

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล
เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม



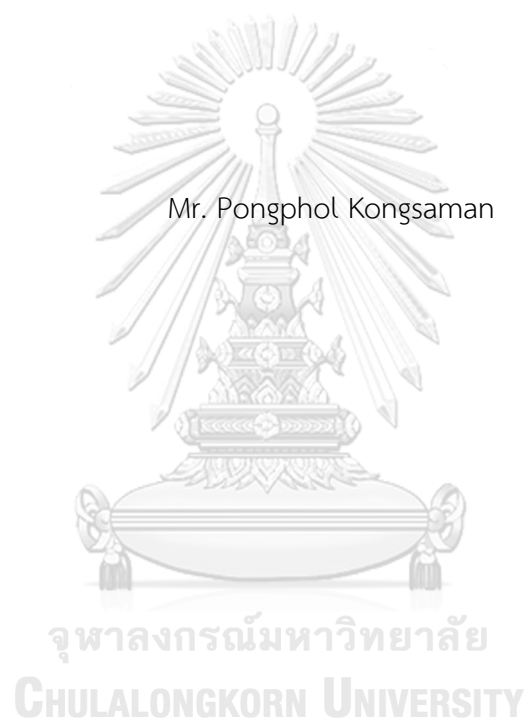
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO DEATH ANXIETY AMONG FAMILY CARGIVERS
OF ADVANCED CANCER PATIENTS

Mr. Pongphol Kongsaman



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 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
โดย	นายปองพล คงสมาน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	13
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	21
3. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	26
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	33
5. บทบาทพยาบาลเกี่ยวกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	44
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47

7. กรอบแนวคิดการวิจัย	49
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล	58
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	72
สรุปผลการวิจัย	74
อภิปรายผลการวิจัย	75
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	84
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	85
รายการอ้างอิง.....	87
ภาคผนวก	103
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย	104
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บ ข้อมูล.....	106
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และตัวอย่างเครื่องมือวิจัย.....	112
ภาคผนวก ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์	126
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองการตีพิมพ์งานวิจัยลงในวารสาร.....	130

ภาคผนวก ฉ ตารางวิเคราะห์อื่นๆ 132

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 142



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)	58
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำแนกตามเพศ อายุ การ วินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ (n = 195).....	63
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำแนกตามเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลจนถึงปัจจุบัน จำนวนชั่วโมงในการ ดูแลจำนวนผู้ช่วยในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน (n = 195).....	65
ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวม และในแต่ละด้านของความ วิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 195)....	68
ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตก กังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวม (n = 195).....	69
ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient : r) ระหว่างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทศนคติต่อ ความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 195).....	70
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient : r) ระหว่างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทศนคติต่อ ความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 195).....	71
ตารางที่ 8 แสดงมาตรวัดของตัวแปรการวิจัย.....	127

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล
 เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวม และในแต่ละด้านของความ
 วิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 195). 133

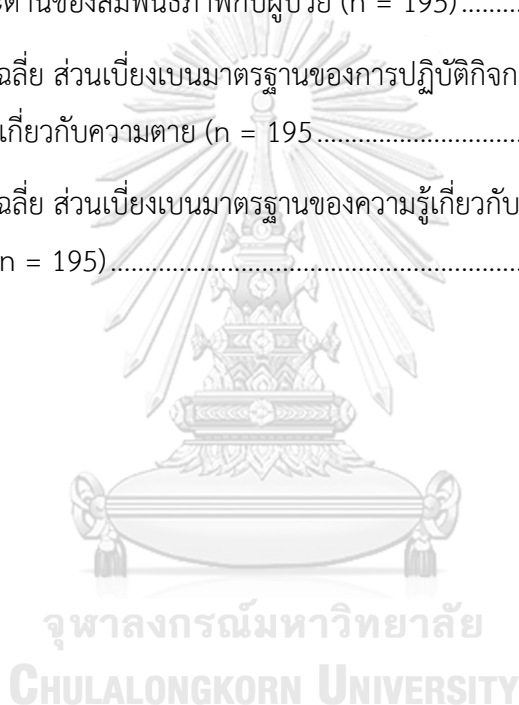
ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยรวมและใน
 แต่ละด้านของสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (n = 195)..... 136

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อาการผู้ป่วย (n = 195)..... 137

ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทัศนคติต่อความตายโดยรวม และ
 ใน แต่ละด้านของสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (n = 195) 138

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทาง
 ศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย (n = 195..... 140

ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ
 ลุกลาม (n = 195)..... 141



สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	49
แผนภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	52
แผนภาพที่ 3 กราฟแสดงการแจกแจงข้อมูลความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีลักษณะกระจายตัวเกาะ กลุ่มอยู่บนแนวเส้นตรง	127
แผนภาพที่ 4 กราฟแสดงการแจกแจงข้อมูลการรับรู้อาการผู้ป่วย มีอัตราส่วนระหว่าง Skewness/SD (.317/.186) และ Kurtosis/SD (-.745/.369) อยู่ระหว่าง ±	128
แผนภาพที่ 5 กราฟแสดงการแจกแจงข้อมูลทัศนคติต่อความตาย มีอัตราส่วนระหว่าง Skewness/SD (.235/.186) และ Kurtosis/SD (-.036/.369) อยู่ระหว่าง ±2	128
แผนภาพที่ 6 กราฟแสดงการแจกแจงข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ที่ เกี่ยวกับความตาย มีอัตราส่วนระหว่าง Skewness/SD (.250/.186) และ Kurtosis/SD (.452/.369) อยู่ระหว่าง ±2	128
แผนภาพที่ 7 กราฟแสดงการแจกแจงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มี อัตราส่วนระหว่าง Skewness/SD (-.204/.186) และ Kurtosis/SD (-.011/.369) อยู่ระหว่าง ±2	129
แผนภาพที่ 8 กราฟแสดงการแจกแจงข้อมูลความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีอัตราส่วนระหว่าง Skewness/SD (-.204/.186) และ Kurtosis/SD (-.011/.369) อยู่ระหว่าง ±2	129

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 21.4 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตราว 13 ล้านคน ส่วนประเทศไทย พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา โดยในปี พ.ศ. 2560 คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง จำนวน 73,938 ราย เฉลี่ยวันละประมาณ 200 คน นั้นหมายความว่า คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 8 คน ใน 1 ชั่วโมง (รายงานสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะแรกๆ อาจมีโอกาสในการเยียวยารักษาให้หายขาด และสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้นานขึ้น แต่เมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามซึ่งเป็นระยะที่เซลล์มะเร็งได้มีการก่อกินอวัยวะที่มีความสำคัญ เช่น สมอง ปอด ตับ เป็นต้น อีกทั้งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ที่ร่างกาย ทำให้เกิดเป็นความซับซ้อนของตัวโรค เป็นความยากในการรักษามากขึ้น และไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาด จึงมุ่งเน้นให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคอง ซึ่งมุ่งเป้าหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ยืดระยะเวลาในการอยู่รอด และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และครอบครัว (WHO, 2011; Cancer council Australia, 2013; American cancer society, 2014; พัทรี เจริญพร, 2544; ทศนีย์ ทองประทีป, 2553; ศุทธิณี อิทธิเมฆินทร์, 2556)

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินของโรคมะเร็งตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย รวมถึงการรักษาที่ได้รับในระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย เนื่องจากการทำงานของร่างกายที่ผิดแปลกไปจากเดิมจากพยาธิสภาพของโรค (นงลักษณ์ สรรสม, 2552) ผู้ป่วยบางรายต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ที่ตนเองเคยปฏิบัติได้ดีมาก่อน ต้องออกจากงานมารักษาตัว ต้องเป็นภาระแก่ญาติ มีอารมณ์ ไม่คงที่ รู้สึกสูญเสีย ไม่มั่นใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552) เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ (Ferrell et al., 1998) ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบแก่ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยเฉพาะมิติทางจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

การที่ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรง รักษาไม่หาย นับเป็นข่าวร้ายที่คุกคามผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย เมื่อกล่าวถึงโรคมะเร็งระยะลุกลามสิ่งที่ญาติผู้ป่วยนึกถึงอยู่เสมอคือเรื่องความตายของผู้ป่วย จึงทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่หลากหลาย เกิดความหวั่นไหว ความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตที่

กำลังสูญเสียคนที่ตนรัก (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วย (วารุณี มีเจริญ, 2557) ญาติผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความสูญเสียที่กำลังใกล้เข้ามา แม้พยายามทำใจ แต่ในจิตใจส่วนลึกแล้วไม่มีใครอยากเสียคนที่ตนเองรักไป เป็นความคับข้องใจ เป็นความรู้สึกผิด เป็นความสิ้นหวังที่ไม่สามารถยับยั้งการตายของผู้ป่วยได้ (รวี เตือนดาว, 2547) จึงเกิดเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย (Death Anxiety) (Oberst et al., 1989; Jensen et al., 1991; Herth, 1993; Bachner, O'Rourke et al., 2009; ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553)

ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย (Death Anxiety) เป็นความรู้สึกหวาดหวั่นที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายใจ หวาดกลัวการตาย และ/หรือ กระบวนการของการตาย รวมทั้งการสูญเสียของบุคคลที่ตนเองรักเมื่อรับรู้ได้ว่าความตายกำลังใกล้เข้ามาถึง (Gioiella & Bevil, 1985; Templer & Lonetto, 1986; Lehto & Stein, 2009; Deborah et al., 2010; Soleimani et al., 2016) เป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นสัญชาตญาณของมนุษย์ (Hinton, 1974) จัดเป็นความวิตกกังวลสูงสุด เป็นรากแห่งความวิตกกังวลทั้งปวง (Klein, 1984) จากงานวิจัยของ Soleimani et al. (2016) พบว่า ญาติผู้ป่วยมะเร็งจำนวนร้อยละ 53 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ญาติผู้ป่วยจึงแสดงออกโดยอยากอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลาทราบจนวินาทีสุดท้ายของชีวิต พยายามข่มตาไม่ให้หลับ นอนด้วยหวาดกลัว หวั่นเกรงว่าตื่นมาแล้วผู้ป่วยจะจากไปโดยที่ตนไม่ทันได้กล่าวอำลา ไม่อยากออกไปไหนไกล ไม่อยากพบใคร อยากทุ่มเทร่างกาย แรงใจในการดูแลผู้ป่วย ห่วงใย รักใคร่ อยากดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด พุดซำทำซำ ย้ำคิดย้ำทำ แสวงหาทุกวิถีทางเพื่อคงไว้ซึ่งลมหายใจของผู้ป่วยโดยอาศัยทั้งอำนาจทางวิทยาศาสตร์ และอำนาจเหนือธรรมชาติ (รวี ดาวเดือน, 2547; ภารดี ปรีชาวิทยากุล, 2549)

ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยนั้นมีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (Lehto & Stein, 2009) จากงานวิจัยของ Soleimani et al. (2016) พบว่า ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเองของญาติผู้ป่วยลดลง (วารุณี มีเจริญ, 2557) จากงานวิจัยของ ภารดี ปรีชาวิทยากุล (2549) พบว่า ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยเกิดความบาดหมางทางสัมพันธภาพ เนื่องจากความห่วงใยของญาติผู้ป่วยที่มีมาก กับความต้องการของผู้ป่วยไม่สมดุลกัน ผู้ป่วยจึงรู้สึกไม่พึงพอใจ จึงเกิดเป็นความหงุดหงิด ความรำคาญ แล้วเลือกที่จะเมินเฉยต่อผู้ดูแล ไม่ให้ความร่วมมือ ญาติจึงเกิดอาการไม่พอใจ ยิ่งทำให้ทวีความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย จึงแสดงออกด้วยอารมณ์ฉุนเฉียว มีการวิवादบางครั้ง จากงานวิจัยของ Enrigue (1995) พบว่า ความวิตกกังวล

ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความหวังของญาติผู้ป่วย จึงทำให้ญาติผู้ป่วยไม่ต้องการทราบอนาคตของผู้ป่วยว่าจะจบชีวิตเร็วหรือช้า หรืออะไรจะเกิดขึ้น หรือไม่พูดคุยถึงเรื่องการเจ็บป่วย และความตาย (Stetz, 1987; Wilson, 1992) ทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยขาดการเตรียมตัว วางแผนสำหรับวาระสุดท้ายของผู้ป่วย แต่ญาติผู้ป่วยบางรายกลับยังมีความหวังเพื่อให้ผู้ป่วยยังคงมีลมหายใจต่อ เพื่อให้ตนเองไม่ต้องสูญเสียคนที่ตนเองรัก เพื่อความสุขของตน (Rawlins, 1991) จากงานวิจัยเชิงคุณภาพของ รวี เตือนดาว (2547) พบว่า ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ป่วยบางรายมีความต้องการยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไป โดยต้องการให้แพทย์ยืดชีวิตผู้ป่วยเพื่อรอปาฏิหาริย์ โดยไม่สนใจต่อวิธีการในการรักษาเป็นการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น เพียงเพื่อการประคับประคองร่างกายที่แสดงถึงสัญญาณชีพ (ภักศุภพิชญ์ ศรีกสิพันธ์, 2552)

ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในช่วงสุดท้ายของชีวิต เพราะญาติผู้ป่วยเป็นผู้ที่ให้การดูแล และอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด โดยเฉพาะหากการดูแลนั้นเต็มไปด้วยความรัก ความอบอุ่น รวมทั้งญาติผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยจิตใจที่มีความสงบ และมั่นคง (ภักศุภพิชญ์ ศรีกสิพันธ์, 2552; ทศนีย์ ทองประทีป, 2553; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามยังทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการส่งผ่านการพยาบาลไปสู่ผู้ป่วย ซึ่งความวิตกกังวลของญาติเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาแห่งความตายของผู้ป่วยที่กำลังใกล้เข้ามาได้ถูกเพิกเฉย ไม่ได้ได้รับความสนใจและปล่อยให้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ความตั้งใจของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ส่งผ่านไปไม่ถึงบุคคลทั้งนี้เนื่องจากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายวางกันไว้ ผลกระทบสุดท้ายจึงตกอยู่ที่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงตัวญาติผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ 1) สัมพันธภาพกับผู้ป่วย 2) การรับรู้อาการผู้ป่วย 3) ทศนคติต่อความตาย 4) การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย และ 5) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (ศิริณี เก็จกรแก้ว และคณะ, 2559; Jonsen et al., 2000; พรพรรณ ศรีธัญญรัตน์, 2539; Soleimani et al., 2016 และ กาญจนา มยุระสุวรรณ, 2552)

จากงานวิจัยของ ศิริณี เก็จกรแก้ว และคณะ (2559) ได้ศึกษาทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่มีคุณภาพระหว่างญาติผู้ป่วยกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในประเทศไทย พบว่า

สัมพันธ์ภาพที่มีคุณภาพระหว่างญาติผู้ป่วยกับผู้ป่วยต้องประกอบด้วย 1) ความรัก 2) ความสงสาร 3) ความเห็นใจ และ 4) ความผูกพัน ซึ่งการที่ญาติผู้ป่วยกับผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน คือ มีความรัก ความสงสาร ความเห็นใจ และความผูกพันซึ่งกันและกันมาก จะทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกเป็นกังวลถึงสิ่งผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ไม่ว่าจะเป็ความทุกข์ทรมาน หรืออันตรายจากโรคมะเร็งระยะลุกลาม

จากงานวิจัยของ Jonsen et al. (2000) ได้ศึกษาประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยโรค Familial Amyloidotic Polyneuropathy (FAP) พบว่า เมื่อญาติผู้ป่วยรับรู้ว่าบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรง ญาติผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และรับรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคที่รุนแรงเป็น สัญญาณเตือนที่บ่งบอกว่า ความตายของผู้ป่วยกำลังจะมาถึง ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะความตายของผู้ป่วยที่กำลังจะเกิดขึ้น

จากงานวิจัยของ Sigelman & Shaffer (1996) และ Tomer & Eliason (1996) ได้ศึกษาการให้ความสำคัญเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยในญาติผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นสิ่งที่พบเจอ ส่งผลให้มีทัศนคติที่มีต่อความตายเป็นบวก และมีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายน้อยลง ในขณะที่ญาติผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญกับความตายมาก มีทัศนคติต่อความตายไม่ดี ส่งผลให้มีระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยสูง

จากงานวิจัยของ Soleimani et al. (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งประเทศอิหร่าน พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของญาติผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางลบ และสามารถทำนายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งประเทศอิหร่านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยของ กาญจนา มยุระสุวรรณ (2552) ได้ศึกษาผลของการให้การสนับสนุนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามแก่ญาติผู้ป่วยส่งผลให้มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ผ่านมาเป็การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงพรรณนาเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็การศึกษาในต่างประเทศเพียง 1 งาน ในประเทศอิหร่าน ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้มานั้นไม่สามารถนำมาอ้างอิงกับบริบทของสังคมไทยได้ เนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา ซึ่งการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตาย

ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศไทยนิยมศึกษาในมุมมองของผู้ป่วย ไม่มีการศึกษาในมุมมองของญาติผู้ป่วย

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จึงเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์พยาบาลเพื่อใช้เป็นรากฐานในการทำความเข้าใจความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และเป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อเนื่องเพื่อขยายความรู้และพัฒนาการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ทำให้เกิดการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายแก่ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย สุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบกับวาระสุดท้ายของชีวิตที่งดงาม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นอย่างไร
2. สัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวนร้อยละ 53 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งเป็นความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (Soleimani et al., 2016) Conte et al. (1982) ได้กล่าวไว้ว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นสาเหตุที่มาจากภายในตัวบุคคล จึงแบ่งองค์ประกอบแห่งความกลัวตายเป็น 4 ด้าน คือ 1) กลัวความไม่รู้ (fear of unknown) 2) กลัวความทรมาน (fear of suffering) 3) กลัวความเดียวดาย (fear of loneliness) และ 4) กลัวการดับสิ้นชีวิต (fear of extinction)

ดังนั้นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) สัมพันธภาพกับผู้ป่วย 2) การรับรู้อาการผู้ป่วย 3) ทศนคติต่อความตาย 4) การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย และ 5) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (ศิริณี เก็จรแก้ว และคณะ, 2559; Jonsen et al., 2000; พรพรรณ ศรีธัญญรัตน์, 2539; Soleimani et al., 2016 และ กาญจนา มยุระสุวรรณ, 2552) ดังรายละเอียดที่ได้นำเสนอเป็นกรอบแนวคิด ดังต่อไปนี้

สัมพันธภาพกับผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งเป็นโรคที่ใกล้ชิดกับความตายส่งผลให้บุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่รัก บิดา-มารดา บุตร ญาติสนิท ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยนั้นมีความรู้สึกที่แตกต่างกันออกไป บางคนรู้สึกเกิดความขัดแย้งในใจที่ไม่อยากทนเห็นผู้ป่วยอยู่ต่ออย่างทรมาน แต่ก็ไม่อยากสูญเสียบุคคลที่รักไป นำไปสู่ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นที่พึ่งพิงในด้านเศรษฐกิจ ความคิด และกำลังใจแก่ญาติมากเท่าใด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายย่อมมีมากขึ้น (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริณี เก็จรแก้ว และคณะ (2559) พบว่า หากญาติผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยมากเท่าใด ย่อมส่งผลต่อความเห็นใจที่มีต่อผู้ป่วยมากเท่านั้น โดยเฉพาะความรู้สึกวิตกกังวลถึงสิ่งผู้ป่วยได้รับ เช่น ผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง รู้สึกอย่างไรบ้าง ผู้ป่วยรู้สึกปวด ทรมาน และความตายที่กำลังใกล้เข้ามา เช่นเดียวกับงานวิจัยของ วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ (2549) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ป่วยกับผู้ป่วย ส่งผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สร้างความรู้สึกสับสน ท้อแท้ โศกเศร้า สูญเสีย นอนไม่หลับ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2538)

การรับรู้อาการผู้ป่วย การที่ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสังเกตเห็นความผิดปกติในตัวผู้ป่วย แปรความผ่านความคิด ความเข้าใจ และความรู้สึกส่วนตนว่าอาการทางร่างกายที่ตนเองรับรู้ นั้นเป็นความทุกข์ทรมานที่รุนแรงแก่ผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด (Wilson & Cleary, 1995; Lens et al., 1997) ดังเช่น การที่ผู้ป่วยมีลักษณะการหายใจลึก หายใจเหมือนคนจมน้ำ มักเป็นในช่วงเวลาเดิมซ้ำๆ ระยะเวลาไม่เปลี่ยนแปลง ทุกครั้งที่ผู้มีอาการหายใจลำบากญาติผู้ป่วยมักรู้สึกผิด รู้สึกคับข้องใจที่ตนเองไม่สามารถช่วยเหลืออะไรได้เลย ทำได้แค่ยืนมองดูผู้ป่วยทรมานอยู่แบบนั้น หรือการส่งเสียง อ้อนวอน ร้องขอหายาบรรเทาปวด ผู้ป่วยบางรายร้องขอให้จบชีวิตตนเพราะไม่อยากทนต่อความทรมานที่เกิดขึ้น ครั้งจะนั่งอยู่เฉยไม่ทำการใดจิตใจญาติก็ปวดร้าว ครั้งจะให้ยาก็เกรงว่าผู้ป่วยจะได้รับยามากเกินไปจนทำให้ผู้ป่วยหมดลมหายใจ อาการเหล่านี้เป็นความยากลำบากของผู้ป่วยที่จะผ่านพ้นเหตุการณ์เหล่านี้ไปได้ เช่นเดียวกับญาติผู้ป่วยที่รู้สึกว่าผู้ป่วยกำลังทุกข์ทรมาน ถูกคุกคามความมั่นคงในชีวิต ใกล้ชิดกับความตาย แต่ตนเองกลับไม่สามารถช่วยเหลืออะไรได้ นำพาให้ญาติผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Carr, 2003) จากงานวิจัยของ Jonsen et al. (2000) พบว่า เมื่อญาติผู้ป่วยรู้ว่าวามบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรง ญาติผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และรับรู้ว่าการที่รุนแรงเป้น สัญญาณเตือนที่บ่งบอกว่า ความตายของผู้ป่วยกำลังจะมาถึง ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความ รู้สึกไม่แน่นอนต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะความตายของผู้ป่วย

ทัศนคติต่อความตาย เป็นเรื่องของจิตใจ ท่าที ความรู้สึกนึกคิด ความโน้มเอียงที่มีต่อความตาย (พระมหาสุพรต ธมมาราโม, 2554) การมองว่าความตายเป็นศัตรูของสุขภาพทำให้เกิดความทุกข์ และ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์ และราตรี ปิ่นแก้ว, 2550) การมีทัศนคติต่อความตายในเชิงบวกหรือทัศนคติที่ดีจะเป็นแนวโน้มที่จะยอมรับกับความตายที่กำลังเกิดขึ้น หากมีทัศนคติในทางลบก็จะมีความคิดที่ต่อต้าน ปฏิเสธหลีกเลี่ยงความตาย เกิดเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (พระธรรมปิฎก, 2545) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sigelman & Shaffer (1996) และ Tomer & Eliason (1996) พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มองความตายเป็นเรื่องราวธรรมดา การสูญเสียพลัดพรากจากคนที่รักเป็นสิ่งที่พบเจอ ส่งผลให้มีทัศนคติที่มีต่อความตาย เป็นบวก และมีระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยน้อยลง ในขณะที่ญาติผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญกับความตายมาก มีทัศนคติต่อความตายไม่ดี ส่งผลให้มีระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยสูง

การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย การที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อที่เกี่ยวกับความตาย ได้แก่ สวดมนต์ ไหว้พระ ทำบุญ กล่าววโหสิกรรม กล่าวอ้อลานั้นเป็นการประคับประคองจิตใจช่วยให้ญาติผู้ป่วยบรรเทาอารมณ์ ความรู้สึก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่เกิดขึ้น (พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552) การฝึกสมาธิแบบอานาปนสติทำให้ญาติผู้ป่วยมีความสุข ผ่อนคลาย มีความคิดอยู่กับปัจจุบัน มีเหตุผล มีวิจารณ์ญาณ จึงเกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ รับรู้ว่าการตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ชัดขวางไม่ได้ (สมพร ปานดุง และคณะ, 2558) การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาเป็นประจำจะช่วยให้ญาติผู้ป่วยบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2558) จากงานวิจัยของ Kim et al. (2015) และ Soleimani et al. (2016) พบว่า ญาติผู้ป่วยที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตายเป็นประจำมีระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยน้อยกว่าญาติผู้ป่วยที่ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติตามลำดับ อีกทั้งช่วยลดระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยลงได้

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อาการ การรักษา การพยาบาล รวมถึงการแก้ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นความท้าทาย และเป็นปัญหาสำคัญสำหรับญาติผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลที่บ้าน เพราะญาติต้องทำหน้าที่ในหลายบทบาทพร้อมกัน (Carr, 2003) โดยที่บทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นญาติจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามเพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง (Davis & Cox, 1995) การที่ญาติผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ สามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยลดลง (จิราพร ต้นดวงศ์พิศาล, 2547) จากงานวิจัยของ กาญจนา มยุระสุวรรณ (2552); เบจพร รัตนปรีชากุล (2555) และ Kessler et al. (2005) พบว่า การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามแก่ญาติผู้ป่วยส่งผลให้มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ทศนคติที่มีต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นนี้ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

1. สัมพันธภาพกับผู้ป่วย และการรับรู้อาการผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. ทักษะคิดต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทักษะคิดต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในระยะลุกลาม มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร นับถือศาสนาพุทธ และผู้ป่วยใน ความดูแลต้องอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ได้แก่ 1) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี 2) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ 3) โรงพยาบาลจุฬารัตน์

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ 1) สัมพันธภาพกับผู้ป่วย 2) การรับรู้อาการผู้ป่วย 3) ทักษะคิดต่อความตาย 4) การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย 5) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และ 6) ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่นที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายใจ หวาดกลัวการตาย และ/หรือ กระบวนการของการตาย รวมทั้งการสูญเสียของบุคคลที่ตนเองรักเมื่อญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามรับรู้ได้ว่าความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกำลังใกล้เข้ามาถึง แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) กลัวความไม่รู้ (Fear of unknown) 2) กลัวความทรมาน (Fear of suffering) 3) กลัวความเดียวดาย (Fear of loneliness) และ 4) กลัวการดับสิ้นชีวิต (Fear of extinction) ประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ที่ปรับปรุงมาจาก The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) ของ Conte et al. (1982) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

สัมพันธภาพกับผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ถึงความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อถือ และความไว้วางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการยอมรับการบุคคลของผู้ป่วย และ 2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประเมินสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยใช้ แบบสอบถามสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ที่ปรับปรุงจาก แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุของ คมสัน แก้วระยะ (2540) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

การรับรู้อาการผู้ป่วย หมายถึง การที่ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสังเกตเห็นความผิดปกติในตัวผู้ป่วย แผลความผ่านความคิด ความเข้าใจ และความรู้สึกส่วนตนว่าอาการทางร่างกายที่ตนเองรับรู้ นั้นเป็นความทุกข์ทรมานที่รุนแรงแก่ผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด ประเมินการรับรู้อาการผู้ป่วย โดยใช้ แบบสอบถามการรับรู้อาการผู้ป่วย โดยปรับปรุงจาก แบบประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยของ จันทรา พรหมน้อย (2547) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ

ทัศนคติต่อความตาย หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก ความนึกคิด และการแสดงออกของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีต่อความตาย แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้คิด 2) ด้านความรู้สึก และ 3) ด้านพฤติกรรม ประเมินทัศนคติที่มีต่อความตายโดยใช้แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อความตาย ที่ปรับปรุงจาก แบบวัดทัศนคติต่อความตายในพระพุทธศาสนาเถรวาท ของ พระมหาสุพรต ธมมาราโม (2554) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จากความเชื่อ หลักการ คำสอนทางพุทธศาสนา ประกอบด้วย การโน้มนำจิตของผู้ป่วยให้นึกถึงสิ่งที่ตั้งงาม การสวดมนต์ การทำทาน การกล่าวอ้อลา และ การเจริญสติภาวนา ประเมิน การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย โดยใช้ แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง ความเข้าใจที่ถูกต้องของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีต่อโรคมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ ความหมาย อาการ อาการแสดง วิธีการรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษา และวิธีการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะที่ 3 เป็นต้นไป ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง อายุ 18 – 59 ปี

ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง บุคคลที่มีความสำคัญ และความสัมพันธ์ใกล้ชิด ผู้ป่วยมีทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง ญาติ ทางนิตินัย เช่น คู่สมรส บุตรบุญธรรม เขย สะใภ้ ทางพฤตินัย เช่น คู่รัก ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทน อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. เป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อเนื่องเพื่อขยายความรู้และพัฒนาการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณาประเภทหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ทศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
3. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
 - 4.1 สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย
 - 4.2 การรับรู้อาการผู้ป่วย
 - 4.3 ทศนคติต่อความตาย
 - 4.4 การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย
 - 4.5 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
5. บทบาทพยาบาลเกี่ยวกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยโดยโรคมะเร็งแบบปฐมภูมิ และ/หรือทุติยภูมิที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถให้การรักษาเพื่อชะลอการลุกลามของโรค และลดอาการทุกข์ทรมานทางร่างกาย (Cancer council Australia, 2013)

หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ต้องอยู่ร่วมกับโรคไปตลอดระยะเวลาของชีวิต โดยตัวโรคมะเร็งจะมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นหรือไม่ก็ได้ (American cancer society, 2014)

หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของโรคโดยไม่สามารถควบคุมได้ด้วยการรักษา และรักษาให้หายขาดได้ (National cancer institute, 2016)

หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งในระยะ 3 และ 4 ที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำภายหลังการรักษาแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาที่ได้รับจึงเป็นเพียงการรักษาเพื่อยืดระยะเวลาการอยู่รอด และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น (กาญจนามยุระสุวรรณ, 2552)

หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยตัวโรคไม่มีความจำเป็นต้องมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นเสมอไป การรักษาที่ได้รับต่อไปเป็นการรักษาแบบประคับประคองเพื่อลดความทรมาน และเพิ่มคุณภาพชีวิต (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2555)

สรุป ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ กลับเป็นซ้ำในระยะที่ 3 เป็นต้นไป ที่ไม่สามารถยับยั้งการลุกลาม และรักษาให้หายขาดได้ ต้องอยู่ร่วมกับโรคมะเร็งไปตลอดชีวิต การรักษาที่ได้รับจึงเป็นแบบประคองประคอง เพื่อลดความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติ และสุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (นฤดี กิจทวี, 2552) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยพยาธิสภาพของโรคมะเร็งระยะลุกลาม ที่ไม่สามารถควบคุมการดำเนินของโรค ไม่สามารถคาดเดาการรักษา และผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ (Hampton & Frombach, 2000) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ 4 ด้าน ดังนี้ (ศุทธิณี อิทธิเมธินทร์, 2556; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557; นภา ทวีรรวงกุล และคณะ, 2558)

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนมากจะมีอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายพร้อม กันหลายอาการ ซึ่งอาการที่พบบ่อยเป็นอาการที่มีความรุนแรง บางอาการทรุดลง หรือเป็นแล้วหายดี แล้วกลับมาเป็นซ้ำซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย อาการแสดงของผู้ป่วยเหล่านี้ส่งผลรบกวนการดำเนินชีวิต และการดูแลกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก อาการแสดงทางร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่

1.2.1.1 อาการปวด (Pain) เป็นอาการที่สร้างความทุกข์ทรมาน และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวมากที่สุด พบได้มากกว่าร้อยละ 70 ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หากไม่ได้รับการแก้ปัญหามักร้อยละ 70 – 90 ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดจะมี Performance status และคุณภาพชีวิตลดลง โดยความรุนแรงของอาการปวดในผู้ป่วยแต่ละคนนั้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะปัจจัยด้านจิตสังคม

1.2.1.2 หายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นความรับรู้ส่วนตัวที่รู้สึกว่าการหายใจเกิดการติดขัด เหนื่อยหอบ หรือการหายใจไม่อิ่ม เหมือนสำลัก หรือหายใจหนัก อาจจะมีปัญหาการทำงานของปอดที่ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามประมาณร้อยละ 50 เป็นความผิดปกติที่ทำให้ความรู้สึกตกใจและกลัวมาก ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ พยาธิสภาพของโรคมะเร็ง และภาวะแทรกซ้อน เช่น การคั่งของสารน้ำในช่องท้อง ช่องปอด และเยื่อหุ้มหัวใจ การอุดตันในหลอดเลือดดำใหญ่ หรือการอุดตันในทางเดินหายใจ ภาวะโลหิตจางจากการรักษา เช่น การผ่าตัดปอด การได้รับยา Bleomycin หรือ Adriamycin เป็นต้น รวมทั้งจากความผิดปกติที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น หลอดลมปอดอุดตันเรื้อรัง เป็นต้น

1.2.1.3 ความอ่อนล้า (Fatigue) เป็นการรับรู้ที่รู้สึกว่ามีแรง เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ทั้งร่างกาย และจิตใจ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง เกิดสภาวะถดถอยของร่างกาย และความทนทานของร่างกายลดลง ความเหนื่อยล้ามีสาเหตุมาจากโรคมะเร็งระยะลุกลาม และการรักษาด้วยวิธีต่างๆ โดยมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด และมากกว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา มีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น

1.2.1.4 นอนไม่หลับ (Insomnia) เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งปริมาณ และคุณภาพของการนอน ได้แก่ การหลับยาก หลับไม่ต่อเนื่อง ตื่นเร็วกว่าปกติ และไม่สามารถหลับต่อได้ อาจเกิดจากการแพร่กระจายของ มะเร็งไปยังสมอง ความผิดปกติของระดับสารเคมีในเลือด ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานจากอาการ เช่น ความปวด ท้องผูก เป็นต้น ความกลัว ความวิตกกังวล หรืออาจเกิดจากการใช้ยาบางชนิด ความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อม เช่น เสียงดังรบกวน การเปลี่ยนที่

นอน พบว่า ร้อยละ 20 – 60 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามรู้สึกง่วงนอน นอนไม่อิ่ม หลับยาก ตื่นบ่อย แบบแผนการนอนแปรปรวน

1.2.1.5 ไม่อยากอาหาร (Anorexia) เนื่องจากการรับรสชาติอาหารเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยมีความทนต่อรสหวานได้มากขึ้นแต่ทนต่อรสขมได้น้อยลง จึงรู้สึกว่าการรับประทานอาหารโดยเฉพาะ อาหารพวกเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารน้อยลง มีการดูดซึมอาหารลดลง อีกทั้งเซลล์มะเร็งมีการใช้กลูโคสมากขึ้นทำให้ตับต้องทำงานหนักขึ้น เพื่อช่วยเปลี่ยนกรดแลคติกเป็น กลูโคส ทำให้สมรรถภาพของตับเสียไป ผู้ป่วยจึงเกิดอาการผอมแห้ง และเสียชีวิตได้ในที่สุด

1.2.1.6 คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) คลื่นไส้เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายท้อง มีน้ำลายมาก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด กลืนลำบาก อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลง และชีพจรเต้นเร็ว ส่วนอาเจียนเป็นอาการที่มีการหดตัวของกระเพาะอาหารซึ่งจะบีบเอาอาหารและน้ำย่อยในกระเพาะ ให้ไหลย้อนขึ้นมาที่ปาก บางทีอาจไม่มีอาหารออกมาก็ได้ พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้มากถึงหนึ่งในสาม ซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติในทางเดินอาหาร ความผิดปกติในสมอง และสารเคมีในเลือดผิดปกติ เช่น แคลเซียมและยูริกในเลือดสูง โซเดียมในเลือดต่ำ เป็นต้น จากวิธีการรักษา เช่น รังสีรักษา เคมีบำบัด และยาอื่น รวมทั้งอาจเกิดจากความไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความกลัว วิตกกังวล เห็นภาพหรือได้รับกลิ่นรบกวน เป็นต้น

1.2.1.7 ท้องผูก (Constipation) เป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยเหล่านี้ได้ประมาณร้อยละ 50 และเป็นปัญหาที่รักษาได้ยากกว่าการบรรเทาอาการปวด เกิดได้หลายสาเหตุทั้งจากความผิดปกติของโรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา เช่น การได้รับยาในกลุ่ม Opioid เป็นต้น และจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย ดื่มน้ำน้อย นอนติดเตียง เป็นต้น

1.2.1.8 ติดเชื้อ (Sepsis) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามถึงร้อยละ 35 ผู้ป่วยเหล่านี้จะติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากแผลมะเร็ง หรือการอุดกั้นของมะเร็งที่อวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกายจากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ จากการรักษา เช่น รังสีรักษาและเคมีบำบัด เป็นต้น รวมทั้งการติดเชื้อที่มีอยู่เดิม แล้วยังมีอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อร่างกายทรุดโทรมลง

1.2.1.9 ภาวะเลือดออกง่าย (Bleeding) เนื่องจากการบดพรองของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด การมีเกร็ดเลือดน้อย และการมีแผลรวมด้วย อาจมีสาเหตุจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงทางเม็ดเลือด เมตาบอลิซึม และชีวเคมีในร่างกาย การได้รับอาหารไม่เพียงพอ รวมทั้งการได้รับยาบางชนิด เช่น ยาต้านความซึมเศร้า เป็นต้นการมีเลือดออกจะทำให้ผู้ป่วยตกใจมาก ได้มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และการเกิดภาวะเลือดออกง่ายยังนำไปสู่การเกิดภาวะช็อคในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอีกด้วย

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นมะเร็งรังไข่มีอาการ ซึมเศร้า ว้าวุ่นใจ กลัว ท้อแท้ หมดกำลังใจ หงุดหงิด ใจน้อย ไม่สามารถยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่ไม่มี ทางรักษาให้หายและต้องเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีความหวังว่าภาวะความเจ็บป่วยจะดีขึ้นบ้าง แต่เมื่อโรคดำเนินไปจนสุขภาพทรุดโทรมมาก ต้องดำเนินชีวิตอยู่อย่างจำกัดมากขึ้น ความหวังของผู้ป่วย จะลดลง เกิดความรู้สึกสูญเสีย เสียใจ ว้าวุ่น ไม่มีคุณค่า เป็นภาระ โกรธ วิตกกังวล กลัว และซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่บันรยยะ 48.8 ที่ความรู้สึกหวาดหวေး ในระดับปานกลางถึงระดับสูง และร้อยละ 25 ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย และมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็น ปัญหาทางจิตใจที่พบบ่อย และแปลนแสดงถึงการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนำไปสู่ปัญหาในการติดต่อกับบุคคล การปรับตัวทำให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเป็นไป ในทางลบ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และการสูญเสียที่เกิดขึ้นตามจินตนาการ ได้แก่

1.2.3.1 สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเกิดความรู้สึกถูก แยก หรือพรากจากบุคคลเป็นที่ตนเองรักรัก จึงเกิดความหดหู่เศร้าใจ นำไปสู่การรู้สึกว่าความตายใกล้ เข้ามาถึง และรู้สึกกลัวตาย

1.2.3.2 สูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว บุตรหลานที่เคยอยู่พร้อมหน้าพร้อม ตากันจะมี ครอบครัวและมักจะแยกย้ายไปอยู่ต่างหาก โดยเฉพาะสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะ เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับบุตรหลานของตนลดลง โดยต่างคน ต่างอยู่หรือมีการติดต่อร่วมกิจกรรมกันน้อยลงกว่าแต่ก่อน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว เปล่าเปลี่ยว ว้าวุ่น และมีคุณค่าในตนเองลดลง

1.2.3.3 สูญเสียบทบาททางสังคม เนื่องจากการสูญเสียสมรรถภาพทางด้าน ร่างกายทำให้ผู้ป่วยมีความคิด ความรู้สึก และมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม หรือปฏิบัติตามบทบาทที่ สังคมคาดหวัง หรือมอบหมายไว้ไม่ได้ จำยอมดำรงบทบาทผู้ป่วยไปตลอดชีวิต จึงทำให้สูญเสียอาชีพ สูญเสียความเป็นผู้นำ รู้สึกขาดความเชื่อมั่น ขาดความมั่นคงในชีวิต ต้องได้รับความช่วยเหลือ เป็น ภาระของผู้อื่น จึงเกิดการเก็บตัว ไม่พบปะผู้คน

1.3 การรักษาโรคมะเร็งระยะลุกลาม ถึงแม้ว่ามะเร็งระยะลุกลามไม่สามารถรักษาให้ หายขาดได้ แต่ไม่ได้แปลว่าผู้ป่วยจะไม่ได้ได้รับการรักษาอะไรเลย อาการทางด้านร่างกายยังมีความ จำเป็นต้องได้รับการจัดการเพื่อลดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย เพราะหัวใจหลักของการรักษา

โรคมะเร็งในระยะลุกลามนั้นขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย เป็นต้นว่า ต้องการรักษาที่ทั่วโลก ต้องการยับยั้งการลุกลามและช่วยให้ผู้ป่วยป่วยมีอายุยาวนานขึ้น หรือต้องการจัดการอาการ จัดการความทุกข์ทรมาน เนื่องจากบางครั้งการที่ผู้ป่วย และญาติหวังเพียงเพื่อให้โรคมะเร็งระยะลุกลามหมดไปจากร่างกายของผู้ป่วย แต่เมื่อได้รับข้อมูลว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ บางรายจึงเลือกยุติการรักษาทั้งหมด โดยไม่ได้สนใจเลยว่าการรักษานั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการทางร่างกาย ชะลอการลุกลามของโรคมะเร็งยี่ระยะเวลาในชีวิต และเพื่อมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่สามารถเป็นไปได้ของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ดังนั้นก่อนที่ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยจะตัดสินใจยุติการรักษา หรือเลือกรับการรักษาโดยวิธีการใดนั้น ขอให้พิจารณาร่วมกันกับทีมสุขภาพอย่างถี่ถ้วน เพราะอวัยวะที่เกิดมะเร็ง อวัยวะที่ได้รับการลุกลาม ความรุนแรงจากการลุกลามของโรคมะเร็ง ภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติของผู้ป่วยล้วนเป็นสิ่งที่ใช้บังคับวิธีการรักษาทั้งสิ้น

ปัจจุบันการรักษาการพยาบาลที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับนั้นเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดย WHO (2011) ได้ให้คำนิยาม การดูแลแบบประคับประคองว่า เป็นการปฏิบัติการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยที่เผชิญกับการเจ็บป่วยที่คุกคามตัวชีวิต โดยการดูแลบรรเทาการไม่สุขสบายทางร่างกาย ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการดูแลตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่แรกรู้ผลวินิจฉัยโรคไปจนถึงระยะหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ด้วยรูปแบบการทำงานของสหวิชาชีพ ให้พึงระลึกอยู่เสมอว่าการตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ภาวะใกล้ตายเป็นการรับรู้อย่างมีเงื่อนไขภายใต้บริบทของครอบครัว ต้องเคารพต่อการดำเนินไปของชีวิตตามวิถีแห่งธรรมชาติ ไม่ส่งเสริมให้ความตายเกิดเร็วขึ้น หรือประวิงเวลาแห่งความตายออกไป วิธีการรักษาที่พบในปัจจุบันในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีดังต่อไปนี้ (Cancer council Australia, 2013; American cancer society, 2014)

1.3.1 วิธีการผ่าตัด (Surgery) การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ตัวโรคมะเร็งยังไม่มีแพร่กระจาย โดยปกติแล้ววิธีการรักษานี้ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปสำหรับตัดก้อนมะเร็งส่วนใหญ่ออกก่อน และจึงใช้วิธีการรักษาด้วยรังสีรักษา และเคมีบำบัดเพื่อจัดการก้อนมะเร็งที่เหลือ หรือลดการลุกลามของมะเร็ง แต่ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1.3.1.1 เพื่อพัฒนาชีวิต (Improve life) เช่น อาการปวดจากการมีก้อนมะเร็งอุดตันที่ลำไส้เล็ก การผ่าตัดใช้ในการเป็ยงทางเดินอาหาร และระบายเศษอาหาร ที่เรียกว่า

Colostomy หรือการผ่าตัดใส่สายยางทางเส้นเลือดสำหรับให้ยาบรรเทาปวด สารน้ำ และสารอาหาร เป็นต้น

1.3.1.2 เพื่อห้ามเลือด (Stop bleeding) ใช้ในกรณีที่ใช้การจี้ด้วยความร้อน (burning) ไม่สำเร็จ เช่น การมีเลือดออกที่กระเพาะ ลำไส้ ทางเดินหายใจ เป็นต้น

1.3.1.3 เพื่อยับยั้งความปวด (Stop pain) ใช้ในกรณีที่เส้นประสาทถูกกดทับ จากก้อนมะเร็ง หรือกระทบกระเทือนจากการทำหัตถการบางอย่าง การตัดเอาก้อนมะเร็ง หรือเส้นประสาทบางส่วนออกสามารถช่วยยับยั้งความปวดได้

1.3.1.4 เพื่อป้องกันและการรักษาการหักของกระดูก (Prevent or treat broken bones) การลุกลามของมะเร็งไปยังกระดูกจะทำให้กระดูกเปราะ และหักได้ ซึ่งการผ่าตัดใส่กายอุปกรณ์เพื่อพยุงกระดูกไว้สามารถป้องกัน หรือรักษาอาการกระดูกหักได้

1.3.1.5 เพื่อรักษาการลุกลามของมะเร็งไปยังไขสันหลัง (Treat pressing on the spinal cord) เมื่อมะเร็งลุกลามไปยังไขสันหลัง ก้อนมะเร็งที่กดทับไขสันหลังส่งผลให้การควบคุมกล้ามเนื้อ และการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่ถูกควบคุมโดยไขสันหลังตั้งแต่ส่วนนั้นลงมา สูญเสียไป การผ่าตัดนำก้อนมะเร็งที่กดทับออกไปช่วยให้การทำงานของอวัยวะนั้นๆ กลับเป็นปกติ

1.3.2 วิธีการทำลายเซลล์มะเร็ง (Ablative technique) คือ การใช้ความร้อน ความเย็น และสารเคมี ฉีดเข้าไปในก้อนมะเร็งเพื่อทำลายก้อนมะเร็ง มักใช้กับการลุกลามไปยังตับ หรือกระดูก แบ่งเป็นลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.3.2.1 Radio Frequency Ablation (RFA) เป็น Ablative technique ที่นิยมใช้กันมา เป็นการส่งผ่านกระแสไฟฟ้าผ่านเข็มไปยังก้อนมะเร็ง ซึ่งการรักษาเป็นการทำลายที่ก้อนมะเร็งโดยตรง และผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บเนื่องจากได้รับการดมยาสลบ

1.3.2.2 Cryo ablation คือ การใช้ความเย็นจัดในการทำลายก้อนมะเร็ง

1.3.2.3 Ethanol ablation คือ การใช้แอลกอฮอล์ในการทำลายก้อนมะเร็ง

1.3.3 วิธีรังสีรักษา (Radiation) เป็นการใช้อิทธิพลของรังสีพลังงานสูง (High energy e-rays) ในการทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังลุกลามไม่มาก หรือใช้ร่วมกับการรักษาอื่น หรือใช้ลดการลุกลามเพื่ออาการปวด และอาการอื่นๆ แบ่งเป็นลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.3.3.1 การฉายรังสี (External beam radiation or Teletherapy) เป็นการให้รังสีจากสารภายนอกเข้าสู่ร่างกาย โดยการฉายรังสีห่างจากตัวผู้ป่วยจากแหล่งกำเนิดรังสีที่มีอำนาจในการทะลุทะลวงสูง ปริมาณรังสีที่ใช้ขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด และตำแหน่งของก้อนมะเร็ง

1.3.3.2 การใส่แร่ (Brachytherapy) เป็นการให้รังสีจากแหล่งกำเนิดรังสีที่อยู่ชิดติดกับก้อนมะเร็ง ทำให้ได้รังสีปริมาณที่สูงโดยตรง และลดลงต่ำไว มี 3 ชนิด คือ

1.3.3.2.1 การใส่แร่เข้าไปในก้อนมะเร็งโดยตรง (Interstitial brachytherapy)

1.3.3.2.2 การใส่แร่เข้าไปในอวัยวะที่เป็นโพรง (Intracavitary brachytherapy)

1.3.3.2.3 การใส่แร่เข้าไปในหลอดเลือด (Intravascular brachytherapy)

1.3.3.3 การให้รังสีรักษาผ่านระบบของร่างกาย (Systemic radiation therapy) เป็นการนำรังสีสารเข้าสู่ร่างกายผ่านระบบของร่างกายก่อนที่สารของรังสีจะเข้าไปจับกับเซลล์มะเร็ง เช่น การกลืนแร่ การให้ทางหลอดเลือดดำ เหมาะกับการใช้สำหรับใช้รักษาในผู้ป่วยที่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งเป็นบริเวณแคบ

1.3.4 วิธีเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการใช้ยาในการทำลายเซลล์มะเร็ง โดยการให้ทางหลอดเลือดดำ และทางปาก เมื่อยาเข้าสู่ร่างกายแล้ว ยาสามารถกระจายไปทั่วร่างกายเหมาะสำหรับใช้รักษาในผู้ป่วยที่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งเป็นบริเวณกว้าง สามารถช่วยลดอาหาร และลดการลุกลามของมะเร็งได้

1.3.5 วิธีฮอร์โมนบำบัด (Hormone therapy) เป็นการใช้ยาที่ช่วยในการยับยั้งและลดฮอร์โมนที่ทำให้เกิดการลุกลามของมะเร็ง มักใช้ในการรักษามะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น การใช้ยาเพื่อลดปริมาณ Estrogen ซึ่งเป็นสาเหตุการลุกลามของมะเร็งเต้านม หรือ ลดปริมาณ Androgens ซึ่งเป็นสาเหตุการลุกลามของมะเร็งต่อมลูกหมาก

1.3.6 วิธีภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy) เป็นการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เพื่อให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายสร้างโปรตีนที่ใช้ทำลายเซลล์มะเร็ง เช่น Cytokines Monoclonal เป็นต้น

1.3.7 วิธีให้ยาเจาะจงเซลล์มะเร็ง (Targeted therapy) เป็นการรักษาที่เกิดขึ้นใหม่ กำลังอยู่ในช่วงการพัฒนา เป็นการใช้ยา หรือสารบางชนิดที่ยับยั้งการเจริญเติบโต และการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง โดยไปรบกวนการทำงานของโมเลกุลที่มีความจำเพาะต่อการเจริญเติบโต และการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งนั้นๆ

1.4 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นการให้การดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมช่วยเหลือ และดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ อันจะ

นำไปสู่ภาวะปกติสุข เป็นการดูแลที่เป็นองค์รวมครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (กาญจนา มยุระสุวรรณ, 2552) ดังนี้

1.4.1 การให้การพยาบาลตามกลุ่มอาการ ซึ่งได้แก่

1.4.1.1 ปัญหาเรื่องอาการปวด โดยการประเมินอาการปวด ให้ยาแก้ปวด ตามที่แพทย์กำหนด ติดตามดูแลผลข้างเคียงอาจเกิดขึ้น ค้นหาปัจจัยที่กระทบและควบคุมความปวด การให้คำแนะนำก่อนการบำบัดรักษาของแพทย์ และก่อนกลับบ้าน

1.4.1.2 ปัญหาระบบทางเดินอาหาร โดยประเมินสภาพผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม และทำการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันวางแผนให้การดูแลผู้ป่วย

1.4.1.3 ปัญหาระบบทางเดินหายใจ โดยการประเมินสภาพผู้ป่วย ป้องกัน สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาระบบทางเดินหายใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา การรักษาตามแผนการรักษา

1.4.1.4 ปัญหาระบบปัสสาวะ โดยการประเมินอาการผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้โดยเฉพาะการติดเชื้อ ประเมินภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา และปฏิบัติการต่างๆ ตามที่กำหนด และประสานงานกับบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแล

1.4.1.5 ปัญหาระบบผิวหนัง โดยการประเมินอาการผู้ป่วย ป้องกันไม่ไห้ ผื่นหนังแห้ง และประเมินผลกระทบในด้านต่าง ๆ

1.4.1.6 ปัญหาทางจิตใจ พยาบาลที่จะปฏิบัติหน้าที่ดูแลช่วยเหลือ ให้บริการ พยาบาลผู้ป่วยในระยะลูกกลม จะต้องตระหนักอยู่ตลอดเวลาว่าการบริการทุกชนิดมี คุณค่าแก่ผู้ป่วย วยอย่างยิ่ง เพราะฉะนั้นพยาบาลจะต้องทบทวนและให้ความสำคัญกับพฤติกรรม บริการ (Caring behavior) ที่ต้องใส่ใจควบคู่กับทักษะอื่น ๆ ได้แก่ 1) การสนทนาโต้ตอบข้อซักถามได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) การใช้มือสัมผัสที่สื่อถึงความห่วงใย ความเอาใจใส่ 3) การฟังความคิดและบางอย่างที่แฝงมาในคำพูด 4) เข้าถึงความรู้สึก ไม่ปฏิเสธที่จะตอบคำถามผู้ป่วย 5) การยอมรับคุณค่าและ ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และ 6) ความรู้ความสามารถทางการพยาบาล

1.4.2 การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วย หมายถึง การที่พยาบาลมีการ จัดหาวิธีการหรือดำเนินการต่าง ๆ มาช่วยให้ผู้ป่วย รู้สึกสบาย ผ่อนคลาย มีความสุข เพิ่ม คุณภาพชีวิต เช่น การทำสมาธิ การนวด การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น

1.4.3 การประเมินสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การที่พยาบาลให้การดูแล ผู้ป่วยมีการเฝ้าระวัง คอยติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อหา แนวทางป้องกันและหาแนวทางแก้ไขปัญหา ลดความวิตกกังวล ความเครียดที่เกิดขึ้น

1.4.4 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย หมายถึง การที่พยาบาลให้การดูแลมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้พร้อมที่จะรับกับภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สุขสบายที่จะเกิดจากการลุกลาม ของโรคหรือเกิดจากการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2.1 ความหมายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงตามสภาพความเจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากญาติของตน ญาติผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงนับว่าเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิภา วิเสโส (2552) ได้ให้ความหมายญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไว้ว่า หมายถึง บุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้านใน ลักษณะการดูแลแบบไม่เป็นทางการ และไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นลักษณะนายจ้าง ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองช่วยกันทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ (2554) ได้ให้ความหมายญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไว้ว่า หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือเพื่อนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ เป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน และให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร ซึ่งผู้ดูแลอาจเป็น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ พี่ น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน

สรุปล ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง บุคคลที่มีความสำคัญ และความสัมพันธ์ใกล้ชิดผู้ป่วยมีทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง ญาติ ทางนิตินัย เช่น คู่สมรส บุตรบุญธรรม เขย สะใภ้ ทางพฤตินัย เช่น คู่รัก เพื่อน เพื่อนบ้าน ที่ทำหน้าที่ในการดูแล ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทน

2.2 บทบาทของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

มะเร็งระยะลุกลามถือเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องได้รับความช่วยเหลือดูแลเพื่อให้ได้รับการทดแทนความบกพร่องในการดูแลตนเองอย่างครบถ้วนตามความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ แทนผู้ป่วยทั้งกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยตรง และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องของด้านอื่น ๆ ซึ่งสามารถแบ่งการให้การช่วยเหลือของ

ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สามารถสรุปได้ดังนี้ (Krach & Brooks, 1995; ยุพาพิณ ศิริโพธิ์งาม, 2539)

1.2.1 ด้านการรักษาพยาบาล ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ การจัดหาซื้อยาจากโรงพยาบาล ร้านขายยา หรือยากลางบ้าน รวมทั้งช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับประทานยา การประสานงานในการติดต่อเจรจาหรือติดต่อกับบุคลากร หรือองค์กรทางสุขภาพเพื่อรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงาน ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินการรักษาตามระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือกตามความเชื่อของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย

1.2.2 ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องให้การดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย ได้แก่ การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ดูแลปดกวาดที่นอน เตรียมอาหาร เป็นต้น

1.2.3 ด้านการสนับสนุนทางดานอารมณ์และจิตใจ ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องเป็นเพื่อนคุย นอนเป็นเพื่อน หรืออยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา ต้องคอยประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการกระทำที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รวมถึงการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองงานจิตวิญญาณ เช่น ใช้หลักธรรมในการเยียวยา การเซ่นไหว้วิญญาณของบรรพบุรุษ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น

1.2.4 ด้านการให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ เพื่อใช้ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

1.2.5 ด้านการดูแลพิเศษอื่นๆ เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การดูแลให้ออกซิเจน การดูแลขณะที่มีผู้ป่วยมีอาการปวด เป็นต้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นเห็นได้ว่าความรับผิดชอบของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะต้องใช้ความอดทน และความพยายามเป็นอย่างมาก สิ่งเหล่านี้ย่อมที่จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด และความวิตกกังวลได้ นอกจากนี้ความหวาดกลัวการสูญเสียผู้ป่วยไปก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพะวงคิด และตระหนักอยู่ตลอดเวลาที่อยู่กับผู้ป่วย

2.3 ผลกระทบของโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อญาติผู้ป่วย

2.3.1 ผลกระทบดานร่างกาย เนื่องจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องทุ่มเทแรงกายและ แรงใจในการดูแลผู้ป่วยจนทำให้สุขภาพของตนเองทรุดโทรม มีอาการไม่สุขสบาย เช่น ปวด หลัง ขา ไหล คอ และกล้ามเนื้อต่างๆตามร่างกาย ซึ่งเกิดจากการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว บางรายนอนหลับพักผ่อนได้ลดลง รับประทานอาหารได้ลดลง เนื่องจากความวิตกกังวลโดยภาพรวม

ในการดูแลผู้ป่วย เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียจากภาระในการดูแลจนทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน บางรายถึงขั้นล้มป่วยต้องรักษาด้วยยา (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2536; สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539; Jensen & Given, 1991)

2.3.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมักเกิดภาวะเครียด เนื่องจากการต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่ ต้องทำหน้าที่หลายอย่างในเวลาเดียวกัน ทำให้ผลที่ได้ไม่มีประสิทธิภาพ (Hacialioglu, 2010) ต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ ต้องถูกคาดหวังในบทบาทของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจากในครอบครัว และจากญาติคนอื่นๆ ทำญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความสับสน อับจนหนทางเนื่องจากไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการของผู้อื่นได้ ต้องเผชิญกับบทบาทในชีวิตที่แปลกใหม่ คลุมเครือ ท้าทาย อันเนื่องมาจากการขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ญาติผู้ป่วยจะเกิดการรับรู้ต่อความจำกัดของตนเองในการแสดงบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยให้ประสบความสำเร็จ จึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล (Cassileth et al., 1985) การศึกษา เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลของ Clavarino et al. (2002) พบว่า ญาติผู้ป่วยมีระดับของความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วย โดยระดับความวิตกกังวลอยู่ที่ร้อยละ 39 ในขณะที่ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลร้อยละ 22 ภาวะสุขภาพจิตของญาติผู้ป่วยจะทรุดลงเมื่อต้องดำรงบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน (Collins et al., 1994) และพบวาคะแนนการทดสอบความวิตกกังวล สภาพอารมณ์ และภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันสูง หมายความว่า เมื่อผู้ป่วยมีสุขภาพจิตอย่างไร ญาติผู้ป่วยจะมีสุขภาพจิตเป็นเช่นนั้นด้วย (Given et al., 1993; Davis et al., 1996) และเมื่อมีการติดตามประเมินตามระยะต่างๆ ของการรักษา คือ ระยะติดตามการรักษา ระยะรักษา และระยะประคับประคอง พบว่าญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้าความตาย โดยรายที่ผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงที่รุนแรงเพิ่มขึ้น แสดงออกซึ่งความทุกข์ทรมานมากขึ้น ญาติผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมาน และวิตกกังวลกับความตายของผู้ป่วยมากขึ้นตามไปด้วย (ชูชื่น ชิวพูนพล, 2541)

2.3.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ญาติต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย (รุจา ภูโพลย, 2535) ไม่ว่าจะเปนครึกษาพยาบาล ค่ายา ค่าอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับให้การดูแลและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง คู่สมรสต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ทดแทนผู้ป่วยที่ทำงานไม่ได้ บุตรบางคน

อาจต้องหยุดเรียน เพื่อมาดูแลบุพการี ส่งผลกระทบไม่เพียงแต่สภาพเศรษฐกิจในครอบครัว แต่อาจมีผลถึงสัมพันธภาพภายในครอบครัวอีกด้วย โดย May (1993) ชี้ให้เห็นว่า ผู้หญิงเปรียบเสมือนบุคคลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการดูแลบุตร บิดามารดา ปู่ย่า ตายาย หรือคุณสมรส ผู้หญิงถูกคาดหวังจากสังคมให้รับบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยไม่สามารถเรียกร้องอะไรได้ (Krach & Brooks, 1995) ในขณะที่ต้องทำหน้าที่แม่บ้าน และบางครั้งต้องทำงานนอกบ้านควบคู่กันไปด้วย จะพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงบทบาทซึ่งพบมากในคุณสมรส สำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกสวนใหญ่เป็นผู้ชาย บทบาทหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจะตกเป็นภาระรับผิดชอบของผู้หญิงที่เปราะบาง ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชาย ผู้ที่รับหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมักเป็นสะใภ้ ส่วนบทบาทของผู้ชายพบในลักษณะให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน การอำนวยความสะดวกต่างๆ และผู้สูงอายุ เช่น ปู่ย่า ตายาย บิดามารดา จะเป็นผู้ดูแลบุตรหลานที่เจ็บป่วย ดูแลคุณสมรสของตนเองที่เจ็บป่วย เนื่องจากผู้สูงอายุเปราะบางที่มักอยู่กับบ้าน ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการดูแลบ้าน และเลี้ยงหลานไปด้วย ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้หญิงหรือผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนักโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เนื่องจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพของตนเอง และยังคงต้องดูแลบุคคลอื่นซึ่งมีความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจึงพยายามที่จะหาความช่วยเหลือ และสนับสนุนในการดูแลในลักษณะต่างๆ เพื่อจัดการกับปัญหา และเพื่อที่จะทำให้ตนเองสามารถปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

2.3.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะเกิดความรู้สึกไร้พลังอำนาจ สูญเสีย และหมดความหวังในชีวิตเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะที่เข้าใกล้ความตาย ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อคงไว้ซึ่งความหวัง (รวี เดือนดาว, 2547) จึงมีการแสดงออกด้วยการสวดมนต์ภาวนา หรือการอ่อนน้อมต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (วิภา วิเสโส, 2552) ซึ่งเป็นกลไกที่ส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยสามารถปรับปรุง หรือแก้ไขปัญหาด้านจิตใจให้ดีขึ้น และทำให้ญาติผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น นอกจากนี้ความศรัทธาช่วยให้ญาติผู้ป่วยค้นพบความหมายในชีวิต สามารถควบคุมจิตใจให้สงบ ลดความโกรธ ความกดดัน ความกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายได้อีกด้วย (บุบผา ชอบใช้, 2536)

2.4 การพยาบาลญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การให้การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้นเป็นส่วนหนึ่งในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อญาติผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งสามารถจำแนกบทบาทการพยาบาลญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ ดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2554)

2.4.1 การพยาบาลระยะเจ็บป่วย

2.4.1.1 การให้คำแนะนำญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรับการดูแลรักษา ควบคุมอาการ ซะลอกการดำเนินตามพยาธิสภาพของโรคส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของ ครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.4.1.2 การแนะนำญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2.4.1.3 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และเทคนิคการดูแลผู้ป่วย การที่ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วย อาจรู้สึกตกใจ ต้องการคำปรึกษา เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและต้องการ คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย

2.4.1.4 การส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ป่วย เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งเป็นการสนับสนุนการให้ กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างญาติผู้ป่วยด้วยกัน ลดความเครียดจากตำรงบทบาทญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้

2.4.1.5 บทบาทในการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนแหล่งประโยชน์ในชุมชนแก่ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ต่อไป

2.4.2 การพยาบาลระยะสุดท้าย

2.4.2.1 พยาบาลควรมีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย และการมีทัศนคติที่ดีต่อการตาย

2.4.2.2 การเตรียมญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ให้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย และวาระสุดท้ายของผู้ป่วยที่ใกล้มาถึง เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้เตรียมใจ และเตรียมการด้านต่างๆ โดยเฉพาะ 48 ชั่วโมงสุดท้าย ญาติผู้ป่วยอาจวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เกิดรู้สึกผิด ลังเลต่อการรักษาต่อไปหรือยุติการรักษา รู้สึกเครียด รู้สึกอึดอัด พยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลแก่ญาติเป็นระยะ ๆ

2.4.2.3 การส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม รวมถึงสมาชิกทุกคนในครอบครัวเกิดการสื่อสารกับผู้ป่วย ถึงแม้เป็นการสื่อสารทางเดียวซึ่งการได้ยินเป็นสิ่งสุดท้ายที่จะสูญเสียไป

3. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

3.1 ความหมายของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ความวิตกกังวลเป็นแรงขับที่เกิดจากภาวะจิตใจกำลังเผชิญกับอันตรายหรือสิ่งที่ไม่พึงพอใจ เป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดของชีวิตมนุษย์ ซึ่งความวิตกกังวลคล้ายกับความกลัว แต่ต่างกันว่าความวิตกกังวลนั้นเป็นความกลัวอย่างงมงาม ไม่มีเหตุผล ไม่มีสาเหตุ กลัวขึ้นมาอย่างบอกไม่ถูก และเป็นสิ่งที่จัดการยาก เพราะไม่ทราบว่าสิ่งที่เรากลัวนั้นแท้จริงแล้วคืออะไร ทำให้ไม่สามารถจะขจัดต้นตอแห่งความกลัวได้ ความกลัวจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นความกลัวเกี่ยวกับความตายจึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (ประมวญ ดิคคินสัน, 2511; บงกช พิงพุทธารักษ์, 2525)

Yalom (1980) ได้ให้ความหมายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่นกับความตายที่อยู่ภายในจิตใจได้สำนึก หวาดกลัวที่ต้องจบชีวิตก่อนเวลาอันสมควร รู้สึกไม่เป็นสุขเมื่อต้องนึกถึงจุดเริ่มต้นของการไม่สามารถสื่อสาร และไม่มีตัวตน

Gioiella & Bevil (1985) ได้ให้ความหมายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่นต่อกระบวนการการใกล้ตาย ได้แก่ ความปวด ความสูญเสียคนรัก สูญเสียการควบคุมตนเอง สูญเสียเอกลักษณ์ กังวลถึงความไม่รู้เกี่ยวกับความตาย ความอ้ำอึ้ง และการถูกฝังร่างในดิน

Templer & Lonetto (1986) ได้ให้ความหมายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น หวาดกลัว เมื่อคิดถึง หรือรับรู้ว่าจะจบการตายกำลังสั้นลงทุกขณะ

Cicirelli (2006) ได้ให้ความหมายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายไว้ว่า หมายถึง ความหวาดกลัวในจุดเริ่มต้นของการสูญเสียในจิตวิญญาณแห่งความเป็นมนุษย์

Carpenito-Moyet (2008) ได้ให้ความหมายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายไว้ว่า หมายถึง ความหวาดหวั่น หวั่นเกรง หรือกลัวต่อความตาย และกระบวนการตาย

Lehto & Stein (2009) ได้ให้ความหมายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายไว้ว่า หมายถึง ความกลัว ความกังวลเกี่ยวกับความคาดหมาย และการรับรู้การตาย และกระบวนการตายตามความเป็นจริง ซึ่งเกิดจากความรู้สึก ความรู้คิด และการชี้แนะ ภายใต้กระบวนการขั้นพัฒนาการ และสภาพสังคมวัฒนธรรม

Deborah et al. (2010) ได้ให้ความหมายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกเฉพาะตนที่มีต่อความตาย ซึ่งความรู้สึกนี้เป็นความรู้สึกทางลบ ที่ได้กระการกระตุ้นจากการสูญเสียของการมีชีวิต

Soleimani et al. (2016) ได้ให้ความหมายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายไว้ว่า หมายถึง ความตื่นตระหนกที่เกิดจากความกลัวในความตาย และ/หรือ กระบวนการตาย

สรุป ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่นที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายใจ หวาดกลัวการตาย และ/หรือ กระบวนการของการ เมื่อรับรู้ได้ว่าความตายกำลังใกล้เข้ามาถึง

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

ความตายเป็นจุดรวมแห่งความกลัวทุกชนิด ถ้าหากมนุษย์ไม่กลัวความตาย ไม่กลัวการพลัดพราก มนุษย์ก็แทบจะไม่กลัวอะไร (พุทธทาสภิกขุ, 2499) ซึ่งการหวาดกลัว หวาดหวั่น หวั่นไหวต่อความตายนั้นมีสาเหตุมาจากคำสอนที่ถูกปลูกฝังผ่านกาลเวลายาวนาน (บงกชพิงพุทธารักษ์, 2525) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นเรื่องราวตามธรรมชาติ เป็นสัญชาตญาณของมนุษย์ (Hinton, 1974) จัดเป็นความวิตกกังวลสูงสุด และเป็นรากแห่งความวิตกกังวลทั้งปวง (Klein, 1984)

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Death Anxiety) เป็นคำที่ถูกใช้กรอบความเข้าใจโดยทั่วไปเมื่อกล่าวถึงความตาย (Abdel-Khalek, 2005) เกี่ยวข้องกับศูนย์กลางแห่งความกลัวการสิ้นสุดชีวิต (Greenberg et al., 1994) การเผชิญหน้ากับความตาย ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายซึ่งเป็นกลไกพื้นฐานทางจิตใจของมนุษย์ เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านด้านอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย

Conte et al. (1982) ได้กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นสาเหตุที่มาจากภายในตัวบุคคล จึงแบ่งองค์ประกอบความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้วยความกลัวเกี่ยวกับความตายเป็น 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. กลัวความไม่รู้ (fear of unknown) หมายถึง การกลัวที่เกิดจากความไม่คุ้นเคยกับการเผชิญหน้ากับความตาย ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายใจ กลัวการพลัดพราก กลัวการสูญเสีย กลัวภาวะหลังความตาย

2. กลัวความทรมาน (fear of suffering) หมายถึง การกลัวการเจ็บปวด กลัวความทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญกับกระบวนการตาย จากระยะเวลาเผชิญกระบวนการตายที่ยาวนาน

3. กลัวความเดียวดาย (fear of loneliness) หมายถึง การกลัวการต้องอยู่เพียงลำพังในขณะที่กำลังเสียชีวิต โดยไม่มีบุคคลใกล้ชิด หรือคนรู้จักอยู่รายรอบ

4. กลัวการดับสิ้นชีวิต (fear of extinction) หมายถึง การกลัวว่าความตายที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความตายที่เป็นจริง การตายนั้นทำให้ตนเองไม่สามารถทำในสิ่งที่ยังติดค้างอยู่ได้ และตายโดยปราศจากการจดจำ

Lehto & Stein (2009) ได้แบ่งคุณลักษณะ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็น 6 ด้านดังต่อไปนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotion) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ภายใต้การสั่งงานของระบบประสาทสมอง โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ประสบการณ์ความกลัวจากจิตไร้สำนึก (implicit fear memories) ที่สั่งการโดยสมองส่วน Amygdala และ 2) ประสบการณ์ความกลัวจากจิตสำนึก (explicit fear memories) ที่สั่งการโดยสมองส่วน Hippocampus แสดงว่า อารมณ์ที่แสดงออกมานั้นต้องมีการกระตุ้นจากประสบการณ์เก่าที่ทำให้เกิดความกลัวโดยจิตไร้สำนึก และประสบการณ์ปัจจุบันที่ได้สัมผัส ณ ขณะนั้นโดยจิตสำนึก

2. ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ความตายเป็นสิ่งที่ขัดกับโครงสร้างของการดำรงชีวิตอยู่ ดังนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความตายจึงเกิดจากประสบการณ์ชีวิต และแนวคิดในการดำรงชีวิต ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความตายจึงส่งผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Jost et al, 2007) หากใครสามารถระลึกถึงความตายได้อย่างสม่ำเสมอ ผู้นั้นจะถือว่าความตายไม่ใช่ภัยคุกคามที่ยิ่งใหญ่ในชีวิต (Kelly, 1995)

3. ด้านประสบการณ์ (Experiential) มีทั้งในระดับจิตไร้สำนึก และจิตสำนึก โดยด้านจิตสำนึกมักจัดกระทำโดยการเรียนรู้ อาจเป็นลักษณะของการสอนเป็นรายวิชา ส่วนในระดับจิตไร้สำนึกเกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับการคุกคามสั่งสมเรื่อยมา ประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกันส่งผลให้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายแตกต่างกัน

4. ด้านพัฒนาการ (Developmental) เป็นไปตามการรับรู้ถึงความตายในแต่ละช่วงวัยของชีวิต แตกต่างกันไปตามความเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อลำดับขั้นการพัฒนาการ โดยคนที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่ราบรื่น ไม่มั่นคงในชีวิต ชีวิตต้องพบเจอกับภาวะวิกฤต แต่ก็สามารถจัดการกับภาวะวิกฤตในชีวิตเหล่านั้นได้ จะทำให้มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายน้อย

5. ด้านการกล่อมเกลาทาสังคม วัฒนธรรม (Sociocultural Shaping) บริบทด้านวัฒนธรรม และสังคมเป็นตัวกำหนดความรู้ความเข้าใจ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยใน

สังคมที่หล่อหลอมให้ความตายเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติของชีวิต บุคคลในสังคมย่อมมีความตระหนักรู้ต่อความตาย มีทัศนคติที่ดีต่อความตาย และมีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายน้อย

6. ด้านแหล่งจูงใจ (Source of Motivation) ความตายมีความเป็นนามธรรม ซ้ำซ้อน และเป็นปัจเจก ดังนั้นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของแต่ละคนมีระดับที่แตกต่างกันตามสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ มักเกิดจากตนเอง กลุ่มก้อนทางสังคม การสนับสนุนของรัฐ ซึ่งสามารถเลื่อนไหลได้ตลอดเวลา

งานวิจัยฉบับนี้ได้ศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามตามแนวคิดของ Conte et al. (1982) เนื่องจากแนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล มีเครื่องมือที่ใช้วัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่สร้างขึ้นตามแนวคิดนี้ และแนวคิดนี้เคยถูกนำไปศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในเมือง New York โดย Deborah et al. (2010)

3.3 ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่นที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายใจ หวาดกลัวการตาย และ/หรือ กระบวนการของการตาย รวมทั้งการสูญเสียของบุคคลที่ตนเองรักเมื่อญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามรับรู้ได้ว่าความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกำลังใกล้เข้ามาถึง (Gioiella & Bevil, 1985; Templer & Lonetto, 1986; Lehto & Stein, 2009; Deborah et. al, 2010; Soleimani et al., 2016) จากงานวิจัยของ Soleimani et al. (2016) พบว่า ญาติผู้ป่วยมะเร็งมีร้อยละ 53 มีความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งในระดับปานกลางค่อนข้างสูง โดยที่ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้นตามระยะเวลาแห่งการตายของผู้ป่วยที่กำลังใกล้เข้ามา (Hinton, 1974) ซึ่งในช่วงท้ายของชีวิตของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยจะนึกถึงแต่เรื่องความตายของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) ถึงแม้ว่าญาติผู้ป่วยรับรู้ถึงความตายที่กำลังใกล้เข้ามา ความตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ความตายของคนที่รัก แม้พยายามทำใจ แต่ในจิตใจส่วนลึกแล้วไม่มีใครอยากเสียคนที่ตนเองรักไป (รวี เตือนดาว, 2547) ญาติผู้ป่วยจึงแสดงออกโดยอยากอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลาตราบนานวินาทีสุดท้ายของชีวิต พยายามข่มตาไม่ให้หลับ นอนด้วยหวาดกลัว หวั่นเกรงว่าตื่นมาแล้วผู้ป่วยจะจากไปโดยที่ตนไม่ทันได้กล่าวอำลา ไม่อยากออกไปไหนไกล ไม่อยากพบใคร อยากห่มเท้านร่างกาย แรงใจในการดูแลผู้ป่วย ห่วงใยรักใคร่ อยากดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด พุดซ้า ทำซ้า ย้าคิดย้าทำ แสวงหาทุกวิถีทางเพื่อคงไว้ซึ่งลมหายใจ

ของผู้ป่วยโดยอาศัยทั้งอำนาจทางวิทยาศาสตร์ และอำนาจเหนือธรรมชาติ (รวี ดาวเดือน, 2547; ภารดี ปริชาวิทยากุล, 2549)

ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบ่งออกเป็น 4 ด้าน (Conte et al., 1982) คือ 1) กลัวทำอะไรไม่ถูกเมื่อความตายของผู้ป่วยมาถึง (Fear of unknown) เป็นความรู้สึกของญาติผู้ป่วยที่มีต่อการเผชิญหน้ากับความตายของผู้ป่วย รู้สึกเป็นกังวล รู้สึกกลัวการพลัดพราก กลัวสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังความตายของผู้ป่วย 2) กลัวผู้ป่วยจะตายอย่างทุกข์ทรมาน (Fear of suffering) เป็นความรู้สึกของญาติผู้ป่วยที่มีต่อกระบวนการตายของผู้ป่วย กลัวว่าผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญกับกระบวนการตาย จากระยะเวลาเผชิญกระบวนการตายที่ยาวนาน 3) กลัวความเดียวดาย (Fear of loneliness) เป็นความรู้สึกของญาติผู้ป่วยที่ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยต้องอยู่เพียงลำพังในขณะที่กำลังเสียชีวิต โดยไม่มีบุคคลใกล้ชิด หรือคนรู้จักอยู่รายรอบ รวมถึงกลัวว่าตนเองจะอยู่อย่างว่าเหว เดียวดาย โดยปราศจากผู้ป่วย และ 4) กลัวการดับสิ้นชีวิตของผู้ป่วย (Fear of extinction) เป็นความรู้สึกของญาติผู้ป่วยที่รู้สึกว่าความตายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความตายที่เป็นจริง เมื่อตายแล้วดวงวิญญาณจะไปอยู่ในภพภูมิที่ไม่ดี หรือดับสลายไป ซึ่งการตายนั้นทำให้ตนเองและผู้ป่วยไม่สามารถทำในสิ่งที่ยังติดค้างอยู่ได้ และเป็นการตายโดยปราศจากการจดจำไว้คุณค่า

3.4 ผลกระทบของความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

3.4.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย ความเครียดที่เกิดจากความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการไม่เต็มที่ (ชูชื่น ชิวพูนผล; Hacialioglu, 2010) เมื่อญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายจะทำให้ผู้ป่วยและญาติขาดการพูดคุยถึงเรื่องการเจ็บป่วย และความตายของผู้ป่วยที่กำลังจะเกิดขึ้น (Enrique, 1995) ส่งผลให้เกิดการขาดการเตรียมตัว วางแผนสำหรับวาระสุดท้ายของผู้ป่วย (Stetz, 1987; Wilson, 1992; Clara & Arlene, 2012) เช่น หากผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นจะต้องปั๊มหัวใจหรือไม่ หากรับประทานได้น้อยต้องใส่สายยางทางจมูก เพื่อให้อาหารหรือไม่ รวมไปถึงสถานที่ทำศพ รูปแบบงานศพ และความต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา (พระไพศาล วิสาโล และปริดา เรืองวิชาธร, 2549; ทศนีย์ ทองประทีป, 2553) ผู้ป่วยต้องลำบากเดินทางเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ เกิดความสิ้นเปลือง (Serra-Prat et al., 2001) ญาติผู้ป่วยบางรายต้องการให้แพทย์ยืดชีวิตผู้ป่วยเพื่อรอปาฏิหาริย์ โดยไม่สนใจต่อวิธีการในการรักษา เพียงเพื่อการประคับประคองร่างกายที่แสดงถึงสัญญาณชีพ แต่ไร้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่ง

ความเป็นมนุษย์หลงเหลืออยู่ (ภักสุภพิชญ์ ศรีกสิพันธ์, 2552) การตายดีจึงไม่เกิดขึ้นในผู้ป่วย (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2558)

3.4.2 ผลกระทบต่อญาติผู้ป่วย การที่ญาติผู้ป่วยต้องครุ่นคิดถึงความตายที่จะมาพรากผู้ป่วยไปจากตนเองตลอดเวลา ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดเรื้อรัง เป็นที่มาของปัญหาสุขภาพต่างๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539) สอดคล้องกับงานวิจัยของ วารุณี พลิกบัว (2549) พบว่า ความรู้สึกคุกคามต่อการสูญเสียผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ป่วย ($r = -0.494$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ป่วยได้ร้อยละ 24.5 เช่นเดียวกับจากงานวิจัยของ Soleimani et al. (2016) พบว่า ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยมะเร็ง โดยญาติผู้ป่วยมะเร็งที่มีความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง จะคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ และความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -0.30$) กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉพาะด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และ ด้านร่างกาย ส่วนงานวิจัยของ ภาวดี ปริชาวิทยากุล (2549) พบว่า การที่ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งทำให้รู้สึกเป็นห่วงอยากดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด จึงแสดงออกด้วยพูดซ้ำทำซ้ำซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกรำคาญ หงุดหงิด แล้วเลือกที่จะเมินเฉยต่อผู้ดูแล ไม่ให้ความร่วมมือ ญาติจึงเกิดอาการไม่พอใจ ทวีความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย จึงแสดงออกด้วยอารมณ์ฉุนเฉียว มีการวิพากษ์บางครั้ง ก่อให้เกิดความบาดหมางในสัมพันธภาพ นอกจากนี้งานวิจัยของ Serra-Prat et al. (2001) ยังชี้ให้เห็นว่า การที่ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความลดลงช่วยเพิ่มการเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ครอบครัวลดค่าใช้จ่ายลงได้

3.5 การประเมินความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ดังนี้

3.5.1 Templer Death Anxiety Scale (TDAS) (Templer, 1970) เป็นเครื่องมือวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่ถูกนำมาใช้บ่อยที่สุด และได้รับการแปลหลากหลายภาษา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scales) ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน รวมมีค่าคะแนน 15 – 75 คะแนน คะแนนในระดับต่ำหมายถึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับตายในระดับต่ำ โดยงานวิจัยความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งของ Soleimani et al. (2016) ได้นำมา TDAS มาแปลเป็นภาษาเปอร์เซีย (Persian

TDAS) แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Validity) พบว่าอยู่ในระดับสูง แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงภายนอก (Reliability) ในกลุ่มญาติผู้ป่วยมะเร็งที่มีสังคม และวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน ด้วยวิธีการสอบซ้ำ (Test-retest) ภายในระยะเวลาห่างกัน 10 วัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.73

3.5.2 The Revised Collent-Lester Fear of death and Dying Scale (Lester, 1994) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้ความตายของตนเอง 8 ข้อ 2) การรับรู้ความตายของผู้อื่น 8 ข้อ 3) การรับรู้ภาวะใกล้ตายของตนเอง 8 ข้อ และ 4) การรับรู้ภาวะใกล้ตายของผู้อื่น 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน รวมมีค่าคะแนน 32 – 160 คะแนน โดยงานวิจัยความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยของ Veronica (2012) ได้นำแบบสอบถามนี้มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการสอบซ้ำ (Test-retest) ภายในระยะเวลาห่างกัน 2 วัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.83

3.5.3 The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) (Conte et al., 1982) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) กลัวความไม่รู้ 2) กลัวความทรมาน 3) กลัวความเดียวตาย และ 4) กลัวการดับสิ้นชีวิต มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scales) ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย (1) ถึง เห็นด้วย (3) รวมมีค่าคะแนน 15 – 45 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมาก โดยงานวิจัยของ Deborah et al. (2010) ที่ศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้นำแบบสอบถามนี้มาใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

ในการวิจัยครั้งนี้ประเมิน ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยใช้ The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) ของ Conte et al. (1982) เนื่องจากเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เคยถูกนำมาใช้ในญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดย Deborah et al. (2010) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 แปลผลว่ามีความยอมรับได้ในระดับสูง (DeVellis, 2012) และเมื่อพิจารณาข้อคำถามในแต่ละข้อเข้าใจง่าย มีความเป็นรูปธรรม อาทิ คุณรู้สึกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการตายของผู้ป่วยที่กำลังเกิดขึ้น, คุณรู้สึกกังวลว่ากระบวนการตายของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นอย่างเจ็บปวด, คุณกังวลว่าไม่ได้อยู่อย่างไรโดยไร้ซึ่งผู้ป่วย และคุณรู้สึกกังวลที่ไม่รู้ว่าภายหลังจากการตายจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย เป็นต้น โดยผู้วิจัยได้

นำ The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) ของ Conte et al. (1982) มาแปลเป็นภาษาไทย แล้วปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และความเป็นอยู่ของคนไทยในปัจจุบัน และปรับเปลี่ยนมาตรวัดประมาณค่า (Rating scales) จาก 3 ระดับ เป็น 5 ระดับ ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) รวมมีค่าคะแนน 15 – 75 คะแนน

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

4.1 สัมพันธภาพกับผู้ป่วย

การเจ็บป่วยของคนในครอบครัวทำให้เกิดความไม่สมดุลภายในครอบครัว (May, 1993) ทำให้คนในครอบครัวต้องเกิดการปรับตัว เพื่อเผชิญกับปัญหา เพื่อให้คนครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ (รุจา ภูโพบูลย์, 2537) คนในครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย (Ragsdale et al., 1993) แต่การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามเป็นการดูแลที่ใช้เวลาต่อเนืองยาวนาน และต้องครุ่นคิด วิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยอยู่เสมอ

สัมพันธภาพ หมายถึง ความผูกพัน หรือความเกี่ยวข้องกัน (สำนักราชบัณฑิตยสภา, 2550) โดยมีพื้นฐานมาจากความรัก ความเอาใจใส่ ความมีน้ำใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อถือให้เกียรติซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน มีผลต่อการแก้ปัญหาต่างๆ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (จันทนา ชาญประโดน, 2550) หากสัมพันธภาพนั้นเป็นสัมพันธภาพที่ดี คือ มีการยอมรับในความแตกต่าง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ยอมรับซึ่งกันและกัน ปรับตัวเข้าหากัน เพิ่มเติมความรักให้กัน (Friedman, 1986)

คมสัน แก้วระยะ (2540) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ถึงความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อถือ และความไว้วางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อผู้ป่วย ได้แบ่งองค์ประกอบของสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย ไว้ 2 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การยอมรับการเป็นบุคคลของผู้ป่วย หมายถึง การให้เกียรติในความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้ป่วย เพื่อจะได้แสดงออก หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยมีพื้นฐานมาจากความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อถือ และความไว้วางใจ

2. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย หมายถึง การแสดงออกทางบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการแสดงออกทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกต่อผู้ป่วย

ปาริฉัตร กุลชาบาล (2550) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วย หมายถึง ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน การยอมรับความคิดเห็น และการวิจารณ์ซึ่งกันและกัน ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย

การที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งเป็นโรคที่ใกล้ชิดกับความตายส่งผลให้บุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่รัก บิดา-มารดา บุตร ญาติสนิท ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยนั้นมีความรู้สึกที่แตกต่างกันออกไป บางคนรู้สึกเกิดความขัดแย้งภายในใจที่ไม่อยากทนเห็นผู้ป่วยอยู่ต่ออย่างทรมาน แต่ก็ไม่อยากสูญเสียบุคคลที่รักไป นำไปสู่ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นที่พึ่งพิงในด้านเศรษฐกิจ ความคิด และกำลังใจแก่ญาติมากเท่าใด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายย่อมมีมากขึ้น (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553) ดังเช่น สามิ-ภรรยา ที่เคยผ่านการร่วมทุกข์-ร่วมสุขกันมาอย่างยาว หากคนหนึ่งคนใดจากไปคนที่เหลือจะอยู่ต่ออย่างไร หรือบิดา-มารดาที่พุ่มพักเลี้ยงดูบุตรตั้งแต่เยาว์วัย ตั้งตารอดูการเติบโตใหญ่ เอาใจช่วยให้บุตรประสบความสำเร็จ ฝืนให้บุตรมีความสุขในชีวิต เลี้ยงดูตัวเอง แล้วกลับมาเลี้ยงดูบิดา-มารดาตามแก่เฒ่า หากวันนี้นบุตรต้องจากไปก่อนวัยอันควร บิดา-มารดาจะทำอย่างไร หรือหากในวันนี้คุณพ่อ-คุณแม่ สิ้นไปแล้ว บารมีใดจะปกป้องบุตร บุตรจะมีชีวิตอยู่อย่างไร (พระราชญาณวิสุทธิโสภณ, 2541; พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาตินั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะพยายามลดระดับสัมพันธภาพที่มีต่อผู้ป่วยลง เพื่อลดความรู้สึกเกี่ยวกับการแยกจาก การถูกทอดทิ้ง และสูญเสียผู้ป่วยลง (Blieszner & Shifflett, 1990) ส่วนงานวิจัยของ ศิราณี เก็จกรแก้ว และคณะ (2559) พบว่า สัมพันธภาพที่มีคุณภาพระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในประเทศไทยแบ่งได้ 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เหตุผลในการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ระยะที่ 2 สัมพันธภาพที่มีคุณภาพ และ ระยะที่ 3 การให้การดูแล โดยระยะสัมพันธภาพที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 4 หมวดย่อย คือ 1) ความรัก (Love) 2) ความสงสาร (Sympathy) 3) ความเห็นใจ (Caring) และ 4) ความผูกพัน (Connectedness) ซึ่งได้อธิบายความเห็นใจ ว่าเป็นความรู้สึก ความกังวลถึงสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับ สิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณรัตน์ ลาวัง และคณะ (2549) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วยส่งผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สร้างความรู้สึกสับสน ท้อแท้ โศกเศร้า สูญเสีย นอนไม่หลับ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2538)

การประเมินสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ดังนี้

1. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ (คมสัน แก้วระยะ, 2540) ที่สร้างขึ้นจาก Family Caregiver Inventory : The Caregiver View (Stewart & Archold, 1996) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ 9 ข้อ และ 2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ 11 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Guilford scale) ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน ไม่จริงเลย (1) ถึง จริงมากที่สุด (4) รวมมีค่าคะแนน 20 – 80 คะแนน นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93

2. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย (ปาริฉัตร กุลชาบาล, 2550) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Sullivan (1993) ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ 1) ด้านความรักความห่วงใย 2 ข้อ 2) ด้านการเข้าถึงความรู้สึกของผู้อื่น 2 ข้อ 3) ด้านความเห็นอกเห็นใจ 2 ข้อ 4) ด้านการยอมรับความเชื่อใจ 2 ข้อ 5) ด้านความเป็นตัวเอง 2 ข้อ และ 6) ด้านความเข้าใจซึ่งกันและกัน 3 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน ไม่จริง (1) ถึง จริงมาก (4) รวมมีค่าคะแนน 13 – 52 คะแนน นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81

ในการวิจัยครั้งนี้ประเมิน สัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยใช้ แบบสอบถามสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจาก แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ของ คมสัน แก้วระยะ (2540) โดยการปรับ และลดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนลงจาก 20 ข้อ เหลือ 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 รายการ ดังนี้ 1) ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ 4 ข้อ และ 2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ 6 ข้อ แล้วปรับมาตรวัดจาก 4 (Guilford scale) ระดับ เป็น 5 ระดับ (Rating scale) ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) รวมมีค่าคะแนน 10 – 50 คะแนน ผู้วิจัยเลือกปรับปรุงแบบสอบถามของ คมสัน แก้วระยะ (2540) เนื่องจากแบบสอบถามฉบับนี้มีข้อคำถามที่สะท้อนถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยตรง และข้อคำถามในแต่ละรายด้านมีความสอดคล้องกับแนวคิดสัมพันธภาพที่มีคุณภาพของ ศิราณี เก็จรแก้ว และคณะ (2559) ได้แก่ 1) ความรัก 2) ความสงสาร 3) ความเห็นใจ และ 4) ความผูกพัน เช่น คุณรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นบุคคลสำคัญในชีวิต คุณหวังใจต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย คุณแสดงออกถึงความรักกับผู้ป่วย คุณเต็มใจทำในสิ่งที่ผู้ป่วยร้องขอ นอกจากนี้แบบสอบถาม

ฉบับนี้มีข้อความจำนวนมากจึงสะดวกต่อการพิจารณาคงไว้ซึ่งข้อความ หรือตัดออก ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93

4.2 การรับรู้อาการผู้ป่วย

อาการ เป็นประสบการณ์การรับรู้ และตระหนักรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของชีวิตสังคม (Biopsychosocial function) เป็นการประเมินภาวะของโรค (Wilson & Cleary, 1995; สุริพร ธนศิลป์ และคณะ, 2552) ซึ่ง Dodd et al. (2001) กล่าวว่า ประสบการณ์การมีอาการนั้นเป็นปัจเจก เป็นเรื่องส่วนบุคคลของผู้ป่วย หรือสามารถแปลความหมาย อธิบาย และถ่ายทอดผ่านทางญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ถูกอธิบายในลักษณะความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน คุณภาพของอาการ และระยะเวลาในการเกิดอาการ (Lens et al., 1997)

ความรุนแรงของอาการ หมายถึง ภาวะการดำเนินของโรคในทางที่แยกลง ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ มีลักษณะเรื้อรัง กลับเป็นซ้ำ มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา (จันทร์พรหมน้อย, 2547) ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจ และท้อแท้ (Lee & Craft-Rosenberg, 2002)

จันทร์พรหมน้อย (2547) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการ หมายถึง ความรู้สึกที่มีต่อลักษณะการดำเนินของโรค การกลับเป็นซ้ำ รอยโรค ที่มีผลมาจากการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ภรภัทร อิมโอธู (2550) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการ หมายถึง ความรู้สึกที่มีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วย ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล

การรับรู้อาการผู้ป่วยในมิติความรุนแรงของอาการนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยที่เคยได้รับรู้ ได้สัมผัสมา เมื่อญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามรับรู้ว่ามีอาการทุดหนักลง มีความทุกข์ มีความทรมาน ญาติผู้ป่วยป่วยจะรู้สึกคับคั่งใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ รู้สึกทุกข์ทรมานกว่าผู้ป่วยในทุกขมिति เหนือสิ่งอื่นใดคือกลัวการพลัดพราก การสูญเสียบุคคลที่รัก ที่ผูกพันไป (Lorraine, 2005; Boston & Mount, 2006; สมพร ปานผดุง, 2558) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jonsen et al. (2000) พบว่า เมื่อญาติผู้ป่วยรับรู้ว่ามีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรง ญาติผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และรับรู้ว่าการที่รุนแรงเป็น สัญญาณเตือนที่บ่งบอกว่า ความตายของผู้ป่วยกำลังจะมาถึง เนื่องจากเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน มีวิธีการรักษาที่ไม่แน่นอน มีความเสี่ยงสูง ทำให้ญาติเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสถานการณ์ที่จะ เกิดขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะความตายของผู้ป่วย เช่นเดียวกับงานวิจัยของ พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวิชย์ (2544) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีระดับการพึ่งพาในระดับปานกลาง และมีโรคประจำตัวร่วมด้วย จะมี

ระดับการรับรู้ถึงความอันตรายหรือการสูญเสียในชีวิต (Harm or Loss) และรับรู้ถึงภัยคุกคามต่อชีวิต (Threat or Anticipate threat) อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ศรีรัตน์ อิน-เกตต์ และคณะ (2552) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดสมองในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทมีความต้องการให้พยาบาลให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด และต้องการอยู่ใกล้ติดผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งการการแสดงออกถึงความวิตกกังวลต่อชีวิต และความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว 5 คะแนน มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต และงานวิจัยของ อีรณู ห้า-นิรติศัย และปริญญา แร่ทอง (2556) พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับรู้ว่าการผิดปกติของผู้ป่วยที่เป็นอยู่นั้นจะแย่งเรื่อยๆ จนถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติผู้ป่วยจะรู้สึกหมดหวัง เคืองคว้าง สับสน หวาดหวั่น ไม่รู้จะจัดการกับเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ และ/หรืออนาคตที่กำลังจะเกิดขึ้นอย่างไร ก่อให้เกิดเป็นความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย

การประเมินการรับรู้อาการผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ดังนี้

1. แบบสอบถามความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย (จันทรา พรหมน้อย, 2547) ที่ปรับปรุงจากแบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุขณะอยู่ในโรงพยาบาล ของ สมพร รัตนพันธ์ (2541) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ โดยวัดตามการรับรู้ของผู้ดูแล ออกแบบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงมีค่าตั้งแต่ 0 - 10 คือ ไม่รุนแรง (0) ถึง รุนแรงมากที่สุด (10) นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95

2. แบบประเมินความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ภรภัทร อิมโธฐ, 2550) ที่ปรับปรุงจากแบบประเมิน Barthel ADL Index ของ ไสรญา สุดสวระ (2547) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนเพิ่มขึ้น 5 คะแนนในแต่ละข้อที่เลือกตอบ รวมมีค่าคะแนน 0 - 100 นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95

งานวิจัยฉบับนี้ประเมิน การรับรู้อาการผู้ป่วย โดยใช้ แบบสอบถามการรับรู้อาการผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยของ จันทรา พรหมน้อย (2547) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ผู้วิจัยเลือกปรับปรุงแบบสอบถามของ จันทรา พรหมน้อย (2547) เนื่องจากแบบสอบถามฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93 อีกทั้งเคยถูกนำไปใช้ในญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุโดย จันทรา พรหมน้อย (2547) ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในงานวิจัยฉบับนี้

4.3 ทศนคติต่อความตาย

เมื่อกล่าวถึงโรคมะเร็งระยะลุกลามญาติผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความตาย และความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัสของผู้ป่วย อีกทั้งวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าเพียงใดในปัจจุบัน แต่ยังคงก่อให้เกิดผลกระทบข้างเคียงต่อตัวผู้ป่วยอย่างเห็นได้ชัด และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงทำได้เพียงการอดทนไปกับสภาวะการณที่เป็นอยู่ ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงเกิดความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามของผู้ป่วยคือประสบการณ์ที่เลวร้ายที่สุดในชีวิต (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536)

การเกิด แก่ เจ็บ และตาย เป็นกฎเกณฑ์ธรรมชาติที่ทุกสิ่งมีชีวิตต้องพบเจอ และไม่มีใครหลีกเลี่ยงกฎเกณฑ์นี้ได้พ้น แต่เมื่อพินิจดูแลแล้ว ความตาย คงเป็นที่รังเกียจของใครหลายคน เพราะมีน้อยคนที่จะพูดคุย ถกเถียงในประเด็นที่เกี่ยวกับความตาย โดยเฉพาะความตายของคนใกล้ชิด ความตายของคนที่คุณเองรัก และให้ความสำคัญ ความตายเป็นจุดสูงสุดของความกลัวทุกชนิด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากคนเราไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ก็จะไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งใดเลย (พุทธทาสภิกขุ, 2537)

พระมหาสุพรต ธรรมาราม, 2554 กล่าวว่า ทศนคติต่อความตาย หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก ความนึกคิด ท่าที และการแสดงออกของบุคคลที่มีต่อความตาย แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านความรู้คิด (Cognitive) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจที่มีต่อความตาย และกระบวนการตาย
2. ด้านความรู้สึก (Affective) หมายถึง ความรู้สึก ท่าที ที่มีต่อความตาย และกระบวนการตาย
3. ด้านพฤติกรรม (Behavioral) หมายถึง การปฏิบัติ การแสดงออกต่อความตาย และกระบวนการตาย

ผู้ที่รับรู้ถึงความตายเป็นเรื่องน่ากลัว เป็นความทุกข์ เป็นความทรมาน จะทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งการรับรู้ภายใต้ทศนคติเชิงลบเป็นการจำกัดการคิดทางจิตวิทยา (Panikulam, 1991) การสร้างความเข้าใจ สร้างทัศนคติที่มีต่อความใหม่โดยทำให้เป็นเชิงบวกจะช่วยให้ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายลดลงได้ (Villar, 1997) ในทางพุทธศาสนาที่มุ่งเน้นให้รู้เท่าทันความตายตามความเป็นจริง โดยให้พิจารณาว่าความตายเป็นสภาวะพื้นฐานของสิ่งมีชีวิต ทุกชีวิตต้องสิ้นสุด เป็นขั้นตอนสุดท้ายแห่งความมั่งคั่งของชีวิต เป็นเครื่องเตือนสติถึงการดำรงอยู่อย่างมีคุณค่า มองว่าทุกวินาทีที่มีอยู่ไม่ควรสูญเปล่า ต้องเร่งรีบเพื่อกระทำการบางอย่างให้สำเร็จด้วยความไม่ประมาท ไม่ปล่อยให้ชีวิตล่องลอยโดยไม่มีสิทธิ์กำหนดเอง เพราะเมื่อถึงคราวตายไม่มีสิ่งใดในโลก

สามารถต้านทานความตายได้ (Hoff, 1989; Corey, 1996; พระมหาสุพรต ธมมาราโม, 2554) โดยงานวิจัยของ Zuehlke & Watkins (1975) พบว่า การเปลี่ยนทัศนคติต่อความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามให้มองว่าความตายมีคุณค่า ช่วยให้ตนดำรงชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย ทำให้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพรรณ ศรีธัญญรัตน์ (2539) พบว่า การสร้างภาพให้ความตาย และการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม เป็นภาพในเชิงบวก โดยมองเป็นวาระทางธรรมชาติ เป็นวาระที่ครอบครัวได้แสดงความรักซึ่งกันและกัน เป็นวาระที่ได้ค้นหาความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ งานวิจัยของ Sigelman & Shaffer (1996) และ Tomer & Eliason (1996) พบว่า ญาติผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญกับความตายเสมอ มีทัศนคติต่อความตายไม่ตี ส่งผลให้มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูง

การประเมินทัศนคติต่อความตาย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ดังนี้

1. แบบวัดทัศนคติต่อความตายในพระพุทธศาสนาเถรวาท (พระมหาสุพรต สมศิริ, 2554) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้คิด 10 ข้อ 2) ด้านความรู้สึกรู้สึก 10 ข้อ และ 3) ด้านพฤติกรรม 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) รวมมีค่าคะแนน 30 – 150 คะแนน นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94

2. Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) (Wong et al., 1994) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) การกลัวความตาย (Fear of death) 7 ข้อ 2) การหลีกเลี่ยงความตาย (Death avoidance) 5 ข้อ 3) การยอมรับความว่างเปล่า (Neutral acceptance) 5 ข้อ 4) การยอมรับการเข้ามาใกล้ (Approach Acceptance) 10 ข้อ และ 5) การยอมรับการหลบหนี (Escape Acceptance) 5 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 7 ระดับ ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 7 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (7) รวมมีค่าคะแนน 32 – 164 คะแนน นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

3. ในการวิจัยครั้งนี้ประเมิน ทัศนคติต่อความตาย โดยใช้ แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย ที่ปรับปรุงจาก แบบวัดทัศนคติต่อความตายในพระพุทธศาสนาเถรวาท ของ พระมหาสุพรต ธมมาราโม (2554) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม สังคม ศาสนา และความเชื่อของคนไทย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความ

เที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการปรับ และลดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนลงจาก 30 ข้อ เหลือ 15 ข้อ

4.4 การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย

ในสังคมไทยพุทธปัจจุบันได้มีการผสมผสานความเชื่อเกี่ยวกับความตายด้วยเรื่องกฎแห่งกรรม ไตรลักษณ์ วัฏสังสาร จักรวาลไตรภุมิของศาสนาพุทธ เข้ากับจากการนับถือผี และเทพเจ้าฮินดู - พราหมณ์ อย่างแยกออกจากกันไม่ได้ชัดเจน (ปราณี, 2534; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) ความเลื่อมใส ศรัทธาที่มีต่อพุทธศาสนาเป็นส่วนช่วยด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ที่จะทำให้อาตมา ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหลุดพ้นจากความกลัวในทุกสิ่งทุกอย่าง (สุรกุล เจนอบรม, 2541)

สุวรรณา วุฒิธรณฤทธิ์ (2544) กล่าวว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางพุทธศาสนา หมายถึง พฤติกรรมการแสดงของพุทธศาสนิกชนที่พึงปฏิบัติตามความเลื่อมใส ศรัทธาต่อพุทธศาสนา

สารภี รังสีโกศัย (2556) กล่าวว่า ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย หมายถึง ความเลื่อมใส ความศรัทธา ความเชื่อที่ต่อคำสั่งสอนทางพุทธศาสนาในมุมมองของความตาย และชีวิตหลังความตาย

การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย จึงหมายถึง พฤติกรรมการแสดงของพุทธศาสนิกชนที่พึงปฏิบัติตามความเลื่อมใส ความศรัทธา ความเชื่อที่ต่อคำสั่งสอนทางพุทธศาสนาในมุมมองของความตาย และชีวิตหลังความตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตายเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้ดังต่อไปนี้

4.4.1 การโน้มนำจิตของผู้ป่วยให้นึกถึงสิ่งที่ดีงาม เพื่อให้จิตเป็นต้นทางไปยังภพภูมิที่ดี เนื่องจากในภาวะที่ร่างกายอ่อนกำลัง หรือหรือหมดความรู้สึกตัว จิต ยังคงทำงานอยู่สักระยะ อย่างเป็นอัตโนมัติ ซึ่งจิตจะไม่รับรู้ถึงปัจจุบัน จะระลึกถึงภาพจำในอดีตอย่างเด่นชัด ดังนั้นการฝึกผู้ป่วยโน้มนำจิตให้ระลึกถึงภาพจำที่ดี ก็เป็นความเชื่อว่าจะนำผู้ป่วยไปสู่ภพชาติที่ดี (วิไลลักษณ์ สายเสนห์, 2537)

4.4.2 การสวดมนต์ เพื่อคลายทุกขเวทนา และต่อชะตาแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะบทสวดโพชฌงค์ ที่ถูกเล่าขานกันเป็นเป็นตรที่ช่วยให้พระพุทธรเจ้าหายประชวร เพราะเป็นธรรมแห่งปัญญา ซึ่งเป็นเรื่องการทำจิตใจให้สว่าง สะอาด ผ่องใส เป็นการรักษาที่ใจ (พระพรหมคุณาภรณ์, 2548)

4.4.3 การทำทาน การให้ด้วยใจใฝ่ดี เพื่อสร้างความดี เช่น การให้สิ่งของ การให้ความรู้ การกระทำประโยชน์แก่ส่วนรวม (พระธรรมโกศาจารย์, 2533; สุพจน์ ทองนพคุณ, 2550)

4.4.4 การกล่าวอำลา การขอโทษกรรม เป็นการจัดการเรื่องราวที่ค้างค้ำในจิตใจที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อลดความเป็นห่วง ความวิตกกังวลต่ออนาคตที่ไม่มีผู้ป่วย (กรณีจริยา สุขรุ่ง, 2551; พระไพศาล วิสาโล และปรีดา เรื่องวิชาการ, 2549)

4.4.5 การเจริญสติภาวนา เป็นการพัฒนาจิตใจให้เกิดสติ สมาธิ ปัญญา จิตใจจะมีความแน่วแน่ ไม่ว่าจะสู้ สามารถพิจารณาตามความเป็นจริง เข้าใจในธรรมชาติ (พระธรรมโกศาจารย์, 2533; พระราชญาณวิสุทธิโสภณ, 2541; หลวงพ่อพระราชพรหมยาน, 2541; พรสุพจน์ ทองนพคุณ, 2550) การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติทำให้ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับความทุกข์ และความตายได้ในที่สุด (พีรเทพ รุ่งคุณากร, 2547)

การที่ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนให้การสูญเสียบุคคลที่ตนเองรักอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลต้องการมีความหวัง (Forbes, 1994) เพราะความหวังช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีจิตใจที่มั่นคง สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายได้ (Lazarus & Folkman, 1984; Rawlins, 1984) จากงานวิจัยของ รวี ดาวเดือน (2547) พบว่า ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องการมีความหวังให้ผู้ป่วยหาย หรือเพียงแค่ว่าไปอย่างสงบก็ยินดี ซึ่งเป็นที่รู้กันดีว่าโรคมะเร็งระยะลุกลามเป็นโรคที่ความก้าวหน้าทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ญาติผู้ป่วยจึงต้องอาศัยอำนาจเหนือวิทยาศาสตร์ตามความเชื่อของตน เป็นที่ยึดเหนี่ยว โดยหวังในใจลึกๆ ขอให้ปาฏิหาริย์เกิดขึ้นกับตน เกิดขึ้นกับคนที่ตนรัก

การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงเปรียบได้ดังการช่วยเยียวยาความหวาดหวั่น หวาดกลัวต่อความของของผู้ป่วยที่กำลังจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะเรื่องของผลกระทบที่ต่อผู้ป่วยได้กระทำมาก่อนหน้านี้ที่จะเป็นตัวบ่งชี้วาระสุดท้ายในชีวิตของผู้ป่วย เช่น มีความเชื่อว่าหากผู้ป่วยเคยกระทำความบาปมากจะส่งผลให้จิตสุดท้ายระลึกถึงแต่บาปที่เคยกระทำมา ซึ่งจะเหนี่ยวนำให้ดวงวิญญาณของผู้ป่วยไม่ไปสู่สุคติ ไม่ได้ผุด ไม่ได้เกิด เป็นดวงวิญญาณเร่ร่อน หรือบาปนั้นที่ป่วยได้เคยกระทำมาจะส่งผลต่อภพภูมิถัดไปของผู้ป่วยให้ต้องไปจุติเป็นเดรัจฉานบ้าง คนไม่สมประกอบบ้าง การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาของญาติผู้ป่วยจึงเป็นตั้งเนื้อนาบุญให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างสะดวก เช่น การพูดจาชักจูง เหนี่ยวนำให้ผู้ป่วยระลึกถึงแต่คุณงามความดีของตนในช่วงท้ายของชีวิตเพื่อหวังใจให้ดวงจิตสุดท้ายของผู้ป่วยสติสมากพอที่จะนำผู้ป่วยไปสู่สุคติได้ หรือแม้แต่การทำทานที่ช่วยให้ญาติ และผู้ป่วยลดการยึดติดต่อสิ่งนอกกายของตน เพิ่มพูนบุญกุศล ช่วยถ่วงสมดุลย์เวรกรรม

งานวิจัยของ ศิริวรรณ วรรณศิริ (2548) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการด้านการสร้างเสริมพลังทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางมาก และมีความต้องการด้านการ

ประคับประคองจิตใจอยู่ในระดับมาก โดยด้านการสร้างเสริมพลังทางจิตวิญญาณญาติผู้ป่วยมีความต้องการส่งเสริมให้เกิดความหวังในชีวิต ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และต้องการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และด้านการประคับประคองจิตใจ ญาติผู้ป่วยต้องการให้ช่วยบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพร ปานดุง และคณะ (2558) พบว่า ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมักเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายใจ หวาดหวั่น สิ้นคลอน หรือกลัวทุกครั้งที่มีถึงการตายของผู้ป่วยที่กำลังใกล้เข้ามาถึง ซึ่งส่งผลให้ความผูกพันทางจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยลดลง การฝึกสมาธิแบบอานาปนสติทำให้ญาติผู้ป่วยมีความสงบ สุขุม ผ่อนคลาย มีความคิดอยู่กับปัจจุบัน มีเหตุผล มีวิจารณ์ญาณ จึงเกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่อผู้ป่วยที่เกิดขึ้นลงได้ เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ วัลภา คุณทรงเกียรติ (2558) พบว่า การปฏิบัติตามความเชื่อ และคำสั่งสอนทางศาสนา เช่น การทำบุญ ฟังเทศธรรมะ ช่วยให้ญาติผู้ป่วยจิตใจสงบ เข้าใจความตาย ลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยที่กำลังจะเกิดขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ประเมิน ประเมินการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย โดยใช้ แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ

4.5 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ความรู้ เป็นกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาทางด้านสติปัญญาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจดจำข้อเท็จจริง เพื่อมาใช้ในการประกอบการตัดสินใจ (Bloom, 1964)

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537; Tang et al., 2007) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mclean et al. (1991); วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ, 2547; วิภา วิเสโส, 2547 พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับตัวโรค อาการ อาการแสดงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ข้อมูลด้านรักษาที่ทันสมัยเป็นปัจจุบัน ข้อมูลด้านการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ญาติผู้ป่วยเพิ่มความแข็งแกร่งทางจิตใจ ควบคุมตนเองได้ และลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (Thoits, 1986) ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

การให้ข้อมูลหรือการให้ความรู้ก็เป็นวิธีการหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลและเพนบเทาทออิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้เอง การให้ข้อมูลเป็น 1 ใน 3 ของรูปแบบการพยาบาล เพื่อพัฒนาให้ญาติผู้ดูแลสามารถที่จะดูแลตนเองได้ และการให้ข้อมูลก็เป็นปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ (อุบล จวงพานิช, 2536) ความไม่รู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค และการรักษา เป็นสาเหตุที่ทำให้ญาติผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Hickey, 1993)

จากการศึกษานำร่องของ ฐิติมา ธารประสิทธิ์ (2547) พบว่า ญาติผู้ป่วยร้อยละ 93.3 มีความต้องการ ข้อมูลที่เป็นความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา เมื่อได้รับโปรแกรม การให้ข้อมูลความรู้ประกอบด้วยโรค อาการ การรักษา การดูแลภายหลังการรักษา ส่งผลให้ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ งานวิจัยของ วิจิตรา บุรณศรี (2556) พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการ การตรวจ วินิจฉัย การรักษา การพยาบาล และการปฏิบัติดูแล มีผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยเนื้องอก สมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ นิตยา คชศิลา (2548) พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลที่ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อ และอาการข้างเคียงจากยาแก่ญาติผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ กาญจนา มยุระสุวรรณ (2552) พบว่า การให้ ข้อมูลโดยการสอนเรื่องโรคมะเร็งระยะลุกลาม อาการที่พบ การดูแลเมื่อเกิดอาการ และการชี้แนะ โดยเสนอวิธีการดูแลที่ส่งผลต่อผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกับญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ส่งผลให้ระดับ ความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ ลดาวัลย์ บุรณะปยะวงศ์ (2544) ที่พบว่าการสนับสนุนการให้ ข้อมูลสามารถลดความวิตกกังวล เพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และเป็นการเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของตัวญาติผู้ป่วยเอง

การให้ความรู้ยังส่งผลต่อภาวะทางจิตใจของญาติผู้ป่วยดังเช่น งานวิจัยของ จีร์รัตน นวมะชิตี (2547) พบว่า การให้ข้อมูล ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูง ที่สุด และยังมีความสัมพันธ์ด้านความผาสุกทางจิตใจสูงที่สุดเช่นกัน งานวิจัยของ อภิญา สัตยธรรม (2550) ที่พบว่า การให้ข้อมูลตามความต้องการของญาติผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจ เพิ่มมากขึ้น

ดังจะเห็นได้ว่าความรู้ส่งผลต่อความวิตกกังวลจริง แต่ที่น่าสังเกตคือชุดความรู้ในแต่ละโรค ของผู้ป่วยนั้นแต่ต่างกัน ขึ้นอยู่กับความสอดคล้องกับตัวโรคและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จากการทบทวน วรรณกรรมพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วย

4.5.1 ความหมายของโรคมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งเป็นโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้ หายขาดได้ แต่สามารถเยียวยา บรรเทาอาการผิดปกติทางร้ายที่เกิดขึ้นจากตัวโรค และการรักษาได้

4.5.2 อาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่พบบ่อย เช่น อาการปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานไม่ได้ ติดเชื้อ เป็นต้น

4.5.3 วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น วิธีการผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวด วิธีการรังสีรักษาส่งผลให้เกิดผิวหนังไหม้ วิธีเคมีบำบัดส่งผลให้ผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

4.5.4 การดูแลผู้ป่วยตามอาการ และการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

ในการวิจัยครั้งนี้ประเมิน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

5. บทบาทพยาบาลเกี่ยวกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

เมื่อความตายกำลังจะเกิดขึ้นกับบุคคลที่ตนเองรัก ญาติผู้ดูแลย่อมมีอารมณ์ ความรู้สึก การแสดงออกเกี่ยวกับการตายของผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับตัวบุคคล สภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ในขณะนั้น แต่โดยทั่วไปแล้วญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยจะมีสภาวะอารมณ์ที่ไม่แตกต่างกัน เช่น ปฏิเสธความตาย ความผิดพลาดที่กำลังจะเกิดขึ้น การกล่าวโทษผู้ป่วยที่กำลังจะจากไป การกล่าวโทษ หรือต่อต้านบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่อาจยืดเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วยได้ เกิดความรู้สึกผิดที่ตนเองไม่สามารถช่วยอะไรผู้ป่วยได้ รู้สึกสับสน หวาดหวั่น หวาดกลัว ไม่สามารถสลัดความคิด ความวุ่นวายใจเหล่านี้ออกได้ จึงทำให้ญาติผู้ดูแลวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (Fulton et al., 1981; ทักษิณีย์ ทองประทีป, 2553 และเอมอชฌา วัฒนบุรณานนท์, 2554)

การที่ญาติผู้ดูแลวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความทุกข์ทรมานในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดการปิดกั้นในการรับรู้ การแก้ปัญหา ส่งผลให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ท้ายที่สุดแล้วผู้ป่วยจะต้องทุกข์ทรมานกับการดูแลที่ไม่ได้คุณภาพของญาติผู้ดูแล เพราะญาติผู้ดูแลเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นความหวัง เป็นกำลังใจของผู้ป่วย และเป็นตัวกลางส่งผ่านการพยาบาลเพื่อก่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี นำไปสู่การตายดีในที่สุด ดังนั้นพยาบาลบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ใกล้ชิดกับญาติผู้ดูแลที่สุดจึงต้องเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ ดูแลให้ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอย่างเหมาะสม และสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปบทบาทของพยาบาลในเกี่ยวกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551; แสงเทียน ธรรมลิขิตกุล, 2552; ทักษิณีย์ ทองประทีป, 2553;

สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554; เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์, 2554 และวิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, 2556) ได้ดังต่อไปนี้

5.1 สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ

5.2 สร้างความตระหนักรู้ในตนเอง สร้างความเข้าใจในความคิด อารมณ์ รวมทั้งพฤติกรรมที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแสดงออกมาโดยขาดการควบคุมตนเอง ขาดการรับฟัง และไม่สมเหตุผล อันเนื่องมาจากการวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย

5.3 ยอมรับในความคิด อารมณ์ รวมทั้งพฤติกรรมที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแสดงออกมาโดยไม่มีเงื่อนไข ด้วยท่าทีที่สงบ เป็นมิตร รับฟังอย่างเต็มใจ ให้เกียรติความเป็นมนุษย์ ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการยอมรับญาติผู้ดูแลที่สงบ อ่อนโยน ของพยาบาลช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ เปิดใจ และพร้อมที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่พยาบาลต้องการช่วยเหลือ

5.4 ศึกษา ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคล และสภาพพื้นฐานอารมณ์ของญาติผู้ดูแล

5.5 ประเมินการรับรู้ ความคิด การยอมรับ ความคาดหวัง ความต้องการ ความปรารถนา สัญลักษณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้

5.6 ประเมินกลไกการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เคยใช้ในอดีต เพื่อใช้เสริมแรง เสริมความมั่นใจได้อย่างเหมาะสม

5.7 กระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระบายความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ หรือสัญลักษณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เพื่อให้คลายความวิตกกังวล

5.8 กระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ค้นหาวิธีการจัดการกับสถานการณ์ปัจจุบันด้วยตนเอง หรือหากไม่สามารถค้นหาวิธีได้จะดำเนินการต่อไปอย่างไร

5.9 ช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเกิดความตระหนักรู้ถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่กำลังคุกคามอยู่ และช่วยให้เข้าใจว่าความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ญาติผู้ดูแลกำลังเป็นอยู่นั้นสามารถเกิดขึ้นได้ และสามารถจัดการได้

5.10 ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทบทวนกับความวิตกกังวล ความรู้สึก การจัดการกับปัญหา ด้วยการทวนซ้ำ สะท้อน ตีความ และสรุปความคิด ความรู้สึกที่ญาติผู้ดูแลแสดงออกมา

5.11 เสริมแรงบวก ชื่นชม ยินดี แสดงความเข้าใจในการจัดการกับปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

5.12 ไม่ตำหนิในความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แสดงออกเนื่องจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เพราะเป็นการกระตุ้นให้ความวิตกกังวลเพิ่มระดับขึ้น และลดระดับความไว้วางใจในตัวพยาบาล แต่ให้ใช้วิธีกระตุ้นให้คิด พิจารณาการแสดงออกที่ไม่สมเหตุผลเหล่านั้น เพื่อให้เกิดการแสดงออกที่สมเหตุผลด้วยตัวญาติผู้ดูแลเอง

5.13 สนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ใช้พลังงานส่วนเกินไปในทางสร้างสรรค์ สนุกสนาน ผ่อนคลายได้ด้วยตนเอง เช่น การควบคุมการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ เป็นต้น

5.14 อธิบาย ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามด้วยภาษาที่เข้าใจ หลีกเลียงการใช้ศัพท์เทคนิค หรือภาษาเฉพาะ เพื่อลดความเข้าใจผิด

5.15 เป็นสื่อกลางในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษา การพยาบาล และการดูแลในทุกระดับระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับทีมสุขภาพ

5.16 เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา การพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยด้วยการประชุมครอบครัว เพื่อให้การรักษา การพยาบาล และการดูแลที่กำลังจะเกิดขึ้นเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว โดยมีทีมสุขภาพร่วมพิจารณาถึงความเหมาะสมก่อให้เกิดคุณภาพการดูแล และคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย

5.17 อำนวยความสะดวกให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับญาติผู้ป่วยอื่น เพราะการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกกับบุคคลที่มีสภาวะประสบการณ์การใกล้เคียงกันจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดตกตะกอนทางความคิดได้ด้วยตนเอง และสามารถนำประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์เหล่านั้นไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง

5.18 ค้นหาแหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับความหวัง กำลังใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลได้ใช้พลังเหล่านั้นอย่างสมเหตุผล

5.19 อำนวยความสะดวกให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้เข้าเยี่ยม หรือเฝ้าข้างเตียงผู้ป่วยตามความเหมาะสม และเป็นส่วนตัว

5.20 ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ตามความเหมาะสม

5.21 หากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความผิดปกติทางด้านร่างกายร่วมด้วย และความผิดปกตินั้นทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพพยาบาลต้องทำการส่งต่อตามความเหมาะสม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยของ Susan & Peter (2000) ได้ศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย และความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเนื้องอกสมองในประเทศสวีเดน เป็นผู้ป่วย 20 ราย ญาติผู้ป่วย 15 ราย ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลแบบ 4 ขั้นตอน (Giorgi, 1985) พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย มี 6 ประเด็น ดังนี้ 1) ปฏิกริยาทางอารมณ์ (Emotional reactions) โดยเมื่อกล่าวถึง เนื้องอก (Tumor) สำหรับคนทั่วไปหมายถึง ความตาย 2) กลัว กังวล เจ็บปวด (Fear, existential anxiety and existential pain) โดยเกิดจากการสูญเสีย อิสรภาพเมื่อต้องกล่าวถึงความตาย และการต้องเข้ามาดูแลผู้ป่วย 3) ความขัดแย้ง (Contradictions) 4) กังวลในอาการ สถานที่ สถานการณ์ต่างๆ (Trigger situation) 5) การเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Coping strategies) โดยการคิดบวก หรือไม่คิดถึงเลย และ 6) คุณค่าของชีวิต (New values for life) โดยดำเนินเวลาแห่งชีวิตอย่างมีคุณค่า แต่มีผู้ให้ข้อมูลบางรายอยากฆ่าตัวตายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อสงบความวุ่นวายในจิตใจ

งานวิจัยของ Deborah et al. (2010) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยเอดส์กับญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในเมือง New York โดยเป็นญาติผู้ป่วยเอดส์ 43 คน และญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม 36 คน โดยใช้แบบสอบถาม Death Anxiety Questionnaire : DAQ ของ Conte et al, 1982 ในการประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และใช้ The Quality of Life Scale Family Version : QLS ของ Ferrell et al., 1999 พบว่า ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ($r = -0.49$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยของ Veronica (2012) ศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ความซึมเศร้า และความสามารถในการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 46 คน โดยใช้แบบสอบถาม Revised Collett-Lester Fear of Death and Dying Scale : RCL-FODADS ของ Lester, 1994 ในการประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ใช้แบบสอบถาม Center for Epidemiological Studies Depression Scale Revised : CERSD-R ของ Eaton et al., 2004 ในการประเมินความซึมเศร้า ใช้แบบสอบถาม Ways of Coping Questionnaire : WCQ ของ Folkman & Lazarus (1994) ในการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา พบว่า ญาติผู้ป่วยโรค

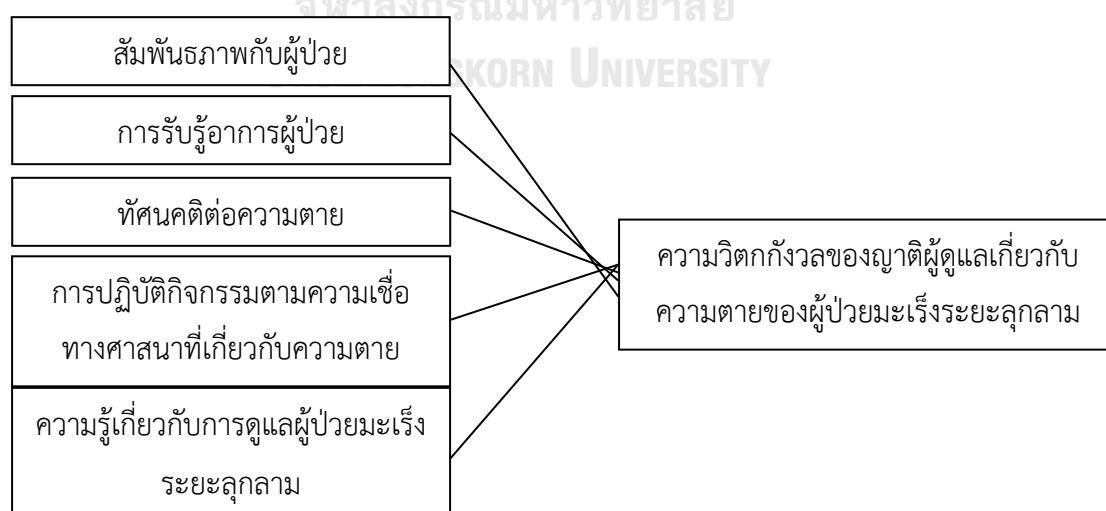
เรื่องจริงในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ความซึมเศร้าในระดับปานกลาง และความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ พบความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย กระบวนการตายของตนเองสูงกว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย กระบวนการตายของผู้ป่วย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการในการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ($r = 0.34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสามารถทำนายความซึมเศร้าในทางลบ ($\beta = -0.33$, $t = -2.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสามารถทำนายความสามารถในการเผชิญปัญหาในทางลบ ($\beta = -0.35$, $t = -2.40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งความซึมเศร้า ความสามารถในการเผชิญ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสามารถร่วมกันทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายได้ร้อยละ 29

งานวิจัยของ Yadollah et al. (2015) ศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในคู่สมรสสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในประเทศมาเลเซีย จำนวน 300 คู่ โดยใช้คำถามข้อเดียว คือ ฉันรู้สึกกลัวการเสียชีวิตของคู่สมรสของฉัน เป็นมาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของคู่สมรสอยู่ในระดับสูง โดยเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย ซึ่งประเด็นเกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร่วมกันทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของคู่สมรสในเพศชายได้ร้อยละ 37.7 สุดท้ายประเด็นเกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล ความปลอดภัยทางการเงิน ระดับการศึกษา และการถูกทอดทิ้งร่วมกันทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของคู่สมรสในเพศชายได้ร้อยละ 25.6

งานวิจัยของ Soleimani et al. (2016) ได้ศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยมะเร็งประเทศอิหร่าน จำนวน 330 คน โดยใช้แบบสอบถาม Templer Death Anxiety Scale : TDAS ของ Templer (1970) ในการประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และใช้ The Quality of Life Scale Family Version : QLS ของ Ferrell et al., 1999 พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับปานกลางค่อนข้างสูง คุณภาพชีวิตปานกลางค่อนข้างต่ำ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยมะเร็งประเทศอิหร่าน ($r = -0.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ สถานะภาพสมรส สถานะภาพการจ้างงาน การศึกษา เศรษฐฐานะ การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของญาติผู้ป่วย และวิธีการที่ผู้ป่วยได้รับ สามารถทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของญาติผู้ป่วยมะเร็งประเทศอิหร่านได้

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอกรอบแนวคิดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดังต่อไปนี้ จากงานวิจัยของ ศิราณี เก็จกรแก้ว และคณะ (2559) พบว่า การที่ญาติผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่มีคุณภาพกับผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย 1) ความรัก 2) ความสงสาร 3) ความเห็นใจ และ 4) ความผูกพันซึ่งกันและกันมาก จะทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกเป็นกังวลถึงสิ่งผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ โดยเฉพาะความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นจากโรคมะเร็งระยะลุกลาม จากงานวิจัยของ Jonsen et al. (2000) ได้ศึกษา พบว่า เมื่อญาติผู้ป่วยรับรู้ว่าจะวามบุคคลในครอบครัวอันเป็นที่รักมีอาการแสดงของโรคที่รุนแรง ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนถึงความตายของผู้ป่วยที่กำลังจะเกิดขึ้น จะทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ดังกล่าว จากงานวิจัยของ Sigelman & Shaffer (1996) และ Tomer & Eliason (1996) พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ มีทัศนคติที่มีต่อความตายเป็นบวก จะมีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายลดลง ในขณะที่ญาติผู้ป่วยที่ครุ่นคิดถึงแต่ความตาย มีทัศนคติต่อความตายเป็นลบ จะมีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูง จากงานวิจัยของ Soleimani et al. (2016) พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของญาติผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางลบ และสามารถทำนายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากงานวิจัยของ กาญจนา มยุระสุวรรณ (2552) พบว่า การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามแก่ญาติผู้ป่วยส่งผลให้มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนำเสนอในแผนภาพที่ 1 ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณาประเภทหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในระยะลุกลาม มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร นับถือศาสนาพุทธ และผู้ป่วยในความดูแลต้องอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นญาติผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในระยะที่ 3 เป็นต้นไป ที่เข้ามารับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ได้แก่ 1) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราชินี 2) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ 3) โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำนวน 207 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ดังนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วย

1. อายุระหว่าง 18-59 ปี
2. ป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ในระยะที่ 3 เป็นต้นไป
3. นับถือศาสนาพุทธ
4. อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร
5. ยินดีในความร่วมมือในการวิจัย

คุณสมบัติของญาติผู้ป่วย

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นญาติที่รับรู้ว่าผู้ป่วยป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม
3. นับถือศาสนาพุทธ
4. อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

5. สามารถสื่อสารและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ
6. ยินดีในความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

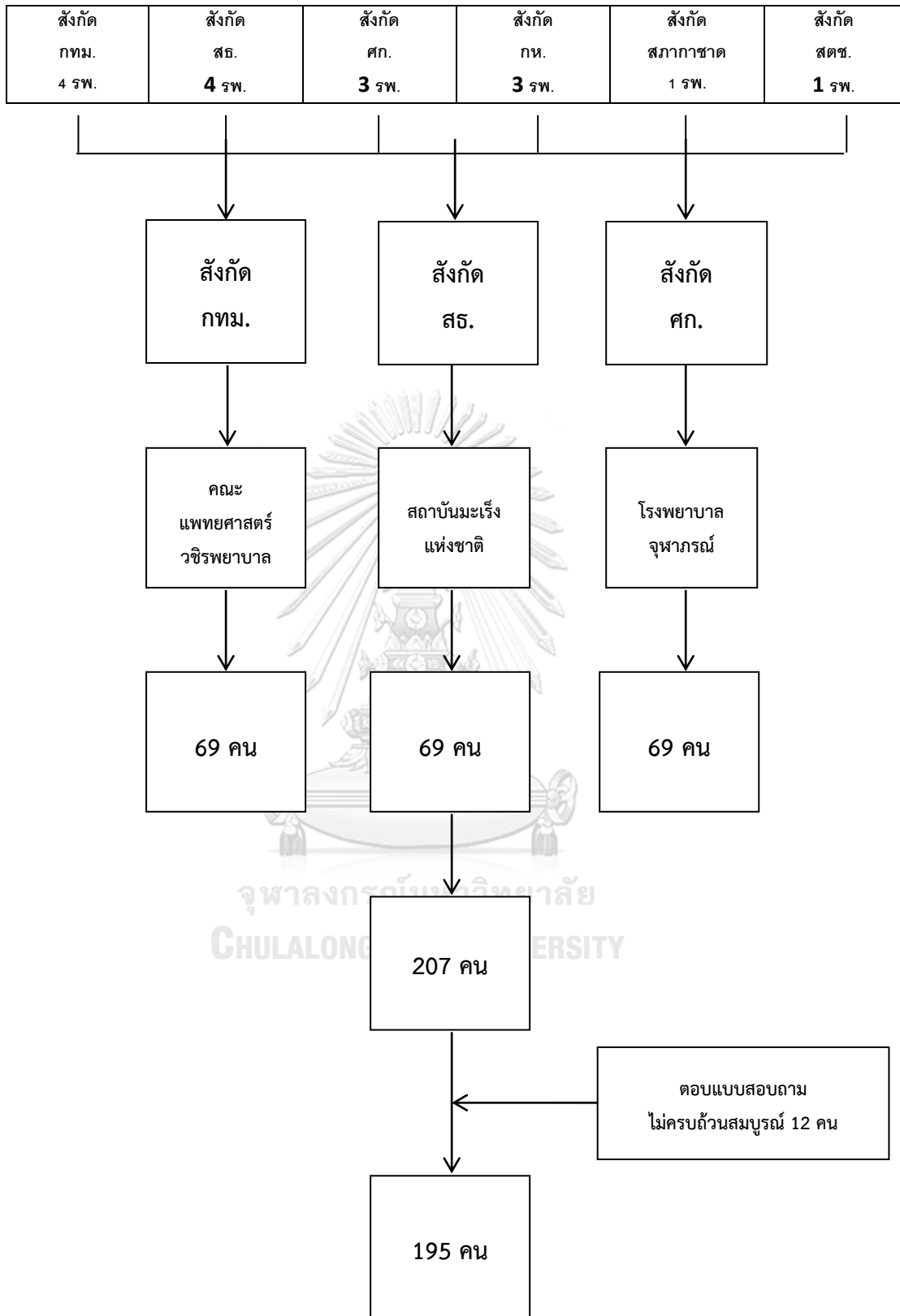
กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรม Power Analysis And Sample Size : PASS โดยมีขนาดของความสัมพันธ์อย่างน้อยในระดับต่ำขึ้นไป ($r = 0.2$) (Polit & Beck, 2004) ในการวิเคราะห์เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80% (Power of test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แบบมีทิศทาง ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย ($n = 193$ คน และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 7 (Burns and Grove, 2005) รวมทั้งสิ้น 207 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สุ่มเลือกสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิเป็นต้นไป ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ด้วยอัตราส่วน 3 จาก 6 สังกัด ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) โดยสุ่มได้ 1) สังกัดกรุงเทพมหานคร 2) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ 3) สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ

2. สุ่มเลือกโรงพยาบาล 1 โรงพยาบาลในแต่ละสังกัด ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ดังนี้ 1) สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 2) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ 3) สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬารัตน์

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) ที่แผนกผู้ป่วยนอก ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) ทั้งสิ้นจำนวน 207 คน โดยแบ่งอัตราส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 3 โรงพยาบาล ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ต่อ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ต่อ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เป็น 1 ต่อ 1 ต่อ 1 ดังนั้นเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 69 คน (ดังแสดงในแผนภาพที่ 2)



แผนภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 8 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ มีลักษณะเป็นแบบตัวเลือกตอบให้ญาติผู้ป่วยกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแล จำนวนผู้ช่วยในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน มีลักษณะเป็นแบบตัวเลือกตอบให้ญาติผู้ป่วยกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ผู้วิจัยปรับปรุงจาก แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุของ คมสัน แก้วระยะ (2540) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการยอมรับการเป็นบุคคลของผู้ป่วย 4 ข้อ และ 2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ในการประเมินระดับสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ป่วยกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) รวมมีค่าคะแนน 10 – 50 คะแนน กำหนดคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติที่มีต่อความตายเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ ต่ำ ปานกลาง และสูง ตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

10 – 19 หรือ 1.0 – 1.9 คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
20 – 40 หรือ 2.0 – 4.0 คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
41 – 50 หรือ 4.1 – 5.0 คะแนน	หมายถึง	ระดับสูง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อาการผู้ป่วย

ผู้วิจัยปรับปรุงจาก แบบประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยของ จันทรา พรหมน้อย (2547) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ในการประเมินอาการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามในมิติความทุกข์ทรมานตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วย มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงจาก 0 – 10 (Linear analog scale) กำหนดคะแนนเฉลี่ยของความทุกข์

ทรมานจากอาการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

0 – 3	คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
4 – 7	คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
8 – 10	คะแนน	หมายถึง	ระดับสูง

ตอนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย

ผู้วิจัยปรับปรุงจาก แบบวัดทัศนคติต่อความตายในพระพุทธศาสนาเถรวาท ของ พระมหาสุพรต สมศิริ (2554) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้คิด 5 ข้อ 2) ด้านความรู้สึกรู้จัก 5 ข้อ และ 3) ด้านพฤติกรรม 5 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) รวมมีค่าคะแนน 15 – 75 คะแนน กำหนดคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อความตายเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

15 – 29 หรือ 1.0 – 1.9	คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
30 – 60 หรือ 2.0 – 4.0	คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
61 – 75 หรือ 4.1 – 5.0	คะแนน	หมายถึง	ระดับสูง

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scales) ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน รวมมีค่าคะแนน 5 – 40 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย (1) ถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ (5) กำหนดคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตายเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

8 – 15 หรือ 1.0 – 2.9	คะแนน	หมายถึง	ระดับน้อย
17 - 32 หรือ 2.0 – 4.0	คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
33 - 40 หรือ 4.1 – 5.0	คะแนน	หมายถึง	ระดับมาก

ตอนที่ 7 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีลักษณะเป็นเลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ ถ้าตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ให้คะแนน 0 คะแนน รวมมีค่าคะแนน 0 – 10 คะแนน กำหนดคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

0 – 3 หรือ 1.0 – 1.9	คะแนน	หมายถึง	ระดับน้อย
4 – 7 หรือ 2.0 – 4.0	คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
8 – 10 หรือ 4.1 – 5.0	คะแนน	หมายถึง	ระดับมาก

ตอนที่ 8 แบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้วิจัยปรับปรุงมาจาก The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) ของ Conte et al. (1982) มาแปลภาษาแบบย้อนกลับ (Back Translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อคำถามมาดัดแปลงให้เข้ากับกลุ่มประชากรตามบริบทสังคม และวัฒนธรรมไทย The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) ของ Conte et al. (1982) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) กลัวความไม่รู้ 2) กลัวความทรมาณ 3) กลัวความเดียวดาย และ 4) กลัวการดับสิ้นชีวิต มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scales) ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) รวมมีค่าคะแนน 15 – 75 คะแนน กำหนดคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ดังนี้

15 – 29 หรือ 1.0 – 1.9	คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
30 – 60 หรือ 2.0 – 4.0	คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
61 – 75 หรือ 4.1 – 5.0	คะแนน	หมายถึง	ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 5 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามสัมพันธภาพกับผู้ป่วย 2) แบบสอบถามการรับรู้อาการผู้ป่วย 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย 4) แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย และ 5) แบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

แล้วจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งระยะลุกลาม 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งระยะลุกลาม 2 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งระยะลุกลาม 2 ท่าน

ผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit & Beck, 2004) คือ

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ |
| 4 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์ |

จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจแก้ไข และได้ข้อเสนอจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index : CVI (Polit & Hungler, 1995) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้ค่ามากกว่า หรือ เท่ากับ 0.80 (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2536) และทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

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

1.1 การหาความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา และจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ ทำการปรับสำนวนภาษาให้เข้าใจง่าย และตรงตามคำนิยามศัพท์ คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Valid Index : CVI) ได้เท่ากับ 1.0

1.2 การหาความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้อาการผู้ป่วย ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา และจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ ทำการปรับสำนวนภาษาให้เข้าใจง่าย และตรงตามคำนิยามศัพท์ คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Valid Index : CVI) ได้เท่ากับ 0.8

1.3 การหาความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา และจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ ทำการปรับสำนวนภาษาให้เข้าใจง่าย และตรงตามค่านิยมศัพท์ คำนวนค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Valid Index : CVI) ได้เท่ากับ 1.0

1.4 การหาความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา และจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ ทำการปรับสำนวนภาษาให้เข้าใจง่าย และตรงตามค่านิยมศัพท์ คำนวนค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Valid Index : CVI) ได้เท่ากับ 1.0

1.5 การหาความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา และจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ ทำการปรับสำนวนภาษาให้เข้าใจง่าย และตรงตามค่านิยมศัพท์ คำนวนค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Valid Index : CVI) ได้เท่ากับ 0.87

ดังนั้น เครื่องมือทั้งหมด จำนวน 5 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามสัมพันธภาพกับผู้ป่วย 2) แบบสอบถามการรับรู้อาการผู้ป่วย 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย 4) แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย และ 5) แบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Valid Index : CVI) ได้เท่ากับ 1.0, 0.8, 1.0, 1.0 และ 0.87 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองให้กับญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชนครินทร์ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0 – 1 โดยแปลความหมาย (DeVellis, 2012) ดังนี้

0.65 – 0.70	หมายถึง	ยอมรับได้ในระดับต่ำ
0.70 – 0.80	หมายถึง	ยอมรับได้
0.80 – 0.90	หมายถึง	อยู่ในระดับดีมาก
> 0.90	หมายถึง	อาจมีความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม

ดังนั้น เครื่องมือจำนวน 4 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามสัมพันธภาพกับผู้ป่วย 2) แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย 3) แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่

เกี่ยวกับความตาย และ 4) แบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลาม นำมาคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) จากการคำนวณ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เมื่อทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้เท่ากับ .83, .79, .88 และ .86 ตามลำดับ ส่วนค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลามโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .95 โดยค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แสดงไว้ ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง
	ทดลองใช้ (n = 30)
1. แบบสอบถามสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย	.83
2. แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย	.79
3. แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ที่เกี่ยวกับความตาย	.88
4. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	.95
5. แบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	.86

สำหรับแบบสอบถามการรับรู้การผู้ป่วยที่ผู้วิจัยปรับปรุงจาก แบบประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยของ จันทรา พรหมน้อย (2547) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ได้มีการ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test, re-test) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ เท่ากับ .93 ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบซ้ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่มีมติอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรเป็นที่ เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล จุฬารัตน์ ร่วมกับการเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ในคนของทั้ง 3 โรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน เพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ดังนี้ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช COA 112/2560 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ECOA 022/2017 และโรงพยาบาลจุฬารัตน์ รหัสโครงการวิจัยที่ 032/2560

เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการและประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Convenience Sampling) จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยในแต่ละวัน
2. เริ่มการเก็บข้อมูล โดยในวันที่เก็บข้อมูลนั้น ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการทำแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 30 - 40 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำเสร็จ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาขณะทำแบบสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะอ่านข้อความให้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อความ หากพบวากลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วนจะแจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติม และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมอื่นที่จำเป็นต้องทำ เช่น พบแพทย์ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก็ให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมเหล่านั้นให้เสร็จสิ้นก่อนแล้วขอความร่วมมือทำแบบสอบถามต่อจนเสร็จสมบูรณ์ เมื่อการตอบแบบสอบถามเสร็จสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้ง และกล่าวขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้จนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งหมด 207 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะดำเนินการตามหลักจริยธรรมเฮลซิงกิ โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม ดังนี้

1. ความปลอดภัยต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย แต่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจต้องใช้เวลาในการอ่านและตอบแบบประเมิน ซึ่งในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา การพยาบาล หรือการให้บริการอื่นๆ ที่ทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสูญเสียประโยชน์ที่พึงจะได้รับแต่อย่างใด

2. การปกป้องสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัย มีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมโครงการวิจัย หรือขอถอนตัวอย่างโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล โดยไม่มีผลกระทบกับการรักษาและการบริการในปัจจุบัน

3. การไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบ ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สูญเสียโอกาสในการรับการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ สถาบันและหน่วยงานไม่สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากโครงการวิจัยนี้

4. การไม่ถูกกระทำเกินความจำเป็น ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถามจำนวน 8 ฉบับซึ่งใช้เวลาประมาณ 30- 40 นาที ไม่ได้มีการกระทำกิจกรรมอื่นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

5. การได้รับรู้วิธีการดำเนินการวิจัยตลอดจนผลประโยชน์ที่จะได้รับและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นตามความเป็นจริงและโปร่งใส ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ตลอดจนผลประโยชน์ที่จะได้รับและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรับทราบ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย

โดยผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการอนุมัติพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของทั้ง 3 โรงพยาบาล ได้แก่

- 1) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
- 2) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ
- 3) โรงพยาบาลจุฬารัตน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำหนดรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทักษะติดต่อ ความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของ (Cohen, 1988) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.10 – 0.29	ต่ำ
0.30 – 0.49	ปานกลาง
0.50 – 1.00	สูง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณาประเภทหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 8 ตอน โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในระยะลุกลาม มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร นับถือศาสนาพุทธ และผู้ป่วยในความดูแลต้องอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี จำนวน 195 คน ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล 3 แห่ง ได้แก่ 1) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี 2) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ 3) โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้ตารางประกอบคำบรรยายจำแนกเป็น 5 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 2

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 3

ตอนที่ 3 การศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 4

ตอนที่ 4 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 5

ตอนที่ 5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 6

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำแนกตามเพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ (n = 195)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	103	52.8
หญิง	94	47.2
อายุ		
31 – 40 ปี	22	11.3
41 – 50 ปี	32	16.4
51 – 60 ปี	141	72.3
(Min = 32, Max = 59) \bar{X} = 53.11 SD = 7.82		
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งเต้านม	59	30.3
มะเร็งปอด	52	26.7
มะเร็งลำไส้ใหญ่	45	23.1
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	7	3.6
มะเร็งตับ	7	3.6
มะเร็งคอหอย	7	3.6
มะเร็งลำคอ	5	2.6
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	5	2.6
มะเร็งตับอ่อน	3	1.5
มะเร็งต่อมทอนซิล	3	1.5
มะเร็งต่อมลูกหมาก	2	1.0
ระยะของโรค		
ระยะที่ 3	82	42.1
ระยะที่ 4	113	56.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับ		
เคมีบำบัด	122	62.6
รังสีรักษา	59	30.3
ผ่าตัด	14	7.2

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.8 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 53.11 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 30.3 อยู่ในระยะที่ 4 ของโรค คิดเป็นร้อยละ 56.8 ได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 62.6



ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำแนกตามเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลจนถึงปัจจุบัน จำนวนชั่วโมงในการดูแลจำนวนผู้ช่วยในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน (n = 195)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	78	40.0
หญิง	117	60.0
อายุ		
≤ 30 ปี	24	12.4
31 – 40 ปี	50	25.6
41 – 50 ปี	42	21.5
51 – 60 ปี	54	27.7
≥ 61 ปี	25	12.8
(Min = 19, Max = 86) \bar{X} = 46.40 SD = 14.53		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา – มารดา	23	11.8
คู่สมรส	80	41.0
บุตร	50	25.6
พี่ – น้อง	19	9.7
ญาติอื่นๆ ได้แก่ แม่สามี หลาน เป็นต้น	23	11.8
ระยะเวลาในการดูแลจนถึงปัจจุบัน		
< 3 เดือน	49	25.1
3 – 6 เดือน	60	30.8
7 – 12 เดือน	28	14.4
> 12 เดือน	58	29.7

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนชั่วโมงในการดูแลใน 1 วัน		
< 8 ชั่วโมง/วัน	18	9.2
8 – 16 ชั่วโมง/วัน	78	40.0
> 16 ชั่วโมง/วัน	99	50.8
จำนวนผู้ช่วยในการดูแล		
ไม่มี	46	23.6
1 คน	84	43.1
2 คน	53	27.2
≥ 3 คน	12	6.1
สถานภาพสมรส		
โสด	48	24.6
คู่	127	65.1
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	20	10.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	43	22.1
มัธยมต้น	11	5.6
มัธยมปลาย / ปวช.	31	15.9
อนุปริญญา / ปวส.	12	6.2
ปริญญาตรี	85	43.6
สูงกว่าปริญญาตรี ได้แก่ ปริญญาโท	13	6.7

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การประกอบอาชีพ		
ประกอบอาชีพปกติ	136	69.7
ลาออกจากงานมาดูแลผู้ป่วย	13	6.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	46	23.6
ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน		
ไม่เพียงพอ	33	16.9
เพียงพอ	164	83.1

จากตารางที่ 3 พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.0 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.4 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบคู่รัก - คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 41.0 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 3-6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 30.8 จำนวนชั่วโมงในการดูแลใน 1 วัน อยู่ในช่วงมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 50.8 จำนวนผู้ช่วยในการดูแล 1 คน คิดเป็นร้อยละ 43.1 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.1 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 43.6 การประกอบอาชีพปกติ คิดเป็นร้อยละ 69.7 มีรายได้เพียงพอในแต่ละเดือน คิดเป็นร้อยละ 83.1

ตอนที่ 3 การศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวม และในแต่ละด้านของความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 195)

ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	Max	Min	Mean	SD	ระดับ
ด้านกลัวความไม่รู้	5	1.25	3.94	0.69	ปานกลาง
ด้านกลัวความทรमान	5	1.67	4.48	0.57	สูง
ด้านกลัวความเดียวตาย	5	1	3.62	0.95	ปานกลาง
ด้านกลัวการตัดสินใจ	5	1	2.96	0.82	ปานกลาง
โดยรวม	5.0	1.23	3.70	0.63	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกลัวความทรमान มีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.57 ซึ่งอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ด้านกลัวความไม่รู้ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.69 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง และด้านกลัวความเดียวตาย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.95 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านกลัวการตัดสินใจ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 4 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับ
ความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล
ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวม (n = 195)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตก						
กังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความ ตายของ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	Range	Max	Min	Mean	SD	ระดับ
สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย	5	5	4	4.66	0.30	สูง
ทัศนคติต่อความตาย	5	5	3	3.95	0.40	ปาน กลาง
การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย	5	5	1	2.96	0.66	ปาน กลาง
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลาม	10	10	2	6.07	1.78	ปาน กลาง
การรับรู้อาการผู้ป่วย	10	10	1	5.80	2.25	ปาน กลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า สัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานเท่ากับ 0.30 ซึ่งอยู่ในระดับสูง ทัศนคติต่อความตายโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง การปฏิบัติกิจกรรมตาม
ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.66
ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.07
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.78 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้อาการผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 5.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.25 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient : r) ระหว่างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 195)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)					
สัมพันธภาพกับผู้ป่วย	1					
การรับรู้อาการผู้ป่วย	.08	1				
ทศนคติต่อความตาย	.17*	-.17	1			
การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย	.16*	-.12	.42**	1		
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	-.06	-.09	-.17*	.08	1	
ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	-.05	-.45**	-.25**	-.49**	-.23**	1

*p < 0.5, **p < 0.1

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient : r) ระหว่างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 195)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	ระดับ
สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย	-.05	-
ทศนคติต่อความตาย	-.25**	ต่ำ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	-.23**	ต่ำ
การรับรู้อาการผู้ป่วย	.45**	ปานกลาง
การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้อง ความตาย	-.49**	ปานกลาง

*p < 0.5, **p < 0.1

จากตารางที่ 6 และ 7 พบว่า สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ($r = -.05, p > 0.5$)

การรับรู้อาการผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45, p < 0.5$)

ทศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.25, p < 0.5$)

การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.49, p < 0.5$)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, p < 0.5$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณาประเภทหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในระยะที่ 3 เป็นต้นไป รับรู้ว่าผู้ป่วยป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป นับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร สามารถสื่อสารและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ และยินดีในความร่วมมือในการวิจัย ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ได้แก่ 1) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 2) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ 3) โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำนวน 207 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามสำหรับรวบรวมข้อมูลจำนวน 8 ตอน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ 3) แบบสอบถามสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย 4) แบบสอบถามการรับรู้อาการผู้ป่วย 5) แบบสอบถามทศนคติต่อความตาย 6) แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย 7) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และ 8) แบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย แบบสอบถามการรับรู้อาการผู้ป่วย แบบสอบถามทศนคติต่อความตาย แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และแบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า (Content Valid Index : CVI) เท่ากับ 1.0, 0.8, 1.0, 1.0 และ 0.87 ตามลำดับ ตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามจำนวน 4 ตอน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย 2) แบบสอบถามทศนคติต่อความตาย 3) แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย และ 4) แบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม นำมา

คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) จากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เมื่อทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้เท่ากับ .83, .79, .88 และ .86 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .95 โดยค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 ถึง เดือนเมษายน 2561 โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจาก 1) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 2) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ 3) โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล-จุฬารัตน์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้รับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน ดังนี้ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช COA 112/2560 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ECOA 022/2017 และโรงพยาบาลจุฬารัตน์ รหัสโครงการวิจัยที่ 032/2560

ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก แพทย์ประจำแผนกของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

เริ่มการเก็บข้อมูลโดย ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยหลัง กลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 – 40 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำเสร็จ แล้วกล่าวขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะดำเนินการตั้งที่นั่งในกลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งหมด 207 คน จากนั้นจึงนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ พบว่าแบบสอบถามที่สามารถใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้มี 199 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 96.16 แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการทำแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.8 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 53.11 ปีป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 30.3 อยู่ในระยะที่ 4 ของโรค คิดเป็นร้อยละ 56.8 ได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 62.6

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.4 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบคู่รัก - คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 41.0 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 3-6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 30.8 จำนวนชั่วโมงในการดูแลใน 1 วัน อยู่ในช่วงมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 50.8 จำนวนผู้ช่วยในการดูแล 1 คน คิดเป็นร้อยละ 43.1 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.1 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 43.6 การประกอบอาชีพปกติ คิดเป็นร้อยละ 69.7 มีรายได้เพียงพอในแต่ละเดือน คิดเป็นร้อยละ 83.1

3. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง จำนวนร้อยละ 56.9 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

3.1 ด้านกลัวความทรมาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.57 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

3.2 ด้านกลัวความไม่รู้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.69 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

3.3 ด้านกลัวความเดียวดาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.95 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

3.4 ด้านกลัวการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สรุปได้ดังนี้

4.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวม คือ การรับรู้อาการผู้ป่วย ($r = .45, p < 0.5$)

4.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวม คือ การปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย ($r = -.49, p < 0.5$) ทศนคติต่อความตาย ($r = -.26, p < 0.5$) และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ($r = -.23, p < 0.5$)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยนำเสนอเรียงลำดับคำถามการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

1. คำถามการวิจัย ข้อที่ 1. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นอย่างไร

จากผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามร้อยละ 56.9 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การแปลผล โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกลัวความทรمان เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.57 ซึ่งอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ด้านกลัวความไม่รู้ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.69 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง และด้านกลัวความเดี๋ยวตาย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.95 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านกลัวการดับสิ้น โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า คำถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสูงได้ ได้แก่ คุณจะรู้สึกไม่สุขสบายใจที่ต้องทนเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมานขณะเผชิญความตาย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58 รองลงมา คือ คุณจะรู้สึกกังวลใจหากผู้ป่วยกระวนกระวายหรือไม่สงบก่อนเสียชีวิต โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.71 ส่วนคำถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่ำสุด ได้แก่ คุณกังวลว่าจะไม่มีใครระลึกจดจำผู้ป่วยได้เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.28

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในการวิจัยครั้งนี้ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Soleimani et al. (2016) ที่ศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศอิหร่าน พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวนร้อยละ 53 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูงเช่นเดียว แต่งานวิจัยครั้งนี้มีปริมาณญาติผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูงร้อยละ 56.9 ซึ่งมีสัดส่วนต่างกันไปประมาณร้อยละ 11 ซึ่งอาจเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับความตายของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มนี้แตกต่างกัน โดยงานวิจัยก่อนหน้าได้ศึกษาในบริบทสังคม วัฒนธรรมประเทศอิหร่าน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาอิสลาม ส่วนการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในบริบทสังคม วัฒนธรรมประเทศไทย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ในศาสนาอิสลาม ความตายเปรียบเสมือนการเริ่มต้นใหม่ของชีวิต

ในดินแดนอันสุขสงบของพระเจ้า เป็นรางวัลที่ยิ่งใหญ่ของชีวิตภายหลังเสร็จสิ้นภารกิจที่พระเจ้าอันเป็นที่รักได้ลิขิตไว้ ดังนั้น มุสลิมที่มีความเข้าใจในปรัชญาของความแบบในลักษณะนี้จึงไม่เกิดความหว่นไหวต่อการเผชิญความตายของบุคคลที่ตนเองรัก (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย กระทรวงสาธารณสุข, 2551) สำหรับศาสนาพุทธที่สอนให้ทุกชีวิตเข้าใจว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่ได้แฝงคติเรื่องกรรมไว้กับความตาย เป็นการเกิดดับเวียนว่ายในสังสารวัฏตามลิขิตของกรรม หรือผลของการกระทำ จึงทำให้พุทธศาสนิกชนจำนวนไม่น้อยที่รู้สึกไม่สุขสบายใจกับการจากไปของคนในครอบครัว ด้วยเหตุว่ากลัวความตายจะนำบุคคลที่รักไปสู่ภพภูมิที่ไม่เป็นสุข (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) อนึ่งประเทศอิหร่านเป็นประเทศที่ประสบภัยสงครามมาอย่างยาวนาน การสูญเสียจึงเป็นภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างชินตา ผิดกับประเทศไทยที่มีความสงบเรียบร้อยจึงทำให้ความรู้สึกถึงความสูญเสียแตกต่างกันออกไป

การวิจัยในครั้งพบว่า ด้านกลัวความทรมานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Deborah et al. (2010) ที่ศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามด้านกลัวความทรมานสูงที่สุด เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามพบว่า ญาติผู้ดูแลกลัวว่าผู้ป่วยอาจต้องเจ็บป่วยเป็นเวลานานก่อนการตายของผู้ป่วยมาถึง กลัวที่จะเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมานขณะเผชิญความตาย และกลัวว่าผู้ป่วยอาจทรมานมาก่อนเสียชีวิต ซึ่งการกลัวความทรมานนี้เป็นผลมาจากประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแต่ละราย เพราะโดยส่วนใหญ่แล้วโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่ปรากฏความผิดปกติ หรืออาการ หรือสัญญาณ จนกระทั่งโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม ดังนั้น ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจะทราบว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งหลักจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการต่างๆ เช่น อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด อาการปวดคัดตึงเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หรืออาการอุจจาระผิดปกติในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ เป็นต้น ซึ่งอาการผิดปกติเหล่านี้ได้สร้างความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายแก่ผู้ป่วย แล้วยังส่งผลทางด้านจิตใจแก่ญาติผู้ดูแล และอาการทุกข์ทรมานเหล่านี้จะเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้นหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา การพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม นอกจากความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่เกิดจากตัวโรคมะเร็งชนิดต่างๆแล้ว ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยยังเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาโดยวิธีต่างๆ เช่น การได้รับยาเคมีบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้ลดลง การได้รับการฉายรังสีรักษาจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดแสบ ปวดร้อนในบริเวณที่ฉายแสง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้องทนกับอาการปวดแผลหลังจากการผ่าตัด เป็นต้น ประสบการณ์จากความทุกข์ทรมานเหล่านี้จะสร้างความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายด้านความกลัวความทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่อไป

รองลงมา คือ ด้านกลัวความไม่รู้ เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามพบว่า ญาติผู้ดูแลกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต กลัวว่าผู้ป่วยจะกระวนกระวายหรือไม่สงบก่อนการเสียชีวิต กลัวว่าผู้ป่วยรู้สึกทรมานเป็นภาระแก่ผู้อื่น และกลัวผู้ป่วยได้ว่าจะไปอยู่ในที่สงบสุขหลังความตายหรือไม่ การกลัวที่เกิดจากความไม่รู้ เป็นความกลัวที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับความตายที่แตกต่างกัน ญาติผู้ดูแลบางคนเคยได้พบ ได้สัมผัส หรือได้รับรู้ว่าผู้ป่วยบางคนมีอาการเพื่อ อาการกระสับกระส่ายก่อนการเสียชีวิต ญาติผู้ดูแลคนนั้นก็มีความกลัวว่าเหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นกับคนที่ตนเองรักและห่วงใย สำหรับญาติผู้ดูแลบางคนที่เคร่งขรณะไม่ตี้อาจกลัวว่าผู้ป่วยจะกังวลว่าตัวผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ เพราะการรักษาโรคมะเร็งในระยะลุกลามนั้นต้องใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสานทั้งการผ่าตัด การฉายรังสีรักษา หรือการให้เคมีบำบัด นั้น เป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายที่สูง และอาจจะไม่ครอบคลุมกับสิทธิประกันสุขภาพของผู้ป่วยบางราย จึงทำให้บางครอบครัวต้องมีการเปลี่ยนทรัพย์สินสมบัติมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลการรักษาผู้ป่วยรายนั้น ประโยคที่ว่า “ตายแล้วไปไหน” ยังคงเป็นปริศนาเร้นลับของมนุษย์เกือบทุกคน เพราะการตายนั้นเกิดขึ้นได้ครั้งเดียว คนที่ตายแล้วก็ไม่สามารถกลับมาบอกกล่าวเล่าความได้ว่า “ตายแล้วไปไหน” ถึงแม้ว่าคำตอบที่ชัดเจน และพิสูจน์ได้ทางวิทยาศาสตร์นั้นจะยังไม่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่ความตายได้ถูกหลอมเป็นเนื้อเดียวกับความเชื่อทางศาสนาพุทธ ซึ่งเป็นศาสนาที่กลุ่มตัวอย่างนับถือ ความตายของศาสนาพุทธเป็นไปในลักษณะการเวียนว่ายตายเกิด มีหลายภพ หลายภูมิ ขึ้นอยู่กับบุญทำ กรรมแต่งที่เคยกระทำมา ความเชื่อนี้ได้ถูกปลูกฝังมาตั้งแต่วัยเยาว์ จึงเป็นธรรมดาที่ญาติผู้ดูแลจะกลัวว่าผู้ป่วยจะไม่ได้ไปสู่สุคติ หรือไปในภพภูมิที่ตั้งหวังไว้หลังความตาย

รายด้านถัดมา คือ ด้านกลัวความเดียวดาย เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามพบว่า ญาติผู้ดูแลกลัวว่าผู้ป่วยจะต้องเสียชีวิตเพียงลำพัง กลัวว่าตนเองจะไม่สามารถอยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเสียชีวิต กลัวว่าตนเองจะรู้สึกโดดเดี่ยวหากผู้ป่วยตายไป เพราะความตายเป็นการจากลาที่ไม่มีวันหวนกลับมา การที่ต้องจากลากับบุคคลอันเป็นที่รักอย่างไม่มีวันกลับมาย่อมทำให้เกิดการสูญเสีย และโศกเศร้าเป็นธรรมดา ในเมื่อความตายเป็นประสบการณ์สุดท้ายที่ผู้ป่วยจะต้องพบเจอในไม่ช้า ญาติผู้ดูแลจึงอยากแสดงความรัก ความห่วงใยด้วยการอยู่เคียงข้างกับผู้ป่วยไปจนลมหายใจสุดท้าย การที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถอยู่กับผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต ทิ้งให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตอย่างเดียวดาย หรือเสียชีวิตโดยปราศจากคนที่รักรายล้อมอยู่ จะทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกผิด รู้สึกบปรร่องต่อหน้าที่ ญาติผู้ดูแลจึงวิตกกังวลใจเป็นธรรมดา ส่วนความรู้สึกเดียวดายของญาติผู้ดูแลภายหลังการจากไปของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และความเป็นครอบครัว เนื่องจากบริบทครอบครัวของสังคมเมืองส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก การจากไปของคนใดคนหนึ่งใน

ครอบครัวจึงไม่อาจสร้างความเดี๋ยวตายได้มาก เมื่อเทียบกับการสูญเสียของคู่รักที่ไม่มีบุตร หรือครอบครัวในรูปแบบอื่นที่มีการอยู่ร่วมกันเพียง 2 คน เช่น คู่พี่น้อง คู่แม่ลูก คู่พ่อลูก เป็นต้น

และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านกลัวการดับสิ้น เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามพบว่า ญาติผู้ดูแลกลัวว่าจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้สะสางเรื่องราวที่ค้างคาใจจนเสร็จสิ้น รวมไปถึงการที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถทำตามคำขอ หรือพินัยกรรมที่ถูกระบุไว้ หรือไม่มีใครระลึกจดจำผู้ป่วยได้ และสุดท้ายคือ กลัวว่าความตายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นไม่ใช่เรื่องจริง หรือความรู้สึกปฏิบัติความจริง เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมพุทธ การตายของพุทธศาสนาเป็นการเวียนว่ายตายเกิด จึงไม่มีการดับสิ้น ดับสลายดังเช่นความเชื่อของศาสนาคริสต์ ซึ่งเป็นศาสนาที่ Conte et al. ผู้พัฒนาเครื่องมือ และแนวคิดนี้นับถือ การที่สังคมไทยเป็นสังคมที่สอนให้รู้จักความกตัญญูต่อบรรพบุรุษ ต่อญาติผู้ใหญ่ จึงมีประเพณีที่แสดงถึงการระลึกจดจำถึงคนอยู่ และคนตาย เช่น งานรวมญาติในวันปีใหม่สากล งานปีใหม่ไทย งานวันผู้สูงอายุ มีกิจกรรมวันพ่อ วันแม่ เป็นต้น จึงทำให้การเจ็บป่วย การตาย หรือเหตุการณ์หลังความตายของผู้ป่วยนั้นไม่ได้เป็นไปอย่างโดดเดี่ยว หรือขาดการระลึกถึง ด้วยความแตกต่างทางบริบทความเชื่อ วัฒนธรรม สังคม และศาสนาจึงทำให้รายด้านนี้มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

คำถามการวิจัย ข้อที่ 2 สัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือไม่ อย่างไร

2.1 การรับรู้อาการผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ($r = .45, p < 0.5$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ของญาติผู้ดูแลต่ออาการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ไม่มีดี จะส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมากขึ้น การวิจัยครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.25 ซึ่งอาการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่เกิดได้จากอาการ อาการแสดงของโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ร่วมกับวิธีการรักษา การดูแลที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับจะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลถึงความทุกข์ทรมานที่อาจจะเกิดขึ้นในตลอดระยะเวลาการรักษาจนถึงวินาทีสุดท้ายในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นผ่านค่าคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยด้านกลัวความทรมานซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.57 ซึ่งอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับปรัชญาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของ WHO (2011) ที่มุ่งเน้นให้

ผู้ป่วยเกิดการตายดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนตาย ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ที่มีสุขภาพต้องช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล

การรับรู้อาการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายของผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เคยได้รับรู้ ได้สัมผัสมา เมื่อญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามรับรู้ว่าคุณป่วยมีอาการทรมานหนัก มีความทุกข์ มีความทรมาน ญาติผู้ป่วยจะรู้สึกกลัวการพลัดพราก การจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก และผูกพัน (Lorraine, 2005; Boston & Mount, 2006; สมพร ปานผดุง, 2558) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jonsen et al. (2000) และ Carr (2003) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่รับรู้ว่าคุณป่วยกำลังทุกข์ทรมาน ถูกคุกคามความมั่นคงในชีวิต ใกล้ชิดกับความตาย จะนำพาให้ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย

2.2 ทักษะคิดต่อความตาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ($r = -.25, p < 0.5$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ความเชื่อ ความรู้สึก ความนึกคิด และการแสดงออกต่อความตายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ดี จะช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติต่อความตายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40 จากผลการวิจัยพบว่า ทักษะคิดต่อความตายด้านความรู้คิด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.30 ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาข้อคำถามทัศนคติต่อความตาย พบว่า ข้อคำถาม ความตายเป็นสิ่งที่ทุกชีวิตในโลกนี้ต้องพบเจอ เป็นข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.90, SD = 0.33$) รองลงมาคือ ชีวิตและความตายเป็นเรื่องของคุณ ($\bar{X} = 4.89, SD = 0.31$) ลำดับถัดมาคือ ไม่มีใครหลีกเลี่ยงความตายได้พัน ($\bar{X} = 4.87, SD = 0.41$) ลำดับถัดมาคือ ความตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต ($\bar{X} = 4.86, SD = 0.38$) และลำดับสุดท้ายคือ ความตายเป็นไปตามกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ ($\bar{X} = 4.84, SD = 0.39$) จะเห็นได้ว่า ข้อคำถามทั้ง 5 ข้อในรายด้านนี้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ หรือวิวัฒนาการทางการแพทย์ไม่ได้ทำให้ทัศนคติต่อความตายด้านการรับรู้ของคนในสังคมเมืองเปลี่ยนแปลงไปจากหลักคำสอนทางพุทธศาสนา ซึ่งก็คือ ความตายเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกชีวิตต้องพบเจอ และไม่มีใครหลีกเลี่ยงความตายได้พัน

สำหรับทัศนคติต่อความตายด้านความรู้สึกกลับมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.64 เมื่อพิจารณาข้อคำถามทัศนคติต่อความตายด้านความรู้สึก พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การตายเป็นการหมดเวรหมดกรรม ($\bar{X} = 3.93, SD = 1.12$) รองลงมา คือ การตายเป็นการเดินทางมาถึงจุดหมายปลายทางของชีวิต

($\bar{X} = 3.64$, $SD = 1.09$) และลำดับสุดท้าย คือ เมื่อตายแล้วจะได้ไปเกิดใหม่ ($\bar{X} = 3.29$, $SD = 0.86$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในสังคมปัจจุบันทัศนคติต่อความตายเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาว่าด้วยเรื่อง วิญญาณ หรือการเวียนว่ายตายเกิดในภพภูมิต่างๆ ได้ถูกลดทอนลงไปด้วยอำนาจความคิดทาง วิทยาศาสตร์ที่ต้องพิสูจน์ข้อเท็จจริงได้ทุกสิ่ง ความคิดต่อความตายในปัจจุบันจึงไม่ใช่การดับของชั้นที่ 5 (รูป วิญญาณ สัญญา เวทนา และสังขาร) แต่เป็นเพียงการจบกระบวนการทำงานของร่างกาย

ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ทัศนคติต่อความตายด้านพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.76 เมื่อพิจารณาข้อคำถามทัศนคติต่อความตายด้านความพฤติกรรม พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ญาติผู้ดูแลไม่ประมาทในการใช้ชีวิต ($\bar{X} = 4.39$, $SD = 0.86$) ซึ่งอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ญาติผู้ดูแลยินดีรับฟังธรรมะ หรือฟังบรรยายเกี่ยวกับความตาย ($\bar{X} = 3.07$, $SD = 1.18$) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ญาติผู้ดูแลสนใจอ่านหนังสือทำความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย ($\bar{X} = 2.86$, $SD = 1.50$) การที่ญาติผู้ดูแลใช้ชีวิตด้วยความไม่ประมาทแสดงให้เห็นว่า ในทัศนคติของผู้ดูแลนั้น ความตายยังคงเป็นเรื่องใกล้ตัว และสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งการรับรู้ในข้อนี้จะส่งผลดีต่อการเตรียมความพร้อมในการตายของผู้ป่วย หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ($r = .42$, $p < 0.5$) หมายความว่า ทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยโดยส่งผ่านการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ในส่วนของข้อคำถามอีก 4 ข้อ ได้แก่ การสนทนา การฟังธรรมะ การฟังเทศน์ การอ่านหนังสือที่เกี่ยวกับความตาย ล้วนเป็นส่วนหนึ่งของการเจริญมรณานุสติ หรือการระลึกถึงความตายอย่างสม่ำเสมอ กลับมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ แสดงให้เห็นว่า การระลึกถึงความตาย กล่าวถึงความตายนั้นอาจไม่ใช่สิ่งที่คนในสังคมปัจจุบันต้องการกระทำ ด้วยความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และความเจริญทางการแพทย์เป็นสิ่งหลัก และกีดกันความตายให้ไกลออกจากตัวเรา และบุคคลอันเป็นที่รัก การกล่าวถึง การระลึกถึงความตายจึงถูกเปลี่ยนเป็นการسابแช่ง เพราะความตายไม่ใช่เรื่องดี ทั้งที่ทุกคนก็รู้กันว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน และทุกเวลา

จากการศึกษาของ พระมหาฉัตรชัย (2551) พบว่า ในปัจจุบันความหมายโดยทั่วไปของ ความตาย หมายถึง การสิ้นสุดของชีวิตทางกายภาพ โดยใช้หลักการตายของสมองในส่วนที่เรียกว่า ก้านสมอง หรือแกนสมอง (Brainstem) เป็นเกณฑ์ จึงทำให้มีทัศนคติต่อความตายไม่ดี เพราะในปัจจุบันคนให้คุณค่ากับความตายเป็นเพียงประสบการณ์สุดท้ายในชีวิตที่ไม่ใช่ความสุขใน

บั้นปลาย แต่ความตายคือจุดจบของการรับรู้ และการเสพสุขของคน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550) ส่วนการวิจัยของ Sigelman & Shaffer (1996) และ Tomer & Eliason (1996) พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่มีต่อความตายเป็นบวก จะมีระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยต่ำ ในขณะที่ญาติผู้ป่วยที่มีทัศนคติต่อความตายเป็นลบ จะมีระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยสูง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า ทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2.3 การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ($r = -.49, p < 0.5$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ดี จะช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.66 เมื่อพิจารณาข้อคำถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ญาติผู้ดูแลได้ทำการสวดมนต์ ($\bar{X} = 4.11, SD = 1.12$) ซึ่งอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ญาติผู้ดูแลได้ถือศีล ($\bar{X} = 3.58, SD = 1.20$) และอันดับสาม คือ ญาติผู้ดูแลได้ทำการเจริญสติภาวนา เช่น นั่งสมาธิ ($\bar{X} = 3.56, SD = 1.24$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับพุทธศาสนิกชนแล้วการสวดมนต์ การถือศีล การนั่งสมาธิ นั้นเป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตายเพื่อเป็นการอุทิศส่วนกุศล คุณความดีให้แก่ผู้ป่วย การปฏิบัติทั้ง 3 นี้สามารถปฏิบัติได้โดยสะดวก เพราะกระทำด้วยตนเอง และกระทำได้ทุกที่ทุกเวลา

ส่วนการพึงธรรม พึงเทศน์ และการทำงาน สำหรับสังคมเมืองที่ต้องเริ่มเดินทางไปทำงานตั้งแต่เช้าตรู่ ใช้ชีวิตส่วนใหญ่บนท้องถนน และอาคารสำนักงาน ส่งผลทำให้การพึงธรรมการทำงานเป็นไปได้โดยลำบาก

และการที่ญาติผู้ดูแลได้เตรียมตัวหากเกิดความไม่แน่นอนในชีวิตของผู้ป่วยด้วยการกล่าววโหสิกรรม และการกล่าวอ้อลา มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.73, SD = 1.10$ และ $\bar{X} = 1.80, SD = 1.14$ ตามลำดับ) แสดงให้เห็นได้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตายจะเกิดขึ้นได้ดีญาติผู้ดูแลต้องมีทัศนคติที่ดีกับความตายก่อน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ที่พบว่า ทัศนคติต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ

ทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ($r = .41, p < 0.5$) ในสังคมไทยปัจจุบันความตายได้ถูกกีดกันออกจากการดำเนินชีวิตประจำวัน ถูกหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึง ซ้ำร้ายการกล่าวถึงความตายกลับกลายเป็นการสาบแช่ง เป็นเรื่องอัปมงคล เป็นเรื่องต้องห้าม ทั้งที่ความตายสามารถเกิดขึ้นได้ทุกที่ ทุกเวลา การกล่าวอำลา การกล่าวขอโหสิกรรม จึงถูกละไว้ปฏิบัติเป็นลำดับท้ายๆ เพราะการกระทำดังกล่าวเปรียบเสมือนการกวักมือเรียกจากยมทูต ที่หากได้ปฏิบัติแล้วผู้ป่วยอายุจะสั้นลง ทั้งที่ความจริงแล้วการกล่าวอำลา การขอโหสิกรรม รวมทั้งการโน้มนำจิตใจให้ระลึกถึงแก่ความดี เป็นส่วนหนึ่งในวิธีการเจริญมรณานุสติที่ช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และยังเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างหมดห่วง หมดความกังวล หนึ่งในคุณลักษณะของการตายดีวิถีพุทธ

การที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในชีวิตจากการที่จะต้องสูญเสียบุคคลที่ตนเองรักอยู่ตลอดเวลา ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องการมีความหวัง (Forbes, 1994) เพื่อช่วยให้มีจิตใจที่มั่นคง สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายนี้ได้ (Lazarus & Folkman, 1984; Rawlins, 1984) จากงานวิจัยของ รวี ดาวเดือน (2547) พบว่า ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องการมีความหวังให้ผู้ป่วยหาย หรือเพียงแค่ว่าจากไปอย่างสงบ การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาของญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงเปรียบได้ดังการช่วยเยียวยาความหวาดหวั่นหวาดกลัวต่อความของของผู้ป่วยที่กำลังจะเกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งความหวังของญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับงานวิจัยของ Soleimani, M.A. , et al. (2016) ที่ศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศอิหร่าน พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาอิสลามที่เกี่ยวกับความตายโดยการขอพรพระเจ้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ($r = -.23, p < 0.5$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของญาติผู้ดูแลจะช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.73 เมื่อพิจารณาข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ญาติผู้ดูแลร้อยละ 56.3 มีความเข้าใจว่าโรคมะเร็งในระยะลุกลามสามารถรักษาให้หายขาดได้ ร้อยละ 64.3 มีความเข้าใจว่าอาการปวดจากโรคมะเร็งต้องได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาปวดเท่านั้น ร้อยละ 72.9 มีความเข้าใจว่าหากผู้ป่วยมีอาการไข้ ตัวร้อน ต้องนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทุกครั้ง ซึ่งความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในลักษณะนี้จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแล

เกิดความวิตกกังวลที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง ไม่กล้าดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือต้องพึ่งพิงทีมสุขภาพ อยู่ตลอดเวลา การตายจึงไม่ได้ถูกเตรียมความพร้อม การตายดีก็จะไม่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Serra-Prat et al. (2001) ที่พบว่า การที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียม ได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น จำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาลมากขึ้น เพิ่มการรักษาที่ไม่จำเป็น และเป็นการเพิ่มความทรمانที่เกิดจากการรักษา หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น เป็นต้น ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537; Tang et al., 2007) โดยงานวิจัยของ Mclean et al. (1991) วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ, (2547) และ วิภา วิเสโส (2547) พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูล ความรู้ที่เกี่ยวกับตัวโรค อาการ อาการแสดงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ข้อมูลด้านรักษาที่ทันสมัยเป็นปัจจุบัน ข้อมูลด้านการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ญาติผู้ป่วยเพิ่มความแข็งแกร่งทางจิตใจ ควบคุมตนเองได้ และลด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (Thoits, 1986) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ กาญจนา มยุระสุวรรณ (2552); เบจพร รัตน์ปรีชากุล (2555) และ Kessler et al. (2005) พบว่า การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามแก่ญาติผู้ดูแลส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 สัมพันธภาพกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับ ความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.05, p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตาม สมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีระดับสัมพันธภาพกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ใน ระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.30 เมื่อพิจารณาข้อคำถาม ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ญาติผู้ดูแลห่วงใยต่อการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.86, SD = 0.35$) รองลงมา คือ ญาติผู้ดูแลแสดงออกถึงความรักกับผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.84, SD = 0.36$) ถัดมา คือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นบุคคลสำคัญในชีวิต ($\bar{X} = 4.81, SD = 0.63$) และ ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ญาติผู้ดูแลสามารถอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ ($\bar{X} = 4.51, SD = 0.58$) จะเห็นได้ว่าข้อคำถามที่ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่สูงสุดถึงต่ำสุดนั้นอยู่ในระดับสูง ทั้งหมด ซึ่งพิจารณาพร้อมกับข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลทุกคนในการวิจัยครั้งนี้เป็น ผู้ดูแลหลัก โดยร้อยละ 41.0 มีสัมพันธภาพเป็น คู่สมรส ร้อยละ 25.6 มีสัมพันธภาพเป็น บุตร ซึ่งเป็น บุคคลที่มีความสำคัญ และความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีหน้าที่ในการดูแล และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณป่วยมีความทุกข์ทรมาน ทางด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง จึงรู้สึกห่วงใยต่อการเจ็บป่วย จึงอยากแสดงออกถึงความรัก

ด้วยการเดินทางมาโรงพยาบาลร่วมกัน สอดคล้องกับการวิจัยของ ศิราณี เก็จรแก้ว และคณะ (2016) ที่ศึกษาความรู้สึกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแลที่มีคุณภาพจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกห่วงใย และวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเฉพาะความตาย แต่การวิจัยครั้งนี้ญาติผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่มีระดับความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงมาก ทำให้การกระจายของข้อมูลมีน้อยส่งผลให้การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติมีผลให้สัมพันธภาพกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ การรับรู้อาการผู้ป่วย ทักษะคิดต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ไปเป็นแนวทางในการให้พยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความพร้อมทางด้านจิตใจ และร่างกายสำหรับการส่งผ่านการดูแล การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่เจ็บป่วย ขณะเผชิญวาระสุดท้ายของชีวิต มีการเตรียมความพร้อมสำหรับความตาย และเหตุการณ์ภายหลังการสูญเสีย ก่อให้เกิดการตายดี อันเป็นความคาดหวังสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทุกราย

2. พยาบาลควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ การรับรู้อาการผู้ป่วย และการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ซึ่งมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ไปพัฒนาในรูปแบบของโปรแกรมการพยาบาลที่สามารถจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ และเสริมทักษะในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจัดการกับปัจจัยดังกล่าวได้ด้วยตนเอง ดังนี้

2.1 การรับรู้อาการผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายความว่า ระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยจะลดลงเมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการไม่สุขสบายทางด้านร่างกายอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น พยาบาลควรให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการไม่สุขสบายทางด้านร่างกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ อาการปวด อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า อาการ

เบื่ออาหาร รวมถึงอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการไอจากการมีภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง เพราะอาการเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการตายของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเร็วกว่าที่ควรจะเป็น และอาจเป็นการตายที่ทุกข์ทรมาน

2.3 การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายความว่าระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยจะลดลงเมื่อญาติผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตายเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลควรให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตายเพิ่มขึ้น โดยเริ่มจากการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย เพื่อให้ญาติผู้ดูแลคลายความอคติที่ว่า การกล่าวโหสิกรรม การกล่าวอ้อลา เป็นการแข่งชกให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเร็วขึ้น ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้ฝึกโน้มน้าวให้ผู้ป่วยระลึกถึงคุณความดีต่างๆที่เคยกระทำความ ฝึกการกล่าวโหสิกรรม ฝึกการกล่าวอ้อลา เชิญชวนอำนวยความสะดวกให้ญาติผู้ดูแลได้ทำบุญ ทำทาน โดยการนิมนต์พระมารับบาตร หรือเป็นสะพานบุญนำสิ่งของ ปัจจัยต่างๆของญาติผู้ดูแลไปใส่บาตร หรือทำทานแทน หากญาติผู้ดูแลไม่สะดวก รวมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้เข้าเยี่ยม และมีเวลาได้พบปะกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ลดข้อจำกัดที่ไม่จำเป็นลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนางานวิจัยในการหาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติม โดยปัจจัยเหล่านั้นควรเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถเข้าไปจัดกระทำได้ เช่น ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะลุกลาม การรับรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นต้น หรือนำตัวแปรที่ผู้วิจัยได้ศึกษาไว้แล้วพบว่าการสัมพันธ์กันเอง เช่น ทักษะคิดต่อความตายกับการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย มาวิเคราะห์สาเหตุหรือวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ซึ่งจะทำให้เกิดความกระจ่างชัดในแนวคิดการวิจัย

2. ควรมีการพัฒนาแนวคิดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยในบริบทสังคม วัฒนธรรมไทย แล้วพัฒนาเป็นเครื่องมือในการวัด และประเมินแนวคิดต่อไป

3. ควรมีการเพิ่มข้อคำถามปลายเปิด เช่น ท่านรู้สึกอย่างไรกับการตายของผู้ป่วยที่กำลังใกล้เข้ามา เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ลดความกดดัน และช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่รอบด้านมากขึ้น

4. หากต้องการนำเครื่องมือการรับรู้อาการผู้ป่วยไปใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างอื่น แนะนำให้นักวิจัยนำเครื่องมือนี้ไปหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการทดสอบซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกสรร เนื่องจากการวิจัยครั้งที่ผู้วิจัยได้อาศัยค่าความเที่ยงที่ทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ไม่ใช่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม



รายการอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557. (ออนไลน์).
แหล่งที่มา: <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpscorner/> (5 มิถุนายน 2559)
- กรรณิฉริยา สุขรุ่ง. (2551). สุขสุดท้ายที่ปลายทาง เผชิญความตายอย่างสงบ. กรุงเทพมหานคร :
โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา
- กาญจนา มยุระสุวรรณ. (2552). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลาย
กล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และวรชัย ทองไทย. (2549). ประชากรและสังคม 2549 : ภาวะการตายภาพ
สะท้อนความมั่นคงของประชากร. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญตา บาลทิพย์. (2542). ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์ ณ วัดแห่ง
หนึ่งทางภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- คมสัน แก้วระยะ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนิน
ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาท
ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- จรีรัตน์ นวมะชิตี. (2547). ผลของการปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง :
การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะ
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา ชาญประโคน. (2550). สัมพันธ์ภาพและกระบวนการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการ
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จันทรา พรหมน้อย. (2547). ปัจจัยทำนายนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุใน
โรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จิราพร ตันตวิวงศ์พิศาล. (2547). ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ศึกษากรณีโรงพยาบาลศรีวิชัย 5. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ชนิตา มณีวรรณ และคณะ. (2535). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร : แผนกป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฐิติมา ธารประสิทธิ์. (2547). ผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐยา วาสิงหน. (2541). ความหมายของความตาย : การตีความตามพุทธปรัชญา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาปรัชญา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บริษัท วิ.พรินท์ (1991) จำกัด.

ธิดา เอื้อกฤดาธิการ. (2550). สรีรวิทยาของระบบประสาทและ การให้ยาระงับความรู้สึก. ใน วรรณวิศนวงศ์ และคณะ. ตำราวิสัญญีวิทยาพื้นฐาน (หน้า 19-31). สงขลา: ชานเมือง การพิมพ์.

ธีรนุช ห้านิรติศัย และปริญญา แร่ทอง. (2556). การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 21(7): 634 – 639.

นงลักษณ์ สรรสม. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภา ทวีรระยงกุล และคณะ. (2558). ประสบการณ์อาการ และการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 21(1) : 82 – 95.

ณฤดี กิจทวี. (2552). ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา คชศิลา. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแล ในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี

อาการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2544). ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 9(1) : 11 – 31.

บงกช พึ่งพุทธรักษา. (2521). ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาสน

บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

บุษผา ชอบใช้. (2536). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง. ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บุษยามาศ ชิวสกุลยง และคณะ. (2557). การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : บริษัท กลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.

เบญจพร รัตนปรีชากุล. (2555). การพัฒนารูปแบบการจัดการลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ปราณี วงษ์เทศน์. (2534). พิธีกรรมเกี่ยวกับความตายในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินต์ติ้งกรุ๊ป จำกัด.

ปราณี วงษ์เทศน์. (2543). สังคมและวัฒนธรรมในอุษาคเนย์. กรุงเทพมหานคร: ศิลปวัฒนธรรม.

ปาริฉัตร กุลชาบาล. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปิ่น มุกข์กันต์. (2514). กลวิธีแก้กรรมฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์คลังวิทยา.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวนิชย์. (2544). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 9(1): 32 – 45.

- พรพรรณ ศรีธัญญรัตน์. (2539). ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสต่อการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรสุพจน์ ทองนพคุณ. (2550). ไตรสิกขา เบื้องต้น เพื่อฟื้นฟูพระพุทธศาสนา และสันติภาพสากล. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์สวย.
- พระธรรมปิฎก. (2545). พุทธธรรม. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.
- พระธรรมโกศาจารย์. (2533). ทาน ศีล ภาวนา. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). (2548). โพชฌงค์ : พุทธวิธีเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.
- พระมหาบุญมี มัลลวชิโร. (2548). พุทธศาสนากับความตาย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ดอกหญ้าวิชาการ.
- พระมหาสุพรต ธมมาราโม. (2554). ทศนคติต่อความตายในพระพุทธศาสนาเถรวาท : กรณีศึกษา นิสิตห้องเรียนวัดไชยชุมพลชนะสงคราม มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาชีวิตและความตาย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระราชญาณวิสุทธิโสภณ. (2541). พ่อแม่เป็นบ่อแห่งชีวิต. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- พระไพศาล วิสาโล และคณะ. (2552). เฝ้าดูความตายอย่างสงบ เล่ม 2: ข้อคิดจากประสบการณ์. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนสามลดา.
- พระไพศาล วิสาโล และปรีดา เรื่องวิชาการ. (2549). เฝ้าดูความตายอย่างสงบ : สารและกระบวนการเรียนรู้ (ฉบับความรู้พื้นฐาน). กรุงเทพมหานคร : เครือข่ายพุทธิกา.
- พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหมื่นวิจิตรวราณปรีชา. (2507). วิจิตรวราณปรีชาธรรมานุสรณ์. กรุงเทพมหานคร : เลียงเชียงจงเจริญ.
- พัชรี เจริญพร. (2549). ผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรียา ไชยลังกา. (2534). การศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดเกี่ยวกับความตายของผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรัง. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชัย นิลทองคำ. (2554). กฎหมายเนติบัณฑิต อาญา ภาค 2 และภาค 3 (มาตรา 322-398 และลหุโทษ) เล่มที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อทตยา มิเลนเนียม.

- พิกุล นันทชัย และประทุม สร้อยวงศ์. (2558). แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก : การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร : บริษัท จุดทอง จำกัด.
- พีรเทพ รุ่งคุณากร. (2547). การพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนมโนทัศน์ของสตรีไทยที่ถูกกระทำ ความรุนแรงจากคู่ครอง. ปรินญาศึกษาศาสตร์ดุซมิบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พุทธทาสภิกขุ. (2537). สังฆารธรรม ความตายเป็นหน้าที่ของสังฆาร. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.
- ภรภัทร อิมโธฐ. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ภักสุภพิชญ์ ศรีกสิพันธ์. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความตาย. ใน สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ : วี. เจ. พรินต์ติ้ง.
- ภารดี ปรีชาวิทยากุล. (2549). ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่พักอาศัยในอาคารเย็นศีรษะ อาคารที่พักชั่วคราวของผู้ป่วยและญาติ. สงขลานครินทร์เวชสาร. 24(2): 71-84.
- รติอร พรภุณา. (2546). บทบาทและการรับรู้ทางวัฒนธรรมของบุตรสาวในการดูแลบิดามารดาสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในสังคมอีสาน: กรณีศึกษาในจังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 26(3): 21 – 29.
- รวี เตือนดาว. (2547). ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ = Nursing research : concepts to application. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รายงานสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (ออนไลน์). (2560). แหล่งที่มา: http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?Reportid=367&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=15 (12 กรกฎาคม 2561)
- โรงพยาบาลจุฬารณณ์. (ออนไลน์). (2554). มะเร็ง คือ อะไร. แหล่งที่มา: <http://www.cccthai.org/l-th/index.php/2009-06-25-05-10-11/2009-08-02-07-56-13.html> (18 ตุลาคม 2559)

- ลดาวัลย์ บุรณะปิยะวงศ์. (2544). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลความรู้ และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรรณรัตน์ ลาวั่ง และคณะ. (2547). สถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 15(2): 17 – 31.
- วรรณมน บุรณรัช. (2556). มุมมองเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วยโรคร้ายแรงภายใต้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2015). การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 23(3) : 41 – 55.
- วารุณี พลิกบัว. (2549). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารสภาการพยาบาล. 21(4): 44 – 55.
- วารุณี มีเจริญ และคณะ. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม : แบบจำลองเชิงสาเหตุ. Pacific Rim International Journal of Nursing Reserch. 17(4) : 304 – 316.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. ราชบัณฑิตยสาร. 20(1): 10-22.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วิจิตรา บุรณศรี. (2556). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์. 12(4): 34 – 46.
- วิภา วิเสโส. (2545). การให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิไลลักษณ์ สายเสน่ห์. (2537). การศึกษาเปรียบเทียบทฤษฎีเกี่ยวกับความตายและการเกิดใหม่ใน พุทธศาสนานิกายเถรวาทกับนิกายวัชรยาน. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาปรัชญาบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หลวงพ่อดุสิตพรหมยาน. (2541). คู่มือปฏิบัติคู่วัดท่าซุง. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี.
- ศิริณี เก็จกรแก้ว และคณะ. (2559). การศึกษาสัมพันธภาพที่มีคุณภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอโดยใช้การวิจัยเชิงทฤษฎีพื้นฐาน. Pacific Rim International Journal of Nursing Reserch. 20(2) : 161 - 173. 16 - 28.
- ศิริวรรณ วรรณศิริ. (2548). การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2554). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศรียรัตน์ อินเกตุ และคณะ. (2552). ความต้องการและการมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 21(1): 73 - 80.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (ออนไลน์). (2553). มะเร็ง คือ อะไร. แหล่งที่มา: <http://www.nci.go.th/th/Knowledge/whatis.html>. (18 ตุลาคม 2559)
- สมพร ปานดุง และคณะ. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยหลักพุทธธรรม ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช ระยะลุกลามในโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล. 30(1) : 16 - 28.
- สมภาพ เรืองตระกูล. (2551). โรคมะเร็ง อากาทางจิตเวชและการรักษา. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์. (2551). Improving patient safety: A systemic approach. ใน วิรัตน์ วศินวงศ์ และกัญทิลา รุจิ โรจน์จินดากุล (บก.), แนวปฏิบัติสู่การลดอุบัติเหตุทาง วิสัญญี: Strategies to minimize anesthetic incidents (หน้า 177-204). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สารภี รังสีโกศัย และคณะ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับ ภาวะใกล้ตาย และความตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี. วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์. 33(1): 43-54.

- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ. (2539). ทฤษฎีการปรับตัวของรอย. ใน เพ็ญศรี ระเบียบ. ทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาล (หน้า 60 -130). กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ. (2539). แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 14(0) : 76 – 90.
- สุพจน์ ทองนพคุณ. (2550). ไตรสิกขาเบื้องต้น เพื่อฟื้นฟูพระพุทธศาสนาและสันติภาพ. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี.
- สมิตรา ทองประเสริฐ และ สิริกุล นภาพันท์ . (2545). โรคมะเร็ง แนวทางการรักษา. เชียงใหม่ : ธนบรรณ การพิมพ์.
- สุรัชย์ มณีเนตร. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณา วุฒิธรณฤทธิ. (2544). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- แสงเทียน ธรรมลิขิตกุล. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลผิดปกติ. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ 1, กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- แสงไสม ส่งแสง. (2541). การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในสังคม และวัฒนธรรมไทยที่วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักราชบัณฑิตยสภา. (2550). สัมพันธภาพ. <http://www.royin.go.th/?knowledges=สัมพันธภาพ-สัมพันธภาพ-๑๘>.
- อภิญา สัตยธรรม. (2550). ผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวต่อความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ และคณะ. (2540). การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาที่พุกอ้ายในอาคารวัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. 1(0): 231 – 257.
- อุบล จ้วงพานิช. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.
- เอมอัชฌา วัฒนบูรานนท์. (2554). มรณศึกษา. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.
- Arando, S.K. & Hayman-White, K. (2001). Home caregivers of the person with advanced cancer: an Australian perspective. *Cancer Nurs.* 24(4): 300 - 307.
- Bachner, Y.G., O'Rourke, N., Davidov, E., et al. (2009). Mortality communication as a predictor of psychological distress among family caregivers of home hospice and hospital inpatients with terminal care. *Aging Ment Health.* 13(1): 23-41.
- Bloom, B.S. (1964). Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain. New York: David Mckay.
- Bolton J. S., et al. (2000). Survival after resection of multiple bilobar hepatic metastases from colorectal carcinoma. *Ann Surg.* 231(5) : 743 – 751.
- Boston P.H. & MountB.M. (2006). The caregiver's perspective on existential and spiritual distress in palliative care. *J Pains Symptom Manage.* 32(1): 13 – 26.
- Cancer Council Australia. (2013). Living with Advanced Cancer. [cited 2016 Oct 01]; Available from: <http://www.cancervic.org.au/Livingwithadvancedcancer.pdf>
- Carey, P.J., et al. (1991). Appraisal and Caregiving burden in family member caring for patients receiving chemotherapy. *Oncology nursing forum* 18(0) : 1341-1348.
- Carpenito-Moyet, L.J.. (2008). Nursing diagnosis application to clinical practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carr, D. A. (2003). "Good Death" For Whom? Quality of spouse's death and psychological distress among older widowed persons.
- Cassileth, B.R., et al. (1985). Psychosocial correlates of survival in advanced malignant disease? *New England Journal of Medicine*, 312, 1551–1555.
- Cassell, E. (1991). The nature of suffering. New York: Oxford University Press.
- Chen, Y.P., et al. (2000). Cause of interruption of radiotherapy in nasopharyngeal carcinoma patients in Taiwan. *J Clin Oncol.* 30(0): 230 - 234.

- Christian, J. L. (1981). *Philosophy: An introduction to the art of wondering*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Cicirelli, V. G. (2006). Fear of death in mid-old age. *Journal of Gerontology*, 61, 75–81.
- Clara G. C. & Arlene H. (2012). Concept analysis of good death in terminally ill Patients. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 00 (0) 1-8
- Clavarino, A.M., et al. (2002). Effects of individual and family hardiness on caregiver depression and fatigue. *Research in Nursing and Health*. 25(0): 37 – 48.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*. 112(1): 155-159.
- Collins C., et al., (1994). Care giving transitions : Changes in depression among family caregiver of relatives with dementia. *Nursing Research* 43(0) : 220 – 225.
- Conte, H., Weiner M., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, psychometric, and factor-analytic aspect. *Journal of Personality and Social Psychology*. 43(1): 775-785.
- Davies, B. (2001). *Supporting families in palliative care*. Textbook of palliative nursing. New York: Oxford University Press.
- Davis, L.L. & Cox, R.P. (1995). Using Intervention Question to empower family Decision Making. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 14(1): 48-55.
- Deborah, W.S., Robert N., & Christina, B.M. (2010). A Comparison of Death Anxiety and Quality of Life of Patients With Advanced Cancer or AIDS and Their Family Caregivers. *Journal of the association of nurse in aids care*. 21(2): 99-112.
- Devis, B.D., et al. (1996). The effects of terminal illness on patients and their carers. *Journal of Advanced Nursing* 23(0) : 512 – 520.
- DeVellis, R.F. (2012). *Scale Development: Theory and Applications*. California: SAGE Publications.
- Dodd, M., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 33(5): 668 – 676.
- Enrique G. (1984). *Depression, Death Anxiety and Hope among Female Caregivers of Children with HIV/AIDS*. Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the

Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy Psychology at Fordham University.

- Ferrans CE, Powers M. Ferrans and Powers Quality of Life Index Cancer Version- III. [cited 2011 Jan 17] ; Available from: [http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/pdf/cancer versionIII/cancerenglish.pdf](http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/pdf/cancer%20versionIII/cancerenglish.pdf).
- Fong Y. (1999). Surgical therapy of hepatic colorectal metastasis. *CA Cancer J Clin.* 49(4) : 321 – 355.
- Forbes, S.B. (1994). Hope: an essential human and need in elderly. *Journal of Gerontological.* 20(6): 5 – 10.
- Gioiella, E.C., & Bevil, C.W. (1985). Death the last development stage. In *Nursing care of the aging client : Promoting healthy adaptation*. New York : Appleton-Century-Graft.
- Given, B., et al. (1993). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncol Nurs Forum.* 31(6): 1105 – 1117.
- Graham, E.M. & Conley, E.M. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. *Nursing Reseach.* 20(2): 113 – 122.
- Gutieneze, Z.E., (1992). *Death the last development stage in nursing care of the aging client : Promoting healthy adaptation*. New York: Appleton Century-Grafts.
- Hacialioglu, N., et al. (2010). The quality of life of family caregivers of cancer patients in the east of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing.* 14(0): 211 - 217.
- Haddad, A. & Shepard, D. (2011). Geriatric oncology and palliative medicine. *Seminars in Oncology.* 38(3): 362 – 366.
- Hanlon, J.T., et al. (2010). Pain and its treatment in older nursing home hospice/palliative card residents. *Journal of the American Medical Directors Association.* 1(18): 579-583.
- Hert, L.K., et al., (1990). Fatigue. *Nursing Clinics of North America* 25(0) : 967 - 976.
- Herth, K. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patient with cancer. *Oncology Nursing Forum* 16(1): 67 – 72.
- Herth, K. (1993). Hope in the family caregiver of terminal ill people. *Journal of Advanced Nursing* 18: 538-548.

- Hickey, J. V. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (5th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Hickey, J. V., & Armstrong, T. (1997). Brain tumor. In J. V. Hickey (Ed.), *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (4th ed., pp. 501–526). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Klein D. F. (1984) Psychopharmacological treatment of panic disorder. *Psychosomatics* (Suppl.) 25, 32-36.
- Hodgson. C., et al. (1997). Family anxiety in advance cancer : a multicenter prospective study in Ireland. *British Journal of Cancer*. 79(9) : 1211 – 1214.
- Hoff, L.A. (1989). *People in crisis: understanding and helping*. 3rd ed. California : Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Jensen, S., and Given, B.A. (1991). Fatigue affecting family caregivers cancer patients. *Cancer Nursing* 14 (4): 181-187.
- Johnson, M.G. (1989). Spiritual : Cornerstone of holistic nursing. *Holistic Nursing Practic*. 3(3): 18 – 26.
- Jonsen, E., et al. (2000). Family members' experience of familial amyloidotic polyneuropathy disease : Informal struggle and fact of life. *Journal of Advanced Nursing*. 31(1): 347 – 353.
- Kalish, R.A. (1988). *Study of death : Psychosocial perspective*. New York: Hemisphere Publishing.
- Keir, S.T., et al. (2009). Family appraisal of caregiving in a brain cancer model. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 11(1): 60–66.
- Kessler, D., et al. (2005). Social class and access to specialist palliative care services. *Palliat Med*. 19(0): 105–110.
- Kim, Y., et al., (2015). Effects of gender and depressive symptoms on quality of life among colorectal and lung cancer patients and their family caregivers. *Psychooncology*. 24(1): 95-105.
- Kim, Y., & Given, B. A. (2008). Quality of life of family caregivers of cancer survivors: Across the trajectory of the illness. *Cancer Supplement*, 112(11), 2556-2568.
- Klein D. F. (1984) Psychopharmacological treatment of panic disorder. *Psychosomatics* (Suppl.) 25, 32-36.

- Krach, P., & Brooks, J. A. (1995). Identifying the responsibilities and needs of working adults who are primary caregivers. *Journal of Gerontological Nursing*. 21(0): 41-50.
- Laurel, L.N., et al. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients : meta analysis of randomized trials. *CA Cancer J Clin*. 60(5) : 317 – 339.
- Lazarus & Folkman. (1984). *Stress adaptation and coping*. New York: Gerune and Stration.
- Lehto, R.H., & Stein K.F. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Res Theory Nurs Pract*. 23(1): 23-41.
- Lens, E.R., et al. (1997). The middle range theory of unpleasant symptoms: an update. *Advance in Nursing Science* 17(0): 1 - 13.
- Lester, D., & Castromayor, I. (1993). The construct validity of Templer's death anxiety scale in Filipino students. *The Journal of Social Psychology*, 133, 113–114.
- Lisa, I., et al. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology : reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review*. 34(0) : 580 - 593.
- Lorraine, N.W. (2005). *Spirituality suffering and illness: Ideals for healing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Martinson et al., (1994). The reaction of Chinese pavents to a terminally ill child with cancer. *Cancer Nursing*. 17(2) : 72 - 76.
- May, B.J., (1993). *Home Health and Rehabilitation Concepts of care*. Philaddphia : F.A. Davis Company.
- McMillan, S.C., et al., (2005). Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: A randomizedclinical trial. *Cancer*. 106(0): 214–222.
- Momeyer, R. W. (1988). *Confronting death*. Indianapolis: Indiana University Press.
- Moorhead, S., et al. (2008). *Nursing outcomes classification (NOC)*. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Nakamura, S., et al. (1999). Resection of liver metastases of colorectal arcinoma. *World J Surg*. 21(7): 741 – 747.
- National Cancer Institute. (2014). *Advanced Cancer*. [cited 2016 Oct 01]; Availablefrom: <http://www.cancer.gov/cancertopics/advancedcancer/page1>

- Oberst, M.T., et al. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*. 12(0): 209 – 215.
- Panikulam, G.H. (1991). The process and out come of visual kinesthetic dissociation in the treatment of fear of death in woman a dissertation. Education and Science Department of Education and Counseling. Dela Salle University. Philippine.
- Parvataneni, R., et al. (2011). Identifying the needs of brain tumor patients and their caregivers. *Journal of Neuro-oncology*, 104(3), 737-744.
- Peterson, C. (1996). Looking forward through the lifespan developmental psychology. 3rd ed. Sydney : Prentice-Hall.
- Ragsdale, D., et al. (1993). Using Social Support Theory to care for CVA Patients. *Rehabilitation Nursing*, 18 (May/June) : 154-161.
- Rawlins, S.R. (1991). Using the connecting Process to Meet Family Caregiver Needs. *Journal of Professional Nursing*, 7(4) : 213 – 220.
- Redick, R.J. (1974). Behavior group counselling and death anxiety in student nurses. *Dissertation Abstract*. 35(0): 1989-A.
- Shaw, M.J., et al. (2000). Oral management of patients following oncology treatment: literature review. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 38(0): 519 - 524.
- Shirley, E. O. (1991). *Oncology nursing*. St. Louis: Mosby.
- Sigelman, C.K., & Shaffer, D.R., (1996). *Life-span human development*. Pacific Grove : Brooks/Cole Publishing.
- Soleimani, M.A., et al. (2016). Death Anxiety and Quality of Life in Iranian caregivers of patients with cancer. *Cancer Nursing*. (0): 1-10.
- Spayne, J.A., et al. (2001). Carcinoma in-situ of the glottic larynx: result of treatment with radiation therapy. *Int J of Radiat Oncol Biol Phys*. 49(1): 1235 - 1238.
- Stangl, R., et al. (1994). Factors influencing the natural history of colorectal liver metastases. *Lancet*. 343(8910): 1405 -1410.
- Stanton, A. L., & Snider, P. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Sterling, C.M. & Van Horn, K.R. (1989). Identity and death anxiety. *Adolescence*, 24. 321-326.

- Stetz, K.M. (1987). Caregiving demands during advanced cancer: The spouse's needs. *Cancer Nursing*. 10(0): 260-268.
- Susan A. & Peter S. (200). Death anxiety in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*. 14(1) : 499-507
- Swigart, V. (2004). Family caregivers of dying elder: Burdens and opportunity. *Gerontologic palliative care nursing*. New York: Mosby.
- Tang Y.Y., et al. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 104(43): 17152 – 17156.
- Tang, T.S. & Li. Y.C. (2008). The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer at the end of life. *Psychosomatic Research*. 64(0) : 195 – 203.
- Tastan, S.,et al. (2011). Experiences of the relatives of patients undergoing cranial surgery for a brain tumor: A descriptive qualitative study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 43(2), 77-84.
- Templer, D.I. & Lonetto, R. (1986). *Death anxiety*. Washington D.C.: Hemisphere.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54(0): 461 – 423.
- Tomer, A. & Eliason, G, (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Studies*. 20(1): 343-365.
- Veronica, A.S. (2012). *Death anxiety, depression and coping in family caregivers*. Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy Psychology at Walden University.
- Villar, I.V.G. (1997). *Hope heap of possibilities exist*. Manila, Philippines : Peimon Press.
- Watson, J. (1989). *Human science and human care theory of nursing*. New York: Nation Leahue Fund.
- WHO. (2011). WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Accessed October 15, 2016.
- Wideheim, A.K., et al. (2002). A family's perspective on living with a highly malignant tumor. *Cancer Nursing*. 25(3): 236-244.
- Wilson, S.A. (1992). The family as caregiver : Hospice home care. *Family and Community health*. 15 (July) : 71-81.

- Wilson, I.B. & Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variable with HRQQL : A conceptual model of outcomes. *Journal of American Heart Association*. 273(1): 59-65.
- Wong, P.T.P., et al. (1994). Death Attitude Profile-Revised : A multidimensional measure of attitudes toward death. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Yadollah, A.M., et al. (2015). Spousal death anxiety in old age : gender perspective. *Journal of death and dying*. 72(1) : 69 -80.
- Yang, C.T., et al. (1992). Exploration of factors related to direct care and outcomes of caregiving : Care givers of terminally ill person. *Cancer Nursing* 15 (6) : 173-181.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yoon, S.S. & Tanabe, K.K. (1999). Surgical treatment and other regional treatments for colorectal cancer liver metastases. *Oncologist*. 4(3): 197 – 208.
- Zuehlke & Watkins (1975). The use of psychotherapy with dying patients: An exploratory study. *Journal of Clinical Psychology*. 31(4): 729 – 732.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง และสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์ ลัญฉศักดิ์ อรรถขยายกร	อาจารย์แพทย์ประจำศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุญทิศา สุวิทย์	รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
3. อาจารย์ ดร. ปิยวรรณ โภคพลากรณี	อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. พยาบาลวิชาชีพนางสาวนงลักษณ์ ทองอินทร์	หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 3 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
5. พยาบาลวิชาชีพวิไลลักษณ์ ตันติตระกูล	พยาบาลประจำการโรงพยาบาล การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ผสมผสานด้านมะเร็งสกลนคร

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายปองพล คงสมาน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถขยายกร แพทย์ประจำศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

หัวหน้าศูนย์ชีวภิบาล และ นายแพทย์ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถขยายกร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 08-1629-6785

อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 08-0551-0640

นายปองพล คงสมาน โทร. 08-3048-7717

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2560

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายปองพล คงสมาน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 70 คน โดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย 3) แบบสอบถามสัมพันธภาพกับผู้ป่วย 4) แบบสอบถามการรับรู้อาการผู้ป่วย 5) แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย 6) แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย 7) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และ 8) แบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายปองพล คงสมาน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 08-1629-6785

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 08-0551-0640

ที่อนิสิต

นายปองพล คงสมาน โทร. 08-3048-7717



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล โทรศัพท ๐-๒๒๕๔-๓๘๔๐ โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๘๔๓
ที่สนง.คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย...๑๕๖๐/๒๕๖๐...วันที่.....๒๑.....กันยายน...๒๕๖๐.....
เรื่อง ผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นายปลอด คงสมาน

ตามที่ท่านเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราชูราช เรื่อง...ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย
มะเร็งระยะแพร่กระจาย...(เลขที่โครงการ...๐๓๘/๖๐...) คณะกรรมการฯ มีมติรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวและผู้วิจัยโปรด
รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย ทุก...๑๒...เดือน (โดยให้รายงานความก้าวหน้าพร้อมต่ออายุโครงการวิจัย
ก่อนวันหมดอายุ ๑ เดือน ในวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๑)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัย และเอกสารที่ได้รับการรับรองมาด้วย

๑. แบบเสนอโครงการวิจัย Version 3 ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๐
๒. เอกสารแจ้งอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย
Version 3 ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๐
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตาย
ของผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย Version 3 ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๐
 - ตอนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
 - ตอนที่ ๒ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล
 - ตอนที่ ๓ แบบสอบถามสัมพันธภาพกับผู้ดูแล
 - ตอนที่ ๔ แบบสอบถามการรับรู้การป่วย
 - ตอนที่ ๕ แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย
 - ตอนที่ ๖ แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย
 - ตอนที่ ๗ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย
 - ตอนที่ ๘ แบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย
๔. งบประมาณและแหล่งทุน Version 3 ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๐
๕. ประวัติผู้วิจัยหลัก:
 ๑. นายปลอด คงสมาน
 ๒. ประวัติอาจารย์ที่ปรึกษา:
 ๑. รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา
 ๒. อาจารย์ ดร.จรรยา นิมพลวง

ลงนาม.....

(นายแพทย์สุรพจน์ เมธนาวิณ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชูราช

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกแพทยศาสตร์คลินิก ชั้น ๕
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชูราช

RLC : ๐๒๕๖/๖๐

๑. ติดกับรายงานการพิจารณา ๕/๐๓/๕๖
๒. ปรับแก้เฉพาะ และยื่นหน้า ๖/๖/๖๐

๖๕๑ ถนนสามเสน แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๘๔๓

บด๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๖๒๔-๓๑๑๐ โทรสาร ๐-๒๖๒๔-๓๑๑๑		COA 112/2560 (๑/๓)
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เอกสารรับรองโครงการวิจัย		
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP		
ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยระยะแพร่กระจาย		
ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : FACTORS RELATED TO DEATH ANXIETY AMONG FAMILY CAREGIVERS OF METASTATIC CANCER PATIENTS		
เลขที่โครงการ : ๐๙๘/๖๐		
ผู้วิจัยหลัก : นายปองพล คงสมาน		
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลปิณฑิต		
เอกสารที่รับรอง :		
<ul style="list-style-type: none"> - แบบเสนอโครงการวิจัย Version 3 ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๐ - เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามและการฝึกซ้อมผู้เข้าร่วมการวิจัย Version 3 ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๐ - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยระยะแพร่กระจาย Version 3 ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๐ <ul style="list-style-type: none"> - ตอนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย - ตอนที่ ๒ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย - ตอนที่ ๓ แบบสอบถามลักษณะอาการกับผู้ป่วย - ตอนที่ ๔ แบบสอบถามการรับรู้อาการป่วย - ตอนที่ ๕ แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย - ตอนที่ ๖ แบบสอบถามการปฏิบัติตามกิจกรรมจิตเวชเชิงป้องกันทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย - ตอนที่ ๗ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะแพร่กระจาย - ตอนที่ ๘ แบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยระยะแพร่กระจาย - สรุปประมาณและแหล่งทุน Version 3 ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๐ - ประวัติผู้วิจัยหลัก: <ol style="list-style-type: none"> ๑. นายปองพล คงสมาน - ประวัติผู้ร่วมวิจัย/ อาจารย์ที่ปรึกษา: <ol style="list-style-type: none"> ๑. รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ๒. อาจารย์ ดร.จรรยา นิทลวง 		

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (ศึกษา) ศิริพยาบาล ชั้น ๔

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

บด๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทรศัพท์ ๐-๒๖๒๔-๓๑๑๐ โทรสาร: ๐-๒๖๒๔-๓๑๑๑

๒๕๒ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
 โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๔-๓๕๕๐
 โทรสาร ๐-๒๕๕๔-๓๕๕๓

COA 112/2560 (๒/๒)



**คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
 เอกสารรับรองโครงการวิจัย**

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม
 แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS
 Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ลงนาม 

(นายแพทย์สุรพจน์ เมฆาวรีน)

ประธาน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม 

(ดร.บุษบา สุวัฒน์ธนบดี)

กรรมการและเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



วันที่รับรอง : ๒๓/๐๘/๒๕๖๐
 วันหมดอายุ : ๒๐/๐๘/๒๕๖๓

โครงการวิจัยนี้ผ่านการประชุมพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ ครั้งที่ ๐๓๒/๖๐ วันที่ ๔.๒
 ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคนิพนธ์คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศึกษาศาสตร์) ชั้น ๕
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
 ๒๕๒ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
 โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๔-๓๕๕๓ โทรสาร: ๐-๒๕๕๔-๓๕๕๓



สำเนา

1

เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม
และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

ด้วย กระผม นายปองพล คงสมาน นักศึกษาระดับปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลาม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทักษะการรับมือความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะแพร่กระจาย มีจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย ๒๐๗ คน จากสถาบันที่เข้าร่วมการวิจัย ๓ แห่ง ซึ่ง ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย และเป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อเนื่องเพื่อขยาย ความรู้และพัฒนาการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะแพร่กระจาย โครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทน / ค่าเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมโครงการ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านเป็นญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยมะเร็งในระยะแพร่กระจาย ในการนี้ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย" ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน ๘ ตอน มีประมาณ ๖๐ ข้อคำถาม ได้แก่ ตอนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วย ตอนที่ ๒ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย ตอนที่ ๓ แบบสอบถามสัมพันธภาพ กับผู้ป่วย ตอนที่ ๔ แบบสอบถามการรับรู้อาการผู้ป่วย ตอนที่ ๕ แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย ตอนที่ ๖ แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ตอนที่ ๗ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย ตอนที่ ๘ แบบสอบถามความวิตก กังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย และ ใช้เวลาในการตอบ แบบสอบถามประมาณ ๓๐ - ๔๐ นาที ผู้วิจัยจะขอรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง

Version 3.0

นางนงนุช คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (เด็กพยาบาล) ฉบับที่ ๒๘.../..09.../..2560...

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๒๕๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทรศัพท์ ๐-๒๖๕๔-๓๓๖๕๓ โทรสาร ๐-๒๖๕๔-๓๓๖๕๔

สำเนา

2

เนื่องจากแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามหลายส่วน จึงขอความกรุณาให้ท่านพิจารณาตอบตามความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด โดยข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้ โดยออกมาเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบหรือหน่วยงานของผู้ตอบ เนื่องจากไม่สามารถนำมาสืบค้นเจาะจงหาผู้ตอบได้ ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง หากท่านไม่สบายใจหรืออึดอัดที่จะตอบคำถามนั้นหรือไม่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเลยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้งานใดๆของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นายปองพล คงสมาน ได้ตลอดเวลา ทางหมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๓๐๔๘๘-๗๗๑๗ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยจะแจ้งในท่านทราบอย่างรวดเร็ว

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล สำนักงานฯ อยู่ที่ ๖๘๑ ตึกโอสถกรรม ชั้น ๒ ถนนสามเสนใน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๓๔๕๐ โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๔๕๓ หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อประธานกรรมการหรือผู้แทนได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ขอขอบพระคุณที่กรุณาใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม
ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นายปองพล คงสมาน)

..๑๙../..๐๗../..๒๕๖๐...

สำเนา

1

ลำดับที่ของอาสาสมัคร.....

เลขที่แบบประเมิน.....

วันที่ทำแบบประเมิน.....

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตาย
ของผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 8 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย
- ตอนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อาการผู้ป่วย
- ตอนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย
- ตอนที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย
- ตอนที่ 7 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย
- ตอนที่ 8 แบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของ
ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย

สำเนา

2

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. การวินิจฉัยโรค.....
4. ระยะของโรค.....
5. การรักษาที่ได้รับ.....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาเติมคำลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของคุณ

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 - (1) บิดา – มารดา
 - (2) คู่สมรส – คู่รัก
 - (3) บุตร – บุตรบุญธรรม
 - (4) พี่ – น้อง
 - (5) เขย – สะใภ้
 - (6) ญาติอื่นๆ ระบุ.....
4. ระยะเวลาในการดูแลจนถึงปัจจุบัน.....
5. จำนวนชั่วโมงในการดูแลใน 1 วัน..... ชั่วโมง ต่อ วัน
6. จำนวนผู้ช่วยในการดูแล.....คน
7. สถานภาพสมรส
 - (1) โสด
 - (2) คู่
 - (3) หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักงานอย. อย. อย. อย.) (เด็กแพทย์วิทยาลัย ชั้น ๕)
Version 3.0 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราษ Date ..08../..09../..2560...

๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงจรัญพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทรศัพท์ ๐-๒๖๔๔๔-๓๓๓๓ โทรสาร ๐-๒๖๔๔๔-๓๓๓๓

สำเนา

3

8. ระดับการศึกษา

- (1) ประถมศึกษา
- (2) มัธยมต้น
- (3) มัธยมปลาย / ปวช.
- (4) อนุปริญญา / ปวส.
- (5)ปริญญาตรี
- (6) สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....
- (7) ไม่ได้รับการศึกษา
- (8) อื่นๆ ระบุ.....

9. การประกอบอาชีพ

- (1) ประกอบอาชีพปกติ
- (2) ลาออกจากงานมาดูแลผู้ป่วย
- (3) ไม่ได้ประกอบอาชีพ

10. ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน

- (1) ไม่เพียงพอ
- (2) เพียงพอ

สำเนา

4

ตอนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงของท่านในขณะนี้ โดยเลือกเพียงข้อเดียว ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

- | | | |
|---|---------|----------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 3 | หมายถึง | ไม่แน่ใจ |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วย |
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

ข้อคำถาม	1	2	3	4	5
ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย					
1. ท่านรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตท่าน					
2. ท่านอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้					
3. ท่านห่วงใยต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย					
4. ท่านยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้					
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
5. ท่านและผู้ป่วยมีการตัดสินใจเรื่องราวต่างๆร่วมกัน					
6. ท่านรับฟังเรื่องต่างๆที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟังด้วยความเต็มใจ					
7. ท่านพูดคุยเรื่องต่างๆกับผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ					
8. ท่านไม่มีเรื่องราวขัดแย้งกับผู้ป่วย					
9. ท่านแสดงออกถึงความรักกับผู้ป่วย					
10. ท่านเต็มใจทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยร้องขอ					

ถ้าเนา

5

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อาการผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย X ในส่วนของเส้นตรงที่สอดคล้องกับอาการทางร่างกายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงตามความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

- 0 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย
 10 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายมากที่สุด

ท่านคิดว่าในขณะนี้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายอยู่ในระดับใด



สำเนา

6

ตอนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติต่อความตาย

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงของท่านในขณะนี้ โดยเลือกเพียงข้อเดียว ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

- | | | |
|---|---------|----------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 3 | หมายถึง | ไม่แน่ใจ |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วย |
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

ข้อความ	1	2	3	4	5
ด้านความรู้คิด					
1. ท่านคิดว่าใครๆ ก็หลีกเลี่ยงความตายไม่พ้น					
2. ท่านเข้าใจว่าชีวิตและความตายเป็นของคู่กัน					
3. ท่านคิดว่าความตายเป็นไปตามกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ					
4. ท่านคิดว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต					
5. ท่านคิดว่าความตายเป็นสิ่งที่ทุกชีวิตในโลกนี้ต้องพบเจอ					
ด้านความรู้สึก					
6. ท่านคิดว่าการตายเป็นการหมดเวรหมดกรรม					
7. ท่านคิดว่าการตายเป็นการเดินทางมาถึงจุดหมายปลายทางของชีวิต					
8. ท่านคิดว่าความตายเป็นความสงบสุขที่แท้จริง					
9. ท่านคิดว่าเมื่อตายแล้วจะได้ไปเกิดใหม่					
10. ท่านคิดว่า เมื่อตายแล้วจะไปไหนก็ไม่รู้					

สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงการวิทยุ (ศึกษาชีวิตคลินิก) ชั้น ๕

Version 3.0 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 08.../09.../2560...

๖๔๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทรศัพท์ ๐-๒๖๒๖... โทรสาร ๐-๒๖๒๖-๖๖๖๘๘

ตำนาน

7

ข้อความ	1	2	3	4	5
ด้านพฤติกรรม					
11. ท่านมักจะสนทนาเกี่ยวกับความตายกับบุคคลต่างๆ					
12. ท่านสนใจอ่านหนังสือทำความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย					
13. ท่านสนใจเรื่องเจริณมรณสติ					
14. ท่านไม่ประมาทในการใช้ชีวิต					
15. ท่านยินดีรับฟังธรรมะ หรือฟังบรรยายเกี่ยวกับความตาย					

สำเนา

8

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ที่เกี่ยวกับความตายที่เกิดขึ้นจริงของท่าน โดยเลือกเพียงข้อเดียว ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

- | | | |
|---|---------|---------------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เคยปฏิบัติเลย (0 วัน/สัปดาห์) |
| 2 | หมายถึง | ปฏิบัติค่อนข้างน้อย (1-2 วัน/สัปดาห์) |
| 3 | หมายถึง | ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 วัน/สัปดาห์) |
| 4 | หมายถึง | ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วัน/สัปดาห์) |
| 5 | หมายถึง | ปฏิบัติสม่ำเสมอ (7 วัน/สัปดาห์) |

ข้อคำถาม	1	2	3	4	5
1. ท่านได้ทำการโน้มนำจิตของผู้ป่วยให้นึกถึงสิ่งที่ดีงาม เช่น นึกถึงความดีที่เคยทำมา นึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์					
2. ท่านได้ทำการสวดมนตร์					
3. ท่านได้ทำการทำทาน เช่น ตักบาตร ถวายปัจจัย การบริจาคสิ่งของเพื่อช่วยเหลือสังคม เป็นต้น					
4. ท่านได้เตรียมตัวหากเกิดความไม่แน่นอนในชีวิตของผู้ป่วย ด้วยการกล่าวอ้อลา					
5. ท่านได้เตรียมตัวหากเกิดความไม่แน่นอนในชีวิตของผู้ป่วย ด้วยการกล่าวขอโทษกรรม กล่าวขอโทษแก่ผู้ป่วย					
6. ท่านได้ทำการเจริญสติภาวนา เช่น นั่งสมาธิ					
7. ท่านได้ฟังเทศน์ ฟังธรรม					
8. ท่านได้ถือศีล					

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิถียุทธศาสตร์ (ศึกษา) ชั้น ๕

Version 3.0

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Date ..08../..09../..2560...

๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทรศัพท์ ๐-๒๖๒๔๕-๓๕๖๓ โทรสาร ๐-๒๖๒๔-๗๐๘๘

ถ้าเนา

9

ตอนที่ 7 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย
คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ท่านมั่นใจว่าถูกต้อง และทำเครื่องหมาย X
หน้าข้อความที่ท่านมั่นใจว่าไม่ถูกต้อง

- (1) โรคมะเร็งระยะลุกลามไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
- (2) โรคมะเร็งระยะลุกลามไม่ควรได้รับการรักษาใดๆ อย่างต่อเนื่อง
- (3) อาการปวดจากโรคมะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
- (4) ผู้ป่วยจะหายปวดได้ต้องได้รับยาบรรเทาปวดเท่านั้น
- (5) ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตจากการได้รับยาบรรเทาปวดเกินขนาด เช่น มอร์ฟีน
- (6) เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง
- (7) หากผู้ป่วยมีอาการใช้ ตัวร้อน ต้องนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทุกครั้ง
- (8) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยางหากรับประทานได้น้อยลง
- (9) อาการคลื่นไส้อาเจียนสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด
- (10) หากผู้ป่วยมีไข้ ตัวร้อน หนาวสั่น หลังได้รับการฉายแสงท่านต้องแจ้งแพทย์
พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

สำเนา

10

ตอนที่ 8 แบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของ
ผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจาย

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงของท่านในขณะนี้
โดยเลือกเพียงข้อเดียว ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้

- | | | |
|---|---------|----------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 3 | หมายถึง | ไม่แน่ใจ |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วย |
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

ข้อคำถาม	1	2	3	4	5
1. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิตหรือการจากไปของผู้ป่วย					
2. ท่านจะรู้สึกกังวลใจหากผู้ป่วยกระวนกระวายหรือไม่สงบก่อนเสียชีวิต					
3. ท่านกังวลว่าผู้ป่วยอาจรู้สึกว้าวุ่นใจเกี่ยวกับการตายของผู้ป่วยเป็นภาระของคุณ หรือคนอื่น ๆ					
4. ท่านรู้สึกกังวลเนื่องจากไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์หลังความตายของผู้ป่วยได้ว่าจะไปอยู่ในที่สงบสุขหรือไม่					
5. ท่านรู้สึกกังวลที่ผู้ป่วยอาจต้องเจ็บป่วยเป็นเวลานานก่อนการตายของผู้ป่วยมาถึง					
6. ท่านจะรู้สึกไม่สุขสบายใจที่ต้องทนเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมานขณะเผชิญความตาย					
7. ท่านรู้สึกกังวลว่าผู้ป่วยอาจทรมานมากก่อนเสียชีวิต					
8. ท่านรู้สึกกังวลที่ไม่อาจอยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเสียชีวิต					
9. ท่านรู้สึกกลัวว่าผู้ป่วยต้องเผชิญความตายอย่างโดดเดี่ยว					
10. ท่านรู้สึกกลัวว่าตัวเองต้องอยู่เพียงลำพังหากผู้ป่วยเสียชีวิตไป					

ถ้าเนา

11

ข้อคำถาม	1	2	3	4	5
11. ท่านรู้สึกวิตกกังวลที่ความตายจะพรากผู้ป่วยไปจากท่านตลอดกาล					
12. การที่ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตก่อนทำสิ่งที่ค้างคาใจลำเรานั้น เป็นเรื่องรบกวนจิตใจของคุณ					
13. คุณรู้สึกกังวลว่าคุณจะไม่สามารรถทำตามคำสั่งเสีย หรือ พินัยกรรมที่ผู้ป่วยระบุไว้ได้					
14. คุณกลัวว่าผู้ป่วยอาจจะยังไม่เสียชีวิตจริงๆ ในตอนที่ แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว					
15. คุณกังวลว่าจะไม่มีใครระลึกจดจำผู้ป่วยได้เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว					



ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์ ได้แก่

1. ตัวแปรทุกตัวอยู่ในมาตราอันตรภาค (Interval) หรือมาตราอัตราส่วน (Ratio)
ตัวแปรทุกตัวของการวิจัยนี้อยู่ในมาตราอัตราส่วน (Ratio) โดยแสดงไว้ในตารางที่ 8

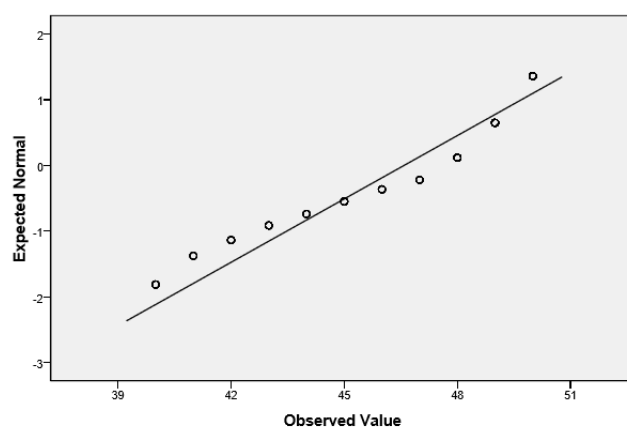
ตารางที่ 8 แสดงมาตราวัดของตัวแปรการวิจัย

ตัวแปรการวิจัย	มาตราวัด
1. สัมพันธภาพกับผู้ป่วย	มาตราอัตราส่วน
2. การรับรู้อาการผู้ป่วย	มาตราอัตราส่วน
3. ทักษะคิดต่อความตาย	มาตราอัตราส่วน
4. การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย	มาตราอัตราส่วน
5. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	มาตราอัตราส่วน
6. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	มาตราอัตราส่วน

2. ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

ตัวแปรทุกตัวของการวิจัยนี้มีการแจกแจงแบบปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงโดยแสดงไว้ในแผนภาพที่ 2-7 ดังนี้

Normal Q-Q Plot of MRelationLV



แผนภาพที่ 3 กราฟแสดงการแจกแจงข้อมูลความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

มีลักษณะกระจายตัวเกาะกลุ่มอยู่บนแนวเส้นตรง

MSeverity	Mean	5.81	.169	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.47	
		Upper Bound	6.14	
	5% Trimmed Mean	5.76		
	Median	5.00		
	Variance	4.874		
	Std. Deviation	2.208		
	Minimum	1		
	Maximum	10		
	Range	9		
	Interquartile Range	3		
	Skewness	.317	.186	
	Kurtosis	-.745	.369	

แผนภาพที่ 4 กราฟแสดงการแจกแจงข้อมูลการรับรู้อาการผู้ป่วย มีอัตราส่วนระหว่าง Skewness/SD (.317/.186) และ Kurtosis/SD (-.745/.369) อยู่ระหว่าง \pm

MAttitude	Mean	59.26	.472	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	58.33	
		Upper Bound	60.19	
	5% Trimmed Mean	59.18		
	Median	60.00		
	Variance	38.042		
	Std. Deviation	6.168		
	Minimum	45		
	Maximum	74		
	Range	29		
	Interquartile Range	7		
	Skewness	.235	.186	
	Kurtosis	-.036	.369	


แผนภาพที่ 5 กราฟแสดงการแจกแจงข้อมูลทัศนคติต่อความตาย มีอัตราส่วนระหว่าง Skewness/SD (.235/.186) และ Kurtosis/SD (-.036/.369) อยู่ระหว่าง ± 2

		Statistic	Std. Error
MPractise	5% Trimmed Mean	23.96	
	Median	24.00	
	Variance	26.502	
	Std. Deviation	5.148	
	Minimum	13	
	Maximum	40	
	Range	27	
	Interquartile Range	6	
	Skewness	.250	.186
	Kurtosis	.452	.369

แผนภาพที่ 6 กราฟแสดงการแจกแจงข้อมูลการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ที่เกี่ยวกับความตาย มีอัตราส่วนระหว่าง Skewness/SD (.250/.186) และ Kurtosis/SD (.452/.369) อยู่ระหว่าง ± 2

MKnowledge	95% Confidence Interval for Mean	Mean	6.04	.135
		Lower Bound	5.77	
		Upper Bound	6.31	
		5% Trimmed Mean	6.09	
		Median	6.00	
		Variance	3.134	
		Std. Deviation	1.770	
		Minimum	2	
		Maximum	10	
		Range	8	
		Interquartile Range	2	
		Skewness	-.204	.186
		Kurtosis	-.011	.369

แผนภาพที่ 7 กราฟแสดงการแจกแจงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีอัตราส่วนระหว่าง Skewness/SD (-.204/.186) และ Kurtosis/SD (-.011/.369) อยู่ระหว่าง ± 2



MDA	95% Confidence Interval for Mean	Mean	54.50	.684
		Lower Bound	53.15	
		Upper Bound	55.85	
		5% Trimmed Mean	54.65	
		Median	54.00	
		Variance	79.899	
		Std. Deviation	8.939	
		Minimum	31	
		Maximum	71	
		Range	40	
		Interquartile Range	14	
		Skewness	-.086	.186
		Kurtosis	-.638	.369

แผนภาพที่ 8 กราฟแสดงการแจกแจงข้อมูลความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีอัตราส่วนระหว่าง Skewness/SD (-.204/.186) และ Kurtosis/SD (-.011/.369) อยู่ระหว่าง ± 2



พท. ๔



วารสารเกื้อการุณย์

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
 131/5 ถนนขาว แขวง วชิรพยาบาล เขต ดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
 โทร: 02 241 6500 ต่อ 8213 โทรสาร: 02 241 6521
 E-mail : kjnnmu2560@gmail.com; janyatak@yahoo.com

วันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2561

เรื่อง ตอบรับการตีพิมพ์งานวิจัยลงในวารสารเกื้อการุณย์

เรียน คุณปองพล คงสมาน

ตามที่ท่านได้ส่งบทความวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม" ขณะนี้กองบรรณาธิการได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรรับไว้ในวารสารตีพิมพ์ใน "วารสารเกื้อการุณย์" ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2563

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิตยา วิศาลสกุลวงษ์)
 บรรณาธิการวารสารเกื้อการุณย์



ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวม และในแต่ละด้านของความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 195)

ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	Max	Min	Mean	SD	ระดับ
ด้านกลัวความไม่รู้	5	1.25	3.94	0.69	ปานกลาง
ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลใจหากผู้ป่วยกระวนกระวายหรือก่อนสิ้นใจ	5	2	4.53	0.71	
ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการตายของผู้ป่วย	5	1	4.20	1.06	
ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลว่าผู้ป่วยจะไม่ได้ไปสู่สุคติภาพ	5	1	3.34	1.39	
ญาติผู้ดูแลกังวลว่าผู้ป่วยอาจจะรู้สึกทรมานกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นภาระของญาติผู้ดูแล	5	1	3.18	1.40	
ด้านกลัวความทรมาน	5	1.67	4.48	0.57	สูง
ญาติผู้ดูแลรู้สึกไม่สุขสบายใจที่ต้องทนเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมานขณะเผชิญความตาย	5	3	4.55	0.73	
ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลว่าผู้ป่วยจะทรมานก่อนตาย	5	1	4.47	0.68	
ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลที่ผู้ป่วยอาจต้องเจ็บป่วยเป็นเวลานานก่อนการตาย	5	1	4.38	0.58	

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับ ความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	Max	Min	Mean	SD	ระดับ
ด้านกลัวความเสียชีวิต	5	1	3.62	0.95	ปานกลาง
ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลที่ไม่อาจอยู่กับผู้ป่วยใน ขณะที่ผู้ป่วยกำลังเสียชีวิต	5	1	3.79	1.21	
ญาติผู้ดูแลรู้สึกวิตกกังวลที่จะถูกพรากผู้ป่วย ไปจากคุณตลอดกาล	5	1	3.63	1.39	
ญาติผู้ดูแลกลัวว่าผู้ป่วยต้องเผชิญความตาย อย่างโดดเดี่ยว	5	1	3.51	1.34	
ญาติผู้ดูแลรู้สึกกลัวว่าตัวเองต้องอยู่เพียง ลำพังหากผู้ป่วยเสียชีวิตไป	5	1	2.94	1.53	
ด้านกลัวการดับสิ้น	5	1	2.96	0.82	ปานกลาง
การที่ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตก่อนทำสิ่งที่ค้าง คาใจสำเร้จนั้นเป็นเรื่องรบกวนจิตใจของ ผู้ดูแล	5	1	3.17	1.40	
ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลว่าจะไม่สามารถทำตาม คำสั่งเสียของผู้ป่วยได้	5	1	2.62	1.22	
ญาติผู้ดูแลกลัวว่าผู้ป่วยอาจจะยังไม่ เสียชีวิตจริงในตอนที่แพทย์วินิจฉัยว่า ผู้ป่วยเสียชีวิต	5	1	2.54	1.22	
ญาติผู้ดูแลกังวลว่าจะไม่มีใครระลึกถึงผู้ป่วย	5	1	2.18	1.28	
โดยรวม	5.0	1.23	3.70	0.63	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่า ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกลัวความทรมาณ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.57 ซึ่งอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ด้านกลัวความไม่รู้ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.69 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง และด้านกลัวความเดียวดาย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.95 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูง ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านกลัวการตัดสินใจ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง



ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยรวมและในแต่ละด้านของสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (n = 195)

สัมพันธภาพกับผู้ป่วย	Max	Min	Mean	SD	ระดับ
การยอมรับการเป็นบุคคลของผู้ป่วย	5	3.75	4.68	0.35	สูง
ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นบุคคลสำคัญ	5	1	4.81	0.63	
ญาติผู้ดูแลสามารถอดทนต่ออารมณ์ของผู้ป่วย	5	3	4.51	0.58	
ญาติผู้ดูแลห่วงใยต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	5	4	4.86	0.35	
ญาติผู้ดูแลยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้	5	1	4.53	0.72	
การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย	5	3.5	4.66	0.39	สูง
ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมีการตัดสินใจร่วมกัน ทุกเรื่อง	5	3	4.53	0.61	
ญาติผู้ดูแลเต็มใจที่จะรับฟังผู้ป่วยทุกเรื่อง	5	3	4.69	0.51	
ญาติผู้ดูแลเต็มใจที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยทุกเรื่อง	5	2	4.55	0.77	
ญาติผู้ดูแลไม่มีเรื่องราวขัดแย้งกับผู้ป่วย	5	2	4.48	0.89	
ญาติผู้ดูแลแสดงออกถึงความรักกับผู้ป่วย	5	4	4.84	0.36	
ญาติผู้ดูแลเต็มใจทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยร้องขอ	5	5	4.74	0.51	
โดยรวม	5	4	4.66	0.30	สูง

จากตารางที่ 10 พบว่า สัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.30 ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ด้านการยอมรับการเป็นบุคคลของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.35 ซึ่งอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.39 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อาการผู้ป่วย (n = 195)

การรับรู้อาการผู้ป่วย	Max	Min	Mean	SD	ระดับ
ญาติผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ทางด้านร่างกาย	10	1	5.83	2.26	ปานกลาง
โดยรวม	10	1	5.80	2.25	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 พบว่า การรับรู้อาการผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.25 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง



ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับทัศนคติต่อความตายโดยรวม และในแต่ละด้านของสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (n = 195)

ทัศนคติต่อความตาย	Max	Min	Mean	SD	ระดับ
ด้านความรู้คิด	5	3.6	4.87	0.30	สูง
ญาติผู้ดูแลคิดว่าความตายเป็นสิ่งที่ทุกชีวิตในโลกนี้ต้องพบเจอ	5	3	4.90	0.33	
ญาติผู้ดูแลเข้าใจว่าชีวิตและความตายเป็นของคู่กัน	5	4	4.89	0.31	
ญาติผู้ดูแลคิดว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา	5	3	4.86	0.38	
ญาติผู้ดูแลคิดไม่มีใครหนีความตายได้	5	2	4.87	0.41	
ญาติผู้ดูแลคิดว่าความตายเรื่องธรรมชาติ	5	3	4.84	0.39	
ด้านความรู้สึก	5	2.2	3.60	0.64	ปานกลาง
ญาติผู้ดูแลคิดว่าการตายเป็นการหมดเวรหมดกรรม	5	1	3.93	1.12	
ญาติผู้ดูแลคิดว่าการตายเป็นการเดินทางมาถึงจุดหมายปลายทางของชีวิต	5	1	3.64	1.09	
ญาติผู้ดูแลคิดว่าเมื่อตายแล้วจะไปไหนก็ไม่รู้	5	1	3.59	1.10	
ญาติผู้ดูแลคิดว่าความตายเป็นความสงบสุขที่แท้จริง	5	1	3.48	1.03	
ญาติผู้ดูแลคิดว่าเมื่อตายแล้วจะได้ไปเกิดใหม่	5	1	3.29	0.86	
ด้านพฤติกรรม	5	1.6	3.38	0.76	ปานกลาง
ญาติผู้ดูแลไม่ประมาทในการใช้ชีวิต	5	1	4.39	0.86	
ญาติผู้ดูแลยินดีรับฟังธรรมะ หรือฟังบรรยายเกี่ยวกับความตาย	5	1	3.07	1.18	
ญาติผู้ดูแลมักจะสนทนาเกี่ยวกับความตาย	5	1	3.04	1.23	
ญาติผู้ดูแลสนใจเรื่องเจริญมรณสติ	5	1	2.98	1.20	
ญาติผู้ดูแลสนใจอ่านหนังสือทำความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย	5	1	2.86	1.50	
โดยรวม	5	3	3.95	0.40	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 พบว่า ทศนคติต่อความตายโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้คิด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.30 ซึ่งอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ด้านความรู้สึก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.64 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านพฤติกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.76 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง



ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตาย (n = 195)

การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ที่เกี่ยวข้องกับความตาย	Max	Min	Mean	SD	ระดับ
ญาติผู้ดูแลได้ทำการสวดมนตร์	5	1	4.11	1.12	
ญาติผู้ดูแลได้ถือศีล	5	1	3.58	1.20	
ญาติผู้ดูแลได้ทำการเจริญสติภาวนา	5	1	3.56	1.24	
ญาติผู้ดูแลได้ทำการทำทาน	5	1	3.19	1.14	
ญาติผู้ดูแลได้ทำการโน้มนำจิตของผู้ป่วย ให้นึกถึงสิ่งที่ดีงาม	5	1	3.07	1.39	
ญาติผู้ดูแลได้ฟังเทศน์ ฟังธรรม	5	1	2.66	1.06	
ญาติผู้ดูแลได้กล่าววโหสิกรรม	5	1	1.80	1.14	
ญาติผู้ดูแลได้กล่าวอำลา	5	1	1.73	1.10	
โดยรวม	5	1	2.96	0.66	ปานกลาง

จากตารางที่ 13 พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับความตายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.66 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 195)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลาม	Max	Min	Mean	SD	ระดับ
โรคมะเร็งระยะลุกลามไม่ควรได้รับการรักษา ใดๆ	1	0	0.77	0.42	
อาการคลื่นไส้ อาเจียนสามารถเกิดขึ้นได้ใน ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด	1	0	0.77	0.42	
หากผู้ป่วยมีไข้ ตัวร้อน หนาวสั่น หลังได้รับ การฉายแสงต้องแจ้งเจ้าหน้าที่	1	0	0.76	0.43	
เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากควรให้ผู้ป่วย อยู่ในท่าศีรษะสูง	1	0	0.58	0.50	
ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตจากการได้รับยา บรรเทาปวดเกินขนาด	1	0	0.52	0.50	
ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง หากรับประทานอาหารได้น้อยลง	1	0	0.45	0.50	
โรคมะเร็งระยะลุกลามไม่สามารถรักษาให้ หายขาดได้	1	0	0.44	0.50	
ผู้ป่วยจะหายปวดได้ต้องได้รับยาบรรเทาปวด เท่านั้น	1	0	0.36	0.48	
อาการปวดไม่สามารถหายขาดได้	1	0	0.30	0.46	
หากผู้ป่วยมีอาการไข้ ตัวร้อน ต้องนำผู้ป่วย มาโรงพยาบาลทุกครั้ง	1	0	0.27	0.45	
โดยรวม	10	2	6.07	1.78	ปานกลาง

จากตารางที่ 14 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.78 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY