในการคิด จดจำ ขาดสมาธิ อาจทำให้สมองหรือระบบประสาทในการรับรู้สูญเสียหน้าที่ ทำให้เกิดอารมณ์ตึงเครียด ซึมเศร้า

4.2.4 ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการท้าทายความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวและในทางตรงกันข้ามยังเป็นการเพิ่มระดับความตึงเครียดให้กับผู้ดูแลในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวหลายด้าน ความต้องการในการดูแลจะเพิ่มมากขึ้นในระยะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายบกพร่อง และต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความตึงเครียดทางอารมณ์มากยิ่งขึ้น (Cameron, Franche, Cheung, & Stewart, 2002) ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ มีบทบาทหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ให้การดูแลเพื่อตอบสนองต่อเงื่อนไขและความต้องการทางด้านต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น การต้องคอยเฝ้าดูแลตลอดเวลา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแล ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ ความเหนื่อยล้าในการดูแลมักเพิ่มมากขึ้นเมื่อการเฝ้าระวังในการดูแล และความต้องการในการดูแลเพิ่มขึ้น (Gaston-Johansson et al., 2004) นอกจากนี้ความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลในครอบครัวยังมีหลายสาเหตุ ความเหนื่อยล้ามีความเกี่ยวข้องกับความเหน็ดเหนื่อยทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ รวมไปถึงความรู้สึกสงสาร ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย เป็นผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลในครอบครัวได้ (Clark et al., 2014) ในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลในครอบครัวบางคนทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไปจนบางครั้งอาจจะละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง สภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการปวดเมื่อยล้ากล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งเกิดจากช่วยเหลือผู้ป่วยในเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรม ประกอบกับสภาพจิตใจ ความเปื้อนหน่าย ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palos et

al., 2011) เมื่อความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสะสมเป็นระยะเวลาเวลานานขึ้น อาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวล้าเกินกำลังและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อีกต่อไป เรียกว่า caregiver burnout (สายพิณ หัตถ์รัตน์ และคณะ, 2553)

4.2.5 การประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัว

นักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาและสร้างเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าไว้หลายลักษณะ ซึ่งอาจแบ่งเครื่องมือการประเมินความเหนื่อยล้าได้ 2 ประเภท คือ การประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคล (Objective data) และการประเมินความเหนื่อยล้าจากความรู้สึกของบุคคล (Subjective data) ดังนี้

4.2.5.1 การประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Rhoten (1982) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ ด้านลักษณะทั่วไป ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการมีกิจกรรม และด้านทัศนคติ เป็นมาตรวัดแบบตัวเลขให้เลือกตอบ 0 - 10 โดย 0 หมายถึงไม่เหนื่อยล้าเลย ไปจนถึง 10 หมายถึง หมดกำลัง แบบประเมินสั้น ใช้งานง่าย แต่มีข้อจำกัดในด้านความเชื่อมั่น เนื่องจากผู้สังเกตเป็นผู้ให้คะแนน ทำให้ไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ถูกประเมิน มีผลให้ความเหนื่อยล้าที่ประเมินได้มีค่าสูงกว่าหรือต่ำกว่าความเป็นจริง

4.2.5.2 การประเมินความเหนื่อยล้าจากความรู้สึกของบุคคล ได้แก่ แบบประเมินความเหนื่อยล้าฉบับปรับปรุง (The Revised Piper Fatigue Scale: PFS) ของ Piper et al. (1998) โดยในครั้งแรกแบบประเมินความเหนื่อยล้า ประกอบด้วยคำถาม 40 ข้อ มีการประเมินองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านระยะเวลา ด้านความรุนแรง ด้านการรับรู้ และด้านความรู้สึก ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่าด้วยสายตา (Visual analogue scale: VAS) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินจากผู้ชำนาญด้านความเหนื่อยล้า จำนวน 11 ท่าน แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นผู้ป่วย มะเร็งปอดจำนวน 15 ราย และมะเร็งเต้านมจำนวน 35 ราย และได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมเท่ากับ 0.80 ต่อมาไปเปอร์ และคณะ ได้พัฒนาแบบประเมินความเหนื่อยล้าเป็นฉบับปรับปรุง โดยลดจำนวนข้อคำถามลดลงเหลือ 22 ข้อ ประเมินความเหนื่อยล้า 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง จำนวน 6 ข้อ ด้านการให้ความหมาย จำนวน 5 ข้อ ด้านความรู้สึกทั้งทางร่างกายและจิตใจ จำนวน 5 ข้อ ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ จำนวน 6 ข้อ และเปลี่ยนลักษณะมาตรวัดเป็นแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) ซึ่งลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 - 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย ค่าคำตอบตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หมายถึง ความรู้สึกต่อข้อความนั้นเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ และ 10 หมายถึง มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากที่สุด นำไปหาค่าความเชื่อมั่นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 382 ราย

ได้อาการความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรวมเท่ากับ 0.97 และมีการนำไปใช้วัดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง (Gaston-Johansson et al., 2004; Jensen & Given, 1993) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.83 – 0.98

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความเหนื่อยล้าของ Piper (1998) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ ดาโลปการ (2546) ซึ่งได้ดัดแปลงแบบประเมินความเหนื่อยล้ามาจากฉบับภาษาไทยที่แปลโดยปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล (2544) โดยนำแบบประเมินมาเปรียบเทียบกับต้นฉบับภาษาอังกฤษของไปเปอร์ และดัดแปลงการใช้ภาษาในบางข้อ และตรวจสอบความถูกต้องของภาษา นำไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 160 คน ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.96 และมีการนำไปใช้ในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.90 (อุทุมพร รูปเล็ก, 2549) นอกจากนี้เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าตามแนวคิดของไปเปอร์ได้ถูกแปลและนำมาใช้ในในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ศิริวรรณวรรณศิริ, 2548) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ติดสุรา (วิไล ทิพย์นันท์, 2554) ผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.87, 0.96 และ 0.95 ตามลำดับ

4.2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้าและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มักใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วย ทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไปจนบางครั้งอาจละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง สภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการปวดเมื่อยล้ากล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งเกิดจากช่วยเหลือผู้ป่วยในเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรม ประกอบกับสภาพจิตใจความเปราะบาง ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง (Palos et al., 2011) หากความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นเรื้อรังเป็นเวลานานโดยไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย ความเหนื่อยล้าทำให้การเคลื่อนไหวร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ด้านจิตใจ อาการเหนื่อยล้ารบกวนความผาสุกทางจิตใจ ทำให้สับสน คับข้องใจ ด้านสังคม ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ความสามารถในการทำงานหรือการดำรงไว้ซึ่งการจ้างงานลดลง ส่งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจของผู้ดูแลในครอบครัว และด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต สิ้นหวัง (Ream et al., 2002) ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยที่การพักผ่อนหรือนอนหลับไม่สามารถทำให้ความรู้สึกเหนื่อยล้านี้หายไปได้ง่าย จะส่งผลกระทบต่อทางด้านลบต่อคุณภาพชีวิต (Piper, 1993)

จากการศึกษาของ Gaston-Johansson et al. (2004) ศึกษาเกี่ยวกับความตึงเครียดด้านจิตใจ ความเหนื่อยล้า ภาวะการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก พบว่าความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในด้านต่างๆ และความเหนื่อยล้ามีความความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.547, p < 0.01$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cho et al. (2006) พบว่าความเหนื่อยล้ามีความความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.33, p < 0.01$)

4.3 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัว

4.3.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า เป็นภาวะเปี่ยงเบนทางอารมณ์เนื่องมาจากสถานการณ์ความเครียดในชีวิต ทำให้บุคคลมีการตอบสนองโดยมีความคิดทางด้านลบต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต เป็นผลให้บุคคลมีการแสดงออกโดยการลงโทษตัวเอง มองตัวเองว่าไม่มีคุณค่า เกิดความรู้สึกเฉื่อยชา เบื่อหน่าย สิ้นหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง แยกตัวจากสังคม มีความคิดอยากตาย

Radloff (1977) ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะที่บุคคลเกิดอารมณ์หดหู่ รู้สึกผิด รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ขาดที่พึ่งพา มีความสิ้นหวัง มีความถดถอยทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น เบื่ออาหาร การนอนหลับถูกรบกวน

Zigmond and Snaith (1983) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า คือ ความเปี่ยงเบนทางการรับรู้ อารมณ์ ความคิด ส่งผลให้เกิดอาการแสดงออกทางร่างกายหรือมีพฤติกรรมทางด้านลบ เป็นความรู้สึกหดหู่ ไม่มีความสุขในชีวิต พฤติกรรมความสนุกสนานร่าเริงลดลง มีความคิดทางด้านลบต่อรูปร่างหน้าตาตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต

Angst and Dobler-Mikola (1984) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ที่แสดงออกด้วยความไม่พอใจหรือกังวลใจ โดยเป็นความรู้สึกที่หดหู่ เศร้าโศก เสียใจ สิ้นหวัง ตกต่ำ ตกอยู่ในสภาวะกลัดกลุ้มใจ รู้สึกไม่สุขสบาย โดยนำมาซึ่งการสูญเสียความสนใจ หรือความยินดีต่อสิ่งรอบข้าง

Ingram (2009) ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ถึงอารมณ์ที่ถูกกดให้แย่งลง มีความเศร้าโศกเสียใจ สิ้นหวัง ไร้ความรู้สึกยินดี รู้สึกถึงความว่างเปล่าในชีวิต มีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกตกต่ำ หรือเศร้าโศก ซึ่งมักเป็นสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียพลังงาน ขาดความสนใจในสิ่ง

รอบข้าง แยกตัวจากสังคม และสูญเสียความอยากอาหาร ภาวะซึมเศร้ามักเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าทางด้านลบที่มากกระตุ้นความรู้สึก

โดยสรุป ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อันเป็นผลมาจากสถานการณ์ความเครียดในชีวิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า หดหู่ รู้สึกผิด รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ขาดที่พึ่งพา มีความสิ้นหวัง อารมณ์ทางด้านบวกหรือความสุขความเบิกบานใจลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง โดยมีความรู้สึกนี้ ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

4.3.2 องค์ประกอบของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) ได้แบ่งองค์ประกอบของภาวะซึมเศร้าไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ (Emotional) บุคคลจะมีความรู้สึกทางด้านลบต่อตนเอง ความพึงพอใจต่อตนเองลดลง สูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าสลด หดหู่ใจ ร้องไห้ ความสนุกสนานร่าเริงลดลง

2) ด้านปัญญา (Cognitive) บุคคลจะมีการประเมินคุณค่าในตนเองต่ำลง คิดว่าตนเองไร้ความสามารถ ไม่ประสบความสำเร็จ ล้มเหลวในชีวิต มองโลกในแง่ร้าย มีมุมมองทางด้านลบเกี่ยวกับอนาคต สิ้นหวัง ต่ำหนิตนเอง ขาดความมั่นใจในตัวเอง ความสามารถในการตัดสินใจและการเผชิญปัญหาลดลง มองภาพลักษณ์ของตนเองผิดไปจากสภาพความเป็นจริง

3) ด้านแรงจูงใจ (Motivation) เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า บุคคลจะมีความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง ความคิด การพูด การเคลื่อนไหวช้าลง สมาธิความจำลดลง ไม่มีความกระตือรือร้น ขาดแรงจูงใจในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความต้องการพึ่งพาคู่คนอื่นสูง รู้สึกเหนื่อยหน่าย ต้องการแยกตัวออกจากสังคม อาจมีความคิดอยากตาย

4) ด้านร่างกาย (Physical) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระภาพ มีอาการแสดงทางกายร่วมด้วย เช่น ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด หรืออาจอยากรับประทานมากขึ้น ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นผิดปกติ แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ ขาดความสนใจเรื่องทางเพศ

Radloff (1977) ได้แบ่งองค์ประกอบของภาวะซึมเศร้าไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1) อารมณ์ซึมเศร้า (Depressed affect) บุคคลจะมีความรู้สึกโศกเศร้า หดหู่ใจ รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว มีความหวาดกลัว รู้สึกโดดเดี่ยว ร้องไห้เสียใจ

2) อารมณ์ในด้านบวก (Positive affect) มีการรับรู้ถึงความรู้สึกมีความสุข มีความหวังในชีวิต และมีความสุขสนุกสนานเบิกบานใจ

3) อาการทางกายและการทำกิจกรรม (Somatic symptoms) รู้สึกถึงการถูกรบกวนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระภาพ เช่น เกิดความเบื่ออาหาร การนอนหลับเปลี่ยนแปลง การพูดคุย การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง

4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) เป็นความรู้สึกถึงความไม่เป็นมิตร มีความไม่พึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง

Zigmond and Snaith (1983) ได้แบ่งองค์ประกอบของภาวะซึมเศร้าไว้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical disorder) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การทำกิจกรรมลดลง เชื่องช้า การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระภาพ เช่น มีอาการบ่นปวดของระบบทางเดินอาหาร

2) ด้านจิตใจ (Emotional disorder) บุคคลจะมีความรู้สึกทางด้านลบต่อตนเอง เช่น ความเพเลิดเพลิน เบิกบานใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง มองอนาคตของตนเองไปในทางลบ

4.3.3 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการแสดงถึงความแปรปรวนด้านต่างๆ ที่แตกต่างกัน โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Beck, 1967)

4.3.3.1 ภาวะซึมเศร้ารระดับปกติ เป็นความรู้สึกของบุคคลทั่วไป มีความพึงพอใจในสิ่งต่างๆ มีความสนใจบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการตัดสินใจได้ดี นอนหลับรับประทานอาหารได้ปกติ ไม่ได้มองโลกในแง่ร้าย ไม่มีความรู้สึกท้อแท้หรือสิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคต ไม่รู้สึกโทษหรือผิดหวังในตนเอง ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง และไม่มีความรู้สึกเปลี่ยนแปลงในทางเพศไปจากปกติ

4.3.3.2 ภาวะซึมเศร้ารระดับเล็กน้อย ด้านอารมณ์ ไม่สดชื่นแจ่มใส มีอารมณ์เศร้าเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน บางครั้งอารมณ์เศร้าเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุ มีความสนใจในสิ่งแวดล้อมลดลง ผิดหวังในตนเอง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ ด้านปัญญา คิดว่าตนเองด้อยค่า คิดว่าปัญหาต่างๆ เกิดจากความผิดของตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ไม่พอใจภาพลักษณ์ตนเอง ความสามารถในการตัดสินใจช้าลง ด้านแรงจูงใจ ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติ ด้านร่างกาย พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความอยากอาหารลดลง นอนหลับยาก เหนื่อยง่าย ความต้องการทางเพศลดลง

4.3.3.3 ภาวะซึมเศร้ารระดับปานกลาง ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้ารุนแรงบ่อยครั้ง ต่อเนื่อง และยาวนาน อาการมีกรุนแรงที่สุดหลังจากตื่นนอน สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ถูก

ตนเอง ร้องไห้ไม่มีสาเหตุ ด้านปัญญา คิดว่าตนเองไม่มีประสิทธิภาพ เป็นคนล้มเหลว มองปัญหา รุนแรงเกินความเป็นจริง สิ้นหวังในอนาคต โทษตัวเอง ไม่สามารถตัดสินใจได้แม้เรื่องเล็กน้อย ด้าน แรงจูงใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องได้รับการกระตุ้นจากบุคคลอื่นจึงจะทำ รู้สึกต้องการ การพึ่งพา หลีกเลี่ยงปัญหา แยกตัวจากสังคม มีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย ด้านร่างกาย รู้สึกอ่อนเพลียแม้ตอนตื่นนอน เหนื่อยง่าย ไม่อยากรับประทานอาหาร นอนหลับไม่สนิท ไม่อยากทำ กิจกรรมใดๆ

4.3.3.4 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ด้านอารมณ์ รู้สึกสิ้นหวัง ทุกข์ทรมานใจอย่างมาก มักมีอาการเศร้ารุนแรงตลอดเวลา ไม่สนใจตนเอง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ด้านปัญญา มีความคิดด้อย คุณค่าในตนเอง เช่น เป็นคนไม่ดี เป็นที่รังเกียจของสังคม ตัดสินใจด้วยตนเองไม่ได้ สร้างภาระให้กับ บุคคลอื่น คิดว่าร่างกายมีความผิดปกติ ด้านแรงจูงใจ มีความต้องการพึ่งพา ต้องการการดูแลจาก บุคคลอื่นทุกอย่าง ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ แม้จะได้รับการกระตุ้นจากบุคคลอื่น รู้สึก ทุกข์ทรมานใจมากจนไม่อยากมีชีวิตอยู่ ด้านร่างกาย ไม่มีเรี่ยวแรงในการทำกิจกรรมต่างๆ นอนไม่หลับ ไม่รับประทานอาหาร น้ำหนักลด ไม่มีความต้องการทางเพศ

4.3.4 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและ อารมณ์ของผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงมักได้รับความทุกข์ ทรมานทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงเกิดปฏิกิริยาการ ตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัว อันเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย เช่น ความกลัว ความไม่แน่นอน สิ้นหวัง เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ อาการแสดงเหล่านี้เป็นความตึงเครียดของ ผู้ดูแลในครอบครัว เป็นอาการไม่สุขสบายทางอารมณ์ เกิดเป็นความเศร้าโศก เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตก กังวล (Grover et al., 2005; Mystakidou, Tsilika, Parpa, Galanos, & Vlahos, 2007) การดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นบทบาทหน้าที่ที่ตึงเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงระยะ สุดท้ายของชีวิต จึงยิ่งเป็นการเพิ่มความซึมเศร้าในผู้ดูแลมากขึ้น (Tang et al., 2013) จาก วรรณกรรมของ Tang, Li and Liao (2007) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีอาการของภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 75.9 ส่วน Rhee et al. (2008) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 67 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 35 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้ามีความชุกมากในกลุ่มประชากรที่เป็น ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Costa-Requena et al. (2012) พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาด่วนในหน่วยดูแลผู้ป่วย

แบบประทับประคอง จำนวน 159 คน ผลการศึกษาผู้ดูแลในครอบครัวร้อยละ 77.4 รายงานว่ามีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

4.3.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัว

4.3.5.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) พัฒนาโดย Beck et al. (1961) ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม ต่อมา มีการปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ. 1996 ใช้ชื่อว่า Beck Depression Inventory II (BDI - II) ปรับเนื้อหา ของคำถาม และระยะเวลาที่แสดงออกเป็น 2 สัปดาห์ ข้อคำถามจำนวนเท่าเดิม ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีอาการ 3 หมายถึง มีอาการระดับรุนแรง คะแนน รวมอยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน การแปลผลคะแนน 0 - 9 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 10 - 15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 16 - 19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนน 20 - 29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าสูง และคะแนน 30 - 63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

4.3.5.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) พัฒนาโดย Radloff (1977) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น ใช้ ประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ มี องค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ซึมเศร้า ด้านอารมณ์ทางบวก ด้านอาการทางกายและการทำ กิจกรรม และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประเมินในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะ คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ไม่เลย มีค่า 0 คะแนน จนถึง บ่อยครั้ง มีค่า คะแนน 3 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน แสดงว่ามีอาการ ซึมเศร้า มีการนำแบบประเมินไปใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราคเท่ากับ 0.91 - 0.92 (Tang et al., 2013; Tang et al., 2007) ในประเทศไทย รัชชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ได้แปลแบบ ประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นภาษาไทย ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา คอนบราคเท่ากับ 0.86 และได้มีการนำมาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง (ดร.ณรรณ จันทรแก้ว, 2555) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่ (วไลพรรณ เอี่ยมกมล, ชนกพร จิตปัญญา และสุนิศา ปรีชาวงษ์, 2556) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เรื้อรัง (ชนิดาภา แก้วกัญญา, 2557) ความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค เท่ากับ 0.84, 0.78 และ 0.73 ตามลำดับ

4.3.5.3 แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) พัฒนาโดย Zigmond and Snaith (1983) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

การประเมินความวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ และการประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีเลย 3 หมายถึง สม่่าเสมอ ค่าคะแนนรวมของแต่ละส่วน 21 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีระดับความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้าสูง โดยแบ่งระดับการแปลผล คือ ค่าคะแนน 0 - 7 หมายถึง ภาวะปกติ คะแนน 8 - 10 หมายถึง มีความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้าสูง คะแนน 11 - 21 หมายถึง มีความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้าในขั้นผิดปกติ หรือมีอาการทางจิตเวช ในประเทศไทย ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) ได้แปลเครื่องมือประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นภาษาไทย นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา คอนบราคของแบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.85 และ 0.82 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ สะดวกในการนำไปใช้ และสะดวกในการแปลผล

4.3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มักได้รับความทุกข์ทรมานทางอารมณ์เนื่องมาจากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในหลายๆ ด้าน ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้นทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถจัดการหรือเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางด้านอารมณ์ได้ มักมีความกลัว เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ผิดหวัง สิ้นหวังในแผนการรักษา ถูกรบกวนทางด้านอารมณ์ เกิดความรู้สึกทางด้านลบ ความคิดเหล่านี้นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Costa-Requena et al., 2012) อารมณ์ทางด้านลบจะไปขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ทำให้เกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Halm, 2009; Harvard Medical School, 2012) ความซึมเศร้าถือเป็นผลกระทบที่มีความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอื่นๆ ส่งผลทำให้แนวโน้มคุณภาพชีวิตลดลง (Tang et al., 2008) จากการศึกษาของ Gaston-Johansson et al. (2004) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ($r = -0.58, p = 0.01$) Friðriksdóttir et al. (2011) ศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง กล่าวคือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอาการซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Heidari Gorji et al. (2012) พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 60 มีภาวะซึมเศร้า โดยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย และในระดับปานกลางเท่ากัน คือ ร้อยละ 24.8 และ

มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 10.7 ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42 และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 11 ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.67, p < 0.01$)

4.4 ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัว

4.4.1 ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก

Antonovsky (1987) ให้ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) ว่าเป็นวิธีการมองโลกอย่างกว้างๆ (Global orientation) เป็นการรับรู้ที่มีความเป็นพลวัต คือสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะจากภายในหรือภายนอกนั้น มีโครงสร้างสามารถทำนายและอธิบายได้ บุคคลมีแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาในชีวิต และรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย และคุณค่าที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วม

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกมีความเชื่อมั่นว่าเหตุการณ์หรือปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตสามารถทำนายได้ และสามารถจัดการให้คลี่คลายลงได้

บุณรดา พวงสมัย, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และจรรยา ฉิมหลวง (2558) ให้ความหมายว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก คือ การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในชีวิตว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายสามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผล สามารถพยากรณ์ล่วงหน้า มองเห็นว่าจะสามารถจัดการได้ ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน และคิดว่ามีความคุ้มค่าที่จะเผชิญกับสิ่งเร้านั้นเพื่อความสำเร็จลุล่วง

โดยสรุป ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีต่อปัญหาต่างๆ ที่เข้ามากระทบต่อชีวิต และสามารถทำความเข้าใจ อธิบายได้ด้วยเหตุและผล มองว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย และตนเองสามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ และพร้อมที่จะนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในตนเองมาใช้เพื่อให้เกิดความสำเร็จลุล่วงในการจัดการปัญหานั้นๆ

4.4.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก

Antonovsky (1987) ให้คำนิยามองค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

4.4.2.1 ด้านความสามารถในการทำความเข้าใจ (Comprehensibility) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่มีมุมมองที่กว้างขวาง มองว่าสิ่งเร้าจากทั้งภายในและภายนอกตัว

บุคคลที่เข้ามากระตุ้นนั้นมีโครงสร้างแบบแผนลำดับขั้นตอน ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน สามารถคาดการณ์ จัดลำดับ ทำความเข้าใจ และอธิบายได้อย่างมีเหตุผล ถึงแม้ว่าเหตุการณ์นั้นจะไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน และไม่อาจให้คำตอบได้อย่างชัดเจนมากนัก แต่บุคคลก็สามารถทำความเข้าใจกับสิ่งนั้นได้

4.4.2.2 ด้านความสามารถในการจัดการ (Manageability) หมายถึง การรับรู้ ว่าตนมีแหล่งประโยชน์เพียงพอ เพื่อชดเชย เผลอหรือตอบสนองต่อสถานการณ์หรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ แหล่งประโยชน์เหล่านั้นอาจมีที่มาจากภายในตนเอง เช่น ความหวัง ความเชื่อมั่นในตนเอง กำลังใจ และแหล่งประโยชน์จากภายนอก เช่น บุคคลที่ไว้วางใจ ครอบครัว เพื่อนฝูง เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ศรัทธา นับถือ ทำให้บุคคลรับรู้ว่าการที่เข้ามากระทบต่อชีวิตนั้นไม่ได้น่ากลัว และมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ด้วยความมั่นใจ ไม่มีความรู้สึกเศร้าเสียใจกับเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบนานเกินไป

4.4.2.3 ด้านความสามารถในการให้ความหมาย (Meaningfulness) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการมองเห็นคุณค่าของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นสิ่งท้าทาย และรู้สึกยินดีที่จะทำความเข้าใจ และเผชิญกับสิ่งเหล่านั้น โดยไม่ได้รู้สึกยุ่งยากหรือเป็นภาระ รู้สึกคุณค่าในการเข้าไปมีส่วนร่วมในเหตุการณ์นั้นๆ และพยายามตอบสนองหรือกระทำกิจกรรมเพื่อเอาชนะสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความมั่นใจ

4.4.3 แหล่งที่มาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถพัฒนาจากประสบการณ์ชีวิต ตั้งแต่แรกเกิด จนกระทั่งพัฒนาอย่างเต็มที่ในช่วงวัย 30 ปีแรกของชีวิต และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (Antonovsky, 1987) ความเข้มแข็งในการมองโลกของแต่ละบุคคล มีที่มาจากประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้น 3 ลักษณะ คือ

4.4.3.1 ประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากเหตุการณ์ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอคงที่ (Consistency) ประสบการณ์ลักษณะนี้ส่งเสริมให้บุคคลสามารถคาดการณ์ และทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

4.4.3.2 ประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้มีส่วนร่วม จากการเกิดเหตุการณ์หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง และสามารถรับรู้ ทำนายผลและจัดการได้อย่างเหมาะสมตามความสามารถของตนเองที่มีอยู่ ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าการที่เกิดขึ้นในชีวิตนั้นมีความหมาย คมค้ำกับการเข้าไปมีส่วนร่วมหรือจัดการแก้ไข

4.4.3.3 ประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากการเผชิญสถานการณ์ บุคคลมีความสามารถในการจัดการหรือเผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆ ได้อย่างสมดุล มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ได้บางส่วน ช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและมีแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอในการเผชิญกับสิ่งเร้าหรือปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ชีวิตที่จะช่วยพัฒนา และคงไว้ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกให้อยู่ในระดับสูง มีดังนี้ (Antonovsky, 1982)

1) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological source) เกิดจากประสบการณ์ชีวิต และพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็ก เช่น การได้รับความรัก ความอบอุ่น การได้รับการตอบสนองเมื่อหิว เมื่อไม่สุขสบาย ความรู้สึกผิดหวัง ถูกทอดทิ้ง เป็นต้น การที่บุคคลมีรูปแบบการปรับตัวที่มีเหตุผล ยืดหยุ่น และมีความชัดเจนในเอกลักษณ์ของตนเอง ประสบการณ์ชีวิตนี้จะส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลถูกทอดทิ้งตั้งแต่วัยเด็ก ไม่ได้ได้รับความรักความอบอุ่นจะส่งผลให้ความเข้มแข็งในการมองโลกลดลง

2) ปัจจัยด้านโครงสร้างทางสังคม (Social-structure source) หมายถึง เพศ ระดับชนชั้นทางสังคม กฎระเบียบ ค่านิยมที่สืบทอดมาจากบิดามารดา ความเป็นปึกแผ่น การรวมตัวกันในสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคม การมีข้อผูกพันกันในสังคม สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ และส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น

3) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและเหตุการณ์ในอดีต (Culture-historical source) หมายถึง ความมั่นคงทางวัฒนธรรม ปรัชญา ศาสนา ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ อำนาจวิเศษ การเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์โดยคาดไม่ถึง สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการเสริมสร้างโครงสร้างบุคลิกภาพพื้นฐานของปัจเจกบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลกจึงเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างบุคลิกภาพพื้นฐานของบุคคลนั้นๆ

4.4.4 ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นการรับรู้ถึงความเชื่อมั่นว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในการดำรงชีวิตไม่ว่าจากภายในหรือภายนอกนั้นมีโครงสร้าง สามารถทำนายและอธิบายได้ บุคคลมีแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาในชีวิต และรู้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตนั้นเป็นสิ่งที่ทำหายและคุ้มค่าที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วม (Antonovsky, 1987) ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงเป็นความเชื่อมั่นต่อสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ตนกำลังเผชิญอยู่ มีความสามารถในการเข้าใจและให้ความหมายว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นคุ้มค่า และเป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในตนเองจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลได้ ในครอบครัวที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย สมาชิกในครอบครัวจึงมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่มาเป็นผู้ดูแลในครอบครัว จากการศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะลูกกลมพบว่า เพศชายที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกสูงที่สุด รองลงมาคือเพศหญิงที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต เพศชายที่เป็นคู่สมรส และเพศหญิงที่เป็นคู่สมรสตามลำดับ ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งมีความแตกต่างกันออกไป แต่มีส่วนหนึ่งที่คล้ายกันคือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นความหมายของชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ดูแลในครอบครัวมีความปรารถนาให้ผู้ป่วยที่ตนเองดูแล คลายจากความทุกข์ทรมาน (อรุทัย โฉมเจ็ด, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง (Tang & Li, 2008)

4.4.5 การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัว

Antonovsky (1987) เป็นผู้พัฒนาแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกมาจากมโนทัศน์หลักของทฤษฎีความผาสุกในชีวิต และได้กล่าวว่าการประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การสังเกตพฤติกรรม การรายงานด้วยตนเอง จึงได้พัฒนาแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกขึ้นในปี ค.ศ. 1987 จากการศึกษาเชิงสำรวจในกลุ่มประชากรที่มีภาวะปกติ และกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์บางอย่างในชีวิต เช่น การประสบอุบัติเหตุ สูญเสียอวัยวะหรือพิการ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับ เลือกตอบได้ตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน หมายเลข 1 หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบที่เห็นด้วยน้อยกับข้อความนั้น ไปจนถึงหมายเลข 7 หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบที่เห็นด้วยมากกับข้อความนั้น แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านบวกจำนวน 16 ข้อ และมีความหมายด้านลบจำนวน 13 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 29 - 203 คะแนน ค่าคะแนนมาก หมายถึง ความเข้มแข็งในการมองโลกยิ่งสูง โดยข้อคำถามครอบคลุม 3 องค์ประกอบได้แก่

1) ประเมินความสามารถในการทำความเข้าใจ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 11 ข้อ โดยการประเมินความเข้าใจ การอธิบายเหตุผล การพยากรณ์ล่วงหน้า เกี่ยวกับการรับรู้ที่มีต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก

2) ประเมินความสามารถในการจัดการ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยการประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา การนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ มาใช้ในการแก้ไขปัญหาความสามารถในการจัดการ หรือเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตได้

3) ประเมินความสามารถในการให้ความหมาย ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ โดยการประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบนั้นมีที่มาและความหมาย คุ่มค่าพอที่จะเข้าไปจัดการเพื่อให้เกิดความสมดุลและความสำเร็จลุล่วง

แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก (Antonovsky's Sense of coherence : SOC) ได้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในประเทศต่างๆ จากรายงานการวิจัยทั้งหมด 26 เรื่อง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราคอยู่ระหว่าง 0.82 - 0.95 หลังจากนั้น Antonovsky ได้ปรับปรุงแบบประเมินเพื่อลดเวลาการสัมภาษณ์โดยลดข้อคำถามจาก 29 ข้อ เหลือเพียง 13 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการทำความเข้าใจ จำนวน 5 ข้อ การประเมินความสามารถในการจัดการ จำนวน 4 ข้อ และการประเมินความสามารถในการให้ความหมาย จำนวน 4 ข้อ และนำเครื่องมือไปหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค ระหว่าง 0.74 - 0.91 จากรายงานการวิจัยต่างๆ จึงสรุปได้ว่าแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกที่สร้างขึ้นมีความเป็นมาตรฐาน สามารถใช้ได้หลายวัฒนธรรม ทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพดีหรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วย สำหรับในประเทศไทยได้มีการแปลแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky เป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) มีการนำไปใช้ศึกษาในกลุ่มอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราคเท่ากับ 0.90 อรุทัย โฉมเจ็ด (2552) ใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค เท่ากับ 0.90 ต่อมา นิตญา ฤทธิ์เพชร (2556) ได้ปรับระดับมาตราส่วนประเมินค่าลงเหลือ 5 ระดับ เพื่อให้สะดวกต่อการเลือกตอบยิ่งขึ้น และนำไปใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 126 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค เท่ากับ 0.80 และปุณรดา พวงสมัย et al. (2558) ใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกที่ นิตญา ฤทธิ์เพชร (2554) ปรับปรุงมาตรวัดแล้วนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 125 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค เท่ากับ 0.83

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1987) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) จำนวน 13 ข้อ และดัดแปลงมาตรวัดโดย นิตญา ฤทธิ์เพชร (2554) เนื่องจากข้อคำถามจำนวนไม่มาก ช่วยลดระยะเวลาในการทำแบบสอบถาม และเป็นแบบประเมินที่ได้มาตรฐาน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.83

4.4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวมะเร็งระยะสุดท้าย

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นแหล่งประโยชน์ที่อยู่ภายในตัวบุคคล ทำให้มีความสามารถในการประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นสิ่งท้าทาย มีความเข้าใจ สามารถควบคุมหรือจัดการกับสิ่งเร้าและเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะ

สุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ส่งผลให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตด้วยความผาสุก มีความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง มองโลกและสิ่งต่างๆ ในแง่ดี มีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง (Antonovsky, 1993) Tang et al. (2008) ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประเทศไต้หวัน การศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกมาก จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแหล่งทรัพยากรทางด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหา และพบว่าการดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รักที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายนั้นเป็นสิ่งที่ทำลายความสามารถหากผู้ดูแลในครอบครัวสามารถให้ความหมายในการดูแล ทำความเข้าใจ และรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลนี้ได้ อาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในทางดูแลทางด้านบวกสูงขึ้น เช่น คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanjari et al. (2012) พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในประเทศอิหร่าน โดยพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับต่ำลงเช่นกัน ($r = 0.49, p = 0.01$)

4.5 การสนับสนุนทางสังคม

4.5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า มีความเกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลข่าวสาร หรือแหล่งประโยชน์ที่ทำให้บุคคลนั้นมีความเชื่อว่าจะได้รับการดูแล ได้รับความรัก ความรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกว่ามีบทบาทและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น ได้แบ่งองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และการสนับสนุนทางการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

House (1981) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลทั่วไป รวมไปถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส สมาชิกในองค์กรของสังคม เพื่อนฝูง ซึ่งรูปแบบโครงสร้างของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความห่วงใย รักใคร่ การช่วยเหลือ ด้านเศรษฐกิจ สิ่งของหรือข้อมูลข่าวสาร

Schaefer et al. (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยประคับประคองจิตใจของบุคคล ขณะที่ต้องเผชิญกับปัญหา หรือความเครียด

Hanucharunkul (1988) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือบุคคลหนึ่งทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ เป็นการให้ความรู้หรือให้คำแนะนำ รวมไปถึงการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น ให้เหมาะสมเพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล

Pender (1996) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคล เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ได้รับการยอมรับ ได้รับการรักและความนับถือ รวมทั้งความมีคุณค่าเป็นที่ ต้องการของบุคคลอื่น

Lugton (1997) การสนับสนุนทางสังคมเป็นมิติที่มีความซับซ้อน ซึ่งหมายรวมถึง ความสัมพันธ์ทางด้านสังคมทั้งในรูปแบบปริมาณ และคุณภาพ

Burelson (2009) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ พฤติกรรมทั้งวจนภาษา และอวจนภาษา ที่เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ การช่วยเหลือ หรือ ช่วยให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาของตนเองได้

โดยสรุป การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่ได้รับ ขณะที่ต้องเผชิญกับปัญหาหรือความเครียด ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านต่างๆ จากบุคคลใน ครอบครัว เพื่อน รวมถึงบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ ทรัพยากรในการ ช่วยเหลือ และแหล่งประโยชน์ทางด้านข้อมูลข่าวสาร

4.5.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) แบ่งองค์ประกอบหลักของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ

- 1) ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ซึ่งมักจะเป็นผลมาจากการมีความสัมพันธ์ต่อกัน
- 2) ด้านการยอมรับและมีความนับถือ (Esteem support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับ
- 3) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งในเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) แบ่งองค์ประกอบหลักของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) ซึ่งส่วนใหญ่มาจาก ครอบครัว และเพื่อนฝูง เป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญมากที่สุดในการช่วยเหลือด้านจิตสังคม
- 2) ด้านการสนับสนุนการประเมินค่า (Appraisal support) เกี่ยวข้องกับการ ถ่ายทอดข้อมูลและมีการสะท้อนข้อมูลย้อนกลับซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการประเมินจากครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน และจากแหล่งชุมชน
- 3) ด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information support) รวมไปถึง ข้อมูลทางด้านสุขภาพ หรือคำแนะนำต่างๆ ที่สามารถช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในขณะที่ ต้องเผชิญกับประสบการณ์ทางลบ

4) ด้านการสนับสนุนทางสิ่งของเครื่องใช้ (Instrument support) เป็นการสนับสนุนที่มีความเป็นรูปธรรมมากที่สุด เป็นการช่วยเหลือที่ชัดเจน จับต้องได้ คือการให้สิ่งของหรือการบริการต่างๆ

Schaefer et al. (1981) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งระดับประคองจิตใจบุคคล ประกอบด้วย

1) ด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การให้ข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตนเอง การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

2) ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) คือ การสนับสนุนให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ มีความเห็นอกเห็นใจ ความใกล้ชิดผูกพัน

3) ด้านการสนับสนุนทางทรัพยากร (Tangible support) คือ การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นในเรื่องสิ่งของ เงิน เวลา แรงงาน การบริการ และการปรับสภาพแวดล้อม

Pender (1996) แบ่งองค์ประกอบหลักของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ

1) ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจหมายถึงการช่วยเหลือเมื่อมีภาวะซึมเศร้า

2) ด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลมีความเข้าใจว่าควรปฏิบัติตนอย่างไรให้เกิดผลสำเร็จ หรือเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3) ด้านการสนับสนุนทางทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านสิ่งของเครื่องใช้ เงินทอง แรงงาน เพื่อให้บุคคลสามารถทำกิจกรรมอื่นๆ ได้

4) ด้านการยอมรับ (Affirmation) การยอมรับในตัวบุคคล ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าใจศักยภาพที่แท้จริงของตนเองได้

Tang (2009) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1) แรงสนับสนุนเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการได้รับแจ้งข้อมูล การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ การมีปฏิสัมพันธ์ทางด้านบวก และได้รับความรักจากบุคคลในสังคม

2) แรงสนับสนุนเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวนเพื่อนฝูง หรือบุคคลอื่นๆ ในสังคมที่มีการติดต่อกัน ความถี่ในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง

4.5.3 แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสัมพันธ์ ความผูกพันรักใคร่ House (1981) ได้แบ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม คือ

4.5.3.1 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยที่ความสัมพันธ์นั้นไม่มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่การงาน ได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อนฝูง

4.5.3.2 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยมีบทบาทหน้าที่การงานเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ

Pender (1996) ได้แบ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural support systems) คือ สมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับปฐมภูมิ สมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ความต้องการของกันและกัน มีประสิทธิภาพในการสื่อสาร ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และยอมรับความต้องการของส่วนรวม

2) กลุ่มเพื่อน (Peer support systems) คือ กลุ่มที่ได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบต่ออาการชีวิต สามารถปรับตัวได้ประสบผลสำเร็จ มีการพัฒนาปรับตัวในทางที่ดี ทำให้คนกลุ่มนี้สามารถให้คำแนะนำ วิธีการแก้ไขปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ของตนเองที่ผ่านมาได้

3) กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized religious support systems) กลุ่มที่พบปะกันในสถานที่ทางศาสนา เนื่องจากการพบปะชุมนุมพูดคุยแบ่งปันความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ธรรมเนียมทางศาสนายังช่วยให้มีจุดมุ่งหมาย มีแนวทางในการดำเนินชีวิต

4) กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแล หรือองค์กรวิชาชีพ (Organized support of care giving of helping professional) คือ กลุ่มผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะในการดูแลสุขภาพ โดยบุคคลจะแสวงหาการสนับสนุนของบุคคลกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอหรือไม่ประสบผลสำเร็จ จึงมีความต้องการให้บุคคลในกลุ่มนี้เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุน

5) กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่วิชาชีพทางด้านสุขภาพ (Organized support group not dissected by health professional) คือ กลุ่มอาสาสมัครที่ให้ความช่วยเหลือในผู้ที่มีความต้องการหรือไม่สามารถจัดหาสิ่งต่างๆ มาให้ตนเองได้ และกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นกลุ่มที่ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวต่อความเป็นอยู่เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นต้น

4.5.4 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลทั่วไปรวมไปถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สมาชิกในองค์กรของสังคม เพื่อนฝูง ซึ่งรูปแบบโครงสร้างของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความห่วงใย รักใคร่ การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ สิ่งของ หรือข้อมูลข่าวสาร (House, 1981) การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยประคับประคองจิตใจของบุคคลขณะที่ต้องเผชิญกับปัญหาหรือความเครียด (Schaefer et al., 1981) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การผ่อนคลายความเครียด การอยู่เป็นเพื่อนในเวลาที่ยารู้สึกท้อแท้ และได้รับคำปรึกษาเวลามีปัญหา ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลในครอบครัวมักได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน พี่น้อง บุตร ญาติคนอื่นๆ คู่สมรส บิดามารดา บุคลากรทางสุขภาพและจากแหล่งอื่นๆ ตามลำดับ (Leow et al., 2014) แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถช่วยเหลือพวกเขาได้ แต่ในผู้ดูแลในครอบครัวหลายคนกล่าวว่าในบางครั้งพวกเขาก็ไม่กล้าที่จะขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ (National Alliance for Caregiving and AARP, 2004) ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หากมีญาติหรือบุคคลอื่นมาช่วยในการดูแลแบ่งเบาภาระจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้น (Tang, 2009)

4.5.5 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่ เป็นการประเมินโดยทั่วไป ยังไม่มีการประเมินเฉพาะโรค โดยมีนักวิชาการหลายๆ ท่าน ได้กล่าวไว้ดังนี้

4.5.5.1 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionnaire (SSQ) พัฒนาโดย House (1981) โดยนวลจันทร์ ธานีสินสุรัตน์ และคณะ (2545) ได้นำมาแปลและดัดแปลงใช้ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 25 ข้อ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ ด้านการสนับสนุนการประเมินค่า จำนวน 5 ข้อ ด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร จำนวน 4 ข้อ และด้านการสนับสนุนทางสิ่งของเครื่องใช้ จำนวน 9 ข้อ ค่าคะแนนของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 1 หมายถึง ไม่มีเลย ไปจนถึง 5 หมายถึง มีมากที่สุด ค่าคะแนนตั้งแต่ 25 - 125 คะแนน ค่าคะแนนระหว่าง 25 - 58 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ค่าคะแนน 59 - 92 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และค่าคะแนน 93 - 125 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลางสูง

4.5.5.2 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) โดยอุไร ชลุ่ยนาค (2540) ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทย แบบประเมินประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามครอบคลุมความช่วยเหลือทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

จำนวน 10 ข้อ ด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ และด้านการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือทางการบริการหรือสิ่งของ จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด

4.5.5.3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ที่แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988) ประกอบด้วยคำถามทางด้านบวกทั้งหมด จำนวน 7 ข้อ ประเมินการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 1 ข้อ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ และการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0 หมายถึง ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ไปจนถึง 4 หมายถึง ได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด ค่าคะแนนที่สูง หมายถึง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ในช่วง 0.76 - 0.97 ซึ่งนิรมล จิตรสุข (2546) นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 30 ราย ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.91 และพรพรหม รุจีไพโรจน์ (2550) ได้นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.94

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ที่สมจิต หนูเจริญกุล (1988) แปลเป็นภาษาไทย และพรพรหม รุจีไพโรจน์ (2550) นำมาใช้ ซึ่งประเมินองค์ประกอบด้านการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร ข้อคำถามมีความกระชับ และนำไปใช้ในงานวิจัยได้ค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง เท่ากับ 0.94

4.5.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวมะเร็งระยะสุดท้าย

การสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบทางด้านด้านสุขภาพรวมถึงคุณภาพชีวิต ซึ่งกลไกในการทำหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ มี 2 ลักษณะ (S. Cohen & Wills, 1985) คือ

1) การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (Main effect) การได้รับความช่วยเหลือทางสังคม จะส่งผลให้บุคคลมีประสบการณ์ในทางบวก รู้สึกถึงความมั่นคงกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพ

เป็นไปในทางที่ดีและถูกต้อง ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของฮอร์โมนระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย จึงมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีความสุขในชีวิตส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

2) การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการบรรเทาผลกระทบของภาวะเครียด (Buffer effect) บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จะส่งผลต่ออารมณ์ทางด้านบวก มีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ ช่วยให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง เนื่องจากเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรู้สึกว่าผู้คอยช่วยเหลือทำให้บุคคลรับรู้ถึงความเครียดลดลงซึ่งมีผลต่อการทำงานของระดับฮอร์โมน ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเจ็บป่วยจากภาวะเครียด มีการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพได้

Pearce et al. (2006) ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับจิตสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.39, p < 0.0001$) Tang (2009) ที่ศึกษาปัจจัยต่างๆ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทางด้านปริมาณ และด้านคุณภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.45$ และ $0.40, p < 0.001$) โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยส่วนใหญ่จะนอนบนเตียงตลอดเวลา หรือมีกิจกรรมได้เพียงนั่งเก้าอี้ หากผู้ดูแลมีญาติหรือบุคคลอื่นมาช่วยแบ่งเบาภาระจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Leow et al. (2014) ศึกษาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระยะสุดท้าย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.44, p < 0.01$) นอกจากนี้ในประเทศไทยมีการศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (ศิริพรรณ ปีติมานะอารี, 2550) และเคมีบำบัด (วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล, 2550) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

5.1 งานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง

บุญมาศ จันศิริมงคล (2550) ศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 65 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Quality of life Index ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง สถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลมี 2 ลักษณะ คือ สถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง และสถานการณ์ความเครียดจากผลกระทบต่อชีวิตของผู้ดูแล เมื่อเกิดความเครียด ผู้ดูแลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียด ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการมากที่สุด สำหรับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ดูแลได้รับจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงไม่สามารถนำมาทำนายคุณภาพชีวิตได้

ศิริพรรณ ปิติมานะอารี (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 85 คน เป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในประเทศไทย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Quality of life Index ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างดี สถานการณ์ความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวแบ่งเป็น 5 ประเภท คือ สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับ 1) การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายให้ผู้ป่วย 2) การเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 3) การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย 4) การปิดบังไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง และ 5) ปัญหาด้านเศรษฐกิจและภาระงานที่เพิ่มขึ้น ระดับความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลในครอบครัวใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหาที่สุด ร่วมกับการจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความเครียด ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลใกล้ชิด ตามลำดับ ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.30, p < .01$) ระดับความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.29, p < .01$) และการ

สนับสนุนทางสังคม ระดับความเครียด สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 12.8

วันเพ็ญ อังวฒนศิริกุล (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 87 คน เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Quality of life Index ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี สถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการดูแลมี 2 ลักษณะ คือ สถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ดูแลในครอบครัวเอง ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดระดับปานกลาง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดร่วมกัน 3 วิธี คือ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์และการบรรเทาความเครียด โดยการเผชิญความเครียดที่ผู้ดูแลในครอบครัวเลือกใช้มากที่สุด คือ การจัดการกับปัญหา การบรรเทาความเครียด และการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลในครอบครัวประเมินว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ ตามลำดับ ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.37, p < .01$) และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.23, p < .05$) และสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17.7 ($p < .05$)

วารุณี มีเจริญ (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 275 คน ในหอผู้ป่วยใน และแผนกตรวจผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 แห่ง ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในระยะที่ 3 และ 4 คิดเป็นร้อยละ 22.9 และ 77.1 ตามลำดับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Quality of life Index Cancer version-III ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยพบว่า อายุ การสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งของครอบครัว มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว (Beta = 0.27, 0.20 และ 0.37 ตามลำดับ $p < .001$) ภาระในการดูแลมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว (Beta = -0.27, $p < .001$) และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตผ่านการสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งของครอบครัว (Beta = -0.19 และ -0.32, $p < .001$) ระดับการศึกษา รายได้ และวิธีการเผชิญความเครียดไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว และแบบจำลองสุดท้ายที่ปรับสามารถทำนายความผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ ร้อยละ 45

5.2 งานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง

Chen et al. (2004) ศึกษาผลกระทบของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 121 คน โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งไม่ทราบระยะของโรค และระยะสุดท้าย ร้อยละ 35.5 และ 33.1 ตามลำดับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Caregiver Quality of life Index ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยมะเร็ง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นที่เคยศึกษาไว้ (McMillan and Mahon (1994b) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 1 – 6 เดือน (ร้อยละ 41.3) มากกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 41.3) และ 7 – 12 เดือน (ร้อยละ 17.4) ตามลำดับ โดยระยะเวลาในการดูแล 1 – 6 เดือน และ มากกว่า 12 เดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.32$ และ 0.56 ตามลำดับ $p > .01$) ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว คือ คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางสังคมและครอบครัว ความผาสุกด้านการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.36, 0.44$ และ 0.40 ตามลำดับ $p > .01$) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

Gaston-Johansson et al. (2004) ศึกษาเกี่ยวกับความตึงเครียดด้านจิตใจ ความเหนื่อยล้า การดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก จำนวน 102 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Quality of Life Index พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.54$ และ -0.58 ตามลำดับ, $p < .01$) การดูแลแยกเป็นด้านจิตวิญญาณและจิตวิสัย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.41$ และ -0.46 ตามลำดับ $p < .01$) ความวิตกกังวลแยกเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ และความวิตกกังวลแฝง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.55$ และ -0.64 ตามลำดับ $p < .01$)

Grov et al. (2005) ศึกษาคุณภาพชีวิต ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะลุกลาม จำนวน 49 คน และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะลุกลาม จำนวน 47 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบสถิติของการศึกษาในชาวอเมริกัน ในปี ค.ศ. 1995 – 1998 ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ดูแลในครอบครัวทั้งเพศชายและเพศหญิงสูงกว่ามาตรฐาน ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของเพศชายอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวทั้งเพศชายและเพศ

หญิงอยู่ในระดับสูงกว่ามาตรฐาน ความชุกของภาวะซึมเศร้าพบมากที่สุดเป็นผู้ดูแลในครอบครัวเพศหญิง ดังนั้นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งควรมีการประเมินผู้ดูแลด้านสภาพจิตใจ และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวด้วย

Cho et al. (2006) ศึกษาปัญหาการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 103 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Quality of Life - Cancer ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ผู้ดูแลในครอบครัวมีปัญหาการนอนหลับ และความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 55 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามากกว่า 16 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้า ด้านความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ปัญหาการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้ามีความความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.34, -0.33$ และ -0.45 ตามลำดับ $p < 0.01$)

Pearce et al. (2006) ศึกษาการจัดการปัญหาโดยใช้หลักทางศาสนาของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 162 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน ($r = 0.28$) การมองโลกในแง่ดี ($r = 0.28$) และที่ระดับ .0001 คือ การสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.39$) ส่วนการต่อสู้ทางจิตวิญญาณในทางลบ (ความไม่พึงพอใจในศาสนา ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งชั่วร้าย ความไม่พึงพอใจเกี่ยวกับจิตวิญญาณ และความสงสัยในพลังของพระเจ้า) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ($r = -0.17, p < .05$) การต่อสู้ทางจิตวิญญาณในทางบวก (การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณ การเชื่อมโยงกับจิตวิญญาณ จัดการปัญหาโดยร่วมมือกับพระเจ้า ประเมินการดูแลว่าเป็นความเมตตาและเป็นกุศล) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม และการต่อสู้ทางจิตวิญญาณในทางลบ ($\beta = 0.24, 0.22, 0.39$ และ -0.16 ตามลำดับ)

Tang et al. (2008) ศึกษาแนวโน้มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และปัจจัยที่บ่งชี้แนวโน้มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 167 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง The Caregiver Quality of Life Index-Cancer ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ เพศ ($Z = -2.51, p = .012$), ระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่หลังได้รับการวินิจฉัย ($Z = 2.18,$

$p = .0296$), และความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.0001$ ได้แก่ อาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ($Z = -9.45$) ปริมาณงานที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย ($Z = -5.19$) ความเข้มแข็งในการมองโลก ($Z = 7.12$) ความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการดูแล ($Z = 4.58$) ภาระการดูแลเชิงอัตนัย ด้านความมีคุณค่าในตัวเอง ($Z = -5.16$) ด้านภาวะสุขภาพ ($Z = -12.62$) ด้านชีวิตประจำวัน ($Z = -12.87$) ด้านเศรษฐกิจ ($Z = -10.82$) และด้านแรงสนับสนุนจากแหล่งอื่น ($Z = -14.61$) ส่วนความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล อายุ โรคประจำตัวเรื้อรังของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Tang (2009) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รักษาอยู่ที่บ้าน จำนวน 60 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง The Caregiver Quality of Life Index-Cancer ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 48.3 มีการประกอบอาชีพ และต้องดูแลผู้ป่วยด้วย โดยเฉลี่ย 39 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.31, p < .05$) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคมทางด้านปริมาณ และด้านคุณภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.49, 0.45$ และ 0.40 ตามลำดับ, $p < .001$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.51, p < .001$)

Lu et al. (2010) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 358 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Quality of Life – Family version ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวด้านความผาสุกทางร่างกาย คือ ความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นปัญหามากที่สุด ด้านความผาสุกทางจิตใจ คือ การรับรู้การวินิจฉัยโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวเนื่องจากภาวะช็อค ด้านความผาสุกทางสังคม คือ ความเครียด เศร้าโศกในภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อผู้ดูแลในครอบครัวมากที่สุด ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ ความไม่แน่นอนในอนาคตของสมาชิกในครอบครัว การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.27, -0.21$, ตามลำดับ $p < .01$) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย และสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว (มี/ไม่มีโรคเรื้อรัง) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = 0.35, 0.20 $p < .01$ และ Beta = 0.13, $p < .05$ ตามลำดับ)

Friðriksdóttir et al. (2011) ศึกษาความต้องการ คุณภาพชีวิต ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยมะเร็งที่

ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในแผนกผู้ป่วยใน รวมถึงผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (Palliative home care) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 223 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต Quality of Life scale ผลการศึกษาพบว่า จำนวนความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว และความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับการตอบสนองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.26$ และ 0.25 ตามลำดับ $p = .01$) ความชุกของความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเท่ากับ ร้อยละ 20 - 40 ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวเพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย และพบภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับสูงในช่วง 1 - 5 ปี หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความวิตกกังวลจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ไม่มีความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

Heidari Gorji et al. (2012) ศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 63 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง The Caregiver Quality of Life Index-Cancer ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 17.5 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 42.9 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงร้อยละ 39.7 ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 24.8 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 24.8 และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 10.7 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ในระดับสูง ($r = -0.67$, $p < .01$)

Khanjari et al. (2012) ศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก การต่อสู้ทางจิตวิญญาณในทางลบ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และความรุนแรงของโรค ที่เป็นตัวบ่งชี้ของการลดลงของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายใน 6 เดือนแรก หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จำนวน 115 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง The Caregiver Quality of Life Index-Cancer พบว่าร้อยละ 50 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวควงที่ในระยะเวลา 6 เดือน ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 15 ระดับคุณภาพชีวิตลดลง ความเข้มแข็งในการมองโลก การต่อสู้ทางจิตวิญญาณในทางลบ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัว มีแนวโน้มลดลงในเวลาต่อมา (6 เดือน) และความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.49$ และ 0.30 , $p < .01$) การต่อสู้ทางจิตวิญญาณทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.34$, $p < .01$)

Son et al. (2012) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 100 คน เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยมะเร็งที่พาผู้ป่วยมารับเคมีบำบัด ผู้ป่วย

มะเร็งส่วนใหญ่ระยะของโรคอยู่ในระยะลุกลาม ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง The Caregiver Quality of Life Index-Cancer ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.40, p < .001$) จิตวิญญาณ โดยแบ่งเป็นด้านความหมายและจุดประสงค์ในชีวิต และด้านความศรัทธาและความเชื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.29, p = .003$ และ $0.25, p = .011$ ตามลำดับ) และภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.22, p = 0.029$)

Wadhwa et al. (2013) ศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 จำนวน 191 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง The Caregiver Quality of Life Index-Cancer ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว เท่ากับ 98.8 (ช่วงคะแนน 0 – 140) ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ ภาวะสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ($Beta = 0.76, p < .001$) ปัจจัยด้านการดูแล คือ การดูแลสมาชิกคนอื่นร่วมด้วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ($Beta = -6.21, p = .007$) ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ความผาสุกทางด้านร่างกายของผู้ป่วยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ($Beta = 0.56, p = .004$)

Morishita and Kamibeppu (2014) ศึกษาคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่กลับเป็นซ้ำ หรืออยู่ในระยะลุกลาม และต้องการการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่กลับเป็นซ้ำ หรืออยู่ในระยะลุกลาม จำนวน 111 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความพึงพอใจในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ ($r = 0.49 - 0.61, p < .01$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ($p > .01$) ภาวะการดูแล ในองค์ประกอบด้านการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน การขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว และผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.40, -0.31$ และ -0.53 ตามลำดับ $p < 0.01$) ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของผู้ดูแล ($Beta = -0.18$ และ $0.25, p < .05$) และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ($Beta = 0.22, p < .05$ และ $Beta = 0.30, p < .01$ ตามลำดับ)

Leow et al. (2014) ศึกษาปัจจัยการทำนายการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ใกล้เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี จำนวน 93 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง The Caregiver Quality of Life Index-Cancer ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเพิ่มสูงขึ้นใน 2 เดือนต่อมาจากการประเมินครั้งแรกร้อยละไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนเฉลี่ยการประเมินครั้งแรก เท่ากับ 86.5 คะแนน ติดตามประเมินผลใน 2 เดือนต่อมาเท่ากับ 89.5 คะแนน) เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเรียนรู้และจัดการกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้ดีขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่านไป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ ศาสนา ($t = -2.75, p = .009$) ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ การวินิจฉัยโรค ($p = .003$) และปัจจัยด้านสังคม คือ ความพึงพอใจเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.60, p = .000$) ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ($\beta = -0.33, p < .05$) ศาสนาของผู้ดูแล และความพึงพอใจเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.55$ และ 0.60 ตามลำดับ, $p < .01$)

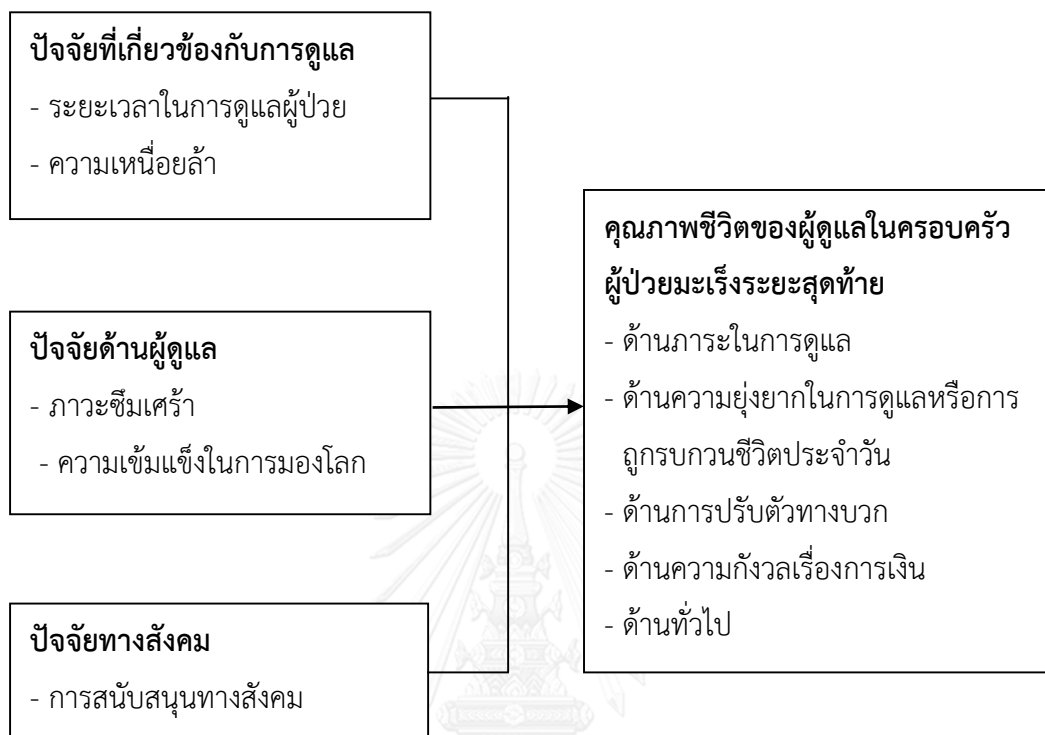
Fujinami et al. (2015) ศึกษาระดับของความทุกข์ทรมาน (distress) ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ภาระการดูแล และการเตรียมความพร้อมในการดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 163 คน ผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะที่ 4, 3, 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 56, 38, 21 และ 13 ตามลำดับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต City of Hope QOL Scale - Family Version ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ระดับของความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ($r = -0.47, -0.63, -0.56$ และ -0.38 ตามลำดับ $p < .001$) ภาระการดูแลเชิงปรนัย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตทุกด้าน ($r = -0.18; p = 0.05, -0.38, -0.56$ และ -0.36 ตามลำดับ, $p < 0.001$) ภาระการดูแลเชิงอัตนัย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสังคม และจิตวิญญาณ ($r = -0.18$ และ -0.17 ตามลำดับ $p = .05$) การรับรู้ความเครียดเกี่ยวกับภาระการดูแล (Subjective stress burden) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตทุกด้าน ($r = -0.40, -0.55, -0.57$ และ -0.41 ตามลำดับ $p < .001$) การเตรียมความพร้อมในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ($r = 0.25, 0.30$ และ 0.31 ตามลำดับ $p < .001$)

Rha et al. (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 212 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 64 และ 18.2 ตามลำดับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF ผลการศึกษาพบว่า

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสบการณ์ในการดูแล การทำหน้าที่ได้ไม่ดี จะมีภาระในการดูแลสูง ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลในครอบครัวในโรงพยาบาลจะมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.53, p < .001$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 30.3

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละระยะของโรคมียุทธศาสตร์ที่แตกต่างกัน คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มลดลงเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะให้การรักษา เนื่องจากอาการแสดงและความรุนแรงของอาการผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นตามระยะของโรคมะเร็ง และยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งอีกหลายปัจจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า และปัจจัยทางสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมนั้นได้มีการนำมาศึกษาแล้วในประเทศไทย แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงนำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้การวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายวัยผู้ใหญ่ ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย เป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลรัฐบารระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายวัยผู้ใหญ่ ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย เป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ที่พาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลรัฐบารระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนสิงหาคม – เดือนตุลาคม 2559

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากโรงพยาบาลรัฐบารระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกโรคมะเร็ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สุ่มด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่มา 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี

2. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) ทดสอบสมมติฐานทางเดียว (1-tailed test) เมื่อกำหนดขนาดค่าอิทธิพลจากงานวิจัยในอดีตซึ่งมีค่า $R^2 = .144$ (วันเพ็ญ อึ้งวิวัฒน์ศิริกุล, 2550) นำมาคำนวณขนาดอิทธิพลได้ค่า $f^2 = .17$ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ = .80 โดยมีตัวแปรทำนายจำนวน 5 ตัวแปร คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 82 คน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 121 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบบตามสะดวก (Convenience sampling) จากผู้ดูแลในครอบครัว ที่พาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็ง ให้มีจำนวนเท่าๆ กันทั้ง 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 41 คน โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 40 คน และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 40 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

3.1 คุณสมบัติของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3.1.1 มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

3.1.2 เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยมะเร็งระบุว่าเป็นผู้ดูแลหลัก หากผู้ป่วยไม่สามารถระบุได้ให้ถือเอาบุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น หรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด และเป็นการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

3.1.3 ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมาเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน เนื่องจากระยะเวลา 1 เดือนนานพอต่อการได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยและมีผลต่อคุณภาพชีวิต

3.1.4 สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารโดยใช้ภาษาไทย

3.1.5 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.2 คุณสมบัติของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3.2.1 ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 หรืออยู่ในระยะที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น ต่อม้ำเหลือง ตับ ปอด กระดูก สมอง เป็นต้น

3.2.2 ได้รับการรักษาเพื่อประคับประคองตามอาการ และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ อันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค ซึ่งการรักษาที่ได้รับอาจเป็นการรับยาเคมีบำบัด รังสีรักษาเพื่อประคับประคองอาการ หรือการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นจากการแพร่กระจายของโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวของผู้ดูแลในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ยต่อวัน จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดของโรคมะเร็ง ตำแหน่งของอวัยวะที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันโดยใช้ ECOG performance status (Eastern Cooperative Oncology Group) โดยเกณฑ์การให้คะแนน ระดับ 0 หมายถึง ความสามารถปกติ ออกแรงทำงานได้เหมือนก่อนการเจ็บป่วย ไม่มีข้อจำกัด ระดับ 1 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ออกแรงมากได้ แต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและงานเบาๆ ได้ ระดับ 2 หมายถึง สามารถเคลื่อนไหวช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ไม่สามารถทำงาน ต้องพักบนเตียงหรือนั่ง น้อยกว่า 50 % ของเวลาตื่น ระดับ 3 หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ไม่สามารถทำงาน ต้องพักบนเตียงหรือนั่ง มากกว่า 50 % ของเวลาตื่น ระดับ 4 หมายถึง ไร้สมรรถภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องนั่งหรือนอนบนเตียงตลอดเวลา (Oken et al., 1982)

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) ที่พัฒนาโดย Weitzner et al. (1999) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตจาก Weitzner ในการนำเครื่องมือมาใช้ ดังเอกสารแสดงในภาคผนวก (ภาคผนวก ค) ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาแปลเป็นภาษาไทย โดยการแปลแบบย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา (Back translation) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วยคำถามจำนวน 35 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความทางบวก จำนวน 9 ข้อ (ข้อที่ 4, 10, 12, 16, 22, 23, 27, 28 และ 34) และที่เหลือเป็นข้อความทางลบ จำนวน 26 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) ด้านภาระการดูแล จำนวน 10 ข้อ (ข้อที่ 9, 11, 14, 17, 18, 19, 20, 25, 31 และ 33)
- 2) ด้านความยุ่งยากหรือการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน จำนวน 7 ข้อ (ข้อที่ 1, 3, 5, 21, 24, 26 และ 29)

- 3) ด้านการปรับตัวทางบวก จำนวน 7 ข้อ (ข้อที่ 10, 12, 16, 22, 27, 28 และ 34)
- 4) ด้านความกังวลเรื่องการเงิน จำนวน 3 ข้อ (ข้อที่ 6, 7 และ 8)
- 5) ด้านทั่วไป จำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 2, 4, 13, 15, 23, 30, 32, 35)

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะของข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก

เลือก 0 หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกกับข้อความนั้นเลย	= 0 คะแนน
เลือก 1 หมายถึง	มีความรู้สึกกับข้อความนั้นเล็กน้อย	= 1 คะแนน
เลือก 2 หมายถึง	มีความรู้สึกกับข้อความนั้นปานกลาง	= 2 คะแนน
เลือก 3 หมายถึง	มีความรู้สึกกับข้อความนั้นมาก	= 3 คะแนน
เลือก 4 หมายถึง	มีความรู้สึกกับข้อความนั้นมากที่สุด	= 4 คะแนน

ข้อความทางลบ

เลือก 0 หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกกับข้อความนั้นเลย	= 4 คะแนน
เลือก 1 หมายถึง	มีความรู้สึกกับข้อความนั้นเล็กน้อย	= 3 คะแนน
เลือก 2 หมายถึง	มีความรู้สึกกับข้อความนั้นปานกลาง	= 2 คะแนน
เลือก 3 หมายถึง	มีความรู้สึกกับข้อความนั้นมาก	= 1 คะแนน
เลือก 4 หมายถึง	มีความรู้สึกกับข้อความนั้นมากที่สุด	= 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 140 คะแนน ค่าคะแนนยิ่งมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ของ Best (1981) ในการแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 0 – 17.50	หมายถึง	คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำมาก
คะแนนอยู่ในช่วง 17.51 – 52.50	หมายถึง	คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนอยู่ในช่วง 52.51 – 87.50	หมายถึง	คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วง 87.51 – 122.50	หมายถึง	คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง
คะแนนอยู่ในช่วง 122.51 – 140	หมายถึง	คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงมาก

3. แบบประเมินความเหนื่อยล้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า Piper Fatigue Scale ที่พัฒนาโดย Piper et al. (1998) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยเพียงใจ ดาโลปการ (2546) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 22 ข้อ ประเมินความเหนื่อยล้า 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรงของความเหนื่อยล้า จำนวน 6 ข้อ (ข้อที่ 1-6)
- 2) ด้านการให้ความหมายความเหนื่อยล้า จำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 7-11)

3) ด้านความรู้สึก จำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 12-16)

4) ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ จำนวน 6 ข้อ (ข้อที่ 17-22)

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0 - 10 ให้เลือกตอบเป็นเส้นตรง (Numeric scale) โดยซ้ายมือสุดจะเป็นหมายเลข 0 และด้านขวาสุดจะเป็นหมายเลข 10 ปลายสุดของทางด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน ผู้ประเมินจะเลือกตัวเลขในตำแหน่งที่บ่งบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้น แต่ละข้อมีคำตอบตั้งแต่ 0 - 10 จำนวน 22 ข้อ ดังนั้นมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 220 คะแนน นำคะแนนรวมทั้งหมดมาหารด้วยจำนวนคำถาม 22 ข้อ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าเป็น 3 ระดับ (Piper, 2002 อ้างถึงใน เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) ดังนี้

คะแนน	0	หมายถึง	ไม่มีอาการเหนื่อยล้า
คะแนนอยู่ในช่วง	0.01 - 3.99	หมายถึง	เหนื่อยล้าเล็กน้อย
คะแนนอยู่ในช่วง	4 - 6.99	หมายถึง	เหนื่อยล้าปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วง	7 - 10	หมายถึง	เหนื่อยล้ามาก

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ที่พัฒนาโดย Radloff (1977) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ (2533) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความทางบวกจำนวน 4 ข้อ (คำถามข้อที่ 4, 8, 12 และ 16) และข้อความทางลบจำนวน 16 ข้อ (คำถามข้อที่ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19 และ 20) ประเมินภาวะซึมเศร้า 4 ด้าน คือ

1) ด้านอารมณ์ซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ (ข้อที่ 3, 6, 9, 10, 14, 17, 18)

2) ด้านอารมณ์ในด้านบวก จำนวน 4 ข้อ (ข้อที่ 4, 8, 12, 16)

3) ด้านอาการทางกาย การทำกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ (ข้อที่ 1, 2, 5, 7, 11, 13, 20)

4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 2 ข้อ (ข้อที่ 15, 19)

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะของข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความทางลบ

ไม่เลย	= 0 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วัน
นานๆ ครั้ง	= 1 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกเกิดขึ้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ค่อนข้างบ่อย	= 2 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกเกิดขึ้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
บ่อยครั้ง	= 3 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกเกิดขึ้น 5-7 วันต่อสัปดาห์

ข้อความทางบวก

ไม่เลย	= 3 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วัน
นานๆ ครั้ง	= 2 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกเกิดขึ้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ค่อนข้างบ่อย	= 1 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกเกิดขึ้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
บ่อยครั้ง	= 0 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกเกิดขึ้น 5-7 วันต่อสัปดาห์

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า (ธวัชชัย วรพงศธร และคณะ, 2533)

5. แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ที่พัฒนาโดย Antonovsky (1987) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ซึ่ง นิติญา ฤทธิ์เพชร (2556) ได้นำไปใช้โดยปรับระดับมาตราส่วนประเมินค่าลงเหลือ 5 ระดับ เพื่อให้สะดวกต่อการเลือกตอบยิ่งขึ้น แบบประเมินประกอบด้วยคำถามจำนวน 13 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความทางบวกจำนวน 8 ข้อ (คำถามข้อที่ 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12 และ 13) และข้อความทางลบ 5 ข้อ (คำถามข้อที่ 1, 2, 3, 7 และ 10) ประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก 3 ด้าน คือ

- 1) การประเมินความสามารถในการทำความเข้าใจ 5 ข้อ (ข้อที่ 2, 6, 8, 9, 11)
- 2) การประเมินความสามารถในการจัดการ 4 ข้อ (ข้อที่ 3, 5, 10, 13)
- 3) การประเมินความสามารถในการให้ความหมาย 4 ข้อ (ข้อที่ 1, 4, 7, 12)

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 1 - 5 ระดับให้เลือกตอบเป็นเส้นตรง (Numeric scale) โดยปลายสุดของทางด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก

เลือกตอบหมายเลข 1	= 1 คะแนน	,	เลือกตอบหมายเลข 2	= 2 คะแนน
เลือกตอบหมายเลข 3	= 3 คะแนน	,	เลือกตอบหมายเลข 4	= 4 คะแนน
เลือกตอบหมายเลข 5	= 5 คะแนน			

ข้อความทางลบ

เลือกตอบหมายเลข 1	= 5 คะแนน	,	เลือกตอบหมายเลข 2	= 4 คะแนน
เลือกตอบหมายเลข 3	= 3 คะแนน	,	เลือกตอบหมายเลข 4	= 2 คะแนน
เลือกตอบหมายเลข 5	= 1 คะแนน			

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13 – 65 คะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับระดับต่ำ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับระดับสูง เกณฑ์การแปลผลโดยกำหนดตามพิสัย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (ปิติมา ฉายโอภาส, 2546)

คะแนนรวม 13 – 29 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ

คะแนนรวม 30 – 46 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกปานกลาง

คะแนนรวม 47 – 65 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

6. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาโดย Schaefer et al. (1981) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988) และพรพรม รุจีไพโรจน์ (2550) นำมาใช้ ประกอบด้วยคำถามข้อความทางด้านบวกทั้งหมด จำนวน 7 ข้อ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 1 ข้อ (ข้อที่ 1)

2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ (ข้อที่ 2 - 5)

3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวน 2 ข้อ (ข้อ 6 - 7)

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะของข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ได้รับเลย = 0 คะแนน หมายถึง ระบุว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือเลย

ได้รับเล็กน้อย = 1 คะแนน หมายถึง ระบุว่าได้รับการช่วยเหลือเล็กน้อย

ได้รับบ้างบางครั้ง = 2 คะแนน หมายถึง ระบุว่าได้รับการช่วยเหลือเป็นครั้ง

คราว

ได้รับค่อนข้างมาก = 3 คะแนน หมายถึง ระบุว่าได้รับการช่วยเหลือ

ค่อนข้างมาก

ได้รับมากที่สุด = 4 คะแนน หมายถึง ระบุว่าได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การคิดคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้มารวมกัน และหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 4 คะแนน แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ยดังนี้ (Pawapaiboon, 2003)

คะแนนอยู่ในช่วง 0 – 1.33 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

คะแนนอยู่ในช่วง 1.34 – 2.66 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 2.67 – 4.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ และการใช้ภาษา จากนั้นนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

- 1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 1 ท่าน
- 1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 2 ท่าน
- 1.3 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือการวิจัย จำนวน 1 ท่าน
- 1.4 พยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 1 ท่าน

การตัดสินความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI ไม่น้อยกว่า 0.80 จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความคำถามกับคำนิยาม และกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit & Beck, 2003)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม
- 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ใช้สูตร $CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

จากนั้นนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ดังนี้

1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการปรับสำนวนภาษาในข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ เพื่อให้กระชับเข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทของคนไทย

2) แบบประเมินความเหนื่อยล้า ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการปรับสำนวนภาษาในข้อคำถามทั้งหมด 2 ข้อ และเปลี่ยนสรรพนามในแบบสอบถามจากคำว่า “ท่าน” เป็น “ฉัน” ทั้งหมด

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการปรับสำนวนภาษาในข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ และเปลี่ยนสรรพนามในแบบสอบถามจากคำว่า “ท่าน” เป็น “ฉัน” ทั้งหมด

4) แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการปรับสำนวนภาษาในข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ และเปลี่ยนสรรพนามในแบบสอบถามจากคำว่า “ท่าน” เป็น “ฉัน” ทั้งหมด

5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการปรับสรรพนามในแบบสอบถามจากคำว่า “ท่าน” เป็น “ฉัน” ทั้งหมด ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินทั้งหมดได้แสดงไว้ในตารางที่ 1

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน ในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุกรรม เฉพาะโรคมะเร็ง โรงพยาบาลตำรวจ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.87, 0.98, 0.92, 0.76 และ 0.91 ตามลำดับ เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวเองจริง จำนวน 121 คน พบว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้เท่ากับ 0.90, 0.97, 0.88, 0.77 และ 0.91 ตามลำดับ โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้คือมากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 (George & Mallery, 2003) โดยค่าความเที่ยงของแบบประเมินได้แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และค่าความเที่ยงของแบบประเมิน

แบบประเมิน	ค่าดัชนี	ค่าความเที่ยง	
	ความตรงตามเนื้อหา	ทดลองใช้ (30 ราย)	ใช้จริง (121 ราย)
แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง	0.80	0.87	0.90
แบบประเมินความเหนื่อยล้า	0.95	0.98	0.97
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	1.00	0.92	0.88
แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก	0.84	0.76	0.77
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	1.00	0.91	0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขอให้พิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

1.2 เมื่อได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็ง เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วัน ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลตำรวจ ส่วนที่โรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยคัดเลือกจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยในช่วงเช้าก่อนแพทย์ออกตรวจผู้ป่วย

โดยเลือกผู้ดูแลในครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองกับผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยเริ่มแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยแจ้งว่าการศึกษานี้จะเก็บข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัวไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อนามสกุลแต่อย่างใด และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมเท่านั้น เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวยินดีเข้าร่วมการวิจัยความสมัครใจจึงให้ลงนามในใบยินยอมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล นำผู้ดูแลในครอบครัวไปยังสถานที่เก็บข้อมูลที่จัดเป็นสัดส่วนและเงียบสงบ อธิบายวิธีการทำแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วน และให้ผู้ดูแลในครอบครัวตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเลือกคำตอบตามความเป็นจริง และตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด ทั้งนี้หากมีข้อสงสัยผู้ดูแลในครอบครัวสามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่ผู้ดูแลในครอบครัวมองเห็นไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้ซักถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 20 - 30 นาที ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ดูแลในครอบครัวอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 105 คน และผู้วิจัยเป็นผู้ซักถามในการประเมิน จำนวน 16 คน ในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งรอเข้ารับการรักษาอยู่บริเวณแผนกตรวจผู้ป่วยนอกโดยมีเจ้าหน้าที่ช่วยดูแลอำนวยความสะดวก

2.3 ในกรณีที่ผู้ดูแลในครอบครัวที่พาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาโรงพยาบาล ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยให้ระบุผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก และขออนุญาตติดต่อกับผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักทางโทรศัพท์ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวยินดีเข้าร่วมการวิจัยความสมัครใจจึงให้แบบสอบถามกับผู้ป่วยหรือญาตินำกลับไปให้ผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก เมื่อได้รับแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามกับผู้ดูแลในครอบครัวทางโทรศัพท์ ให้ผู้ดูแลในครอบครัวตอบแบบสอบถามและส่งกลับถึงผู้วิจัยทางไปรษณีย์ โดยผู้วิจัยได้เตรียมซองจดหมาย ปิดแสตมป์จำหน่ายซองถึงผู้วิจัยแนบไปด้วย ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ดูแลในครอบครัวส่งแบบสอบถามกลับมาจำนวน 11 คน จากทั้งหมด 19 คน

2.4 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด หากผู้ดูแลในครอบครัวตอบคำถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ดูแลในครอบครัวทราบและขอความร่วมมือในการตอบให้เสร็จสมบูรณ์หากผู้ดูแลในครอบครัวยินดีตอบ เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 4 สิงหาคม 2559 ถึงวันที่ 12 ตุลาคม 2559

2.5 จากการเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยการให้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 129 คน มีผู้ดูแลในครอบครัวที่ตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนจำนวน

121 คน นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 121 ชุดมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากแต่ละโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เอกสารรับรองเลขที่ 597/2016 (วันที่รับรอง 4 สิงหาคม 2559) โรงพยาบาลตำรวจ เอกสารรับรองเลขที่ จว 43/2559 (วันที่รับรอง 15 มิถุนายน 2559) และโรงพยาบาลราชวิถี เอกสารรับรองเลขที่ 126/2559 (วันที่รับรอง 15 กรกฎาคม 2559) ให้เก็บข้อมูลการวิจัยได้ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็ง

2. ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ หรือสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวหรือการรับบริการแต่อย่างใด ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้ดูแลในครอบครัว ไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุลแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะถือว่าเป็นความลับซึ่งนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม หากผู้ดูแลในครอบครัวมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจจึงให้ลงนามในใบยินยอมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวของผู้ดูแลในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ ชนิดของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อายุของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ยต่อวัน ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics)

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังนี้ (Burn & Grove, 2005)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.1 – 0.29	ต่ำ
0.3 – 0.5	ปานกลาง
0.5 ขึ้นไป	สูง

2.2 วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก วัยผู้ใหญ่ อายุ 18 - 59 ปี ซึ่งเป็นผู้พาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมาตรวจรับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็ง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี รวมทั้งสิ้นจำนวน 121 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 2 - 3

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 4 - 6

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 7

ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 8 - 9

ตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 121)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	23.14
หญิง	93	76.86
อายุ (ปี) Minimum = 20, Maximum = 59, Mean= 44.96, SD = 11.61		
18 - 30 ปี	19	15.70
31 - 35 ปี	44	36.36
46 - 60 ปี	58	47.93
สถานภาพสมรส		
โสด	38	31.41
คู่	73	60.33
หม้าย	5	4.13
หย่า	3	2.48
แยกกันอยู่	2	1.65
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.83
ประถมศึกษา	25	20.66
มัธยมศึกษา/ ปวช.	26	21.48
อนุปริญญา/ ปวส.	9	7.44
ปริญญาตรี	49	40.50
สูงกว่าปริญญาตรี	11	9.09
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	6	4.96
รับจ้าง	29	23.97
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	28	23.14

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 121) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	18	14.87
แม่บ้าน/ ไม่ได้ประกอบอาชีพ	35	28.93
พนักงานบริษัทเอกชน	4	3.30
นักศึกษา	1	0.83
รายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ย ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	12	9.92
5,001 -10,000 บาท	22	18.18
10,001- 15,000 บาท	18	14.87
15,001-20,000 บาท	20	16.53
มากกว่า 20,000 บาท	49	40.50
โรคประจำตัวของผู้ดูแลในครอบครัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	89	73.55
มีโรคประจำตัว	32	26.45
มีโรคประจำตัว 1 โรค ได้แก่		
ความดันโลหิตสูง	8	6.60
ภูมิแพ้	3	2.48
ไมเกรน	3	2.48
หอบหืด	2	1.65
หลอดเลือดและหัวใจ	2	1.65
ไทรอยด์	2	1.65
กระเพาะอาหาร	2	1.65
มะเร็งไทรอยด์	1	0.83
เบาหวาน	1	0.83
ลมชัก	1	0.83
ไวรัสตับอักเสบบ	1	0.83

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 121) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค		
ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	3	2.48
ความดันโลหิตสูง และเก๊าท์	1	0.83
ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง	1	0.83
เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง	1	0.83
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตรชาย/ บุตรสาว	57	47.10
สามี/ ภรรยา	42	34.71
พี่/ น้อง	14	11.57
หลาน	6	4.96
บุตรเขย/ บุตรสะใภ้	1	0.83
น้องสะใภ้	1	0.83
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (เดือน)		
Minimum = 1, Maximum = 134, Median = 12, Mean = 20.88, SD = 23.57		
จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง)		
Minimum = 2, Maximum = 24, Mean = 13.34, SD = 8.38		
จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน		
ไม่มี	41	33.88
มี	80	66.12
มีจำนวน 1 คน	34	28.10
มีจำนวน 2 คน	27	22.30
มีจำนวน 3 คน	14	11.57
มีจำนวน 4 คน	5	4.13

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 121 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.86 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 46 - 60 ปี) คิดเป็นร้อยละ 47.93 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.96 ปี (SD = 11.61) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือสถานะคู่

คิดเป็นร้อยละ 60.33 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 28.93 รายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ยมากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.50 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 73.55 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 47.10 รองลงมาคือคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 34.71 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีค่ามัธยฐาน (median) เท่ากับ 12 เดือน ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 13.34 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 8.38) และมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 66.12 โดยส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 28.10

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 121)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	60	49.59
หญิง	61	50.41
อายุ (ปี) Minimum = 34, Maximum = 90, Mean= 62.55, SD = 11.30		
31 – 35 ปี	11	9.09
46 - 60 ปี	42	34.71
มากกว่า 60 ปี	68	56.20
ชนิดของโรคมะเร็ง		
มะเร็งปอด	31	25.62
มะเร็งระบบทางเดินอาหาร	24	19.83
มะเร็งเต้านม	22	18.18
มะเร็งระบบสืบพันธุ์	20	16.53
มะเร็งศีรษะและคอ	10	8.26
มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ	5	4.13
มะเร็งตับและตับอ่อน	4	3.31
มะเร็งถุงน้ำดีและท่อน้ำดี	2	1.65
มะเร็งผิวหนังเมลาโนมา	1	0.83
มะเร็งหลอดเลือด	1	0.83
มะเร็งนิวโรเอ็นโดคริน (Neuroendocrine Tumor)	1	0.83

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 121) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย (เดือน)		
Minimum = 1, Maximum = 91, Median = 8, Mean = 13.17, SD = 16.03		
การรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)		
เคมีบำบัดแบบประคับประคอง	60	49.58
รักษาประคับประคองตามอาการ	37	30.58
การรับประทานยาฮอร์โมน	11	9.09
การผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดแบบประคับประคอง	4	3.31
เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาแบบประคับประคอง	4	3.31
รังสีรักษาแบบประคับประคอง	3	2.48
การผ่าตัด	2	1.65
ECOG performance status		
ระดับ 0	24	19.83
ระดับ 1	54	44.63
ระดับ 2	33	27.28
ระดับ 3	10	8.26

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 49.59 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 50.41 มีอายุระหว่าง 34 - 90 ปี อายุเฉลี่ย 62.55 ปี (SD = 11.30) โรคมะเร็งที่พบเป็นส่วนใหญ่ คือ มะเร็งปอด รองลงมาคือ มะเร็งระบบทางเดินอาหาร และมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 25.62, 19.83 และ 18.18 ตามลำดับ) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายมีค่ามัธยฐาน (median) เท่ากับ 8 เดือน การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ เคมีบำบัดแบบประคับประคอง (palliative chemotherapy) และการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ คิดเป็นร้อยละ 49.58 และ 30.58 ตามลำดับ ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ออกแรงมากได้ แต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันและงานเบาๆ ได้ คิดเป็นร้อยละ 44.63

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 121)

คุณภาพชีวิต	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	\bar{x}	SD	$\bar{x}/$ items	SD	ระดับ
ด้านภาระการดูแล	0 - 40	3 - 40	22.39	8.41	2.24	0.84	
ด้านความยุ่งยากหรือการ ถูกรบกวนชีวิตประจำวัน	0 - 28	4 - 28	17.67	5.63	2.52	0.80	
ด้านการปรับตัวทางบวก	0 - 28	6 - 28	19.75	4.63	2.82	0.66	
ด้านความกังวลเรื่องการเงิน	0 - 12	0 - 12	6.88	3.45	2.29	1.10	
ด้านทั่วไป	0 - 32	2 - 32	19.27	5.49	2.41	0.68	
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-140	34-140	85.96	20.71	2.46	0.59	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 85.96$, $SD = 20.71$) โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดเท่ากับ 34 คะแนน และคะแนนคุณภาพชีวิตสูงที่สุดเท่ากับ 140 คะแนน เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านจากค่าเฉลี่ยของค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านการปรับตัวทางบวกมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านความยุ่งยากหรือการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน ด้านทั่วไป ด้านความกังวลเรื่องการเงิน และด้านภาระการดูแลตามลำดับ ($\bar{X} = 2.82, 2.52, 2.41, 2.29$ และ 2.24 ตามลำดับ)

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 121)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตระดับต่ำ	7	5.79
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	59	48.76
คุณภาพชีวิตระดับระดับสูง	50	41.32
คุณภาพชีวิตระดับระดับสูงมาก	5	4.13
รวม	121	100

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.76 รองลงมาคือ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงระดับต่ำ และระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 41.32, 5.79 และ 4.13 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการดูแล ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 121)

ปัจจัย	คะแนนที่	คะแนนที่	\bar{X}	SD	แปลผล
	เป็นไปได้	เป็นจริง			
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย					Median = 12 เดือน
ความเหนื่อยล้า	0-10	0-8.77	3.06	2.07	เล็กน้อย
ภาวะซึมเศร้า	0-60	1-48	15.51	9.25	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
ความเข้มแข็งในการมองโลก	13-65	30-65	46.55	7.60	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	0-4	0.57-4	2.83	0.78	สูง

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 12 เดือน มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 3.06$, SD = 2.07) ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{X} = 15.51$, SD = 9.25) มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 46.55$, SD = 7.60) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.83$, SD = 0.78)

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 121)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	1.00					
2. ความเหนื่อยล้า	-0.10	1.00				
3. ภาวะซึมเศร้า	-0.04	0.69*	1.00			
4. ความเข้มแข็งในการมองโลก	0.09	-0.48*	-0.56*	1.00		
5. การสนับสนุนทางสังคม	-0.10	-0.31*	-0.28*	0.43*	1.00	
6. คุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัว	0.11	-0.64*	-0.73*	0.61*	0.34*	1.00

* p < .05

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม โดยความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับสูง (r = -0.64 และ -0.73 ตามลำดับ) ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับสูง (r = 0.61) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับปานกลาง (r = 0.34) ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (r = 0.11, p > .05) ตัวแปรระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อกัน (Multicollinearity) (ภาคผนวก จ)

ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ของตัวแปรที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) ค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (stepwise) ($n = 121$)

ลำดับขั้นตอนการทำนาย	R	R^2	R^2 change	F	p-value
ภาวะซึมเศร้า	0.73	0.53	-	134.63	0.00
ความเข้มแข็งในการมองโลก	0.77	0.59	0.06	16.90	0.00
ความเหนื่อยล้า	0.78	0.62	0.03	7.60	0.01

จากตารางที่ 8 ผลการศึกษาพบว่า ในขั้นที่ 1 ภาวะซึมเศร้า ถูกนำเข้าสู่สมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจในการทำนายเท่ากับ 0.53 ($R^2 = 0.53$) ซึ่งหมายถึง ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 53

ขั้นที่ 2 ความเข้มแข็งในการมองโลก ถูกนำเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 2 และอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 6 (R^2 change = 0.06) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.59 ($R^2 = 0.59$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึง ภาวะซึมเศร้าและความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 59

ขั้นที่ 3 ความเหนื่อยล้า ถูกนำเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 3 และอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 3 (R^2 change = 0.03) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.62 ($R^2 = 0.62$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเหนื่อยล้า สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 62

ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า B ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (n = 121)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ภาวะซึมเศร้า	-0.96	0.19	-0.43	-5.02	0.00
ความเข้มแข็งในการมองโลก	0.72	0.19	0.26	3.75	0.00
ความเหนื่อยล้า	-2.22	0.80	-0.22	-2.76	0.01
ค่าคงที่	74.31	10.60	-	7.01	0.00

จากตารางที่ 9 ผลการศึกษาพบว่า สัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรทำนายทั้ง 3 ตัว มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยที่ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า แปรผกผันในทางตรงกันข้ามกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า การลดลงของภาวะซึมเศร้า 1 หน่วยมาตรฐาน จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น 0.43 หน่วยมาตรฐาน ความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะทำให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 0.26 หน่วยมาตรฐาน และการลดลงของความเหนื่อยล้า 1 หน่วยมาตรฐาน จะทำให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 0.22 หน่วยมาตรฐาน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายวัยผู้ใหญ่ ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยเป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ที่พาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย เป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายจากโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกโรคมะเร็ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลตำรวจ และ

โรงพยาบาลราชวิถี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ดูแลในครอบครัวที่พาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็ง โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 หรืออยู่ในระยะที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ได้รับการรักษาเพื่อประคับประคองตามอาการ ซึ่งการรักษาที่ได้รับอาจเป็นการรับยาเคมีบำบัด รังสีรักษาเพื่อประคับประคองอาการ หรือการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นจากการแพร่กระจายของโรค ซึ่งเป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมาเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 82 คน และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 121 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วนคือ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งจาก Weitzner และนำมาแปลเป็นภาษาไทยแบบย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำไปหาค่าความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.87, 0.98, 0.92, 0.76 และ 0.91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ศึกษาความสามารถของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 121 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.86 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 46 - 60 ปี) คิดเป็นร้อยละ 47.93 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.96 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือสถานะคู่ คิดเป็นร้อยละ 60.33 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 28.93 รายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ยมากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.50 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 73.55 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 47.10 รองลงมาคือคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 34.71 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 12 เดือน ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 13.34 ชั่วโมงต่อวัน และมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 66.12 โดยส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 28.10

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 49.59 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 50.41 มีอายุระหว่าง 34 - 90 ปี อายุเฉลี่ย 62.55 ปี โรคมะเร็งที่พบเป็นส่วนใหญ่ คือ มะเร็งปอด รองลงมาคือ มะเร็งระบบทางเดินอาหาร และมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 25.62, 19.83 และ 18.18 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายค่ามัธยฐานเท่ากับ 8 เดือน การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ เคมีบำบัดแบบประคับประคอง และการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ คิดเป็นร้อยละ 49.58 และ 30.58 ตามลำดับ ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันส่วนใหญ่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มีอาการแสดงผิดปกติเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 44.63

3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.76 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 85.96 (SD = 20.71) โดยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดเท่ากับ 34 คะแนน และคะแนนคุณภาพชีวิตสูงที่สุดเท่ากับ 140 คะแนน เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตการปรับตัวทางบวกมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุดเท่ากับ 2.82 (SD = 0.66) และคุณภาพชีวิตด้านภาระการดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำที่สุดเท่ากับ 2.24 (SD = 0.84) ซึ่งหมายความว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการรับรู้ด้านการปรับตัวทางบวกมากที่สุด และมีการรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระมาก

4. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความเหนื่อยล้าเล็กน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (SD = 2.07) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 57.85 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.51 (SD = 9.25) มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.55 (SD = 7.60) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 (SD = 0.78)

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ($r = -0.64$) และภาวะซึมเศร้า ($r = -0.73$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ($r = 0.61$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.34$) ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = 0.11, p > .05$)

6. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเหนื่อยล้า สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 62 ($R^2 = 0.62$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.76 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 85.96 ($SD = 20.71$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Effendy et al., 2015; Leow et al., 2014; Son et al., 2012; Tang et al., 2008; Tang, 2009) ที่ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง (The Caregiver Quality of Life Index-Cancer; CQOLC) เช่นเดียวกับงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในช่วง 67.34 – 89.50 คะแนน (คะแนน 0 – 140) ซึ่งหมายถึง ยิ่งคะแนนสูง คุณภาพชีวิตยิ่งดี เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยเอง หรือการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้ดูแลในครอบครัวจึงเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกถึงภาระหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลที่มากขึ้น เกิดความเครียด และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ (Wadhwa et al., 2013) การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 34 – 140 คะแนน เห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวบางรายให้คะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตในระดับสูงที่สุด และบางรายให้คะแนนการประเมินคุณภาพ

ชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้รับอิทธิพลมาจากหลายปัจจัย เช่น การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ความคาดหวัง และความสามารถในการจัดการกับปัญหาของแต่ละบุคคล (Grover et al., 2005)

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านภาระการดูแล มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำที่สุดเท่ากับ 2.24 (SD = 0.84) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tang (2009), Son et al. (2012) และ Leow et al. (2014) ซึ่งหมายถึงผู้ดูแลในครอบครัวมีการรับรู้ถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในรายที่ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ หรือมีอาการแสดงของโรครุนแรง ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแล ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะปัญหาความทุกข์ทรมานทางร่างกายของผู้ป่วย ในการจัดการความเจ็บปวด และการจัดการกับอาการต่างๆ สังเกตได้ว่าระวางอาการเคียงข้างจากการรักษา และเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือขณะอยู่ในโรงพยาบาลตลอดจนกระทั่งจำหน่าย หรือพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในสถานบริการใกล้บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวยังต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วย เนื่องจากสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ทุกช่วงเวลา นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวยังมีบทบาทในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย โดยทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในหลายประเด็น เช่น การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการและโรค แหล่งสนับสนุนทางการรักษาประคับประคอง (วารุณี มีเจริญ, 2557) ผู้ดูแลในครอบครัวบางรายต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงมากกว่า 1 คนที่บ้าน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวบางรายละเลยการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง การดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันตามปกติของตัวผู้ดูแลในครอบครัวเอง ทำให้บทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผู้ที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก มักเป็นคู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัวนั้นๆ โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นคู่สมรส ซึ่งต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม (Lu et al., 2010) เช่น การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน จากภาระงาน ความเครียด อาจส่งผลให้บางครอบครัวเกิดความขัดแย้งเพิ่มขึ้น ปฏิสัมพันธ์ การสื่อสารภายในครอบครัว และความร่วมมือการช่วยเหลือซึ่งกันและกันลดลง (Allen et al., 1999) ผู้ดูแลในครอบครัวบางรายอาจต้องขาดงาน หรือลาออกจากงานของตนเองเพื่อมาทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ต้องรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายหลายด้าน ทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการซื้ออุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมหรือสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย อีกทั้งหากผู้ป่วยเป็นผู้มีหน้าที่หลักในการหาเลี้ยงครอบครัว การเจ็บป่วยจึงทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ เกิดความเครียด

ความรู้สึกไม่แน่นอนต่ออนาคตทางการเงิน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายลดลง

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (ตารางที่ 1 ภาคผนวก ง) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ถึงการให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 (SD = 0.85) ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวมีการรับรู้ว่าเป็นเป้าหมายของตนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคือการได้ช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น เมื่อสามารถช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความรู้สึกไปในทางที่ดี มองเห็นคุณค่าในตนเอง ระดับความเครียดความวิตกกังวลลดลง เกิดความหวังว่าผู้ป่วยจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป ส่วนในรายข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับความกลัวการสูญเสียผู้ป่วยซึ่งเป็นข้อความทางด้านลบ มีค่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.23 (SD = 1.40) ซึ่งหมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวกลัวการสูญเสียผู้ป่วยมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง การรักษาจึงประคับประคองตามอาการ บรรเทาความทุกข์ทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพยากรณ์ของโรคผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอาจมีชีวิตอยู่ได้เพียงระยะเวลาเป็นเดือน ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเกิดความกลัวเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการสูญเสียผู้ป่วยอาจเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว หรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวในเรื่องต่างๆ ตามมา ดังนั้นผลการประเมินจึงพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายข้อนี้อยู่ในระดับต่ำที่สุด นอกจากนี้ข้อคำถามเรื่องความพึงพอใจทางเพศยังพบว่าอยู่ในระดับต่ำ รองจากการรับรู้เกี่ยวกับความกลัวการสูญเสียผู้ป่วย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.39 (SD = 1.48) อธิบายได้ว่าในบริบทของสังคมไทย เรื่องความพึงพอใจเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ถือเป็นเรื่องส่วนตัวที่ไม่ควรเปิดเผยต่อสาธารณะหรือเปิดเผยให้ผู้อื่นรับรู้ ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่จึงไม่อยากเปิดเผยความรู้สึกดังกล่าวโดยการเลือกที่จะไม่แสดงความรู้สึกกับข้อความในคำถามข้อนี้ ค่าคะแนนจึงค่อนข้างต่ำ

2. ศึกษาความสามารถในการทำนายของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเหนื่อยล้า โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 62 ($R^2 = 0.62$) โดยภาวะซึมเศร้าถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจการทำนายเท่ากับ 0.53 ($R^2 = 0.53$) ซึ่งหมายถึง ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 53

ตัวแปรทำนายความเข้มแข็งในการมองโลก ถูกนำเข้ามาสมการเป็นตัวที่ 2 และอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 6 (R^2 change = 0.06) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.59 ($R^2 = 0.59$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึง ภาวะซึมเศร้าและความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 59

ตัวแปรทำนายความเหนื่อยล้า ถูกนำเข้ามาสมการเป็นตัวที่ 3 และอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 3 (R^2 change = 0.03) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.62 ($R^2 = 0.62$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเหนื่อยล้า สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 62

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ -0.43 รองลงมา คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเหนื่อยล้า โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.26 และ -0.22 ตามลำดับ ($p < .05$) จากผลการศึกษารั้งนี้ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า และความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อมีการลดลงของภาวะซึมเศร้าและความเหนื่อยล้า และการเพิ่มขึ้นของความเข้มแข็งในการมองโลก 1 หน่วยมาตรฐาน จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น 0.43, 0.22 และ 0.26 หน่วยมาตรฐาน ตามลำดับ จากผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanjari et al. (2012) ศึกษาพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.31 ($p < .05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Yang et al. (2012) พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้ ร้อยละ 25.5 ($R^2 = 0.255$, $p < .05$) และ 28.2 ($R^2 = 0.282$, $p < .001$) ตามลำดับ

จากการศึกษารั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มักได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและอารมณ์ เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และด้าน

อื่นๆ ทำให้เกิดความตึงเครียดจากการดูแล เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการพึ่งพาและมีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคเมเร็งจึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความหดหู่และเศร้าหมอง มีความกลัววิตกกังวลในการจัดการกับอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคตของตนเองและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว มีความผิดหวัง สิ้นหวังในแผนการรักษาเมื่อไม่มีการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งหายขาดจากโรคเมเร็งได้ ซึ่งความรู้สึกทางด้านลบเหล่านี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Costa-Requena et al., 2012) ภาวะซึมเศร้าจะไปขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Halm, 2009) ส่งผลให้เกิดความถดถอยทางด้านร่างกายเช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น เกิดความหวาดกลัว เศร้าหมอง ไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรมใดๆ ด้านสังคม เช่น ไม่อยากมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นผลกระทบที่มีความสำคัญ และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอื่นๆ ส่งผลทำให้แนวโน้มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายลดลง (Tang et al., 2008) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มากที่สุดถึงร้อยละ 53

นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกลดลง จะมีการรับรู้และประเมินว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก มีผลกระทบทางด้านลบและเป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง ทำให้ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับปัญหาต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ไม่มีความพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยมีความสุข ประกอบกับการทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องสูญเสียพลังงานไปกับการดูแล เกิดความอ่อนเพลีย หมดเร็วแรง ความเครียดและความเบื่อหน่าย รวมถึงต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวร่วมด้วยโดยไม่มีผู้ช่วยในการดูแลจึงเกิดความเหนื่อยล้า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นตัวแปรทำนาย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเหนื่อยล้าจึงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนาน สามารถยอมรับในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการดูแลผู้ป่วย ผสมผสานหน้าที่การดูแลไว้เป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดทักษะความชำนาญในการดูแล (Tang, 2009) สามารถปรับตัวต่อปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น หากผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัวได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจึงไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลใน

ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงเหมือนๆ กัน ความแปรปรวนของการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงมีน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Tang (2009) ที่ถึงแม้ว่าจะพบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = 0.40 - 0.45, p < .001$) แต่อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษากับคุณภาพชีวิต พบว่าตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนี้

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = 0.11, p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการศึกษาครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lu et al. (2010) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวมะเร็ง โดยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานผู้ดูแลในครอบครัวจะประสบความยุ่งยากในการดูแลโดยเฉพาะการจัดการอาการไม่สบายของผู้ป่วย มีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวลดลง โดยผลในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ Tang (2009) และ Leow et al. (2014) ที่ศึกษาพบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ($r = 0.07$ และ 0.003 ตามลำดับ $p > .05$)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาที่ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีตั้งแต่ 1 เดือนไปจนถึง 134 เดือน โดยมีค่าค่ามัธยฐาน เท่ากับ 12 เดือน สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนาน ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถยอมรับในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการดูแลผู้ป่วย สามารถผสมผสานหน้าที่การดูแลไว้เป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดทักษะความชำนาญในการดูแล (Tang, 2009) มีการปรับตัวต่อปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลมีพฤติกรรมและการแสดงความรู้สึกเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อรักษาความสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัวได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจึงไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hacıalioglu, Özer, Yılmaz karabulutlu, Erdem, and Erci (2010) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง

ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.64$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่

1 ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 64.46 และมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง และระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 27.27 และ 4.96 ตามลำดับ (ตารางที่ 2 ภาคผนวก ง) ค่าคะแนนความเหนื่อยล้าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 8.77 คะแนน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (SD = 2.07) และมีความเหนื่อยล้าด้านสติปัญญาหรืออารมณ์สูงที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 (SD = 2.20) (ตารางที่ 3 ภาคผนวก ง) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การดูแลทั้งด้านสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาอันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วย หรือความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีการรับรู้เกิดความตึงเครียด ซึมเศร้า ทำให้สมาธิหรือความสามารถในการทำงานลดลง ส่งผลรบกวนชีวิตประจำวัน

ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวมีหลายสาเหตุ มีความเกี่ยวข้องกับความเหน็ดเหนื่อยทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ รวมไปถึงความรู้สึกสงสาร ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย เป็นผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลในครอบครัวได้ (Clark et al., 2014) และเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมักใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วย ทรมานร่างกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสเป็นสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 60.33 อาจต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว หรืออาจต้องให้การดูแลผู้ป่วยคนอื่นภายในบ้าน รวมไปถึงการเป็นเสาหลักในการทำงานหารายได้เพื่อจุนเจือครอบครัว จนบางครั้งอาจละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้สภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการปวดเมื่อยล้ากล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งเกิดจากช่วยเหลือผู้ป่วยในเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรม ประกอบกับสภาพจิตใจ ความเบื่อหน่าย ความเครียด ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยจากการดูแลผู้ป่วย (Palos et al., 2011) หากความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นเรื้อรังเป็นเวลานานโดยไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Piper, 1993) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Gaston-Johansson et al., 2004) และ Cho et al. (2006) พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.55$ และ -0.33 , $p < 0.01$) ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งมีความเหนื่อยล้ามาก จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง

ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.73$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 57.85 และมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 42.15 (ตารางที่ 4 ภาคผนวก ง) ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 48 คะแนน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.51 (SD = 9.25) และมีภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ในด้านบวกสูงที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.20 (SD = 1.04) (ตารางที่ 5

ภาคผนวก ง) หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวมีการรับรู้ถึงความรู้สึกมีความสุข มีความหวังในชีวิต และมีความสนุกสนานเบิกบานใจอยู่ในระดับต่ำ จากการศึกษาของ Rezende et al. (2005), Tang et al. (2007), Rhee et al. (2008) และ Costa-Requena et al. (2012) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวมักเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ของผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงมักได้รับความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยระยะสุดท้าย จึงเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย เช่น ความกลัว ความไม่แน่นอน สิ้นหวัง เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ อาการแสดงเหล่านี้เป็นความตึงเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นอาการไม่สุขสบายทางอารมณ์ เกิดเป็นความเศร้าโศกเกิดขึ้น เช่น ภาวะซึมเศร้า ส่วนในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวบางส่วนมีภาวะซึมเศร้าและส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40.50 ซึ่งผู้ที่ได้รับการศึกษาที่ดีมีแนวโน้มที่จะได้เปรียบในสถานะทางสังคม และสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่ประสบได้ดีกว่า (Pearlin, Nguyen, Schieman, & Milkie, 2007) นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวอาจจะมีการปรับตัวได้ดี และมีแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งให้เห็นได้จากการได้รับการสนับสนุนทางด้านการเงินอย่างเพียงพอ (Tang et al., 2013) ซึ่งพบว่ารายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.50

เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มักได้รับความทุกข์ทรมานทางอารมณ์เนื่องมาจากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในหลายๆ ด้าน ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้นทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถจัดการหรือเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางด้านอารมณ์ได้ มักมีความกลัว เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ผิดหวัง สิ้นหวังในแผนการรักษา ถูกรบกวนทางด้านอารมณ์ เกิดความรู้สึกทางด้านลบ ความคิดเหล่านี้นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Costa-Requena et al., 2012) อารมณ์ทางด้านลบจะไปขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ทำให้เกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Halm, 2009) ความซึมเศร้าถือเป็นผลกระทบที่มีความสำคัญ และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอื่นๆ ส่งผลทำให้แนวโน้มคุณภาพชีวิตลดลง (Tang et al., 2008) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gaston (2004) และ Heidari (2012) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.58$, $p = .05$ และ $r = -0.67$, $p < .01$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับ Friðriksdóttir et al. (2011) ศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ป่วยมะเร็ง กล่าวคือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอาการซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า

ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.61$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.07 (ตารางที่ 6 ภาคผนวก ง) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tang and Li (2008) ที่พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาครั้งนี้ค่าคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำสุดเท่ากับ 30 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 65 คะแนน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.55 ($SD = 7.60$) และมีความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการให้ความหมายสูงสุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 ($SD = 0.71$) (ตารางที่ 7 ภาคผนวก ง) หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีการรับรู้ต่อปัญหาต่างๆ ที่เข้ามากระทบต่อชีวิต รู้สึกยินดีที่จะทำความเข้าใจกับสถานการณ์ต่างๆ สามารถให้ความหมายว่าสิ่งที่กระทำอยู่ในทุกวันนี้มีคุณค่ามีความหมาย มองเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่น่ายินดีและเต็มใจที่จะให้การดูแล มีเป้าหมายและความมุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วย เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตหรือปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวก็จะสามารถนำแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้เพื่อจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้

จุดแข็งหรืออำนาจภายในของผู้ดูแลในครอบครัว เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก หรือการประเมินในเรื่องการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญที่สามารถเป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ของการดูแลได้มากกว่าลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย หรือลักษณะเฉพาะของผู้ดูแลในครอบครัวเอง (Nijboer et al., 1998; Pitceathly & Maguire, 2003) ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นแหล่งประโยชน์ที่อยู่ภายในตัวบุคคล ทำให้มีความสามารถในการประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นสิ่งท้าทาย มีความเข้าใจ สามารถควบคุมหรือจัดการกับสิ่งเร้าและเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ส่งผลให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตด้วยความผาสุก มีความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง มองโลกและสิ่งต่างๆ ในแง่ดี มีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง (Antonovsky, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khanjari et al. (2012) ที่พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในประเทศอิหร่าน ($r = 0.49$, $p = 0.01$) ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับต่ำลงเช่นกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tang et al. (2008) ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประเทศไต้หวัน พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความ

เข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแหล่งทรัพยากรทางด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาได้

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.34$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 64.46 (ตารางที่ 8 ภาคผนวก ง) ค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำสุดเท่ากับ 0.57 คะแนน และค่าสูงสุดเท่ากับ 4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 (SD = 0.78) และมีการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารสูงที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 (SD = 0.88) (ตารางที่ 9 ภาคผนวก ง) หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เช่น ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง การพยากรณ์การดำเนินของโรค แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากการรักษารวมถึงการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวยังได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน ทำให้มีบุคคลที่สามารถรับฟังความทุกข์ของผู้ดูแลในครอบครัวและให้คำปรึกษาในยามที่ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความท้อแท้ ได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การช่วยเหลือด้านแรงงาน ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 66.12 ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ใช้เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่บนเตียง หรือมีกิจกรรมได้เพียงนั่งเก้าอี้ หากผู้ดูแลในครอบครัวมีญาติหรือบุคคลอื่นมาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้น (Tang, 2009)

การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จะส่งผลต่ออารมณ์ทางด้านบวก การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในทางบวกจะสามารถบรรเทาผลกระทบของภาวะเครียด รู้สึกถึงความมั่นคงกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหา ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง เนื่องจากเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรู้สึกว่าผู้คอยช่วยเหลือ ทำให้การรับรู้ถึงความเครียดลดลงซึ่งมีผลต่อการทำงานของระดับฮอร์โมน ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเจ็บป่วยจากภาวะเครียด มีการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าและมีความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีพฤติกรรมทางสุขภาพเป็นไปในทางที่ดี จึงมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีความสุขในชีวิตร (Cohen & Wills, 1985) ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pearce et al. (2006) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของ

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = 0.39, p < .0001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tang (2009) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทางด้านปริมาณ และด้านคุณภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ($r = 0.45$ และ $0.40, p < .001$) ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Meecharoen et al. (2013) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ($Beta = 0.20, p < .001$)

สรุปผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ คือ ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเหนียวแน่น สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 62 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 38 แสดงว่ายังคงมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและอาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งนำไปสู่การศึกษาต่อไป การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการลดลงของภาวะซึมเศร้าและความเหนียวแน่น และการเพิ่มขึ้นของความเข้มแข็งในการมองโลกจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวลดการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งและการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระมาก ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และควรให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้มีการรับรู้ถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และรับรู้ถึงผลกระทบจากการดูแลลดลง ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวทางบวก ให้การพยาบาลและการสนับสนุนเพื่อบรรเทาภาระของผู้ดูแลในครอบครัวที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ความเหนียวแน่นในการดูแล ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากที่สุด ดังนั้น ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกราย ซึ่งการประเมินจะช่วยเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้การพยาบาลผู้ดูแลในครอบครัว โดยมุ่งเน้นการพยาบาลที่สามารถป้องกันหรือบรรเทาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลใน ครอบครัวมากที่สุด และพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการปรับตัวในทางบวก เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การศึกษานี้พบว่า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเหนียวแน่น สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 62 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 38 แสดงว่ายังคงมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและอาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ โดยเฉพาะ ปัจจัยที่เป็นจุดแข็งหรืออำนาจภายในของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถเป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ของการ ดูแล ได้มากกว่าปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย หรือลักษณะเฉพาะของผู้ดูแลในครอบครัว

3. การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ควรพิจารณาเลือกเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่ เป็นการวัดแบบมิติเดียว (Unidimensional) เพื่อไม่ให้ข้อคำถามในการประเมินคุณภาพชีวิตมีความ ซ้ำซ้อนกับปัจจัยที่ศึกษา เพื่อไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557. สืบค้นเมื่อวันที่ 13 กันยายน 2558, จาก <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.pdf>
- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- กาญจนา มยุระสุวรรณ และสุรีพร ธนศิลป์. (2553). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก, 3(1), 28-39.
- ชนิดาภา แก้วกัญญา. (2557). ปัจจัยคัดสรรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดรณวรรณ จันทร์แก้ว และชนกพร จิตปัญญา. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง. วารสารพยาบาลตำรวจ, 4(1), 27-41.
- ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 18-30.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี และสมพร เตริยชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 21(1), 26-45.
- ธัญญาภรณ์ ดาวันพเก้า. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิตญา ฤทธิ์เพชร, ชนกพร จิตปัญญา และจรรยา ฉิมหลวง. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 5(1), 16-34.

- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิติมา ฉายโอภาส. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม กับความสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุณรดา พวงสมัย, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และจรรยา ฉิมหลวง. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(2), 187-200.
- พรพรหม รุจิไพโรจน์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญใจ ดาโลปการ และชนกพร จิตปัญญา. (2546). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 15(3), 59-71.
- เพ็ญฟ้า สีสวย. (2550). *คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนูญ ลีเชวงวงศ์. (2550). การ terminate proong suffering ในผู้ป่วยที่เป็น terminal illness. *วิชัยยุทธจุลสาร*, 37, 95-97.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 2(1), 84-93.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- วไลพรรณ เอี่ยมกมล, ชนกพร จิตปัญญา และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะวัยผู้ใหญ่. *วารสารเกื้อการุณย์*, 20(1), 30-41.

- วัชรารณณ์ โตะทอง. (2545). *แบบแผนของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล. (2550). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการ รักษาด้วยเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). *ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต*. *Rama Nurs J*, 20(1), 10-22.
- วีไล ทิพย์นันท์. (2554). *ความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล สวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สุขภาพจิตและ การพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; การสังเคราะห์องค์ความรู้*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพรรณ ปิติมานะอารี. (2550). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการ รักษาด้วยการผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวรรณ วรรณศิริ. (2548). *การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2556). *แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2560)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรธนาดี พุทธวัฒน์. (2532). *สิ่งรบกวนใน ชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ความผาสุกในชีวิตของอาจารย์ พยาบาลในมหาวิทยาลัย*. *วารสารพยาบาล*, 38(3), 169-190
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558 Public health statistics A.D.2015*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- สายพิณ หัตถ์รัตน์, มนตร์รัตน์ จินดา, ดาริน จตุรภัทรพร, เบญจมา มานะทวีวัฒน์, ปณิธิ พูนเพชรรัตน์, สุทธิวงศ์ และคณะ. (2553). *คู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัว*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และคณะ. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: คณะ แพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรุณทัย โฉมเจ็ด. (2552). *ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อุทุมพร รูปเล็ก. (2549). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกิงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. .
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2547). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน. *วารสารเกื้อการุณย์*, 11(2), 47-52.
- อุไร ขลุ่ยนาค. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Aaronson, L. S., Teel, C. S., Cassmeyer, V., Neuberger, G. B., Pallikkathayil, L., Pierce, J., & et al. (1999). Defining and Measuring Fatigue. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 45-50.
- Aaronson, N. K. (1988). Quality of life: what is it? How should it be measured? . *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 2(5), 69-76.
- Allen, S. M., Goldscheider, F., & Ciambone, D. A. (1999). Gender roles, marital intimacy, and nomination of spouse as primary caregiver. *Gerontologist*, 39(2), 150-158.
- Alptekin, S., Gönüllü, G., Yücel, I., & Yaris, F. (2010). Characteristics and quality of life analysis of caregivers of cancer patients. *Medical Oncology*, 27(3), 607-617.
- American Cancer Society. (2015). *Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition*. from www.cancer.org
- Angst, J., & Dobler-Mikola, A. (1984). The definition of depression. *Journal of Psychiatric Research*, 18(4), 401-406.
- Antonovsky, A. (1982). *Health stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. 4th ed. San Fransico: Jossey-Bass.

- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725-733.
- Barnes, E. A., & Chow, E. (2006). Cancer: radiotherapy. In H. I. Bruera E, Ripamonti C, Von Gunten C (Ed.), *Textbook of Palliative Medicine* (Vol. 871-9). London: Hodder Arnold.
- Bauer, J. M., & Sousa-Poza, A. (2015). Impacts of Informal Caregiving on Caregiver Employment, Health, and Family. *IZA Discussion Paper No. 8851 February 2015*. from <http://ftp.iza.org/dp8851.pdf>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspect*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bennett, M. I. (2006). Diagnosing neuropathic pain in clinical practice *Neuropathic pain* (pp. 25-35). Oxford: Oxford University Press.
- Berger, A. M., Parker, K. P., Young-McCaughan, S., Mallory, G. A., Barsevick, A. M., Beck, S. L., & et a. (2005). Sleep/wake disturbances in people with cancer and their caregivers: state of the science. *Oncol Nurs Forum*, 32(6), E98-126.
- Best, J. W. (1981). *Research in education (4th ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Blum, D. (2010). Caregiving for your loved one with cancer. Retrieved 13 September 2015, from http://www.cancerca.org/pdf/booklets/ccg_caregiver.pdf
- Bookwala, J. (2009). The impact of parent care on marital quality and well-being in adult daughters and sons. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(3), 339-347.
- Buckley, J. (2009). Palliative Issues in Some Common Diseases *Palliative Care: An Integrated Approach* (pp. 248-281): Wiley-Blackwell.
- Burckhardt, C. S. (1985). The impact of arthritis on quality of life. *Nursing Research*, 34(1), 11-16.
- Burelson, B. (2009). Understanding the outcomes of communication: a dual process approach. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(1), 26-39.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research : conduct, critique, and utilization. (Vol. 5)*. St. Luis. Missouri: Elsevier Saunders.

- Butler, S., & Chalder, T. (1990). Researching chronic fatigue. *Nursing Time*, 86, 40-43.
- Calman, K. (1978). Physical aspects. In *The Management of Terminal Disease*. In Saunders CM (Ed.). London: Arnold.
- Cameron, J. I., Franche, R. L., Cheung, A. M., & Stewart, D. E. (2002). Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer Control*, 94(2), 521-527.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: Concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3), 186-192.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., & et al. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal Of Clinical Oncology: Official Journal Of The American Society Of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579.
- Chan, C. W., & Chang, A. M. (1999). Stress associated with tasks for family caregivers of patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nurs*, 22(4), 260-265.
- Chan, K. S., Tse, M. W., Sham, M. M. K., & Thorsen, A. B. (2010). Palliative medicine in malignant respiratory disease. In Hanks G, Cherny N & Kaasa S (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine 4th ed*. Oxford: Oxford University Press.
- Chang, E. W.-C., Tsai, Y.-Y., Chang, T.-W., & Tsao, C.-J. (2007). Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psychooncology*, 16(10), 950-955.
- Chen, M.-L., Chu, L., & Chen, H.-C. (2004). Impact of cancer patients' quality of life on that of spouse caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 12(7), 469 -475.
- Cho, M. H., Dodd, M. J., Lee, K. A., Padilla, G., & Slaughter, R. (2006). Self-reported sleep quality in family caregivers of gastric cancer patients who are receiving chemotherapy in Korea. *Journal Of Cancer Education: The Official Journal Of The American Association For Cancer Education*, 21(1 Suppl), S37-S41.
- Clark, M. M., Atherton, P. J., Lapid, M. I., Rausch, S. M., Frost, M. H., & Cheville, A. L. (2014). Caregivers of Patients With Cancer Fatigue: A High Level of Symptom Burden. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 31(2), 121-125.
- Cobb, S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*, 38(5), 300-314.

- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*, 98(2), 310-357.
- Costa-Requena, G., Cristófol, R., & Cañete, J. (2012). Caregivers' morbidity in palliative care unit: predicting by gender, age, burden and self-esteem. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer*, 20(7), 1465-1470.
- Davies, A., Dickman, A., Reid, C., & et al. (2009). The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Eur J Pain*, 13, 331-338.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family and Community Health*, 15, 1-10.
- Deshields, T. L., Rihanek, A., Potter, P., Zhang, Q., Kuhrik, M., Kuhrik, N., & et al. (2012). Psychosocial aspects of caregiving: perceptions of cancer patients and family caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 20(2), 349-356.
- Dumont, S., Turgeon, J., Allard, P., Gagnon, P., Charbonneau, C., & Vézina, L. (2006). Caring for a loved one with advanced cancer: determinants of psychological distress in family caregivers. *J Palliat Med*, 9(4), 912-921.
- Edwards, B., & Ung, L. (2002). Quality of Life Instruments for Caregivers of Patients With Cancer: A Review of Their Psychometric Properties. *Cancer Nurs*, 25(5), 342-349.
- Effendy, C., Vernooij-Dassen, M., Setiyarini, S., Kristanti, M. S., Tejawinata, S., Vissers, K., & Engels, Y. (2015). Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds. *Psychooncology*, 24(5), 585-591.
- Ellison, N. M. (1998). Palliative chemotherapy In A. M. Berger, Portenoy, D, Weissman, D. (Ed.), *Principles and Practice of Supportive Oncology* (pp. 667-669). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 15-24.
- Ferrell, B. R., Hassey Dow, K., & Grant, M. (1995). Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Quality of life research*, 4(6), 523 -531.

- Friðriksdóttir, N., Saevarsdóttir, T., Halfdánardóttir, S. Í., Jónsdóttir, A., Magnúsdóttir, H., Olafsdóttir, K. L., & et al. (2011). Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, *50*(2), 252-258.
- Fujinami, R., Sun, V., Zachariah, F., Uman, G., Grant, M., & Ferrell, B. (2015). Family caregivers' distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. *Psychooncology*, *24*(1), 54-62.
- Gaston-Johansson, F., Lachica, E. M., Fall-Dickson, J. M., & Kennedy, M. J. (2004). Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncol Nurs Forum*, *31*(6), 1161-1169.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Gerber, L. H., & Stout, N. (2011). Factors predicting clinically significant fatigue in women following treatment for primary breast cancer. *Support Care Cancer*, *19*, 1581-1591.
- Goswami, D. C. (2012). A reflective study of symptom management in terminal cancer. *Journal Of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, *26*(3), 274-277.
- Grov, E. K., & Berit, T. V. (2012). Does the cancer patient's disease stage matter? A comparative study of caregivers' mental health and health related quality of life. *Palliat Support Care*, *10*(3), 189-196.
- Grov, E. K., Dahl, A. A., Moum, T., & Fosså, S. D. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals Of Oncology: Official Journal Of The European Society For Medical Oncology / ESMO*, *16*(7), 1185-1191.
- Grov, E. K., Fosså, S. D., Sørebo, Ø., & Dahl, A. A. (2006). Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: A path analysis of variables influencing their burden. *Social Science & Medicine*, *63*(9), 2429-2439.
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., & et al. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer

- patients and their principal caregivers. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*, 170(12), 1795-1801.
- Haas, B. K. (1999). A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. *West J Nurs Res*, 21(6), 728-742.
- Hacialioglu, N., Özer, N., Yilmaz karabulutlu, E., Erdem, N., & Erci, B. (2010). The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(3), 211-217.
- Halm, M. A. (2009). Clinical evidence review. Relaxation: a self-care healing modality reduces harmful effects of anxiety. *American Journal of Critical Care*, 18(2), 169-172.
- Hanucharurnkul, S. (1988). *Social Support, Self-care, and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand*. Retrieved from <https://books.google.co.th/books?id=z8PLGwAACAAJ>
- Harvard Medical School. (2012). Harvard Health Publications "*Coping with anxiety and phobias*". Boston: Harvard Medical School special health reports.
- Heidari Gorji, M. A., Bouzar, Z., Haghshenas, M., Kasaeyan, A. A., Sadeghi, M. R., & Ardebil, M. D. (2012). Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. *BMC Research Notes*, 5, 310-310.
- Hileman, J. W., Lackey, N. R., & Hassanein, R. S. (1992). Identifying the need of home caregivers of patient with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 19(5), 771-777.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly *Annual Review Gerontology Geriatrics* (pp. 194-246). New York: Springer Publishing.
- House, J. S. (1981). The nature of social support. In M.A. Reading (Ed.), *Work stress and social support*. Philadelphia: Addison Wesley.
- Ingram, R. E. (2009). Definition of depression *The international encyclopedia of depression*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Jane, E. l., Christian, T. s., & Michael, J. F. (2010). *Palliative Care a Case-based Guide*. London: Springer New York Dordrecht Heidelberg
- Jensen, S., & Given, B. (1991). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. *Cancer Nurs*, 14(181-187).

- Jitsook, N. (2003). *Stress, Social support and coping of families after the death of AIDS patient*. Master of Nursing Science Psychiatric-Mental Health Nursing: Mahidol University.
- Johnson, J. D., & Young, B. (1996). Demographics of brain metastasis. *Neurosurg Clin North Am* 7, 337-344.
- Kellum, M. D. (1985). fatigue. In M. M. Jacob & W. Geels (Eds.), *Signs and symptoms in nursing: Interpretation and management* (pp. 103-118). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Khanjari, S., Oskouie, F., & Langius-Eklöf, A. (2012). Lower Sense of Coherence, Negative Religious Coping, and Disease Severity as Indicators of a Decrease in Quality of Life in Iranian Family Caregivers of Relatives With Breast Cancer During the First 6 Months After Diagnosis. *Cancer Nurs*, 35(2), 148-156.
- Kim, Y., Baker, F., & Spillers, R. L. (2007). Cancer Caregivers' Quality of Life: Effects of Gender, Relationship, and Appraisal. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(3), 294-304.
- Kim, Y., & Given, B. A. (2008). Quality of life of family caregivers of cancer survivors. *Cancer*, 112(S11), 2556-2568.
- Kitrungrote, L., & Cohen, M. Z. (2006). Quality of life of family caregivers of patients with cancer: a literature review. *Oncol Nurs Forum*, 33(3), 625-632.
- Kwon, Y. C., Yun, Y. H., Lee, K. H., Son, K. Y., Park, S. M., Chang, Y. J., & et al. (2006). Symptoms in the lives of terminal cancer patients: which is the most important? *Oncology (Williston Park)*, 71(1-2), 69-76.
- Lafaye, A., De Chalvron, S., Houédé, N., Eghbali, H., & Cousson-Gélie, F. (2013). The Caregivers Quality of Life Cancer index scale (CQoLC): an exploratory factor analysis for validation in French cancer patients' spouses. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 22(1), 119-122.
- Leow, M. Q. H., Chan, M.-F., & Chan, S. W. C. (2014). Predictors of Change in Quality of Life of Family Caregivers of Patients Near the End of Life With Advanced Cancer. *Cancer Nurs*, 37(5), 391-400.

- Lu, L., Pan, B., Sun, W., Cheng, L., Chi, T., & Wang, L. (2010). Quality of life and related factors among cancer caregivers in China. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, *64*(5), 505-513.
- Lugton, J. (1997). The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. *J Adv Nurs*, *25*(6), 1184-1191.
- Matthews, B. A., Baker, F., & Spillers, R. L. (2004). Family caregivers' quality of life: influence of health protective stance and emotional strain. *Psychology & Health*, *19*(5), 625-641.
- McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine. (2002). terminal cancer. (n.d.) Retrieved February 6, 2016, from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/terminal+cancer>
- McMillan, S. C. (1996). Quality of life of primary caregivers of hospice patients with cancer. *Cancer Pract*, *4*(4), 191-198.
- McMillan, S. C., & Mahon, M. (1994a). The impact of hospice services on the quality of life of primary caregivers. *Oncol Nurs Forum*, *21*(7), 1189-1195.
- McMillan, S. C., & Mahon, M. (1994b). Measuring quality of life in hospice patients using a newly developed Hospice Quality of Life Index. *Qual Life Res*, *3*(6), 437-447.
- Meecharoen, W., Sirapo-ngam, Y., Monkong, S., Oratai, P., & Northouse, L. L. (2013). Factors influencing quality of life among family caregivers of patients with advanced cancer : a causal model. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, *17*(4), 304-316.
- Morishita, M., & Kamibeppu, K. (2014). Quality of life and satisfaction with care among family caregivers of patients with recurrent or metastasized digestive cancer requiring palliative care. *Supportive Care in Cancer*, *22*(10), 2687-2696.
- Mosby. (2012). Terminal Cancer, *Mosby's dictionary of Medicine, Nursing & Health professions*. Philadelphia: PA: Elsevier Health Sciences.
- Mosher, C. E., Bakas, T., & Champion, V. L. (2013). Physical health, mental health, and life changes among family caregivers of patients with lung cancer. *Nursing Forum Oncology*, *40*(1), 53-61.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Caregivers of advanced cancer patients. *Cancer Nurs*, *30*, 412-418.

- National Alliance for Caregiving and AARP. (2004). Caregiving in the U.S. Retrieved 8 February, 2016, from <http://www.caregiving.org/data/04finalreport.pdf>
- National Cancer Institute. (2013a). Family Caregivers in Cancer: Roles and Challenges. Retrieved 13 September 2015, from <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/caregivers/healthprofessional/page1/AllPages#2>
- National Cancer Institute. (2013b). Metastatic Cancer. Retrieved 10 March, 2016, from <http://www.cancer.gov/about-cancer/what-is-cancer/metastatic-fact-sheet>
- Nayak, M. G., George, A., Vidyasagar, & Kamath, A. (2014). Quality of life of family caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of Nursing and Health Science*, 3(2), 70-75.
- Nelson, K. A. (2001). Modern management of the cancer anorexia-cachexia syndrome. *Curr Pain Headache Rep*, 5, 250-256.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Sanderma, R., Triemstra, M., Spruijt, R. J., & Van Den Bos, G. A. M. (1998). Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. *Psychooncology*, 7(1), 3-13.
- Nuanchan, T., Pan-ngarm, P., Chongruk, E., & Wilawan, P. (2002). Factor influencing adaptation of postoperative cholangiocarcinoma patient. *Journal of Faculty of Nursing Khon Kaen University*, 25(2), 70-81.
- O'Hara, R. E., Hull, J. G., Lyons, K. D., Bakitas, M., Hegel, M. T., Li, Z., & Ahles, T. A. (2010). Impact on caregiver burden of a patient-focused palliative care intervention for patients with advanced cancer. *Palliat Support Care*, 8(4), 395-404.
- Oken, M. M., Creech, R. H., Tormey, D. C., Horton, J., Davis, T. E., McFadden, E. T., & et al. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal Of Clinical Oncology*, 5(6), 649-655.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6th ed.)*. St. Louis: Mosby.
- Osse, B., Vernooij-Dassen, M. J., Schade, E., & Grol, R. P. (2006). Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer Nurs*, 29(5), 389-390.
- Padilla, G. V., Ferrell, B., Grant, M. M., & Rhiner, M. (1990). Defining the content domain of quality of life for cancer patients with pain. *Cancer Nurs*, 13, 108-115.

- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of Life as a cancer Nursing Outcome Variable. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 45-60.
- Palos, G. R., Mendoza, T. R., Liao, K.-P., Anderson, K. O., Garcia-Gonzalez, A., Hahn, K., & et al. (2011). Caregiver symptom burden: The risk of caring for an underserved patient with advanced cancer. *Cancer*, 117(5), 1070-1079.
- Parker, G. (1992). Counting care: Numbers and types of carers. In J. E. Twigg (Ed.), *Carers: Research and Practice*. London: HMSO.
- Pawapaiboon, K. (2003). *Psychological self-care behavior, hope, and social support among the elderly in Ratchaburi province*. Master of Nursing Science Psychiatric-Mental Health Nursing: Mahidol University.
- Pearce, M. J., Singer, J. L., & Prigerson, H. G. (2006). Religious coping among caregivers of terminally ill cancer patients: main effects and psychosocial mediators. *J Health Psychol*, 11(5), 743-759.
- Pearlin, L. I., Nguyen, K. B., Schieman, S., & Milkie, M. A. (2007). The life-course origins of mastery among older people. *J Health Soc Behav*, 48, 164-179.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. (2 nd ed). California: Appleton & Lange.
- Pickard-Holley, S. (1991). Fatigue in cancer patients. A descriptive study. *Cancer Nurs*, 14(1), 13-19.
- Piper, B. F. (1993). Fatigue. In V. C. Kohlman, A. M. Lindsey, & C. M. West (Eds.) *Pathophysiological phenomena in nursing* (pp. 279-301): Philadelphia W. B.Suanders.
- Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., & Paul, S. M. (1998). The revised Piper Fatigue Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 25(4), 677-684.
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., Dodd, M. J., Ferketich, S., Paul, S. M., & Weller, S. (1989). The development of an instrument to measure the subjective dimension of fatigue. In S. G. Funk, E. M. Tornquist, M. T. Champagne, L. A. Copp & R. A. Wiese (Eds.), *Key Aspect of Comfort: Management of Pain, Fatigue and Nausea* (pp. 199-240). New York: Springer Publishing

- Pitceathly, C., & Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: A review. *European Journal of Cancer Care*, 39, 1517-1524.
- Polat, Ü. (2011). Caregivers' roles and support necessities in symptom management for patients with cancer advanced. *Caregivers' roles and support necessities in symptom management for patients with cancer advanced.*, 26(4), 193-198.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2003). Nursing research : principles and methods. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, J., Hami, F., Bryan, T., & Quigley, C. (2003). Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliat Med*, 17, 310-314.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*, 1, 385-401.
- Ream, E., & Richardson, A. (1996). Fatigue: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 33(5), 519-529.
- Ream, E., Richardson, A., & Alexander-Dann, C. (2002). Facilitating Patients' Coping With Fatigue During Chemotherapy- Pilot Outcomes. *Cancer Nurs*, 25(4), 300-308.
- Rezende, V. L., Derchain, S. F. M., Botega, N. J., Sarian, L. O., Vial, D. L., & Morais, S. S. (2005). Depression and anxiety in caregivers of terminally-ill breast and gynecological cancer patients. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 27(12), 737-743.
- Rhee, Y. S., Yun, Y. H., Park, S., Shin, D. O., Lee, K. M., Yoo, H. J., & et al. (2008). Depression in family caregivers of cancer patients: the feeling of burden as a predictor of depression. *Journal Of Clinical Oncology: Official Journal Of The American Society Of Clinical Oncology*, 26(36), 5890-5895.
- Rhoten, D. (1982). Fatigue and the Post surgical Patient. In C.M. Norris (Ed.), *Concept Clarification in nursing* (pp. 277-298): Rockville: An Aspen Publication.
- Robinson, C., & Stalker, K. (1992). New Direction: Suggestion for Interesting Service Department in Respite Care. *King's Fund Centre*.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *J Behav Med*, 4(4), 381-406.
- Schubart, J. R., Kinzie, M. B., & Farace, E. (2008). Caring for the brain tumor patient: family caregiver burden and unmet needs. *Neuro-Oncology*, 10(1), 61-72.

- Sherman, D. W., McGuire, D. B., Free, D., & Cheon, J. Y. (2014). A Pilot Study of the Experience of Family Caregivers of Patients With Advanced Pancreatic Cancer Using a Mixed Methods Approach. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(3), 385-399.e382.
- Sherman, D. W., Ye, X. Y., McSherry, C., Parkas, V., Calabrese, M., & Gatto, M. (2006). Quality of life of patients with advanced cancer and acquired immune deficiency syndrome and their family caregivers. *J Palliat Med*, 9(4), 948-963.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of life research*, 13(299-310).
- Sklenarova, H., Krümpelmann, A., Haun, M. W., Friederich, H.-C., Huber, J., Thomas, M., & et al. (2015). When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer*, 121(9), 1513-1519.
- Son, K. Y., Lee, C. H., Park, S. M., Lee, C. H., Oh, S. I., Oh, B., & et al. (2012). The factors associated with the quality of life of the spouse caregivers of patients with cancer: a cross-sectional study. *J Palliat Med*, 15(2), 216-224.
- Song, J. I., Shin, D. W., Choi, J. Y., Kang, J., Baik, Y. J., Mo, H., & et al. (2011). Quality of life and mental health in family caregivers of patients with terminal cancer. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer*, 19(10), 1519-1526.
- Tang, S. T., Huang, G.-H., Wei, Y.-C., Chang, W.-C., Chen, J.-S., & Chou, W.-C. (2013). Trajectories of caregiver depressive symptoms while providing end-of-life care. *Psychooncology*, 22(12), 2702-2710.
- Tang, S. T., Li, C.-Y., & Liao, Y.-C. (2007). Factors associated with depressive distress among Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Palliat Med*, 21(3), 249-257.
- Tang, S. T., & Li, C. Y. (2008). The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *J Psychosom Res*, 64(2), 195-203.

- Tang, S. T., Li, C. Y., & Chen, C. C. H. (2008). Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill cancer patients in Taiwan. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 17(3), 387-395.
- Tang, S. T., & McCorkle, R. (2001). Determinants of place of death for terminal cancer patients. *Cancer Invest*, 19, 165-180.
- Tang, W. R. (2009). Hospice family caregivers' quality of life. *J Clin Nurs*, 18(18), 2563-2572.
- van den Beuken-van Everdingen, M. H., de Rijke, J. M., Kessels, A. G., & et al. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*, 18, 1437-1449.
- Vanderwerker, L. C., Laff, R. E., Kadan-Lottick, N. S., McColl, S., & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *Journal Of Clinical Oncology: Official Journal Of The American Society Of Clinical Oncology*, 23(28), 6899-6907.
- Wadhwa, D., Burman, D., Swami, N., Rodin, G., Lo, C., & Zimmermann, C. (2013). Quality of life and mental health in caregivers of outpatients with advanced cancer. *Psychooncology*, 22(2), 403-410.
- Walker, A. E., Robins, M., & Weinfi, e. F. (1985). Epidemiology of brain tumours: the national survey of intracranial neoplasms. *Neurology*, 35, 219-226.
- Wang, X., & Kavanagh, J. (2006). Cancer chemotherapy. In H. I. Bruera E, Ripamonti C, Von Gunten C (Ed.), *Textbook of Palliative Medicine* (pp. 880-889). London: Hodder Arnold.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health survey manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute.
- Weinland, J. A. (2009). The lived experience of informal African American male caregivers. *American Journal of Men's Health*, 3(1), 16-24.
- Weitzner, M. A., Jacobsen, P. B., Wagner, H. J., Friedland, J., & Cox, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of

- patients with cancer. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 8(1-2), 55-63.
- 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.
- Weitzner, M. A., McMillan, S. C., & Jacobsen, P. B. (1999). Family Caregiver Quality of Life: Differences Between Curative and Palliative Cancer Treatment Settings. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(6), 418-428.
- Wessex Specialist Palliative Care Units. (2007). *The Palliative Care Handbook: Advice on Clinical Management, 6th edn*. Hierographics Ltd: Designer House, Sandford Lane Industrial Estate, Wareham, Dorset BH20 4DY.
- Williams, A.-L., Dixon, J., Feinn, R., & McCorkle, R. (2015). Cancer family caregiver depression: are religion-related variables important? *Psychooncology*, 24(7), 825-831.
- Winningham, M. L., Nail, L. M., Burke, M. B., Brophy, L., Cimprich, B., Jones, L. S., & et al. (1994). Fatigue and the cancer experience: the state of the knowledge. *Oncol Nurs Forum*, 21(1), 23-36.
- Wolff, J. L., Dy, S. M., Frick, K. D., & Kasper, J. D. (2007). End-of-life care: findings from a national survey of informal caregivers. *Arch Intern Med*, 167(1), 40-46.
- World Health Organization. (1997). Measuring Quality of Life. Retrieved 12 September 2015, from http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- World Health Organization. (1998). *Cancer pain relieve and palliative care in children*. Geneva: World Health Organization.
- Yang, X., Hao, Y., George, S. M., & Wang, L. (2012). Factors associated with health-related quality of life among Chinese caregivers of the older adults living in the community: a cross-sectional study. *Health & Quality of Life Outcomes*, 10(1), 143-154.
- Yun, Y. H., Rhee, Y. S., Kang, I. O., Lee, J. S., Bang, S. M., Lee, W. S., & et al. (2005). Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients. *Oncology (Williston Park)*, 68(2-3), 107-114.

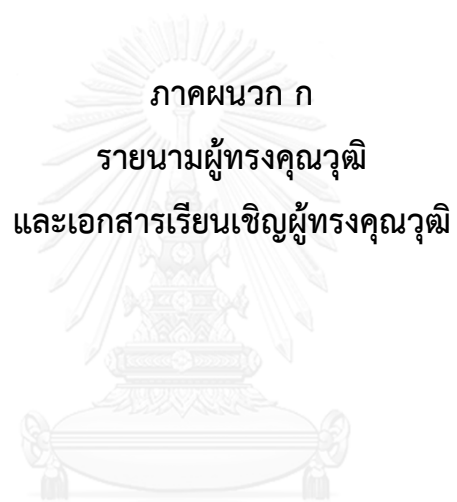
- Zeppetella, G. (2012). *Palliative Care in Clinical Practice*. London: Springer Dordrecht Heidelberg New York
- Zhan, L. (1992). Quality of Life: Conceptual and Measurement Issues. *J Adv Nurs*, 17(7), 795-800.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.



ภาคผนวก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
และเอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์วสันต์ ชีพเป็นสุข	นายแพทย์ชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลตากสิน
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญทิวา สุวิทย์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัสพร ขำวิชา	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ อ่วมตานี	อาจารย์พยาบาล ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. นางสาวนงลักษณ์ สรรสม	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง อายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่าย การพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ที่ ศธ 0512.11/0653



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๙ เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร อนุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ วสันต์ ชิพเป็นสุข นายแพทย์ชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกษพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ วสันต์ ชิพเป็นสุข

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร อนุศิลป์ โทร. 0-2218-1133

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1150

ชื่อนิสิต

นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ โทร. 08-7141-1063

ที่ ศร 0512.11/ 0653



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการณัย มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|---|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุญทิวา สุวิทย์ | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัสพร ขำวิชา | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุญทิวา สุวิทย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัสพร ขำวิชา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1150

นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ โทร. 08-7141-1063



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศร 0512.11/ 06๕๖

วันที่ 2๕ เมษายน 2559

เรื่อง ขอรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดขอรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ที่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1150

นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ โทร. 08-7141-1063

ที่ ศอ 0512.11/ 0653



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ เมษายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนงลักษณ์ สรรสม ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวนงลักษณ์ สรรสม

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1150

ชื่อ นิสิต

นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ โทร. 08-7141-1063

ภาคผนวก ข
เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



COA No. 597/2016

IRB No. 278/59

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ : ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2.0 Date 22 กรกฎาคม 2559
2. โครงร่างการวิจัย Version 2.0 Date 22 กรกฎาคม 2559
3. ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2.0 Date 22 กรกฎาคม 2559
4. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย Version 2.0 Date 22 กรกฎาคม 2559
5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย Version 1.0 Date 20 พฤษภาคม 2559
6. Curriculum Vitae
7. GCP Training



8. งบประมาณ Version 1.0 Date 9 พฤษภาคม 2559

ลงนาม ทิน สุพรรณ

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงรดา สืบสินวงศ์)
ประธาน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม ทิน มณี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรณ รังคะปิติ)
กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 4 สิงหาคม 2559

วันหมดอายุ : 3 สิงหาคม 2560

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๗/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง.จว.๕๓๓.๑๕๕๕๕

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	SELECTED FACTORS PREDICTING QUALITY OF LIFE IN FAMILY CAREGIVERS OF TERMINAL CANCER PATIENTS
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๙ (Version 1.0 Date 15 June 2016) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๙ (Version 1.0 Date 15 June 2016) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๙ (Version 1.0 Date 15 June 2016) (ฉบับภาษาไทย) ๔. ยึดคประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๙
วันที่หมดอายุ	๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๐

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอกหญิง.....วิภาวดี วัฒนสุขวงศ์
(พันวดี วัฒนสุขวงศ์)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก.....อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์
(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ



เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 59130
เอกสารเลขที่ 126/2559


ชื่อโครงการ "ปัจจัยคัดสรรที่ช่วยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะ
สุดท้าย"
(ภาษาอังกฤษ) "Selected factors predicting quality of life in family caregivers of
terminal cancer patients"
ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ ตำแหน่ง นิติระดับปริญญาโท
สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
3. แบบประเมินความเหนื่อยล้า ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
5. แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
6. แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
7. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
8. เอกสารแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559
9. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2559

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาล
ราชวิถี เมื่อวันที่ 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2559 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี คือสิ้นสุด
วันที่ 14 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2561

ลงนาม 
(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม 
(นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้วิจัย	นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์
สถานที่ปฏิบัติงาน	แผนกพิเศษผู้ป่วยใน ชั้น 16 โรงพยาบาลตากสิน เลขที่ 543 ถ.สมเด็จพระยา เขตคลองสาน แขวงคลองสาน กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-4370123 ต่อ 2604-2605 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 087-1411063, E-mail: wanna_nuk@hotmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม ท่านสามารถซักถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว หรือญาติของท่าน ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

จากสถิติสาธารณสุขในประเทศไทย พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่เลือกใช้ชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายกับครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ การดูแลผู้ป่วยจึงก่อให้เกิดความตึงเครียด มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละระยะของโรคมะเร็งมีความแตกต่างกัน โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มลดต่ำลงเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะให้การรักษา เนื่องจากอาการแสดงและความ

รุนแรงของอาการผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นตามระยะของโรคมะเร็ง ผู้ดูแลในครอบครัวจึงประสบความยุ่งยากในการดูแลโดยเฉพาะการจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย จัดการกับความตึงเครียดทางอารมณ์ จึงมักมีปัญหาสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อที่จะนำผลลัพธ์เหล่านี้ไปเป็นแนวทางในการจัดบริการด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ส่งเสริมพฤติกรรมดูแล และประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 121 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. หลังจากที่ท่านได้รับทราบรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะขอท่านไปยังสถานที่เก็บข้อมูลที่จัดเป็นสัดส่วนและเงียบสงบ เพื่อให้ตอบแบบสอบถามในการวิจัยทั้งหมด 6 ส่วน

2. ให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามมี 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยล้า จำนวน 22 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 7 ข้อ และส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 35 ข้อ หากมีข้อสงสัยท่านสามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่ท่านมองเห็นไม่ชัดเจนผู้วิจัยจะเป็นผู้ซักถามท่านด้วยตนเอง ทั้งนี้ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดๆ ที่ไม่ต้องการตอบก็ได้ โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 20 - 30 นาที

3. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ไม่มีความเสี่ยงทางด้านร่างกายของท่าน แต่อาจเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ผลการศึกษาที่ได้ จะเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำไปประเมินปัญหาวางแผนการพยาบาลให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อ การดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยที่ท่านพามาตรวจแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้ เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งขอยกเลิกการให้คำยินยอม และขอยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย /นาง / นางสาว

ที่อยู่

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่
..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้
ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำ
วิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส
เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความ
เต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการ
ต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การ
วิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อ
วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและ
สามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลใดๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้น
ถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

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

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

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

ภาคผนวก ค
เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนตลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕๓ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ / ๐๕๕๙๐
วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๙
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ๐๕๑๒.๑๑/๐๖๕๒ ลงวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: “ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” โดยมี รศ.ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

เครื่องมือวิจัยที่ใช้: แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวพรพรหม รุจิไพโรจน์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๕๐ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม” ซึ่งมี รศ.ฐิติวัลคุ์ ธรรมไพโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้พิจารณาแล้ว **ไม่ขัดข้องอนุญาตให้** นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ **ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้** เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และต้องปฏิบัติตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัยของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งกำหนดให้ผู้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยต้องดำเนินการตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัย (ตามแบบฟอร์มที่แนบ มาพร้อมนี้) และต้องชำระค่าบริการการขอใช้เครื่องมือ จำนวน ๒๐๐บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา รามาธิบดี ชื่อบัญชี

..... / ๒.

- ๒ -

“หลักสูตรการศึกษาพยาบาลปริญญาโทรามธิบดี” เลขที่บัญชี ๐๒๖-๔-๓๕๑๘๓๗ ประเภทอมทรัพย์ และแบบ
หลักฐานการ โอนเงินมาพร้อมกับการกรอกแบบ บพร. ๑๕, บพร.๑๖ ส่งมาที่...

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทร. ๐-๒๒๐๑-๒๐๑๘ โทรสาร ๐-๒๒๐๑-๑๖๗๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

From: Chittinan Songsangchan <wanna_nuk@hotmail.com>

To: Michael A Weitzner/CO/KAIPERM@KAIPERM

Date: 01/27/2016 04:31 AM

Subject: Ask for a permission for CQOLC instrument

Dear Dr. Weitzner, M. A.

My name is Chittinan Songsangchan, a Master degree nursing student from Chulalongkorn University, Thailand. I am doing my research about Quality of life in cancer caregivers. I have reviewed about caregiver's QOL measurements and I would like to ask for permission for using your instrument "The Caregiver Quality of Life Index–Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer (1999)" in my research by translate into Thai language. Thank you for your help or suggestion in advanced

best regards,

Chittinan

To: wanna_nuk@hotmail.com

Subject: Re: Ask for a permission for CQOLC instrument

From: Michael.A.Weitzner@kp.org

Date: Wed, 27 Jan 2016 09:41:27 -0700

I am happy for you to use the CQOLC. Attached are files with the instrument, scoring algorithm as well as factor structure. Good luck with your project.

Michael A. Weitzner, MD | Regional Value Advisor, Behavioral Health

Kaiser Permanente Colorado Region | (303-367-2805 | (C) 303-990-4690 | *

michael.a.weitzner@kp.org

Assistant: Lillian Martinez | (303-344-7987 | * lillian.x.martinez@kp.org

เลขที่แบบสอบถาม □□□

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยล้า	จำนวน 22 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว	จำนวน 35 ข้อ

ผู้วิจัยจึงขอความอนุเคราะห์ท่านในการตอบแบบสอบถาม โดยข้อมูลที่ได้อธิบายเป็นความลับ และจะถูกนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมในงานวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์

(ผู้วิจัย)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ก. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน และเติมข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ [1] ชาย [2] หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส [1] โสด [2] คู่
 [3] หม้าย [4] หย่า [5] แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา [1] ไม่ได้เรียนหนังสือ [2] ประถมศึกษา
 [3] มัธยมศึกษา/ ปวช. [4] อนุปริญญา/ ปวส.
 [5] ปริญญาตรี [6] สูงกว่าปริญญาตรี
 [7] อื่นๆ (โปรดระบุ)
5. อาชีพ [1] เกษตรกรรม
 [2] รับจ้าง
 [3] ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว
 [4] รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
 [5] แม่บ้าน/ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 [6] อื่นๆ ระบุ
6. รายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ย ต่อเดือน
 [1] ต่ำกว่า 5,000 บาท [2] 5,001 -10,000 บาท
 [3] 10,001- 15,000 บาท [4] 15,001-20,000 บาท
 [5] มากกว่า 20,000 บาท

7. โรคประจำตัวของผู้ดูแลในครอบครัว [1] ไม่มีโรคประจำตัว
 [2] มีโรคประจำตัว ระบุ
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย [1] บิดา/ มารดา [2] สามี/ ภรรยา
 [3] บุตรชาย/ บุตรสาว [4] บุตรเขย/ บุตรสะใภ้
 [5] พี่/ น้อง [6] อื่นๆ ระบุ
9. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง เดือน
10. จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย ชั่วโมงต่อวัน
11. จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน [1] ไม่มี [2] มี ระบุ คน

ข. ข้อมูลของผู้ป่วย

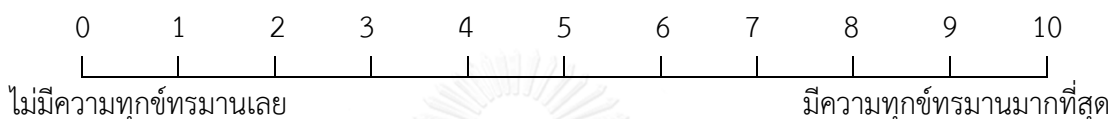
คำชี้แจง ข้อมูลในส่วนนี้สำหรับผู้วิจัยเป็นผู้ลงข้อมูล

1. ผู้ป่วยเพศ [1] ชาย [2] หญิง
2. ผู้ป่วยอายุ ปี
3. ชนิดของโรคมะเร็ง
4. มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น
 [1] ปอด [2] ตับ
 [3] กระดูก [4] สมอง
 [5] ต่อมน้ำเหลือง [6] อื่นๆ ระบุ
5. ระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย
 ปี เดือน
6. การรักษาที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)
 [1] การผ่าตัด [2] เคมีบำบัด
 [3] รังสีรักษา [4] ประคับประคองตามอาการ
 [5] การผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด [6] การผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา
 [7] เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา [8] อื่นๆ ระบุ
7. ECOG score

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง

คำชี้แจง กรุณาตอบข้อคำถามแต่ละข้อต่อไปนี้ ว่าท่านมีความรู้สึกต่อข้อคำถามนั้นมากน้อยเพียงใด โดยความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 10 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความที่จุดเริ่มต้นทางด้านซ้ายมือและจุดสุดท้ายทางด้านขวามือ แล้วทำเครื่องหมาย O วงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้ฉันเป็นทุกข์ในระดับ...



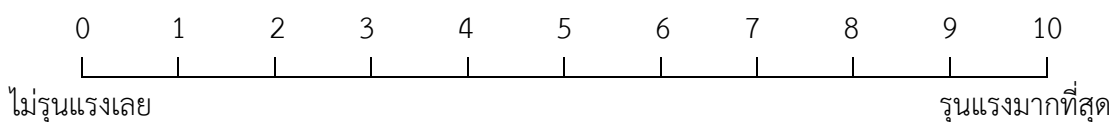
2. ...

3. ...

4. ...

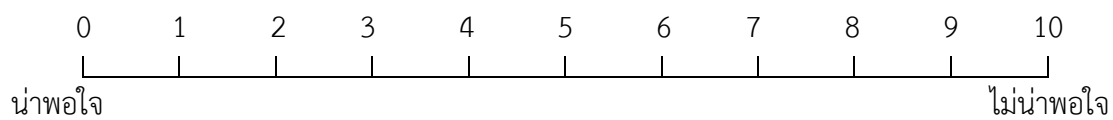
5. ...

6. ฉันคิดว่าความเหนื่อยล้าที่ฉันรู้สึกมีความรุนแรงในระดับ...



ข้อ 7-11 โปรดอธิบายลักษณะของความเหนื่อยล้าที่ท่านกำลังประสบอยู่ในขณะนี้ ว่าเป็นอย่างไร

7.

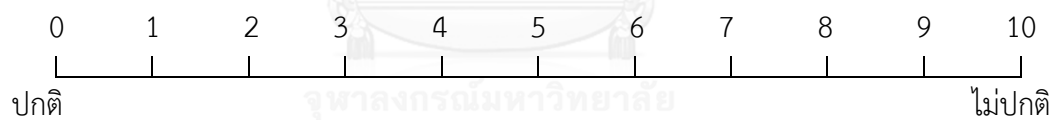


8. ...

9. ...

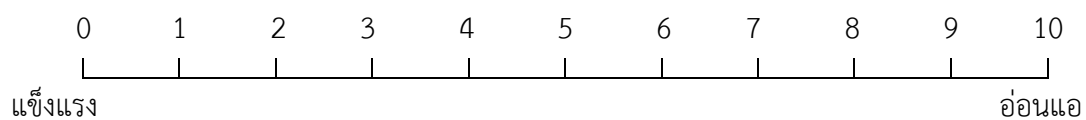
10. ...

11.



ข้อ 12-16 ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณอย่างไร

12.

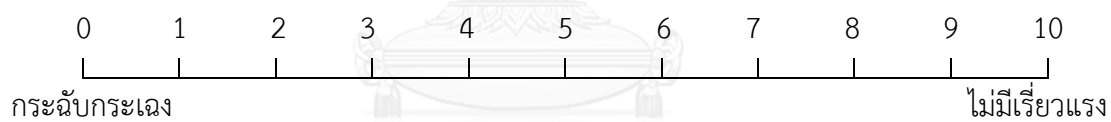


13. ...

14. ...

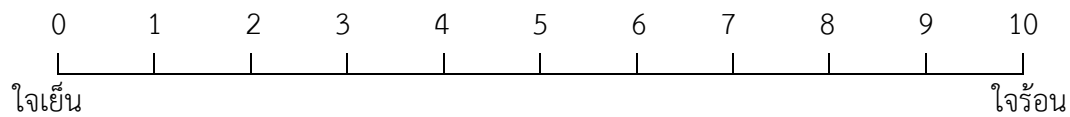
15. ...

16.



ข้อ 17-22 ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นอย่างไร

17.



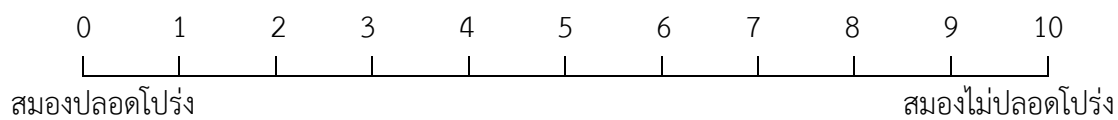
18. ...

19. ...

20. ...

21. ...

22.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง

คำชี้แจง กรุณาตอบข้อคำถามแต่ละข้อต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย (<1 วัน/สัปดาห์)
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น เกิดขึ้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น เกิดขึ้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น เกิดขึ้น 5-7 วันต่อสัปดาห์

ข้อความ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	ค่อนข้าง บ่อย	บ่อยครั้ง
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ...				
4. ...				
5. ...				
6. ...				
7. ...				
8. ...				
9. ...				
10. ...				
11. ...				
12. ...				
13. ...				
14. ...				
15. ...				
16. ...				
17. ...				
18. ...				
19. ...				
20. ฉันรู้สึกท้อแท้ในชีวิต				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง

คำชี้แจง กรุณาตอบข้อคำถามแต่ละข้อต่อไปนี้ ว่าท่านมีความรู้สึกต่อข้อคำถามนั้นมากน้อยเพียงใด โดยความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 1 – 5 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความที่จุดเริ่มต้นทางด้านซ้ายมือและจุดสุดท้ายทางด้านขวามือ แล้วทำเครื่องหมาย O วงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. ฉันไม่ได้ใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวฉัน

ไม่เคยเกิดขึ้นเลย 1 2 3 4 5 เกิดขึ้นเสมอ

2. ...

3. ...

4. ...

5. ...

6. ...

7. ...

8. ...

9. ฉันมีความคิดบางอย่างในใจแต่ไม่แสดงออกให้คนอื่นรับรู้

บ่อยครั้งมาก 1 2 3 4 5 ไม่เคยเกิด



10. ฉันมีบุคลิกภาพเข้มแข็ง แต่บางครั้งก็อาจรู้สึกเป็นทุกข์ได้กับบางสถานการณ์

ไม่รู้สึกเลย 1 2 3 4 5 รู้สึกบ่อยมาก



11. ...

12. ...

13. ฉันมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะสามารถจัดการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้

รู้สึกบ่อยครั้งมาก 1 2 3 4 5 ไม่มีความรู้สึกเช่นนี้เลย



ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามถึงความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจาก “สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางสาธารณสุข” โปรดพิจารณา แต่ละข้อคำถาม โดยเลือกตอบตามเกณฑ์ ดังนี้

ไม่ได้รับเลย	หมายถึง	ท่านรับรู้ที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือเลย
ได้รับเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านรับรู้ที่ได้รับการช่วยเหลือเล็กน้อย
ได้รับบ้างบางครั้ง	หมายถึง	ท่านรับรู้ที่ได้รับการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว
ได้รับค่อนข้างมาก	หมายถึง	ท่านรับรู้ที่ได้รับการช่วยเหลือค่อนข้างมาก
ได้รับมากที่สุด	หมายถึง	ท่านรับรู้ได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด

ข้อความ	ได้รับมากที่สุด (4)	ได้รับค่อนข้างมาก(3)	ได้รับบ้างบางครั้ง (2)	ได้รับเล็กน้อย (1)	ไม่ได้รับเลย (0)
1. ฉันได้รับคำแนะนำและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์					
2. ...					
3. ...					
4. ...					
5. ...					
6. ...					
7. ฉันได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง

คำชี้แจง ข้อความด้านล่างเป็นประโยคที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกล่าวไว้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ กรุณาตอบข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ โดยใช้เครื่องหมาย O วงกลม ล้อมรอบตัวเลขในแต่ละบรรทัดเพื่อระบุว่าข้อความเหล่านี้เป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกกับข้อความนั้นเลย
1	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกกับข้อความนั้นเล็กน้อย
2	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกกับข้อความนั้นปานกลาง
3	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกกับข้อความนั้นมาก
4	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกกับข้อความนั้นมากที่สุด

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1. การดูแลคนที่ฉันรักนั้นรบกวนฉัน ทำให้กิจวัตรประจำวัน ของฉันเปลี่ยนไป	0	1	2	3	4
2. ฉันนอนหลับได้ไม่เต็มอิ่ม	0	1	2	3	4
3. ...	0	1	2	3	4
4. ...	0	1	2	3	4
5. ...	0	1	2	3	4
6. ...	0	1	2	3	4
7. ...	0	1	2	3	4
8. ...	0	1	2	3	4
9. ...	0	1	2	3	4
10. ...	0	1	2	3	4
11. ...	0	1	2	3	4
12. ...	0	1	2	3	4
13. ...	0	1	2	3	4
14. ...	0	1	2	3	4
15. ...	0	1	2	3	4
16. ...	0	1	2	3	4
17. ...	0	1	2	3	4
18. ฉันรู้สึกคับข้องใจ	0	1	2	3	4



19. ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจ	0	1	2	3	4
20. ...	0	1	2	3	4
21. ...	0	1	2	3	4
22. ...	0	1	2	3	4
23. ...	0	1	2	3	4
24. ...	0	1	2	3	4
25. ...	0	1	2	3	4
26. ...	0	1	2	3	4
27. ...	0	1	2	3	4
28. ...	0	1	2	3	4
29. ...	0	1	2	3	4
30. ...	0	1	2	3	4
31. ...	0	1	2	3	4
32. ...	0	1	2	3	4
33. ...	0	1	2	3	4
34. ...	0	1	2	3	4
35. มันรบกวนจิตใจฉัน เมื่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวไม่ แสดงความใส่ใจในการดูแลคนที่ฉันรัก	0	1	2	3	4





ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายรายด้านและรายข้อ (n = 121)

คุณภาพชีวิต	\bar{x}	SD
ด้านการปรับตัวทางบวก	2.82	0.66
การให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย	3.40	0.85
สัมพันธภาพกับผู้ป่วย	2.95	1.16
การสื่อสารภายในครอบครัว	2.94	1.02
ความพึงพอใจที่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว	2.83	2.42
การรับรู้เกี่ยวกับทัศนคติในชีวิต	2.82	1.02
ความช่วยเหลือจากสังคม	2.53	1.20
ภาวะทางจิตวิญญาณ	2.27	1.07
ด้านความยุ่งยากหรือการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน	2.52	0.80
การเปลี่ยนแปลงของกิจวัตรประจำวัน	2.89	1.13
ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน	2.80	1.09
การคงไว้ซึ่งกิจกรรมอื่นๆ	2.79	1.00
การพาผู้ป่วยเดินทาง	2.79	1.34
การจัดการกับพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วย	2.33	1.22
การเปลี่ยนแปลงในการจัดลำดับความสำคัญ	2.18	1.27
ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย	1.88	1.34
ด้านความกังวลเรื่องการเงิน	2.29	1.10
ความกังวลเกี่ยวกับความคุ้มครองด้านประกันสุขภาพ	2.50	1.36
ความตึงเครียดทางการเงิน	2.37	1.20
อนาคตทางการเงิน	2.01	1.35
ด้านภาระการดูแล	2.24	0.84
ความรู้สึกรับผิด	2.97	1.21
ความคับข้องใจ	2.88	1.16
ความท้อแท้เกี่ยวกับอนาคต	2.79	1.29
ความกระวนกระวายใจ	2.68	1.22
ความซึมเศร้า	2.63	1.27
ผลกระทบของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อบุคคลในครอบครัว	2.12	1.30

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรายด้านและรายข้อ (n = 121) (ต่อ)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว	\bar{x}	SD
ด้านภาวะการดูแล	2.24	0.84
ระดับความเครียด	1.91	1.76
ผลข้างเคียงของการรักษาที่เกิดกับผู้ป่วย	1.60	1.30
อาการผู้ป่วยที่ทรุดลง	1.59	1.31
การรับรู้เกี่ยวกับความกลัวการสูญเสียผู้ป่วย	1.23	1.40
อื่นๆ	2.41	0.68
การปกป้องผู้ป่วย	2.96	1.35
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	2.78	1.04
การนอนหลับถูกรบกวน	2.68	1.17
ความตึงเครียดด้านจิตใจ	2.59	1.20
ความสนใจในแต่ละวัน	2.57	1.12
ความสนใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย	2.42	1.43
การจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วย	1.89	1.40
ความพึงพอใจทางเพศ	1.39	1.48
โดยรวม	2.46	0.59

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละของระดับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 121)

ความเหนื่อยล้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเหนื่อยล้า	4	3.31
มีความเหนื่อยล้าเล็กน้อย	78	64.46
มีความเหนื่อยล้าปานกลาง	33	27.27
มีความเหนื่อยล้ามาก	6	4.96
รวม	121	100

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหนื่อยล้ารายด้านและรายข้อของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 121)

ความเหนื่อยล้า	\bar{x}	SD
ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์	3.50	2.20
ผ่อนคลาย / ตึงเครียด	3.98	2.59
ร่าเริง / ซึมเศร้า	3.67	2.50
สมองปลอดโปร่ง / สมองไม่ปลอดโปร่ง	3.66	2.55
มีสมาธิ / ไม่มีสมาธิ	3.41	2.68
จำอะไรได้ดี / จำอะไรไม่ได้เลย	3.17	2.31
ใจเย็น / ใจร้อน	3.09	2.48
ด้านความรู้สึก	3.48	2.26
สดชื่น / เหนื่อยหน่าย	3.75	2.59
มีชีวิตชีวา / เชื่องซึม	3.60	2.69
กระฉับกระเฉง / ไม่มีเรี่ยวแรง	3.45	2.28
ตื่นตัว / ง่วงเหงาหาวนอน	3.45	2.41
แข็งแรง / อ่อนแอ	3.16	2.69
ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง	2.75	2.32
ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้เป็นทุกข์	3.38	2.78
ความเหนื่อยล้าที่รู้สึก มีความรุนแรง	3.13	2.76
ความรู้สึกเหนื่อยล้ารบกวนการทำงาน	3.07	2.79
ความรู้สึกเหนื่อยล้ารบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน	2.80	2.68
ความรู้สึกเหนื่อยล้ารบกวนการเข้าร่วมกิจกรรมที่สนุกสนาน	2.53	2.84
ความรู้สึกเหนื่อยล้ารบกวนการมีเพศสัมพันธ์	1.59	2.66
ด้านการให้ความหมาย	2.50	2.35
น่าพอใจ / ไม่น่าพอใจ	2.89	2.60
เป็นคุณ / เป็นโทษ	2.79	2.84
ปกติ / ไม่ปกติ	2.47	2.74
ไม่เป็นอันตราย / เป็นอันตราย	2.18	2.59
ยอมรับได้ / ยอมรับไม่ได้	2.16	2.48
โดยรวม	3.06	2.07

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
(n = 121)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	70	57.85
มีภาวะซึมเศร้า	51	42.15
รวม	121	100

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้ารายด้านและรายข้อของผู้ดูแล
ในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 121 คน)

ภาวะซึมเศร้า	\bar{x}	SD
ด้านอารมณ์ในด้านบวก	1.11	0.69
ฉันรู้สึกว่าคุณมีความดีเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ	1.38	1.07
ฉันรู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอนาคต	1.17	1.04
ฉันมีความสุข	1.07	0.92
ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้มีความหมาย	0.81	1.01
ด้านอาการทางกาย การทำกิจกรรม	0.80	0.53
ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย	1.17	0.78
ฉันนอนไม่ค่อยหลับ	0.94	0.99
ฉันพูดคุยน้อยกว่าปกติ	0.83	0.84
ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร	0.79	0.83
ฉันรู้สึกไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรมใดๆ	0.78	0.76
ฉันรู้สึกว่าต้องฝืนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ	0.56	0.69
ฉันรู้สึกท้อแท้ในชีวิต	0.53	0.81
ด้านอารมณ์ซึมเศร้า	0.68	0.59
ฉันรู้สึกเศร้า	0.99	0.82
ฉันรู้สึกหดหู่และเศร้าหมอง	0.81	0.84
ฉันมักจะร้องไห้	0.69	0.84
ฉันรู้สึกหวาดกลัว	0.67	0.83
ฉันรู้สึกไม่มีความสุข	0.66	0.79

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะซึมเศร้ารายด้านและรายข้อของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 121) (ต่อ)

ภาวะซึมเศร้า	\bar{x}	SD
ด้านอารมณ์ซึมเศร้า (ต่อ)		
ฉันรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย	0.50	0.73
ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันมีแต่ความล้มเหลว	0.46	0.76
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.35	0.50
ฉันรู้สึกว่าผู้คนทุกๆ ไปไม่มีความเป็นมิตรกับฉัน	0.36	0.61
ฉันรู้สึกว่าคนใกล้ชิดไม่ชอบฉัน	0.35	0.62
โดยรวม	0.74	0.46



ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละของระดับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย (n = 121)

ความเข้มแข็งในการมองโลก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	63	52.07
ระดับสูง	58	47.93
รวม	121	100

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งในการมองโลกรายด้านและ รายชื่อของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 121)

ความเข้มแข็งในการมองโลก	\bar{x}	SD
ด้านความสามารถในการให้ความหมาย	3.82	0.71
สิ่งที่ทำอยู่ในทุกวันนี้ที่น่ายินดีและพอใจ	4.00	1.11
ชีวิตมีเป้าหมายและความมุ่งหวัง	3.91	1.15
สิ่งต่างๆ ที่ได้กระทำในชีวิตประจำวันมีความหมาย	3.73	1.25
ความใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัว	3.65	1.12
ด้านความสามารถในการจัดการ	3.52	0.68
ความรู้สึกได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรม	3.88	1.08
ความคาดหวังจากบุคคลรอบข้าง	3.69	1.24
การจัดการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ	3.60	1.097
มีบุคลิกภาพเข้มแข็ง ไม่รู้สึกเป็นทุกข์กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	2.93	1.04
ด้านความสามารถในการทำความเข้าใจ	3.44	0.69
การให้ความสำคัญกับสิ่งที่เกิดขึ้น	3.86	0.94
การปฏิบัติเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	3.52	1.09
ไม่มีความรู้สึกที่สับสน	3.39	1.12
เข้าใจในพฤติกรรมของผู้ที่คิดว่ารู้จักดี	3.38	1.10
การแสดงออกทางความคิด	3.03	1.32
โดยรวม	3.58	0.58

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละของระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 121)

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	4	3.31
ระดับปานกลาง	39	32.23
ระดับสูง	78	64.46
รวม	121	100

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมรายด้านและรายข้อของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 121)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{x}	SD
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	2.95	0.88
ได้รับคำแนะนำและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์	2.95	0.88
การสนับสนุนด้านอารมณ์	2.83	0.83
ได้รับขวัญและกำลังใจเมื่อท้อแท้	2.86	0.94
มีความมั่นใจว่าจะได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	2.85	0.92
ได้รับความเชื่อมั่น และความไว้วางใจว่าสามารถปรับทุกข์บอกความในใจได้	2.84	1.00
ได้รับความสนใจ เอาใจใส่ในทุกข์สุข	2.79	0.97
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	2.75	0.91
ได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการเงิน หรือความช่วยเหลือที่รีบด่วน	2.76	1.08
ได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน	2.74	0.91
โดยรวม	2.83	0.78

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

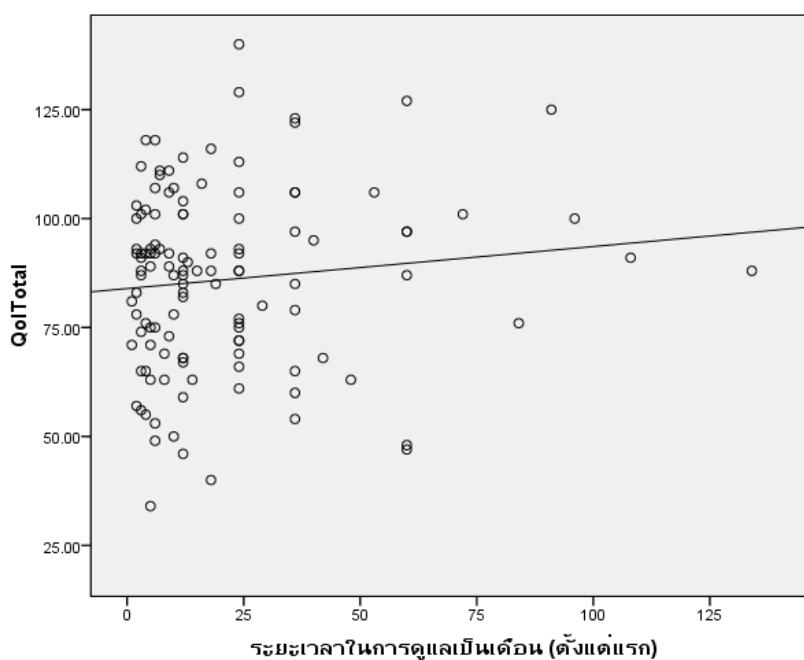
1. การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test จากตาราง ตัวแปรที่ศึกษา คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต มีการแจกแจงแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p > .05$)

		Unstandardized Residual	fatigueTotal	depression Total	SOCTotal	socialTotal	QoITotal
N		121	121	121	121	121	121
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000	3.0625	15.5124	46.5537	2.8276	85.9587
	Std. Deviation	20.59007679	2.07612	9.25483	7.60258	.78223	20.71529
Most Extreme Differences	Absolute	.071	.085	.113	.053	.095	.082
	Positive	.048	.085	.113	.053	.067	.045
	Negative	-.071	-.070	-.064	-.048	-.095	-.082
Kolmogorov-Smirnov Z		.779	.940	1.244	.583	1.048	.902
Asymp. Sig. (2-tailed)		.578	.340	.091	.886	.222	.390

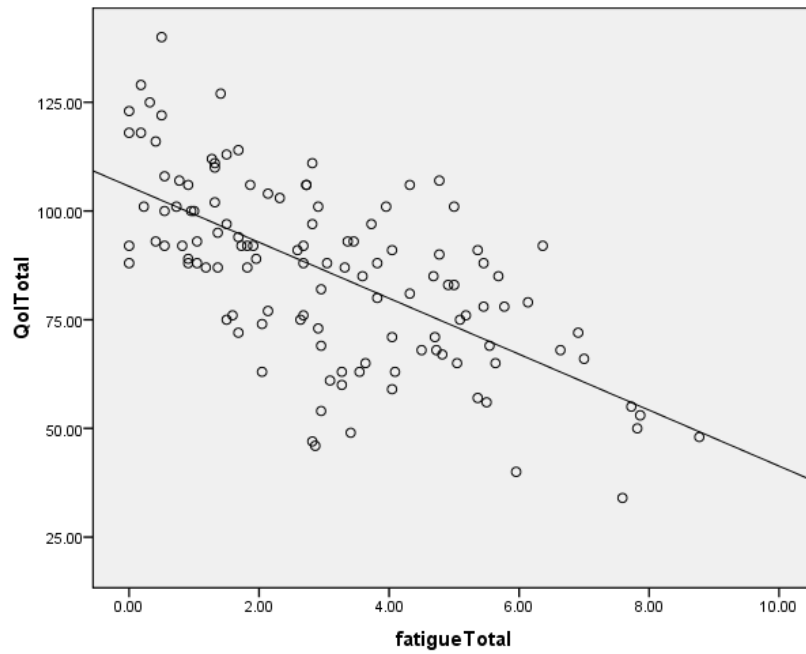
a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

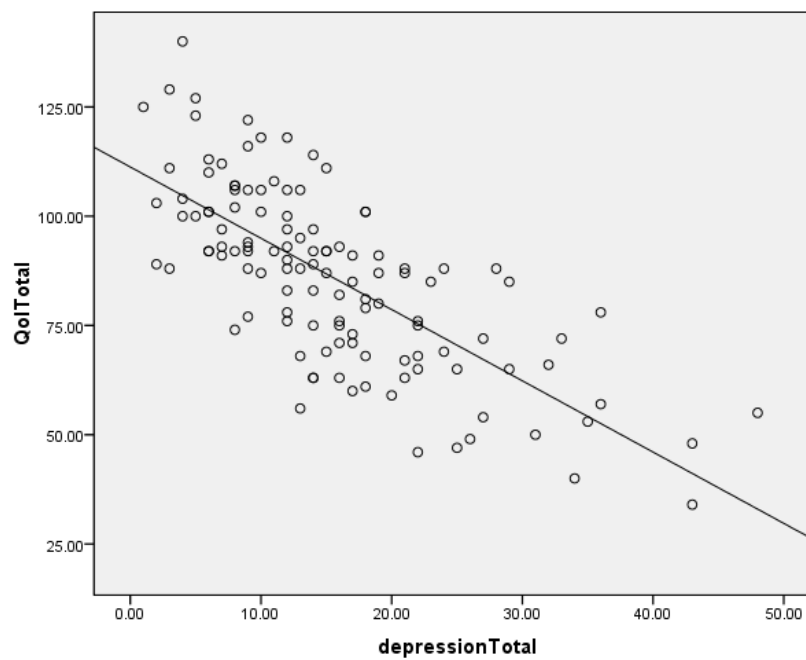
2. การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยการนำ Scatter plot ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม พบว่า
 - 2.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคุณภาพชีวิต



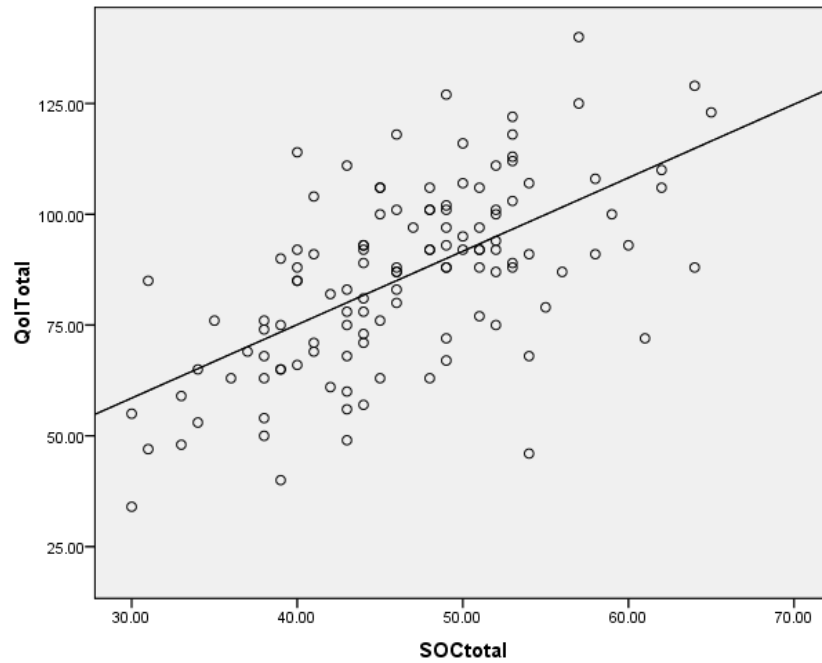
2.2 ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคุณภาพชีวิต



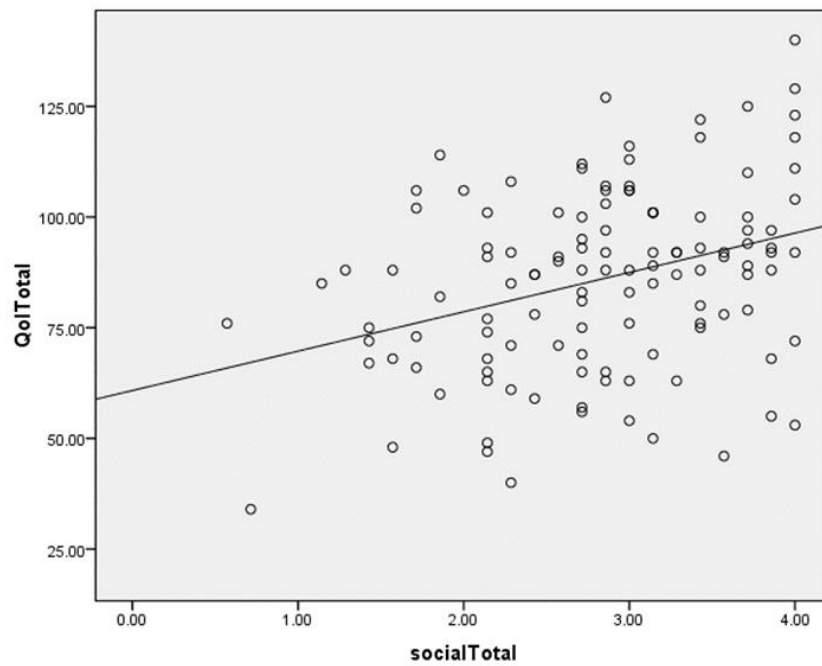
2.3 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคุณภาพชีวิต



2.4 ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคุณภาพชีวิต



2.5 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคุณภาพชีวิต



- 3 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) โดยการใช้ค่าสถิติ Tolerance และ ค่า Variance Inflation Factor (VIF) พบว่าค่า Tolerance ของตัวแปรทุกตัวไม่เข้าใกล้ 0 และค่า VIF น้อยกว่า 5 แสดงว่าตัวแปรทุกตัวเป็นอิสระจากกัน ไม่ก่อให้เกิดปัญหา multicollinearity

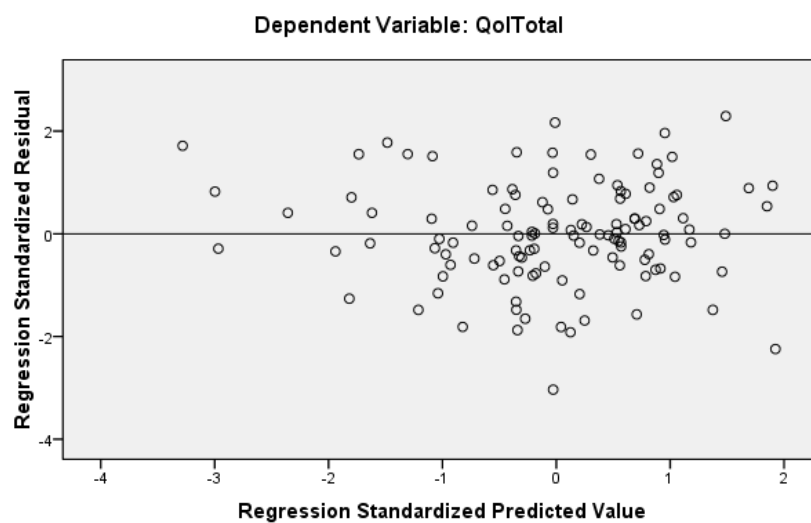
Coefficients^a

Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	fatigueTotal	.493	2.028
	depressionTotal	.450	2.220
	SOCTotal	.594	1.684
	socialTotal	.782	1.279
	ระยะเวลาในการดูแลเป็นเดือน (ตั้งแต่แรก)	.956	1.046

a. Dependent Variable: QoITotal

- 4 การทดสอบความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรอิสระมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาแผนภาพการกระจาย Scatter Plot พบว่าค่าความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่กระจายอยู่เหนือและใต้ระดับ 0 ซึ่งจากการกระจายตัวอยู่ในช่วงแคบ ไม่ว่า Y จะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด ดังนั้นค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นค่าคงที่

Scatterplot



- 5 การทดสอบความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน (Autocorrelation) โดยใช้ค่า Durbin-Watson ซึ่งเกณฑ์อยู่ในช่วง 1.5 – 2.5 แสดงว่าตัวแปรอิสระที่นำมาใช้ในการทดสอบไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.787 ^a	.619	.602	13.06082	1.975

a. Predictors: (Constant), ระยะเวลาในการดูแลเป็นเดือน (ตั้งแต่แรก), depressionTotal, socialTotal, SOctotal, fatigueTotal

b. Dependent Variable: QoITotal



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ เกิดเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2529 ที่จังหวัดฉะเชิงเทรา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2551 เริ่มปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ ณ หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 16 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร และเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ สิงหาคม 2557 จนถึงปัจจุบัน

