

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และสุขภาวะทาง
ใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล : การวิเคราะห์โมเดลทวิสัมพันธ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยา
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS AMONG PERCEIVED SOCIAL SUPPORT, SAVORING, AND MENTAL
WELL-BEING OF ELDERLY CANCER PATIENTS AND THEIR FAMILY CAREGIVERS: DYADIC
MODEL ANALYSIS



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy in Psychology

FACULTY OF PSYCHOLOGY

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล : การวิเคราะห์โมเดลทวิสัมพันธ์
โดย	นางกุลนิษฐ์ คำรงค์สกุล
สาขาวิชา	จิตวิทยา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรวดี วัฒนทกโกศล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต

..... คณบดีคณะจิตวิทยา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต๋พันธ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรวดี วัฒนทกโกศล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณระพี สุทธิวรรณ)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.นิปัทม์ พิชญโยธิน)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ปริญญา สิริอิตตะกุล)

กุลนิษฐ์ ดำรงค์สกุล : ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้
 ประสบการณ์เชิงบวก และสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล : การ
 วิเคราะห์โมเดลทวิสัมพันธ์. (RELATIONSHIPS AMONG PERCEIVED SOCIAL SUPPORT,
 SAVORING, AND MENTAL WELL-BEING OF ELDERLY CANCER PATIENTS AND
 THEIR FAMILY CAREGIVERS: DYADIC MODEL ANALYSIS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.
 เรวดี วัฒนทกโกศล, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ศ. ดร.อรัญญา ดุ้ยคำภีร์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทาง
 สังคมและสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก
 เป็นตัวแปรส่งผ่าน (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้
 ประสบการณ์เชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในเชิงทวิ
 สัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล 120 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 ได้แก่ มาตรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มาตรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ มาตรการสุข
 ภาวะทางใจ ซึ่งมีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.82 ถึง 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโมเดลสมการโครงสร้างด้วย
 โปรแกรม LISREL 10.2 ผลการวิจัย พบว่า (1) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทาง
 ใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านแบบสมบูรณ์ (2) การ
 รับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการ
 รับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านแบบบางส่วน (3) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุข
 ภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในทางตรงเท่านั้น (only actor effect) โดยส่งผล
 ต่อญาติผู้ดูแลได้มากกว่าผู้ป่วย และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของทั้งคู่ ไม่มีผลต่อระดับสุขภาวะทาง
 ใจของอีกฝ่าย นอกจากนี้ ยังพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของทั้งสองฝ่ายมีแนวโน้มที่จะเป็นไปใน
 แนวทางเดียวกันมากกว่าสุขภาวะทางใจ และ (4) การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกส่งผลต่อสุขภาวะทางใจ
 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในลักษณะอิทธิพลคู่เหมือน (couple pattern) โดยส่งผล
 ทางตรงต่อญาติผู้ดูแลได้มากกว่าผู้ป่วยเล็กน้อย และมีเพียงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแล
 เท่านั้นที่ส่งผลทางไขว้ต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังพบว่าการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของ
 ทั้งสองฝ่ายมีแนวโน้มที่จะเป็นไปในแนวทางเดียวกันมากกว่าสุขภาวะทางใจด้วย

สาขาวิชา จิตวิทยา

ปีการศึกษา 2565

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

6177902638 : MAJOR PSYCHOLOGY

KEYWORD: Perceived Social Support, Savoring, Mental Well-Being, Elderly Cancer Patient, Actor-Partner Interdependence Model, Elderly Cancer Caregiver

Kullanist Damrongsakul : RELATIONSHIPS AMONG PERCEIVED SOCIAL SUPPORT, SAVORING, AND MENTAL WELL-BEING OF ELDERLY CANCER PATIENTS AND THEIR FAMILY CAREGIVERS: DYADIC MODEL ANALYSIS. Advisor: Asst. Prof. Rewadee Wattagakosol, Ph.D. Co-advisor: Prof. ARUNYA TUICOMEPEE, Ph.D.

The study aimed to (1) investigate the relationship between perceived social support and mental well-being with savoring as a mediator of elderly cancer patients and their family caregivers (2) examine the dyadic interrelationships of perceived social support and savoring on mental well-being between elderly cancer patients and their family caregivers. Participants consisted of 120 pairs of elderly cancer patients and their family caregivers. Instruments were the Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS), validate the Thai version of the Savoring Beliefs Inventory (the SBI-Thai version) and the Thai version of the WHO-Five Well-Being Index with reliability coefficient range from 0.81-0.92. The structural equation modeling via LISREL 10.2 was used to analyze the data. Findings revealed that (1) perceived social support significantly influenced the mental well-being of elderly cancer patients with savoring as a complete mediator. (2) The perceived social support significantly influenced the mental well-being of the family caregivers of the elderly cancer patients with savoring as a partial mediator. (3) The perceived social support significantly influenced the mental well-being of elderly cancer patients and their family caregivers as an actor-only pattern. The actor effect was affecting family caregivers more than patients but not the partner effect between them. Additionally, the perceived social support tended to be more like their dyad partners than their mental well-being. (4) The savoring significantly influenced the mental well-being both of elderly cancer patients and their family caregivers as a couple pattern. Only the family caregivers' savoring influenced the mental well-being of the elderly cancer patients as a partner effect. Also, the savoring tended to be more like their dyad partners both than their mental well-being.

Field of Study: Psychology

Student's Signature

Academic Year: 2022

Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้มีความมุ่งหมายเพื่อค้นหาคำตอบที่จะสร้างความสุขในชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่ได้เสียสละเวลาในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยขอขอบคุณกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรวดี วัฒนทกโกศล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ส่งสอนอบรมและเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจแก้งานวิจัยให้กับผู้วิจัย รวมถึงขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณพี สุทธิวรรณ ที่ได้ให้ความเมตตาและเอ็นดูช่วยเหลือผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกอบอุ่น ซาบซึ้ง และขอจดจำสิ่งที่ทั้งสามท่านได้เพียรพร่ำสอนไม่ลืมเลือน

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ปริญญา สิริอรรถกุล กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ไม่เคยถอดใจและไม่เคยปล่อยมือจากผู้วิจัยตลอดเส้นทางที่เต็มไปด้วยอุปสรรคนี้และหากมีการกระทำใดที่เคยล่วงเกินไว้ ผู้วิจัยกราบขออภัยมา ณ ที่นี้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.นิปัทม์ พิชญโยธิน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รวมถึง รองศาสตราจารย์ สักกพัฒน์ งามเอก, อาจารย์ ดร.จิรภัทร รวีภัทรกุล, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑาทิพย์ วิวัฒนา พันธวงศ์ และ อาจารย์ ดร.กมลวรรณ สุนย์กลาง ที่ได้ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์แก่งานวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ ที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษาให้แก่ผู้วิจัยเป็นเวลา 3 ปี และ ขอขอบคุณคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับการสนับสนุนทุนการศึกษา อันเป็นประโยชน์และเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณ พี่ น้อง แขนงจิตวิทยาพัฒนาการและแขนงการวิจัยจิตวิทยาประยุกต์ทุกคน รวมถึงนายแพทย์สมศักดิ์ วสุวิฑิตกุล, คุณพัลพงค์ สุวรรณวาทีน, คุณชญานิษฐ์ ตระกูลพิพัฒน์ ดร.นภัส ถิมอรุณ และกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือผู้วิจัยมาโดยตลอด

ขอขอบคุณพ่อแม่ ลูกๆและสามีที่รักยิ่ง ผู้เป็นเสมือนลมใต้ปีก คอยพุงผู้วิจัยให้บินสูงขึ้นไปจนถึงเป้าหมายและขอให้ความสัมพันธ์ของเราเป็นประสบการณ์เชิงบวกให้แก่กันและกันตลอดไป หากงานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติและประชาชนไม่ว่าจะเป็นในแง่มุมใดก็ตาม ผู้วิจัยขอขอบคุณงามความดีนี้ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งที่ถูกกล่าวถึงและไม่ได้กล่าวถึงในข้างต้น ส่วนข้อผิดพลาดของงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยขออ้อมรับไว้เอง

กุลนิษฐ์ ดำรงค์สกุล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
1. ผู้สูงอายุ	9
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล.....	15
3. แนวคิดสุขภาวะทางใจ.....	17
4. แนวคิดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม.....	25
5. แนวคิดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก.....	31
6. การวิเคราะห์โมเดลเชิงทวิสัมพันธ์	47
7. งานวิจัยเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง	51
กรอบแนวคิดในการวิจัย	63
สมมติฐานการวิจัย	65
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	66
ขอบเขตในการวิจัย	67
นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	67

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	68
บทที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย.....	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	70
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	70
วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	73
มาตรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม.....	74
มาตรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก.....	75
มาตรการสุขภาวะทางใจ.....	77
การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	79
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	107
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	108
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	108
บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	109
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง.....	114
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม, ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ ตัวแปรสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ.....	125
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงตามโมเดลสมมติฐานการวิจัย.....	130
ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์โมเดลตัวแปรส่งผ่าน (Mediation Analysis) ของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ.....	139
ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์โมเดลทวิสัมพันธ์ (Actor-Partner Interdependence Model: APIM) ของโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วย	

	โรคเมร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมร็งสูงอายุ และ โมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคเมร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล	150
บทที่ 4	อภิปรายผลการวิจัย	162
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	184
	สรุปผลการวิจัย.....	188
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	193
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	194
	บรรณานุกรม.....	196
	บรรณานุกรม.....	194
	ภาคผนวก ก.....	219
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	219
	ภาคผนวก ข	306
	เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน.....	306
	ภาคผนวก ค	316
	ผลการทดสอบโมเดลการวิจัย	316
	ประวัติผู้เขียน.....	387

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ตารางสรุปรายละเอียดมาตรฐานวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก	40
ตารางที่ 2 ตารางสรุปจำนวนข้อวัดของแต่ละมาตรฐานวัดที่ใช้ในการศึกษานำร่อง (pilot study).....	80
ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach’s Alpha) และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อวัดแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งชุด (Corrected item-total correlation) ของมาตรฐานวัดการรับรู้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย....	85
ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรฐานวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n = 120)	87
ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรฐานวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n = 120).....	89
ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach’s Alpha) และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อวัดแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งชุด (Corrected item-total correlation) ของมาตรฐานวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแล (n=240).....	91
ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรฐานวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n = 120)	98
ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรฐานวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)	100
ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach’s Alpha) และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อวัดแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งชุด (Corrected item-total correlation) ของมาตรฐานวัดสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)	102
ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรฐานวัดสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120).....	103
ตารางที่ 11 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรฐานวัดสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)	105

ตารางที่ 12	สรุปจำนวนข้อวัดของแต่ละมาตรวัดที่ใช้ในแบบสำรวจข้อมูลการวิจัย	106
ตารางที่ 13	ข้อมูลทางประชากรของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n = 120).....	114
ตารางที่ 14	ข้อมูลทางประชากรของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120).....	119
ตารางที่ 15	แสดงค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240).....	126
ตารางที่ 16	แสดงค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240).....	127
ตารางที่ 17	แสดงค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)	129
ตารางที่ 18	แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120).....	130
ตารางที่ 19	แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120).....	132
ตารางที่ 20	แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝง การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120).....	133
ตารางที่ 21	แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝง การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120).....	135
ตารางที่ 22	แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)	137
ตารางที่ 23	แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจ ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)	139
ตารางที่ 24	เมทริกซ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ(n=120).....	141
ตารางที่ 25	ค่าสถิติพหุสัมพันธ์ของตัวแปรต้นในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120).....	141

ตารางที่ 26 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจโดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านใน ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120) 142

ตารางที่ 27 แสดงค่าอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)..... 143

ตารางที่ 28 เมทริกซ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการ รับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจโดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n = 120)..... 145

ตารางที่ 29 ค่าสถิติพหุสัมพันธ์ของตัวแปรต้นในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุน ทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120) 146

ตารางที่ 30 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านใน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)..... 147

ตารางที่ 31 แสดงค่าอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120) 148

ตารางที่ 32 เมทริกซ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการ รับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)..... 151

ตารางที่ 33 ค่าสถิติพหุสัมพันธ์ของตัวแปรต้นในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทาง สังคมกับสุขภาวะ ทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240) 152

ตารางที่ 34 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง สูงอายุ (n=240)..... 153

ตารางที่ 35 แสดงค่าอิทธิพลของโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะ ทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240) 154

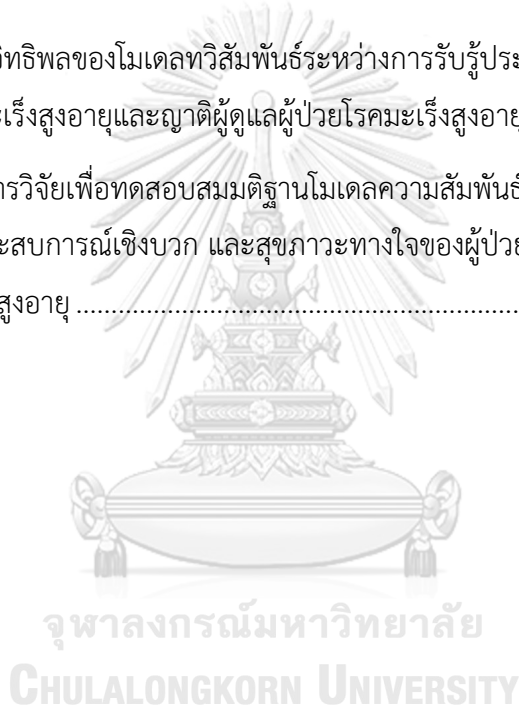
ตารางที่ 36 เมทริกซ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)..... 157

ตารางที่ 37 ค่าสถิติพหุสัมพันธ์ ของตัวแปรต้นในโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240) 158

ตารางที่ 38 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ของโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)..... 159

ตารางที่ 39 แสดงค่าอิทธิพลของโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240) 160

ตารางที่ 40 สรุปผลการวิจัยเพื่อทดสอบสมมติฐานโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ 191



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 อัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยจำแนกตามสาเหตุ ประจำปี พ.ศ. 2560 และ 2564....	2
ภาพที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่จำแนกตามช่วงอายุ ประจำปี พ.ศ.2562.....	2
ภาพที่ 3 มาตรวัดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO-5 Well-Being Index).....	22
ภาพที่ 4 ดรรชนีชี้วัดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO-5 Well-Being Index)	23
ภาพที่ 5 ประเภทของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกแบ่งตามมุมมองด้านเวลา	38
ภาพที่ 6 โมเดลอิทธิพลของเจตคติที่มีต่อความชราต่อสุขภาพของผู้สูงอายุและคู่สมรส	48
ภาพที่ 7 โมเดลอิทธิพลของสุขภาพทางจิตวิญญาณที่มีต่อสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส.....	49
ภาพที่ 8 โมเดลอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่อการรายงานสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล	51
ภาพที่ 9 โมเดลอิทธิพลของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกต่ออาการทางกาย ความทุกข์ทางจิต และสุขภาพทางจิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง.....	56
ภาพที่ 10 โมเดลอิทธิพลของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกต่อสุขภาพทางจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลในลักษณะทวิสัมพันธ์.....	58
ภาพที่ 11 โมเดลอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพทางจิต โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน.....	62
ภาพที่ 12 กรอบแนวคิดในการวิจัย โมเดลที่ 1 แสดงอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน.....	65
ภาพที่ 13 กรอบแนวคิดในการวิจัย โมเดลที่ 2 แสดงอิทธิพลของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตามทั้งทางตรง (actor effect) ทางไขว้ (partner effect) และ ทางทวิสัมพันธ์ ในลักษณะ actor-partner interdependence effect	66

ภาพที่ 26 โมเดลแสดงค่าอิทธิพลของโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและ
 สุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
 (n=120)..... 144

ภาพที่ 27 โมเดลแสดงค่าอิทธิพลของโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุข
 ภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 สูงอายุ (n=120)..... 148

ภาพที่ 28 โมเดลแสดงค่าอิทธิพลของโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุข
 ภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)..... 155

ภาพที่ 29 โมเดลแสดงค่าอิทธิพลของโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุข
 ภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)..... 161



บทที่ 1

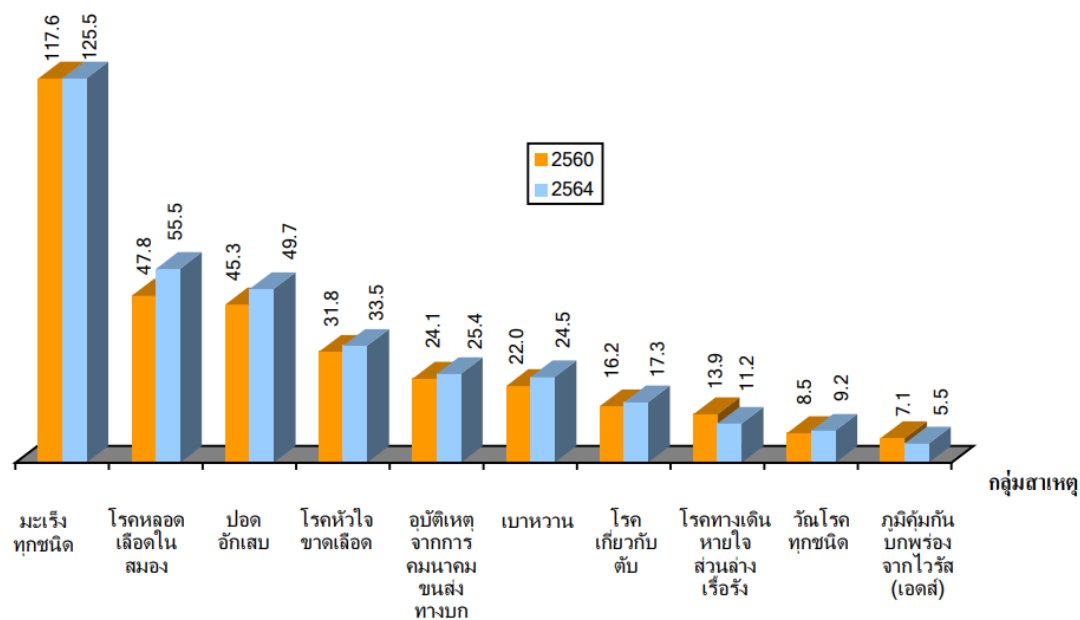
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

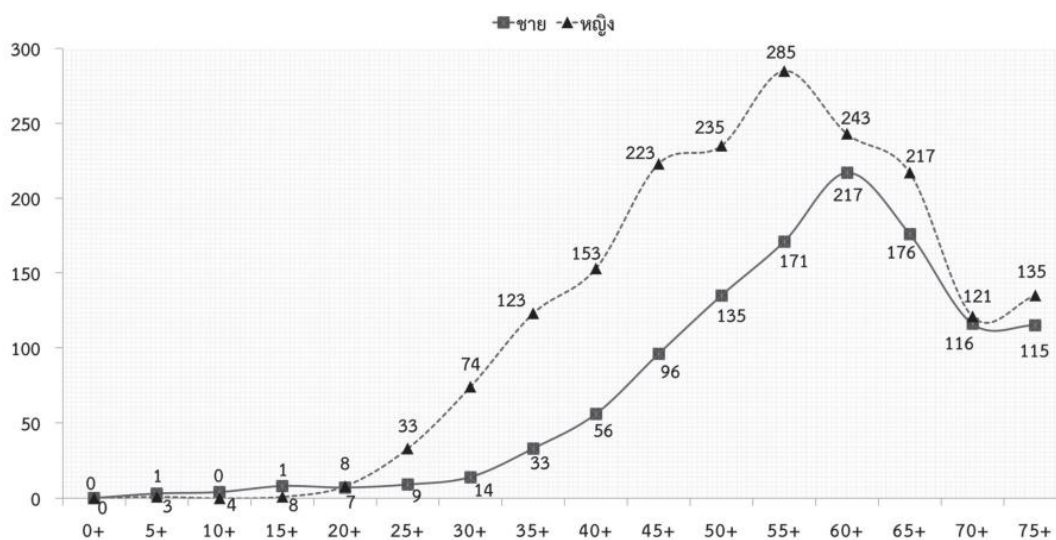
สุขภาพ ไม่เพียงแต่จะเป็นภาวะที่ไร้ซึ่งโรคภัยไข้เจ็บและความอ่อนแอเท่านั้น หากแต่ยังหมายถึงการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (World Health Organization, 2014) โดยการมีสุขภาพแข็งแรง มีความพึงพอใจในชีวิต มีจิตใจที่พร้อมจะรับมือกับความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีที่สุด ความสัมพันธ์ของสุขภาพ และ สุขภาวะ นี้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ที่ว่า สุขภาวะทุกด้านมีความเชื่อมโยงเกี่ยวพันทุกมิติของสุขภาพ อันสะท้อนถึงความเป็นองค์รวมและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างแท้จริง ทั้งนี้ Judith Smith (1983) ได้อธิบายแบบแผนของการมีสุขภาพที่ดีด้วยแนวคิดความสมบูรณ์สูงสุด (Eudemonistic Model) ซึ่งระบุว่าสุขภาพและสุขภาวะที่ดีเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ที่ร่วมกันส่งผลให้บุคคล สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างเต็มศักยภาพ

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาสุขภาพและสุขภาวะในสังคมไทยปัจจุบัน กลุ่มประชากรที่น่าเป็นห่วงกังวลมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ดังจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี พ.ศ. 2559 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2017) พบว่า มีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 600,000 ราย และผู้สูงอายุอีก 400,000 ราย ต้องประสบกับภาวะพึ่งพิงผู้ดูแล ส่งผลให้ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุไทย ต้องประสบปัญหาสุขภาวะจากสภาพจิตใจอันเปราะบาง มีความรู้สึกโดดเดี่ยว และมีคุณค่าลดลง (กระทรวงสาธารณสุข, 2560; ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, 2556; Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2015) นอกจากภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลและโรคสมองเสื่อมแล้ว ผู้สูงอายุไทยยังต้องเผชิญหน้ากับโรคเมเร็ง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขระดับนานาชาติ โดยนับเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2018) รวมถึงยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของชาวไทยในปี 2560 และ ปี 2564 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยเมเร็งรายใหม่ ประจำปี พ.ศ.2562 พบว่าเป็นผู้สูงอายุ 1,340 ราย จาก

จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด 3,012 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.5 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563) ดังรูปภาพที่ 1-2



ภาพที่ 1 อัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยจำแนกตามสาเหตุ ประจำปี พ.ศ. 2560 และ 2564
หมายเหตุ: กระทรวงสาธารณสุข, 2564



ภาพที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่จำแนกตามช่วงอายุ ประจำปี พ.ศ.2562
หมายเหตุ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563

จากรูปภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2564 จากแผนภูมิ แสดงให้เห็นว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดมีจำนวนสูงกว่าสาเหตุการตายอื่นอย่างชัดเจน และจากรูปภาพที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ในปีพ.ศ.2562 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 44.5

โรคมะเร็ง เป็นโรคเรื้อรังร้ายแรงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเปราะบางและอยู่ในภาวะพึ่งพิงสูง (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2015; Hsu et al., 2014; Kehoe et al., 2019) การสูญเสียสมรรถภาพทางกายและสถานภาพทางสังคมยังมีผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้รู้สึกไร้ซึ่งศักดิ์ศรี (lost of dignity) (Wang et al., 2019)ด้วยต้องเผชิญหน้ากับความเจ็บปวดและกระบวนการรักษา (Jafari et al., 2013; Sajadi et al., 2018) นอกจากนี้ โรคมะเร็งยังคุกคามสุขภาพทั้งในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Kim et al., 2011; Wang et al., 2019) โดยมีงานวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะประสบกับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เมื่อยล้า และมีปัญหาด้านการนอนหลับ (Given et al., 2004; Johansen et al., 2018; Park et al., 2013) โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว นอนน้อย และ ไม่ได้ออกกำลังกาย จะพบว่า มีสุขภาพต่ำมาก (Paek et al., 2018) รวมถึงมีปัญหาทางสังคมด้วย (Colvin & Bullock, 2016; Surbone et al., 2010) เนื่องจากญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องแยกตัวออกจากสังคมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย (Otis-Green & Juarez, 2012) จึงขาดโอกาสในการทำงานหารายได้ เป็นเหตุให้หมดความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Badr et al., 2019) ปัจจัยเหล่านี้กระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ อ่อนล้า และหมดไฟในการดูแลผู้ป่วย (Danaci & Zeliha, 2018; Johansen et al., 2018; Maguire et al., 2018) ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการดูแลอย่างเหมาะสม และเกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น (Segrin et al., 2018)

ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าในขณะที่โรคมะเร็งส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในรูปแบบที่แตกต่างกัน ผลที่เกิดตามมา คือ สุขภาวะของทั้งสองฝ่ายต่างก็ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคมะเร็งมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในลักษณะที่เรียกว่า ความสัมพันธ์เชิงคู่ (Dyadic relationship) หรือ ทวิสัมพันธ์ (Interdependence relationship) อันหมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 บุคคล ที่พึ่งพาอาศัยกันในบริบทต่างๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับแต่ละฝ่ายในคู่วิสัมพันธ์จะส่งผลกระทบถึงอีกฝ่ายเสมอ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่าง สามี-ภรรยา, บิดามารดา-บุตร และ ผู้ป่วย-ญาติผู้ดูแล (Kenny et al., 2006) **ช่องว่างของการวิจัยในเรื่องนี้**

ประการหนึ่งก็คือ การศึกษาที่ผ่านมามากแยกศึกษาผลกระทบทางจิตวิทยาต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล จึงทำให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์ไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่า สุขภาวะของทั้งสองฝ่ายต่างก็ส่งผลกระทบซึ่งกันและกันมากนักน้อยเพียงใด รวมถึงลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นแบบใด

ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาระบุว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Perceived Social Support) ส่งผลทางบวกต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล โดยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในที่นี้ หมายถึง การประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเชิงอัตวิสัย (subjective evaluation) ในลักษณะที่เป็นนามธรรม เช่น มีความพึงพอใจหรือรับทราบต่อการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อตนเอง (Barrera, 1986) ในต่างประเทศมีผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับสุขภาวะ การปรับตัวทางจิต สุขภาพจิต การมองโลกในแง่ดี และความหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Bozo et al., 2009; Cicero et al., 2009; De Maria et al., 2020; Jeong et al., 2016) รวมถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Kuscu et al., 2009) และ ญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ (Munoz-Bermejo et al., 2020) แต่กลับส่งผลทางลบต่อความรู้สึกสิ้นหวัง โดดเดี่ยว ในผู้ป่วยมะเร็ง (Pehlivan et al., 2012) ความรู้สึกแบกภาระ (Burden) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Ong et al., 2018) และยังมีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าถึง 2.5 เท่า อีกด้วย (Lyyra & Heikkinen, 2006) สำหรับในประเทศไทยนั้น การศึกษาการรับรู้การสนับสนุนในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่ามีการศึกษาอิทธิพลของการกระทำความรุนแรงโดยคู่รักที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย โดยมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรส่งผ่าน (Thananowan & Vongsirimas, 2014), การศึกษาอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการทำกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระดูกหัวเข่าชาวไทย (Hanrungharotorn et al., 2017) และ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและความต้องการทางด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็งชาวไทย (สุมิตรา ดิระพงศ์ประเสริฐ และ คณะ, 2021) ส่วนการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งชาวไทย พบว่า ช่วงระหว่างปี 2017-2021 มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Warapornmongkholkul et al., 2018) เพียงเรื่องเดียว จะเห็นได้ว่าการรับรู้การสนับสนุนทาง

สังคมเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล แม้ว่าจะมีผลการศึกษาก่อนหน้านี้รายงานว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งผลทางบวกต่อการรายงานสุขภาพระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลในเชิงทวิสัมพันธ์ (dyadic effect) (Kelley et al., 2019) หากแต่การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Perceived Social Support) กับ สุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลโดยเฉพาะในบริบทสังคมไทยยังคงขาดข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุน

นอกจากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแล้ว การศึกษาวิจัยที่ผ่านมายังกล่าวถึงตัวแปรเชิงบวก คือ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก หรือ Savoring ที่นับเป็นตัวแปรสำคัญด้านจิตวิทยาเชิงบวกที่มีการศึกษากับผู้สูงอายุในต่างประเทศมาก่อน (Geiger et al., 2017; Smith & Bryant, 2016; Smith & Hanni, 2019; Smith & Hollinger-Smith, 2015; Wilson & Saklofske, 2018) โดยการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ประกอบด้วย การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต (Savoring the past) คือ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน (Savoring the present) คือ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะ และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต (Savoring the future) คือ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นผ่านการจินตนาการถึงอนาคต การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกดังกล่าว เป็นกระบวนการรับรู้การควบคุมความตั้งใจและความสนใจที่จะซึมซับประสบการณ์ความรู้สึกเชิงบวกของบุคคลที่เกิดขึ้นทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต เพื่อนำไปใช้สร้างความสุข คงไว้ซึ่งความสุข และเพิ่มพูนความสุขให้กับตนเอง (Bryant, 1989; Bryant, 2003; Bryant et al., 2011; Bryant & Veroff, 2012) มีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลพบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพ แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเจ็บปวดทางกาย และ ภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Hou et al., 2017) รวมถึงยังส่งผลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและความรู้สึกแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วย (Hou et al., 2016) นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลในเชิงทวิสัมพันธ์ (Hou et al., 2019) ซึ่งหมายถึงการที่ปัจจัยทางจิตของบุคคลที่มีความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยกันในบริบทต่างๆ (ดังเช่นผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล) ไม่เพียงแต่จะส่งผลต่อตนเอง (actor affect) เท่านั้น หากแต่

ยังส่งผลต่ออีกฝ่าย (partner affect) ในลักษณะไขว้ เช่น เมื่อการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแล ส่งผลทางบวกทำให้ตนเองมีสุขภาวะสูงขึ้น (actor effect) ก็ได้ส่งผลทางบวกต่อสุขภาวะของผู้ป่วยให้มีระดับสูงขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน (Hou et al., 2019) เป็นต้น

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่ส่งผลต่อ สุขภาวะ ยังเคยมีการศึกษาในอดีตพบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะ โดย Wilson และ คณะ (2020) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และสุขภาวะทางจิต ในนักศึกษาศรีรัฐพยาบาลวิทยาลัยอเมริกัน จำนวน 228 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลบางส่วน (partial mediator) จากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไปยังสุขภาวะทางจิต เป็นผลให้ผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่ส่งอิทธิพลต่อตัวแปรตาม ทั้งในทางตรงและทางอ้อม เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลที่ส่งผลต่อสุขภาวะของตนเอง โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และมีลักษณะความสัมพันธ์ในทิศทางใด

ช่องว่างของการศึกษาวิจัยที่สำคัญในประเด็นนี้ คือ ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดถึงลักษณะความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ทั้งในส่วนของ การส่งอิทธิพลทางตรง (direct effect) และ การส่งผ่านอิทธิพลทางอ้อม (indirect effect) รวมถึงยังไม่มีรายงานผลการวิจัยว่าตัวแปรดังกล่าว ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลไปพร้อมๆ กันหรือไม่ เนื่องจากยังขาดการศึกษาวินิจฉัยเชิงประจักษ์ที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มเป้าหมายนี้ไปพร้อมกัน ประเด็นที่ผู้วิจัยมีความสนใจ คือ การศึกษาอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ด้วยวิธีการวิเคราะห์อิทธิพลส่งผ่าน หรือ Mediator effect analysis (Frazier et al., 2004) ซึ่งฉายให้เห็นภาพความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม ว่ามีอิทธิพลทางตรงรวมถึงอิทธิพลทางอ้อมในลักษณะใดได้ชัดเจนขึ้น (Baron & Kenny, 1986) และ การศึกษาอิทธิพลร่วมของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ การรับรู้ประสบการณ์

เชิงบวกที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ด้วยวิธีการวิจัยที่เก็บข้อมูลวิจัยรายคู่ (Dyadic data) ตามด้วยการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ร่วมของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ที่ส่งผลต่อสุขภาพระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ด้วยโมเดลทวิสัมพันธ์ (Actor-Partner Interdependence Mode: APIM) ซึ่งเป็นแบบจำลองความสัมพันธ์แบบคู่ของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์แบบพึ่งพากันและกันในบริบทต่างๆ (Bosco et al., 2018; Cook & Kenny, 2005; Kenny et al., 2006) เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคู่รัก, พ่อแม่กับลูก หรือ ผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล เป็นต้น ผู้ที่มีความสัมพันธ์แบบคู่นี้จะมีอารมณ์ความรู้สึก ตลอดจน พฤติกรรมแปรเปลี่ยนตามกันเสมอ (Hou et al., 2019; Kenny & Ledermann, 2010a)

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แปรเปลี่ยนตามกันของบุคคลเป็นรายคู่นี้ ช่วยให้ผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยถึงอิทธิพลทางตรงของตนเอง (actor effect) เช่น การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง และ อิทธิพลทางไขว้ต่ออีกฝ่าย (partner effect) เช่น การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่ส่งผลต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแล รวมถึง อิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ระหว่างทั้งคู่ (interdependence effect) เช่น แนวโน้มทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ สุขภาพทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งกับญาติผู้ดูแล ทั้งนี้ การศึกษาโมเดลเชิงทวิสัมพันธ์ ยังช่วยให้ผู้วิจัยทราบว่าสุขภาพทางใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ได้รับอิทธิพลจากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของฝ่ายใดได้มากกว่ากัน และมีรูปแบบความสัมพันธ์ในทิศทางใด โดยรูปแบบความสัมพันธ์ของโมเดลเชิงทวิสัมพันธ์ แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่

1. หากสุขภาพทางใจของทั้งสองฝ่ายได้รับอิทธิพลการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของตนเองเพียงฝ่ายเดียว โดยไม่ได้รับอิทธิพลจากอีกฝ่าย เราเรียกรูปแบบความสัมพันธ์แบบนี้ว่า อิทธิพลจากตนเองเพียงฝ่ายเดียว หรือ อิทธิพลทางตรงเท่านั้น (actor-only pattern)

2. หากสุขภาพทางใจของทั้งคู่ ได้รับอิทธิพลจากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของอีกฝ่ายเท่านั้น แต่โดยไม่ได้รับอิทธิพลจากตนเอง เรียกรูปแบบ

ความสัมพันธ์แบบนี้ว่า อิทธิพลจากอีกฝ่ายเท่านั้น หรือ อิทธิพลทางไขว้เท่านั้น (partner-only pattern)

3. หากอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจในทิศทางเดียวกัน ทั้งในแบบอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางไขว้ และ อิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ เราเรียกความสัมพันธ์ลักษณะนี้ว่า อิทธิพลคู่เหมือน (Couple pattern)

4. หากอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะทางใจของทั้งคู่ในทิศทางตรงข้ามกัน ทั้งอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางไขว้ และอิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ เราเรียก อิทธิพลคู่ตรงข้าม (Contrast pattern) เป็นต้น (Kenny et al., 2006; Kenny & Ledermann, 2010b; Momtaz et al., 2013)

ในการวิเคราะห์อิทธิพลเชิงทวิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในการวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์โมเดลทวิสัมพันธ์ เป็นหลัก เนื่องจากสามารถวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรระหว่างบุคคลได้ทั้งอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางไขว้ และอิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ เพราะสามารถนำตัวแปรทั้งหมดเข้าสมการวิเคราะห์ได้เป็นรายคู่ (dyadic analysis) ผลการวิเคราะห์จึงเผยให้เห็นถึงขนาดอิทธิพล, ทิศทางและแนวโน้มความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ที่มีต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล แตกต่างจากการวิเคราะห์ถดถอย (regression) ที่ไม่สามารถคำนวณและนำเสนอผลการวิเคราะห์ครบถ้วน เนื่องจากในการวิเคราะห์สมการถดถอยโดยทั่วไปแล้ววิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรภายในตัวบุคคล และระหว่างตัวบุคคลในคราวเดียวกันไม่ได้ ต้องนำตัวแปรเข้าที่ละสมการ ทำให้ไม่สามารถอธิบายลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ที่มีต่อสุขภาวะทางใจได้ว่าอยู่ในทิศทางใด อิทธิพลจากตัวแปรของฝ่ายใดส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของอีกฝ่ายได้มากกว่ากัน ที่สำคัญคือ สถิติถดถอยทั่วไป ไม่สามารถอธิบายแนวโน้มทิศทางของอิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้ (interdependence effect) (Cook & Kenny, 2005)

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎี และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แนวคิดผู้สูงอายุ แนวคิดผู้ดูแล แนวคิดสุขภาวะทางใจ แนวคิดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ การวิเคราะห์โมเดลเชิงทวิสัมพันธ์ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า สูงอายุ แปลว่า มีอายุมาก (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554) ผู้สูงอายุ หรือ ผู้สูงวัย หมายถึง ผู้ที่มีอายุมาก (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2018) วัยสูงอายุ คือ วัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ไม่สามารถคืนกลับได้ (Schroots, 1996) โดยทั่วไปมักจะกำหนดนิยามความสูงวัยตามอายุ คือ 60 ปี (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546) หรือ 65 ปี (World Health Organization, 2002; Youdin, 2016) นักจิตวิทยาส่วนใหญ่ กำหนดให้ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป แต่บางครั้งอาจพิจารณาจากบริบทที่เกี่ยวข้อง เช่น เมื่อถามเด็กนักเรียนมัธยมต้น อาจตอบว่าคนสูงวัย คือ นักเรียนมัธยมปลาย หรือ คนที่มีอายุมากกว่าตนเอง (Youdin, 2016) อย่างไรก็ตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546) ดังนั้น จากการทำงานวิจัยฉบับนี้จัดทำในบริบทสังคมไทย ผู้วิจัยจึงขออ้างอิงคุณสมบัติของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว คือ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยด้านจิตวิทยาพัฒนาการผู้สูงอายุ เกี่ยวกับสุขภาวะในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในประเทศไทย

พัฒนาการผู้สูงอายุ

พัฒนาการของผู้สูงอายุมีการอธิบายตามมุมมองของการเปลี่ยนผ่านสู่ความเป็นผู้สูงวัย คือ มุมมองของการเปลี่ยนแปลงตามอายุ มุมมองทางจิตวิทยา และมุมมองทางสังคม ซึ่งพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงตามอายุแบ่งออกเป็น 4 ช่วง ได้แก่

ผู้สูงอายุตอนต้น (Young-Old Adults) ดังที่กล่าวมาในตอนต้น แม้ว่าในประเทศไทยจะกำหนดให้ผู้สูงอายุเริ่มต้นที่ 60 ปีขึ้นไป (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546)

แต่ในทางจิตวิทยา และในต่างประเทศถือว่า ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 65-74 ปี ยังมีสุขภาพดี ไม่มีภาวะพร่องทางปัญญา (cognitive impairment) และแทบไม่มีความเสื่อมทางกายภาพ แต่ก็มีความเสี่ยงที่จะพลัดตกหกล้มจนกระทั่งพบกับความพิการได้ (Darton et al., 2011)

ผู้สูงอายุตอนกลาง (Middle-old Adults) หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 75-84 ปี ผู้สูงอายุในช่วงวัยนี้ส่วนมากจะเริ่มป่วยด้วยโรคประจำตัวหลายโรคพร้อมกัน อันก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อความพิการหรือเสียชีวิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลและซึมเศร้า (Youdin, 2016)

ผู้สูงอายุตอนปลาย (Old-old Adults) หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 85-99 ปี เป็นช่วงวัยที่ผ่านประสบการณ์ความเสื่อมตามวัยทั้งทางร่างกายและจิตใจจากช่วงวัยสูงอายุตอนกลาง มีความเปราะบาง (Vulnerable) สูง บุคคลในวัยนี้มักจะมีมุมมองต่อชีวิตต่อความเจ็บป่วยและความตายมากกว่าช่วงวัยอื่น (Youdin, 2016)

ผู้สูงอายุร้อยปี (Centenarians) และ สูงกว่าร้อยปี (Super-Centenarians) หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 100-109 ปี และ 110 ปีขึ้นไป ตามลำดับ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการแยกตัว การขาดความเชื่อมโยงกับสังคม มีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล อันเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับผลกระทบจากสมรรถนะที่ลดลงทุกด้านมากที่สุด (Youdin, 2016)

จะเห็นได้ว่าการแบ่งช่วงพัฒนาการของผู้สูงอายุตั้งข้างต้น ครอบคลุมสมรรถนะทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ลดลง หากแต่ยังไม่ครอบคลุมถึงสมรรถนะทางจิตที่มีเพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุ เช่น ความฉลาดจากการฝึกฝน หรือ *crystalized intelligence* ซึ่งเป็นความรู้ความชำนาญที่เกิดจากการสะสมทางสังคมและวัฒนธรรม (Stankov, 1988) สอดคล้องกับทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ ที่เชื่อมโยงบุคลิกภาพในวัยสูงอายุกับ ภารกิจพัฒนาการ หรือ *Developmental task* (ปรีชา ธรรมา, 2015) อันหมายถึง สิ่งที่บุคคลต้องเรียนรู้และทำให้สำเร็จในช่วงเวลาต่างๆ ของชีวิต บุคคลที่บรรลุภารกิจพัฒนาการได้จะมีความสุขและประสบความสำเร็จในการทำภารกิจพัฒนาการขั้นต่อไป ในทางกลับกัน หากไม่สามารถทำภารกิจพัฒนาการได้สำเร็จ บุคคลจะเกิดความทุกข์และไม่สามารถบรรลุภารกิจพัฒนาการในขั้นต่อไปได้ แสดงให้เห็นว่า พัฒนาการของผู้สูงอายุไม่ได้มีแต่ลดลงตามตัวเลขแห่งวัย หากแต่เป็นไปตามความสำเร็จที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงก่อนที่จะเข้าวัยสูงอายุ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบรรลุภารกิจพัฒนาการในแต่ละชั้นประกอบด้วย วุฒิภาวะทางร่างกาย ความคาดหวังทางสังคม ค่านิยม แรงจูงใจ และความทะเยอทะยานส่วนบุคคล (Havighurst, 1948 as cited in Schroots, 1996) โดยที่ความสำเร็จจากการปฏิบัติภารกิจพัฒนาการในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ นำไปสู่แนวโน้มของบุคลิกภาพที่ส่งผลต่อพัฒนาการขั้นความมั่นคงทางจิตใจกับความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ หรือ Integrity vs Despair (Erikson, 1950) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการปฏิบัติภารกิจพัฒนาการขั้นก่อนหน้านี้อันได้แก่ ขั้นการเกื้อกูลกับการพะวงแต่ตัวเอง (Generativity vs Self-Absorption) หากบุคคลประสบความสำเร็จในขั้นนี้ จะพัฒนาไปเป็นผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพมั่นคงและยอมรับความชราที่เกิดขึ้นในบั้นปลายชีวิตได้ แต่ในทางตรงกันข้าม หากไม่สามารถบรรลุพัฒนาการในขั้นก่อนหน้านั้นได้ บุคคลจะพัฒนาไปเป็นผู้สูงอายุที่สิ้นหวังและทอดอาลัยกับชีวิตที่ผ่านมา ส่งผลให้ไม่สามารถก้าวเข้าสู่ความสำเร็จในวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข

นอกจากภารกิจพัฒนาการแล้ว บุคลิกภาพก็มีส่วนทำนายความสำเร็จในวัยสูงอายุได้เช่นกัน (Neugarten, 1968 as cited in Schroots, 1996) บุคลิกภาพที่กล่าวถึงนั้นประกอบด้วย ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ (neuroticism), การเปิดเผยตนเอง (extraversion), การเปิดรับประสบการณ์ (openness to experience), การประนีประนอม (agreeableness) และ มีความรับผิดชอบ (conscientiousness) โดยบุคลิกภาพเหล่านี้ถูกบ่มเพาะจากปัจจัยทางกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่เข้าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เรื่อยไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและตอนปลาย (Levinson, 1986) แต่จะเริ่มคงที่เมื่อเวลาผ่านไปครึ่งชีวิต หรือ half of lifespan (Costa & McCrae, 1988) อย่างไรก็ตาม นอกจากภารกิจพัฒนาการและบุคลิกภาพแล้ว พัฒนาการของผู้สูงอายุยังประกอบไปด้วยพัฒนาการทางปัญญาและสังคมอีกด้วย

ด้านพัฒนาการทางปัญญา พบว่าผู้สูงอายุมีพัฒนาการทางปัญญาหรือ cognitive developmental ลดลง ทั้งในด้านสมาธิ (attention), ความจำใช้งาน (working memory) และความเร็ว (speed processing) (Salthouse, 2016; Stankov, 1988) การจะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จทางปัญญาก็ขึ้นอยู่กับความสามารถในการรักษาสมดุลทางปัญญามากกว่าสมรรถนะทางปัญญา กล่าวคือ มีการรักษาความสมดุลระหว่างการรับรู้ (ได้แก่ การรับรู้สถานการณ์ และการรับรู้ตัวตน) และแรงจูงใจในชีวิต (ได้แก่ การยอมรับและความคาดหวังต่อความชรา) ให้สามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเข้าสู่บั้นปลายชีวิตและหลีกเลี่ยงความรู้สึกเชิงลบที่มีต่อความชรา

ได้ (Thomae, 1970 as cited in Schroots, 1996) ผู้สูงอายุที่มีทักษะการจัดการการได้มาและการสูญเสียตามวัยได้ดี (dynamic between gain and loss) จะมีความสุขในที่สุด ซึ่งทักษะดังกล่าวประกอบด้วยกระบวนการ 3 ชั้น (Baltes, 1987; Baltes et al., 1980) ได้แก่ (1) การเลือกความเสื่อมของสมรรถนะตามวัยบางด้าน (selection) (2) การเพิ่มความสมดุล โดยปรับตัวรับความเสื่อมที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถทำกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบจากความเสื่อมของสมรรถนะที่เกิดขึ้นได้ (optimization) (3) การทดแทน อันเป็นผลมาจากการปรับตัวเพื่อรองรับความเสื่อมของสมรรถนะที่ลดลง (compensation) เช่น ผู้สูงอายุที่เคยชอบวิ่งออกกำลังกาย มีอาการปวดหัวเข้าตามวัยที่เพิ่มขึ้น (selection) จึงเลือกที่จะลดจำนวนวันที่ออกกำลังกายลงและปรับตัวให้เกิดความสมดุลโดยการวิ่งให้ช้าลง (optimization) หรือหันไปใช้วิธีการออกกำลังกายด้วยการเดินทดแทนการวิ่ง (compensation) เป็นต้น

ในด้านพัฒนาการทางสังคม ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเข้าสังคมและทำกิจกรรมทางสังคม 3 ประการ คือ ประการแรก ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะสื่อสารและทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสังคมมากขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกเชิงบวกที่มีต่อตนเองในวัยชรา (Havighurst, 1948 as cited in Schroots, 1996) ประการที่สอง ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะถอนตัวจากการเข้าสังคม ลด ละ กิจกรรมที่เคยทำก่อนเข้าวัยสูงอายุ และใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตัวเอง (Cumming & Henry, 1961 as cited in Schroots, 1996) เพื่อทบทวน ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อสิ่งรอบตัว ทำความเข้าใจความแตกต่างระหว่างตัวตนกับบทบาททางสังคมที่เกิดขึ้น (Tornstam, 2005) ประการที่สาม แนวโน้มของการเข้าสังคมตามบุคลิกภาพที่เคยเป็นในช่วงก่อนวัยสูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่ขึ้นกับการเข้าสังคมหรือการแยกตัวจากสังคม (Neugarten, 1986 as cited in Schroots, 1996) เช่น บุคคลที่ชอบสังคม จะยังมีความสุขได้หากได้เข้าสังคมต่อไปแม้ว่าจะเกษียณแล้ว เช่นเดียวกับบุคคลที่เป็นคนเก็บตัว ก็จะมีความสุขหากได้อยู่เงียบๆ หลังเกษียณแล้วเช่นกัน ซึ่งตามแนวโน้มประการที่ 3 นี้ ไม่ถือว่า การเข้าสังคม หรือการไม่เข้าสังคม จะเป็นความสำเร็จหรือเป็นความล้มเหลวทางพัฒนาการ หากผู้สูงอายุมีความสุข และ มีความพึงพอใจ ตามแนวทางของตนเอง ก็ถือว่ามีพัฒนาการทางสังคมที่ประสบความสำเร็จได้

สรุปได้ว่า พัฒนาการผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านร่างกาย, พัฒนาการด้านจิตใจ และ พัฒนาการด้านสังคม ดังนี้

พัฒนาการด้านร่างกายของผู้สูงอายุในตอนต้น อาจจะพบความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายได้น้อย เช่น พบว่ามีผิวหนังเปลี่ยนแปลงจากเดิมแต่ยังมีสุขภาพและความจำดี ต่อเมื่อล่วงเข้าสู่วัยสูงอายุตอนกลางเป็นต้นไป จึงจะพบว่า ผู้สูงอายุมิสมรรถนะทางกายลดลงตามลำดับ เริ่มมีโรคประจำตัวหลายโรคพร้อมกันและส่วนมากเป็นโรคเรื้อรังที่เสี่ยงต่อความพิการหรือเสียชีวิตได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมิปัญหาสุขภาพทางใจ เช่น มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น

พัฒนาการทางจิตในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น พัฒนาการทางบุคลิกภาพและพัฒนาการทางปัญญา โดยพัฒนาการทางบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับการบรรลุภารกิจพัฒนาการที่ต่อเนื่องมาจากอดีต ผู้ที่เคยบรรลุภารกิจพัฒนาการในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่มาก่อน จะมีความมั่นคงทางจิตใจมากกว่าผู้ที่ไม่สามารถบรรลุได้ ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพอันจะนำไปสู่ความสุขในวัยสูงอายุ ส่วนพัฒนาการทางปัญญาของผู้สูงอายุนั้นพบว่ามี การลดลงทุกด้าน ยกเว้นความฉลาดจากการฝึกฝน (crystalized intelligence) ซึ่งในทางจิตวิทยา ถือว่าการลดลงของสมรรถนะทางปัญญา เป็นการสูญเสียสมรรถนะ (loss) และเป็น การได้มาซึ่งความเสื่อมของสมรรถนะทางพัฒนาการ (gain) ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องปรับตัว และพัฒนาทักษะการจัดการการสูญเสียและการได้มาตามวัย โดยเลือกที่จะเพิ่มความสมดุลในการทำกิจกรรมให้เหมาะสม หรือทดแทนด้วยสิ่งอื่น เช่น เปลี่ยนวิธีการออกกำลังกายให้ช้าลง เพื่อรองรับอาการข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

ในด้านพัฒนาการทางสังคมของผู้สูงอายุนั้น ขึ้นอยู่กับการเลือกที่จะเข้าสังคมตามบุคลิกภาพอย่างต่อเนื่องจากอดีต การที่ผู้สูงอายุพึงพอใจต่อการแยกตัวจากสังคมไม่ถือว่าเป็นความล้มเหลวทางพัฒนาการมากไปกว่าผู้สูงอายุที่พึงพอใจจะเข้าสังคมต่อไป เนื่องจากเป็นการปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงตามบุคลิกภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างตัวตนกับพัฒนาการที่แปรเปลี่ยนไปตามวัยเท่านั้น หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวรับกับวัยที่เปลี่ยนแปลงไปได้เหมาะสมและมีความสุขตามอัตวิสัย ถือว่ามีสุขภาพที่ดี ดังเช่นการศึกษาของ Stone และ คณะ (2010) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมิการรายงานระดับความสุขสูงกว่าวัยอื่น

ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

อุบัติการณ์การป่วยเป็นโรคมะเร็งในผู้สูงอายุได้ทวีความรุนแรงขึ้นเป็นลำดับ โดยในปี 2000 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งในสหรัฐฯ ร้อยละ 60 เป็นผู้มีอายุเกินกว่า 65 ปี (Weitzner et al., 2000) และ

คาดว่าภายในปี 2573 จะมีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นมะเร็งจำนวนมากถึงร้อยละ 20 ของจำนวนชาวอเมริกันทั้งหมด (Muss et al., 2006) ส่วนประเทศไทย พบว่าในปี 2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เกือบร้อยละ 50 เป็นผู้สูงอายุ(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563) สอดคล้องกับข้อมูลทางระบาดวิทยา ที่พบว่าโรคมะเร็งเป็นโรคของผู้สูงอายุ เนื่องจากโรคมะเร็งนอกจากจะมีสาเหตุมาจากพันธุกรรมแล้ว ยังมีสาเหตุมาจากการที่ร่างกายมีการสะสมสารก่อมะเร็งเป็นระยะเวลานาน ซึ่งรอยโรคจะปรากฏให้เห็นก็ต่อเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วเท่านั้น (Muss et al., 2006) โดยโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคมะเร็งต่อมไทรอยด์, โรคมะเร็งปอด, โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก และโรคมะเร็งเต้านม อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมีแนวโน้มว่าจะป่วยเป็นมะเร็งได้ทุกชนิด (Balducci & Extermann as cited in Muss et al., 2006) ซึ่งกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่บ้าน โดยอาศัยญาติและผู้ใกล้ชิดเป็นผู้ดูแลเป็นหลัก (Jayani & Hurria, 2012) เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ มีสมรรถนะการทำงานของร่างกายลดลง อันเป็นเหตุมาจากความเจ็บป่วยและความชราาร่วมกัน เป็นผลให้ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลโรคเพิ่มขึ้น (Garlo et al., 2010; Hsu et al., 2014; Hsu et al., 2017) ทั้งทางกาย และทางอารมณ์ (Jayani & Hurria, 2012) นำไปสู่ความรู้สึกแบกรับภาระการดูแล (caregiving burden) ทั้งนี้ จากการศึกษาของ Hsu และ คณะ (2017) พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มักจะมีความรู้สึกแบกรับภาระการดูแลน้อยกว่าญาติผู้ดูแลที่ขาดความรู้ความเข้าใจ นอกจากนี้ การศึกษาของ Paek และ คณะ (2018) ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลมักจะประสบปัญหาด้านคุณภาพการนอน สุขภาพกาย และสุขภาพจิต จากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นเวลานาน สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมักจะมีคุณภาพชีวิตและมีสุขภาพจิตต่ำลง (Hsu et al., 2019; Kehoe et al., 2019) ในส่วนของประเทศไทย พบการศึกษาวิจัยที่ยืนยันว่า นอกจากผู้ป่วยโรคมะเร็งจะต้องพบเผชิญหน้ากับความทุกข์และภาระโรคแล้ว (กิตติกร นิลมานัต และ กฤษณา สังขมณีจินดา, 2017) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งก็มักจะประสบกับปัญหาคุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพจิตด้วยเช่นกัน (รัชนิกร ใจคำสีบ และ ศิวีไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร, 2019; Meecharoen, 2014) แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาประเด็นดังกล่าวในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุชาวไทย และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้พร้อมกันในการศึกษาครั้งเดียวมาก่อน และแม้ว่ากรมสุขภาพจิตจะสำรวจพบว่าผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาสุขภาพาร่วมกับปัญหาความไม่สมดุลกันของประชากรผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ตลอดจนพบว่ามีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่ม

มากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) หากแต่ยังไม่พบการศึกษาประเด็นด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลดังเช่นในต่างประเทศ ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ ซึ่งถือว่าเป็นช่องว่างของการศึกษาวิจัย และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการศึกษาสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลชาวไทยควบคู่กันไปในอนาคต

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่ให้การดูแลบุคคลซึ่งต้องการการดูแล (Collins, 2020b) โดยตรง (Merriam-Webster, 2020) ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือเด็ก โดยผู้ดูแลอาจเป็นผู้ที่ให้การดูแลที่สถานพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และ บุคลากรทางการแพทย์ หรือ เป็นผู้ให้การดูแลที่บ้าน เช่น ญาติ เพื่อน และ นักบวช (National Cancer Institute, 2020)

ผู้ดูแลมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้ที่ตนดูแลหรือผู้ป่วย ในการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไปและกิจวัตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา เป็นผู้ช่วยในการติดต่อประสานงานด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ เช่น อาบน้ำ เช็ดตัว ป้อนอาหาร ทำแผล โกนหนวด ทำงานบ้าน ซักผ้า ทำอาหาร จัดการนัดหมาย รับประทานและพาไปพบแพทย์ เป็นต้น (American Cancer Society, 2020; National Cancer Institute, 2020)

ประเภทของผู้ดูแล

ผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) คือ ผู้ที่มีความรู้และได้รับการฝึกฝนด้านการให้การดูแลแก่ผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล โดยได้รับค่าตอบแทนจากการดูแลผู้นั้น เช่น แพทย์ พยาบาล และ บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ซึ่งนอกจากจะทำการดูแลอย่างใกล้ชิดแล้ว ยังอาจทำการดูแลจากระยะไกล เช่น ให้คำปรึกษาและนัดหมายการรักษาผ่านทางโทรศัพท์ หรือ อีเมล (National Cancer Institute, 2020)

ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หรือ **ญาติผู้ดูแล** (family caregiver) หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ที่ตนเองดูแลอยู่ ไม่ว่าจะเป็นในฐานะญาติ คนในครอบครัว หรือ เพื่อน ซึ่งผู้ให้การดูแลจะอาศัยอยู่ด้วยกันกับผู้ที่ได้รับการดูแลหรือไม่ก็ได้ (Haley, 2003; Jayani & Hurria, 2012; National Cancer Institute, 2020) ทั้งนี้ ญาติผู้ดูแลยังหมายถึง ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลโดยไม่หวังค่าตอบแทนใดๆ อีกด้วย (American Cancer Society, 2020; Haley, 2003; Hou et al., 2016; Meecharoen, 2014; National Cancer Institute, 2020; รัชนิกร ใจคำสืบ และ ศิวไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2019)

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย ซึ่งมักจะเป็นคนในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน (American Cancer Society, 2020; Haley, 2003; Jayani & Hurria, 2012; National Cancer Institute, 2020) ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลกิจวัตรส่วนบุคคล และกิจวัตรในการดูแลรักษาโรค รวมถึงให้การดูแลด้านรายได้ การทำความสะอาดร่างกาย และที่พักอาศัย ตลอดจนให้การดูแลด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น การนัดหมายแพทย์ พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และรับยาแทนผู้ป่วย (American Cancer Society, 2020; National Cancer Institute, 2020) นอกจากนี้ยังเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยไม่คาดหวังค่าตอบแทนอีกด้วย (รัชนิกร ใจคำสืบ และ ศิวไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2019; American Cancer Society, 2020; Haley, 2003; Hou et al., 2016; Meecharoen, 2014; National Cancer Institute, 2020)

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ หมายถึง ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งถือเป็นการป่วยด้วยโรคร้ายแรงในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต (Haley, 2003) โดยที่ความเสื่อมตามวัยร่วมกับความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลเพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งวัยอื่นในทุกด้าน (Haley, 2003; Weitzner et al., 2000) และส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน โดยมีญาติใกล้ชิดเป็นผู้ดูแลหลักตลอดเวลา (Jayani & Hurria, 2012)

โดยสรุป ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลแก่ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ผู้พิการ ทูพพลภาพ เด็ก ผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เป็นปกติ ผู้ดูแลมีทั้งที่เป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ และ ไม่เป็นทางการ ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ คือ ผู้ดูแลที่รับเงินค่าจ้างให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ซึ่งมักจะทำหน้าที่ดูแลในสถานรับจ้างดูแลต่างๆ เช่น โรงพยาบาล บ้านพักคนชรา และสถานพักฟื้น โดยผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ คือ ผู้ที่ได้รับการศึกษาอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล เช่น แพทย์ พยาบาล พี่เลี้ยงเด็ก นักสังคมสงเคราะห์ และนักบำบัดด้านต่างๆ เป็นต้น ส่วนผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ หรือญาติผู้ดูแล คือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล หรือผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เช่นเดียวกับผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ แต่มีข้อแตกต่างกันตรงที่ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการทำหน้าที่ดูแลโดยไม่ได้รับเงินค่าจ้าง ซึ่งโดยมากมักจะมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ที่ได้รับดูแล เช่น เป็นญาติใกล้ชิด พี่น้อง คู่สมรส บุตรหลาน พ่อแม่ และ เพื่อน ดังนั้น จึงมักเรียกผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการว่า ญาติผู้ดูแล หรือ family caregiver ซึ่งมีผลการศึกษาวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังสูงอายุ จนกระทั่งมีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล มีความรู้สึกเหนื่อยล้าหมดไฟ (burn out) ตลอดจนมีปัญหาคุณภาพชีวิตและสุขภาวะทางใจต่ำ (Adams, 2006; Badr et al., 2019; Borges et al., 2017; Hsu et al., 2014; Hsu et al., 2017; Hsu et al., 2019; Hu et al., 2018; Meecharoen, 2014; Northouse et al., 2012; O'Hara et al., 2010; Ong et al., 2018; Otis-Green & Juarez, 2012; Paek et al., 2018; Park et al., 2018; Segrin et al., 2018; Vitaliano et al., 2003; Warapornmongkhokul et al., 2018; Weitzner et al., 2000)

3. แนวคิดสุขภาวะทางใจ

สุขภาวะทางใจ หรือ Mental Well-Being เป็นแนวคิดในกลุ่มจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) ซึ่งมีความหมายหลากหลาย ดังนี้

ความหมายของสุขภาวะทางใจ

สุขภาวะทางใจ (Mental well-being) หมายถึง ความรู้สึกเชิงบวก ความยินดี และความพึงพอใจในชีวิตระยะยาว (Beiser, 1974) และมีความเป็นปัจเจกเช่นเดียวกับสุขภาวะเชิงอัตวิสัย

(Subjective well-being) (Moomal, 1999) คือ สุขภาวะทางใจ เป็นความสุขและความพึงพอใจในชีวิตส่วนบุคคลที่ไม่มีการให้ความหมายและระดับของสุขภาวะอย่างตายตัว

Lampinen และ คณะ (2007) ได้ให้ความหมายของสุขภาวะทางใจว่า สุขภาวะทางใจ คือ มิติสุขภาพจิต 5 ประการ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (depressive symptom) ภาวะวิตกกังวล (anxiety symptom) ความเหงา (loneliness) การประเมินความเข้มแข็งทางจิตของตนเอง (self-rated mental vigor) และ ความหมายในชีวิต (meaning in life) ซึ่งเป็นการประเมินจากการมีผลกระทบเชิงลบต่ำของสุขภาพจิต แตกต่างจาก Windle และคณะ (2008; 2010) ที่ได้ให้ความหมายของสุขภาวะทางใจไว้ว่า เป็นการทำงานของจิตในเชิงบวกของแต่ละบุคคล ที่ไม่ใช่การประเมินผลกระทบเชิงลบของสภาพจิตดังเช่นการประเมินภาวะซึมเศร้าเท่านั้น หากแต่ยังต้องประเมินผลการทำงานของสภาพจิตในทางบวกอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Jenkins และ คณะ (2008) ที่ให้ความหมายว่า สุขภาวะทางใจ คือ ความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดขึ้นเฉพาะตัวบุคคล อันรวมถึงการนับถือตนเอง (self-esteem), การมองโลกในแง่ดี (optimism), ความสามารถในการจัดการและเชื่อมโยงกับสิ่งรอบตัว (sense of mastery and coherence), มีความพึงพอใจในความสัมพันธ์รอบตัว (satisfaction) และมีความสามารถในการฟื้นคืนพลังใจ (resilience)

อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลก (2019) ได้ให้ความหมายของสุขภาวะทางใจไว้ว่า สุขภาวะทางใจ หมายถึง ภาวะที่ไร้ซึ่งโรคทางจิตเวช เป็นภาวะที่ตระหนักได้ถึงความสามารถในการรับมือกับความเครียดของตนเอง และยังคงทำงานสร้างผลผลิตให้กับชุมชนของตนเองได้อย่างเป็นปกติ การตีความสุขภาวะขึ้นอยู่กับตัวบุคคล กลุ่ม และวัฒนธรรม (World Health Organization, 2019) สุขภาวะทางใจไม่มีความเป็นสากล กล่าวคือ ในบางบริบท สุขภาวะทางใจ หมายถึง ความไม่มีโรค (the absent of disease) แต่ในบางบริบท สุขภาวะทางใจอาจหมายถึง ความสุขและความพึงพอใจ (happiness and contentment) และในบางบริบท อาจหมายถึงความเจริญทางเศรษฐกิจ (economic prosperity) และการไม่มีปัจจัยลบ (the absent of negative determinants) อย่างไรก็ตาม สุขภาวะทางใจตามนิยามขององค์การอนามัยโลกถือเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ (emotion), การรู้คิด (cognitive) และ พฤติกรรม (behavioral) ในการจัดการความเครียดส่วนบุคคล เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข (World Health Organization, 2019)

โดยสรุป สุขภาวะทางใจ (mental well-being) หมายถึง การทำหน้าที่ของจิตและการตอบสนองทางการรู้คิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกสูงกว่าอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ และมีความพึงพอใจในชีวิต เป็นสภาวะที่บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดและแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยให้ทำหน้าที่ทางสังคมและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเป็นปกติ การประเมินสุขภาวะทางใจขึ้นอยู่กับ การตีความของตัวบุคคล รวมถึงการให้คุณค่า และการให้คะแนนระดับสุขภาวะทางใจของตนเอง โดยไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวและไม่เป็นสากล โดยแนวคิดสุขภาวะทางใจที่นิยมใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยเชิงกลุ่มจิตวิทยาสุขภาพในปัจจุบัน ได้แก่ แนวคิดสุขภาวะทางใจขององค์การอนามัยโลก (2019)

แนวคิดสุขภาวะทางใจขององค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลกได้นำคำว่าสุขภาวะมาใช้เป็นครั้งแรกในที่ประชุมสร้างเสริมสุขภาพจิตประจำปี 2001 ณ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ (World Health Organization, 2001) ซึ่งในการประชุมดังกล่าวได้กำหนดข้อบ่งชี้ทางสุขภาพจิตและบริบททางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะด้วย เป็นเหตุให้ต่อมาที่ประชุมองค์การอนามัยโลกว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพจิต ประจำปี 2004 ณ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ได้อ้างอิงความหมายและบริบทของสุขภาวะจากการประชุมดังกล่าว (Herrman et al., 2004) โดยเรียกสุขภาวะว่า สุขภาวะทางใจ (Mental Well-Being)

องค์ประกอบของสุขภาวะทางใจ

แนวคิดสุขภาวะทางใจขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ มี 1 องค์ประกอบ (unidimensional) ได้แก่ อารมณ์ความรู้สึกเชิงบวก กล่าวคือ บุคคลมีความสุขความพึงพอใจในชีวิต ไม่มีภาวะซึมเศร้า และตระหนักถึงคุณค่าของความสุขตามพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมของตนเองโดยไม่ขึ้นกับมาตรฐานของผู้อื่น (De Wit et al., 2007; World Health Organization, 2019) เช่น ในสังคมอเมริกันถือว่าความสุขคือความสำเร็จส่วนบุคคล ส่วนในสังคมญี่ปุ่นถือว่าความสุข คือ การมีจิตสำนึกต่อสังคมและส่วนรวม (Uchida & Kitayama, 2009) เป็นต้น

มาตรวัดสุขภาวะทางใจขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ มาตรวัด WHO-5 Well-Being Index (Bech et al., 2003; WHO Collaborating Center of Mental Health, 2019a) เป็นมาตรวัดที่ได้รับการแปลเป็นภาษาต่างๆ ถึง 30 ภาษา (Topp et al., 2015) ได้จากข้อวัดทั้งหมดที่เป็นข้อวัด

อารมณ์เชิงบวก อันมีคุณลักษณะตรงกันข้ามกับอาการซึมเศร้าตามเกณฑ์วินิจฉัยอาการซึมเศร้าของ International Classification of Disease and Related Health Problem 10th Revision (ICD10) (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งผู้ที่มีสุขภาวะดีตามมาตรวัดสุขภาวะขององค์การอนามัยโลกจะต้องมีอาการความรู้สึก ดังนี้ (1) มีความเบิกบาน อารมณ์ดี (2) รู้สึกสงบและผ่อนคลายมี (3) รู้สึกกระฉับกระเฉงและมีพลัง (4) มีความรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า และรู้สึกว่าได้พักผ่อนเพียงพอ (5) รู้สึกว่าชีวิตประจำวันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ


แนวคิดสุขภาวะทางใจขององค์การอนามัยโลกมีข้อดี คือ เน้นอารมณ์ความรู้สึกส่วนบุคคลในปัจจุบันขณะที่ทำการประเมิน จึงมีความเหมาะสมสำหรับใช้เป็นแนวทางในการศึกษาความสุขในปัจจุบันขณะของบุคคล โดยไม่จำเป็นต้องประเมินปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การปรับตัว ความหวัง ความฝัน เป้าหมาย ความพึงพอใจ การงาน คุณงามความดี ความสำเร็จ อดีต และ อนาคต เป็นต้น เหมาะสมสำหรับนำไปใช้เป็นกรอบแนวคิดทางวิจัยในกลุ่มประชากรที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางจิตใจอันเนื่องมาจากการป่วยเป็นโรคเรื้อรังร้ายแรง (Hsu et al., 2019; Kehoe et al., 2019; Wang et al., 2019; ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, 2556) และมีความทุกข์ทรมานจากการเผชิญหน้ากับความหมายและเป้าหมายในชีวิต ตลอดจนมีมุมมองต่อตนเองและอนาคตเปลี่ยนแปลงไปในทางลบเมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็ง (กิตติกร นิลมานัต และ กฤษณา สังขมณีจินดา, 2017; Breitbart et al., 2010; Butkutė & Perminas, 2005)

มาตรวัดสุขภาวะทางใจ

มาตรวัดสุขภาวะทางใจขององค์การอนามัยโลก หรือ WHO-5 Well-Being Index ถูกตีพิมพ์ครั้งแรกเมื่อปี 1998 เป็นมาตรวัดที่ใช้ทดสอบความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงไม่เกิน 2 สัปดาห์ และมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ มากกว่า 30 ภาษา รวมถึงภาษาไทยด้วย (Topp et al., 2015) มาตรวัดสุขภาวะขององค์การอนามัยโลก ถูกพัฒนามาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Zung's self-rating scales for depression, anxiety and psychological distress โดยมาตรวัดชุดแรก มีข้อวัด 28 ข้อ ต่อมาได้มีการปรับให้เหลือ 10 ข้อ และ 5 ข้อ ตามลำดับ (Heun et al., 2001) สำหรับมาตรวัดสุขภาวะขององค์การอนามัยโลกที่ใช้ในงานวิจัยฉบับนี้ เป็นมาตรวัดสุขภาวะขององค์การอนามัยโลกฉบับล่าสุด หรือ WHO-5 Well-Being Index (WHO Collaborating Center of Mental Health, 2019a) ใช้สำหรับวัดอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยชุดข้อวัด (multi-item scales)

อารมณ์เชิงบวกที่ตรงข้ามกับภาวะซึมเศร้าจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ มาตรวัดนี้เป็นมาตรวัดแบบรายงานตนเอง (self-report) ซึ่งใช้ระดับการวัดแบบ Likert scale กำหนดให้ผู้ตอบเลือกให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 คะแนน (0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลย, 5 คะแนน หมายถึง ตลอดเวลา) คะแนนต่ำสุด = 0 (ตอบ 0 ทุกข้อ) แสดงว่ามีสุขภาวะต่ำมาก ส่วนคะแนนสูงสุด = 25 (ตอบ 5 ทุกข้อ) แสดงว่ามีสุขภาวะสูงมาก

WHO-5 Well-Being Index ถูกนำไปทดสอบค่าความตรงความตรง (validity) และค่าความเที่ยง (reliability) กับกลุ่มตัวอย่างชาวเดนมาร์กจำนวน 9,542 ราย ในปี 2000 (Bech et al., 2003) พบว่า เมื่อเทียบกับมาตรวัด The health status questionnaire Short-Form 36 (SF-36) มีค่าความตรงเชิงลู่เข้า (convergent validity) = 0.56 (ยอมรับได้) และมีค่าความเที่ยง = 0.84 (ดี) (Bech et al., 2003) ซึ่งต่อมา De Wit และ คณะ (2007) ได้ทำการทดสอบองค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) และ ทำการทดสอบองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) พบว่า มาตรวัด WHO-5 Well-Being Index เป็นมาตรวัดองค์ประกอบเดียว (unidimensional, single indicator) ดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เหมาะสม ($\chi^2=6.75, df=5, p=.24, CFI=0.99, RMSEA=0.062$) (รูปภาพที่ 3)

 **Psychiatric Research Unit**
WHO Collaborating Centre in Mental Health

WHO (Five) Well-Being Index (1998 version)

Please indicate for each of the five statements which is closest to how you have been feeling over the last two weeks. Notice that higher numbers mean better well-being.

Example: If you have felt cheerful and in good spirits more than half of the time during the last two weeks, put a tick in the box with the number 3 in the upper right corner.

<i>Over the last two weeks</i>		All of the time	Most of the time	More than half of the time	Less than half of the time	Some of the time	At no time
1	I have felt cheerful and in good spirits	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2	I have felt calm and relaxed	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3	I have felt active and vigorous	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4	I woke up feeling fresh and rested	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5	My daily life has been filled with things that interest me	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Scoring:

The raw score is calculated by totalling the figures of the five answers. The raw score ranges from 0 to 25, 0 representing worst possible and 25 representing best possible quality of life.

To obtain a percentage score ranging from 0 to 100, the raw score is multiplied by 4. A percentage score of 0 represents worst possible, whereas a score of 100 represents best possible quality of life.

ภาพที่ 3 มาตรฐานวัดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO-5 Well-Being Index)

จากรูปภาพที่ 3 แสดงมาตรฐานวัดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO-5 Well-Being Index) ประกอบด้วยข้อวัดเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ จำนวน 5 ข้อ พร้อมวิธีการให้คะแนน โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่เคยเลย/At no time) ถึง 5 (ตลอดเวลา/All of the time)

WHO-5 Well-Being Index ถูกแปลเป็นภาษาไทยเมื่อปี พ.ศ.2541 มีชื่อว่า ดรชชนิชีวีตสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (ปี พ.ศ.2541) (WHO Collaborating Center of Mental Health, 2019b) มาตรฐานนี้เคยถูกนำไปทดสอบคุณภาพของมาตรฐานกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและผู้ป่วยโรคเบาหวานชาวไทย จำนวน 274 ราย เมื่อปี 2009 (Saipanish et al., 2009) โดยเทียบกับมาตรฐาน Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), Thai version ซึ่งเป็นมาตรฐานภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบ และมีค่าความตรงเชิงคู่เข้า $= -0.54$ (ปานกลาง) มีค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) รวมทุกข้อ $\alpha = 0.87$ (ดี) มีค่า Cronbach's Alpha if item deleted ไม่สูงกว่า 0.87 ทุกข้อวัด แสดงว่ามีค่าความสอดคล้องภายในสูง (Gliem & Gliem, 2003; Saipanish et al., 2009) (รูปภาพที่ 4)

ดรชนีชี้วัดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (ฉบับปีพ.ศ.2541)

กรุณาทำเครื่องหมายสำหรับแต่ละข้อความทั้ง 5 ข้อ ให้ใกล้เคียงที่สุดกับความรู้สึกของท่านในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

โปรดสังเกตว่าตัวเลขที่สูงขึ้นหมายถึงสุขภาพที่ดีกว่า

ตัวอย่าง: ถ้าท่านรู้สึกเบิกบานและเป็นสุขใจมากกว่าครึ่งหนึ่งของช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ทำเครื่องหมายในช่องสี่เหลี่ยมหมายเลข 3 ที่มุมขวาบน

ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา:	ตลอดเวลา	เป็นส่วนใหญ	มากกว่าครึ่งหนึ่ง	น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง	มีบ้างบางเวลา	ไม่เคยเลย
1. ฉันรู้สึกเบิกบานและอารมณ์ดี	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. ฉันรู้สึกสงบและผ่อนคลาย	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. ฉันรู้สึกกระฉับกระเฉงและมีพลัง	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. ฉันตื่นขึ้นมาด้วยความรู้สึกสดชื่นและได้พักเพียงพอ	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. ชีวิตประจำวันของฉันดำเนินไปด้วยสิ่งที่น่าพอใจ	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

การคิดคะแนน
คะแนนดิบคำนวณจากการรวมคะแนนของคำตอบทั้ง 5 ข้อ
คะแนนดิบนี้มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 25, 0 หมายถึงมีความเป็นไปได้น้อยที่สุดที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี และ 25 หมายถึงมีความเป็นไปได้มากที่สุดที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เพื่อให้ได้คะแนนเป็นร้อยละจาก 0 ถึง 100, เอาคะแนนดิบที่ได้คูณด้วย 4
คะแนนร้อยละที่เป็น 0 หมายถึงมีความเป็นไปได้น้อยที่สุดที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี, ในขณะที่คะแนนเป็น 100 หมายถึงมีความเป็นไปได้มากที่สุดที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ภาพที่ 4 ดรชนีชี้วัดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO-5 Well-Being Index)

หมายเหตุ: WHO Collaborating Center of Mental Health

จากรูปภาพที่ 4 แสดงดรชนีชี้วัดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย

ประกอบด้วยข้อวัดเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ จำนวน 5 ข้อ พร้อมวิธีการให้คะแนน โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่เคยเลย) ถึง 5 (ตลอดเวลา)

มาตรวัดดรชนีชี้วัดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทยมีข้อดีทั้งในด้านคุณภาพของมาตรวัดและในด้านปริมาณข้อวัด กล่าวคือ ในด้านคุณภาพของมาตรวัด พบว่า มีค่าความเที่ยง =0.87 มีความไวของมาตรวัด (sensitivity) =0.89 หรือ ร้อยละ 87 (ความไวของมาตรวัด หมายถึงความสามารถของมาตรวัดในการค้นพบผู้ที่มีสุขภาพต่ำ มีค่าระหว่าง 0-100 ค่าคะแนนสูง หมายถึงมีความไวในการวัดสูง) และ ความจำเพาะของมาตรวัด (specificity)=0.71 หรือ ร้อยละ 71 (ความจำเพาะของมาตรวัด หมายถึง ความสามารถของมาตรวัดในการค้นพบผู้ที่มีสุขภาพสูง มีค่าระหว่าง 0-100 ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีความจำเพาะในการวัดสูง) (Saipanish et al., 2009) ส่วนในด้านปริมาณข้อวัด พบว่า มาตรวัดดรชนีชี้วัดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทยประกอบด้วยข้อวัดที่เป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ จึงใช้เวลาตอบข้อวัดน้อย เหมาะสำหรับผู้ป่วย

โรคเมเร็งสูงอายุที่มีความเปราะบางทางจิตใจอันเนื่องมาจากการป่วยเป็นโรคเมเร็ง (Hsu et al., 2019; Kehoe et al., 2019; Wang et al., 2019; ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, 2556) ต้องเผชิญกับความทุกข์ จนกระทั่งมีมุมมองต่อตนเองและเป้าหมายในอนาคตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปในทางลบและมีชีวิตที่ไร้ซึ่งความหมาย (กิตติกร นิลมานัต และ กฤษณา สังขมณีจินดา, 2017; Breitbart et al., 2010; Butkutė & Perminas, 2005) รวมถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจากการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากจนเกินไป (Given et al., 2004; Johansen et al., 2018) อีกทั้งมาตรวัดนี้ยังเคยทำการทดสอบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาวไทย (Saipanish et al., 2009) ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในวัฒนธรรมเดียวกันกับกลุ่มประชากรที่ใช้ในงานวิจัยฉบับนี้ด้วย

สำหรับการศึกษาสภาวะในผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล พบว่ามีการศึกษาตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของสภาวะ ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Perceived Social Support) และ ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (Savoring) โดยในปี 2017 Hou และ คณะ ได้ทำการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่ส่งผลต่อสภาวะของผู้ป่วยโรคเมเร็ง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) ต่อมาในปี 2019 Hou และคณะ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่ส่งผลต่อสภาวะของผู้ป่วยโรคเมเร็งและญาติผู้ดูแลในเชิงทวิสัมพันธ์ โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ต่างส่งผลต่อสภาวะของตนเองและมีการส่งผลต่อสภาวะของอีกฝ่ายในเชิงทวิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .05$ ตามลำดับ) โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($df = 0, CFI = 1.000, TLI = 1, RMSEA = 0$)

ในส่วนของตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม พบว่า Kelley และ คณะ (2019) ได้ทำการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการรายงานสุขภาพของผู้ป่วยโรคเมเร็งและญาติผู้ดูแลในเชิงทวิสัมพันธ์ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการรายงานสุขภาพของตนเองทั้งในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ส่งผลต่อการรายงานสุขภาพของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลส่งผลต่อการ

รายงานสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน ($p < .05$) โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 (18) = 26.01, p = .10, CFI = 0.904, TLI = 0.930, RMSEA = 0.047$)

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาวิจัยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อสภาวะโดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ซึ่งจากการศึกษาของ Wilson และ คณะ (2021) พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทำนายสภาวะทางจิต ร้อยละ 81.5 ($p < .001$) ค่าอิทธิพลรวม (อิทธิพลทางตรงก่อนควบคุมตัวแปรส่งผ่าน) = 0.284 ($p < .0001$) แบ่งเป็นอิทธิพลทางตรง (อิทธิพลทางตรงเมื่อมีการควบคุมตัวแปรส่งผ่าน) = 0.095 ($p < .0004$) และ อิทธิพลทางอ้อมผ่านการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก = 0.792 (การนี้ นักวิจัยไม่ได้นำเสนอค่ามีนัยสำคัญทางสถิติของอิทธิพลทางอ้อม) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการศึกษาของ Wilson และ คณะ (2021) จะทำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกาและไม่ได้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง แต่ผลการศึกษายังนับว่ามีความน่าสนใจที่จะนำไปต่อยอดสำหรับการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลต่อไปได้ ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอรายละเอียดของงานวิจัยที่กล่าวมาในข้างต้นอย่างละเอียดในหัวข้อการวิจัยเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในลำดับถัดไป

4. แนวคิดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Perceived Social Support) จัดอยู่ในกลุ่มแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม หรือ Social Support ซึ่งเป็นแนวคิดที่ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในวงการวิจัยด้านมะเร็งวิทยาภายใต้บริบททางจิตใจและสังคม อันมีผลการศึกษาพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่ออาการป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษาได้ (House et al., 1988; Kroenke et al., 2006; Uchino et al., 1996) นอกจากนี้ยังพบว่าช่วยลดความรู้สึกแบกรับภาระการดูแลโรคในญาติผู้ดูแลได้อีกด้วย (Leung et al., 2020; Munoz-Bermejo et al., 2020; Oh & Park, 2014; Otis-Green & Juarez, 2012; Park et al., 2018; Warapornmongkhokul et al., 2018) ซึ่ง Barrera (1986) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Embeddedness) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ได้ถึงเครือข่ายทางสังคมที่ตนเองมีอยู่ ประกอบด้วย ความผูกพันทางสังคม (เช่น ความผูกพันผ่าน

สถานภาพการสมรส, การมีส่วนร่วมทางสังคม, การติดต่อกันระหว่างพี่น้องและเพื่อน เป็นต้น) และ เครือข่ายทางสังคม (เช่น กลุ่มที่บุคคลเข้าร่วมตามความสนใจ และ กลุ่มที่มีคุณลักษณะร่วมกันเป็นพิเศษ เป็นต้น)

2. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Received Social Support/Enacted Social Support) หมายถึง ปริมาณความช่วยเหลือที่สังคมมีให้กับบุคคล ประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสาร, การให้ความเห็นหรือประเมินเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องกับบุคคล, การให้ความช่วยเหลือทางอารมณ์ ความรู้สึก และ การให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุ เช่น ให้สิ่งของ เงิน หรือ แรงงาน

3. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Perceived Social Support) หมายถึง การรับรู้เชิงอัตวิสัยของบุคคลต่อการสนับสนุนที่มีผู้จัดทำให้อย่างจำเป็น (De Maria et al., 2020) ประกอบด้วย การสนับสนุนจากเพื่อน, การสนับสนุนจากครอบครัว และ การสนับสนุนจากบุคคลพิเศษ (Zimet et al., 1988)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาวิจัยยืนยันว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อสุขภาพมากกว่าการสนับสนุนทางสังคมประเภทอื่น (Helgeson, 2003) โดยเฉพาะสุขภาพในผู้สูงอายุ (Norris & Kaniasty, 1996) เป็นสาเหตุให้ผู้วิจัย เลือกที่จะทำการทบทวนวรรณกรรม และศึกษาแนวคิดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่การเป็นตัวแปรที่ส่งอิทธิพลต่อสุขภาพทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความหมายของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้เชิงอัตวิสัยของบุคคลต่อการสนับสนุนที่มีผู้จัดทำให้เมื่อจำเป็น (De Maria et al., 2020) และเป็นการประเมินเชิงอัตวิสัยของบุคคลต่อการแลกเปลี่ยนการสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยไม่ขึ้นกับจำนวนของเครือข่ายหรือสิ่งที่ได้รับการสนับสนุน เช่น มีความพึงพอใจต่อความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการสนับสนุน (Barrera, 1986) ของเครือข่ายทางสังคมที่สะท้อนให้บุคคลรับรู้ได้ถึงความช่วยเหลือ การให้ข้อมูล และข้อเสนอแนะต่อตนเอง (Caplan, 1974 as cited in Procidano & Heller, 1983) ซึ่งเติมเต็มความต้องการที่แท้จริงของบุคคลเกี่ยวกับประเด็นนั้นๆ (Procidano & Heller, 1983) นอกจากนี้ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ยัง

หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ได้ถึงความช่วยเหลือและคุณภาพของความช่วยเหลือที่ผู้อื่นพร้อมจะมอบให้กับตนเองในยามจำเป็นด้วย (Munoz-Bermejo et al., 2020)

โดยสรุปแล้ว การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Perceived Social Support) หมายถึง การรับรู้และการประเมินเชิงอัตวิสัยของบุคคลต่อคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมที่ตรงกับความต้องการและความจำเป็นของตนเอง โดยไม่ขึ้นกับประเภทและปริมาณใดๆ ไม่ว่าจะเป็นการแลกเปลี่ยนหรือการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ทั้งในรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือ การให้ข้อมูล และการให้ข้อเสนอแนะต่อตัวบุคคล

องค์ประกอบของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หมายความว่า แหล่งเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนแก่บุคคล (De Maria et al., 2020) ประกอบด้วย การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Perceived Social Support from Family), การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (Perceived Social Support from Friends) และ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ (Perceived Social Support from Significant Others) แต่ละองค์ประกอบมีความหมายถึง เครือข่ายทางสังคมที่มีความแตกต่างกันไปตามอัตวิสัยของบุคคลที่จะรับรู้ได้ถึง การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่างๆ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งมักจะรับรู้ว่าการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต อารมณ์ ความรู้สึก รวมถึงคำแนะนำ จากครอบครัวและเพื่อน (De Maria et al., 2020; Helgeson, 2003; Procidano & Heller, 1983) มากกว่าบุคคลพิเศษ แต่จะรับรู้ว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งถือว่าเป็นคนพิเศษ (significant others) มากกว่าการได้รับจากเพื่อนและครอบครัว เป็นต้น (Helgeson, 2003) ซึ่งบุคคลพิเศษของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มักจะเป็นผู้คนที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ครู นักเรียน ที่ปรึกษาด้านจิตวิญญาณ ฯลฯ ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยจะรับรู้ว่าเป็นใครคือบุคคลพิเศษของตน (Krokavcova et al., 2008)

สำหรับองค์ประกอบแต่ละด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลนั้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในประชากรกลุ่มนี้โดยเฉพาะ หากแต่ยังมีการศึกษาวิจัยในอดีตพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแล มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน แต่จะมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และบุคคลพิเศษ ตามลำดับ (De Maria et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ของ Wongpakaran และคณะ (2018) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด รองลงมาได้แก่ บุคคลพิเศษและเพื่อน ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ครอบครัวและเพื่อน ตามลำดับ

ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมครบทุกด้าน (Bozo et al., 2009; Calderón et al., 2021; Cicero et al., 2009) เช่นเดียวกันกับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล โดยบางการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษมากที่สุด รองลงมาได้แก่ครอบครัวและเพื่อน ตามลำดับ (Bozo et al., 2009; Cicero et al., 2009) และบางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด รองลงมาได้แก่ บุคคลพิเศษและเพื่อน ตามลำดับ สำหรับผลการศึกษารับรู้การสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีความสอดคล้องกันกับผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง กล่าวคือ มีการวิจัยในอดีตพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมครบทุกด้าน (Kuscu et al., 2009; Dambi et al., 2021) โดยการศึกษาของ Kuscu และคณะ (2009) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด รองลงมา คือ บุคคลพิเศษและเพื่อน ตามลำดับ ส่วนการศึกษาของ Dambi และ คณะ (2017) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมากที่สุด รองลงมาคือ ครอบครัวและบุคคลพิเศษ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีข้อมูลผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ, ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และญาติผู้ดูแล แต่ยังไม่พบว่ามีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุก่อน

จากผลการวิจัยด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในอดีตที่สอดคล้องกันในกลุ่มผู้สูงอายุ, ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับช่องว่างจากการวิจัยในอดีตที่ยังไม่มีการศึกษาประเด็นนี้ในกลุ่มประชากรที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมาก่อน ส่งผลให้เกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ จำนวน 10 ราย และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ จำนวน 10 ราย เพื่อให้ทราบข้อมูลเบื้องต้น ว่าประชากรกลุ่มนี้ มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในด้านใดบ้าง ผลการสัมภาษณ์พบว่า ทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทุกด้านทั้งในด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และ บุคคลพิเศษ โดยเฉพาะการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ พบว่ามีความหลากหลายตามบริบทของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เช่น เพื่อนบ้าน, เจ้าหน้าที่กู้ภัย, เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.), คนข้างบ้าน และ ทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ ในส่วนของญาติผู้ดูแลที่อยู่ในระบบการทำงาน ยังพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างานด้วย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย (เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ 10 ราย, เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ จำนวน 10 ราย) ไม่อาจอ้างอิงถึงประชากรส่วนใหญ่ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจะได้นำข้อมูลดังกล่าวไปปรับใช้ในแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มช่องว่างสำหรับเติมข้อความอย่างอิสระให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินและระบุตัวผู้ที่เป็นบุคคลพิเศษของตนเอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการสร้างโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกต่อไปในอนาคต สำหรับวิธีการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ใช้มาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นมาตรวัดแบบรายงานตนเอง (self-report) มีรายละเอียด ดังนี้

มาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

มาตรวัดระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในปัจจุบัน นิยมใช้มาตรวัด The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ของ Zimet และ คณะ (1988) ซึ่งเป็นมาตรวัดการรับรู้และการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ 3 ด้าน (3 subscales) ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว, เพื่อน และ บุคคลพิเศษ ประกอบด้วยชุดข้อวัด (multi-item scales) จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นด้านการสนับสนุนทางสังคม

จากครอบครัว จำนวน 4 ข้อ, ด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อน จำนวน 4 ข้อ และ ด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากคนพิเศษ จำนวน 4 ข้อ มาตรฐาน The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) มีระดับการวัดแบบ Likert Scales 7 ระดับ ค่าคะแนนที่ปรากฏในแต่ละส่วนประกอบด้วย คะแนนต่ำสุด คือ 12 คะแนน (ตอบ 1 ทุกข้อ) คะแนนสูงสุด คือ 84 คะแนน (ตอบ 7 ทุกข้อ) วิธีการให้คะแนน คือ คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นสูง เช่น มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสูง เป็นต้น ด้านคุณภาพของมาตรวัดพบว่ามีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี $\alpha=0.88$ มาตรฐาน The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ของ Zimet และ คณະ (1988) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย Wongpakaran & Wongpakaran (2012) ใช้ชื่อว่ามาตรวัด A Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MAPSS) หรือ แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) ซึ่งได้ถูกนำไปทำการทดสอบในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ชาวไทย จำนวน 486 ราย พบว่ามีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดีมาก $\alpha=0.92$

นอกจากนี้ มาตรฐาน The Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS) เคยถูกนำไปทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุชาวไทย ที่มีอายุตั้งแต่ 60-89 ปี จำนวน 803 ราย โดยนักวิจัยได้ทำการทดสอบความเป็นวิวิธพันธ์ หรือ ความไม่เป็นเอกพันธ์ของกลุ่ม (Group Heterogeneity) ซึ่งเป็นการทดสอบทางสถิติในกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติแตกต่างกัน (Prasopkittikun, 2009) คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า สำหรับการทดสอบดังกล่าว นักวิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 190 ราย และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 613 ราย ผลการทดสอบพบว่า มาตรฐานมีค่าความเที่ยงของมาตรวัดโดยรวมอยู่ในระดับดีเยี่ยม $\alpha=0.90$ สำหรับค่าความสอดคล้องภายในโดยรวมทั้งสองกลุ่ม อยู่ในระดับดี $\alpha=0.89$ ในส่วนของค่าความสอดคล้องภายในรายด้านสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับดีเยี่ยม ถึง ดี ได้แก่ ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน $\alpha=0.94$, บุคคลพิเศษ $\alpha=0.89$ และ ครอบครัว $\alpha=0.86$, และ ส่วนค่าความสอดคล้องภายในรายด้าน สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับดีเยี่ยม ถึง ดี ได้แก่ ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ

$\alpha=0.95$, เพื่อน $\alpha=0.88$ และ ครอบครัว $\alpha=0.83$ (Wongpakaran et al., 2018) รวมถึงยังคงมีการทดสอบมาตรวัดดังกล่าว ในการศึกษาปัจจัยทำนายความคิดและความพยายามฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามาตรวัดมีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี $\alpha=0.89$ (Booniam et al., 2020) นอกจากนี้ การศึกษาในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและมีความคิด-ความพยายามฆ่าตัวตายแล้ว ยังพบว่าเคยมีการทดสอบคุณภาพของมาตรวัด The Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองชาวไทย โดยพบว่ามาตรวัดดังกล่าวมีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี $\alpha=0.83$ (สุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ และ คณะ, 2021)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามาตรวัด The Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS) เคยมีการนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างชาวไทย ทั้งที่เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคจิตเวชเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งจากความสอดคล้องของช่วงวัย ลักษณะโรค และความเรื้อรังของโรค จึงมีความเป็นไปได้ว่า มาตรวัด The Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS) มีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลชาวไทยได้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

5. แนวคิดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก หรือ Savoring เป็นแนวคิดในกลุ่มจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ที่ยังไม่เคยพบว่ามีศึกษาวิจัยในประเทศไทยและไม่เคยมีการตั้งชื่อเป็นภาษาไทยมาก่อน หากแต่เมื่อพิจารณาจากคำจำกัดความในภาพรวมของ savoring พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของบุคคลทั้งในอดีต ปัจจุบัน และ อนาคต **ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงขอให้ชื่อภาษาไทยว่า “แนวคิดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก”** พร้อมทั้งอธิบายส่วนประกอบของแนวคิดเพิ่มเติมนอกเหนือไปจากความหมาย องค์ประกอบ และมาตรวัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวคิดนี้มากยิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ความหมายของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก หรือ Savoring / Savor มีรากศัพท์มาจากคำว่า Sapere ในภาษาละติน แปลว่า ชิม, ลิ้มรส, ลิ้มรสชาติ (to taste, to have good taste) หรือ มีปัญญา (to be

wise) ซึ่งในทางจิตวิทยาถือว่าการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกหรือ savoring หมายถึง การรับรู้การควบคุมความรู้สึกประเภทหนึ่ง (Hou et al., 2017; 2019) เป็นกระบวนการทางการรู้คิดที่บุคคลมีการรับรู้การควบคุมตนเอง หรือ Perceived control (Bryant, 2003) ให้มีความสนใจ (attention) อย่างมีสติ (mindful) ด้วยความซาบซึ้ง (appreciate) ต่อความรู้สึกเชิงบวกใดๆก็ตามที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์เชิงบวก (เช่น ความรู้สึกเพลิดเพลิน ยินดีปรีดา สดชื่น รื่นรมย์ เป็นต้น) และนำความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดขึ้นในขณะนั้นมาเพิ่มพูน (enhance) ความสุขในชีวิต โดยการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก เป็นการจัดการอารมณ์เพื่อเพิ่มอารมณ์เชิงบวก ไม่ใช่เพื่อลดอารมณ์เชิงลบ (Bryant & Veroff, 2012)

การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นความสามารถในการรับรู้และเก็บรักษา (savor) ผลลัพธ์เชิงบวก ซึ่งถือเป็นกลยุทธ์ทางการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive and behavior) ของบุคคลในการให้ความสนใจ (attention) และ มีสติ (mindful) ที่จะซึมซับ (absorb) ประสบการณ์เชิงบวกที่ได้พบ เหมือนกับการลิ้มรสชาติอาหารชั้นดี จนกระทั่งเกิดอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวก จากนั้นจึงนำอารมณ์ความรู้สึกที่ได้จากประสบการณ์เชิงบวกนั้น มาใช้ในการสร้างความสุข, เพิ่มความสุข และ คงไว้ซึ่งความสุขในชีวิต (Bryant, 2003) ซึ่งบุคคลสามารถเรียกการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกมาใช้เพิ่มความสุขได้ข้ามห้วงเวลา (Bryant, 1989) โดยคาดหวัง (anticipate) ถึงผลลัพธ์เชิงบวกที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตมาสร้างความสุขในปัจจุบันได้ และสามารถเรียกคืน (recall) ความรู้สึกเชิงบวกในอดีตกลับมาใช้ยกระดับความสุขให้ตนเองในปัจจุบันได้เช่นกัน (Bryant, 2003; Bryant et al., 2011; Bryant & Veroff, 2012)

Bryant และ Veroff (2012) ได้อธิบายถึงความหมายของการให้ความสนใจในประสบการณ์เชิงบวกว่าเป็นเจตนาที่จะให้ความสนใจต่อประสบการณ์เชิงบวกอย่างมีสติ ซึ่ง Bryant และ Veroff (2012) มักจะยกตัวอย่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในรูป รส กลิ่น เสียง สัมผัสของประชากรที่มีสุขภาพดี แต่ในส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด ร่วมกับ ความเสื่อมตามวัย ที่มักจะมีอาการปากแห้ง มีแผลพุพองในช่องปาก กลืนลำบาก มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ใ้ส้อาเจียน วิดกกังวล และมีอาการซึมเศร้า นั้น จะเกิดประสบการณ์เชิงบวกที่เป็นผลมาจากการบำบัดที่บรรเทาอาการข้างต้น ช่วยให้รู้สึกสุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Hodgson & Lafferty, 2012; Pergolotti et al., 2014; Pergolotti et al., 2019) ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ลด

อาการปวด และอาการเมื่อยล้า ผู้ป่วยจึงรู้สึกผ่อนคลาย สดชื่น มีพลัง มีการลดลงของภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้า ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น การบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุเกิดประสบการณ์เชิงบวกดังกล่าวมาข้างต้น ได้แก่ ศิลปะบำบัด (Çetinkaya et al., 2019; Ching-Teng et al., 2019; Johnson & Sullivan-Marx, 2006; Jones et al., 2006; Kim, 2013; McCaffrey, 2007; Nainis et al., 2006; Regev & Cohen-Yatziv, 2018; Sezaki & Bloomgarden, 2000; Slayton et al., 2010; Thyme et al., 2009), การบำบัดด้วยกลิ่น (Cino, 2014; Kohara et al., 2004; Lakhan et al., 2016; Wilkinson et al., 1999; Xiong et al., 2018), ดนตรีบำบัด (Alcantara-Silva et al., 2018; Boyde et al., 2012; Hanser, 1990; Hanser et al., 2006) และ การนวดบำบัด (Boonsawad et al., 2020; Hodgson & Lafferty, 2012; Srisongmuang et al., 2020) รวมถึง การได้รับประทานอาหารเจลสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคมะเร็ง ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรสดีขึ้น กลืนอาหารได้ดีขึ้นและเจริญอาหารมากขึ้น (Coa et al., 2018; de Pinho et al., 2020; Ebihara et al., 2005; Panuthai et al., 2020) ส่วนในด้านการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้สูงอายุ มักจะเป็นการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต กล่าวคือ มีความพึงพอใจที่ได้นึกถึงความสุขในอดีตที่ผ่านมา (Bryant & Veroff, 2012) อย่างไรก็ตาม Smith และ Hanni (2019) ได้ทดลองให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (Savoring intervention) วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุ นึกถึงสิ่งดีๆที่เกิดขึ้นในขณะนั้นหรือสิ่งดีๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จากนั้นให้สังเกตความรู้สึกในขณะนี้นึกถึงสิ่งดีๆนั้น เช่น สนุก ตื่นเต้น หรือดีใจ แล้วใช้เวลาเล็กน้อยในการชื่นชม ยินดี หรือ ขอบคุณประสบการณ์นั้น ที่ได้ช่วยให้เกิดความรู้สึกเชิงบวกและมีความสุข ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 82 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น

โดยสรุป การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก คือ กระบวนการทางการรู้คิดของบุคคลในการรับรู้การควบคุมตนเองในการตั้งสติที่จะให้ความสนใจและซึมซับกับประสบการณ์เชิงบวกในชีวิตที่เกิดขึ้น จากนั้นจึงนำการรับรู้ประสบการณ์นั้นมาช่วยให้มีความสุขเพิ่มมากขึ้น และคงความสุขนั้นไว้ข้ามกาลเวลา ได้แก่ การนึกย้อนถึงประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นในอดีต หรือจินตนาการถึงประสบการณ์เชิงบวกที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งช่วยให้เกิดความสุขได้ในปัจจุบัน เช่น การสัมผัสความอบอุ่นนุ่มนวลจากร่างกายและขนของสัตว์เลี้ยงระหว่างการทำกิจกรรมสัตว์เลี้ยงบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

สูงอายุ (Marcus, 2012; Moretti et al., 2011) หรือ ความรู้สึกเชิงบวกขณะรับประทานอาหารเจล สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่มีปัญหาช่องปากแห้งและเป็นแผลพุพอง (Coa et al., 2018; de Pinho et al., 2020; Ebihara et al., 2005; Panuthai et al., 2020) เป็นต้น เป็นตัวอย่างของการ สร้างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกให้ตนเองจากการสัมผัส (วัดได้จากมาตรวัด The Savoring Beliefs Inventoty ข้อ 23: It's easy for me to enjoy myself when I want to.)

กลไกและกระบวนการเกิดประสบการณ์เชิงบวก

กลไกการเกิดประสบการณ์เชิงบวก เป็นกลไกที่เกิดขึ้นจากการรู้คิด (cognition) เช่นเดียวกับการเกิดอารมณ์เชิงบวก (Bryant et al., 2011) โดยนักวิจัย (Damasio et al., 2000) ได้ทดลองฉาย ภาพ Positron Emission Tomography (PET) ในกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 24-42 ปีที่กำลังนึกถึง ประสบการณ์เชิงบวก และ ประสบการณ์เชิงลบที่ได้พบเห็นภายใน 1 วัน ก่อนเข้ารับการทดสอบ ผลปรากฏว่า ภาพการทำงานของสมองในระหว่างที่นึกถึงประสบการณ์เชิงบวกฉายให้เห็นว่ามีการสะสมของสารเภสัชรังสีมากกว่าระหว่างที่นึกถึงประสบการณ์เชิงลบ เช่นเดียวกันกับการทดลองฉายภาพ สมองด้วยเครื่อง functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI) ขณะเล่นวิดีโอเกมในกลุ่ม ตัวอย่างวัยผู้ใหญ่จำนวน 8 ราย โดยนักวิจัยกำหนดเงื่อนไขให้ผู้เล่นได้รับเงินเป็นรางวัลเมื่อชนะ และ เสียเงินเมื่อแพ้ (Knutson et al., 2001) ผลการศึกษาพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของสมองส่วน sub-cortical nucleus accumbens ซึ่งเป็นสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์เชิงบวก โดยพบว่าการไหลเวียนของโลหิตในสมองส่วนดังกล่าวมากขึ้น สอดคล้องกับการรายงานความสุขเมื่อนึกถึงเงินที่จะได้รับในอนาคตหากชนะเกมของผู้เข้าร่วมการวิจัย แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของสมองส่วนนี้ในการรายงานตนเองของผู้เข้าร่วมการวิจัยในขณะนี้นึกถึงการสูญเสียเงินเมื่อแพ้เกม ทั้ง 2 การทดลองข้างต้น เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงการรับรู้อารมณ์เชิงบวกของสมองส่วนควบคุมการ แสดงอารมณ์ ต่อการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีตและอนาคต

ส่วนในด้านกระบวนการเกิดประสบการณ์เชิงบวกนั้น เริ่มต้นจากการที่มีสิ่งเร้าหรือ ประสบการณ์เชิงบวกเกิดขึ้น และประสบการณ์นั้นดึงดูดให้บุคคลต้องเพ่งความสนใจ (attend and mindful) และชิมซับ (savor) ประสบการณ์นั้นไว้ในความทรงจำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการชิมซับอย่างต่อเนื่องนี้จะช่วยขยายการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกให้มีมากขึ้น นำไปสู่การเกิดอารมณ์ความรู้สึกเชิง บวกอันก่อให้เกิดความสุข โดยระยะเวลาในการเกิดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกขึ้นอยู่กับ การเพ่ง

ความสนใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าหรือประสบการณ์เชิงบวกนั้นๆ (Bryant & Veroff, 2012) เมื่อใดก็ตามที่เริ่มคุ้นชินกับสิ่งเร้าหรือประสบการณ์เชิงบวกแล้ว บุคคลจะค่อยๆ ลดการเพ่งความสนใจและลดการซึมซับประสบการณ์เชิงบวกลงจนกระทั่งหยุดให้ความสนใจและหยุดซึมซับประสบการณ์เชิงบวก ถือว่ากระบวนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกได้จบลง แต่บุคคลจะยังคงจดจำอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์เชิงบวกได้ เพราะได้มีการขยายการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกไปสู่การเกิดอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกอันก่อให้เกิดความสุข ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น (Bryant & Veroff, 2012) นอกจากนี้ กระบวนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก อาจสิ้นสุดลงได้ หากบุคคลมีความตั้งใจที่จะซึมซับประสบการณ์เชิงบวกมากเกินไป หรือ พยายามประเมินระดับประสบการณ์เชิงบวกระหว่างที่อยู่ในกระบวนการซึมซับประสบการณ์เชิงบวก เพราะบุคคลจะละเลยอารมณ์เชิงบวกจนส่งผลให้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกลดลง อันมีสาเหตุมาจากความตั้งใจที่มีมากเกินไป และความพยายามประเมินระหว่างการเรียนรู้ประสบการณ์เชิงบวกดังกล่าวข้างต้น กลับกลายเป็นการสกัดกั้นและขัดจังหวะความต่อเนื่องของกระบวนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ด้วยเหตุนี้ การวัดระดับการเรียนรู้ประสบการณ์เชิงบวก จึงต้องรอให้บุคคลหยุดให้ความสนใจและหยุดซึมซับประสบการณ์เชิงบวก ซึ่งจะส่งผลให้กระบวนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจบลง บุคคลจึงจะทำการประเมินการเรียนรู้ประสบการณ์เชิงบวกของตนเองที่ได้จบลงไปแล้วโดยการตอบมาตราวัดการเรียนรู้ประสบการณ์เชิงบวก ซึ่งเป็นมาตราวัดแบบรายงานตนเอง (Bryant, 2003; Bryant & Veroff, 2012) (ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจะทำการประเมินการเรียนรู้ประสบการณ์เชิงบวกตามแนวทางของ Bryant (Bryant, 2003; Bryant & Veroff, 2012) คือ ประเมินจากการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่เคยเกิดขึ้นในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทำการประเมินระดับการเรียนรู้ประสบการณ์เชิงบวกของตนเองที่เคยเกิดขึ้นเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์เชิงบวกในอดีตที่ผ่านมาแล้ว, ประสบการณ์เชิงบวกในช่วงเวลาปัจจุบัน และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่กลุ่มตัวอย่างเคยคาดการณ์ถึงเหตุการณ์เชิงบวกที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องทำการรายงานตนเองตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยจะทำการพัฒนาขึ้นจากมาตราวัด The Savoring Beliefs Inventory (SBI) (Bryant, 2003) ซึ่งจะได้กล่าวถึงในลำดับถัดไป) นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมก็ส่งผลต่อระดับการเรียนรู้ประสบการณ์เชิงบวกของบุคคลได้ (Bryant & Veroff, 2012) โดย Lindberg (2004) ได้ทำการศึกษาคำรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศญี่ปุ่น เปรียบเทียบระหว่างนักศึกษาชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรป (European North American) นักศึกษา

ชาวอเมริกันเชื้อสายเอเชีย (Asian North American) และนักศึกษาชาวญี่ปุ่น (Japanese) ซึ่งได้ทำประเมินตนเองโดยใช้มาตรวัดทัศนคติที่มีต่อการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (The Attitude About Savoring Scale) และมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (The Savoring Beliefs Inventory) พบว่า นักศึกษาชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรป มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูงที่สุด รองลงมาคือ นักศึกษาชาวอเมริกันเชื้อสายเอเชีย แตกต่างจากนักศึกษาชาวญี่ปุ่นที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำที่สุด ผลการศึกษาสรุปว่า ความแตกต่างทางวัฒนธรรมส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก เนื่องจากขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมของชาวเอเชีย มักสอนให้บุคคลตั้งอยู่ในความไม่ประมาทในการใช้ชีวิต กล่าวคือ ไม่ให้หลงไหล เพลิดเพลินกับความสุขมากเกินไป ดังภาษิตจีนที่ว่า “การมีความสุขมากเกินไป จะนำไปสู่ความหายนะ: Extreme happiness begets tragedy” (Ji et al., 2001) อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากลไกการเกิดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจะเป็นเช่นเดียวกับการเกิดอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวก หากแต่การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกยังมีความแตกต่างจากอารมณ์เชิงบวก ดังเช่น ความยินดี (pleasure) และ การลื่นไหล (flow) ตรงที่อารมณ์เชิงบวกเกิดขึ้นโดยไม่มีเจตจำนงอาศัยความสนใจ (attention) การมีสติ (mindful) และ การชิมชับ (savor) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการสร้างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกนั่นเอง (Bryant & Veroff, 2012)

โดยสรุป การเกิดขึ้นของประสบการณ์เชิงบวก เป็นกลไกการรับรู้ที่เกิดขึ้นในสมองส่วนที่สัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์เชิงบวกของบุคคล ซึ่งกระบวนการเกิดประสบการณ์เชิงบวกต้องอาศัยการให้ความสนใจอย่างมีสติต่อสิ่งเร้าหรือประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นก่อน จากนั้นจึงทำการชิมชับและจดจำประสบการณ์นั้นไว้ เป็นอันเสร็จสิ้นกระบวนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก อย่างไรก็ตาม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกยังมีความแตกต่างกันกับอารมณ์เชิงบวก โดยที่การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการให้ความสนใจ อย่างมีสติ และชิมชับประสบการณ์นั้นไว้ เพื่อให้ความสุขที่เกิดขึ้นกับบุคคลยังคงอยู่เป็นเวลานานกว่าอารมณ์เชิงบวก (Bryant & Veroff, 2012)

ประเภทของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

Bryant (1989; 2003; Bryant et al., 2011; Bryant & Veroff, 2012) แบ่งประเภทของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกตามช่วงเวลา ดังนี้

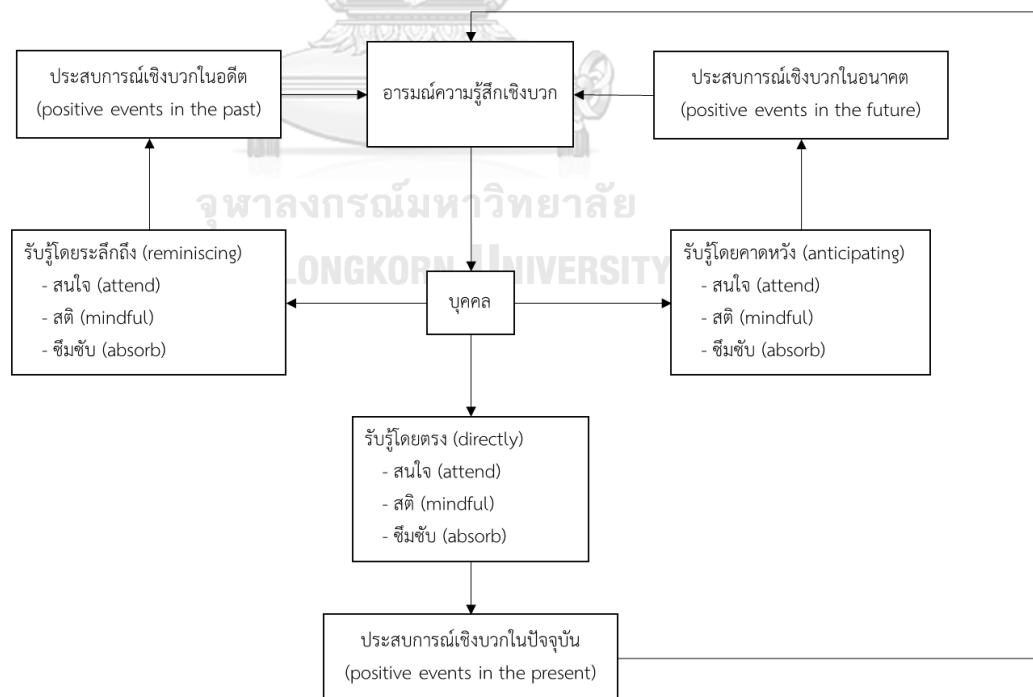
1. การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต (Savoring the Past / Retrospective Savoring / Savoring Through Reminiscence) คือ การที่บุคคลนึกย้อนหรือระลึกถึง (Reminiscence) ประสบการณ์เชิงบวกที่เคยเกิดขึ้นในอดีต ซึ่งจากการนึกย้อนระลึกถึงนี้จะช่วยให้ชีวิตปัจจุบันมีความสุขหรือมีความรู้สึกเชิงบวก โดย Mitchell & Thompson (as cited in Bryant & Veroff, 2012) พบว่าการระลึกย้อนถึงประสบการณ์เชิงบวกในอดีต ช่วยให้มีระดับความรู้สึกเชิงบวกสูงกว่าการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบันและอนาคต ตัวอย่างของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ได้แก่ การระลึกถึงช่วงเวลาที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง และมีประสบการณ์เชิงบวกในอดีตร่วมกับคนที่รัก (Borelli et al., 2020; Bryant & Veroff, 2012), การระลึกถึงความสุขระหว่างช่วงเทศกาลในอดีต (Bryant, 2003) หรือ การนึกถึงบรรยากาศเมื่อครั้งไปเที่ยวทำกิจกรรมกับเพื่อนๆ ในสมัยที่ยังเป็นเด็ก เป็นต้น

2. การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน (Savoring the Present/Concurrent Savoring) คือ การที่บุคคลให้ความสนใจกับประสบการณ์เชิงบวก และตั้งใจที่จะซึมซับประสบการณ์เชิงบวกนั้น ทำให้เกิดความสุขหรือมีความรู้สึกเชิงบวก โดยผู้สูงอายุ สามารถรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกได้ผ่านการเขียนบรรยายอารมณ์ความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์เชิงบวก (Borelli et al., 2020) หรือ การใช้สัตว์เลื้อยบ่าบดในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (Marcus, 2012; Moretti et al., 2011) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจากการสัมผัสร่างกายที่อบอุ่น และขนที่นุ่มนวลของสัตว์เลื้อย เช่น สุนัขและแมว เป็นต้น (วัดได้จากมาตรวัด The Savoring Beliefs Inventory ข้อ 23: It's easy for me to enjoy myself when I want to.)

3. การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต (Savoring the Future/ Prospective Savoring) คือ การที่บุคคลจินตนาการถึงประสบการณ์เชิงบวกที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต อันเป็นประสบการณ์ที่จะพบบุคคลไปสู่ความสุขในภายหน้าได้ โดยในขณะที่นึกถึงประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต บุคคลจะเกิดความสุขได้ในทันที แม้ว่าประสบการณ์เชิงบวกนั้นยังไม่ได้เกิดขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุจะเกิดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคตได้จากการจินตนาการถึงวันเวลาที่เพื่อน ญาติ พี่น้อง ลูกหลาน มาเยี่ยมระหว่างพักฟื้น หรือ จินตนาการถึงบรรยากาศวันงานรวมญาติที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Bryant & Veroff, 2012) เป็นต้น

โดยสรุป การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก แบ่งได้ 3 ประเภท คือ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต, การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต บุคคลสามารถรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกได้จากความให้ความสนใจต่อประสบการณ์เชิงบวกอย่างมีสติ จากนั้นจึงซึมซับประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้น และมีความสุขเกิดขึ้นระหว่างการซึมซับประสบการณ์เชิงบวกนั้น เรียกว่าการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน เมื่อมีการซึมซับประสบการณ์เชิงบวกเก็บไว้ในความทรงจำแล้ว บุคคลจะสามารถระลึกถึงประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นในอดีตและมีความสุขได้ เรียกว่าการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต นอกจากนี้ บุคคลยังสามารถมีความสุขได้จากการจินตนาการถึงประสบการณ์เชิงบวกที่ยังไม่เกิดขึ้น เรียกว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต ดังที่ผู้วิจัยได้สรุปไว้ในรูปภาพที่ 5

รูปภาพที่ 5 แสดงประเภทของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ประกอบด้วย การให้ความสนใจ (attend) การมีสติ (mindful) และการซึมซับ (absorb) ต่อประสบการณ์เชิงบวกในช่วงเวลาต่างๆ ประกอบด้วย การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกผ่านการระลึกถึงประสบการณ์เชิงบวกในอดีต, การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกผ่านการรับรู้โดยตรงต่อประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน และ การรับรู้



ภาพที่ 5 ประเภทของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกแบ่งตามมุมมองด้านเวลา

ประสบการณ์เชิงบวกผ่านการรับรู้โดยการคาดหวังถึงประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกต่อประสบการณ์เชิงบวกในช่วงเวลาต่างๆ นั้น ส่งผลให้บุคคลมีอารมณ์ความ
 อามณ์รู้สึกเชิงบวกได้

มาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

การวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสามารถทำได้หลายวิธี นอกจากจะใช้วิธีการวัดประสบการณ์เชิงบวกด้วยภาพถ่ายสมอง (fMRI, PET) ดังที่ได้นำเสนอมาแล้วในข้างต้น ยังมีวิธีวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกได้จากการรายงานตนเอง โดยแบ่งวิธีวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. การวัดจากระดับความเชื่อในการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก หรือ savoring beliefs ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลตระหนักหรือรับรู้ความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเชิงอัตวิสัยของตนเอง สามารถวัดได้โดยใช้มาตรวัด The Savoring Belief Inventory (SBI) (Bryant, 2003; Bryant & Veroff, 2012) ซึ่งเป็นมาตรวัดแบบรายงานตนเอง ที่ได้ทำการทดสอบค่าความเที่ยงแล้วพบว่ามีความ Cronbach alpha = 0.94 โดยมาตรวัด SBI เป็นมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต (Savoring through Anticipation), การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน (Savoring the Moment) และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต (Savoring Through Reminiscence) แต่ละหัวข้อบรรจุข้อวัดเกี่ยวกับความคิดเห็นเมื่อมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกตามช่วงเวลา ซึ่งแต่ละช่วงเวลามีข้อวัด จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็นข้อวัดเชิงบวก (positive scale) และ ข้อวัดเชิงลบ (negative scale) อย่างละครึ่ง รวมทั้งสิ้น 24 ข้อ ระดับการวัดเป็นแบบ Likert scales กำหนดระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 (1 = strongly disagree, 7 = strongly agree) โดยมาตรวัด SBI สามารถวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกได้ตรงกับโครงสร้างของแนวคิดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก กล่าวคือ สามารถวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นได้ทั้งจากอดีต ปัจจุบัน และอนาคต เมื่อพิจารณาจากจำนวนข้อวัด เนื้อหา และ คุณภาพเครื่องมือพบว่ามีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุ เนื่องจากเป็นข้อวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกโดยตรง มีจำนวนข้อวัดน้อย และด้านคุณภาพของมาตรวัด The Savoring Belief Inventory (SBI) พบว่า Bryant (2003) รายงานค่าความเที่ยงและความตรงของมาตรวัดในผู้สูงอายุชาวอเมริกัน เมื่อเทียบกับมาตรวัด Fordyce's Happiness Measures พบว่ามีค่าความตรงเชิงคู่เข้า

$r=0.56$ และ มีค่าความเที่ยง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค เท่ากับ 0.94 แสดงว่าเครื่องมือ มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดีมาก

2. การวัดจากระดับการตอบสนองต่อประสบการณ์เชิงบวก หรือ savoring response หรือ savoring strategies ซึ่งหมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางการรู้คิดและพฤติกรรม (cognitive and behavior) ของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์เชิงบวกในรูปแบบที่แตกต่างกัน (Bryant & Veroff, 2012) โดยการตอบสนองต่อประสบการณ์เชิงบวก สามารถวัดได้ด้วยมาตรวัด The Way of Savoring Checklist (WOSC) ซึ่งเป็นมาตรวัดแบบรายงานตนเอง ประกอบด้วย 10 หัวข้อใหญ่ ได้แก่ การแบ่งปันกับผู้อื่น (sharing with others), การสร้างความทรงจำ (memory building), การแสดงความยินดีกับตัวเอง (self-congratulation), การเปรียบเทียบ (comparing), ประสาทสัมผัสและการรับรู้ (sensory-perceptual), ความเฉียบคม (sharpening), การดูดซับ (absorption), การแสดงออกทางพฤติกรรม (behavioral expression), การตระหนักรู้ทางอารมณ์ (temporal awareness), จำนวนการขอพร (counting blessing) และ การกำจัดความยินดี (kill-joy thinking) แต่ละหัวข้อประกอบด้วยข้อวัด จำนวน 6 ข้อ รวมเป็น 60 ข้อ จุดเด่นของมาตรวัด WOSC คือ มีการวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในหลายมิติและเหมาะสำหรับวัดผู้ใหญ่ตอนต้น มาตรวัด WOSC ได้ทำการทดสอบค่าความเที่ยงแล้ว พบว่ามีค่า Cronbach alpha ระหว่าง 0.74-0.89 แต่เมื่อพิจารณาจากจำนวนข้อวัดที่มีถึง 60 ข้อ จึงยังไม่เหมาะสมที่จะใช้วัดในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยผู้วิจัย ได้สรุปรายละเอียดของมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกได้ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางสรุปรายละเอียดมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

มาตรวัด รายละเอียด	The Savoring Belief Inventory (SBI)	The Way of Savoring Checklist (WOSC)
การวัด (measuring)	วัดความเชื่อในการรับรู้ ประสบการณ์เชิงบวก	วัดการตอบสนองต่อการรับรู้ ประสบการณ์เชิงบวก
จำนวนองค์ประกอบ (number of factors)	3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต, การ รับรู้ประสบการณ์เชิงบวกใน	10 ด้าน ได้แก่ การแบ่งปันกับผู้อื่น, การสร้างความทรงจำ, การแสดง ความยินดีกับตัวเอง, การ

	ปัจจุบัน, การรับรู้ประสบการณ์ เชิงบวกในอนาคต	เปรียบเทียบ, ประสบสัมผัสและการ รับรู้, ความเจ็บปวด, การดูดซับ, การ แสดงออกทางพฤติกรรม, การ ตระหนักรู้ทางอารมณ์, จำนวนการ ขอพร, การกำจัดความยินดี
ความเป็นอัตวิสัย (subjectiveness)	มีความเป็นอัตวิสัย	ไม่มีความเป็นอัตวิสัย
จำนวนข้อวัด (number of items)	24 ข้อ	60 ข้อ
ความเที่ยงของมาตร วัด (reliability)	ดีมาก ($\alpha=0.94$)	ดี ($\alpha=0.74-0.87$)

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นรายละเอียดของมาตรวัด The Savoring Beliefs Inventory (SBI) และ The Way of Savoring Checklist (WOSC) ประกอบด้วย รายละเอียดด้านการวัด จำนวนองค์ประกอบ ความเป็นอัตวิสัย จำนวนข้อวัด และค่าความเที่ยงของมาตรวัด

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้มาตรวัด The Savoring Belief Inventory (SBI) (Bryant, 2003; Bryant & Veroff, 2012) ในการวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล โดยมีเหตุผล ดังนี้

1. The Savoring Belief Inventory (SBI) เป็นมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ที่มุ่งวัดความเชื่อในการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (savoring beliefs) อันหมายถึงความถึง การตระหนัก หรือการรับรู้เชิง อัตวิสัยของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของตน (Bryant & Veroff, 2012) และสามารถวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกได้ดีกว่ามาตรวัด The Way of Savoring Checklist (WOSC) (Bryant & Veroff, 2012) เนื่องจาก The Savoring Belief Inventory (SBI) เป็นมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่ต้นทาง กล่าวคือ บุคคลมีการตระหนักรู้แต่เดิมอยู่แล้วว่าตนเองมีความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกอย่างน้อยเพียงใด สามารถ

คงไว้ซึ่งการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกได้นานเพียงใด สามารถเรียกใช้ (recall) การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจากอดีตและอนาคตได้หรือไม่ แม้ว่าบุคคลจะถูกเบี่ยงเบนความสนใจจากประสบการณ์เชิงบวกไปสู่ประสบการณ์อื่นหรือกิจกรรมอื่น แต่การตระหนักถึงความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของตนเองก็ยังคงเป็นอยู่เหมือนเดิม ผู้วิจัยจึงสามารถแยกผู้ที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูงออกจากผู้ที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกต่ำได้

ในทางกลับกัน มาตรการ The Way of Savoring Checklist (WOSC) (Bryant & Veroff, 2012) ที่มุ่งวัดการตอบสนองต่อการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (savoring responses) อันหมายถึง ปฏิบัติการตอบสนองทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์เชิงบวก (Bryant & Veroff, 2012) เป็นมาตรการที่ทำกรวัดผลลัพธ์ปลายทาง ได้แก่ การตอบสนองต่อประสบการณ์เชิงบวกและอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดขึ้นขณะที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก หากบุคคลถูกเบี่ยงเบนความสนใจจากประสบการณ์เชิงบวกไปสู่ประสบการณ์อื่นหรือกิจกรรมอื่น จะส่งผลให้ระดับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกลดลง ผลลัพธ์คือการตอบสนองต่อประสบการณ์เชิงบวกและอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดขึ้นจะมีค่าคะแนนต่ำ แม้ว่าแท้จริงแล้วบุคคลจะมีความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูงก็ตาม ดังนั้น การวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกด้วยมาตรการ WOSC จึงไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูงกับผู้ที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกต่ำออกจากกันได้ (Bryant & Veroff, 2012)

2. The Savoring Belief Inventory (SBI) เป็น มาตรการที่มีความเป็นอัตวิสัย (subjectiveness) กล่าวคือ ไม่จำกัดคุณลักษณะหรือประเภทของประสบการณ์เชิงบวกและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก จึงส่งผลให้สามารถวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกได้อย่างหลากหลายตามความเป็นอัตวิสัยของแต่ละบุคคล อันหมายถึง การที่บุคคลมีรูปแบบและระดับของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการประเมินของตนเอง (Bryant & Veroff, 2012) แตกต่างจากมาตรการ The Way of Savoring Checklist (WOSC) ที่มีการจำกัดคุณลักษณะรายด้าน และประเภทของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกไว้ จำนวน 10 ด้าน 60 ข้อวัด ยกตัวอย่างเช่น ข้อวัดที่ “53. ฉันใช้กล้องถ่ายภาพประสบการณ์ (I took photographs with a camera to capture the experience” แสดงให้เห็นว่า หนึ่งในรูปแบบของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกตามที่ระบุใน WOSC คือ การถ่ายภาพประสบการณ์เชิงบวก หากบุคคลไม่เคยใช้กล้องถ่ายภาพประสบการณ์เชิงบวกของ

ตนเอง ก็จะประเมินข้อวัดนี้ในระดับต่ำ ทั้งที่ตัวบุคคลอาจจะมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูงก็เป็นได้ ดังที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น มาตรฐาน WOSC จึงไม่ครอบคลุมการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกซึ่งมีอยู่หลากหลาย โดยเฉพาะเมื่อกลุ่มตัวอย่างมาจากกลุ่มสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้วิจัยไม่สามารถระบุตัวผู้ที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูงหรือต่ำได้ ดังการศึกษาของ Lindberg (2004) ที่พบว่า มาตรฐาน WOSC ระบุประเภทของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจำกัดไว้ 10 ด้าน แต่ไม่ระบุถึงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกตามวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยชาวญี่ปุ่น เช่น การทำตัวเป็นเด็ก ๆ และการมีอารมณ์ขัน ผลคือ กลุ่มตัวอย่างไม่รู้จักรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกและรูปแบบประสบการณ์เชิงบวกตามที่ระบุอยู่ในมาตรฐาน ค่าคะแนนที่ได้จึงเป็นค่าคะแนนในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม มาตรฐานที่กำหนดคุณลักษณะของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกและรูปแบบของประสบการณ์เชิงบวกไว้ตายตัว จึงส่งผลต่อการให้คะแนนซึ่งอาจต่ำกว่าความเป็นจริงแม้ว่าผู้ตอบจะมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูงก็ตาม (Bryant & Veroff, 2004; Lindberg, 2004)

3. The Savoring Belief Inventory (SBI) เป็นมาตรฐานการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกข้ามห้วงเวลาตามแนวคิดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก กล่าวคือ มาตรฐาน SBI แบ่งการวัดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต, การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต ในขณะที่มาตรฐาน The Way of Savoring Checklist (WOSC) วัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบันเท่านั้น ซึ่งจากการศึกษาของ Ramsey และ Gentzler (2014) พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคตต่ำกว่าผู้ใหญ่วัยอื่น ส่วนการศึกษาของ Geiger และ คณะ (2017) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถทำนายการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีตและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคตได้ แสดงให้เห็นว่าการวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกควรวัดในมิติที่เกี่ยวข้องกับช่วงเวลาในอดีต ปัจจุบัน และ อนาคตด้วย

4. The Savoring Belief Inventory (SBI) มีจำนวนข้อวัด 24 ข้อ ในขณะที่ มาตรฐาน The Way of Savoring Checklist (WOSC) มีจำนวนข้อวัดถึง 60 ข้อ ซึ่งการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุควรใช้มาตรฐานที่มีจำนวนข้อไม่มากจนเกินไปและควรใช้เวลาในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างให้น้อยที่สุด เนื่องจากการตอบมาตรฐานจำนวนมากเป็นเวลานานอาจสร้างปัญหาสุขภาพ

เพิ่มขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางจากตัวโรคมะเร็ง ร่วมกับความเสื่อมตามวัย (Hsu et al., 2019; Kehoe et al., 2019; Wang et al., 2019; ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, 2556)

5. มาตรวัด The Savoring Belief Inventory (SBI) มีคุณภาพมาตรวัดอยู่ในระดับดีมาก คือ มีค่าความเที่ยงอยู่ที่ระดับ $\alpha=0.94$ ในขณะที่มาตรวัด The Way of Savoring Checklist (WOSC) มีค่าความเที่ยงอยู่ที่ระดับ $\alpha=0.74-0.89$ (ดี) แสดงให้เห็นว่า มาตรวัด SBI มีคุณภาพสูงกว่ามาตรวัด WOSC

จากเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยจึงเลือกใช้มาตรวัด The Savoring Belief Inventory (SBI) เพื่อวัดระดับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลสำหรับงานวิจัยฉบับนี้ โดยผู้วิจัยจะทำการพัฒนามาตรวัด The Savoring Belief Inventory (SBI) ฉบับภาษาไทย จากมาตรวัด The Savoring Belief Inventory (SBI) เพื่อให้เกิดความเหมาะสมสำหรับใช้ในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในประเทศไทย ต่อไป

การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับจิตวิทยาพัฒนาการ

จากการทบทวนงานวิจัยของ Bryant และ คณะ (2011) พบว่า พัฒนาการทางจิตที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก นอกจากจะเกิดจากกลไกการควบคุมพฤติกรรมส่วนบุคคลอันเกิดจากการรับรู้ของสมองที่มีต่อสิ่งเร้าเชิงบวกแล้ว ยังเกิดจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) โดยครอบครัวและชุมชน เช่น วัฒนธรรมการเฉลิมฉลองในเทศกาลต่างๆ กลไกการพัฒนารับรู้ประสบการณ์เชิงบวก เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต เริ่มต้นจากวัยเด็กตอนต้น มีการตอบสนองต่ออารมณ์เชิงบวกที่มาจากสิ่งเร้าเชิงบวก ผ่านการมองเห็น การได้ยิน และการสัมผัส ตั้งแต่ อายุ 6-8 เดือน การให้ความสนใจและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของเด็กวัยนี้ขึ้นอยู่กับผู้ดูแลเด็ก ผ่านกิจกรรมที่ทำร่วมกัน เช่น การเล่น จากการศึกษาของ Band และ Weisz (1990) และ Compass (1998) พบว่าเด็กในช่วงวัยเด็กตอนต้น มีการจัดการความเครียดด้วยการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การหันไปเล่นของเล่น จากนั้น เมื่อเด็กมีพัฒนาการทางภาษาที่ดีมากพอ เด็กจะเริ่มเล่าถึงเหตุการณ์ที่ผ่านไปแล้วได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเด็กวัย 3-6 ปี จะสามารถเล่าถึงเหตุการณ์ที่ผ่านไปแล้วได้ แต่ก็ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการย้อนนึกถึงประสบการณ์เชิงบวกในกลุ่มเด็กเล็กอย่างเป็นระบบ จึงยังไม่มีข้อสรุปว่าเด็กสามารถนึกย้อนถึงประสบการณ์เชิงบวกได้หรือไม่และเริ่มทำได้ในวัยใด

ส่วนวัยเด็กตอนกลาง เป็นวัยที่เด็กเริ่มเรียนรู้ที่จะควบคุมอารมณ์ผ่านการเปลี่ยนความสนใจ (alter emotions by redirect their attention) ซึ่ง Bryant และ คณะ (2011) ถือว่าเป็นการจัดการอารมณ์ (coping) ที่มาจากการตอบสนองทางการรู้คิด (cognitive savoring responses) และน่าจะเริ่มพัฒนาไปเป็นการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกได้ในช่วงวัยเด็กตอนปลาย โดยได้แนะนำให้เริ่มฝึกการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกผ่านการเล่าเรื่องราวจากความทรงจำของผู้ใหญ่ก่อน จากนั้นจึงให้เด็กจะลองเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นในแต่ละวันบ้าง ซึ่งจะนำไปสู่การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกทั้งในอดีตและอนาคตเมื่อเด็กเติบโตขึ้น

สำหรับผู้สูงอายุ แม้จะพบว่าผู้สูงอายุ มีการลดลงของสมรรถนะทางการรู้คิด (cognitive capacities decline) (Bryant et al., 2011) หากแต่จากการศึกษาของ Stone และ คณะ (2010) กลับพบว่า บุคคลในวัยผู้ใหญ่จะมีการเพิ่มขึ้นของสุขภาวะโดยเฉพาะด้านอารมณ์เชิงบวกเมื่อมีอายุ 50 ปี ขึ้นไป จากการประเมินความสุขของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ถึง 85 ปี พบว่าเส้นวิถีโค้งมีลักษณะคล้ายรูปตัว U กล่าวคือ การรายงานความสุขจะเริ่มต้นที่จุดสูงสุดเมื่ออายุ 18 ปี จากนั้นจึงค่อยลดลงตอนช่วงปลายอายุ 30 และเส้นความสุขจะเริ่มไต่ขึ้นในช่วงอายุ 50 ปี และขึ้นสู่จุดสูงสุดเมื่ออายุ 85 ปี สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกตามวัยที่เพิ่มขึ้น แสดงว่าการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเกิดขึ้นได้ทั้งในช่วงต้นและช่วงปลายของพัฒนาการ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ที่พบว่า การรับรู้และจดจ่อกับประสบการณ์เชิงบวกไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์เชิงบวกในอดีตหรืออนาคต จะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่กับปัจจุบันและมองเห็นความหมายของชีวิต ก่อให้เกิดการปรับตัวไปสู่อารมณ์เชิงบวกที่ไม่เพียงแต่ป้องกันการเสื่อมของร่างกายในวัยชราเท่านั้น หากแต่ยังช่วยทำให้อายุยืนได้อีกด้วย (Bryant et al., 2011) ในการฝึกการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในวัยผู้ใหญ่จนถึงวัยสูงอายุมีหลากหลายรูปแบบ จากการทดลองของ Bryant และ คณะ (2005) พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยที่ฝึกคิดถึงประสบการณ์เชิงบวกในอดีต (savoring the past) วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ จะมีอารมณ์เชิงบวกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Quoidbach และ คณะ (2009) ที่ให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรในมหาวิทยาลัย ทดลองจินตนาการถึงประสบการณ์เชิงบวกที่จะเกิดขึ้นในวันถัดไป (savoring the future) วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ วัดผลก่อน-หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรายงานความสุขเชิงอัตวิสัยเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) นอกจากนี้ ยังพบการวิจัยของ Jose และ

คณะ (2012) ที่ทำการศึกษาในบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงวัยสูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างต้องนึกถึงประสบการณ์เชิงบวกของตนเองและให้คะแนนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของตนเองในแต่ละวัน ลงบนอนุทินออนไลน์ (online mood diary) เป็นเวลาติดต่อกัน 30 วัน ผลพบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูง จะมีอารมณ์สุข (happy mood) สูงขึ้นด้วย ($\beta = 0.97, p < .05$)

สำหรับผู้สูงอายุ สามารถฝึกการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกได้จากการระลึกถึงประสบการณ์เชิงบวก ทั้งจากอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดย Borelli และ คณะ (2020) ทดลองให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ระลึกถึงประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นในอดีตกับคนสนิท รวมถึงสิ่งของที่มีคุณค่าทางจิตใจ และวัตถุพิภพไปพร้อมกัน จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตราการเต้นของหัวใจในกลุ่มตัวอย่าง ($\beta = -0.29, p < .01$) โดยอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลงแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกผ่อนคลาย นอกจากนี้การศึกษาของ Borelli และ คณะ (2020) ยังพบการศึกษาของ Smith และ Hanni (2019) ที่ได้ทำการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ นึกถึงประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบันและในอนาคต วันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) ติดต่อกันเป็นเวลา 1 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82 มีความสุขเพิ่มขึ้น โดยการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ($\beta = 0.11, p < .01$)

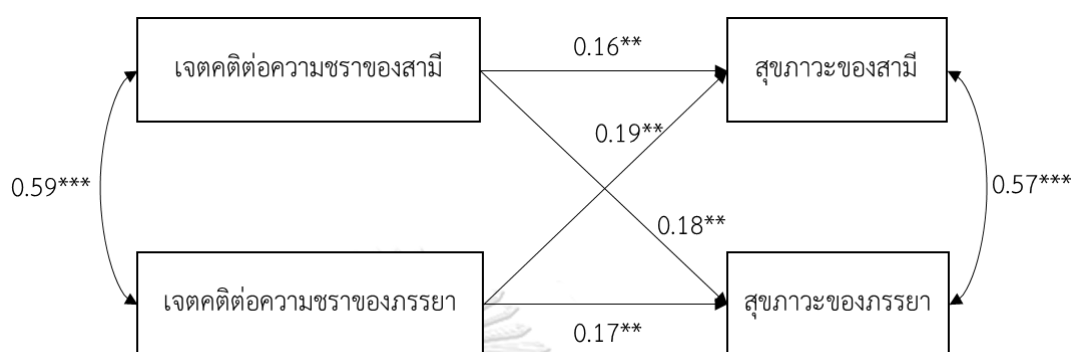
โดยสรุป จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก สามารถสร้างได้จากกระบวนการขัดเกลาทางสังคมผ่านการเล่น และการเล่าเรื่องราวโดยเริ่มจากผู้ดูแลเด็กเป็นผู้เล่า จากนั้นจึงค่อยฝึกให้เด็กได้เล่าเรื่องราวประทับใจที่ก่อให้เกิดความสุข และสอนให้เด็กระลึกถึงเรื่องราวดังกล่าวเป็นประจำ ส่วนในผู้สูงอายุ สามารถฝึกการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกได้จากการระลึกถึงประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต อย่างสม่ำเสมอ และแม้ว่าจะมีการเสื่อมลงของการรู้คิดตามวัย (cognitive impairment) แต่กลับพบว่าการรายงานความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุของผู้สูงวัย และ พบว่าการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกช่วยให้ผู้สูงอายุจดจ่ออยู่กับปัจจุบัน รวมถึงช่วยให้มองเห็นความหมายของการมีชีวิตซึ่งเป็นผลให้มีอารมณ์เชิงบวกสูงขึ้น ทั้งนี้ อารมณ์เชิงบวกเป็นองค์ประกอบของสุขภาวะทางใจ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูง จะมีอารมณ์เชิงบวกสูงขึ้น เมื่อมีอารมณ์เชิงบวกสูงขึ้น แสดงว่าผู้สูงอายุจะต้องมีสุขภาวะทางใจสูงขึ้นด้วยเช่นกัน

6. การวิเคราะห์โมเดลเชิงทวิสัมพันธ์

โมเดลเชิงทวิสัมพันธ์ (The Actor-Partner Interdependence Modelling (APIM) คือ โมเดลทางสถิติที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง 2 บุคคล ที่พึ่งพาอาศัยกันในบริบทต่างๆ เช่น สามี-ภรรยา, บิดามารดา-บุตร และ ผู้ป่วย-ญาติผู้ดูแล (Kenny et al., 2006) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ Distinguishable member หมายถึง ความสัมพันธ์ของบุคคล 2 ฝ่ายที่มีบทบาทและสถานภาพแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น มารดา-บุตร, คู่รักชาย-หญิง, นายจ้าง-ลูกจ้าง เป็นต้น และ Indistinguishable member หมายถึง ความสัมพันธ์ของบุคคล 2 ฝ่ายที่มีบทบาทและสถานภาพไม่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น คู่รักร่วมเพศ, คู่เพื่อนร่วมงาน, คู่แฝด เป็นต้น (Kenny et al., 2006; Kenny & Ladermann., 2010) โมเดลเชิงทวิสัมพันธ์มีความแตกต่างจากโมเดลทางสถิติอื่น เช่น สถิติถดถอย (Regression), การทดสอบที (t-test) หรือ การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) ตรงที่ โมเดลเชิงทวิสัมพันธ์ สามารถวิเคราะห์ผลของตัวแปรต้นในบุคคลหนึ่งซึ่งส่งผลต่อตัวแปรตามในตนเองได้พร้อมกับการวิเคราะห์ผลของตัวแปรต้นในตนเองที่ส่งผลต่อตัวแปรตามในบุคคลที่เป็นคู่ทวิสัมพันธ์ได้ในการวิเคราะห์ครั้งเดียว หากแต่สถิติอื่นไม่สามารถวิเคราะห์ได้ (Kenny et al., 2006; Kenny & Ladermann., 2010)

สำหรับแนวทางการวิเคราะห์โมเดลทวิสัมพันธ์นั้น Kenny และ คณะ (2006; Kenny & Ladermann, 2010) แนะนำให้ใช้สถิติการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (Structural Equation Model) ในการวิเคราะห์ เนื่องจากช่วยให้นักวิจัยมองเห็นภาพอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุต่างๆ ที่ส่งผลต่อตนเอง (actor effect เช่น อิทธิพลของปัจจัยทางร่างกายในผู้ป่วยที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วย) และ ต่ออีกฝ่าย (partner effect เช่น อิทธิพลของปัจจัยทางร่างกายในผู้ป่วยที่ส่งผลต่อสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย) พร้อมทั้งแสดงให้เห็นถึงขนาดอิทธิพลที่มีต่อกันและกันระหว่างตัวแปรผลในทั้งสองฝ่าย (เช่น อิทธิพลของสุขภาวะในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลที่ต่างส่งผลต่อสุขภาวะของอีกฝ่าย) แตกต่างจากการใช้สถิติอื่น เช่น สถิติถดถอย (Regression) ที่ทำได้เพียงการทำนายอิทธิพลของตัวแปรทำนายที่มีต่อตัวแปรผลในตนเองเท่านั้น (Cook & Kenny, 2005; Kenny et al., 2006; Kenny & Ladermann, 2010a) ดังเช่นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะในผู้สูงอายุและคู่สมรสชาวมาเลเซีย โดย Momtaz และคณะ (2013) ซึ่งใช้โมเดลสมการโครงสร้างในการวิเคราะห์ พบว่าเจตคติที่มีต่อความชรา (attitude toward aging) ของคู่สมรสสูงอายุ ต่างส่งผลต่อสุขภาวะของ

แต่ละฝ่ายในลักษณะทวิสัมพันธ์ กล่าวคือ เจตคติที่มีต่อความซื่อสัตย์ของทั้งภรรยาและสามีต่างส่งผลต่อ
 สุขภาวะของตนเอง และเจตคติรวมถึงสุขภาวะของทั้งคู่ต่างก็ส่งผลถึงกันและกัน (รูปภาพที่ 6)



ภาพที่ 6 โมเดลอิทธิพลของเจตคติที่มีต่อความซื่อสัตย์ต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุและคู่สมรส
 หมายถึง: Momtaz และ คณะ (2013), *** $p < .001$, ** $p < .01$

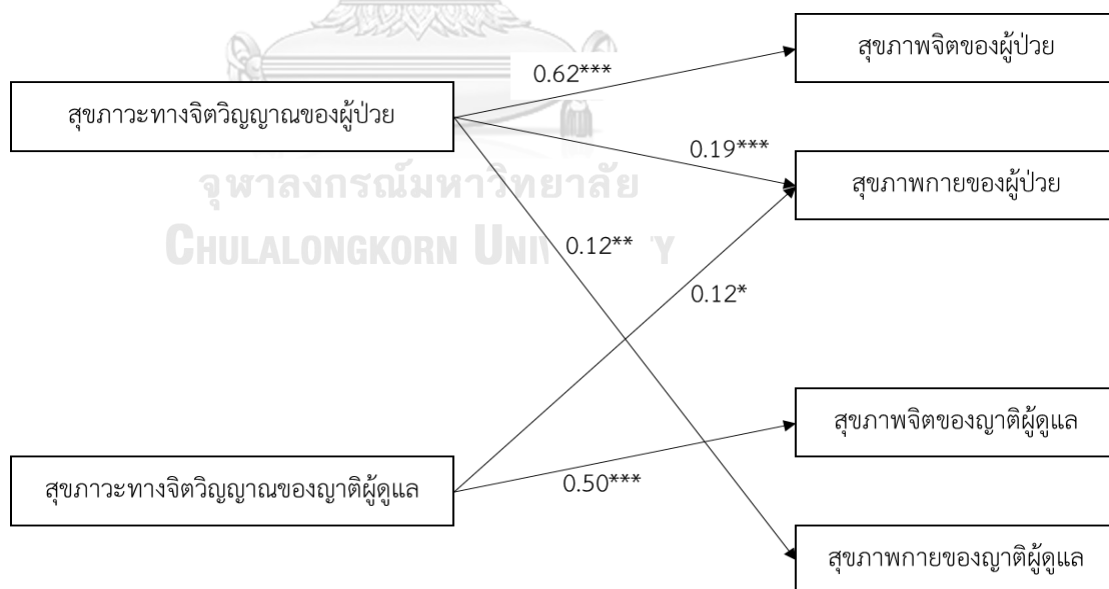
รูปภาพที่ 6 แสดงค่าอิทธิพลของเจตคติต่อความซื่อสัตย์ของคู่สมรสสูงอายุ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะ
 ของตนเอง และ ส่งผลต่อสุขภาวะของคู่สมรส โดยเจตคติของทั้งสองฝ่ายมีความแปรปรวนร่วมกัน
 และมีอิทธิพลต่อกันในลักษณะทวิสัมพันธ์ เช่นเดียวกับสุขภาวะของทั้งสองฝ่ายที่มีความแปรปรวน
 ร่วมกัน และมีอิทธิพลต่อกันในลักษณะทวิสัมพันธ์ด้วย

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Momtaz และ คณะ (2013) มีงานวิจัยในผู้ป่วยโรคมะเร็งและ
 ญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส โดย Kim และ คณะ (2011) พบว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual
 well-being) ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ต่างส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและ
 สุขภาพจิตของตนเองและอีกฝ่ายในลักษณะทวิสัมพันธ์ ซึ่งการส่งผลทางบวก หมายความว่า เมื่อสุข
 ภาวะทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างมีระดับสูงขึ้น สุขภาพกายและสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างจะมี
 ระดับสูงขึ้นตามไปด้วย ส่วนการส่งผลทางบวกในเชิงทวิสัมพันธ์ หมายความว่า เมื่อสุขภาวะทางจิต
 วิญญาณของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดมีระดับสูงขึ้น จะส่งผลให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตของอีกฝ่ายมีระดับสูง
 ขึ้นตามไปด้วย โดยสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและ
 สุขภาพจิตของตนเอง (actor effect) พร้อมทั้งยังส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายของญาติผู้ดูแลด้วย
 (partner effect) ส่วนสุขภาวะทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

พบว่าส่งผลทางบวกต่อสุขภาพจิตของตนเอง (actor effect) และ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (รูปภาพที่ 7)

ที่ 7 แสดงเส้นอิทธิพลของสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่มีต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง รวมถึงส่งผลต่อสุขภาพกายของญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส นอกจากนี้ยังแสดงเส้นอิทธิพลของสุขภาวะทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของตนเองและสุขภาพกายของผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วย

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาผลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อการรายงานภาวะสุขภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแล โดย Kelley และ คณะ (2019) พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแล ส่งผลต่อการรายงานสุขภาพของทั้งสองฝ่าย และการรายงานสุขภาพของทั้งคู่ยังส่งผลถึงกันและกันในลักษณะทวิสัมพันธ์ หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง 1 ปี โดยนักวิจัยพบว่า ในระยะ 5 เดือนแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งนั้น การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์



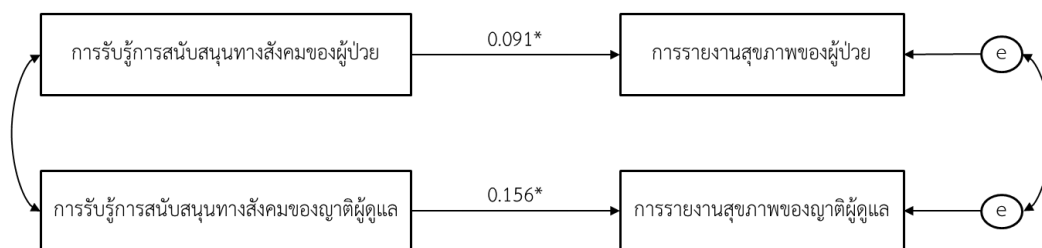
ภาพที่ 7 โมเดลอิทธิพลของสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่มีต่อสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

หมายเหตุ. Kim และ คณะ (2011), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

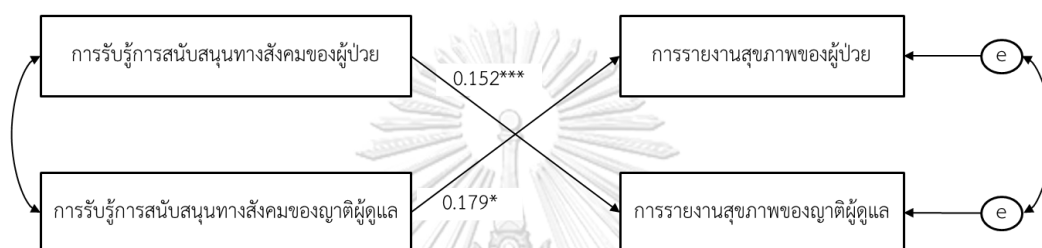
กัน เช่นเดียวกับการรายงานสุขภาพของทั้งคู่ที่ต่างก็มีความสัมพันธ์กัน ส่วนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของทั้งสองฝ่าย พบว่ามีการส่งผลทางบวกต่อการรายงานสุขภาพของตนเองเท่านั้น (actor effect only) ต่อมา เมื่อเวลาผ่านไป 1 ปี นักวิจัยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ต่างส่งผลทางบวกต่อการรายงานสุขภาพของอีกฝ่ายในลักษณะไขว้เท่านั้น (partner effect only) โดยไม่มีการส่งผลต่อการรายงานสุขภาพของตนเอง (รูปภาพที่ 8)

รูปภาพที่ 8 แสดงเส้นอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ที่ส่งผลต่อการรายงานสุขภาพของตนเอง (actor effect) หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเป็นระยะเวลา 5 เดือน และ แสดงเส้นอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ที่ส่งผลต่อการรายงานสุขภาพของอีกฝ่าย (partner effect) หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเป็นระยะเวลา 12 เดือน อีกทั้งยังแสดงให้เห็นว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กัน เช่นเดียวกับสุขภาพของทั้งสองฝ่ายที่ต่างมีความสัมพันธ์กัน และมีตัวแปรที่มีความแปรปรวนร่วมแต่ไม่ใช่ตัวแปรสาเหตุ ส่งผลต่อการรายงานสุขภาพด้วย (e)

ช่วง 5 เดือน หลังการวินิจฉัย



ช่วง 12 เดือน หลังการวินิจฉัย



หมายเหตุ: Kelley และ คณะ (2019), *** $p < .001$, * $p < .05$

ภาพที่ 8 โมเดลอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่อการรายงานสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล

7. งานวิจัยเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนของงานวิจัยเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะเชิงจิตสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ยังไม่พบการศึกษาประเด็นนี้มาก่อน พบเพียงการศึกษาการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการรายงานสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลในเชิงจิตสังคม (Kelly et al., 2019) เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในเชิงจิตสังคม ก็ยังไม่พบการศึกษาในประเด็นนี้มาก่อน อย่างไรก็ตาม ยังพบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะในผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลในเชิงจิตสังคม (Hou et al., 2017; 2019) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

งานวิจัยเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเชิงทวิสัมพันธ์ในขอบเขตผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล พบเพียง 1 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยเรื่อง Dyadic associations between perceived social support and cancer patient and caregiver health: An actor-partner interdependence modeling approach โดย Kelley และ คณะ (2019) ได้ทำการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการรายงานสุขภาพ (health report) ระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ส่วนปลายเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด และ ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ระยะ โดยระยะแรก ทำการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งได้ 5 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (colorectal cancer) กับ ญาติผู้ดูแล จำนวน 222 คู่ และ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด (lung cancer) กับ ญาติผู้ดูแล จำนวน 218 คู่ ส่วนระยะที่ 2 ทำการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งได้ 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (colorectal cancer) กับ ญาติผู้ดูแล จำนวน 290 คู่ และ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด (lung cancer) กับญาติผู้ดูแล จำนวน 198 คู่ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นชาวสหรัฐฯ ที่มีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลในระยะแรกและระยะที่ 2 เป็นกลุ่มตัวอย่างคนละกลุ่มกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญในงานวิจัยของ Kelley และ คณะ ได้แก่ มาตรการสนับสนุนทางสังคมและมาตรการวัดการรายงานสุขภาพ ในส่วนของมาตรการสนับสนุนทางสังคม นักวิจัยใช้มาตรการสนับสนุนทางสังคม Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) (Sherbourne & Stewart, 1991) ในการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยชุดข้อวัด (multi-item scale) จำนวน 16 ข้อ โดยข้อแรกให้ผู้ตอบระบุจำนวนเพื่อนและญาติสนิท ส่วนข้อ 2-16 ประกอบด้วยข้อวัดการสนับสนุนทางสังคมตามโครงสร้างแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม แบบ received social support จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม (tangible social support), การสนับสนุนด้านอารมณ์, การสนับสนุนด้านปฏิสัมพันธ์ด้านสังคม และ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ระดับการวัดเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ (1=ไม่มีเลยสักครั้ง, 5=ตลอดเวลา) คะแนนต่ำสุด=15 (ตอบ 1 ทุกข้อ) คะแนนสูงสุด=75 (ตอบ 5 ทุกข้อ) ในส่วนของมาตรการรายงานสุขภาพ ผู้วิจัยใช้มาตรวัด Self-report health ใน

การวัดระดับการรายงานสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล มีลักษณะเป็นข้อวัดเดี่ยว (single-item scale) ได้แก่ข้อคำถาม “In general, how would you say your health is now?” (ปกติแล้ว สุขภาพของท่านตอนนี้เรียกว่าเป็นอย่างไร?) มาตรฐานนี้มีระดับการวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ (1=แย่, 5=ดีเยี่ยม) อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Kelley และ คณะ ฉบับนี้ ไม่มีการกล่าวถึงคุณภาพของมาตรวัดแต่อย่างใด

สถิติที่ใช้ในการศึกษาของ Kelley และ คณะ ได้แก่ สถิติโมเดลเชิงเส้นเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression models) และ โมเดลเชิงวิสัมพันธ์ (Actor-Partner Interdependence Model: APIM) ผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและญาติผู้ดูแลในระยะ 5 เดือนแรกหลังการวินิจฉัยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลทางบวกต่อการรายงานสุขภาพของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ในลักษณะการส่งผลต่อตนเองเท่านั้น (actor-effects) ($\beta=0.113, p<.01$ และ $\beta=0.185, p<.01$ ตามลำดับ) โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=10.93, p=.62, RMSEA=0.01 [CI, 0.0-0.06], CFI=1.0, TLI=1.0$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรายงานสุขภาพในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้ ร้อยละ 5 และ ร้อยละ 15 ตามลำดับ ส่วนผลการศึกษาในระยะหลังการวินิจฉัย 12 เดือน พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลทางบวกต่อการรายงานสุขภาพของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ในลักษณะการส่งผลต่อตนเองเท่านั้น (actor-effects) ($\beta=0.152, p<.001$ และ $\beta=0.249, p<.01$ ตามลำดับ) โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=21.78, p=.84, RMSEA=0.03 [CI, 0.0-0.06], CFI=0.93, TLI=0.95$) และสามารถทำนายความแปรปรวนของการรายงานตนเองในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 4 และ ร้อยละ 15 ตามลำดับ

ส่วนผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด ระยะ 5 เดือนแรกหลังการวินิจฉัย พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลทางบวกต่อการรายงานสุขภาพของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ในลักษณะการส่งผลต่อตนเองเท่านั้น (actor-effects) ($\beta=0.091, p<.05$ และ $\beta=0.156, p<.05$ ตามลำดับ) โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=20.67, p=.11, RMSEA=0.047 [CI, 0.00-0.09], CFI=0.890, TLI=0.914$) และสามารถทำนายความแปรปรวนของการรายงานตนเองในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 4 และ ร้อยละ 22 ส่วนผลการศึกษาในระยะหลังการวินิจฉัย 12 เดือน พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งผลทางบวกต่อการรายงานสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ

ผู้ดูแลในลักษณะไขว้ (partner effects) หมายความว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ส่งผลทางบวกต่อการรายงานสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($\beta=0.152, p<.001$) และ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ส่งผลทางบวกต่อการรายงานสุขภาพของผู้ป่วย ($\beta=0.179, p<.05$) โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=26.01, p=.10, RMSEA=0.047$ [CI, 0.00850.085], CFI=0.904, TLI=0.930) และอธิบายความแปรปรวนของการรายงานสุขภาพในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 10 และ ร้อยละ 23 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อการรายงานสุขภาพของทั้งสองฝ่ายในลักษณะการส่งผลต่อตนเอง (actor-effects) โดยนักวิจัยอภิปรายถึงสาเหตุที่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการรายงานสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแล ในลักษณะไขว้ (partner-effects) เฉพาะระยะหลังวินิจฉัย 12 เดือน แต่ไม่ส่งผลลักษณะเดียวกันในช่วงระยะหลังวินิจฉัย 5 เดือน รวมถึงไม่ส่งผลลักษณะเดียวกันในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและญาติผู้ดูแล เป็นเพราะความแตกต่างของเส้นวิถีโค้ง หรือ trajectory ระหว่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย กับ โรคมะเร็งปอด โดยโรคมะเร็งปอดจะมีความรุนแรงของโรคสูงกว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย เมื่อเวลาผ่านไปนานกว่า (รูปภาพที่ 8)

ข้อจำกัดในการศึกษาของ Kelley และ คณะ ในครั้งนี้ คือ ข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 5 เดือนหลังการวินิจฉัย และ ข้อมูลที่เก็บจากกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 12 เดือนหลังการวินิจฉัย ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน เนื่องจากเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง นักวิจัยจึงไม่ได้ทำการติดตามเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเดิม ผลการศึกษาจึงไม่สามารถอ้างอิงถึงพัฒนาการของตัวแปรในลักษณะผลการศึกษาระยะยาวได้ นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดในด้านมาตรวัด กล่าวคือ ไม่มีการทดสอบคุณภาพมาตรวัด MOS-SSS ซึ่งเป็นมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคม จึงไม่สามารถระบุคุณภาพการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมได้ตามโครงสร้างแนวคิดที่ประกอบด้วย การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว และคนพิเศษดังที่ได้กล่าวมาในข้างต้น อีกทั้งมาตรวัดการรายงานสุขภาพ ซึ่งเป็นมาตรวัดแบบข้อวัดเดียว (single item measurement) จึงไม่สามารถวัดสุขภาพในมิติอื่นได้ ช่องว่างจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องในด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในอดีต คือ ยังไม่พบการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในเชิงวิวัฒนาการมาก่อน ไม่ว่าจะ เป็นในต่างประเทศหรือในประเทศไทย

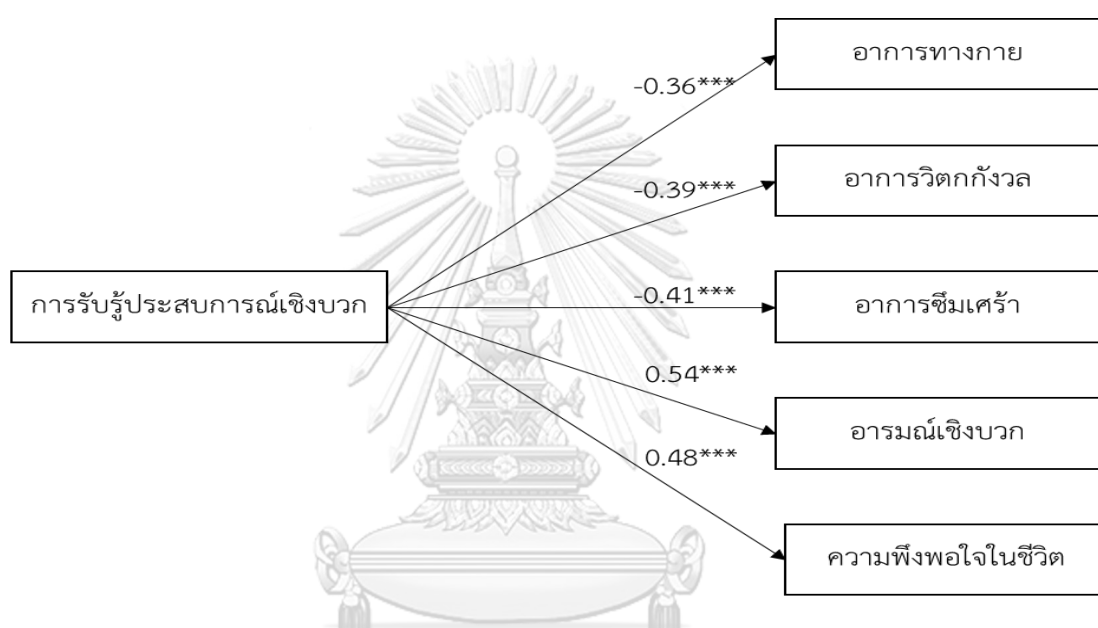
งานวิจัยเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะในผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลที่ผ่านมาในอดีตมีจำนวนน้อยมาก ทั้งยังไม่พบว่ามีการศึกษาในบริบทของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ รวมถึงยังไม่พบว่ามีการศึกษาการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในประเทศไทยมาก่อน อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาวิจัยการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในบริบทของผู้ป่วยโรคมะเร็งในต่างประเทศ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

Hou และ คณะ (2017) ได้ทำงานวิจัยภาคตัดขวาง (cross sectional research) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก กับ อาการทางกาย ความทุกข์ทางจิต (psychological distress) และ สุขภาวะทางจิต (psychological well – being) ในผู้ป่วยมะเร็งชาวฮ่องกง อายุระหว่าง 24 ถึง 90 ปี จำนวน 236 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1. มาตรฐานวัด Chinese version of Memorial Symptom Assessment Scale ใช้วัดอาการทางร่างกายของผู้ป่วยภายใน 1 สัปดาห์ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเมื่อวัดกับกลุ่มทดสอบ (pilot group) $\alpha=0.91$ 2. มาตรฐานวัด Savoring Beliefs Inventory (SBI) ฉบับภาษาอังกฤษตั้ง ใช้วัดระดับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเมื่อวัดกับกลุ่มทดสอบ (pilot group) $\alpha=0.80$ 3. มาตรฐานวัด The 14-item Chinese Hospital Anxiety and Depression Scale ใช้วัดระดับความทุกข์ทางจิต ประกอบด้วย อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเมื่อวัดกับกลุ่มทดสอบ (pilot group) $\alpha=0.80$ และ $\alpha=0.73$ ตามลำดับ 4. Chinese Affect Scale (CAS-PA) ใช้วัดสุขภาวะด้านอารมณ์เชิงบวก (positive affect) มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเมื่อวัดกับกลุ่มทดสอบ (pilot group) $\alpha=0.88$ และ มาตรฐานวัด Satisfaction with Life Scale (SWLS) ใช้วัดสุขภาวะด้านความพึงพอใจและการเติมเต็มชีวิต (life satisfaction and fulfillment in current state) มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเมื่อวัดกับกลุ่มทดสอบ (pilot group) $\alpha=0.63$

การศึกษานี้ ใช้สถิติโมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM) ในการทดสอบความสอดคล้องกันของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการศึกษาพบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เหมาะสมพอดี ($\chi^2=56.10, p=.09$; CFI=0.98; TLI=0.97;

RMSEA=0.03; SRMR=0.04) การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการทางกาย ($\beta=-0.37, p<.0001$), อาการวิตกกังวล ($\beta=-0.39, p<.0001$) และ อาการซึมเศร้า ($\beta=-0.41, p<.0001$) หากแต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะ ทั้งในด้านอารมณ์เชิงบวก ($\beta=0.54, p<.0001$) และ ความพึงพอใจในชีวิต ($\beta=0.48, p<.0001$) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดสุขภาวะเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งยังช่วยลดอาการทางกาย อาการวิตกกังวล ซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งได้ (รูปภาพที่ 9)



ภาพที่ 9 โมเดลอิทธิพลของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกต่ออาการทางกาย ความทุกข์ทางจิต และ สุขภาวะทางจิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

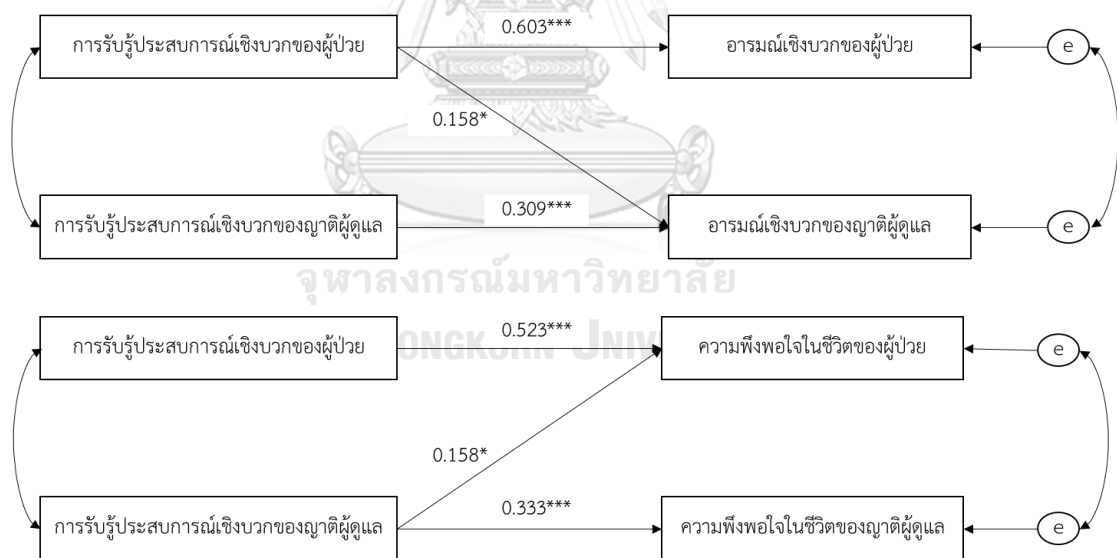
หมายเหตุ: Hou และ คณะ (2017), *** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$

รูปภาพที่ 9 แสดงเส้นอิทธิพลของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกต่ออาการทางกาย, ความทุกข์ทางจิต และสุขภาวะทางจิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยพบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีอิทธิพลทางลบต่ออาการทางกาย และสุขภาวะทางจิต (อารมณ์เชิงบวกและความพึงพอใจในชีวิต) แต่มีอิทธิพลทางลบต่อความทุกข์ทางจิต (อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า)

ต่อมา Hou และ คณะ (2019) ได้ทำการวิจัยภาคตัดขวางต่อจากงานวิจัยในปี 2017 ชื่อเรื่อง Savouring and psychological well-being in family dyads coping with cancer: An actor-partner interdependence model ซึ่งทำการศึกษาผลของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (savoring) ที่มีต่อสุขภาวะทางจิต (psychological well-being) ของผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งในเชิงทวิสัมพันธ์ (dyadic) นำเสนอผลการศึกษาด้วยโมเดลเชิงทวิสัมพันธ์ (Actor-Partner Interdependence Model: APIM) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับอารมณ์เชิงบวก (positive affect) คือ สุขภาวะของผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลในเชิงทวิสัมพันธ์ โดยวิธีการสำรวจภาคตัดขวาง (cross sectional methodology) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลชาวฮ่องกง จำนวน 204 ราย (152 คู่) นักวิจัยกำหนดตัวแปรต้น ได้แก่ ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบันขณะ และตัวแปรตาม ได้แก่ สุขภาวะทางจิต ประกอบด้วยอารมณ์เชิงบวกและความพึงพอใจในชีวิต เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร ประกอบด้วย 1. มาตรวัด The Savoring Beliefs Inventory (SBI) ทดสอบค่าความเที่ยงในกลุ่มทดสอบ (pilot group) พบว่ามีค่าความเที่ยง $\alpha=0.78$ และ $\alpha=0.81$ ในผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลตามลำดับ 2. มาตรวัด The 6-item positive affect subscale of Chinses Affect Scales (CAS-PA) ทดสอบค่าความเที่ยงในกลุ่มทดสอบ (pilot group) พบว่ามีค่าความเที่ยง $\alpha=0.87$ และ $\alpha=0.86$ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลตามลำดับ 3. มาตรวัด Satisfaction With Life Scale (SWLS) ทดสอบค่าความเที่ยงในกลุ่มทดสอบ (pilot group) พบว่ามีค่าความเที่ยง $\alpha=0.61$ และ $\alpha= 0.71$ ในผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแลตามลำดับ งานวิจัยนี้วิเคราะห์ผลการศึกษาด้วยสถิติ Structural Equation Model (SEM) ผลการศึกษาพบว่า โมเดลมีความสอดคล้องในระดับ perfect fit โมเดลอิ่มตัว (The Model is Saturated) คือ มีค่าองศาอิสระ = 0 ($df=0$), ค่า comparative fit index = 1.000 (CFI=1.000), ค่า Tucker-Lewis Index = 1.000 (TLI 1) และ ค่า Root Mean Square error of Approximation = 0 (RMSEA=0) แสดงให้เห็นว่าโมเดลทฤษฎีหรือโมเดลตามการศึกษานี้ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างสมบูรณ์แบบ (perfect fit) (Kenny, 2011) แต่ถึงแม้โมเดลจะมีความสัมพันธ์กับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างสมบูรณ์แบบ แต่งานวิจัยฉบับนี้ยังมีข้อด้อย คือ งานวิจัยนี้มีปัญหาโมเดลอิ่มตัว ค่าองศาอิสระเป็น 0 ทำให้ไม่สามารถคำนวณค่าวิกฤติไค-สแควร์ได้ ส่งผลให้ไม่สามารถคำนวณค่าสารรูปสนิทธิ หรือ ค่า Goodness Fit Index ได้ ดังนั้น นักวิจัยควรปรับโมเดลโดยคืนค่าองศาอิสระด้วยวิธีการกำหนดค่าพารามิเตอร์ให้เป็นค่าคงที่ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2562; พูลพงศ์ สุขสว่าง, 2014; Hair et al., 2010; Kenny, 2011) อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ สุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแล ได้แก่ 1.การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบันขณะของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอารมณ์เชิงบวกของและความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง (actor effect;

$\beta=0.603$, $\beta=0.523$, $p<.001$ ตามลำดับ) ทั้งยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอารมณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแล (partner effect; $\beta=.518$, $p<.05$) รวมถึงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบันขณะของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอารมณ์เชิงบวกและความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง (actor effect; $\beta=0.309$, $\beta=0.333$, $p<.001$) อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (partner effect; $\beta = 0.158$, $p<.05$) 2. ผู้ป่วยที่เคยผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนอารมณ์เชิงบวกสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยผ่าตัด ($z=-3.01$, $p<.01$) และ ญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่เคยผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตสูงกว่าญาติผู้ดูแล ที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่เคยผ่าตัดเช่นกัน ($z = -1.86$, $p<.1$) 3. ญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่ครองกับผู้ป่วย (spouses) มีค่าเฉลี่ยคะแนนอารมณ์เชิงบวกต่ำกว่าญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้เป็นคู่ครองกับผู้ป่วย ($z=-2.54$, $p<.05$) ในการศึกษาครั้งนี้ นักวิจัยจัดให้ประวัติการผ่าตัดและการเป็นคู่ครองกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีความแปรปรวนร่วมและควบคุม (covariates) ไม่ให้ส่งผลต่อการแปรผลโมเดลเชิงทวิสัมพันธ์ เนื่องจากไม่ใช่ตัวแปรต้น แต่มีการส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามได้ (Rubin, 1977) (รูปภาพที่ 10)



ภาพที่ 10 โมเดลอิทธิพลของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลในลักษณะทวิสัมพันธ์

หมายเหตุ: Hou และคณะ(2019), *** $p<.001$, * $p<.05$

รูปภาพที่ 10 แสดงเส้นอิทธิพลของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล โดยการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของทั้งสองฝ่ายต่างก็ส่งผลต่อสุข

ภาวะทางจิตของตนเอง (actor effect) ที่ประกอบด้วย อารมณ์เชิงบวกและความพึงพอใจในชีวิต ส่วนในทางไขว้ พบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ส่งผลเชิงทวิสัมพันธ์ต่อสุขภาวะทางจิตของอีกฝ่ายเพียงบางด้าน โดยที่การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตด้านอารมณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเพียงด้านเดียว (partner effect) ส่วนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในญาติผู้ดูแล ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตในด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเพียงด้านเดียว (partner effect) เช่นกัน อีกทั้งยังแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กัน เช่นเดียวกับสุขภาวะของทั้งสองฝ่ายที่ประกอบด้วยอารมณ์เชิงบวกและความพึงพอใจในชีวิต ต่างมีความสัมพันธ์กัน และมีตัวแปรที่มีความแปรปรวนร่วมแต่ไม่ใช่ตัวแปรสาเหตุ (e) ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตด้วย

จากที่นำเสนอในข้างต้น สรุปได้ว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีเพียง 2 งานวิจัย ซึ่งนักวิจัยทำการศึกษารับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลในต่างประเทศทั้งหมด โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก กับ สุขภาวะ (ประกอบด้วยอารมณ์เชิงบวกและความพึงพอใจในชีวิต) และ ความทุกข์ทางจิต (ประกอบด้วยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และ มีการศึกษาเชิงทวิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ ที่มีอายุตั้งแต่ 21 ปี ขึ้นไป จำนวนตั้งแต่ 204-236 ราย โดยในจำนวนนี้ มีงานวิจัยเพียงชิ้นเดียวที่ทำการศึกษาโมเดลเชิงทวิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล ส่วนที่เหลือทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเท่านั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1. เครื่องมือประเมินการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ได้แก่ มาตรฐาน Savoring Belief Inventory (SBI) ฉบับแปลเป็นภาษาจีนกวางตุ้ง 2. เครื่องมือประเมินสุขภาวะ และ ความทุกข์ทางใจ ได้แก่ Chinese Affect Scale (CAS-PA), Satisfaction With Life Scale (SWLS) และ The 14-item Chinese Hospital Anxiety and Depression Scale ตามลำดับ ซึ่งมาตรฐานเกือบทั้งหมดถูกแปลเป็นภาษาจีนกวางตุ้ง ยกเว้นมาตรฐาน SWLS ที่ผู้วิจัยไม่ระบุว่าเป็นมาตรฐานภาษาใด ในด้านสถิติพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้สถิติโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model) ในการทดสอบยืนยันความสอดคล้องกันของโครงสร้างแนวคิดกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า โมเดลสมการโครงสร้างมีความสอดคล้องพอดี - สมบูรณ์แบบ แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกส่งผลต่อสุขภาวะและความทุกข์ทางใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยจริง โดยผลการทดสอบพบว่า

การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพ (Hou et al., 2017; 2019) และส่งผลทางลบต่อความทุกข์ทางจิต (Hou et al., 2017) ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง อีกทั้งในส่วนของการทดสอบโมเดลเชิงทวิสัมพันธ์ยังพบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก นอกจากจะส่งผลต่อตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยในลักษณะ actor effect แล้ว ยังส่งผลต่ออีกฝ่ายในลักษณะ partner effect อีกด้วย (Hou et al., 2019) อย่างไรก็ตาม ช่องว่างของการศึกษาที่เกี่ยวข้องพบว่า ที่ผ่านมายังไม่พบว่าการมีศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่มีต่อสุขภาพทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลในเชิงทวิสัมพันธ์มาก่อน ทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ

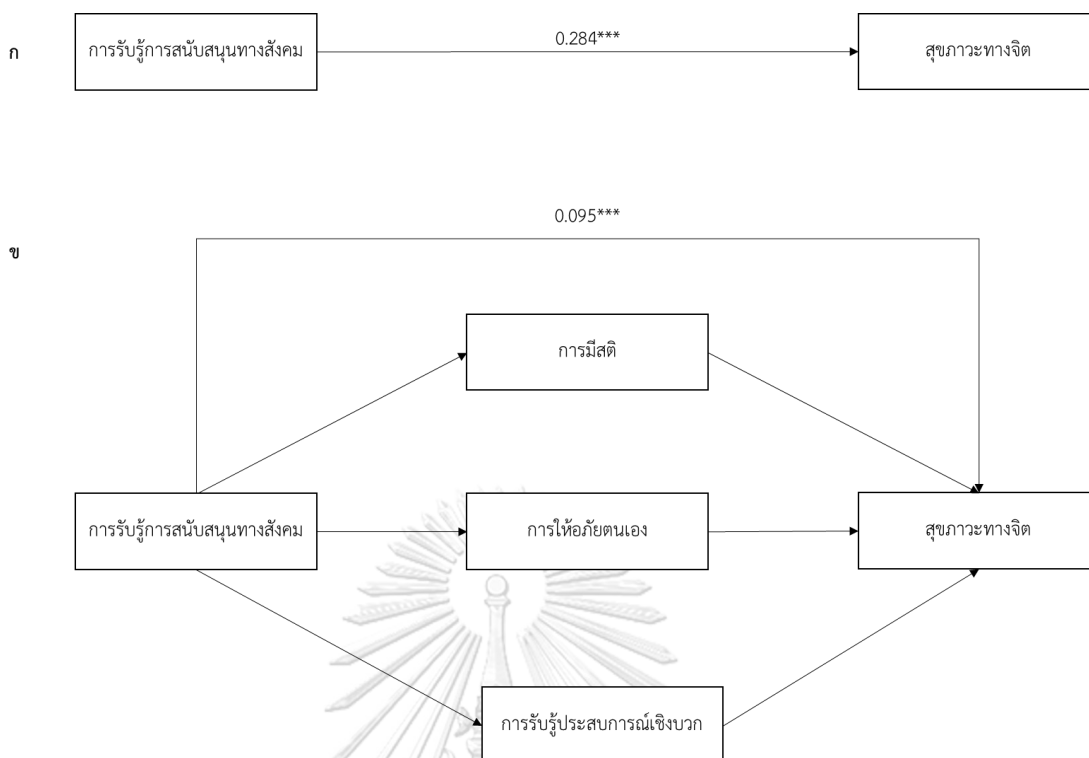
งานวิจัยเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพโดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในอดีต พบว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในฐานะที่เป็นตัวแปรส่งผ่านมีอยู่เป็นจำนวนน้อยมาก อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีงานวิจัยของ Wilson และ คณะ (2020) เรื่อง Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพ โดยมีการมีสติ (Mindfulness) การให้อภัยตนเอง (Self-compassion) และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (Savoring) เป็นตัวแปรส่งผ่าน ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอรายละเอียดงานวิจัยของ Wilson และ คณะ (2020) เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยฉบับนี้ คือ รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ดังนี้

Wilson และ คณะ (2020) ได้ทำงานวิจัยภาคตัดขวาง (cross sectional research) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพทางจิต (psychological well-being) โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาปริญญาตรีชาวอเมริกัน อายุเฉลี่ย 19 ปี จำนวน 228 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1. มาตรวัด Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ประกอบด้วยข้อวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว และบุคคลพิเศษ จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อวัด ใช้สำหรับวัดระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2. มาตรวัด Scale of Psychological

Well-Being (SPWB) ประกอบด้วยข้อวัดสุขภาวะทางจิต จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อวัด ใช้สำหรับวัดระดับสุขภาวะทางจิตในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3. มาตราวัด Savoring Beliefs Inventory (SBI) ประกอบด้วยข้อวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก จำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อวัด ใช้สำหรับวัดระดับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การศึกษานี้ ใช้สถิติถดถอย (Regression) ในการทดสอบความความสัมพันธ์และค่าอิทธิพลของตัวแปร ผลการศึกษาพบว่า 1. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการมีสติ (ร้อยละ 23.4), การให้อภัยตนเอง (ร้อยละ 28.1) และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ร้อยละ 44.5) ซึ่งทั้งหมดร่วมกันทำนายสุขภาวะทางจิตได้ ร้อยละ 81.5 ($p < .001$) 2. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิต โดยมีการมีสติ, การให้อภัยตนเอง และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านบางส่วน วิเคราะห์จากค่าอิทธิพลทางตรงของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางจิต ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก $b=0.284$ ($p < .0001$) เป็น $b=0.095$ ($p < .001$) เมื่อนำการมีสติ, การให้อภัยตนเอง และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเข้ามาอยู่ระหว่างความสัมพันธ์ของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางจิต 3. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิต ผ่านการมีสติ $b=0.031$ (95% CI [0.010, 0.060]), การให้อภัยตนเอง $b=0.040$ (95% CI [0.018, 0.072]) และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก $b=0.117$ (95% CI [0.079, 0.168]) (รูปภาพที่ 11)



ภาพที่ 11 โมเดลอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางจิต โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน
 หมายเหตุ: Wilson และ คณะ (2020), *** $p < .001$

รูปภาพที่ 11 แสดงอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางจิต โดยมีการมีสติ, การให้อภัยตนเอง และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน จากโมเดล ก แสดงเส้นทางอิทธิพลจากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ไปยังสุขภาวะทางจิต ($b=0.284$) และ โมเดล ข แสดงเส้นทางอิทธิพลจากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ไปยังสุขภาวะทางจิต โดยรวมตัวแปรการมีสติ, การให้อภัยตนเอง และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเข้ามาอยู่ระหว่างเส้นความสัมพันธ์ พบว่าค่าอิทธิพลทางตรงของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางจิต มีขนาดลดลง ($b=0.095$) แต่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการมีสติ, การให้อภัยตนเอง และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก เป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลบางส่วน (partial mediator) จากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ไปยังสุขภาวะทางจิต

ผลการวิจัยของ Wilson และ คณะ (2020) สอดคล้องกับที่ Freney และ Collins (2015a, 2015b) ได้อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมผ่านความสัมพันธ์ใกล้ชิดและบริบทที่เกี่ยวข้อง ไม่

เพียงแต่ช่วยให้บุคคลสามารถหลุดพ้นจากความยากลำบากเท่านั้น หากแต่ยังช่วยเปิดโอกาสให้บุคคลได้ก้าวไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีได้ ทั้งนี้ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมที่มีผู้มอบให้ จะเกิดผลลัพธ์เชิงบวกขึ้นภายในตนเอง เช่น มีอารมณ์เชิงบวก มีการประเมินตนเองและสถานการณ์เชิงบวก มีแรงจูงใจในการใช้ชีวิต รวมถึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีการตอบสนองทางกายที่ดีขึ้น เป็นต้น ซึ่งผลลัพธ์เชิงบวกดังที่กล่าวมาทั้งหมด นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีในที่สุด แสดงให้เห็นว่า ผลลัพธ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไปสู่สุขภาวะ โดยที่การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ถือเป็นตัวแปรหนึ่งที่เกิดผลลัพธ์เชิงบวก คือ ความสุขจากการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต ปัจจุบันและอนาคต (Bryant, 2003; Bryant & Veroff, 2012) ซึ่งน่าจะเป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลจากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไปยังสุขภาวะทางใจได้

จากการทบทวนวรรณกรรม และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบช่องว่างของการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในอดีต ทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ คือ ยังไม่เคยมีการศึกษาอิทธิพลหรือความสัมพันธ์ของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะทางใจ ทั้งในเชิงอิทธิพลส่งผ่าน และ ในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลมาก่อน หากแต่ผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศตั้งเสนอมานในข้างต้น พอจะสรุปได้ว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล น่าจะมีความสัมพันธ์กันโดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน และ ยังน่าจะมีความสัมพันธ์กันในเชิงทวิสัมพันธ์ หากแต่ยังขาดผลการศึกษาในตัวแปรและกลุ่มประชากรดังกล่าว ส่งผลให้ไม่มีผลการวิจัยที่นำไปสู่การผลิตโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาวะสำหรับประชากรกลุ่มนี้ได้ในอนาคต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน เพื่อให้เกิดความชัดเจนว่าตัวแปรเหล่านี้มีรูปแบบความสัมพันธ์ต่อกันอย่างไร (Baron & Kenny, 1986; Frazier et al., 2004; Holmbeck, 1997) และมีความสัมพันธ์กันในเชิงทวิสัมพันธ์ด้วยหรือไม่ หากใช่ จะมีความสัมพันธ์กันในลักษณะใด (Kenny et al., 2006)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

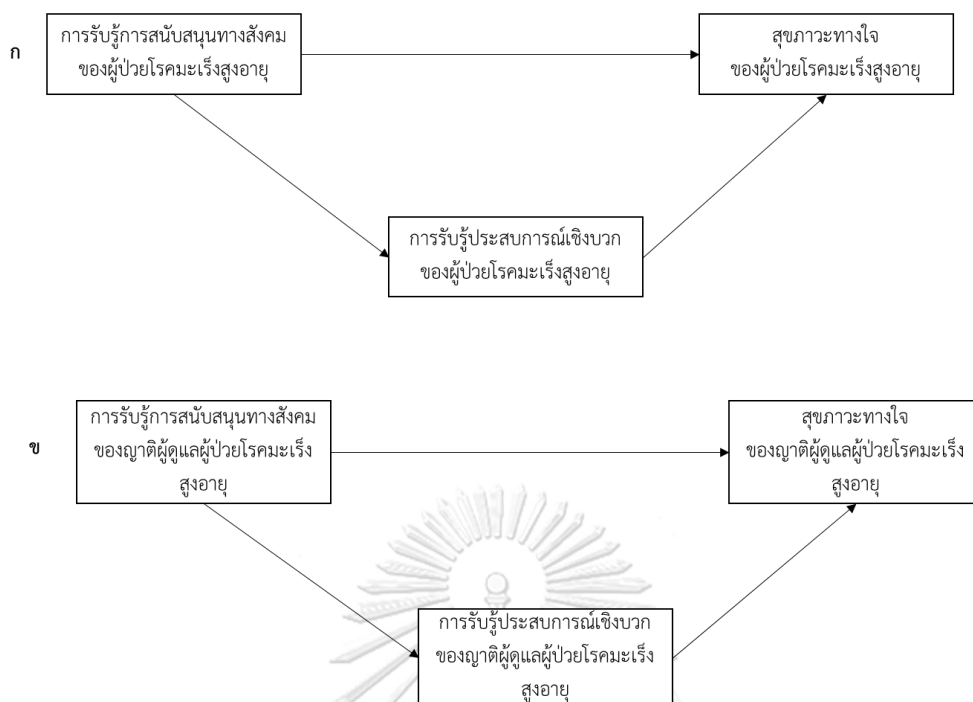
ผลจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์การส่งผ่าน (Mediation analysis) (Hair et al., 2010) และ การวิเคราะห์โมเดลเชิงทวิสัมพันธ์ (The Actor-Partner

Interdependence Model: APIM) (Kenny et al., 2006) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะทางใจ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล แบ่งกรอบแนวคิดในการวิจัยออกเป็น 2 กรอบแนวคิด ได้แก่

1. อิทธิพลของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม โดยมีตัวแปรส่งผ่าน ในที่นี้ คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (ตัวแปรต้น) มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจ (ตัวแปรตาม) ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน (รูปภาพที่ 12)

2. อิทธิพลของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม ในที่นี้ คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ตัวแปรต้น) กับ สุขภาวะทางใจ (ตัวแปรตาม) ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลส่งผลต่อตนเองและอีกฝ่ายในทางทวิสัมพันธ์ในลักษณะ actor-partner interdependence effects (รูปภาพที่ 13)

รูปภาพที่ 13 แสดงการส่งอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ที่ส่งผลต่อสุขภาวะตนเอง (actor-effect = เส้นอิทธิพล a1, a2, b1, b2) และอีกฝ่ายในลักษณะไขว้ (partner-effect = เส้นอิทธิพล c1, c2, d1, d2) รวมถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ในทางทวิสัมพันธ์ (interdependence effect) = เส้นอิทธิพล e1, e2, f1, f2)



ภาพที่ 12 กรอบแนวคิดในการวิจัย โมเดลที่ 1 แสดงอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแล โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน

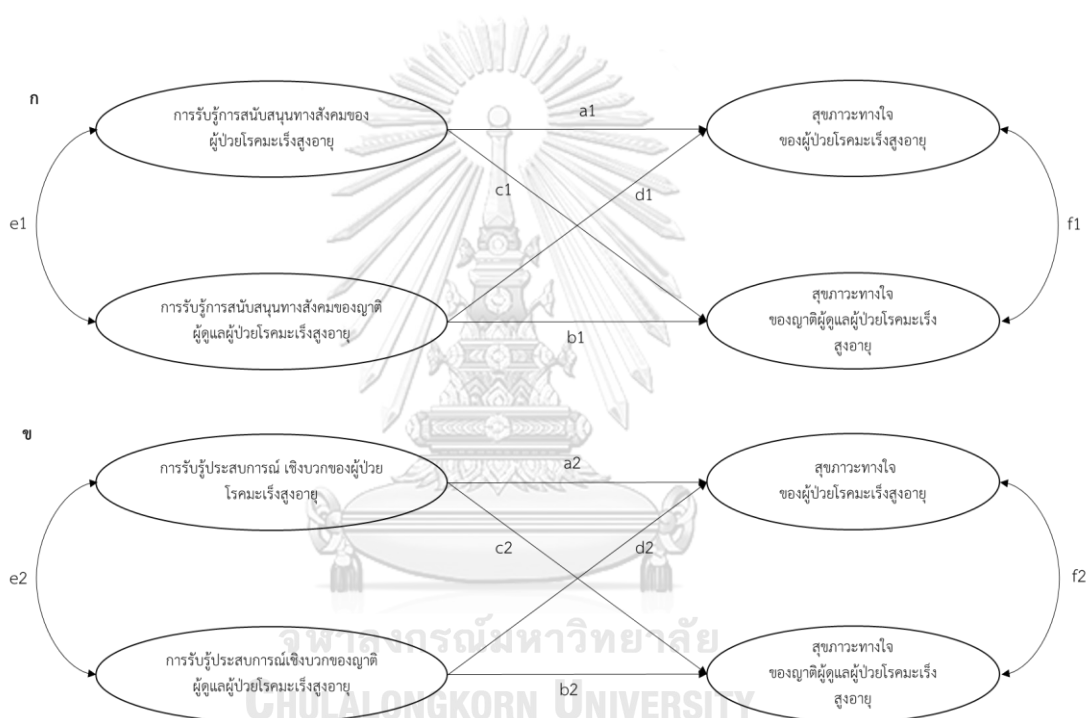
สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยสามารถจำแนกสมมติฐานได้ 2 ข้อ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน โดยสมมติฐานที่ 1 นี้ ผู้วิจัยได้อ้างอิงจากผลการศึกษาของ Wilson และ คณะ (2020) ที่พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตของนักศึกษาปริญญาตรีชาวอเมริกัน โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านบางส่วน

สมมติฐานที่ 2 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงอายุในทางตรง (actor effect = เส้นอิทธิพล a1, a2, b1, b2) ทางไขว้ (partner effect = เส้นอิทธิพล c1, c2, d1, d2) และ ทางทวิสัมพันธ์ (interdependence effect = เส้นอิทธิพล e1, e2, f1, f2) โดยสมมติฐานที่ 2

นี้ ผู้วิจัยได้อ้างอิงจากแนวคิดโมเดลเชิงทวิสัมพันธ์ ของ Kenney และ คณະ (2006) ร่วมกับผล การศึกษาของ Kelley และ คณະ (2019) ที่พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งและ ญาติผู้ดูแล ต่างส่งผลทางบวกต่อการรายงานสุขภาพของตนเอง และ อีกฝ่ายในเชิงทวิสัมพันธ์ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังอ้างอิงจากผลการศึกษาของ Hou และ คณະ (2017) ที่พบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ส่งผลทางบวกโดยตรงต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่ง Hou และ คณະ (2019) ยังพบว่า การรับรู้ ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแล นอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพของตนเองแล้ว ยัง ส่งผลต่อสุขภาพของอีกฝ่ายในทางไขว้และในทางทวิสัมพันธ์ด้วย



ภาพที่ 13 กรอบแนวคิดในการวิจัย โมเดลที่ 2 แสดงอิทธิพลของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตามทั้ง ทางตรง (actor effect) ทางไขว้ (partner effect) และ ทางทวิสัมพันธ์ ในลักษณะ actor-partner interdependence effect

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก เป็นตัวแปรส่งผ่าน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ที่มีต่อสุขภาพทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในทางตรง ทางไขว้ และ ทางทวิสัมพันธ์

ขอบเขตในการวิจัย

ขอบเขตของงานวิจัยนี้ คือ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแล โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน และ การศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ที่มีต่อสุขภาพทางใจของตนเองและอีกฝ่าย ทั้งทางตรง ทางไขว้ และ ทางทวิสัมพันธ์ โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

1. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้และการประเมินเชิงอัตวิสัยของบุคคลที่มีต่อคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน, การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษในชีวิตของตนเอง (Zimet et al., 1988) สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง ค่าคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลที่ใช้บริการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่วัดได้จากแบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: r-T-MSPSS) ที่พัฒนาขึ้นโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) วิธีการให้คะแนน คือ ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ

2. การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก หมายถึง วิธีการจัดการอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลที่ให้ความสนใจกับประสบการณ์เชิงบวกอย่างมีสติและซึมซับประสบการณ์เชิงบวกซึ่งก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกนั้นไว้ได้ ซึ่งหากบุคคลจดจำซึมซับได้จะช่วยให้ความสุขนั้นคงอยู่กับตัวบุคคล เมื่อระลึกถึงประสบการณ์เชิงบวกนั้น จะช่วยให้บุคคลเพิ่มพูนความสุขให้แก่ตนเองได้ การรับรู้

ประสบการณ์เชิงบวก แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต, การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต (Bryant & Veroff, 2007; Bryant, 2003) สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง ค่าคะแนนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลที่ใช้บริการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่วัดได้จากมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ฉบับภาษาไทย) (Savoring Beliefs Inventory-Thai version) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการแปลจากมาตรวัด The Savoring Beliefs Inventory โดย Bryant (2003) วิธีการให้คะแนน คือ ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูง ค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกต่ำ

3. สุขภาวะทางใจ หมายถึง การที่บุคคลมีอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวก ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยอารมณ์ความรู้สึก ดังนี้ (1) มีความเบิกบาน อารมณ์ดี (2) มีความรู้สึกที่ชีวิตประจำวันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ (3) มีความรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า และรู้สึกว่าได้พักผ่อนเพียงพอ (4) รู้สึกกระฉับกระเฉงและมีพลัง (5) รู้สึกสงบและผ่อนคลายอารมณ์ (World Health Organization, 2019) สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง ค่าคะแนนสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลที่ใช้บริการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่วัดได้จากมาตรวัดดัชนีชี้วัดสุขภาวะขององค์การอนามัยโลก (ฉบับปีพ.ศ.2541) โดย องค์การอนามัยโลก (WHO Collaborating Center of Mental Health, 2019b) การให้คะแนน คือ ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีสุขภาวะทางใจสูง ค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีสุขภาวะทางใจต่ำ

4. ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) ที่ใช้บริการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทั้งคลินิกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน

5. ญาติ หมายถึง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุ ที่ใช้บริการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทั้งคลินิกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลการศึกษาที่ได้ ไปใช้ในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแล ต่อไป

2. ได้มีข้อมูลในการสร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแล
สวัสดิการเชิงสุขภาพในผู้สูงอายุ เพื่อให้จัดทำมาตรการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน ในผู้ป่วยมะเร็ง
สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุทั่วไป ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ
บริบทที่เกี่ยวข้อง ต่อไป



บทที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ร่วมกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ที่มีต่อ สุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ในเชิงทวิสัมพันธ์ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย รวมถึงขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแล ทั้งเพศชาย เพศหญิง และเพศทางเลือก

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ทั้งเพศชาย เพศหญิง และเพศทางเลือก (โดยไม่กำหนดสัดส่วนเพศและอายุ) ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 120 ราย และ ญาติผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป จำนวน 120 ราย รวมทั้งสิ้น 120 คู่ ที่มาใช้บริการหอผู้ป่วยในและคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็น **ผู้ป่วย** ประกอบด้วยเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง โดยไม่จำกัดประเภทและระยะของโรค
2. เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทั้งในคลินิกผู้ป่วยนอก และ หอผู้ป่วยใน
3. เป็นผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) หรือ โรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่อยู่ในระหว่างการรักษา

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็น **ญาติผู้ดูแล** ประกอบด้วยเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุ เช่น บุตรหลาน บิดามารดา พี่น้อง หรือ คู่สมรส ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป

2. ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุ

3. เป็นผู้ที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ

5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) หรือ โรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่อยู่ในระหว่างการรักษา

วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับการกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาวิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิเคราะห์โมเดลตัวแปรส่งผ่าน ตามคำแนะนำของ Baron และ Kenny (1986) และ Frazier และ คณะ (2004) ร่วมกับการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในโมเดลเชิงทวิสัมพันธ์ตามที่ Kenny และ คณะ (2006) แต่เนื่องจากการศึกษาโมเดลเชิงทวิสัมพันธ์ มีความซับซ้อนกว่าการศึกษาโมเดลตัวแปรส่งผ่าน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีคำนวณขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างสำหรับโมเดลเชิง

ทวิสัมพันธ์ โดยใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบ Dyadic independence model และ Distinguishable members model ตามคำแนะนำของ Kenny และ คณะ (2006) ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ จำนวน 120 ราย และ ญาติผู้ดูแล จำนวน 120 ราย รวมทั้งสิ้น 240 ราย หรือ 120 คู่ ได้ขนาดอิทธิพล actor effects power=0.999, $p<.05$, $r=0.295$ และ ขนาดอิทธิพล partner effect power=0.891, $p<.05$, $r=0.225$ (Ackerman, 2016)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling Method) โดยติดต่อคลินิกและหอผู้ป่วยต่างๆเพื่อขอข้อมูลเฉพาะจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีนัดหมายเข้าใช้บริการในแต่ละวัน จากนั้นจึงทำการสุ่มตัวอย่างจากเลขลำดับนัดหมาย โดยไม่ทราบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เมื่อสุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว จึงประสานงานให้หัวหน้าคลินิก ผู้ป่วยนอกและหัวหน้าหอผู้ป่วยใน ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล หากได้รับ อนุญาต นักวิจัยจะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจนกว่าได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้คำนวณไว้ข้างต้น คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ จำนวน 120 ราย และ ญาติผู้ดูแล จำนวน 120 ราย รวม 240 ราย หรือ 120 คู่ การนี้ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุต้องลงนามในเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ด้วย หากไม่ได้รับความยินยอม ผู้วิจัยจะกล่าวขอขอบคุณ และ ขอตัวกลับ

การตอบแบบสำรวจ แบ่งออกเป็น 2 แบบ ได้แก่ (1) ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสำรวจข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งไม่สะดวกอ่านหนังสือเอง (2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อ่านแบบสำรวจข้อมูลด้วยตนเอง โดยส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ดูแลที่อ่านเฉพาะแบบสำรวจข้อมูลของตนเอง มีเป็นจำนวนน้อยที่อ่านแบบสำรวจให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยไม่ได้บันทึกจำนวนกลุ่มตัวอย่างแยกตามประเภทวิธีการตอบแบบสำรวจข้อมูล เนื่องจากในการทบทวนวรรณกรรมไม่มีการศึกษาความแตกต่างของผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่มาจากการตอบแบบสำรวจที่แตกต่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแบบสำรวจข้อมูลทั่วไป มาตรฐานสุขภาวะทางใจ มาตรฐานการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ มาตรฐานการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก โดยแบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป

1.1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ประกอบด้วย อายุ, เพศ, อาชีพ, รายได้ชนิดของโรคมะเร็ง, ระยะของโรค, ระยะเวลานับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งจนกระทั่งถึงช่วงเวลาที่ต้องแบบสอบถาม, ประเภทของการรักษา (เช่น ผ่าตัด, รัยยาเคมีบำบัด หรือ ฉายรังสี), โรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคมะเร็ง และ ลักษณะความสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล

1.2 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย อายุ, เพศ, อาชีพ, รายได้, จำนวนโรคประจำตัว, จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับติดต่อกันต่อคืน, จำนวนวันที่ได้ทำกิจกรรมทางกายต่อสัปดาห์, ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ชนิดของโรคมะเร็งในผู้ป่วยที่ต้องดูแล, ระยะของโรคมะเร็งในผู้ป่วยที่ต้องดูแล, ประเภทของการรักษาในผู้ป่วยที่ต้องดูแล และ ระยะเวลาที่ทำการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 มาตรฐาน

ผู้วิจัยใช้มาตรฐานจำนวนทั้งสิ้น 3 มาตรฐาน ได้แก่

1. มาตรฐานสุขภาวะทางใจขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย ได้แก่ ดรรชนีชี้วัดสุขภาวะขององค์การอนามัยโลก (ฉบับปีพ.ศ.2541) (WHO Collaborating Center of Mental Health, 2019b),
2. มาตรฐาน แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (A Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MAPSS) โดย Wongpakaran & Wongpakaran (2012) และ
3. มาตรฐานการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ฉบับภาษาไทย) ผ่านกระบวนการแปลมาตรฐานข้ามวัฒนธรรม หรือ Back-Translation for cross-cultural research (Brislin, 1970);

World Health Organization, 2020) โดยพัฒนาจากมาตรวัด The Savoring Beliefs Inventory (SBI) โดย Bryant (2003)

ทั้ง 3 มาตรวัด มีจำนวนข้อวัดทั้งสิ้นจำนวน 41 ข้อ ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกที่จะไม่ทำการพัฒนาข้อวัดเพิ่มเติมจากมาตรวัดต้นฉบับ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ที่ประสบปัญหาความเสื่อมของร่างกายและจิตใจตามวัยร่วมกับการป่วยเป็นโรคมะเร็ง ส่งผลให้มีความเปราะบางสูง (Breitbart et al., 2010; Butkutė & Perminas, 2005; Hsu et al., 2019; Kehoe et al., 2019; Wang et al., 2019) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

มาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

สำหรับมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ขออนุญาต และ ได้รับอนุญาตให้ใช้มาตรวัด แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย)(A Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS) โดย Wongpakaran & Wongpakaran (2012) (ภาคผนวก ก2) มาตรวัดนี้ประกอบด้วยชุดข้อวัดประเมินตนเอง (self-report) จำนวน 12 ข้อ ใช้สำหรับประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีระดับการวัดแบบประมาณค่า (rating scale) ได้แก่ ค่า 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก และ ค่า 7 เห็นด้วยอย่างมาก มาตรวัดนี้มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1: การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้และการประเมินเชิงอัตวิสัยของบุคคลที่มีต่อคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัว ประกอบด้วยข้อวัดจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 3, 4, 8 และ 11 เช่น ข้อวัดที่ 3: ครอบครัวของฉันพยายามช่วยฉันจริงๆ

ด้านที่ 2: การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน หมายถึง การรับรู้และการประเมินเชิงอัตวิสัยของบุคคลที่มีต่อคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อน ประกอบด้วยข้อวัดจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 6, 7, 9 และ 12 เช่น ข้อคำถามที่ 6: เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริงๆ

ด้านที่ 3: การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ หมายถึง การรับรู้และการประเมินเชิงอัตวิสัยของบุคคลที่มีต่อคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลพิเศษ ที่ไม่ใช่เพื่อนหรือบุคคลในครอบครัว ประกอบด้วยข้อวัดจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 1, 2, 5 และ 10 เช่น ข้อคำถามที่ 1: มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา

วิธีการตอบมาตรวัดนี้ ผู้ตอบมาตรวัดจะต้องประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของตนเองโดยการให้คะแนนมาตรวัดจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อกำหนดระดับคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) ถึง 7 คะแนน (เห็นด้วยอย่างมาก) ส่วนวิธีการคิดค่าคะแนน คำนวณจากการรวมคำตอบจากทั้ง 12 ข้อ ค่าคะแนนมีตั้งแต่ 12 คะแนน (ตอบ 1 ทุกข้อ) ถึง 84 คะแนน (ตอบ 7 ทุกข้อ) สำหรับการแปลผล คือ ค่าคะแนนยิ่งสูง แสดงว่ามีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง (Wongpakaran et al., 2018) (ภาคผนวก ก.2)

ด้านคุณภาพของมาตรวัดแบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (A Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MAPSS) พบว่า Wongpakaran และ Wongpakaran (2012) รายงานค่าความเที่ยงและความตรงของมาตรวัดในนักศึกษาแพทย์ชาวไทย โดยเก็บข้อมูลที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อเทียบกับมาตรวัด Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), Thai version พบว่ามีค่าความตรงตามสภาพ (concurrent validity) เท่ากับ 0.44 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค เท่ากับ 0.92

นอกจากนี้ (Wongpakaran et al., 2018) ยังรายงานค่าความเที่ยงของมาตรวัดนี้ในผู้สูงอายุชาวไทย โดยเก็บข้อมูลจากคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย พบว่ามีค่าความเที่ยง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค เท่ากับ 0.89 และ 0.88 ในผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้สูงอายุที่ไม่ได้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามลำดับ

มาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

ในส่วนของมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ผู้วิจัยได้ขออนุญาตและได้รับอนุญาตให้ใช้มาตรวัด The Savoring Belief Inventory (SBI) โดย Bryant (2003) (ภาคผนวก ก3) มาตรวัดนี้ประกอบด้วยชุดข้อวัดประเมินตนเอง (self-report) จำนวน 24 ข้อ ใช้สำหรับประเมินการรับรู้

ประสบการณ์เชิงบวก มีระดับการวัดแบบประมาณค่า (rating scale) ได้แก่ ค่า 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ ค่า 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง มาตรวัดนี้มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1: การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต หมายถึง การที่บุคคลนึกย้อนหรือระลึกถึง ประสบการณ์เชิงบวกที่เคยเกิดขึ้นในอดีต ซึ่งจากการนึกย้อนระลึกถึงนี้จะช่วยให้ชีวิตปัจจุบันมีความสุขหรือมีความรู้สึกเชิงบวก ประกอบด้วยข้อวัดเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ และข้อวัดเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 8 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 และ 24 เช่น ข้อวัดที่ 3: ฉันชอบมองย้อนกลับไป ถึงช่วงเวลาที่มีความสุขในอดีต (I enjoy looking back on happy times from my past)

ด้านที่ 2: การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน หมายถึง การที่บุคคลให้ความสนใจประสบการณ์เชิงบวก และตั้งใจที่จะซึมซับประสบการณ์เชิงบวกนั้น ทำให้เกิดความสุขหรือมีความรู้สึกเชิงบวก ประกอบด้วยข้อวัดเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ และ ข้อวัดเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 8 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20 และ 23 เช่น ข้อวัดที่ 2: ความสุขมักจะอยู่กับฉันได้ไม่นาน (It's hard for me to hang onto a good feeling for very long)

ด้านที่ 3: การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกเชิงบวกจากการจินตนาการถึงประสบการณ์เชิงบวกที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต แม้ว่าประสบการณ์เชิงบวกนั้นยังไม่ได้เกิดขึ้น ประกอบด้วยข้อวัดเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ และ ข้อวัดเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 8 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19 และ 22 เช่น ข้อวัดที่ 1: เพียงแค่ได้รู้ว่าเรื่องดีๆ กำลังจะเกิดขึ้น ฉันก็รู้สึกมีความสุขแล้ว (Before a good thing happens, I look forward to it in ways that give me pleasure in the present)

วิธีการตอบมาตรวัดนี้ ผู้ตอบมาตรวัดจะต้องประเมินการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของตนเองโดยการให้คะแนนมาตรวัดจำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อกำหนดระดับคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 7 คะแนน (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ส่วนวิธีการคิดค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน (Bryant, 2003; Bryant & Veroff, 2012) ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 คำนวณผลรวมของคำตอบข้อวัดเชิงบวก จำนวน 12 ข้อ

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณผลรวมของคำตอบข้อวัดเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ

ขั้นตอนที่ 3 นำผลรวมในขั้นตอนที่ 1 ลบด้วย ผลรวมในขั้นตอนที่ 2

ดังนั้น ค่าคะแนนรวมทั้งมาตรวัดจึงมีตั้งแต่ -72 คะแนน ถึง 72 คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนนโดยรวมต่ำสุด -72 คะแนน เมื่อผู้ตอบมาตรวัด ให้คะแนนข้อวัดเชิงบวก 1 คะแนน ทุกข้อ และ ให้คะแนนข้อวัดเชิงลบ 7 คะแนน ทุกข้อ ดังนั้น $12-84 = -72$

ค่าคะแนนโดยรวมสูงสุด 72 คะแนน เมื่อผู้ตอบมาตรวัด ให้คะแนนข้อวัดเชิงบวก 7 คะแนน ทุกข้อ และ ให้คะแนนข้อวัดเชิงลบ 1 คะแนน ทุกข้อ ดังนั้น $84-12 = 72$

สำหรับการแปลผล คือ ค่าคะแนนยิ่งสูง แสดงว่ามีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูง (Bryant, 2003; Bryant & Veroff, 2012) (ภาคผนวก ก.3)

ด้านคุณภาพของมาตรวัด The Savoring Belief Inventory (SBI) พบว่า Bryant (2003) รายงานค่าความเที่ยงและค่าความตรงของมาตรวัดในผู้สูงอายุชาวอเมริกัน เมื่อเทียบกับมาตรวัด Fordyce's Happiness Measures พบว่ามีค่าความตรงเชิงลู่เข้า เท่ากับ 0.56 และ ค่าความเที่ยง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค เท่ากับ 0.94

อย่างไรก็ตาม มาตรวัด The Savoring Belief Inventory (SBI) ยังไม่เคยมีการแปลและทดสอบในกลุ่มประชากรชาวไทยมาก่อน ดังนั้น ในงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการแปลและทดสอบมาตรวัดนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแล หลังจากนั้น จึงนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยต่อไป

มาตรวัดสุขภาวะทางใจ

ผู้วิจัย ใช้มาตรวัดสุขภาวะทางใจขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย ได้แก่ ธรรมนูญชีวิต สุขภาวะขององค์การอนามัยโลก (ฉบับปีพ.ศ.2541) (WHO Collaborating Center of Mental Health, 2019b) ซึ่งเป็นมาตรวัดที่เผยแพร่ให้นำไปใช้ได้โดยไม่ต้องขออนุญาต (ภาคผนวก ก1) ประกอบด้วยชุดข้อวัดประเมินตนเอง (self-report) จำนวน 5 ข้อ ใช้สำหรับประเมินความถี่อารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ มีระดับการวัดแบบประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ ได้แก่ ค่า 0 หมายถึง ไม่เคยเลย และ ค่า 5 หมายถึง ตลอดเวลา มาตรวัดนี้มีองค์ประกอบเดียว (unidimensional, single indicator) คือ องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวก ซึ่งอ้างอิงจาก

คู่มือการวินิจฉัยอาการผิดปกติทางจิตฉบับที่ 5 (DSM-5) และ บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) (De Wit et al., 2007) เช่น ความรู้สึกเชิงบวก หมายถึง การที่บุคคลมีอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกเกือบตลอดทั้งวัน (most of the day) ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อวัดจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 1, 2, 3, 4 (เช่น ข้อคำถามที่ 1: ฉันรู้สึกเบิกบานและอารมณ์ดี) และ ความรู้สึกความสนใจในสิ่งรอบตัว หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกสนใจในสิ่งต่างๆ รอบตัวเป็นปกติ ไม่มีอาการเบื่อและไม่มีความสนใจอยากทำอะไรต่างๆ เกือบตลอดทั้งวัน (most of the day) ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อวัดจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 5: ชีวิตประจำวันของฉันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ

วิธีการตอบมาตรวัดนี้ ผู้ตอบมาตรวัด จะต้องประเมินความถี่ของอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกของตนเองที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ มาตรวัดมีจำนวน 5 ข้อ แต่ละข้อกำหนดระดับคะแนนให้เลือก 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน (ไม่เคยเลย) ถึง 7 คะแนน (ตลอดเวลา) ส่วนวิธีการคิดค่าคะแนน คำนวณจากการรวมคำตอบทั้ง 5 ข้อ มีตั้งแต่ 0 คะแนน (ตอบ 0 ทุกข้อ) ถึง 25 คะแนน (ตอบ 5 ทุกข้อ) สำหรับการแปลผลคะแนน คือ หากผู้ตอบมาตรวัดได้คะแนนต่ำกว่า 13 คะแนน แสดงว่ามีสุขภาพไม่ดี และหากผู้ตอบมาตรวัด ได้คะแนนสูงกว่า 13 คะแนน แสดงว่ามีสุขภาพดี (WHO Collaborating Center of Mental Health, 2019a) (ภาคผนวก ก.1)

ด้านคุณภาพของมาตรวัดรชนีชี้วัดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (ฉบับปีพ.ศ.2541) พบว่า Saipanish และ คณะ (2009) ได้รายงานค่าความเที่ยงและความตรงของมาตรวัดที่เคยถูกทดสอบในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยโรคเบาหวานชาวไทย ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นกัน โดยนักวิจัยได้เก็บข้อมูลที่คลินิกผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดี เมื่อเทียบกับมาตรวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), Thai version ซึ่งเป็นมาตรวัดภาวะซึมเศร้า พบว่ามีค่าความตรงเชิงคู่เข้าเท่ากับ - 0.54 และมีความเที่ยง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ ครอนบาค เท่ากับ 0.87

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป

1.1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ประกอบด้วย อายุ, เพศ, อาชีพ, รายได้, ชนิดของโรคมะเร็ง, ระยะของโรค, ระยะเวลา นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งจนถึงช่วงเวลาที่ต้องแบบสอบถาม, ประเภทของการรักษา (เช่น ผ่าตัด, รับประทานยาเคมีบำบัด หรือ ฉายรังสี), โรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคมะเร็ง และ ลักษณะความสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล

1.2 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย อายุ, เพศ, อาชีพ, รายได้, จำนวนโรคประจำตัว, จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับติดต่อกันต่อคืน, จำนวนวันที่ได้ทำกิจกรรมทางกายต่อสัปดาห์, ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ชนิดของโรคมะเร็งในผู้ป่วยที่ต้องดูแล, ระยะของโรคมะเร็งในผู้ป่วยที่ต้องดูแล, ประเภทของการรักษาในผู้ป่วยที่ต้องดูแล และ ระยะเวลาที่ทำการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 มาตรฐาน

มาตรฐานที่ใช้ในการศึกษานำร่อง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) เครื่องมือที่เคยมีการแปลเป็นภาษาไทย และเคยถูกนำไปทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างชาวไทยมาก่อน ได้แก่ มาตรฐานการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ มาตรฐานสุขภาวะทางใจ (2) เครื่องมือที่ไม่เคยมีการแปลเป็นภาษาไทยและไม่เคยถูกนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างชาวไทยมาก่อน ได้แก่ มาตรฐานการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากมาตรฐานการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก The Savoring Beliefs Inventory (SBI) (Bryant, 2003) เพื่อใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุชาวไทย และญาติผู้ดูแล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากผู้พัฒนาเครื่องมือ (ภาคผนวก ก2)

ขั้นตอนที่ 2 การแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทย ด้วยวิธีการ Back-translation (Brislin, 1970; World Health Organization, 2020) (ภาคผนวก ก4)

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบความเข้าใจเนื้อหาของมาตรวัดที่ผ่านกระบวนการ Back-translation โดยผู้วิจัยจะนำมาตรวัดไปทำการทดสอบด้วยวิธีการ Cognitive interviewing (Willis, 2004) กับกลุ่มทดสอบ ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล จำนวน 10 คู่ จากนั้นจึงทำการปรับข้อวัด และนำไปทำการทดสอบกับกลุ่มทดสอบซ้ำ จนกว่าจะมั่นใจว่ากลุ่มทดสอบมีความเข้าใจเนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์การวัด

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการทดลองใช้มาตรวัด ผู้วิจัยได้นำมาตรวัดที่ทดสอบความเข้าใจของเนื้อหาตามขั้นตอนที่ 3 แล้ว ไปสร้างเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานำร่อง

สรุปจำนวนข้อวัดในการศึกษานำร่อง แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางสรุปจำนวนข้อวัดของแต่ละมาตรวัดที่ใช้ในการศึกษานำร่อง (pilot study)

ลำดับ	มาตรวัด	จำนวนข้อวัด
1	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	4
2	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	4
3	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ	4
4	การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต	8
5	การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน	8
6	การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต	8
7	อารมณ์ความรู้สึกเชิงบวก	5
	รวม	41

จากตารางที่ 2 แสดงรายด้านย่อยและจำนวนข้อวัดในแต่ละด้านของมาตรวัดที่จะใช้ในขั้นตอนการทดลองใช้มาตรวัดทั้งหมด ประกอบด้วย มาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 3 ด้าน 12 ข้อ (ลำดับที่ 1-3), มาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ฉบับภาษาไทย) จำนวน 3 ด้าน 24 ข้อ (ลำดับที่ 4-6) มาตรวัดสุขภาวะทางใจ จำนวน 2 ด้าน 5 ข้อ (ลำดับที่ 7) รวมทั้งสิ้น 41 ข้อ (ภาคผนวก ก.6)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษานำร่อง (Pilot study) หลังจากสร้างเครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนการทดลองใช้มาตรวัด (Try out) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติให้เก็บจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ (รหัสโครงการวิจัย 207/2564 (ภาคผนวก ข), คณะกรรมการลั่นกรองงานวิจัย ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ และ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้บริการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ช่วงระหว่างปลายเดือนกุมภาพันธ์ ถึง ปลายเดือนมีนาคม 2565 ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) จำนวน 120 ราย และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (อายุ 20 ปี ขึ้นไป) จำนวน 120 ราย (ภาคผนวก ก8) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์แทนค่าสถิติและตัวแปรในการนำเสนอผลการตรวจสอบคุณภาพมาตรวัด ดังนี้

M	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนนตัวแปร (Mean)
$S.D.$	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
SE	หมายถึง	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error)
SC	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (Completely Standardized Solution)
χ^2	หมายถึง	ค่าไค-สแควร์ (Chi-square)
b	หมายถึง	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ
β	หมายถึง	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน
α	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค อัลฟา
χ^2/df	หมายถึง	ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์
r	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)
r_c	หมายถึง	ค่าวิกฤติ r
df	หมายถึง	ค่าองศาอิสระ (degree of freedom)
p	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
t	หมายถึง	ค่าสถิติ t
GFI	หมายถึง	ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index)
AGFI	หมายถึง	ดัชนีวัดความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (Adjust

		Goodness of Fit Index)
CFI	หมายถึง	ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index)
NFI	หมายถึง	ดัชนีความสอดคล้องสัมพัทธ์ (Normal Fit Index),
NNFI	หมายถึง	ดัชนีแสดงการยอมรับของโมเดล (Non-Normal Fit Index หรือ Tucker Lewis Index (TLI)
RMSEA	หมายถึง	ดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่าง โดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation)
RMR	หมายถึง	ดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือ (Root of Mean Square Residuals)
SRMR	หมายถึง	ดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือมาตรฐาน (Standard Root of Mean Square Residuals)
ชื่อย่อตัวแปร		
PSAV	หมายถึง	ตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ของผู้ป่วย โรคมะเร็งสูงอายุ
PSAVD1	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต ของผู้ป่วย โรคมะเร็งสูงอายุ
PSAVD2	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน ของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
PSAVD3	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต ของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RSAV	หมายถึง	ตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RSAVD1	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต ของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RSAVD2	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน ของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

RSAVD3	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต ของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
PPSS	หมายถึง	ตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วย โรคมะเร็งสูงอายุ
PPSSD1	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
PPSSD2	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
PPSSD3	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RPSS	หมายถึง	ตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RPSSD1	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RPSSD2	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RPSS3	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
PWHO	หมายถึง	ตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
PW Hoa	หมายถึง	ตัวบ่งชี้อารมณ์เชิงบวก ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RWHO	หมายถึง	ตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งสูงอายุ
RW Hoa	หมายถึง	ตัวบ่งชี้อารมณ์เชิงบวก ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง สูงอายุ
PSAVA	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกโดยรวม ของผู้ป่วย โรคมะเร็งสูงอายุ
RSAVA	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกโดยรวม ของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย มาตรฐานการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม, มาตรฐานการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ มาตรฐานสุขภาวะทางใจ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

มาตรฐานการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

มาตรฐานการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (A Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS) โดย Wongpakaran & Wongpakaran (2012) ประกอบด้วยชุดข้อวัดแบบประเมินตนเอง (self-report) จำนวน 12 ข้อ ใช้สำหรับการประเมินระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ สำหรับเอกสารเกี่ยวกับการอนุญาตให้ใช้มาตรวัดและรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมาตรวัดนี้ ผู้วิจัยได้กล่าวถึงแล้วในหัวข้อ “เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย” และ “ภาคผนวก ก2”

ผู้วิจัยได้ทดสอบค่าความเที่ยงของมาตรวัด (Reliability test) ประกอบด้วยการทดสอบค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) และ การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อวัดแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งชุด (Corrected Item-Total Correlation: CITC) แสดงดังตารางที่

3

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 3 ผลการทดสอบมาตรฐานการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า (1) ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคโดยรวมทั้งฉบับ มีค่าเท่ากับ 0.876 และ 0.842 ตามลำดับ (2) ค่า CITC มีค่าอยู่ระหว่าง 0.395 ถึง 0.899 และระหว่าง 0.574 ถึง 0.875 ตามลำดับ แสดงว่า มาตรฐานการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี (George & Mallery, 2019; Gliem & Gliem, 2003) สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัยต่อไปได้

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ประกอบด้วย การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) แบ่งเป็นการทดสอบในตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha) และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อวัดแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งชุด (Corrected item-total correlation) ของมาตรวัดการรับรู้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ข้อวัด	รายละเอียดข้อวัด	M	S.D.	ค่า CITC
ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ				
องค์ประกอบโดยรวมทุกด้าน Cronbach's Alpha = 0.876		5.527	1.145	-
ด้านการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว Cronbach's Alpha = 0.677		6.577	0.668	-
ข้อ 3	ครอบครัวของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	6.725	0.660	0.503
ข้อ 4	ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัวตามที่ฉันต้องการ	6.625	0.745	0.443
ข้อ 8	ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ครอบครัวฟังได้	6.342	1.260	0.395
ข้อ 11	ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ	6.617	0.971	0.615
ด้านการรับรู้การสนับสนุนจากเพื่อน Cronbach's Alpha = 0.929		4.831	1.872	-
ข้อ 6	เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	4.917	1.968	0.859
ข้อ 7	ฉันสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้เมื่อมีปัญหาขึ้นมา	4.800	2.084	0.866
ข้อ 9	ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	4.642	2.133	0.832
ข้อ 12	ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉัน给朋友ฟังได้	4.967	2.057	0.783
ด้านการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลพิเศษ Cronbach's Alpha = 0.949		5.175	1.899	-
ข้อ 1	มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา	5.300	1.989	0.899
ข้อ 2	มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	4.942	2.099	0.891
ข้อ 5	ฉันมีบุคคลพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสบายใจจริง ๆ แก่ฉัน	5.275	1.918	0.902
ข้อ 10	มีบุคคลพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของฉัน	5.183	2.145	0.821

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อวัด	รายละเอียดข้อวัด	M	S.D.	ค่า CITC
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ				
องค์ประกอบโดยรวมทุกด้าน Cronbach's Alpha = 0.842		5.388	0.966	-
ด้านการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว Cronbach's Alpha = 0.868		6.031	1.091	-
ข้อ 3	ครอบครัวของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	6.142	1.183	0.799
ข้อ 4	ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัวตามที่ฉันต้องการ	6.000	1.263	0.736
ข้อ 8	ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ครอบครัวฟังได้	5.883	1.427	0.574
ข้อ 11	ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ	6.100	1.272	0.800
ด้านการรับรู้การสนับสนุนจากเพื่อน Cronbach's Alpha = 0.899		5.064	1.447	-
ข้อ 6	เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	5.042	1.541	0.799
ข้อ 7	ฉันสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้เมื่อมีปัญหาขึ้นมา	4.992	1.657	0.763
ข้อ 9	ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	4.942	1.711	0.813
ข้อ 12	ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เพื่อนฟังได้	5.283	1.691	0.731
ด้านการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลพิเศษ Cronbach's Alpha = 0.927		5.068	1.639	-
ข้อ 1	มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา	5.175	1.723	0.836
ข้อ 2	มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	4.892	1.886	0.819
ข้อ 5	ฉันมีบุคคลพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสบายใจจริง ๆ แก่ฉัน	5.158	1.734	0.875
ข้อ 10	มีบุคคลพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของฉัน	5.050	1.886	0.798

หมายเหตุ: $n=240$, $\alpha=0.05$, $r_c=0.179$

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
ดังนี้

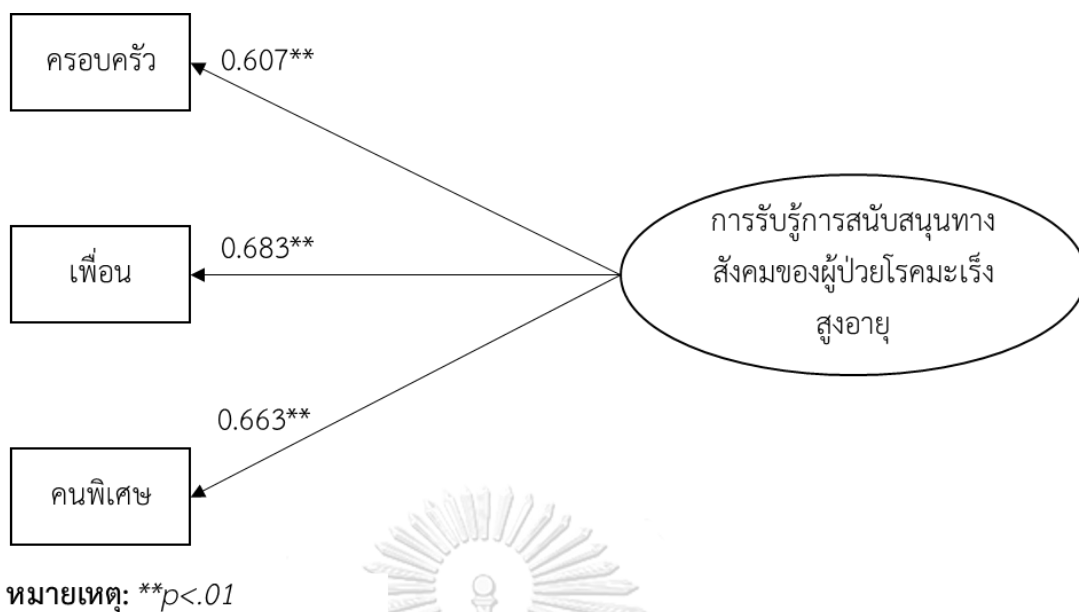
การทดสอบในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันของมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 4 และ รูปภาพที่ 14

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n = 120)

ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (<i>b</i>)	SE	t	R ²
PPSS	PPSSD1	0.607	1.064	0.130	8.184**	0.434
	PPSSD2	0.683	1.270	0.141	9.007**	0.467
	PPSSD3	0.663	1.270	0.141	9.007**	0.439

$\chi^2=0.652$, $df=1$, $p=.419$, $\chi^2/df=0.652$, NFI=0.982, NNFI=1.000, CFI=1.000, GFI=0.996, AGFI=0.978, RMSEA=0.000, RMR=0.043, SRMR=0.024



ภาพที่ 14 โมเดลแสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n = 120)

จากตารางที่ 4 และ รูปภาพที่ 14 พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว, เพื่อน และ บุคคลพิเศษ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เท่ากับ 0.607 ($p < .01$), 0.683 ($p < .01$) และ 0.663 ($p < .01$) ตามลำดับ และ ค่าดัชนีความสอดคล้องของมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เหมาะสม แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 0.652$, $df = 1$, $p = .419$, $\chi^2 / df = 0.652$, $NFI = 0.982$, $NNFI = 1.000$, $CFI = 1.000$, $GFI = 0.996$, $AGFI = 0.978$, $RMSEA = 0.000$, $RMR = 0.043$, $SRMR = 0.024$)

เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและดัชนีความสอดคล้องของโมเดลมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (DiStefano & Hess, 2005) และ ค่าดัชนีความสอดคล้องมีความเหมาะสม แสดงว่า มาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความตรงเชิงโครงสร้างเหมาะสมสำหรับนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัยต่อไปได้ การทดสอบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

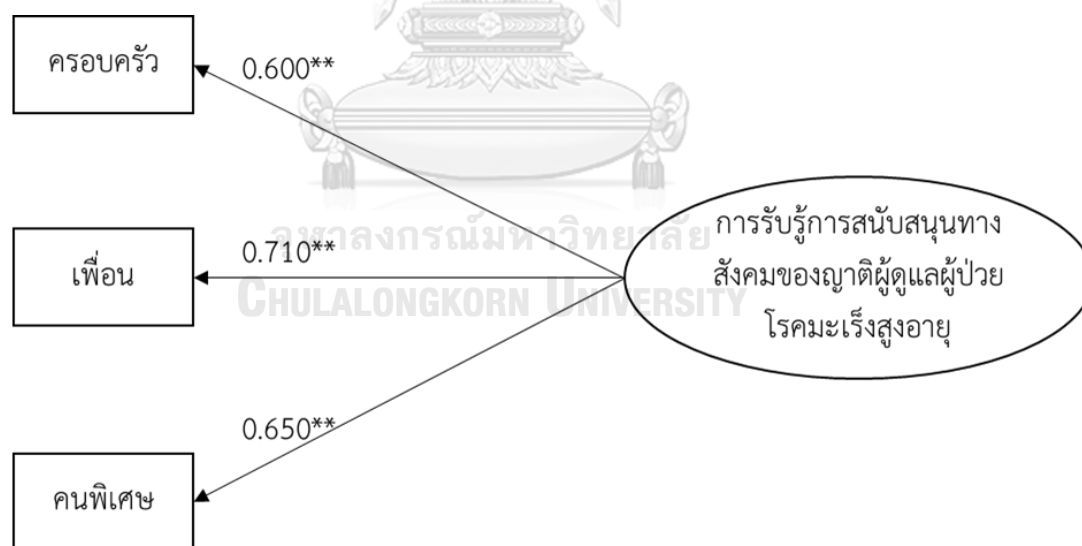
ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันของมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 5 และ รูปภาพที่ 15

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n = 120)

ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
RPSS	RPSSD1	0.600	0.858	0.105	8.171**	0.417
	RPSSD2	0.710	0.894	0.103	8.679**	0.502
	RPSSD3	0.650	0.894	0.103	8.679**	0.457

$\chi^2=0.187$, $df=1$, $p=.665$, $\chi^2/df=0.187$, NFI=0.995, NNFI=1.000, CFI=1.000, GFI=0.999, AGFI=0.993, RMSEA=0.000, RMR=0.019, SRMR=0.014

หมายเหตุ: ** $p<.01$



หมายเหตุ: ** $p<.01$

ภาพที่ 15 โมเดลแสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n = 120)

จากตารางที่ 5 และ รูปภาพที่ 15 พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว, เพื่อน และ บุคคลพิเศษ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เท่ากับ 0.600 ($p < .01$), 0.710 ($p < .01$) และ 0.650 ($p < .01$) ตามลำดับ และ ค่าดัชนีความสอดคล้องของมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่าดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เหมาะสม แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=0.187$, $df=1$, $p=.665$, $\chi^2/df=0.187$, $NFI=0.995$, $NNFI=1.000$, $CFI=1.000$, $GFI=0.999$, $AGFI=0.993$, $RMSEA=0.000$, $RMR=0.019$, $SRMR=0.014$)

เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและดัชนีความสอดคล้องของโมเดลมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (DiStefano & Hess, 2005) และค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในระดับดี แสดงว่า มาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความตรงเชิงโครงสร้างเหมาะสมสำหรับนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัยต่อไปได้

มาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

มาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ มาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ฉบับภาษาไทย) ซึ่งผู้วิจัยได้แปลจากมาตรวัด The Savoring Beliefs Inventory (SBI) โดย Bryant (2003) ประกอบด้วยชุดข้อวัดแบบประเมินตนเอง (self-report) จำนวน 24 ข้อ ใช้สำหรับการประเมินระดับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต, การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต สำหรับเอกสารเกี่ยวกับการอนุญาตให้ใช้มาตรวัด, กระบวนการแปลมาตรวัดข้ามวัฒนธรรม (Back-Translation for cross-cultural research (Brislin, 1970; World Health Organization, 2020) โดยหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการแปลมาตรวัดข้ามวัฒนธรรม ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ หรือ Back-Translation for cross-cultural research (Brislin, 1970; World Health Organization, 2020) ผู้วิจัยได้นำมาตรวัดนี้ไปทดสอบความเข้าใจภาษาที่ใช้ในมาตรวัดกับผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ จำนวน 14 คู่ (28 ราย) ผลพบว่าผู้ป่วย

โรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่เข้ารับการทดสอบ มีความเข้าใจภาษาที่ใช้ในมาตรวัดเป็นอย่างดี ซึ่งรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมาตรวัดนี้ ผู้วิจัยได้กล่าวถึงแล้วในหัวข้อ “เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย” และ “ภาคผนวก ก3-4”

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบค่าความเที่ยงของมาตรวัด (Reliability test) ประกอบด้วย การทดสอบค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) และ การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อวัดแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด (Corrected Item-Total Correlation: CITC) แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha) และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อวัดแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด (Corrected item-total correlation) ของมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแล (n=240)

ข้อวัด	ข้อวัดภาษาอังกฤษ	ข้อวัดภาษาไทย	M	S.D.	ค่า CITC	
ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ						
	องค์ประกอบโดยรวมทุกด้าน		Cronbach's Alpha = 0.912	5.342	0.934	-
ด้านการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต Cronbach's Alpha = 0.780						
ข้อ 3	I enjoy looking back on happy times from my past.	ฉันชอบมองย้อนกลับไป ถึง ช่วงเวลาที่เคยมีความสุขในอดีต	5.000	1.847	0.478	
ข้อ 6	I don't like to look back at good times too much after they've taken place.	ฉันไม่ชอบย้อนกลับไปคิดถึง ความสุขในอดีต ที่มันจบไปแล้ว	4.950	1.786	0.410	
ข้อ 9	I can make myself feel good by remembering pleasant events from my past.	ถ้าฉันอยากมีความสุข ฉันก็ แค่คิดถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิตที่ผ่านมา	5.550	1.554	0.500	
ข้อ 12	When I reminisce about	ความทรงจำดี ๆ ในอดีต	5.892	1.493	0.400	

ข้อวัด	ข้อวัดภาษาอังกฤษ	ข้อวัดภาษาไทย	M	S.D.	ค่า CITC
	pleasant memories, I often start to feel sad or disappointed.	มักจะทำให้ฉันรู้สึกเศร้าและผิดหวังเสมอ			
ข้อ 15	I like to store memories of fun times that I go through so that I can recall them later.	ฉันชอบเก็บเรื่องราวสนุกสนานในชีวิตไว้เป็นสิ่งที่ ๆ ให้นึกถึง	5.458	1.505	0.493
ข้อ 18	I find that thinking about good times from the past is basically a waste of time.	การคิดถึงช่วงเวลาดี ๆ ในอดีตที่จบไปแล้วนั้น เป็นเรื่องเสียเวลา	5.517	1.777	0.518
ข้อ 21	It's easy for me to rekindle the joy from pleasant memories.	แค่ได้นึกถึงความสนุกสนานเก่า ๆ ในอดีต ฉันก็สามารถกลับมามีความสุขได้อีกครั้ง	5.375	1.603	0.400
ข้อ 24	For me, once a fun time is over and gone, it's best not to think about it.	เมื่อเรื่องสนุกสนานจบลง ก็ควรจะให้มันจบไป ไม่ต้องนึกถึงมันอีก	4.667	2.107	0.461
ด้านการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน Cronbach's Alpha = 0.769			5.425	0.952	-
ข้อ 2	It's hard for me to hang onto a good feeling for very long.	ความสุขมักจะอยู่กับฉันได้ไม่นาน	4.817	1.670	0.341
ข้อ 5	I know how to make the most of a good time.	เวลามีความสุข ฉันก็มีความสุขได้เต็มที่	5.775	1.177	0.536
ข้อ 8	When it comes to enjoying myself, I'm my own "worst enemy."	ในเวลาที่ฉันน่าจะมีความสุข ฉันก็มักจะทำให้ตัวเองหมดสนุกเสียเอง	5.692	1.570	0.436
ข้อ 11	When something good	เวลาที่มีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้น ฉันจะมี	5.483	1.396	0.544

ข้อวัด	ข้อวัดภาษาอังกฤษ	ข้อวัดภาษาไทย	M	S.D.	ค่า CITC
	happens, I can make my enjoyment of it last longer by thinking or doing certain things.	วิธีเก็บความสุขเหล่านั้นให้อยู่กับฉันได้นาน ๆ			
ข้อ 14	I can't seem to capture the joy of happy moments.	ฉันไม่สามารถจดจำเวลาดี ๆ ที่มีความสุขในชีวิต ได้มากนัก	5.450	1.649	0.428
ข้อ 17	I feel fully able to appreciate good things that happen to me.	ฉันรู้สึกซาบซึ้งกับสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตฉัน	5.875	1.332	0.403
ข้อ 20	I don't enjoy things as much as I should.	ฉันไม่รู้สึกสนุกกับเรื่องต่าง ๆ เหมือนที่เคย	5.000	1.847	0.519
ข้อ 23	It's easy for me to enjoy myself when I want to.	ฉันสามารถทำให้ตัวเองมีความสุขได้ทุกเมื่อ ที่ฉันต้องการ	5.308	1.581	0.593
ด้านการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต Cronbach's Alpha = 0.789			5.301	1.027	-
ข้อ 1	Before a good thing happens, I look forward to it in ways that give me pleasure in the present.	เพียงแค่นี้รู้ว่าเรื่องดี ๆ กำลังจะเกิดขึ้น ฉันก็รู้สึกมีความสุขแล้ว	5.542	1.158	0.589
ข้อ 4	I don't like to look forward to good times too much before they happen.	ฉันไม่ชอบฝันล่วงหน้าไปไกลถึงเรื่องดี ๆ ที่ยังไม่มาถึง	4.433	1.752	0.369
ข้อ 7	I feel a joy of anticipation when I think about upcoming good things.	ฉันรู้สึกมีความสุข เวลาคิดถึงเรื่องดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นในชีวิต	5.750	1.330	0.570
ข้อ 10	For me, anticipating what	ฉันคิดว่าการคาดหวังถึง	4.767	2.0569	0.546

ข้อวัด	ข้อวัดภาษาอังกฤษ	ข้อวัดภาษาไทย	M	S.D.	ค่า CITC
	upcoming good events will be like is basically a waste of time.	ความสุขที่ยังมาไม่ถึง เป็นเรื่องเสียเวลา			
ข้อ 13	I can enjoy pleasant events in my mind before they actually occur.	แค่ได้วางแผนคิดเรื่องสนุก ๆ ก่อนได้ทำจริง ฉันก็มีความสุขแล้ว	5.633	1.443	0.571
ข้อ 16	It's hard for me to get very excited about fun times before they actually take place.	ฉันไม่ค่อยรู้สึกสนุกตื่นเต้นกับการคิดถึงเรื่องต่าง ๆ ในอนาคต ที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง	4.817	1.847	0.500
ข้อ 19	I can make myself feel good by imagining what a happy time that is about to happen will be like.	เพียงแค่ได้วางแผนจะไปเที่ยว หรือไปทำอะไรที่ชอบ ฉันรู้สึกมีความสุขแล้ว	5.800	1.405	0.528
ข้อ 22	When I think about a pleasant event before it happens, I often start to feel uneasy or uncomfortable.	เวลานั้นนึกถึงเหตุการณ์ดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น ฉันมักจะรู้สึกไม่สบายใจ	5.667	1.731	0.415

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

องค์ประกอบโดยรวมทุกด้าน	Cronbach's Alpha = 0.816	5.193	0.652	-	
ด้านการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต	Cronbach's Alpha = 0.668	5.118	0.836	-	
ข้อ 3	I enjoy looking back on happy times from my past.	ฉันชอบมองย้อนกลับไป ถึงช่วงเวลาที่เคยมีความสุขในอดีต	4.900	1.541	0.150
ข้อ 6	I don't like to look back	ฉันไม่ชอบย้อนกลับไปคิดถึง	4.375	1.695	0.409

ข้อวัด	ข้อวัดภาษาอังกฤษ	ข้อวัดภาษาไทย	M	S.D.	ค่า CITC
	at good times too much after they've taken place.	ความสุขในอดีต ที่มันจบไปแล้ว			
ข้อ 9	I can make myself feel good by remembering pleasant events from my past.	ถ้าฉันอยากมีความสุข ฉันก็แค่คิดถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิตที่ผ่านมา	5.317	1.371	0.396
ข้อ 12	When I reminisce about pleasant memories, I often start to feel sad or disappointed.	ความทรงจำดี ๆ ในอดีต มักจะทำให้ฉันรู้สึกเศร้าและผิดหวังเสมอ	5.542	1.538	0.310
ข้อ 15	I like to store memories of fun times that I go through so that I can recall them later.	ฉันชอบเก็บเรื่องราวสนุกสนานในชีวิตไว้เป็นสิ่งที่ให้ฉันนึกถึง	5.442	1.364	0.349
ข้อ 18	I find that thinking about good times from the past is basically a waste of time.	การคิดถึงช่วงเวลาดี ๆ ในอดีตที่จบไปแล้วนั้น เป็นเรื่องเสียเวลา	5.567	1.388	0.527
ข้อ 21	It's easy for me to rekindle the joy from pleasant memories.	แค่ได้นึกถึงความสนุกสนานเก่า ๆ ในอดีต ฉันก็สามารถกลับมามีความสุขได้อีกครั้ง	5.025	1.405	0.485
ข้อ 24	For me, once a fun time is over and gone, it's best not to think about it.	เมื่อเรื่องสนุกสนานจบลง ก็ควรจะให้มันจบไป ไม่ต้องนึกถึงมันอีก	4.783	1.834	0.307
	ด้านการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน	Cronbach's Alpha =	5.268	0.828	-
	0.685				
ข้อ 2	It's hard for me to hang	ความสุขมักจะอยู่กับฉันได้ไม่	4.225	1.760	0.338

ข้อวัด	ข้อวัดภาษาอังกฤษ	ข้อวัดภาษาไทย	M	S.D.	ค่า CITC
	onto a good feeling for very long.	นาน			
ข้อ 5	I know how to make the most of a good time.	เวลามีความสุข ฉันก็มีความสุขได้เต็มที่	5.900	1.080	0.350
ข้อ 8	When it comes to enjoying myself, I'm my own "worst enemy."	ในเวลาที่ยังน่าจะมีความสุข ฉันก็มักจะทำให้ตัวเองหมดสนุกเสียเอง	5.600	1.610	0.469
ข้อ 11	When something good happens, I can make my enjoyment of it last longer by thinking or doing certain things.	เวลามีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้น ฉันจะมีวิธีเก็บความสุขเหล่านั้นให้อยู่กับฉันได้นาน ๆ	5.292	1.259	0.403
ข้อ 14	I can't seem to capture the joy of happy moments.	ฉันไม่สามารถจดจำเวลาดี ๆ ที่มีความสุขในชีวิต ได้มากนัก	5.567	1.447	0.405
ข้อ 17	I feel fully able to appreciate good things that happen to me.	ฉันรู้สึกซาบซึ้งกับสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตฉัน	5.733	1.135	0.271
ข้อ 20	I don't enjoy things as much as I should.	ฉันไม่รู้สึกสนุกกับเรื่องต่าง ๆ เหมือนที่เคย	4.892	1.9044	0.413
ข้อ 23	It's easy for me to enjoy myself when I want to.	ฉันสามารถทำให้ตัวเองมีความสุขได้ทุกเมื่อ ที่ฉันต้องการ	4.942	1.462	0.388
	ด้านการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต		5.191	0.714	-
	0.545				
ข้อ 1	Before a good thing happens, I look forward to it in ways that give me	เพียงแค่นี้รู้ว่าเรื่องดี ๆ กำลังจะเกิดขึ้น ฉันก็รู้สึกมีความสุขแล้ว	5.992	0.893	0.337

ข้อวัด	ข้อวัดภาษาอังกฤษ	ข้อวัดภาษาไทย	M	S.D.	ค่า CITC
	pleasure in the present.				
ข้อ 4	I don't like to look forward to good times too much before they happen.	ฉันไม่ชอบฝันล่วงหน้าไปไกลถึงเรื่องดี ๆ ที่ยังไม่มาถึง	3.917	1.564	0.129
ข้อ 7	I feel a joy of anticipation when I think about upcoming good things.	ฉันรู้สึกมีความสุข เวลาคิดถึงเรื่องดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นในชีวิต	5.867	1.159	0.311
ข้อ 10	For me, anticipating what upcoming good events will be like is basically a waste of time.	ฉันคิดว่าการคาดหวังถึงความสุขที่ยังมาไม่ถึง เป็นเรื่องเสียเวลา	4.433	1.818	0.260
ข้อ 13	I can enjoy pleasant events in my mind before they actually occur.	แค่ได้วางแผนคิดเรื่องสนุก ๆ ก่อนได้ทำจริง ฉันก็มีความสุขแล้ว	5.383	1.373	0.251
ข้อ 16	It's hard for me to get very excited about fun times before they actually take place.	ฉันไม่ค่อยรู้สึกสนุกตื่นเต้นกับการคิดถึงเรื่องต่าง ๆ ในอนาคต ที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง	4.525	1.772	0.360
ข้อ 19	I can make myself feel good by imagining what a happy time that is about to happen will be like.	เพียงแค่ได้วางแผนจะไปเที่ยว หรือไปทำอะไรที่ชอบ ฉันรู้สึกมีความสุขแล้ว	5.808	1.278	0.301
ข้อ 22	When I think about a pleasant event before it happens, I often start to feel uneasy or uncomfortable.	เวลาฉันนึกถึงเหตุการณ์ดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น ฉันมักจะรู้สึกไม่สบายใจ	5.608	1.589	0.216

หมายเหตุ: $n=240$, $\alpha=0.05$, $r_c=0.179$

จากตารางที่ 6 แสดงผลการทดสอบมาตรฐานวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า (1) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมทั้งฉบับ มีค่าเท่ากับ 0.912 และ 0.816 ตามลำดับ (2) ค่า CITC มีค่าอยู่ระหว่าง 0.369 ถึง 0.593 และ 0.129 ถึง 0.527 ตามลำดับ แสดงว่า มาตรฐานวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกมีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี (George & Mallery, 2019; Gliem & Gliem, 2003) สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัยต่อไปได้

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบว่ายังมีข้อวัดที่มีค่า CITC ต่ำกว่าค่า r_c ได้แก่ ข้อวัดที่ 3 (CITC = 0.150) และ ข้อวัดที่ 4 (CITC = 0.129) เมื่อพิจารณาจากค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted แล้ว พบว่า หากตัดข้อวัดดังกล่าวออก จะช่วยให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (0.004 ถึง 0.008 ตามลำดับ) ประกอบกับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของมาตรฐานวัดทั้งฉบับอยู่ในระดับที่ดีอยู่แล้ว ดังนั้น จึงไม่จำเป็นต้องตัดข้อวัดออก (Green, 2013) รวมถึงยังพบว่าหากตัดข้อวัดออก จะทำให้องค์ประกอบที่ 1 และ องค์ประกอบที่ 3 มีตัวชี้วัดลดลง ส่งผลกระทบทางลบต่อการทดสอบค่าความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีการทดสอบองค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ในขั้นตอนต่อไป (Boomsma & Hoogland, 2001) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงยังคงข้อวัดดังกล่าวไว้

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ประกอบด้วย การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) แบ่งเป็นการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ดังนี้

การทดสอบในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันของมาตรฐานวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 7 และ รูปภาพที่ 16

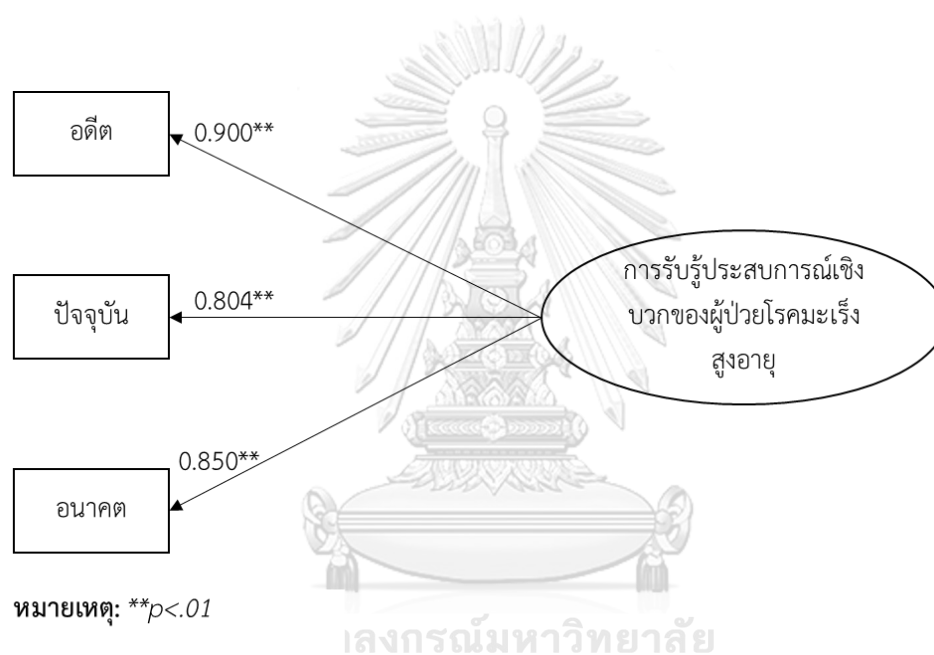
ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรฐานวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n = 120)

ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
--------	-----------	----------------	------------------------------	----	---	----------------

ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
PSAV	PSAVD1	0.900	0.971	0.082	11.908**	0.809
	PSAVD2	0.804	0.741	0.060	12.368**	0.646
	PSAVD3	0.850	0.741	0.060	12.368**	0.717

$\chi^2=1.202$, $df=1$, $p=.272$, $\chi^2/df=1.202$, NFI=0.994, NNFI=0.997, CFI=0.999, GFI=0.993, AGFI=0.960, RMSEA=0.041, RMR=0.036, SRMR=0.041

หมายเหตุ: ** $p<.01$



หมายเหตุ: ** $p<.01$

ภาพที่ 16 โมเดลแสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

จากตารางที่ 7 และ รูปภาพที่ 16 พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจากอดีต, ปัจจุบัน และอนาคต มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.900 ($p<.01$), 0.804 ($p<.01$) และ 0.850 ($p<.01$) ตามลำดับ และ ค่าดัชนีความสอดคล้องของมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เหมาะสม แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=1.202$, $df=1$, $p=.272$, $\chi^2/df=1.202$, NFI=0.994, NNFI=0.997, CFI=0.999, GFI=0.993, AGFI=0.960, RMSEA=0.041, RMR=0.036, SRMR=0.041)

เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและดัชนีความสอดคล้องของโมเดล มาตรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของ ตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (DiStefano & Hess, 2005) และ ค่าดัชนีความ สอดคล้องมีความเหมาะสม แสดงว่า มาตรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความตรงเชิง โครงสร้างเหมาะสมสำหรับนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัย ต่อไปได้

การทดสอบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

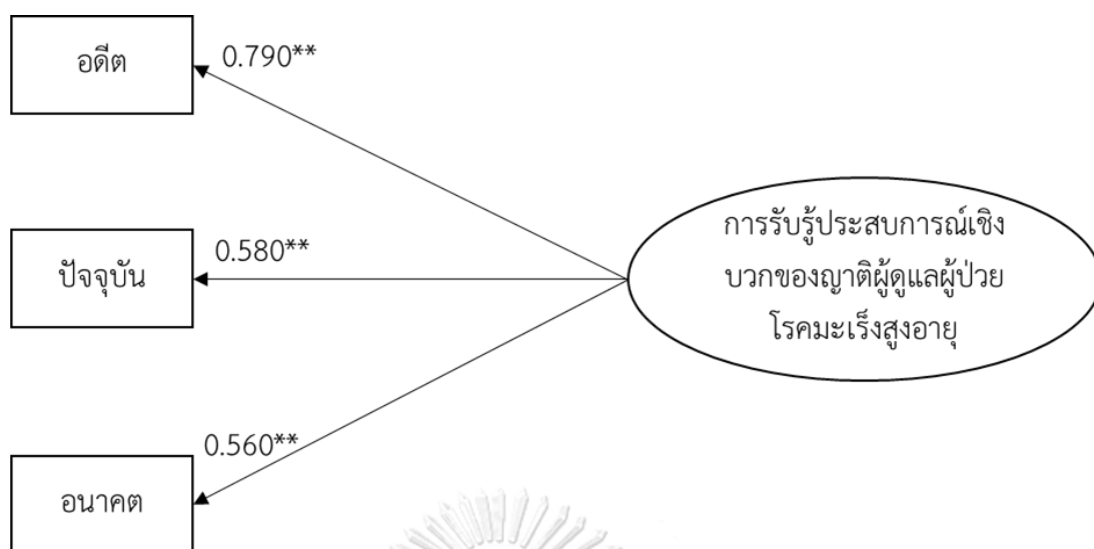
ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลองค์ประกอบ เชิงยืนยันของมาตรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดัง ตารางที่ 8 และ รูปภาพที่ 17

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตร มาตรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
RSAV	RSAVD1	0.790	0.664	0.071	9.298**	0.621
	RSAVD2	0.580	0.477	0.084	5.688**	0.331
	RSAVD3	0.560	0.350	0.060	5.787**	0.313

$\chi^2=0.922$, $df=1$, $p=.336$, $\chi^2/df=0.922$, NFI=0.984, NNFI=1.000, CFI=1.000, GFI=0.995, AGFI=0.970, RMSEA=0.000, RMR=0.012, SRMR=0.023

หมายเหตุ: ** $p<.01$



หมายเหตุ: ** $p < .01$

ภาพที่ 17 โมเดลแสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ($n=120$)

จากตารางที่ 8 และ รูปภาพที่ 17 พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจากอดีต, ปัจจุบัน และอนาคต มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.790 ($p < .01$), 0.580 ($p < .01$) และ 0.560 ($p < .01$) ตามลำดับ และ ค่าดัชนีความสอดคล้องของมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เหมาะสม แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=0.922$, $df=1$, $p=.336$, $\chi^2 / df=0.922$, NFI=0.984, NNFI=1.000, CFI=1.000, GFI=0.995, AGFI=0.970, RMSEA=0.000, RMR=0.012, SRMR=0.023)

เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและดัชนีความสอดคล้องของโมเดลมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (DiStefano & Hess, 2005) และ ค่าดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่มีความเหมาะสม แสดงว่า มาตรวัดสุขภาวะทางใจ มีความตรงเชิงโครงสร้างเหมาะสมสำหรับนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัยต่อไปได้

มาตรวัดสุขภาวะทางใจ

มาตรวัดสุขภาวะทางใจที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ วรรณิษฐ์วัดสุขภาวะขององค์การอนามัยโลก (ฉบับปีพ.ศ.2541) ซึ่งเป็นมาตรวัดสุขภาวะที่ไม่สงวนลิขสิทธิ์ และ อนุญาตให้นักวิจัยนำไปใช้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ประกอบด้วยชุดข้อวัดประเมินตนเอง (self-report) จำนวน 5 ข้อ ใช้สำหรับประเมินความถี่ของอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ มี 1 องค์ประกอบ ได้แก่ อารมณ์ความรู้สึกเชิงบวก สำหรับรายละเอียดต่างๆ เช่น จำนวนข้อวัด วิธีการตอบข้อวัด วิธีการให้คะแนน การอนุญาตให้ใช้มาตรวัด และรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมาตรวัดนี้ ผู้วิจัยได้กล่าวถึงแล้วในหัวข้อ “เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย” และ “ภาคผนวก ก1”

ผู้วิจัยได้ทดสอบค่าความเที่ยงของมาตรวัด (Reliability test) ประกอบด้วยการทดสอบค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) และ การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อวัดแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งชุด (Corrected Item-Total Correlation: CITC) แสดงดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha) และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อวัดแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งชุด (Corrected item-total correlation) ของมาตรวัดสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)

ข้อวัด	M	S.D.	ค่า CITC
ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ			
องค์ประกอบโดยรวม Cronbach's Alpha=0.917	3.660	1.234	-
ข้อ 1 ฉันรู้สึกเบิกบานและอารมณ์ดี	3.725	1.250	0.822
ข้อ 2 ฉันรู้สึกสงบและผ่อนคลาย	3.683	1.250	0.840
ข้อ 3 ฉันรู้สึกกระฉับกระเฉงและมีพลัง	3.525	1.489	0.826
ข้อ 4 ฉันตื่นขึ้นมาด้วยความรู้สึกสดชื่นและได้พักเพียงพอ	3.783	1.433	0.741
ข้อ 5 ชีวิตประจำวันของฉันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ	3.583	1.658	0.752
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ			
องค์ประกอบโดยรวม Cronbach's Alpha=0.900	3.598	0.985	-
ข้อ 1 ฉันรู้สึกเบิกบานและอารมณ์ดี	3.717	1.086	0.740

ข้อวัด	รายละเอียดข้อวัด	M	S.D.	ค่า CITC
ข้อ 2	ฉันรู้สึกสงบและผ่อนคลาย	3.542	1.099	0.804
ข้อ 3	ฉันรู้สึกกระฉับกระเฉงและมีพลัง	3.700	1.073	0.819
ข้อ 4	ฉันตื่นขึ้นมาด้วยความรู้สึกสดชื่นและได้พักเพียงพอ	3.550	1.242	0.672
ข้อ 5	ชีวิตประจำวันของฉันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ	3.483	1.309	0.751

หมายเหตุ: $n=240$, $\alpha=0.05$, $r_c=.0179$

จากตารางที่ 9 แสดงผลการทดสอบมาตรฐานวัดสุขภาพทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า (1) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมทั้งฉบับ มีค่าเท่ากับ 0.917 และ 0.900 ตามลำดับ (2) ค่า CITC มีค่าอยู่ระหว่าง 0.741 ถึง 0.840 และ ระหว่าง 0.672 ถึง 0.819 ตามลำดับ แสดงว่า มาตรฐานวัดสุขภาพทางใจมีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี (George & Mallery, 2019; Gliem & Gliem, 2003) สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัยต่อไปได้

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ประกอบด้วย การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบตัวแปรแฝงที่มีตัวบ่งชี้เดียว (CFA with single indicator latent variable) (Allen et al., 2007) อ้างอิงจากงานวิจัยของ De Wit และ คณะ (2007) ที่ทดสอบคุณภาพมาตรวัด WHO-5 Index ด้วยวิธีการทดสอบองค์ประกอบเชิงสำรวจ ผลพบว่า มาตรวัด WHO-5 Index เป็นมาตรวัดองค์ประกอบเดียว และ ทดสอบองค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลพบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งเป็นการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ดังนี้

การทดสอบในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันของมาตรฐานวัดสุขภาพทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 10 และ รูปภาพที่ 18

ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรฐานวัดสุขภาพทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ($n=120$)

ตัวแปรแฝง	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
PWHO	PWHA	0.930	2.912	0.274	26.000**	0.872

$\chi^2=0.600, df=1, p=.438, \chi^2/df=0.600, GFI=1.000, AGFI=1.000, RMSEA=0.000$

หมายเหตุ: ** $p<.01$



ภาพที่ 18 โมเดลแสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของมาตรวัดสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

หมายเหตุ: ** $p<.01$

จากตารางที่ 10 และ รูปภาพที่ 18 พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวบ่งชี้ อารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เท่ากับ 0.930 ($p<.01$) และ ค่าดัชนีความสอดคล้องของมาตรวัดสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่ อยู่ในระดับที่เหมาะสม แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=0.600, df=1, p=.438, \chi^2/df=0.600, GFI=1.000, AGFI=1.000, RMSEA=0.000$)

เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและดัชนีความสอดคล้องของโมเดล มาตรวัดสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (DiStefano & Hess, 2005) และ ค่าดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่มีความเหมาะสม แสดงว่า มาตรวัดสุขภาวะทางใจ มีความตรงเชิงโครงสร้างเหมาะสมสำหรับนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัยต่อไปได้

การทดสอบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันของมาตรวัดสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 11 และ รูปภาพที่ 19

ตารางที่ 11 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

ตัวแปรแฝง	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
RWHO	RWAOA	0.945	4.674	0.449	10.409**	0.893

$\chi^2=0.280, df=1, p=.595, \chi^2/df=0.280, GFI=0.934, AGFI=0.934, RMSEA=0.000$

หมายเหตุ: ** $p < .01$



ภาพที่ 19 โมเดลแสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของมาตรวัดสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

หมายเหตุ: ** $p < .01$

จากตารางที่ 11 และ รูปภาพที่ 19 พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวบ่งชี้ อารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เท่ากับ 0.945 ($p < .01$) และ ค่าดัชนีความสอดคล้องของมาตรวัดสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่ อยู่ในระดับที่เหมาะสม แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=0.280, df=1, p=.595, \chi^2/df=0.280, GFI=0.934, AGFI=0.934, RMSEA=0.000$)

เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและดัชนีความสอดคล้องของโมเดลมาตรวัดสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (DiStefano & Hess, 2005) และ ค่าดัชนีความ

สอดคล้องส่วนใหญ่มีความเหมาะสม แสดงว่า มาตรฐานสุขภาวะทางใจ มีความตรงเชิงโครงสร้างเหมาะสมสำหรับนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัยต่อไปได้

เมื่อผู้วิจัยทำการทดสอบค่าความตรงและค่าความเที่ยงของมาตรฐานทั้งหมดเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย, แบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012), มาตรฐานการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ฉบับภาษาไทย) และ มาตรฐานชี้วัดสุขภาวะขององค์การอนามัยโลก (ฉบับปีพ.ศ.2541) (WHO Collaborating Center of Mental Health, 2019b) (ภาคผนวก ก.7) รวมทั้งสิ้น 3 ชุด จำนวน 41 ข้อ แสดงดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 สรุปจำนวนข้อวัดของแต่ละมาตรฐานที่ใช้ในแบบสำรวจข้อมูลการวิจัย

ลำดับ	มาตรฐาน	จำนวนข้อวัด
1	มาตรฐานการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (12 ข้อ)	
	1.1 ด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	4
	1.2 ด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	4
	1.3 ด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ	4
2	มาตรฐานการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (24 ข้อ)	
	2.1 การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต	8
	2.2 ด้านการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน	8
	2.3 ด้านการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต	8
3	มาตรฐานสุขภาวะทางใจ (5 ข้อ)	
	3.1 ด้านความรู้สึกระงับเชิงบวก	4
	3.2 ด้านความพึงพอใจในชีวิต	1
	รวม	41

ตารางที่ 12 แสดงรายด้านย่อยและจำนวนข้อวัดในแต่ละด้านของมาตรวัดที่จะใช้งานวิจัย ประกอบด้วย มาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 3 ด้าน รวม 12 ข้อ, มาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ฉบับภาษาไทย) จำนวน 3 ด้าน รวม 24 ข้อ และ มาตรวัดสุขภาวะทางใจ จำนวน 1 ด้าน รวม 5 ข้อ โดยมีข้อวัดรวมทั้งสิ้น 41 ข้อ (ภาคผนวก ก7)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอขออนุมัติเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ (รหัสโครงการวิจัย 207/2564)

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ และคณะกรรมการกลั่นกรองงานวิจัย ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์แล้ว ผู้วิจัยได้ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อขออนุมัติและแจ้งเวียนขอความร่วมมือมือคลินิก และหอผู้ป่วยต่างๆ ให้ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลและกลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยได้

3. ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากจำนวนผู้ป่วยที่มีนัดหมายเข้ารับการรักษาตามคลินิกและหอผู้ป่วยต่างๆ ในภาพรวม เพื่อคัดกรองเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ จากนั้นจึงสุ่มจากตัวเลขลำดับนัดหมาย แล้วประสานงานพยาบาลประจำคลินิกและหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง ให้สอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการตอบแบบสอบถามจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ หากไม่สมัครใจ ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวเลขใหม่อีกครั้ง หากผู้ป่วยและญาติสมัครใจ ผู้วิจัยจึงดำเนินการขั้นต่อไป

4. ผู้วิจัยได้แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงแจ้งวัตถุประสงค์ในการเข้าพบ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่ได้นำเสนอในหัวข้อ “เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย” เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ จากนั้นจึงรวบรวมข้อมูลทั้งหมด เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ ต่อไป

5. สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณและขอตัวกลับ

6. จากข้อ 5. ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างซ้ำอีกครั้ง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบถ้วนตามที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมแบบสำรวจทั้งหมด มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล ใส่รหัสตัวเลขและคิดคะแนน โดยใช้สถิติต่างๆ ได้แก่

1. การนำเสนอข้อมูลเชิงประชากร ใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การนำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยมีตัวแปรส่งผ่าน ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรส่งผ่าน (Mediator analysis) ด้วยโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model) ในการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรต้นและตัวแปรส่งผ่านที่มีต่อตัวแปรตาม
3. การนำเสนอความสัมพันธ์เชิงทวิสัมพันธ์ ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ใช้สถิติการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modelling: SEM) ในการวิเคราะห์โมเดลทวิสัมพันธ์

การนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการคำนวณสถิติสำเร็จรูป ได้แก่ โปรแกรม Statistical Package for the Social Science (SPSS) ในการคำนวณค่าสถิติ ตามข้อ 1 และ โปรแกรม Linear Structural Relationship Model Program (Lisrel) ในการคำนวณค่าสถิติ ตามข้อ 2 และ 3

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล โดยสอบถามความสมัครใจก่อนเข้าร่วมการวิจัย และสิทธิในการขอยกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย รวมถึงปกปิดชื่อและข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น



บทที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ สุขภาวะทางใจ มีวัตถุประสงค์ในการวิจัย 2 ข้อ ได้แก่

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ที่มีต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ในทางตรง ทางไขว้ และ ทางทวิสัมพันธ์

ซึ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม, ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ ตัวแปรสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงตามโมเดลสมมติฐานการวิจัย

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์โมเดลตัวแปรส่งผ่าน (Mediation Analysis) ด้วยการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM) (Hair et al., 2010) ของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์โมเดลทวิสัมพันธ์ (Actor-Partner Interdependence Model: APIM) โดยใช้สถิติวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modelling: SEM) (Kenny et al., 2006) ของโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ โมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล

เพื่อให้การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความสะดวกมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงกำหนดสัญลักษณ์แทนค่าสถิติและตัวแปร ดังนี้

<i>Min</i>	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
<i>Max</i>	หมายถึง	ค่าสูงสุด
<i>M</i>	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยคะแนนตัวแปร (Mean)
<i>SD</i>	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
<i>SE</i>	หมายถึง	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error)
<i>SK</i>	หมายถึง	ค่าความเบ้ (Skewness)
<i>KU</i>	หมายถึง	ค่าความโด่ง (Kurtosis)

SC	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (Completely Standardized Solution: Beta)
χ^2	หมายถึง	ค่าไค-สแควร์ (Chi-square)
b	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย, ค่าสัมประสิทธิ์ b , ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ
β	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน, ค่าเบต้า, ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน, ค่าอิทธิพล
r	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)
R^2	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Square multiple correlations coefficients)
df	หมายถึง	ค่าองศาอิสระ (degree of freedom)
p	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
t	หมายถึง	ค่าสถิติ t
GFI	หมายถึง	ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index)
AGFI	หมายถึง	ดัชนีวัดความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (Adjust Goodness of Fit Index)
CFI	หมายถึง	ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index)
NFI	หมายถึง	ดัชนีความสอดคล้องสัมพัทธ์ (Normal Fit Index),
NNFI	หมายถึง	ดัชนีแสดงการยอมรับของโมเดล (Non-Normal Fit Index หรือ Tucker Lewis Index (TLI))
RMSEA	หมายถึง	ดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (Root

		Mean Square Error of Approximation)
RMR	หมายถึง	ดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือ (Root of Mean Square Residuals)
SRMR	หมายถึง	ดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของเศษเหลือมาตรฐาน (Standard Root of Mean Square Residuals)
BE	หมายถึง	เมทริกซ์อิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรแฝงภายใน (Beta)
GE	หมายถึง	เมทริกซ์อิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรแฝงภายนอก (Gamma)
DE	หมายถึง	ค่าอิทธิพลทางตรง (Direct effect)
IE	หมายถึง	ค่าอิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect)
TE	หมายถึง	ค่าอิทธิพลรวม (Total effect)
ชื่อย่อตัวแปร		
PSAV	หมายถึง	ตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง สูงอายุ
PSAVD1	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง สูงอายุ
PSAVD2	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน ของผู้ป่วย โรคมะเร็งสูงอายุ
PSAVD3	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต ของผู้ป่วย โรคมะเร็งสูงอายุ
RSAV	หมายถึง	ตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งสูงอายุ

RSAVD1	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RSAVD2	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RSAVD3	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
PPSS	หมายถึง	ตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
PPSSD1	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
PPSSD2	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
PPSSD3	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RPSS	หมายถึง	ตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RPSSD1	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RPSSD2	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RPSS3	หมายถึง	ตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

PWHO	หมายถึง	ตัวแปรแฝงสุขภาพทางใจ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
PWHOA	หมายถึง	ตัวบ่งชี้อารมณ์เชิงบวก ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RWHO	หมายถึง	ตัวแปรแฝงสุขภาพทางใจ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
RWHOA	หมายถึง	ตัวบ่งชี้อารมณ์เชิงบวก ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตอนต้นที่ 1 เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์แจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็นผลการวิเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ประกอบด้วย อายุ, เพศ, อาชีพ, ประเภทของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง, ระยะเวลาการวินิจฉัยโรคมะเร็ง, ประวัติการรักษา, โรคประจำตัว, ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล และ บุคคลพิเศษที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง บุคคลพิเศษ หมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ระบุว่าเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ตนเอง โดยที่บุคคลนั้น ไม่ใช่คนในครอบครัว และ ไม่ใช่เพื่อนของตน โดยวัดจากการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุเอง ว่าบุคคลใดคือบุคคลพิเศษผู้ให้การสนับสนุนและให้ช่วยเหลือทางสังคมแก่ตนเอง แสดงดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ข้อมูลทางประชากรของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n = 120)

รายการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ		
60-70	65	54.17
71-80	46	38.33
81-90	9	7.50
รวม	120	100.00
ต่ำสุด 60 ปี, สูงสุด 86 ปี, ค่าเฉลี่ย 70.03, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.76		
เพศ		
ชาย	45	37.50
หญิง	75	62.50

รวม	120	100.00
การประกอบอาชีพ		
ประกอบอาชีพ	15	12.50
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	105	87.50
รวม	120	100.00
การมีรายได้		
มีรายได้	39	32.50
ไม่มีรายได้	81	67.50
รวม	120	100.00

ตารางที่ 13 (ต่อ)

รายการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ประเภทของโรคมะเร็ง		
มะเร็งลำไส้	43	35.83
มะเร็งนรีเวช	20	16.67
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	13	10.83
มะเร็งปอด	12	10.00
มะเร็งเต้านม	12	10.00
มะเร็งตับ	9	7.50
มะเร็งประเภทอื่น	11	9.17
รวม	120	100.00
ระยะของโรคมะเร็ง		
ระยะที่1	25	20.83
ระยะที่2	34	28.33
ระยะที่3	28	23.33
ระยะที่4	22	18.33
ระยะลุกลาม	10	8.33

ระยะแพร่กระจาย	1	0.83
รวม	120	100.00
ระยะเวลาวินิจฉัย		
ต่ำกว่า 1 ปี	99	82.50
1-2 ปี	9	7.50
3-5 ปี	11	9.17
6-10 ปี	1	0.83
รวม	120	100.00
ประวัติการผ่าตัด		
เคยผ่าตัด	71	59.17
ไม่เคยผ่าตัด	49	40.83
รวม	120	100.00

ตารางที่ 13 (ต่อ)

รายการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ประวัติการรับยาเคมีบำบัด		
เคยรับยาเคมีบำบัด	105	87.50
ไม่เคยรับยาเคมีบำบัด	15	12.50
รวม	120	100.00
ประวัติการรับรังสีรักษา		
เคยรับรังสีรักษา	57	47.50
ไม่เคยรับรังสีรักษา	63	52.50
รวม	120	100.00
ประวัติการรักษาแบบประคับประคอง		
เคยรับการรักษาแบบประคับประคอง	6	5.00
ไม่เคยรับการรักษาแบบประคับประคอง	114	95.00
รวม	120	100.00
ประวัติการรักษาแบบอื่น		
เคยได้รับการรักษาแบบอื่น	0	0.00

ไม่เคยได้รับการรักษาแบบอื่น	120	100.00
รวม	120	100.00
โรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคมะเร็ง		
มีโรคประจำตัวอื่น	82	68.33
ไม่มีโรคประจำตัวอื่น	38	31.67
รวม	120	100.00
ความสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล		
บิดามารดาของญาติผู้ดูแล	63	52.50
คู่ครองของญาติผู้ดูแล	28	23.33
ญาติผู้ใหญ่ของญาติผู้ดูแล	16	13.33
พี่น้องของญาติผู้ดูแล	13	10.83
รวม	120	100.00

ตารางที่ 13 (ต่อ)

รายการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
บุคคลพิเศษที่ให้การสนับสนุนทางสังคม		
เพื่อนบ้าน	71	59.17
คนรู้จัก	20	16.67
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	11	9.17
อดีตเพื่อนร่วมงาน	4	3.33
ไม่มี	14	11.67
รวม	120	100.00

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ใช้บริการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรื ในช่วงระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 ถึง เดือนมิถุนายน 2565 จำนวน 120 ราย อายุระหว่าง 60 ปี ถึง 86 ปี อายุเฉลี่ย 70.03 ปี ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 และ เพศหญิง จำนวน 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีจำนวน 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.50 และ ประกอบอาชีพ จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้ มี

จำนวน 81 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ประจำ มีจำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.5

ในส่วนของประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้มากที่สุด จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.83 รองลงมาได้แก่ โรคมะเร็งนรีเวช จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 โรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.83 โรคมะเร็งปอด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 โรคมะเร็งเต้านม จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 โรคมะเร็งตับ จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.5 และ โรคมะเร็งประเภทอื่น จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.17

กลุ่มตัวอย่างป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะแรก จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.83 ระยะที่ 2 จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.33 ระยะที่ 3 จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.33 ระยะที่ 4 จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.3 ระยะลุกลาม จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.3 และ ระยะแพร่กระจาย จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.83

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งในช่วงระยะเวลาต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.5 ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 ถึง 2 ปี จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.5 ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 3 ปี ถึง 5 ปี จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.17 และ ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งในช่วงระยะเวลา 6 ถึง 10 ปี จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.83

ในส่วนของประวัติการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.17 ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.83 เคยได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.5 ไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 ราย เคยได้รับรังสีรักษา จำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.5 ไม่เคยได้รับรังสีรักษา จำนวน 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.5 เคยได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 และ ไม่เคยรับการรักษแบบประคับประคอง จำนวน 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 95

นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวนอกเหนือจากโรคมะเร็ง จำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.33 และ ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ นอกจากโรคมะเร็ง จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.67

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาของญาติผู้ดูแล จำนวน 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมาเป็นคู่ครอง จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.33 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ใหญ่ของญาติผู้ดูแล มีจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 และ เป็นพี่น้องกับญาติผู้ดูแล จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.83 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษที่เป็นเพื่อนบ้าน จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.17 รองลงมาเป็นคนรู้จัก จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.17 และ อดีตเพื่อนร่วมงาน จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.67

2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ประกอบด้วย อายุ, เพศ, อาชีพ, รายได้, ประเภทของโรคมะเร็งในผู้ป่วยที่ต้องดูแล, ระยะของโรคมะเร็งในผู้ป่วยที่ต้องดูแล, ประวัติการรักษาของผู้ป่วยที่ต้องดูแล, โรคประจำตัว, ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, คุณภาพการนอนหลับ, การทำกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกาย, ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และ บุคคลพิเศษที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งบุคคลพิเศษ หมายถึง บุคคลที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ รับรู้ว่าเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ตนเองๆ โดยที่บุคคลนั้น ไม่ใช่คนในครอบครัว และ ไม่ใช่เพื่อนของตน โดยวัดจากการรายงานด้วยตัวญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุเอง ว่าบุคคลใด คือบุคคลพิเศษผู้ให้การสนับสนุนและให้ช่วยเหลือทางสังคมแก่ตนเอง แสดงดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ข้อมูลทางประชากรของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

รายการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ		
20-30	12	10.00
31-40	22	18.33
41-50	36	30.00
51-60	18	15.00

61-70	22	18.33
71-80	10	8.33
รวม	120	100.00

ต่ำสุด 20 ปี, สูงสุด 79 ปี, ค่าเฉลี่ย 49.49, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.47

เพศ

ชาย	41	34.17
หญิง	79	65.83
รวม	120	100.00

การประกอบอาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ	40	33.33
ประกอบอาชีพ	80	66.67
รวม	120	100.00

รายได้

ไม่มีรายได้	27	22.50
มีรายได้	93	77.50
รวม	120	100.00

ตารางที่ 14 (ต่อ)

รายการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ประเภทของโรคมะเร็งในผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องดูแล		
มะเร็งลำไส้	43	35.83
มะเร็งนรีเวช	20	16.67
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	13	10.83
มะเร็งปอด	12	10.00
มะเร็งเต้านม	12	10.00
มะเร็งตับ	9	7.50
มะเร็งประเภทอื่น	11	9.17
รวม	120	100.00
ระยะของโรคมะเร็งในผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องดูแล		
ระยะที่1	25	20.83

ระยะที่2	34	28.33
ระยะที่3	28	23.33
ระยะที่4	22	18.33
ระยะลูกกลม	10	8.33
ระยะแพร่กระจาย	1	0.83
รวม	120	100.00
ประวัติการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ต้องดูแล		
เคยผ่าตัด	71	59.17
ไม่เคยผ่าตัด	49	40.83
รวม	120	100.00
ประวัติการรับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยที่ต้องดูแล		
เคยรับยาเคมีบำบัด	105	87.50
ไม่เคยรับยาเคมีบำบัด	15	12.50
รวม	120	100.00

ตารางที่ 14 (ต่อ)

รายการ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน(คน)	ร้อยละ
ประวัติการรับรังสีรักษาของผู้ป่วยที่ต้องดูแล		
เคยรับรังสีรักษา	57	47.50
ไม่เคยรับรังสีรักษา	63	52.50
รวม	120	100.00
ประวัติการรักษาแบบประคับประคองของผู้ป่วยที่ต้องดูแล		
เคยรับการรักษาแบบประคับประคอง	6	5.00
ไม่เคยรับการรักษาแบบประคับประคอง	114	95.00
รวม	120	100.00
ประวัติการรักษาแบบอื่นของผู้ป่วยที่ต้องดูแล		
เคยได้รับการรักษาแบบอื่น	0	0.00
ไม่เคยได้รับการรักษาแบบอื่น	120	100.00

รวม	120	100.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ		
บุตรของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ	63	52.50
คู่ครองของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ	28	23.33
หลานของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ	16	13.33
พี่น้องของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ	13	10.83
รวม	120	100.00
โรคประจำตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ		
โรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป	75	62.50
โรคประจำตัว 1 โรค	16	13.33
ไม่มีโรคประจำตัว	29	24.17
รวม	120	100.00

ตารางที่ 14 (ต่อ)

รายการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับของญาติผู้ดูแล		
นอนติดต่อกันตั้งแต่ 7 ชั่วโมงขึ้นไป ต่อคืน	72	60.00
นอนติดต่อกันต่ำกว่า 7 ชั่วโมง ต่อคืน	48	40.00
รวม	120	100.00
การทำกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกายของญาติผู้ดูแล		
ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ต่อสัปดาห์	66	55.00
ต่ำกว่า 3 วัน ต่อสัปดาห์	26	21.67
ไม่มีการทำกิจกรรมทางกาย	28	23.33
รวม	120	100.00
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ		

ต่ำกว่า 1 เดือน	8	6.67
3-6 เดือน	33	27.50
6-12 เดือน	35	29.17
มากกว่า 12 เดือน	44	36.67
รวม	120	100.00
บุคคลพิเศษที่ให้การสนับสนุนทางสังคม		
เพื่อนร่วมงาน	39	32.50
เพื่อนบ้าน	29	24.17
คนรู้จัก	19	15.83
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	14	11.67
ไม่มี	19	15.83
รวม	120	100.00

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุ เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งที่ใช้บริการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรื ในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 ถึง เดือนมิถุนายน 2565 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการยืนยันจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุ ว่าเป็นญาติผู้ดูแลหลัก มีจำนวน 120 ราย อายุระหว่าง 20 ปี ถึง 79 ปี อายุเฉลี่ย 49.49 ปี ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.17 และเพศหญิง จำนวน 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.83 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ มีจำนวน 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้ มีจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.5 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ประจำ มีจำนวน 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.5

ในส่วนของประวัติการดูแลผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเมเร็งลำไส้มากที่สุด จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.83 รองลงมาได้แก่ โรคเมเร็งนรีเวช จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 โรคเมเร็งต่อมน้ำเหลือง จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.83 โรคเมเร็งปอด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 โรคเมเร็งเต้านม จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 โรคเมเร็งตับ จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.5 และ โรคเมเร็งประเภทอื่น 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.17

กลุ่มตัวอย่างต้องดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะแรก จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.8 ระยะที่ 2 จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.33 ระยะที่ 3 จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.33 ระยะที่ 4 จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.3 ระยะลุกลาม จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.33 และ ระยะแพร่กระจาย จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.83

ในส่วนประวัติการรักษาของผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.17 และไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.83 เคยได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.5 ไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 เคยได้รับรังสีรักษา จำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.5 ไม่เคยได้รับรังสีรักษา จำนวน 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.5 เคยได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 และ ไม่เคยรับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 95

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ จำนวน 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.2 รองลงมาเป็นคู่ครอง จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.33 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหลานผู้ป่วย มีจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 และ เป็นพี่น้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.83

ส่วนข้อมูลทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยโรคประจำตัว, คุณภาพการนอนหลับต่อวัน และ การทำกิจกรรมทางกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป จำนวน 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.50 รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว 1 โรค จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 และ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.17

ในด้านคุณภาพการนอนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการนอนหลับติดต่อกันตั้งแต่ 7 ชั่วโมงขึ้นไป ต่อคืน จำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 และ มีการนอนหลับติดต่อกันต่ำกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืน จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 40

ด้านการทำกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการทำกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกายตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ต่อสัปดาห์ มีจำนวน 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วน

กลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกายต่ำกว่า 3 วัน ต่อสัปดาห์ มีจำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.76 และ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการทำกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกายเลย มีจำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.33

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมานานกว่า 12 เดือน มีจำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.67 รองลงมา ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยติดต่อกันตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 12 เดือน มีจำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.17 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 6 เดือน มีจำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.5 และ กลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วยต่ำกว่าเกิน 1 เดือน มีจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษมากที่สุดเป็นเพื่อนร่วมงานจำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมาเป็นเพื่อนบ้าน จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.17 เป็นคนรู้จัก จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.83 และเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรื จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.67 และ อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.83

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม, ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ ตัวแปรสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตอนที่ 2 เป็นการนำเสนอค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ในงานวิจัย ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม, ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ ตัวแปรสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ประกอบด้วย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และ ค่าความโด่ง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัย นำเสนอค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 15

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีค่าเฉลี่ย (mean) คะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 6.17 (ต่ำสุด 5.00, สูงสุด 7.00) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เท่ากับ 0.48 ค่าความเบ้ (skewness) เป็นบวก แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่ มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย และ ค่าความโด่ง (kurtosis) เป็นลบ แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวมาก

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 6.20 (ต่ำสุด 5.00, สูงสุด 7.00) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.54 ค่าความเบ้เป็นบวก แสดงว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย และ ค่าความโด่งเป็นลบ แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวมาก

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 6.13 (ต่ำสุด 5.00, สูงสุด 7.00) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.54 ค่าความเบ้เป็นบวก แสดงว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย และ ค่าความโด่งเป็นลบ แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวมาก

เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (SK) พบว่าตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่มีค่าเข้าใกล้ 0 และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (KU) พบว่า ค่าความโด่งเข้าใกล้ 0 จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและ ตารางที่ 15 แสดงค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)

ตัวแปร	Min-Max	M	SD	SK	KU
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม					
โดยรวม					
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	5.00-7.00	6.17	0.48	0.08	-0.89
ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ	5.00-7.00	6.20	0.54	0.05	-1.15
ญาติผู้ดูแล	5.00-7.00	6.13	0.53	0.12	-0.83
จากครอบครัว					
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	5.00-7.00	6.45	0.54	-0.68	-0.72
ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ	5.00-7.00	6.53	0.62	-1.09	-0.15
ญาติผู้ดูแล	5.00-7.00	6.36	0.60	-0.49	-1.00
จากเพื่อน					
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	5.00-7.00	6.04	0.53	0.09	-0.86

ตัวแปร	Min-Max	M	SD	SK	KU
ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ	5.00-7.00	6.04	0.64	0.14	-1.08
ญาติผู้ดูแล	4.50-7.00	6.04	0.63	0.12	-0.87
จากบุคคลพิเศษ					
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	5.00-7.00	6.02	0.58	0.23	-1.00
ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ	5.00-7.00	6.04	0.67	0.18	-1.17
ญาติผู้ดูแล	4.75-7.00	6.00	0.63	0.15	-0.86

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีการแจกแจงแบบปกติ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างในงานวิจัยต่อไปได้

ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

ผู้วิจัย นำเสนอค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 16

จากตารางที่ 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีค่าเฉลี่ย (mean) คะแนนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกโดยรวม เท่ากับ 6.13 (ต่ำสุด 5.00, สูงสุด 7.00) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เท่ากับ 0.49 ค่าความเบ้ (skewness) เป็นลบ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย และ ค่าความโด่ง (kurtosis) เป็นลบ แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวมาก

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกโดยรวม เท่ากับ 6.16 (ต่ำสุด 5.00, สูงสุด 7.00) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.56 ค่าความเบ้เป็นลบ แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย และ ค่าความโด่งเป็นลบ แสดงว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวมาก

ตารางที่ 16 แสดงค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)

ตัวแปร	Min-Max	M	SD	SK	KU
การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก					
โดยรวม					
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	5.00-7.00	6.13	0.49	-0.26	-0.85

ตัวแปร	Min-Max	M	SD	SK	KU
ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ	5.00-7.00	6.16	0.56	-0.20	-1.02
ญาติผู้ดูแล	5.00-7.00	6.10	0.48	-0.02	-0.76
อดีต					
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	5.00-7.00	6.18	0.51	-0.38	-0.83
ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ	5.00-7.00	6.21	0.61	-0.30	-1.09
ญาติผู้ดูแล	5.00-7.00	6.14	0.49	-0.12	-0.63
ปัจจุบัน					
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	5.00-7.00	6.10	0.50	-0.20	-0.86
ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ	5.00-7.00	6.13	0.57	-0.18	-1.05
ญาติผู้ดูแล	5.00-7.00	6.08	0.53	0.02	-0.94
อนาคต					
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	5.00-7.00	6.11	0.52	-0.18	-0.90
ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ	5.00-7.00	6.13	0.60	-0.06	-1.08
ญาติผู้ดูแล	5.00-7.00	6.09	0.55	-0.09	-0.87

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกโดยรวม เท่ากับ 6.10 (ต่ำสุด 5.00, สูงสุด 7.00) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.48 ค่าความเบ้เป็นลบ แสดงว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย และ ค่าความโด่งเป็นลบ แสดงว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวมาก

เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (SK) พบว่า ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่มีค่าเข้าใกล้ 0 และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (KU) พบว่า ค่าความโด่งเข้าใกล้ 0 จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรการรับรู้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีการแจกแจงแบบปกติ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์หิโมเดลสมการโครงสร้างในงานวิจัยต่อไปได้

ตัวแปรสุขภาวะทางใจ

ผู้วิจัย นำเสนอค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 แสดงค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)

ตัวแปร	Min-Max	M	SD	SK	KU
สุขภาวะทางใจ					
โดยรวม					
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	3.20-5.00	4.22	0.53	-0.09	-1.27
ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ	3.20-5.00	4.23	0.60	-0.15	-1.36
ญาติผู้ดูแล	3.00-5.00	4.21	0.54	-0.01	-1.13

จากตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่าเฉลี่ย (mean) คะแนนสุขภาวะทางใจโดยรวม เท่ากับ 4.22 (ต่ำสุด 3.20, สูงสุด 5.00) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เท่ากับ 0.53 ค่าความเบ้ (skewness) เป็นลบ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย และ ค่าความโด่ง (kurtosis) เป็นลบ แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวมาก

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางใจโดยรวม เท่ากับ 4.23 (ต่ำสุด 3.20, สูงสุด 5.00) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.53 ค่าความเบ้เป็นลบ แสดงว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย และ ค่าความโด่งเป็นลบ แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวมาก

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางใจโดยรวม เท่ากับ 4.21 (ต่ำสุด 3.00, สูงสุด 5.00) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.54 ค่าความเบ้เป็นลบ แสดงว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ย และ ค่าความโด่งเป็นลบ แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวมาก

เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (SK) พบว่าตัวแปรสุขภาวะทางใจในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่มีค่าเข้าใกล้ 0 และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (KU) พบว่า ค่าความโด่งเข้าใกล้ 0 จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรสุขภาวะทางใจในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีการแจกแจงแบบปกติ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างในงานวิจัยต่อไปได้

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงตามโมเดลสมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงตามสมมติฐานการวิจัยจำนวน 3 ตัวแปร แต่ละตัวแปรทำการทดสอบในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ รวมทั้งสิ้น 6 โมเดล ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็นการทดสอบในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ดังนี้

การทดสอบในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

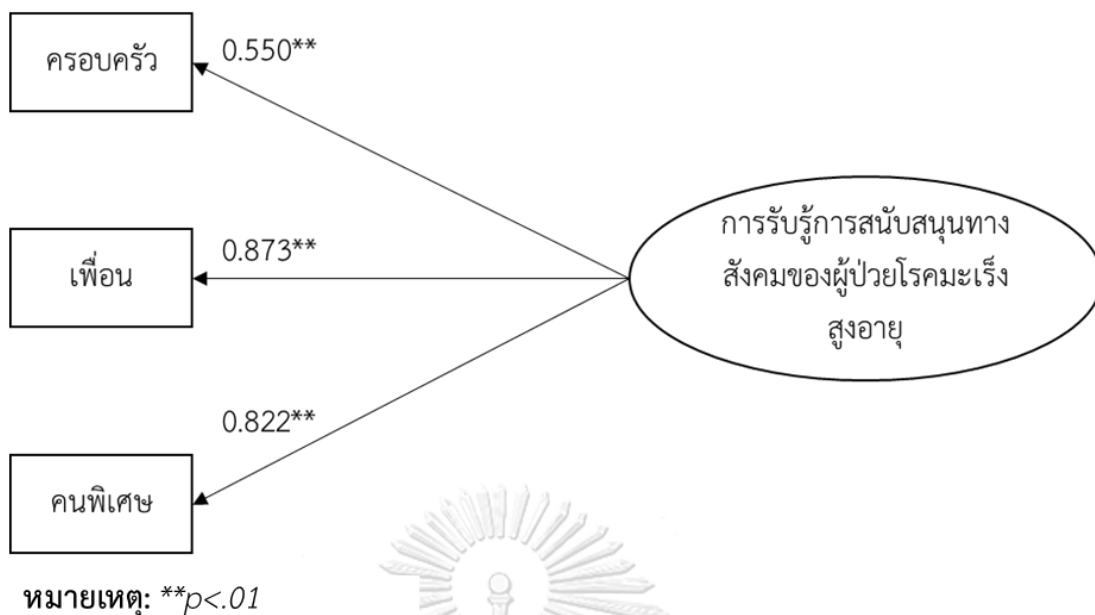
ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 18 และรูปภาพที่ 20

ตารางที่ 18 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
PPSS	PPSSD1	0.550	0.342	0.057	6.023**	0.301
	PPSSD2	0.873	0.555	0.043	12.799**	0.763
	PPSSD3	0.822	0.555	0.043	12.799**	0.675

$\chi^2=0.055$, $df=1$, $p=.813$, $\chi^2/df=0.055$, NFI=1.000, NNFI=1.000, CFI=1.000, GFI=0.995, AGFI=0.998, RMSEA=0.000, RMR=0.002, SRMR=0.006

หมายเหตุ: ** $p<.01$



ภาพที่ 20 โมเดลแสดงผลการวิเคราะห์ที่ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

จากตารางที่ 18 และ รูปภาพที่ 20 พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว, เพื่อน และ บุคคลพิเศษ มีค่าเท่ากับ 0.550 ($p < .01$), 0.873 ($p < .01$) และ 0.822 ($p < .01$) ตามลำดับ และ ค่าดัชนีความสอดคล้องของมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เหมาะสม แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=0.055$, $df=1$, $p=.813$, $\chi^2/df=0.055$, $NFI=1.000$, $NNFI=1.000$, $CFI=1.000$, $GFI=0.995$, $AGFI=0.998$, $RMSEA=0.000$, $RMR=0.002$, $SRMR=0.006$)

เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและดัชนีความสอดคล้องของโมเดลมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (DiStefano & Hess, 2005) และ ค่าดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่มีความเหมาะสม แสดงว่า มาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความตรงเชิงโครงสร้างเหมาะสมสำหรับนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ในงานวิจัยต่อไปได้

การทดสอบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 19 และ รูปภาพที่ 21

จากตารางที่ 19 และ รูปภาพที่ 21 พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวบ่งชี้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว, เพื่อน และ บุคคลพิเศษ มีค่าเท่ากับ 0.575 ($p < .01$), 0.853 ($p < .01$) และ 0.870 ($p < .01$) ตามลำดับและ ค่าดัชนีความสอดคล้องของมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เหมาะสม แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=0.256, df=1, p=.613, \chi^2/df=0.613, NFI=0.998, NNFI=1.000, CFI=1.000, GFI=0.999, AGFI=0.991, RMSEA=0.000, RMR=0.005, SRMR=0.013$)

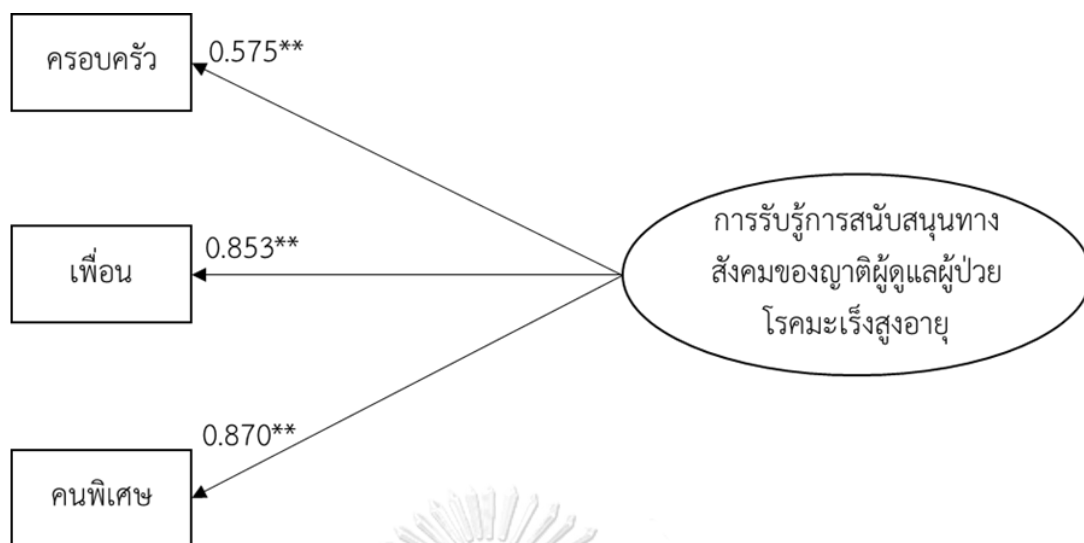
เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและดัชนีความสอดคล้องของโมเดลมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (DiStefano & Hess, 2005) และ ค่าดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่มีความเหมาะสม แสดงว่า มาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความตรงเชิงโครงสร้างเหมาะสมสำหรับนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัยต่อไปได้

ตารางที่ 19 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
RPSS	RPSSD1	0.575	0.347	0.054	6.422**	0.330
	RPSSD2	0.853	0.543	0.042	13.051**	0.728
	RPSSD3	0.870	0.543	0.042	13.051**	0.755

$\chi^2=0.256, df=1, p=.613, \chi^2/df=0.613, NFI=0.998, NNFI=1.000, CFI=1.000, GFI=0.999, AGFI=0.991, RMSEA=0.000, RMR=0.005, SRMR=0.013$

หมายเหตุ: ** $p < .01$



หมายเหตุ: ** $p < .01$

ภาพที่ 21 โมเดลแสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงการรับรู้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

3.2 การวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก แบ่งออกเป็นการทดสอบในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ดังนี้

การทดสอบในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 20 และรูปภาพที่ 22

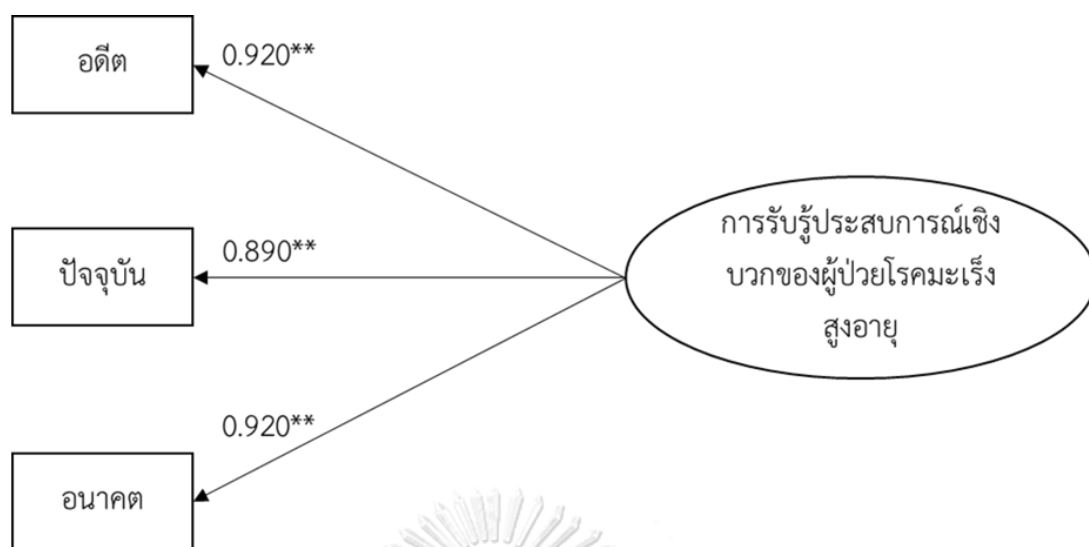
ตารางที่ 20 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝง การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
PSAV	PSAVD1	0.920	0.553	0.039	14.111**	0.842
	PSAVD2	0.890	0.509	0.042	12.249**	0.790
	PSAVD3	0.920	0.553	0.039	14.111**	0.842

$\chi^2=0.095, df=1, p=.757, \chi^2/df=0.095, NFI=1.000, NNFI=1.000, CFI=1.000, GFI=0.999, AGFI=0.997, RMSEA=0.000, RMR=0.003, SRMR=0.008$

หมายเหตุ: ** $p<.01$

จากตารางที่ 20 และ รูปภาพที่ 22 พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจากอดีต, ปัจจุบัน และ อนาคต มีค่าเท่ากับ 0.920 ($p<.01$), 0.890 ($p<.01$) และ 0.920 ($p<.01$) ตามลำดับ และ ค่าดัชนีความสอดคล้องของมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เหมาะสม แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=0.095, df=1, p=.757, \chi^2/df=0.095, NFI=1.000, NNFI=1.000, CFI=1.000, GFI=0.999, AGFI=0.997, RMSEA=0.000, RMR=0.003, SRMR=0.008$)



หมายเหตุ: ** $p < .01$

ภาพที่ 22 โมเดลแสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและดัชนีความสอดคล้องของโมเดลมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (DiStefano & Hess, 2005) และ ค่าดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่มีความเหมาะสม แสดงว่า มาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีความตรงเชิงโครงสร้างเหมาะสมสำหรับนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัยต่อไปได้

การทดสอบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 21 และ รูปภาพที่ 23

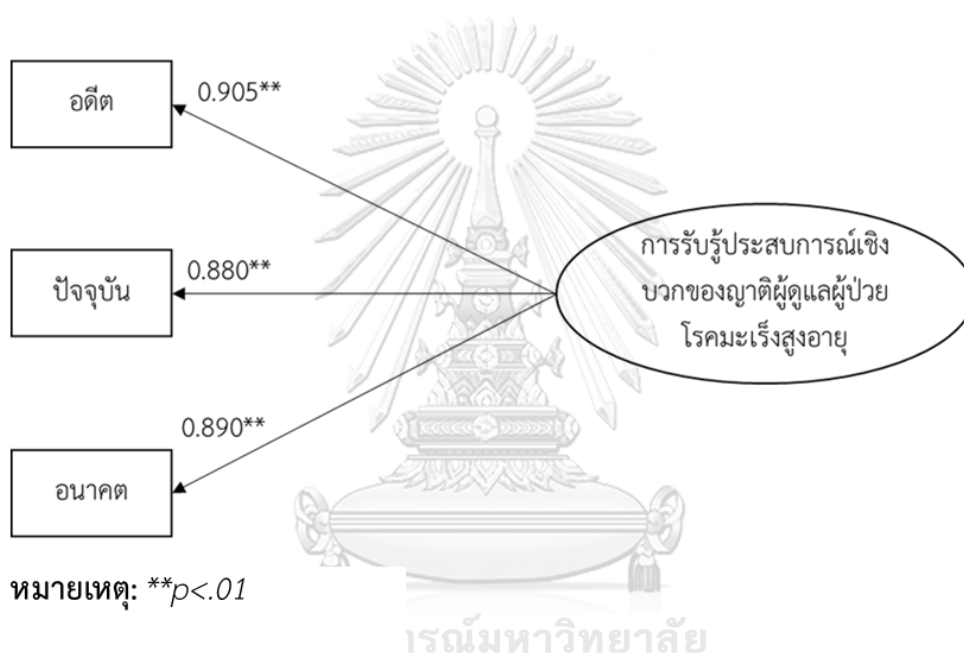
ตารางที่ 21 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝง การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนัก	SE	t	R ²
--------	-----------	----------------	------------	----	---	----------------

องค์ประกอบ (b)						
RSAV	RSAVD1	0.905	0.450	0.033	13.653**	0.819
	RSAVD2	0.880	0.450	0.033	13.653**	0.771
	RSAVD3	0.890	0.488	0.040	12.249**	0.799

$\chi^2=1.043, df=1, p=.307, \chi^2/df=1.043, NFI=0.996, NNFI=1.000, CFI=1.000, GFI=0.994, AGFI=0.966,$
 $RMSEA=0.019, RMR=0.032, SRMR=0.008$

หมายเหตุ: ** $p<.01$



ภาพที่ 23 โมเดลแสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

จากตารางที่ 21 และ รูปภาพที่ 23 พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวบ่งชี้การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจากอดีต, ปัจจุบัน และ อนาคต มีค่าเท่ากับ 0.905 ($p<.01$), 0.880 ($p<.01$) และ 0.890 ($p<.01$) ตามลำดับ และ ค่าดัชนีความสอดคล้องของมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เหมาะสม แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=1.043, df=1, p=.307, \chi^2/df=1.043, NFI=0.996, NNFI=1.000, CFI=1.000, GFI=0.994, AGFI=0.966, RMSEA=0.019, RMR=0.032, SRMR=0.008$)

เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและดัชนีความสอดคล้องของโมเดลมาตรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (DiStefano & Hess, 2005) และ ค่าดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่มีความเหมาะสม แสดงว่า มาตรการประสบการณ์เชิงบวก มีความตรงเชิงโครงสร้างเหมาะสมสำหรับนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัยต่อไปได้

3.3 การวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรการวัดตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจ

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรการวัดตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจ แบ่งออกเป็นการทดสอบในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ดังนี้

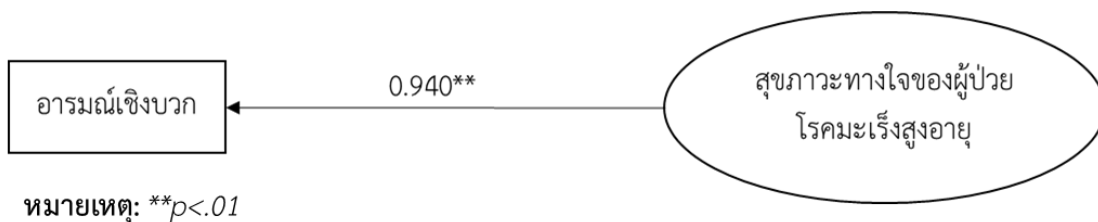
การทดสอบในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรการวัดตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 22 และ รูปภาพที่ 24 ตารางที่ 22 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรการวัดตัวแปรสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
PWHO	PWHA	0.940	2.792	0.274	10.189**	0.876

$$\chi^2=0.419, df=1, p=.517, \chi^2/df=0.049, GFI=1.000, AGFI=1.000, RMSEA=0.000$$

หมายเหตุ: **p<.01



ภาพที่ 24 โมเดลแสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

จากตารางที่ 22 และ รูปภาพที่ 24 พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวบ่งชี้ อารมณ์เชิงบวก มีค่าเท่ากับ 0.940 ($p < .01$) และ ค่าดัชนีความสอดคล้องของมาตรวัดสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เหมาะสม แสดงว่าโมเดล มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=0.419$, $df=1$, $p=.517$, $\chi^2/df=0.049$, GFI=1.000, AGFI=1.000, RMSEA=0.000)

เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยันและดัชนีความสอดคล้องของโมเดลมาตรวัดสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (DiStefano & Hess, 2005) และ ค่าดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่มีความเหมาะสม แสดงว่า มาตรวัดสุขภาวะทางใจ มีความตรงเชิงโครงสร้างเหมาะสมสำหรับนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัยต่อไปได้

การทดสอบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัด ตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจ ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 23 และ รูปภาพที่ 25

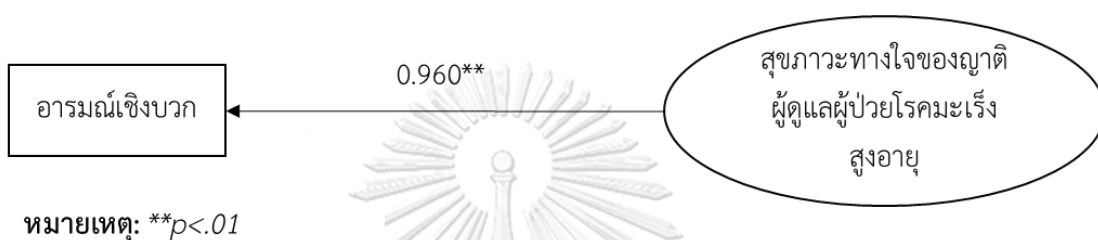
จากตารางที่ 23 และ รูปภาพที่ 25 พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวบ่งชี้ อารมณ์เชิงบวก มีค่าเท่ากับ 0.960 ($p < .01$) และ ค่าดัชนีความสอดคล้องของมาตรวัดสุขภาวะทางใจ ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เหมาะสม แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=1.234$, $df=1$, $p=.266$, $\chi^2/df=1.234$, GFI=1.000, AGFI=1.000, RMSEA=0.044)

ตารางที่ 23 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจ ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
RWHO	RWHO	0.960	2.458	0.244	10.073**	0.929

$\chi^2=1.234, df=1, p=.266, \chi^2/df=1.234, GFI=1.000, AGFI=1.000, RMSEA=0.044$

หมายเหตุ: ** $p < .01$



ภาพที่ 25 โมเดลแสดงผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรวัดสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและดัชนีความสอดคล้องของโมเดลมาตรวัดสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (DiStefano & Hess, 2005) และ ค่าดัชนีความสอดคล้องส่วนใหญ่มีความเหมาะสม แสดงว่า มาตรวัดสุขภาวะทางใจ มีความตรงเชิงโครงสร้างเหมาะสมสำหรับนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัยต่อไปได้

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์โมเดลตัวแปรส่งผ่าน (Mediation Analysis) ของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตอนที่ 4 เป็นการนำเสนอผลการประมาณค่าอิทธิพลทางตรง (direct effect) ค่าอิทธิพลทางอ้อม (indirect effect) และ ค่าอิทธิพลรวม (total effect) ระหว่างตัวแปรแฝงในโมเดล ประกอบด้วย

ตัวแปรแฝงภายนอก (exogeneous variable) จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรแฝงภายใน (endogenous variable) จำนวน 2 ตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปรแฝงภายในที่เป็นตัวแปรส่งผ่าน จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ ตัวแปรแฝงภายในที่เป็นตัวแปรตาม จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรสุขภาวะทางใจ

ผู้วิจัยแบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 2 โมเดล ได้แก่ ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและ สุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ผู้วิจัย ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ในการวิจัย ประกอบด้วย การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม และ การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น เพื่อตรวจสอบปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) แสดงดังตารางที่ 24 และ ตารางที่ 25

จากตารางที่ 24พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวในโมเดล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ ตัวแปรต้นแต่ละตัวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน 0.9 (Hair et al., 2010; Hair et al., 2017; Ringim et al., 2012) เมื่อพิจารณาจากค่าดัชนี Kaiser – Meyer – Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) พบว่ามีค่า 0.887 และ ค่าสถิติ Bartlett's Test of Sphericity มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 แสดงว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของข้อวัดทั้งหมดในภาพรวมมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ต่อไปได้

ตารางที่ 24 เมทริกซ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ(n=120)

ตัวแปร	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3	PSAVD1	PSAVD2	PSAVD3	PWAOA
PPSSD1	1.00						
PPSSD2	.484**	1.00					
PPSSD3	.443**	.717**	1.00				
PSAVD1	.620**	.601**	.514**	1.00			
PSAVD2	.618**	.567**	.509**	.818**	1.00		
PSAVD3	.630**	.575**	.475**	.842**	.813**	1.00	
PWAOA	.510**	.476**	.517**	.602**	.647**	.571**	1.00
<i>M</i>	6.533	6.042	6.035	6.215	6.130	6.134	4.228
<i>SD</i>	0.623	0.638	0.673	0.607	0.573	0.599	0.600

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO): 0.887

Bartlett's Test of Sphericity: Chi - Square = 581.329, df = 21, $p = .000$

หมายเหตุ: ** $p < 0.01$

ตารางที่ 25 ค่าสถิติพหุสัมพันธ์ของตัวแปรต้นในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

ตัวแปร	สถิติพหุสัมพันธ์	
	Tolerance	VIF
PPSSD1	0.547	1.828
PPSSD2	0.404	2.477
PPSSD3	0.465	2.150
PSAVD1	0.227	4.414
PSAVD2	0.266	3.761
PSAVD3	0.234	4.281

จากตารางที่ 25 พบว่า ตัวแปรทั้งหมดมีค่าสัดส่วนความแปรปรวน (Tolerance) สูงกว่า 0.1 และ มีค่าปัจจัยความแปรปรวน (Variance Inflation Factors) ไม่เกิน 10 (Hair et al., 2010) แสดงว่าตัวแปรต้น ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์หาค่าองค์ประกอบเชิงยืนยัน ต่อไปได้

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจโดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
PPSS	PPSSD1	0.953	0.594	0.073	8.137**	0.909
	PPSSD2	0.891	0.569	0.052	10.961**	0.795
	PPSSD3	0.804	0.541	0.056	9.662**	0.647
PSAV	PSAVD1	0.919	0.558	0.036	15.645**	0.805
	PSAVD2	0.897	0.514	0.033	15.662**	0.825
	PSAVD3	0.908	0.545	0.036	15.265**	0.844
PWHO	PWHA	0.850	0.510	0.069	7.363**	0.723

หมายเหตุ: ** $p < .01$

จากตารางที่ 26 พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด มีค่าระหว่าง 0.804 ถึง 0.953 โดยที่ทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ตัวแปรแฝงทั้งหมดสามารถวัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมดตามโครงสร้างทฤษฎี (Distefano & Hess, 2005)

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ ค่าอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 27 และ รูปภาพที่ 26

ตารางที่ 27 แสดงค่าอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม					
	การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ($R^2 = 0.509$)			สุขภาพทางใจ ($R^2 = 0.629$)		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	0.713** (0.093)	-	0.713** (0.093)	0.182 (0.107)	0.466** (0.123)	0.648** (0.132)
การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก	-	-	-	0.653** (0.160)	-	0.653** (0.160)

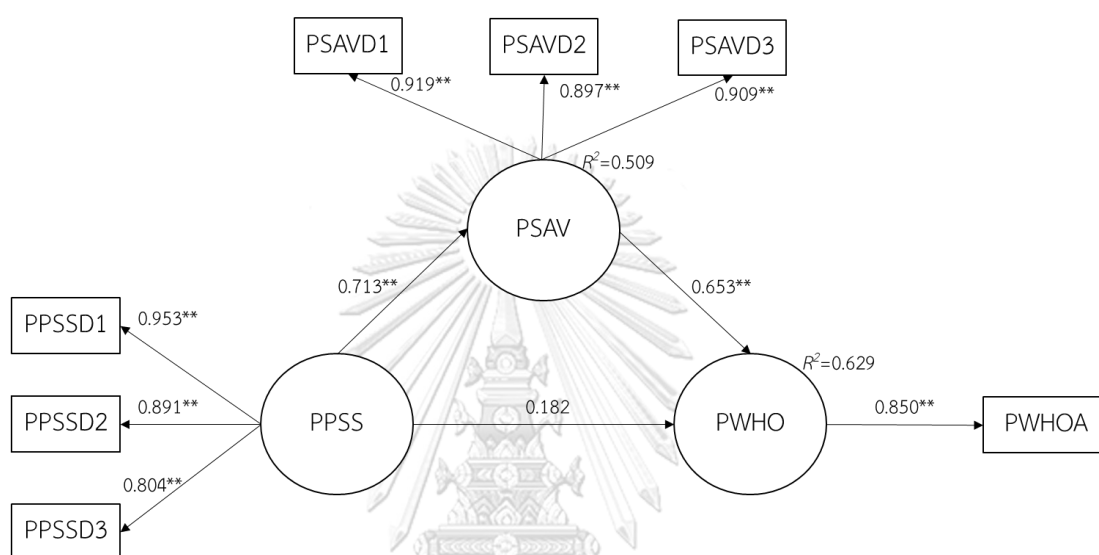
$\chi^2=10.807$, $df=10$, $p=.372$, $\chi^2/df=1.080$, $NFI=0.982$, $NNFI=0.997$, $CFI=0.999$, $GFI=0.974$, $AGFI=0.926$,
 $RMSEA=0.025$, $RMR=0.008$, $SRMR=0.021$

หมายเหตุ: ** $p < .01$

จากตารางที่ 27 และ รูปภาพที่ 26 พบว่า ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม, ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และตัวแปรสุขภาพทางใจ ต่างมีความสัมพันธ์กันทางบวก เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อม ระหว่างตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับตัวแปรสุขภาพทางใจ พบว่า มีขนาดอิทธิพลรวม เท่ากับ 0.648 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แบ่งเป็น ขนาดอิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.182 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และ ขนาดอิทธิพลทางอ้อม เท่ากับ 0.466 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนค่าอิทธิพลระหว่างตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับตัวแปรสุขภาพทางใจ พบว่า มีขนาดอิทธิพลรวม และ ขนาดอิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.653 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก พบว่า มีขนาดอิทธิพลรวมและอิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.713 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาจากค่าอิทธิพลทางตรง ค่าอิทธิพลทางอ้อม และค่าอิทธิพลรวม ระหว่างตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม, ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ ตัวแปรสุขภาพทางใจ พบว่า ตัวแปรต้นการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อตัวแปรสุขภาพทางใจในผู้ป่วย

โรคเครียดสูงอายุ โดยมีตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านสมบูรณ์ (full mediation) (Hair et al., 2010) ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม อธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคเครียดสูงอายุได้ ร้อยละ 50.9 และ ตัวแปรทั้งหมดร่วมกัน อธิบายความแปรปรวนของสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคเครียดสูงอายุได้ ร้อยละ 62.9



ภาพที่ 26 โมเดลแสดงค่าอิทธิพลของโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านในผู้ป่วยโรคเครียดสูงอายุ (n=120)

หมายเหตุ: ** $p < .01$

เมื่อพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในผู้ป่วยโรคเครียดสูงอายุ พบว่า โมเดลมีค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ($\chi^2 = 10.807$, $df = 10$, $p = .372$, $\chi^2/df = 1.080$, $NFI = 0.982$, $NNFI = 0.997$, $CFI = 0.999$, $GFI = 0.974$, $AGFI = 0.926$, $RMSEA = 0.025$, $RMR = 0.008$, $SRMR = 0.021$) แสดงว่า โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในผู้ป่วยโรคเครียดสูงอายุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถอ้างอิงไปยังประชากรส่วนใหญ่ได้

4.2 โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ผู้วิจัย ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ในการวิจัย ประกอบด้วย การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม และ การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น เพื่อตรวจสอบปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) แสดงดังตารางที่ 28 และ ตารางที่ 29

ตารางที่ 28 เมทริกซ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจโดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n = 120)

ตัวแปร	RPSSD1	RPSSD2	RPSSD3	RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO
RPSSD1	1.00						
RPSSD2	.477**	1.00					
RPSSD3	.511**	.741**	1.00				
RSAVD1	.548**	.537**	.429**	1.00			
RSAVD2	.580**	.629**	.532**	.798**	1.00		
RSAVD3	.565**	.587**	.495**	.800**	.798**	1.00	
RWHO	.570**	.549**	.449**	.579**	.607**	.662**	1.00
M	6.363	6.035	6.002	6.145	6.075	6.089	4.205
SD	0.603	0.631	0.630	0.487	0.526	0.546	0.535

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO): 0.873

Bartlett's Test of Sphericity: Chi - Square = 566.301, df = 21, $p = .000$

หมายเหตุ: ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 28 พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวในโมเดลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรต้นแต่ละตัวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน 0.9 (Hair et al., 2010; Haur et al., 2017; Ringim et al., 2012) เมื่อพิจารณาจากค่าดัชนี Kaiser - Meyer - Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) พบว่ามีค่า 0.873 และ ค่าสถิติ Bartlett's Test of Sphericity มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 แสดงว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของข้อวัดทั้งหมดในภาพรวมมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลชุดนี้สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์

องค์ประกอบเชิงยืนยัน ต่อไปได้ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ต่อไปได้

ตารางที่ 29 ค่าสถิติพหุสัมพันธ์ของตัวแปรต้นในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

ตัวแปร	สถิติพหุสัมพันธ์	
	Tolerance	VIF
RPSSD1	0.579	1.727
RPSSD2	0.367	2.721
RPSSD3	0.414	2.413
RSAVD1	0.284	3.519
RSAVD2	0.259	3.865
RSAVD3	0.277	0.609

จากตารางที่ 29 พบว่า ตัวแปรทั้งหมดมีค่าสัดส่วนความแปรปรวน (Tolerance) สูงกว่า 0.1 และมีค่าปัจจัยความแปรปรวน (Variance Inflation Factors) ไม่เกิน 10 (Hair et al., 2010) แสดงว่าตัวแปรต้น ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ต่อไปได้

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 30

ตารางที่ 30 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
RPSS	RPSSD1	0.785	0.564	0.070	8.035**	0.616
	RPSSD2	0.949	0.597	0.050	11.955**	0.911
	RPSSD3	0.739	0.493	0.052	9.413**	0.546
RSAV	RSAVD1	0.880	0.428	0.044	9.727**	0.775
	RSAVD2	0.899	0.473	0.034	13.951**	0.807
	RSAVD3	0.902	0.492	0.035	14.036**	0.813
RWHO	RWHO A	0.807	0.432	0.098	4.392**	0.651

หมายเหตุ: ** $p < .01$

จากตารางที่ 30 พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด มีค่าระหว่าง 0.739 ถึง 0.949 โดยที่ทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ตัวแปรแฝงทั้งหมดสามารถวัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด ตามโครงสร้างทฤษฎี (Distefano & Hess, 2005)

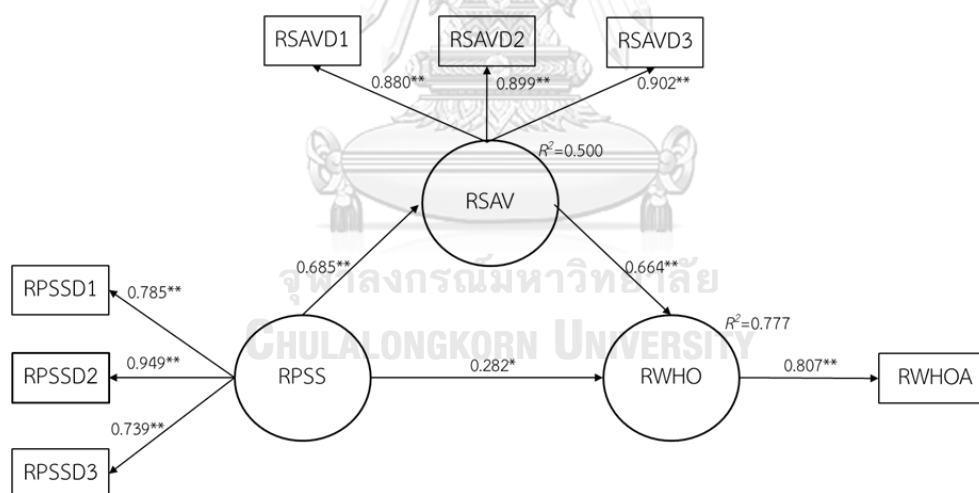
ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 31 และ รูปภาพที่ 27

ตารางที่ 31 แสดงค่าอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม					
	การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ($R^2 = 0.500$)			สุขภาวะทางใจ ($R^2 = 0.777$)		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	0.685** (0.094)	-	0.685** (0.094)	0.282* (0.118)	0.455** (0.151)	0.737** (0.196)
การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก	-	-	-	0.664** (0.209)	-	0.664** (0.209)

$\chi^2=9.273$, $df=10$, $p=.506$, $\chi^2/df=0.927$, $NFI=0.984$, $NNFI=1.000$, $CFI=1.000$, $GFI=0.979$, $AGFI=0.942$,
 $RMSEA=0.000$, $RMR=0.006$, $SRMR=0.020$

หมายเหตุ: ** $p < .01$



หมายเหตุ: ** $p < .01$, * $p < .05$

ภาพที่ 27 โมเดลแสดงค่าอิทธิพลโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

จากตารางที่ 31 และ รูปภาพที่ 27 พบว่า ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม, ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และตัวแปรสุขภาวะทางใจ ต่างมีความสัมพันธ์กันทางบวก เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อม ระหว่างตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับตัวแปรสุขภาวะทางใจ พบว่า มีขนาดอิทธิพลรวม เท่ากับ 0.737 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แบ่งเป็น ขนาดอิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.282 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ขนาดอิทธิพลทางอ้อม เท่ากับ 0.455 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนค่าอิทธิพลระหว่างตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับตัวแปรสุขภาวะทางใจ พบว่า มีขนาดอิทธิพลรวม และ ขนาดอิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.664 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก พบว่า มีขนาดอิทธิพลรวมและอิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.685 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาจากค่าอิทธิพลทางตรง ค่าอิทธิพลทางอ้อม และค่าอิทธิพลรวม ระหว่างตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม, ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ ตัวแปรสุขภาวะทางใจ พบว่า ตัวแปรต้นการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อตัวแปรสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านบางส่วน (partial mediation) (Hair et al., 2010) ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม อธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ ร้อยละ 50 และ ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ ร้อยละ 77.7

เมื่อพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า โมเดลมีค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ($\chi^2=9.273$, $df=10$, $p=.506$, $\chi^2/df=0.927$, NFI=0.984, NNFI=1.000, CFI=1.000, GFI=0.979, AGFI=0.942, RMSEA=0.000, RMR=0.006, SRMR=0.020) แสดงว่า โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและ สุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถอ้างอิงไปยังประชากรส่วนใหญ่ได้

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์โมเดลทวิสัมพันธ์ (Actor-Partner Interdependence Model: APIM) ของโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ โมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตอนที่ 5 เป็นการนำเสนอผลการประมาณค่าอิทธิพลต่างๆ ในโมเดลทวิสัมพันธ์ประกอบด้วยอิทธิพลทางตรง (Actor-effect) อิทธิพลทางไขว้ (Partner-effect) และ อิทธิพลเชิงทวิสัมพันธ์ (Interdependence-effect) แบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 2 โมเดล ได้แก่ ผลการวิเคราะห์โมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ผลการวิเคราะห์โมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

5.1 โมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ประกอบด้วยตัวแปรแฝงภายนอก (exogenous variable) และ ตัวแปรแฝงภายใน (endogenous variable) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

5.1.1 ตัวแปรแฝงภายนอก (exogenous variable) จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่

5.1.1.1 ตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (PPSS) ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (PPSSD1) ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (PPSSD2) และ ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ (PPSSD3)

5.1.1.2 ตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (RPSS) ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (RPSSD1) ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (RPSSD2) และ ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ (RPSSD3)

5.1.2 ตัวแปรแฝงภายใน (endogenous variable) จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่

5.1.2.1 ตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (PWHO) ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอารมณ์เชิงบวก (PWHOA)

5.1.2.2 ตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (RWHO) ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอารมณ์เชิงบวก (RWHOA)

ผู้วิจัย ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ในการวิจัย ประกอบด้วย การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม และ การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น เพื่อตรวจสอบปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) แสดงดังตารางที่ 32 และ ตารางที่ 33

ตารางที่ 32 เมทริกซ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)

ตัวแปร	PPSSD1	RPSSD1	PPSSD2	RPSSD2	PPSSD3	RPSSD3	PWHOA	RWHOA
PPSSD1	1.00							
RPSSD1	.555**	1.00						
PPSSD2	.484**	.451**	1.00					
RPSSD2	.335**	.477**	.406**	1.00				
PPSSD3	.443**	.468**	.717**	.380**	1.00			
RPSSD3	.294**	.511**	.456**	.741**	.492**	1.00		
PWHOA	.510**	.541**	.476**	.496**	.517**	.413**	1.00	
RWHOA	.450**	.570**	.425**	.549**	.424**	.449**	.723**	1.00
<i>M</i>	6.533	6.363	6.042	6.035	6.035	6.002	4.228	4.205
<i>SD</i>	0.623	0.603	0.638	0.631	0.673	0.630	0.600	0.535

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO): 0.830

Bartlett's Test of Sphericity: Chi - Square = 497.213, df = 28, $p < .001$

หมายเหตุ: ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 32 พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวในโมเดล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรต้นแต่ละตัวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน 0.9 (Hair et al., 2010; Haur et al., 2017; Ringim et al., 2012) เมื่อพิจารณาจากค่าดัชนี Kaiser - Meyer - Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) พบว่ามีค่า 0.830 และ ค่าสถิติ Bartlett's Test of

Sphericity มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .001 แสดงว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของข้อวัดทั้งหมดในภาพรวมมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยัน ต่อไปได้

ตารางที่ 33 ค่าสถิติพหุสัมพันธ์ของตัวแปรต้นในโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะ ทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)

ตัวแปร	สถิติพหุสัมพันธ์	
	Tolerance	VIF
PPSSD1	0.607	1.644
RPSSD1	0.543	1.841
PPSSD2	0.437	2.283
RPSSD2	0.428	2.336
PPSSD3	0.435	2.297
RPSSD3	0.379	2.634

จากตารางที่ 33 พบว่า ตัวแปรทั้งหมดมีค่าสัดส่วนความแปรปรวน (Tolerance) สูงกว่า 0.1 และมีค่าปัจจัยความแปรปรวน (Variance Inflation Factors) ไม่เกิน 10 (Hair et al., 2010) แสดงว่าตัวแปรต้น ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยัน ต่อไปได้

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 34

จากตารางที่ 34 พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด มีค่าระหว่าง 0.664 ถึง 0.982 โดยที่ทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ตัวแปรแฝงทั้งหมดสามารถวัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด ตามโครงสร้างทฤษฎี (Distefano & Hess, 2005)

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 35 และ รูปภาพที่ 28

ตารางที่ 34 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)

ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
PPSS	PPSSD1	0.664	0.414	0.057	7.241**	0.442
	PPSSD2	0.695	0.443	0.061	7.328**	0.483
	PPSSD3	0.706	0.472	0.063	7.507**	0.499
RPSS	RPSSD1	0.757	0.456	0.053	8.597**	0.572
	RPSSD2	0.675	0.426	0.057	7.495**	0.456
	RPSSD3	0.640	0.404	0.058	7.004**	0.410
PWHO	PWHA	0.850	0.510	0.039	13.076**	0.723
RWHO	RWHA	0.982	0.526	0.040	13.150**	0.965

หมายเหตุ: ** $p < .01$

จากตารางที่ 35 และ รูปภาพที่ 28 พบว่า ตัวแปรทั้งหมดในโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีความสัมพันธ์กันในทางบวก กล่าวคือ (1) ค่าอิทธิพลทางตรง (actor-effect) ได้แก่ ตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (PPSS) ส่งอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจของตนเอง (PWHO) เท่ากับ 0.592 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ ตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (RPSS) ส่งอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจของตนเอง (RWHO) เท่ากับ 0.747 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (2) ค่าอิทธิพลทางไขว้ (partner-effect) ได้แก่ ตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (PPSS) ส่งอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (RWHO) เท่ากับ 0.025 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ ตัวแปรแฝงการรับรู้

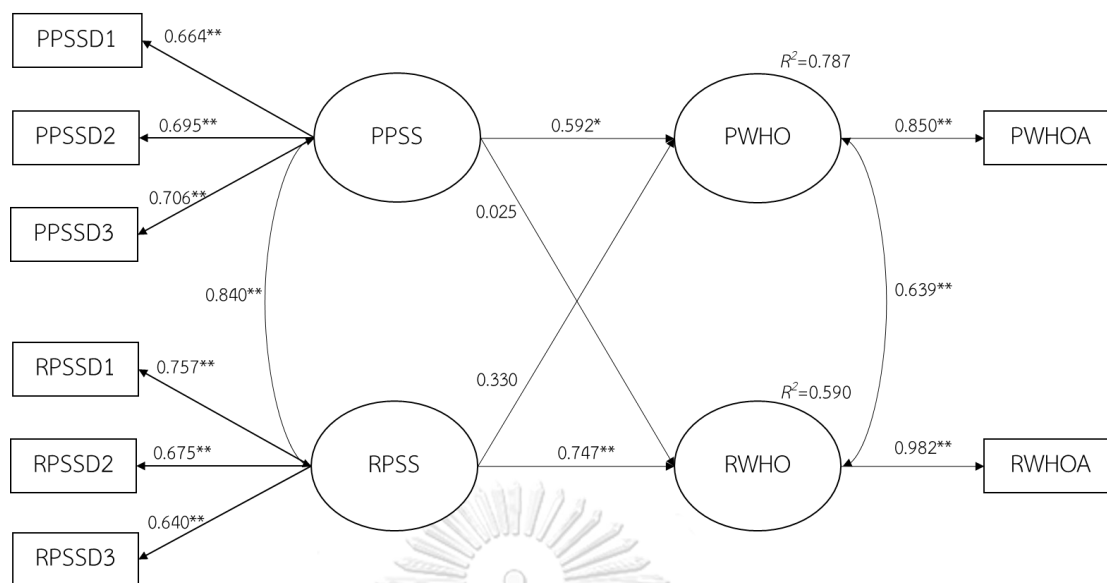
การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (RPSS) ส่งอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (PWHO) เท่ากับ 0.330 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ(3)ค่าอิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ (Interdependence effect) ได้แก่ ตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (PPSS) และ ตัวแปรแฝงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (RPSS) มีอิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ต่อกัน เท่ากับ 0.840 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ ตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีอิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ต่อกัน เท่ากับ 0.639 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 35 แสดงค่าอิทธิพลของโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)

Effect	ค่าอิทธิพล (β)	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b)	SE	t	R ²
Actor Effect					
PPSS→PWHO	0.592	0.592	0.298	1.983*	-
RPSS→RWHO	0.747	0.747	0.282	2.646**	-
Partner Effect					
PPSS→RWHO	0.025	0.025	0.287	0.086	-
RPSS→PWHO	0.330	0.330	0.298	1.105	-
Interdependence Effect					
PPSS←→RPSS	0.840	0.840	0.080	10.565**	-
PWHO←→RWHO	0.639	0.639	0.054	11.833**	-
PWHO	-	-	-	-	0.787
RWHO	-	-	-	-	0.590

$\chi^2=13.542, df=12, p=.330, \chi^2/df=1.128, NFI=0.974, NNFI=0.993, CFI=0.997, GFI=0.973, AGFI=0.918, RMSEA=0.032, RMR=0.010, SRMR=0.026$

หมายเหตุ: * $p<.05$, ** $p<.01$



ภาพที่ 28 โมเดลแสดงค่าอิทธิพลของโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)

เมื่อพิจารณาจากค่าอิทธิพลทางตรง (actor-effect), ค่าอิทธิพลทางไขว้ (partner-effect), ค่าอิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ (Interdependence effect) และ ค่านัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของตนเอง แต่ไม่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของอีกฝ่ายในทางไขว้ โดยที่ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของทั้งสองฝ่ายมีอิทธิพลต่อกันในทางทวิสัมพันธ์ และ ตัวแปรสุขภาวะทางใจของทั้งสองฝ่ายต่างก็มีอิทธิพลต่อกันในทางทวิสัมพันธ์เช่นเดียวกัน โดยตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ได้ร้อยละ 78.7 และ ร้อยละ 59 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่าโมเดลมีค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ($\chi^2=13.542$, $df=12$, $p=.330$, $\chi^2/df=1.128$, $NFI=0.974$, $NNFI=0.993$, $CFI=0.997$, $GFI=0.973$, $AGFI=0.918$, $RMSEA=0.032$, $RMR=0.010$, $SRMR=0.026$) แสดงว่า โมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถอ้างอิงไปยังประชากรส่วนใหญ่ได้

5.2 โมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ประกอบด้วยตัวแปรแฝงภายนอก (exogenous variable) และ ตัวแปรแฝงภายใน (endogenous variable) ดังนี้

5.2.1 ตัวแปรแฝงภายนอก (exogenous variable) จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่

5.2.1.1 ตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (PSAV) ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต (PSAVD1) ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน (PSAVD2) และ ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต (PSAVD3)

5.2.1.2 ตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (RSAV) ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต (RSAVD1) ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน (RSAVD2) และ ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต (RSAVD3)

5.2.2 ตัวแปรแฝงภายใน (endogenous variable) จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่

5.2.2.1 ตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (PWHO) ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอารมณ์เชิงบวก (PWHOA)

5.2.2.2 ตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (RWHO) ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวก (RWHOA)

ผู้วิจัย ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ในการวิจัย ประกอบด้วย การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม และ การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น เพื่อตรวจสอบปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) แสดงดังตารางที่ 36 และ ตารางที่ 37

ตารางที่ 36 เมทริกซ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)

ตัวแปร	PSAVD1	RSAVD1	PSAVD2	RSAVD2	PSAVD3	RSAVD3	PWHAO	RWHAO
PSAVD1	1.00							
RSAVD1	.732**	1.00						
PSAVD2	.818**	.603**	1.00					
RSAVD2	.646**	.798**	.655**	1.00				
PSAVD3	.842**	.634**	.813**	.597**	1.00			
RSAVD3	.671**	.800**	.631**	.798**	.671**	1.00		
PWHAO	.602**	.525**	.647**	.553**	.571**	.584**	1.00	
RWHAO	.556**	.579**	.549**	.607**	.499**	.662**	.723**	1.00
<i>M</i>	6.215	6.145	6.130	6.075	6.134	6.089	4.228	4.205
<i>SD</i>	0.607	0.487	0.573	0.526	0.599	0.546	0.600	0.535

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO): 0.830

Bartlett's Test of Sphericity: Chi – Square = 497.213, df = 28, $p < .001$

หมายเหตุ: ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 36 พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวในโมเดล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรต้นแต่ละตัวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน 0.9 (Hair et al., 2010; Hair et al., 2017; Ringim et al., 2012) เมื่อพิจารณาจากค่าดัชนี Kaiser – Meyer – Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) พบว่ามีค่า 0.887 และ ค่าสถิติ Bartlett's Test of Sphericity มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 แสดงว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของข้อวัดทั้งหมดในภาพรวมมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยัน ต่อไปได้

จากตารางที่ 37 พบว่า ตัวแปรทั้งหมดมีค่าสัดส่วนความแปรปรวน (Tolerance) สูงกว่า 0.1 และมีค่าปัจจัยความแปรปรวน (Variance Inflation Factors) ไม่เกิน 10 (Hair et al., 2010) แสดงว่าตัวแปรต้น ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติ

ผู้ดูแล ไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยัน ต่อไปนี้

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 38

ตารางที่ 37 ค่าสถิติพหุสัมพันธ์ ของตัวแปรต้นในโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)

ตัวแปร	สถิติพหุสัมพันธ์	
	Tolerance	VIF
PSAVD1	0.188	5.308
RSAVD1	0.233	4.296
PSAVD2	0.246	4.063
RSAVD2	0.261	3.822
PSAVD3	0.226	4.407
RSAVD3	0.260	3.832

จากตารางที่ 38 พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด มีค่าระหว่าง 0.850 ถึง 0.982 โดยที่ทุกค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ตัวแปรแฝงทั้งหมดสามารถวัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด ตามโครงสร้างทฤษฎี (Distefano & Hess, 2005)

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ โมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แสดงดังตารางที่ 39 และ รูปภาพที่ 29

จากตารางที่ 39 และ รูปภาพที่ 29 พบว่า ตัวแปรทั้งหมดในโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีความสัมพันธ์กันในทางบวก กล่าวคือ (1) ค่าอิทธิพลทางตรง (actor-effect) ได้แก่ ตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (PSAV) ส่งอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงสุข

ภาวะทางใจของตนเอง (PWHO) เท่ากับ 0.554 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และ ตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (RSAV) ส่งอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจของตนเอง (RWHO) เท่ากับ 0.617 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (2) ค่าอิทธิพลทางไขว้ (partner-effect) ได้แก่ ตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (PSAV) ส่งอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแล (RWHO) เท่ากับ 0.118 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ ตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (RSAV) ส่งอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (RWHO) เท่ากับ 0.305 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (3) ค่าอิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ (Interdependence effect) ได้แก่ ตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (PSAV) และ ตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (RSAV) มีอิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ต่อกัน เท่ากับ 0.788 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ ตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (PWHO) กับ ตัวแปรแฝงสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (RWHO) มีอิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ต่อกัน เท่ากับ 0.545 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 38 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ของโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)

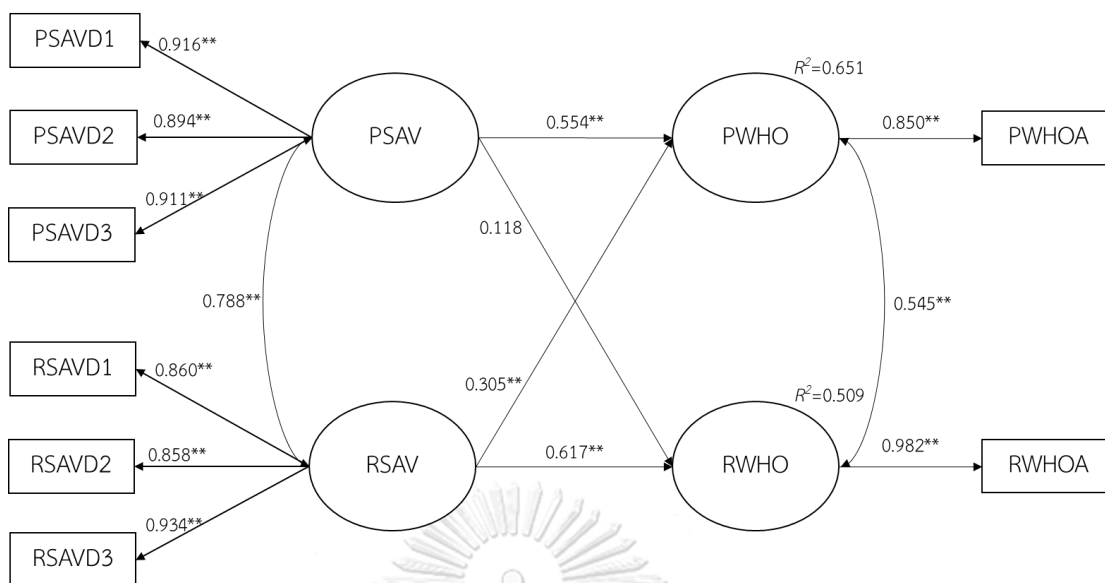
ตัวแปร	ตัวบ่งชี้	SC (β)	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (b)	SE	t	R ²
PSAV	PSAVD1	0.916	0.553	0.042	13.022**	0.840
	PSAVD2	0.894	0.513	0.041	12.458**	0.799
	PSAVD3	0.911	0.546	0.043	12.831**	0.831
RSAV	RSAVD1	0.860	0.415	0.036	11.510**	0.739
	RSAVD2	0.858	0.453	0.040	11.432**	0.737
	RSAVD3	0.934	0.510	0.039	13.118**	0.873
PWHO	PWHA	0.850	0.510	0.039	13.076**	0.723
RWHO	RWHA	0.982	0.526	0.040	13.150**	0.965

ตารางที่ 39 แสดงค่าอิทธิพลของโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)

Effect	ค่าอิทธิพล (β)	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b)	SE	t	R ²
Actor Effect					
PSAV→PWHO	0.554	0.544	0.149	3.649**	-
RSAV→RWHO	0.617	0.617	0.132	4.686**	-
Partner Effect					
PSAV→RWHO	0.118	0.118	0.126	0.941	-
RSAV→PWHO	0.305	0.305	0.148	2.064**	-
Interdependence Effect					
PSAV ←→ RSAV	0.788	0.788	0.041	19.063**	-
PWHO ←→ RWHO	0.545	0.545	0.054	10.092**	-
PWHO	-	-	-	-	0.651
RWHO	-	-	-	-	0.509
$\chi^2=12.161$ $df=13$, $p=.514$, $\chi^2/df=0.935$, $NFI=0.986$, $NNFI=1.000$, $CFI=1.000$, $GFI=0.976$, $AGFI=0.934$, $RMSEA=0.000$, $RMR=0.005$, $SRMR=0.017$					

หมายเหตุ: ** $p < .01$

เมื่อพิจารณาจากค่าอิทธิพลทางตรง (actor-effect), ค่าอิทธิพลทางไขว้ (partner-effect), ค่าอิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ (Interdependence effect) และ คำนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของตนเอง ส่วนอิทธิพลทางไขว้ พบว่า มีเพียงตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่ส่งอิทธิพลทางไขว้ต่อตัวแปรสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยที่ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของทั้งสองฝ่ายมีอิทธิพลต่อกันในทางทวิสัมพันธ์ และตัวแปรสุขภาวะทางใจของทั้งสองฝ่ายต่างก็มีอิทธิพลต่อกันทางทวิสัมพันธ์เช่นเดียวกัน โดยตัวแปรทั้งหมดรวมกันอธิบายสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ ร้อยละ 65.1 และ ร้อยละ 50.9 ตามลำดับ



ภาพที่ 29 โมเดลแสดงค่าอิทธิพลของโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=240)

หมายเหตุ: ** $p < .01$

เมื่อพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่าโมเดลมีค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ($\chi^2=12.161$ $df=13$, $p=.514$, $\chi^2/df=0.935$, $NFI=0.986$, $NNFI=1.000$, $CFI=1.000$, $GFI=0.976$, $AGFI=0.934$, $RMSEA=0.000$, $RMR=0.005$, $SRMR=0.017$) แสดงว่า โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถอ้างอิงไปยังประชากรส่วนใหญ่ได้

บทที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์การวิจัย 2 ข้อ กล่าวคือ (1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน (2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ที่มีต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ในเชิงทวิสัมพันธ์ ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ในการตอบวัตถุประสงค์ที่ 1 นี้ ผู้วิจัยทำการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 (การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน) ซึ่งประกอบด้วย สมมติฐานย่อย 2 ข้อ ได้แก่

1.1 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน และ

1.2 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ผลการวิจัย พบว่าผลการทดสอบสนับสนุนสมมติฐานทั้งสองข้อย่อยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีความสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ กล่าวคือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ช่วยเพิ่มสุขภาวะทางใจผ่านทาง การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ข้อค้นพบดังกล่าว สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1.1 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ผ่านทางการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

ผลการวิจัยครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แต่ไม่สามารถส่งอิทธิพลไปยังสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้โดยตรง ต้องอาศัยการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวกลาง จึงจะสามารถส่งผ่านอิทธิพลทางอ้อมไปยังสุขภาวะทางใจได้ โดยที่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ค่าอิทธิพลรวม เท่ากับ 0.648 แบ่งเป็นค่าอิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.182 และ ค่าอิทธิพลทางอ้อมผ่านทางการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก เท่ากับ 0.466 ส่วนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกมีค่าอิทธิพลรวมและอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เท่ากับ 0.653 โดยที่ค่าอิทธิพลทั้งหมดเป็นค่าอิทธิพลทางบวก และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้น ค่าอิทธิพลทางตรงของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางใจ อีกทั้งตัวแปรทั้งหมดยังร่วมกันอธิบายสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ ร้อยละ 62.9 สะท้อนให้เห็นว่า ยังมีตัวแปรอื่นที่ผู้วิจัยไม่ได้พิจารณานำมาวิเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อีก อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัยข้างต้นยังกล่าวได้ว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านแบบสมบูรณระหว่างความสัมพันธ์ของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และสรุปได้ว่า ผลการวิจัยข้อนี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งยังสนับสนุนงานวิจัยก่อนหน้านี้อีกด้วย

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ Feeney และ Collins (2015a, 2015b) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิต ก็มักจะแสวงหาความช่วยเหลือและโอกาสจากแหล่งทรัพยากรทางสังคม หรือที่เรียกว่าการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม จะเกิดอารมณ์ ความรู้สึก และ ประสบการณ์เชิงบวก ที่ส่งผลให้มีสุขภาวะทางจิตที่ดีในระยะยาว ดังนั้น ผู้สูงอายุที่สามารถรับรู้การสนับสนุนทางสังคมได้ดีจึงมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตต่ำ (Lyyra & Heikkinen, 2006) เช่นเดียวกัน หากผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความสามารถรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ก็จะมีสุขภาวะที่ดีด้วย (Bozo et al., 2009; Cicero et al., 2009; De Maria et al., 2020; Jeong et al., 2016) แต่อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยก็ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมาก่อน โดยล่าสุดพบเพียงการศึกษาคือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย

สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม (Arsanok et al., 2022) ยิ่งไปกว่านั้นคือ ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในประเทศไทยมาก่อนเช่นกัน จึงยังไม่ทราบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกหรือไม่ ผลการศึกษาของงานวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นการแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ สุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุชาวไทย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในประเทศไทยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเช่นเดียวกับผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในต่างประเทศ (Borelli et al., 2020; Bryant, 2003; Smith & Hanni, 2019; Smith & Hollinger-Smith, 2015; Terrill et al., 2018) ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูงขึ้นไปจะมีอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกและมีสุขภาวะสูงขึ้นไปด้วย แต่จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่อาจจะส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้เลย หากไม่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้จะมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ก็ไม่อาจทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมีสุขภาวะทางใจสูงขึ้นไปได้ หากผู้สูงอายุไม่มีความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก สาเหตุอาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยมีระบบญาติในการรับภาระการดูแลโรคอยู่แล้ว (กระทรวงสาธารณสุข, 2560; ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, 2556; Foundation of Thai Gerontology Research and Developmenta Institute, 2015) การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่ได้รับระหว่างมีปฏิสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแลจึงเพียงพอสำหรับการเพิ่มสุขภาวะ โดยไม่จำเป็นต้องรับรู้การสนับสนุนทางสังคมโดยตรง (Hou et al., 2019) ดังนั้น หากต้องการเพิ่มสุขภาวะเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาวะต่ำสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560; ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, 2556; Foundation of Thai Gerontology Research and Developmenta Institute, 2015) จำเป็นต้องจัดกิจกรรมเพิ่มระดับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกให้มากขึ้นก่อน จึงจะทำให้สุขภาวะทางใจของประชากรกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ผู้เกี่ยวข้องยังคงต้องจัดการเสริมสร้างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นอันดับต่อมาด้วย เนื่องจากตามผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นถึงว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ซึ่งหากเลยการเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมไปเลยอาจส่งผลให้ระดับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกลดลง เป็นผลให้การเพิ่มสุขภาวะทางใจไม่ประสบผลสำเร็จ

ประเด็นที่ 1.2 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ผ่านทางการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

ผลการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อสุขภาวะทางใจโดยอาศัยการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวกลาง โดยผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ส่งอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจโดยตรงได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ส่วนที่เหลือเป็นอิทธิพลทางอ้อมที่ต้องอาศัยการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลไปยังสุขภาวะทางใจ โดยที่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ค่าอิทธิพลรวม เท่ากับ 0.737 แบ่งเป็นค่าอิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.282 และ ค่าอิทธิพลทางอ้อมผ่านการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก เท่ากับ 0.455 ส่วนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกมีค่าอิทธิพลรวมและอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เท่ากับ 0.664 โดยที่ค่าอิทธิพลทั้งหมดเป็นค่าอิทธิพลทางบวก และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อีกทั้งตัวแปรทั้งหมดยังร่วมกันอธิบายสุขภาวะทางใจได้ ร้อยละ 77.7 สะท้อนให้เห็นว่ายังมีตัวแปรอื่นที่ผู้วิจัยไม่ได้พิจารณานำมาวิเคราะห์ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อีก อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัยยังกล่าวได้ว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลบางส่วนระหว่างความสัมพันธ์ของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และสรุปได้ว่า ผลการวิจัยข้อนี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 อีกทั้งยังสนับสนุนการวิจัยก่อนหน้านี้อีกด้วย

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ Feeney และ Collins (2015a, 2015b) ที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกและสุขภาวะทางจิตระหว่างบุคคลในลักษณะของความพยายามที่จะแสวงหาการสนับสนุนจากคนรอบข้างในสังคม เรียกว่า การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม จะก่อให้เกิดการแบ่งปันอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกและประสบการณ์เชิงบวกร่วมกัน ซึ่งความรู้สึกเชิงบวกและประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่จะนำไปสู่สุขภาวะที่ดีขึ้นเท่านั้น หากแต่ยังเป็นตัวแปรที่ส่งเสริมให้บุคคลแสวงหาหนทางที่จะเพิ่มสุขภาวะของตนเองอีกด้วย ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ตามแนวคิดของ Feeney และ Collins (2015a, 2015b) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ได้ส่งอิทธิพลต่ออารมณ์ความรู้สึกและประสบการณ์เชิงบวกเป็นอันดับแรก ก่อนจะส่งอิทธิพลไปยังสุขภาวะทางจิตตามลำดับ ข้อค้นพบจากงานวิจัยครั้งนี้ยังได้ทำการขยายผลการศึกษาของ Wilson และ คณะ (2020) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาปริญญาตรีชาวอเมริกันที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุเฉลี่ย 19.84 ปี) จำนวน 228 ราย มีสุขภาวะทางจิตดีเป็นผลมาจากอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมผ่านการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ซึ่งสำหรับงานวิจัยฉบับนี้ ได้

ทำการศึกษาในบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนต้นไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 49.2 ปี, อายุต่ำสุด 20 ปี, อายุสูงสุด 79 ปี) ดังนั้น จึงถือได้ว่าข้อค้นพบในงานวิจัยฉบับนี้ได้ทำการขยายผลการศึกษาศึกษาของ Wilson และ คณะ (2020) จากวัยผู้ใหญ่ตอนต้นไปยังวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและตอนปลาย เป็นการยืนยันว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาพทางใจของบุคคลผ่านการรับรู้ประสบการณ์ทางบวกสำหรับวัยผู้ใหญ่ทุกช่วงวัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสะท้อนให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะพบกับประสบการณ์เชิงบวกจากปฏิสัมพันธ์ที่ได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้มีอาการเชิงบวกและมีสุขภาพทางใจดีขึ้นตามไปด้วย (Bryant, 2003) เพราะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุนั้นจะรู้สึกดีที่รับรู้ว่ามีผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย จึงผ่อนคลายความตึงเครียด ความซึมเศร้า วิตกกังวลจากภาวะการดูแลโรคลงได้ (Hou et al., 2016; Hou et al., 2018; Hou et al., 2019; Kelley et al., 2019; Kuscu et al., 2009) แม้ว่าจะใช้เวลาเกือบทั้งหมดในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในวัยสูงอายุซึ่งมีความยากลำบากกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในวัยอื่นก็ตาม (Hsu et al., 2014; Hsu et al., 2017; Hsu et al., 2019) แต่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งก็ยังรู้สึกว่าตนเองยังคงมีสุขภาพดีเป็นปกติ (Kelly et al., 2019) สำหรับเหตุผลที่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมยังคงส่งผลทางตรงต่อสุขภาพทางใจได้บางส่วน แต่บางส่วนเป็นการส่งผลทางอ้อมผ่านการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (มีอิทธิพลส่งผ่านบางส่วน) สาเหตุเป็นเพราะว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมิมีความจำเป็นต้องแสวงหาการสนับสนุนจากสังคมเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีพอที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ (Warapornmongkhokul et al., 2018) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เท่ากับเป็นการรับภาระเพิ่มขึ้นอีกสองเท่าเพราะต้องดูแลโรคมะเร็งร่วมกับความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุเป็นระยะเวลายาวนาน (กระทรวงสาธารณสุข 2560; ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ม 2556; Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2015; Hsu et al., 2014; 2017; 2019) ซึ่งการรับภาระดูแลผู้ป่วยตามลำพังจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้งทางกาย จิต และ สังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การส่งผลเสียต่อสุขภาพทางจิต (Colvin & Bullock, 2016; Given et al., 2004; Johansen et al., 2018; Kim et al., 2011; Otis-Green & Juarez, 2012; Paek et al., 2018; Park et al., 2013; Surbone et al., 2010; Wang et al., 2019) รวมถึงยังทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการดูแลผู้ป่วยด้วย (Danaci & Zeliha, 2018; Johansen et al., 2018; Maguire et al., 2018) ซึ่งจะส่งผลเสียต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามมาอย่างแน่นอน (Segrin et al., 2018) ดังนั้น การเสริมสร้างสุขภาพทางใจให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคมะเร็งสูงอายุจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นลำดับแรก ตามด้วยการจัดกิจกรรมเพิ่มการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นลำดับถัดไป จึงจะช่วยเพิ่มสุขภาวะให้ประชากรกลุ่มนี้ได้ตีมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ที่มีต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในทางตรง ทางไขว้ และ ทางทวิสัมพันธ์

ในการตอบวัตถุประสงค์ที่ 2 นี้ ผู้วิจัยทำการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 (การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในทางตรง ทางไขว้ และ ทางทวิสัมพันธ์) ซึ่งประกอบด้วยสมมติฐานย่อย 2 ข้อ ได้แก่

2.1 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในทางตรง ทางไขว้ และทางทวิสัมพันธ์ และ

2.2 การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ในทางตรง ทางไขว้ และ ทางทวิสัมพันธ์

ผลการวิจัย พบว่าผลการทดสอบสนับสนุนสมมติฐาน ข้อที่ 2.1 (บางส่วน) และ ข้อที่ 2.2 (บางส่วน) แสดงให้เห็นว่ามีเพียงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในญาติผู้ดูแลเท่านั้นที่มีความสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ส่วนอิทธิพลทางไขว้ของการสนับสนุนทางสังคมของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อสุขภาวะทางใจของอีกฝ่าย เช่นเดียวกับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยก็ไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแล ข้อค้นพบดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ประเด็นที่ 2.1 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในทางตรง และ ทางทวิสัมพันธ์

ผลการวิจัยในประเด็นที่ 2.1 พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในทางตรงเท่านั้น (only-actor pattern) โดยส่งผลต่อญาติผู้ดูแลได้มากกว่าผู้ป่วย และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของทั้งคู่ ไม่มีผลต่อระดับสุขภาวะทางใจของอีกฝ่าย นอกจากนี้ ยังพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของทั้งสองฝ่ายมีแนวโน้ม

ที่จะเป็นไปในแนวทางเดียวกันเช่นเดียวกับที่สุขภาวะทางใจของทั้งสองฝ่ายมีแนวโน้มที่จะเป็นไปในแนวทางเดียวกันด้วย เพียงแต่แนวโน้มที่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของทั้งสองฝ่ายจะเป็นไปในแนวทางเดียวกันนั้น เป็นไปได้มากกว่าการที่สุขภาวะทางใจของทั้งสองฝ่ายจะเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายไว้ในลำดับถัดไป โดยผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านอิทธิพลทางตรง (actor effect) พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของตนเอง (actor effect) ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.592 และ 0.747 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากค่าอิทธิพล พบว่า ค่าอิทธิพลทางตรงของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในขนาดกลาง (ค่าอิทธิพล 0.592) และส่งผลต่อสุขภาวะของญาติผู้ดูแลในขนาดสูง (ค่าอิทธิพล 0.747) แสดงว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาวะของญาติผู้ดูแลได้มากกว่าการส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

2. ด้านอิทธิพลทางไขว้ (partner effect) พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ไม่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของอีกฝ่ายในทางไขว้ (partner effect) ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.025 และ 0.330 โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ แสดงว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ไม่มีผลต่อระดับสุขภาวะทางใจของอีกฝ่าย

3. ด้านอิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ (interdependence effect) พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีอิทธิพลทางบวกต่อกันในทางทวิสัมพันธ์ ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.840 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ สุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล มีอิทธิพลทางบวกต่อกันในทางทวิสัมพันธ์ ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.639 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาจากค่าอิทธิพล พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ส่งผลต่อกันทางทวิสัมพันธ์ในระดับสูง (ค่าอิทธิพล 0.840) ส่วนสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ส่งผลต่อกันทางทวิสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (ค่าอิทธิพล 0.639) แสดงว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมีการรับรู้การสนับสนุนทาง

สังคมเป็นไปในแนวทางเดียวกันมากกว่าสุขภาวะทางใจ ยกตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมดีมาก ญาติผู้ดูแลก็มีแนวโน้มสูงที่จะมีการรับรู้การสนับสนุนทาง สังคมดีมากเช่นกัน แต่สำหรับสุขภาวะทางใจนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมีสุขภาวะดีและมี อารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกสูง ญาติผู้ดูแลจะมีแนวโน้มปานกลางที่จะมีสุขภาวะดีและมี อารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกสูงเหมือนกัน โดยที่ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ในระดับสูงและปานกลาง ตามลำดับ (ร้อยละ 78.7 และ ร้อยละ 59 ตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นว่ายังมีตัวแปรอื่นที่ ผู้วิจัยไม่ได้พิจารณานำเข้ามาวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ส่งผลต่อระดับสุขภาวะทางใจได้อีก ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งหน้า นักวิจัยจึงควรพิจารณานำตัวแปรอื่นเข้ามาร่วมวิเคราะห์ โมเดลด้วย เช่น การมีสติ (mindfulness) และ การให้อภัยตนเอง (self-compassion) (Wilson et al., 2020) ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ส่งผลทางบวกต่อสุขภาวะ ทางใจของตนเอง แต่จะไม่ส่งผลถึงสุขภาวะทางใจของอีกฝ่ายในทางไขว้ ถึงอย่างไรก็ตาม การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจของทั้งสองฝ่ายก็ยังมีแนวโน้มที่จะเป็นไป ในแนวทางเดียวกันในเชิงทวิสัมพันธ์ดังที่นำเสนอในข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2.1 บางส่วน เนื่องจากตัวแปรในโมเดลไม่ส่งผลต่อกันทางไขว้ สาเหตุเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยโรคมะเร็ง ลำไส้และญาติผู้ดูแล (ร้อยละ 35.83) 2) เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น คือ ระยะแรกถึงระยะที่สอง (ร้อยละ 49.16) 3) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี (ร้อยละ 82.5) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา จากงานวิจัยในอดีตของ Kelley และ คณะ (2019) ที่ทำการศึกษาเชิงทวิสัมพันธ์ในผู้ป่วย โรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลชาวสหรัฐฯ โดยที่มวิจัยของ Kelly ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้และญาติผู้ดูแล กับ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด และญาติผู้ดูแล ทั้งสองกลุ่มทำการเก็บข้อมูล 2 ระยะ ได้แก่ ระยะหลังการวินิจฉัย 5 เดือน และ ระยะหลังการวินิจฉัย 12 เดือน (โดยที่ทั้งหมดไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน) ผลพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้และญาติผู้ดูแล ส่งผลต่อการ รายงานสุขภาพของตนเองเท่านั้น แต่ไม่ส่งผลทางไขว้ (only actor effect) ไม่ว่าจะ เป็น ระยะหลังการวินิจฉัย 5 เดือน หรือ 12 เดือน ก็ตาม ส่วนผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ปอดและญาติผู้ดูแล ผลปรากฏว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด และญาติผู้ดูแล ในระยะหลังการวินิจฉัย 5 เดือน ส่งผลต่อการรายงานสุขภาพของตนเอง เท่านั้น โดยไม่ส่งผลทางไขว้ (only actor effect) เช่นเดียวกันกับผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้และญาติผู้ดูแล แต่ผลการศึกษาในระยะหลังการวินิจฉัย 12 เดือน พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแล ส่งผลทางไขว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการรายงานสุขภาพของอีกฝ่ายเท่านั้น แต่ไม่ส่งอิทธิพลต่อการรายงานสุขภาพของตนเอง (only partner effect) แสดงว่าการส่งผลทางไขว้ในกลุ่มตัวอย่างจะเกิดขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่านไปเป็นเวลา 12 เดือน หรือ 1 ปี อาจเป็นเพราะว่าในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีความรุนแรงของโรคเกิดขึ้นได้มากกว่าช่วงระยะเวลาก่อนหน้านั้น สาเหตุเพราะผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานจากตัวโรคมามากขึ้น ส่วนญาติผู้ดูแลก็มีภาระการดูแลโรคเพิ่มขึ้นตรงจุดนี้เอง ส่งผลให้ทั้งคู่ต่างก็ต้องการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น และมีการแบ่งปันผลกระทบทางไขว้จากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไปยังสุขภาพของอีกฝ่ายได้ (Hsu et al., 2014; Hsu et al., 2019; Kelley et al., 2019)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่างานวิจัยฉบับนี้จะมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดสูงอายุและญาติผู้ดูแลเช่นเดียวกับงานวิจัยของ Kelly และ คณะ (2019) แต่ผลการวิจัยก็ยังไม่สอดคล้องกัน สาเหตุที่ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดของ Kelly และ คณะ (2019) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปอดในงานวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนน้อย (ร้อยละ 10) ไม่เพียงพอที่จะส่งผลให้เกิดนัยสำคัญทางสถิติได้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ของ Kelly และ คณะ (2019) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่าสาเหตุที่ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งอิทธิพลเชิงทวีคูณต่อการรายงานสุขภาพของทั้งสองฝ่าย แต่ไม่ส่งผลต่อการรายงานสุขภาพของตนเอง ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดและญาติช่วงหลังการวินิจฉัย 12 เดือน เพราะอาการของโรคมะเร็งปอดจะรุนแรงมากขึ้นในช่วงระยะเวลาหลังการวินิจฉัยผ่านไป 12 เดือน ทำให้ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลโรคที่มีอัตราการตายสูงกว่าโรคมะเร็งอื่น (Kelly et al., 2019) รวมถึงมะเร็งปอดยังสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการตีตราผู้ป่วยว่ามีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมด้วย (Akin et al., 2010; Ediebah et al., 2014) ดังนั้น ในช่วงที่อาการทวีความรุนแรงขึ้นจนรับมือได้ยากและมีอัตราการเสียชีวิตสูง จึงส่งผลต่อระดับความเครียดในด้านภาพลักษณ์ทางสังคมและความรู้สึกแบกภาระในการดูแลโรค (stress & burden) โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีงานวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมี

ความรู้สึกแบกรับภาระในการดูแลโรคของผู้ป่วยมากขึ้น (Hsu et al., 2014; Hsu et al., 2019) ทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ต่างต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากผู้อื่นและส่งความรู้สึกเชิงบวกที่ได้รับจากการสนับสนุนทางสังคม ให้แก่กันและกัน จึงเกิดการส่งอิทธิพลทางใจต่อการรายงานสุขภาพของคู่ทวิสัมพันธ์แต่ไม่ส่งผลต่อตนเองตามการศึกษาของ Kelly และ คณะ (2019)

ผลการศึกษาในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี (Haviland et al., 2017) เพราะการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยเสริมให้บุคคลมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และ ลดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลลงได้ เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองยังมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากภายนอก (Ferraris et al., 2022; Huppert, 2009; Jeong et al., 2016; Munoz-Bermejo et al., 2020) ทำให้มีความหวังในการกลับมาใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติ ช่วยให้ปรับตัวได้ดี (Bozo et al., 2009; Cicero et al., 2009; De Maria et al., 2020; Pehlivan et al., 2012) รวมถึงยังส่งผลดีต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ เพราะช่วยให้รับรู้ได้ถึงความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุขอีกครั้ง (Lyyra & Heikkinen, 2006) เช่นเดียวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมดีจะมีสุขภาวะทางจิตดีขึ้นตามไปด้วย เพราะว่าการรับรู้ที่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นรอบตัว ช่วยผ่อนภาระในการดูแลโรคของผู้ป่วย ลดความอ่อนล้าและความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการพูดคุยแลกเปลี่ยนให้การสนับสนุนทางอารมณ์กับครอบครัวและเพื่อน ช่วยทำให้มีอารมณ์เชิงบวกมากขึ้น (Mehrotra & Sukumar, 2007) ซึ่งเป็นผลให้มีความสุขดีขึ้น (Hou et al., 2018; Hsu et al., 2014; Hsu et al., 2017; Hsu et al., 2019; Kuscu et al., 2009; Usta, 2012) แต่สาเหตุที่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ไม่ส่งผลต่อสุขภาวะของอีกฝ่ายในทางใจ เป็นเพราะส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ ระยะแรก และถูกวินิจฉัยในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี จึงยังสามารถดูแลตัวเองได้ และไม่เป็นภาระของญาติผู้ดูแล อีกทั้งยังมีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้โดยไม่ต้องใส่ทวารเทียมตลอดไป (Gómez-Dantés et al., 2016; Parkin, 1998; Peleteiro et al., 2015) ปัจจัยเหล่านี้ ส่งให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ยังไม่จำเป็นต้องแลกเปลี่ยนหรือถ่ายโอนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไปยังสุขภาวะของกันและกัน นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความเป็นนามธรรม คือ เป็นความสามารถในการระบุว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนภายนอก ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ ซึ่งแตกต่างจากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (received social support)

ที่มีความเป็นรูปธรรมมากกว่า คือ เป็นการรับความช่วยเหลือทางวัตถุจากเครือข่ายทางสังคมของบุคคลที่เห็นได้อย่างชัดเจน และอาจส่งผลทางใจได้มากกว่า (Ferraris et al., 2022; Reinhardt et al., 2006) อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาพบว่าการรับการสนับสนุนทางสังคมน่าจะไม่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ เพราะไม่ส่งผลทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อความทุกข์ (Kaul & Lakey, 2003) สาเหตุเพราะการรับการสนับสนุนทางสังคม เป็นเพียงการให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม แต่ไม่ใช้การแสดงออกซึ่งความเห็นอกเห็นใจหรือให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อบุคคลได้ จึงไม่สามารถส่งผลต่อสุขภาพได้ดีเท่ากับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ยกตัวอย่างเช่น บุคคลอาจซาบซึ้งใจต่อการที่เพื่อนมาแสดงความเสียใจในงานศพของญาติมากกว่าการที่มีคนมอบเงินช่วยเหลือให้เมื่อตกงาน เพราะการแสดงความเสียใจเป็นการช่วยแบ่งปันอารมณ์ความรู้สึกและช่วยให้ได้ระบายออกซึ่งความโศกเศร้า (Lakey & Cohen, 2000) ซึ่งจะส่งผลให้ความทุกข์ลดลง และมีสุขภาพเพิ่มขึ้น (Kaul & Lakey, 2003) ดังนั้น งานวิจัยครั้งนี้จึงเลือกทดสอบตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมซึ่งส่งผลทางบวกต่อสุขภาพแทน (Jeong et al., 2016; Kuscu et al., 2009; Munoz-Bermejo et al., 2020) และแม้ว่าผลการศึกษาจะเผยให้เห็นเพียงอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (only actor effect) และไม่ส่งผลทางใจไว้ แต่การส่งเสริมการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมยังคงมีความจำเป็น เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพของตนเองทั้งในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ อีกทั้งยังส่งผลต่อกันในทางทวิสัมพันธ์ (interdependence effect) ซึ่งผลการศึกษาได้เผยให้เห็นแล้วดังที่ได้นำเสนอข้างต้นว่า เมื่อใดก็ตามที่มีการเพิ่ม-ลดของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในตัวบุคคลฝ่ายหนึ่ง อีกฝ่ายหนึ่งก็จะมีการเพิ่ม-ลดของตัวแปรนี้เช่นกัน ในทำนองเดียวกัน เมื่อมีการเพิ่ม-ลดของสุขภาพในตัวบุคคลฝ่ายหนึ่ง อีกฝ่ายหนึ่งก็จะมีการเพิ่ม-ลดของตัวแปรนี้เช่นกัน โดยที่ การเพิ่มขึ้น หรือ ลดลง ของสุขภาพในบุคคลยังขึ้นอยู่กับระดับอิทธิพลจากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของตนเอง ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันแม้ว่าตัวแปรใดใดจะไม่มีความสัมพันธ์กันในทางใจก็ตาม

2.2 การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกมีอิทธิพลต่อสุขภาพทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุทางตรง ทางใจ และทางทวิสัมพันธ์

ผลการวิจัยในประเด็นที่ 2.2 พบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกส่งผลต่อสุขภาพทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในลักษณะอิทธิพลคู่เหมือน (couple pattern) ซึ่งหมายถึง อิทธิพลของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล มีอิทธิพลต่อสุขภาพ

ทางใจในทิศทางเดียวกัน ทั้งในแบบอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางไขว้ และ อิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ โดยผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกส่งผลทางตรงต่อญาติผู้ดูแลได้มากกว่าผู้ป่วยเล็กน้อย และมีเพียงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลเท่านั้นที่ส่งผลทางไขว้ต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของทั้งสองฝ่ายมีแนวโน้มที่จะเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เช่นเดียวกับที่สุขภาวะทางใจของทั้งสองฝ่ายมีแนวโน้มที่จะเป็นไปในแนวทางเดียวกันด้วย เพียงแต่แนวโน้มที่การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของทั้งสองฝ่ายจะเป็นไปในแนวทางเดียวกันนั้น เป็นไปได้มากกว่าการที่สุขภาวะทางใจของทั้งสองฝ่ายจะเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายไว้ในลำดับถัดไป โดยผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านอิทธิพลทางตรง (actor effect) พบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของตนเอง (actor effect) ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.554 และ 0.617 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากค่าอิทธิพล พบว่า ค่าอิทธิพลทางตรงของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในขนาดกลาง (ค่าอิทธิพล 0.554 และ 0.617 ตามลำดับ) แต่ส่งผลต่อญาติผู้ดูแลมากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุเล็กน้อย

2) ด้านอิทธิพลทางไขว้ (partner effect) พบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ไม่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในทางไขว้ (partner effect) ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.118 โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.305 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า มีเพียงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุเท่านั้นที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุปานกลางค่อนข้างน้อย ส่วนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ไม่ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแล

3) ด้านอิทธิพลทางทวิสัมพันธ์ (interdependence effect) พบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีอิทธิพลทางบวกต่อกันในทางทวิสัมพันธ์ ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.788 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .01 และ สุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล มีอิทธิพลทางบวกต่อกันในทางทวิสัมพันธ์ ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.545 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาจากค่าอิทธิพล พบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ส่งผลต่อกันทางทวิสัมพันธ์ในระดับสูง (ค่าอิทธิพล 0.788) ส่วนสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ส่งผลต่อกันทางทวิสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (ค่าอิทธิพล 0.545) แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นไปในแนวทางเดียวกันมากกว่าสุขภาวะทางใจ ยกตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกดีมาก ก็มีแนวโน้มสูงที่ญาติผู้ดูแลจะมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกดีมากเช่นกัน แต่สำหรับสุขภาวะทางใจนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมีสุขภาวะดีและมีอารมณ์เชิงบวกสูง ญาติผู้ดูแลมีแนวโน้มปานกลางที่จะมีสุขภาวะดีและมีอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกสูงเหมือนกับผู้ป่วย การนี้ ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ปานกลาง (ร้อยละ 65.1 และ ร้อยละ 50.9 ตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นว่ายังมีตัวแปรอื่นที่ผู้วิจัยไม่ได้พิจารณานำเข้ามาวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ ส่งผลระดับสุขภาวะทางใจได้อีก ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งหน้า นักวิจัยจึงควรพิจารณานำตัวแปรอื่นเข้ามาร่วมวิเคราะห์โมเดลด้วย เช่น การมีสติ (mindfulness) และ การให้อภัยตนเอง (self-compassion) (Wilson et al., 2020) ข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้จึงแสดงให้เห็นว่านอกจากการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ จะส่งผลอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของตนเองแล้ว การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุนำมาส่งผลอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุด้วย นอกจากนี้ ยังพบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกและสุขภาวะทางใจของทั้งสองฝ่ายยังมีแนวโน้มที่จะเป็นไปในแนวทางเดียวกันในเชิงทวิสัมพันธ์ ดังที่นำเสนอในข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ผลการศึกษาข้อนี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2.2 บางส่วน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hou และ คณะ (2019) ที่พบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในฮ่องกง ส่งผลต่อสุขภาวะของอีกฝ่ายในเชิงทวิสัมพันธ์เพียงบางส่วน คือ มีเพียงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลเท่านั้นที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พบว่าผลการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังมีอยู่เป็นจำนวนน้อยมาก โดยเฉพาะในประเทศไทยที่ยังไม่พบว่ามี การศึกษาตัวแปรนี้มาก่อน แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศจำนวน หนึ่งที่พบว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกส่งอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและ ทางอ้อม โดยผู้สูงอายุมักจะมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูงกว่าวัยอื่น และผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ ประสบการณ์เชิงบวกสูง จะมีสุขภาวะดี เพราะการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก คือ การรำลึกนึกถึงสิ่ง ดีๆที่เกิดขึ้นจากความทรงจำที่ได้ซึมซับไว้ จึงทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกและมีความสุข (Bryant, 2003; Bryant et al., 2011; Smith & Bryant, 2016; Smith & Hanni, 2019; Smith & Hollinger-Smith, 2015; Wilson & Saklofske, 2018) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการรับรู้ ประสบการณ์เชิงบวกในระดับที่ดี จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ (Hou et al., 2017) โดยที่เมื่อมีภาวะซึมเศร้า ต่ำลง บุคคลจะมีอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกหรือมีสุขภาวะสูงขึ้น (Diener, 1984, 2000; Diener & Ryan, 2009; Diener et al., 2010)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งครั้งนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับ ผลการศึกษาในอดีตของ Hou และ คณะ (2016) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ประสบการณ์เชิงบวกกับอารมณ์เชิงลบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และพบว่า การรับรู้ประสบการณ์ เชิงบวกส่งผลทางลบต่ออารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และ ความรู้สึกแบก รับภาระการดูแลโรค หมายความว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกใน ระดับสูงจะมีอารมณ์เชิงลบต่ำ (Hou et al., 2016) และมีสุขภาวะดีขึ้น เพราะเมื่อมีอารมณ์เชิงลบต่ำ ก็จะมีอารมณ์เชิงบวกสูงขึ้น ดังนั้นจึงเป็นไปตามการศึกษาของ Diener ซึ่งพบว่า สุขภาวะ คือการที่ บุคคลมีอารมณ์เชิงบวกสูงกว่าอารมณ์เชิงลบ เพราะอารมณ์ทั้งสองแบบ ได้แก่ อารมณ์เชิงลบและ อารมณ์เชิงบวก มักจะมีความสัมพันธ์ผกผันต่อกันเสมอ หมายความว่า หากบุคคลมีอารมณ์เชิงบวก สูงขึ้น จะมีอารมณ์เชิงลบต่ำลง ในทางกลับกัน เมื่อบุคคลมีอารมณ์เชิงบวกต่ำลง จะมีอารมณ์เชิงลบ สูงขึ้น (Diener, 1984; 2000; Diener & Ryan, 2009; Diener et al., 2010) เช่นเดียวกับบุคคลวัย ผู้ใหญ่ที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูงจะมีการรับมือกับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ดี รวมถึง ยังมีอารมณ์เชิงบวกและมีความพึงพอใจในชีวิตสูงอีกด้วย (Samios et al., 2020) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในงานวิจัยฉบับนี้ นอกจากจะ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาวะของตนเองได้มากกว่าผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในทางไขว้ สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงทวิสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งและ

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งของ Hou และ คณะ (2019) อาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลมีสุขภาพดีกว่าผู้ป่วย มีอิสระในการโอกาสออกไปพบปะผู้อื่นโดยไม่ต้องกังวลต่อปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ญาติผู้ดูแลที่มีโอกาสผ่อนคลายและใช้เวลาเพลิดเพลินกับกิจกรรมอื่นๆ นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ดังผลการศึกษาของ Mehrotra และ SuKumar (2007) เช่น ได้ทำสวน หรือ สวดมนต์ เพราะมีเพื่อน หรือคนในครอบครัว ช่วยดูแลผู้ป่วยบ้าง จะมีความตึงเครียดลดลงและมีโอกาสในการการซึมซับประสบการณ์เชิงบวกได้มากกว่าผู้ป่วย ทำให้มีอารมณ์ดีขึ้น ทำให้มีสุขภาพดีขึ้นด้วย (Diener, 1984, 2000; Diener & Ryan, 2009; Diener et al., 2010; Mehrotra & Sukumar, 2007) ยกตัวอย่าง เช่น เมื่อญาติผู้ดูแล ได้ทราบว่าจะมีคนมาช่วยดูแลผู้ป่วย ก็เกิดจินตนาการถึงประสบการณ์เชิงบวกที่จะเกิดขึ้น ถ้าคนอื่นมาช่วยดูแลคนไข้ และตนเองจะได้มีเวลาเพลิดเพลินกับการใช้เวลาส่วนตัวบ้าง (anticipation/savoring the future; ข้อวัดที่ 1: เพียงแค่ได้รู้ว่าเรื่องดี ๆ กำลังจะเกิดขึ้น ฉันก็รู้สึกมีความสุขแล้ว) เมื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมักมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูง มีอารมณ์ความรู้สึกที่ดีขึ้น มีความเครียดลดลง ย่อมดูแลผู้ป่วยด้วยความเมตตากรุณา ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลที่ดี (Hou et al., 2016; Segrin et al., 2018) เมื่อได้รับการดูแลที่ดี ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุจะมีอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกและมีสุขภาพที่ดีขึ้นไปด้วย เท่ากับว่าการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในทางไขว้ (Hou et al., 2019; Kenny et al., 2006) ส่วนสาเหตุที่การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุไม่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในทางไขว้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยเป็นมะเร็งในระยะเริ่มต้น ยังสามารถดูแลตนเองได้ (Kelley et al., 2019) จึงยังไม่เห็นถึงความแตกต่างของระดับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในช่วงก่อนการป่วยกับหลังการป่วย ทำให้ยังไม่ส่งผลถึงสุขภาพทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (Bryant, 2003; Bryant et al., 2011; Smith & Bryant, 2016; Smith & Hanni, 2019; Smith & Hollinger-Smith, 2015; Wilson & Saklofske, 2018) ประกอบกับเป็นช่วงที่ญาติผู้ดูแลเริ่มใช้เวลาไปกับการปรับกิจวัตรจากปกติไปเป็นการดูแลโรค ผู้ป่วยจึงขาดโอกาสในการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกร่วมกับญาติผู้ดูแล (Garland et al., 2015) ดังนั้น จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุไม่สามารถแบ่งปันหรือถ่ายโอนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกไปยังสุขภาพทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในทางไขว้ได้ นั่นเอง

ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้ยังได้เติมเต็มช่องว่างของการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกและสุขภาพทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีทั้งอิทธิพลทางตรง ทางไขว้ และ ทางทวิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทิศทางเดียวกัน ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์นี้เรียกว่า อิทธิพลคู่เหมือน (couple pattern) โดยที่การวิจัยครั้งนี้ พบว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์แบบอิทธิพลคู่เหมือนบางส่วน เพราะการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุไม่ส่งผลทางไขว้ต่อสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ตรงข้ามกับการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่ส่งผลทางไขว้ต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ส่วนอิทธิพลทางตรงของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของทั้งสองฝ่ายต่างส่งผลทางตรงต่อสุขภาวะทางใจของตนเอง และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของทั้งสองฝ่ายต่างส่งอิทธิพลต่อกันในทางทวิสัมพันธ์ เช่นเดียวกับสุขภาวะทางใจ ผลจากการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าตัวแปรทั้งสอง ได้แก่การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกและสุขภาวะทางใจส่งอิทธิพลต่อกันและกันอย่างมีนัยสำคัญ การออกแบบกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของทั้งสองฝ่ายจึงจำเป็นต้องอาศัยการสร้างเสริมเพิ่มพูนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นสำคัญ โดยผู้วิจัยจะได้กล่าวถึงในลำดับถัดไป

จากที่ได้นำเสนอมาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูงจะมีสุขภาวะดี อีกทั้งผลการศึกษาดังกล่าวยังชี้ให้เห็นว่า การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากต่อการเพิ่มระดับสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เพราะการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกที่มีการแลกเปลี่ยนกันระหว่างบุคคลดังเช่นผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในลักษณะไขว้เสมอ (Feeney & Collins, 2015a, 2015b; Hou et al., 2019; Kenney et al., 2006) เพราะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีมากขึ้น (Danaci & Zeliha, 2018; Johansen et al., 2018; Maguire et al., 2018, Segrin et al., 2018) ดังนั้น ผลการศึกษานี้ จึงเป็นเสมือนการปูพื้นฐานเพื่อให้เกิดการคิดค้นโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เป็นการสร้างเสริมสุขภาวะให้แก่ทั้งสองฝ่ายและมีแต่จะก่อให้เกิดผลดีกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุโดยญาติผู้ดูแล เพื่อรักษาสุขภาพกายสุขภาพใจ ให้กับประชากรเหล่านี้ได้ในอนาคต

ประเด็นที่ 3 บทสรุปการอภิปรายผลการวิจัยเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะจากโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ สุขภาวะทางใจ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

บทสรุปการอภิปรายผลการวิจัยเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะจากโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ สุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ สรุปได้ว่า การพัฒนาการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีสุขภาวะทางใจสูงขึ้นอีกทอดหนึ่ง เนื่องจากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกส่งผลต่อสุขภาวะทางใจทั้งในรูปของการส่งอิทธิพลทางตรง และ อิทธิพลทางอ้อม สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Feeney และ Collins (2015a, 2015b) และ ผลการศึกษาของ Wilson และ คณะ (2020) ที่ว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตของบุคคลผ่านทาง การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก นอกจากนี้ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุยังส่งอิทธิพลเชิงทวิสัมพันธ์ต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ในลักษณะไขว้ แสดงว่า เมื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูงจะทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมีสุขภาวะทางใจสูงไปด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hou และ คณะ (2019) ที่ได้พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูง จะช่วยให้อีกฝ่ายมีสุขภาวะทางจิตสูงขึ้นตามไปด้วย

สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ ทำการทดสอบโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ สุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ อันประกอบด้วยโมเดลตามสมมติฐาน ได้แก่ โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน และ โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ที่มีต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ในเชิงทวิสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า

1. โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ ร้อยละ 62.9

2. โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ ร้อยละ 77.7

3. โมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ตัวแปรทั้งหมดรวมกันอธิบายสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ ร้อยละ 78.7 และ ร้อยละ 59 ตามลำดับ

4. โมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ตัวแปรทั้งหมดรวมกันอธิบายสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ ร้อยละ 65.1 และ ร้อยละ 50.9 ตามลำดับ

จากที่ได้นำเสนอข้างต้น แสดงให้เห็นว่า 1) ด้านโมเดลทวิสัมพันธ์ พบว่า โมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ทำนายสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ดีที่สุด (ร้อยละ 78.7) และ 2) ด้านโมเดลตัวแปรส่งผ่าน พบว่า โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ทำนายสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ดีที่สุด (ร้อยละ 77.7) สาเหตุเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้รับรู้ว่ายังมีผู้อยู่เคียงข้างตนเองเสมอ ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลพิเศษ ล้วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีกำลังใจ เกิดความสุขมากขึ้น วิดกกังวลซึมเศร้าน้อยลง (Ferraris et al., 2022; Huppert, 2009; Jeong et al., 2016; Munoz-Bermejo et al., 2020) แต่กลับมีความหวังและสามารถปรับตัวให้เผชิญหน้ากับโรคมะเร็งและมีความอดทนต่อผลข้างเคียงในการรักษาได้ดี (Bozo et al., 2009; Cicero et al., 2009; De Maria et al., 2020; Pehlivan et al., 2012) การได้รับรู้ว่ายังมีผู้สนับสนุนอยู่เบื้องหลัง ช่วยนำพาความพยายามดูแลรักษาตนเองให้มีสุขภาพดี (Feeney & Collins, 2015a, 2015b) จึงมีคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดี (Haviland et al., 2017) และมีอายุยืนยาวมากขึ้น (Lyyra & Heikkinen, 2006) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านแบบสมบูรณ์ จะพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถส่งผลทางตรงต่อสุขภาวะได้เลย หากไม่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน สาเหตุเป็นเพราะวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูงกว่าวัยอื่น สามารถซึมซับความทรงจำเกี่ยวกับเรื่องดีงามในชีวิตได้ดี จึงทำให้เกิดอารมณ์เชิงบวกอย่างโดดเด่นและส่งอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจแทนที่จะเป็นอิทธิพลทางตรง

จากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Bryant, 2003; Bryant et al., 2011; Smith & Bryant, 2016; Smith & Hanni, 2019; Smith & Hollinger-Smith, 2015; Wilson & Saklofske, 2018) ในทำนองเดียวกัน ญาติผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะเกิดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก เพราะได้มีการแลกเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีกับบุคคลอื่น (Bryant, 2003) ซึ่งส่งผลดีต่ออารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาวะทางใจ เพราะได้ผ่อนคลายและมีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (Warapornmongkhokul et al., 2018) ทำให้ได้มีเวลาส่วนตัวนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย (Mehrotra & Sukumar, 2007) ญาติผู้ดูแลจึงมีสุขภาวะดีขึ้นด้วย (Hou et al., 2018; Hsu et al., 2014; Hsu et al., 2017; Hsu et al., 2019; Kuscu et al., 2009; Usta, 2012)

ดังจะเห็นได้ว่า ตัวแปรต้นในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ร่วมกันอธิบายตัวแปรตาม คือ ตัวแปรสุขภาวะทางใจ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ได้ระหว่างร้อยละ 50.9 ถึง ร้อยละ 78.7 นอกเหนือจากนั้น เป็นอิทธิพลของตัวแปรอื่นที่ผู้วิจัยไม่ได้ทำการศึกษาในงานวิจัยฉบับนี้ส่งผลต่อสุขภาวะทางใจได้อีก เช่น การมีสติ (mindfulness) และ การให้อภัยตนเอง (self-compassion) โดยจากการศึกษาของ Wilson และ คณะ (2020) พบว่า การมีสติ, การให้อภัยตนเอง และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก เป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลบางส่วนของ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไปยังสุขภาวะทางจิตของนักศึกษาปริญญาตรีในสหรัฐฯ ซึ่งตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายสุขภาวะทางจิตได้ถึง ร้อยละ 81 (Wilson et al., 2020) สาเหตุเพราะแต่ละบุคคลย่อมมีปัจจัยทางจิตได้อย่างหลากหลาย การมีสติและการให้อภัยตนเองจะช่วยให้บุคคลมีความเมตตาต่อตนเอง มีสติรู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกที่เข้ามาสอดแทรกในความคิดของตนเองได้โดยไม่มีการตัดสินตีขี้ว โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างตามการศึกษานี้เป็นคนไทยที่ได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธให้มีสติตั้งมั่นทุกขณะ (Hayes, 2012; Norrish & Vella-Brodrick, 2009; Schneider, 2011) ซึ่งการเจริญสติตามแนวทางพุทธ ช่วยให้จิตใจสงบและมีสุขภาวะที่ดีได้ (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), 2549)

เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า นอกจากการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจะส่งอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุแล้ว การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุนยังส่งผลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุนในทางไขว้ได้ด้วย แต่เมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสุขภาวะทางใจของกลุ่มตัวอย่างตามผลการศึกษาที่

นำเสนอมาในข้างต้น จะพบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจ อันจะนำไปสู่แนวทางการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ ดังนี้

3.1 การทำนวยุทธภาวะทางใจของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า โมเดลที่อธิบายสุขภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้มากที่สุด ได้แก่ โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในเชิงทวิสัมพันธ์ (ร้อยละ 78.7) รองลงมาได้แก่ โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในเชิงทวิสัมพันธ์ (ร้อยละ 65.1) และอันดับสุดท้าย ได้แก่ โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน (ร้อยละ 62.9) โดยที่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลทางตรงต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุไม่ได้เลย หากไม่มีการส่งผ่านอิทธิพลจากการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกตาม ดังที่ผู้วิจัยได้นำเสนอไว้ในบทที่ 3 แต่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมก็ยังมีอิทธิพลต่อการเกิดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ดังนั้น จึงสะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับการฝึกการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกแบบกลุ่ม ในแนวทางที่เหมาะสมตามอัตวิสัยและอาการทางกายของผู้ป่วย เพื่อฝึกการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกไปพร้อมกับการสร้างเครือข่ายการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย เช่น การจัดกลุ่ม *savoring intervention* (Smith & Hanni, 2019) คือ มอบหมายให้ผู้ป่วนึกถึงประสบการณ์เชิงบวกที่พบในแต่ละวันเป็นเวลา 5 นาที ตอนเช้าและก่อนเข้านอน ทุกวันติดต่อกัน การนึกถึงประสบการณ์เชิงบวกจะเป็นการจินตนาการถึงประสบการณ์ในอดีต ปัจจุบัน หรืออนาคตก็ได้ แต่ต้องจดจำให้ได้ว่าสัมผัสและความรู้สึกระหว่างพบประสบการณ์นั้นเป็นอย่างไร เช่น สวยงาม นุ่มนวล หอม เป็นต้น จากนั้นให้นำมาเล่าในกลุ่มบำบัดทุกสัปดาห์ หรือให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่ม *savoring exercise* (Bryant & Veroff, 2012) คือ มอบหมายให้ผู้ป่วยเดินเล่นวันละ 20 นาที ติดต่อกันทุกวัน ระหว่างเดินให้สังเกตและจดจำสิ่งที่น่าสนใจไว้ จากนั้นให้นำความรู้สึกที่ได้รับจากประสบการณ์เชิงบวกระหว่างเดินเล่นในแต่ละวันนั้นมาเล่าในกลุ่มบำบัด สัปดาห์ละ 1 วัน เป็นต้น การวัดผลของการทำกิจกรรมให้วัดเป็นก่อน-หลังทำกิจกรรม การเล่าถึงประสบการณ์เชิงบวกในกลุ่มบำบัด เป็นการเล่าย้อนถึงประสบการณ์เชิงบวกในอดีตที่ผ่านมาแล้ว วัดผลด้วยมาตรวัด SBI (Thai-version) ข้อ 9: “ถ้าฉันอยากมีความสุข ฉันก็แค่คิดถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิตที่ผ่านมา” เป็นต้น

3.2 การทำนายสุขภาวะทางใจของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ พบว่า โมเดลที่อธิบายสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้มากที่สุดได้แก่ โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน (ร้อยละ 77.7) รองลงมาได้แก่ โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในเชิงทวิสัมพันธ์ (ร้อยละ 59) และอันดับสุดท้าย ได้แก่โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในเชิงทวิสัมพันธ์ (ร้อยละ 65.1) สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับการเพิ่มการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เช่น การจัดประชุมครอบครัว (family conference) เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการลดภาระการดูแลโรค เป็นต้น ตามด้วยการฝึกการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก เช่น การทำกลุ่ม relational savoring (Borelli et al., 2020; Borelli et al., 2023) คือ จัดกลุ่มฝึกให้ญาติผู้ดูแลกำหนดลมหายใจ ผ่อนคลาย กำหนดจิต 1 นาที จากนั้นให้นึกถึงช่วงเวลาที่ได้ใกล้ชิด พะโลนเพลินกับการใช้ชีวิตร่วมกันกับผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นสุขที่เกิดขึ้นเมื่อเห็นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น การตอบสนองเชิงบวกที่ผู้ป่วยมีต่อตัวญาติผู้ดูแล จากนั้นให้กำหนดจิตระลึกว่าผู้ป่วยมีความรักความผูกพันต่อตัวผู้ดูแลอย่างไร ต้องการผู้ดูแลขนาดไหน เป็นเวลา 30 นาที ต่อครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้วัดได้จากมาตรวัด SBI (Thai-version) ข้อ 21: “แค่ได้นึกถึงความสนุกสนานเก่า ๆ ในอดีต ฉันก็สามารถกลับมามีความสุขได้อีกครั้ง” หรือ การเขียนบันทึกประจำวัน (Bryant & Veroff, 2012) บอกเล่าประสบการณ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยหรือประสบการณ์เชิงบวกระหว่างช่วงเวลาว่างจากการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน (หรือให้บันทึกเสียงลงโทรศัพท์เคลื่อนที่ ในกรณีที่มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่สะดวกเขียนบันทึกประจำวันก็ได้) และ การสวดมนต์แผ่เมตตา ตั้งจิตระลึกถึงความรู้สึกดี ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน เพื่อให้เกิดกระบวนการการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ได้แก่ การตั้งใจระลึกถึงประสบการณ์เชิงบวกอย่างมีสติและซึมซับประสบการณ์เชิงบวกไว้เพื่อสร้างความสุข ขยายความสุข และคงไว้ซึ่งความสุขของตนเอง โดยกิจกรรมเหล่านี้ ให้ทำการวัดผลก่อน-หลังด้วยมาตรวัดที่เกี่ยวข้อง เช่น SBI (Thai version) และ มาตรวัด WHO-5 Index (Thai version) เป็นต้น

นอกจากนี้ ผลการศึกษาายังแสดงให้เห็นว่า การสร้างเสริมการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง สำหรับการสร้างโปรแกรมเพิ่มสุขภาวะทางใจให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เพราะการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ดังที่ปรากฏในผลการวิจัยโมเดลตัวแปรส่งผ่าน) ญาติผู้ดูแลที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกดีจะทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมีสุขภาวะที่ดีตามไปด้วย เพราะการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ดังนั้น เมื่อใดก็ตามที่ต้องการให้การดูแลสร้างเสริมสุขภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ จึงจำเป็นต้องสร้างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเพื่อเพิ่มสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุควบคู่กันไปด้วย



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ ได้แก่ 1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่มีต่อสภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ในทางตรง ทางไขว้ และ ทางทวิสัมพันธ์

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสภาวะทางใจ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน

สมมติฐานที่ 2 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีอิทธิพลต่อ สภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ในทางตรง (actor effect) ทางไขว้ (partner effect) และ ทางทวิสัมพันธ์ (interdependence effect)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (อายุ 20 ปี ขึ้นไป) ที่ใช้บริการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) จำนวน 120 ราย และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (อายุ 20 ปี ขึ้นไป) จำนวน 120 ราย ทั้งเพศชาย เพศหญิง และ เพศทางเลือก (โดยไม่กำหนดสัดส่วนเพศและอายุ) รวมทั้งสิ้น 120 คู่ ที่มาใช้บริการหอผู้ป่วยในและคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ประกอบด้วยเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง โดยไม่จำกัดประเภทและระยะของโรค
2. เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรื ทั้งในคลินิกผู้ป่วยนอก และ หอผู้ป่วยใน
3. เป็นผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) หรือ โรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่อยู่ในระหว่างการรักษา

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแล ประกอบด้วยเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เช่น บุตรหลาน บิดามารดา พี่น้อง หรือ คู่สมรส ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
2. ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
3. เป็นผู้ที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) หรือ โรคจิตเภท (Schizophrenia) ที่อยู่ในระหว่างการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1.1 แบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุ ประกอบด้วย อายุ, เพศ, อาชีพ, รายได้, ชนิดของโรคเมเร็ง, ระยะของโรคเมเร็ง, ระยะเวลา นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเมเร็งจนกระทั่งถึงช่วงเวลาที่ตอบแบบสอบถาม, ประเภทของการรักษา (เช่น ผ่าตัด, รับประทานยาเคมีบำบัด หรือ ฉายรังสี), โรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคเมเร็ง และ ลักษณะความสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล

1.2 แบบสำรวจข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็ง ประกอบด้วย อายุ, เพศ, อาชีพ, รายได้, จำนวนโรคประจำตัว, จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับติดต่อกันต่อคืน, จำนวนวันที่ได้ทำกิจกรรมทางกายต่อสัปดาห์, ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ชนิดของโรคเมเร็งในผู้ป่วยที่ต้องดูแล, ระยะของโรคเมเร็งในผู้ป่วยที่ต้องดูแล, ประเภทของการรักษาในผู้ป่วยที่ต้องดูแล และ ระยะเวลาที่ทำการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 มาตรฐาน

มาตรฐานที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ มี 3 มาตรฐาน รวมทั้งสิ้น 41 ข้อ ประกอบด้วยมาตรฐานที่เคยถูกแปลเป็นภาษาไทยมาก่อน จำนวน 2 มาตรฐาน (ได้แก่ มาตรฐานการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ มาตรฐานสุขภาวะทางใจ) และ มาตรฐานที่ยังไม่เคยถูกแปลเป็นภาษาไทยมาก่อน จำนวน 1 มาตรฐาน (ได้แก่ มาตรฐานการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยตามผ่านกระบวนการแปลมาตรฐานข้ามวัฒนธรรม หรือ Back-Translation for cross-cultural research ตามแนวทางของ Brislin, (1970) และ องค์การอนามัยโลก (2020) สรุปรึมีมาตรฐานที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. มาตรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม
2. มาตรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก
3. มาตรการสุขภาวะทางใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอขออนุมัติเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกำกับของรัฐ สังกัด สำนักนายกรัฐมนตรี ทุกขั้นตอนนับตั้งแต่การแปลและการทดสอบเครื่องมือ (Try out) รวมถึงการ เก็บข้อมูลในงานวิจัยจริง

2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากจำนวนผู้ป่วยที่มีนัดหมายเข้ารับการรักษาตาม คลินิกและหอผู้ป่วยต่างๆ ในภาพรวมด้านจำนวนผู้ป่วยเท่านั้น เพื่อคัดกรองเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง สูงอายุ จากนั้นจึงสุ่มจากตัวเลขลำดับการนัดหมาย แล้วประสานงานพยาบาลประจำคลินิกและหอ ผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง ให้สอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการตอบแบบสอบถามจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ หากไม่สมัครใจ ผู้วิจัยจะทำการสุ่มตัวเลขใหม่อีกครั้ง หากผู้ป่วยและญาติ สมัครใจ ผู้วิจัยจะดำเนินการขั้นต่อไป

3. ผู้วิจัยได้แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงแจ้งวัตถุประสงค์ในการ เข้าพบ และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยจะให้ลง นามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลจาก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่ได้นำเสนอในหัวข้อ “เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย” เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ จากนั้นจึงรวบรวมข้อมูล ทั้งหมด เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ ต่อไป

4. หากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และขอตัวกลับ

5. จากข้อ 4. ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างซ้ำอีกครั้ง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบถ้วนตามที่ กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติบรรยาย ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม, ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ ตัวแปรสุขภาวะทางใจ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ด้วยสถิติบรรยาย ประกอบด้วย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และ ค่าความโด่ง

3. การวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลมาตรฐานตัวแปรแฝงตามโมเดลสมมติฐานการวิจัย ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ประกอบด้วยค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ค่าสถิติที ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย และ ค่าความสอดคล้องของโมเดล

4. การวิเคราะห์โมเดลอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน และ โมเดลอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน ด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ประกอบด้วย ค่าอิทธิพลทางตรง ค่าอิทธิพลทางอ้อม ค่าอิทธิพลรวม ค่าอิทธิพลทำนาย และ ค่าความสอดคล้องของโมเดล

5. การวิเคราะห์โมเดลอิทธิพลเชิงทวิสัมพันธ์ ของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางใจ ระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ โมเดลอิทธิพลเชิงทวิสัมพันธ์ ของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะทางใจ ระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในเชิงทวิสัมพันธ์ ด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ประกอบด้วย ค่าอิทธิพล ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ค่าสถิติที ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย และ ค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดล

สรุปผลการวิจัย

1. การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก เป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไปยังสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุแบบสมบูรณ โดยที่การรับรู้การสนับสนุนทาง

สังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ค่าอิทธิพลรวม เท่ากับ 0.648 แบ่งเป็น ค่าอิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.182 และ ค่าอิทธิพลทางอ้อมผ่านทางการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก เท่ากับ 0.466 ส่วนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกมีค่าอิทธิพลรวมและอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เท่ากับ 0.653 โดยที่ค่าอิทธิพลทั้งหมด มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้น ค่าอิทธิพลทางตรงของการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะทางใจ ตัวแปรทั้งหมด ร่วมกันอธิบายสุขภาวะทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ ร้อยละ 62.9 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ($\chi^2=10.807$, $df=10$, $p=.372$, $\chi^2/df=1.080$, $NFI=0.982$, $NNFI=0.997$, $CFI=0.999$, $GFI=0.974$, $AGFI=0.926$, $RMSEA=0.025$, $RMR=0.008$, $SRMR=0.021$) แสดงว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถส่งอิทธิพลไปยังสุขภาวะทางใจได้ โดยตรง ต้องอาศัยการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวกลาง จึงจะสามารถส่งผ่านอิทธิพลทางอ้อมไปยังสุขภาวะทางใจได้ จึงสรุปได้ว่า ผลการวิจัยข้อนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อ 1

2. การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไปยังสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุแบบบางส่วน โดยที่การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ค่าอิทธิพลรวม เท่ากับ 0.737 แบ่งเป็นค่าอิทธิพลทางตรง เท่ากับ 0.282 และ ค่าอิทธิพลทางอ้อมผ่านทางการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก เท่ากับ 0.455 ส่วนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกมีค่าอิทธิพลรวมและอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เท่ากับ 0.664 โดยที่ค่าอิทธิพลทั้งหมด มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้น อิทธิพลทางตรงของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาวะทางใจ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายสุขภาวะทางใจได้ ร้อยละ 77.7 ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ($\chi^2=9.273$, $df=10$, $p=.506$, $\chi^2/df=0.927$, $NFI=0.984$, $NNFI=1.000$, $CFI=1.000$, $GFI=0.979$, $AGFI=0.942$, $RMSEA=0.000$, $RMR=0.006$, $SRMR=0.020$) แสดงว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ส่งอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจ โดยตรงได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ส่วนที่เหลือเป็นอิทธิพลทางอ้อมที่ต้องอาศัยการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านอิทธิพลไปยังสุขภาวะทางใจ จึงสรุปได้ว่า ผลการวิจัยข้อนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อ 1

3. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ในทางตรง แต่ไม่มีอิทธิพลต่ออีกฝ่ายในทางไขว้ อย่างไรก็ตาม การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจของทั้งสองฝ่ายก็ยังมีอิทธิพลต่อกันในทางทวิ

สัมพันธ์ โดยที่ (1) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของตนเองในทางตรง (actor effect) ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.592 และ 0.747 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ (2) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ไม่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของอีกฝ่ายในทางไขว้ (partner effect) ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.025 และ 0.330 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ (3) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีอิทธิพลต่อกันในทางทวิสัมพันธ์ (interdependence effect) ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.840 และ 0.639 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุได้ร้อยละ 78.7 และ ร้อยละ 59 ตามลำดับ ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ($\chi^2=13.542$, $df=12$, $p=.330$, $\chi^2/df=1.128$, NFI=0.974, NNFI=0.993, CFI=0.997, GFI=0.973, AGFI=0.918, RMSEA=0.032, RMR=0.010, SRMR=0.026) แสดงว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีสุขภาวะทางใจสูงตามไปด้วย แต่จะไม่ส่งผลถึงสุขภาวะทางใจของอีกฝ่ายในทางไขว้ อย่างไรก็ตาม ทั้งการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางใจของทั้งสองฝ่าย ก็ยังมีแนวโน้มที่จะเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงสรุปได้ว่า ผลการวิจัยข้อนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 บางส่วน

4. การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในทางตรง ทางไขว้บางส่วน และ ทางทวิสัมพันธ์ โดยที่ (1) การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของตนเองในทางตรง (actor effect) ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.554 และ 0.617 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตามลำดับ (2) การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ไม่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในทางไขว้ (partner effect) ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.118 โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุมีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในทางไขว้ (partner effect) ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.305 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (3) การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ มีอิทธิพลต่อกันในทางทวิสัมพันธ์ (interdependence effect) ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.788 และ 0.545 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายสุขภาวะทางใจของผู้ป่วย

โรคเมเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุได้ร้อยละ 65.1 และ ร้อยละ 50.9 ตามลำดับ ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ($\chi^2=12.161$ $df=13$, $p=.514$, $\chi^2/df=0.935$, NFI=0.986, NNFI=1.000, CFI=1.000, GFI=0.976, AGFI=0.934, RMSEA=0.000, RMR=0.005, SRMR=0.017) แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูง จะมีสุขภาวะทางใจสูงตามไปด้วย รวมถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุที่มีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกดี จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุมีสุขภาวะที่ดีตามไปด้วย เช่นเดียวกัน จึงสรุปได้ว่า ผลการวิจัยข้อนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 บางส่วน

สรุปผลการวิจัย แสดงดังตารางที่ 40

ตารางที่ 40 สรุปผลการวิจัยเพื่อทดสอบสมมติฐานโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุ

สมมติฐานหลัก	สมมติฐานย่อย	ผลการทดสอบ
สมมติฐานที่ 1	1.1 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน	สนับสนุนสมมติฐานที่ 1
1.2 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน	สนับสนุนสมมติฐานที่ 1	
สมมติฐานที่ 2	2.1 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุในเชิงทวิสัมพันธ์	สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 บางส่วน
2.2 การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งสูงอายุในทางตรง (actor effect) ทางไขว้ (partner effect) และทางทวิสัมพันธ์ (interdependence effect)	สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 บางส่วน	

สมมติฐานหลัก	สมมติฐานย่อย	ผลการทดสอบ
ทางทวิสัมพันธ์ (interdependence effect)		

จากตารางที่ 40 พบว่า โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกและสภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ สนับสนุนสมมติฐานสมมติฐานที่ 1 และ สมมติฐานที่ 2

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. ผลการทดสอบค่าสหสัมพันธ์ พบว่า ตัวแปร PSAVD1, PSAVD2 และ PSAVD3 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กันเกิน .80 โดยทั้งหมดเป็นตัวแปรสังเกตได้ภายในตัวแปรแฝงชุดเดียวกัน ได้แก่ ตัวแปรแฝงการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ซึ่งวัดได้จากเครื่องมือชุดเดียวกันคือ มาตรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้แปลเป็นภาษาไทยครั้งแรก ถ้อยคำที่ใช้อาจมีความคล้ายคลึงกัน ส่งผลให้ผู้ตอบแบบสอบถามให้คะแนนในแต่ละข้อใกล้เคียงกันเกินไป จึงมีข้อความแต่ละด้านที่มีความสัมพันธ์กันเกินกว่า .80 ได้ ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้

2. การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในช่วงระหว่างที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ไปทั่วโลก สถานการณ์รุนแรงมากถึงขั้นมีผู้ติดเชื้อเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก สถานพยาบาลทุกแห่งในประเทศไทย จำเป็นต้องให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กล่าวคือ แพทย์ให้การตรวจรักษาอาการผ่านระบบวิดีโอคอล (video call) และส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ แพทย์จะพิจารณานัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงติดเชื้อเข้ามาโรงพยาบาลในกรณีที่เป็นเท่านั้น เช่น การผ่าตัด, การรับยาเคมีบำบัดทางเส้น และ การรับรังสีรักษา เป็นผลให้ประชากรผู้ป่วยกระจุกตัวอยู่เฉพาะบางโรคและบางระยะ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ และผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวช ระยะแรก-ระยะที่ 2 เป็นต้น ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้จึงขาดความหลากหลาย และอาจไม่ใช่ตัวแทนของกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ใช้บริการในพื้นที่วิจัยทั้งหมด

3. การวิจัยครั้งนี้กำหนดขอบเขตการวิจัย โดยมุ่งศึกษาปัจจัยด้านจิตวิทยา 2 ตัวแปร คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ที่มีต่อสภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในเชิงทวิสัมพันธ์ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังมีตัวแปรที่ส่งผลทางอ้อมต่อสภาวะของนักศึกษาปริญญาตรีในสหรัฐอเมริกา ได้แก่ การมีสติ และการให้อภัยตนเอง (Wilson et al., 2020) นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์โมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การ

สนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพทางใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล ยังพบว่ามีเพียงการส่งอิทธิพลทางตรงแต่ไม่มีการส่งอิทธิพลในทางไขว้ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (only actor effect not partner effect) สาเหตุเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ระยะแรก จึงไม่ส่งผลต่อกันในทางไขว้ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ ในระยะท้าย เช่น โรคมะเร็งปอดในระยะตั้งแต่ 12 เดือน ขึ้นไป (Kelley et al., 2019) การนำข้อค้นพบในการวิจัยภายใต้ข้อจำกัดจากสถานการณ์แพร่ระบาดอย่างรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครั้งนี้ไปใช้กับการวิจัยครั้งหน้า ควรพิจารณาอย่างระมัดระวังถึงคุณลักษณะเฉพาะด้านตัวโรคและระยะโรคของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ ด้วยการจัดกิจกรรมเพิ่มการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการเพิ่มการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ดังที่ได้นำเสนอไว้ในบทที่ 4 (อภิปรายผลการวิจัย)
2. สำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป ควรขยายขอบเขตการวิจัยไปสู่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยอื่น เนื่องจากยังไม่พบการศึกษาประเด็นนี้ในประเทศไทย แต่พบเพียงการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่ในต่างประเทศเท่านั้น (Hou et al., 2016, 2017, 2018, 2019)
3. เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ได้ระบุว่าไม่มีบุคคลพิเศษที่ให้การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 14 และ 19 ราย ตามลำดับ สาเหตุอาจเป็นเพราะมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ถูกปรับปรุงมาจากมาตรวัดต้นฉบับที่พัฒนาขึ้นบนฐานทฤษฎีและงานวิจัยในต่างประเทศ ไม่ได้พัฒนาขึ้นมาตามบริบทสังคมไทย กลุ่มตัวอย่างจึงอาจตีความคำว่า “บุคคลพิเศษ” คลาดเคลื่อนไปจากวัตถุประสงค์การวัด ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งหน้า นักวิจัยควรทำการศึกษาเชิงลึก เพื่อค้นหาว่าเหตุใด บางกลุ่มตัวอย่างจึงไม่มีบุคคลพิเศษ และกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ มีความแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลพิเศษอย่างไร กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจคำว่าบุคคลพิเศษในความหมายใด มีคำภาษาไทยคำใดที่ตรงกับคำว่าบุคคลพิเศษ หรือ significant others บ้าง เป็นต้น

4. เนื่องจากศึกษาครั้งนี้มุ่งทดสอบเฉพาะอิทธิพลของตัวแปรที่ส่งผลต่อสภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในเชิงทวิสัมพันธ์ ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (Hou et al., 2019; Kelley et al., 2019) อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังมีตัวแปรทางจิตวิทยาตัวอื่นที่ส่งผลทางอ้อมต่อสภาวะของนักศึกษาปริญญาตรีในสหรัฐอเมริกา ได้แก่ การมีสติ และการให้อภัยตนเอง (Wilson et al., 2020) ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปอาจมีการนำตัวแปรดังกล่าวมาเพิ่มในการทดสอบโมเดลในครั้งนี้อิทธิพลของตัวแปรที่ส่งผลต่อสภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยฉบับนี้ ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกส่งผลทางบวกต่อสภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลในลักษณะอิทธิพลคู่เหมือน (couple pattern) คือตัวแปรต้นมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามทั้งทางตรง (actor effect) ทางไขว้ (partner effect) และทางทวิสัมพันธ์ (interdependent effect) สะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสภาวะทางใจของประชากรกลุ่มนี้ มีความเกี่ยวข้องกันในเชิงทวิสัมพันธ์จริง ดังนั้น นักจิตวิทยาพัฒนาการ นักจัดกิจกรรมบำบัด และ นักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ควรพิจารณาให้ผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมฝึกการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกด้วยกัน เช่น กิจกรรม savoring exercise (Smith & Hanni, 2019) เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกต่อสภาวะทางใจของทั้งสองฝ่ายได้พร้อมกัน

2. ถึงแม้ผลการศึกษาโมเดลเชิงทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสภาวะทางใจจะทำนายสภาวะในผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลได้มากกว่าการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก แต่ก็ยังเป็นเพราะมีตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่านดังที่ได้นำเสนอมาแล้วในบทที่ 3-4 รวมถึงโมเดลทวิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสภาวะทางใจก็ยังสามารถทำนายสภาวะในกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ร้อยละ 50.9 ขึ้นไป สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลที่ตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกมีต่อสภาวะทางใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทั้งในทางตรงและทางอ้อม แต่อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยก็ยังแสดงให้เห็นว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมส่งอิทธิพลต่อการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในโมเดลตัวแปรส่งผ่านด้วยเช่นกัน ดังนั้น ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่มีหน้าที่ทำการบำบัดแก้ไขฟื้นฟูสภาวะของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ เช่น นักจิตวิทยาพัฒนาการ นักบำบัด และ นักสังคมสงเคราะห์ คือ ควรจัดให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้เข้า

ร่วมกิจกรรมสร้างเสริมการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสลับกับกิจกรรมเพิ่มการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกต่อเนื่องกันไป เช่น การทำกิจกรรม relational savoring (Borelli et al., 2020; Borelli et al., 2023) เป็นต้น เหตุเพราะตัวแปรการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและตัวแปรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก ต่างส่งผลต่อตัวแปรสุขภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลทั้งในทางตรงทางอ้อม ทางไขว้ และทางทวิสัมพันธ์ ดังนั้น เมื่อทำกิจกรรมบำบัดพร้อมกันจะก่อให้เกิดผลทางบวกต่อประชากรทั้งสองฝ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพควบคู่กันไปอย่างยั่งยืน



บรรณานุกรม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ. (2546). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 (พิมพ์ครั้งที่ 1). เจ. เอส. การพิมพ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2554). คู่มือผู้เข้ารับการอบรมแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. โรงพิมพ์ศิริธรรม ออฟเซ็ท.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต. (2560). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564). กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2565). หนังสือสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564. กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2562). การวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (SEM) ด้วย AMOS (4 ed.). ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.
- กิตติกร นิลมานัต และ กฤษณา สังข์มณีจินดา. (2017). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีภาวะเศร้า โศก. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 1-8.
https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt
- ณรงค์ สหเมธาพัฒน์. (2556). คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ปรีชา ธรรมา. (2015). การกิจพัฒนาการ.
<http://ejournals.swu.ac.th/index.php/ENEDU/article/download/6051/5684>
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2554). สูงอายุ. <https://dictionary.orst.go.th/>
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). (2549). สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2018). ผู้สูงอายุ (*Older person*). <http://haamor.com/>
- พูลพงศ์ สุขสว่าง. (2014). หลักการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 6(2), 136-145.
<https://www.researchgate.net/publication/279056383>

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, Ed.). บริษัท พรินเทอริ จำกัด.

รัชนิกร ใจคำสืบ และ ศิวไลซ์ วรรณวิจิตร. (2019). สุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(1).

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, หน่วยงานทะเบียนมะเร็ง กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์. (2563). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562. บริษัท นวัตกรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.

สุมิตรา ตีระพงศ์ประเสริฐ, นิภาวรรณ สามารถกิจ และ วิภา วิเสโส. (2021). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(1), 67-79.

ภาษาอังกฤษ

Ackerman, R. (2016). *APIMPowerR Documentation* <https://robert-a-ackerman.shinyapps.io/APIMPowerRdis/>

Adams, K. B. (2006). The transition to caregiving: the experience of family members embarking on the dementia caregiving career. *J Gerontol Soc Work*, 47(3-4), 3-29. https://doi.org/10.1300/J083v47n03_02

Akin, S., Can, G., Aydiner, A., Ozdilli, K., & Durna, Z. (2010). Quality of life, symptom experience and distress of lung cancer patients undergoing chemotherapy. *European journal of oncology nursing*, 14(5), 400-409.

Alcantara-Silva, T. R., de Freitas-Junior, R., Freitas, N. M. A., de Paula Junior, W., da Silva, D. J., Machado, G. D. P., Ribeiro, M. K. A., Carneiro, J. P., & Soares, L. R. (2018). Music Therapy Reduces Radiotherapy-Induced Fatigue in Patients With Breast or Gynecological Cancer: A Randomized Trial. *Integr Cancer Ther*, 17(3), 628-635. <https://doi.org/10.1177/1534735418757349>

Allen, D. G., Mahto, R. V., & Otondo, R. F. (2007). Web-based recruitment: Effects of information, organizational brand, and attitudes toward a Web site on applicant attraction. *Journal of applied psychology*, 92(6), 1696.

American Cancer Society. (2020). *If You're About to Become a Cancer*

Caregiver. Retrieved November, 10 from

<https://www.cancer.org/treatment/caregivers/if-youre-about-to-become-a-cancer-caregiver.html>.

- Arsanok, P., Wirojratana, V., & Jitramontree, N. (2022). The influence of symptom distress, depression, and social support on spiritual well-being among older patients with advanced cancer during treatment. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(1), 84-98.
- Badr, H., Bakhshaie, J., & Chhabria, K. (2019). Dyadic Interventions for Cancer Survivors and Caregivers: State of the Science and New Directions. *Semin Oncol Nurs*, 35(4), 337-341. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.06.004>
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual review of psychology*, 31(1), 65-110. <https://doi.org/10.1016/C2013-0-07173-3>
- Band, E. B., & Weisz, J. R. (1990). Developmental differences in primary and secondary control coping and adjustment to juvenile diabetes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(2), 150-158. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp1902_7
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445. <https://doi.org/10.1007/bf00922627>
- Bech, P., Olsen, L. R., Kjoller, M., & Rasmussen, N. K. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five well-being scale. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(2), 85-91. <https://doi.org/10.1002/mpr.1145>.
- Beiser, M. (1974). Components and correlates of mental well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 320-327. <https://doi.org/10.2307/2137092>

- Boomsma, A., & Hoogland, J. J. (2001). The robustness of LISREL modeling revisited. *Structural equation models: Present and future. A Festschrift in honor of Karl Jöreskog*, 2(3), 139-168.
- Booniam, S., Wongpakaran, T., Lertrakarnnon, P., Jiraniramai, S., Kuntawong, P., & Wongpakaran, N. (2020). <p>Predictors of Passive and Active Suicidal Ideation and Suicide Attempt Among Older People: A Study in Tertiary Care Settings in Thailand</p>. *Neuropsychiatric disease and treatment*, Volume 16, 3135-3144. <https://doi.org/10.2147/ndt.S283022>
- Boonsawad, P., Pumduang, P., Auswapinyokit, N., & Tongboonchoo, C. (2020). ผลของการบำบัดแบบผสมผสานต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(2), 257-270.
- Borelli, J. L., Bond, D. K., Fox, S., & Horn-Mallers, M. (2020). Relational Savoring Reduces Physiological Reactivity and Enhances Psychological Agency in Older Adults. *J Appl Gerontol*, 39(3), 332-342. <https://doi.org/10.1177/0733464819866972>
- Borelli, J. L., Kerr, M. L., Smiley, P. A., Rasmussen, H. F., Hecht, H. K., & Campos, B. (2023). Relational savoring intervention: Positive impacts for mothers and evidence of cultural compatibility for Latinas. *Emotion*, 23(2), 303.
- Borges, E. L., Franceschini, J., Costa, L. H., Fernandes, A. L., Jamnik, S., & Santoro, I. L. (2017). Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life. *J Bras Pneumol*, 43(1), 18-23. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000177>
- Bosco, A., Schneider, J., Coleston-Shields, D. M., Sousa, L., & Orrell, M. (2018). Dyadic construction of dementia: meta-ethnography and behaviour-process synthesis. *Aging Ment Health*, 23(6), 651-659. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1450836>
- Boyde, C., Linden, U., Boehm, K., & Ostermann, T. (2012). The use of music therapy during the treatment of cancer patients: a collection of evidence. *Global advances in health and medicine*, 1(5), 24-29.
- Bozo, O., Gundogdu, E., & Buyukasik-Colak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism--

- posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *J Health Psychol*, 14(7), 1009-1020. <https://doi.org/10.1177/1359105309342295>
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., & Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 19(1), 21-28. <http://doi.org/10.1002/pon.1556>.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of cross-cultural psychology*, 1(3), 185-216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
- Bryant, F., & Veroff, J. (2007). *Savoring: A new model of positive experience*. Mahwah, NJ: Erlbaum Associates.
- Bryant, F. B. (1989). A four-factor model of perceived control: Avoiding, coping, obtaining, and savoring. *Journal of personality*, 57(4), 773-797.
- Bryant, F. B. (2003). Savouring Beliefs Inventory (SBI) A Scale for measuring beliefs about savouring. *Journal of Mental Health*, 12, 175-196. <https://doi.org/110.1080/0963823031000103489>.
- Bryant, F. B., Chadwick, E. D., & Kluwe, K. (2011). Understanding the Processes that Regulate Positive Emotional Experience: Unsolved Problems and Future Directions for Theory and Research on Savoring. *International Journal of Wellbeing*, 1(1). <https://doi.org/10.5502/ijw.v1i1.18>
- Bryant, F. B., Smart, C. M., & King, S. P. (2005). Using the Past to Enhance the Present: Boosting Happiness Through Positive Reminiscence. *Journal of Happiness Studies*, 6(3), 227-260. <https://doi.org/10.1007/s10902-005-3889-4>
- Bryant, F. B., & Veroff, J. (2012). *Savoring: A new model of positive experience*. Psychology Press.
- Butkutė, R., & Perminas, A. (2005). Giving Meaning to Life in Illness for Women with Breast Cancer. *Baltic Journal of psychology*, 6(2), 15-24. <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?>

- Calderón, C., Ferrando, P. J., Lorenzo-Seva, U., Gómez-Sánchez, D., Fernández-Montes, A., Palacín-Lois, M., Antoñanzas-Basa, M., Rogado, J., Manzano-Fernández, A., & Ferreira, E. (2021). Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in cancer patients: psychometric properties and measurement invariance. *Psicothema*, 33(1), 131-138.
- Çetinkaya, F., Duru Aşiret, G., Direk, F., & Özkanlı, N. N. (2019). The Effect of Ceramic Painting on the Life Satisfaction and Cognitive Status of Older Adults Residing in a Nursing Home. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 35(2), 108-112.
<https://doi.org/10.1097/tgr.0000000000000208>
- Ching-Teng, Y., Ya-Ping, Y., & Yu-Chia, C. (2019). Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes. *Soc Work Health Care*, 58(3), 324-338. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1564108>
- Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S., & Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psychooncology*, 18(10), 1045-1052. <https://doi.org/10.1002/pon.1390>
- Cino, K. (2014). Aromatherapy hand massage for older adults with chronic pain living in long-term care. *Journal of Holistic Nursing*, 32(4), 304-313.
<https://doi.org/10.1177/0898010114528378>
- Coa, K., B. Epstein, J., McManus, K., & Moskowitz, B. (2018). Dietary Changes and Food Preferences Experienced by Older Adult Cancer Patients and the Impact on Health Outcomes. *Current Research in Nutrition and Food Science Journal*, 6(2), 263-272. <https://doi.org/10.12944/crnfsj.6.2.02>
- Collins. (2020b). *Caregiver*. Retrieved November, 10 from <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/caregiver>
- Colvin, A. D., & Bullock, A. N. (2016). A review of the biopsychosocial aspects of caregiving for aging family members. *Journal of Family Social Work*, 19(5), 420-442. <https://doi.org/10.1080/10522158.2016.1214657>
- Compas, B. E. (1998). An agenda for coping research and theory: Basic and applied developmental issues. *International journal of behavioral development*, 22(2), 231-237. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/016502598384351>

- Cook, W. L., & Kenny, D. A. (2005). The Actor–Partner Interdependence Model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *International journal of behavioral development, 29*(2), 101-109.
<https://doi.org/10.1080/01650250444000405>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: a six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(5), 853-863.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.5.853>
- Damasio, A. R., Grabowski, T. J., Bechara, A., Damasio, H., Ponto, L. L., Parvizi, J., & Hichwa, R. D. (2000). Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nature Neuroscience, 3*(10), 1049-1056.
<https://doi.org/10.1038/79871>
- Dambi, J. M., Tapera, L., Chiwaridzo, M., Tadyanemhandu, C., & Nhunzvi, C. (2017). Psychometric evaluation of the Shona version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support Scale (MSPSS-Shona) in adult informal caregivers of patients with cancer in Harare, Zimbabwe. *Malawi Med J, 29*(2), 89-96.
<https://doi.org/10.4314/mmj.v29i2.3>
- Danaci, E., & Zeliha, K. (2018). Caregiving burden and life satisfaction among caregivers of cancer patients admitted to the emergency department *Clinical nursing research, 27*(7), 800-825. <https://doi.org/810.1177%1172F1054773817708083>.
- Darton, R., Baumker, T., Callaghan, L., Holder, J., Netten, A. N. N., & Towers, A.-M. (2011). The characteristics of residents in extra care housing and care homes in England. *Health and Social Care in the Community, 20*(2), 87–96.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01022.x>
- De Maria, M., Tagliabue, S., Ausili, D., Vellone, E., & Matarese, M. (2020). Perceived social support and health-related quality of life in older adults who have multiple chronic conditions and their caregivers: a dyadic analysis. *Soc Sci Med, 262*, 113193. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113193>
- de Pinho, N. B., Martucci, R. B., Rodrigues, V. D., D'Almeida, C. A., Thuler, L. C. S., Saunders, C., Jager-Wittenaar, H., & Peres, W. A. F. (2020). High prevalence of malnutrition and nutrition impact symptoms in older patients with cancer:

- Results of a Brazilian multicenter study. *Cancer*, 126(1), 156-164.
<https://doi.org/10.1002/cncr.32437>
- De Wit, M., Pouwer, F., Gemke, R. J., Delemarre-Van De Waal, H. A., & Snoek, F. J. (2007). Validation of the WHO-5 Well-Being Index in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes care*, 30(8), 2003-2006.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95(3), 542-563.
<https://psycnet.apa.org/doi/510.1037/0033-2909.1095.1033.1542>.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34-43.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-1066X.1055.1031.1034>.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African journal of psychology*, 39(4), 391-406.
<https://doi.org/310.1177%1172F008124630903900402>.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social indicators research*, 97(2), 143-156.
<http://doi.org/110.1007/s11205-11009-19493-y>.
- DiStefano, C., & Hess, B. (2005). Using confirmatory factor analysis for construct validation: An empirical review. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 23(3), 225-241.
- Ebihara, T., Takahashi, H., Ebihara, S., Okazaki, T., Sasaki, T., Watando, A., Nemoto, M., & Sasaki, H. (2005). Capsaicin troche for swallowing dysfunction in older people. *J Am Geriatr Soc*, 53(5), 824-828. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53261.x>
- Edebah, D., Coens, C., Zikos, E., Quinten, C., Ringash, J., King, M., Schmucker von Koch, J., Gotay, C., Greimel, E., & Flechtner, H. (2014). Does change in health-related quality of life score predict survival? Analysis of EORTC 08975 lung cancer trial. *British journal of cancer*, 110(10), 2427-2433.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. W. W. Norton.

- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015a). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19(2), 113-147.
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015b). Thriving through relationships. *Current Opinion in Psychology*, 1, 22-28.
- Ferraris, G., Fisher, O., Lamura, G., Fabbietti, P., Gagliardi, C., & Hagedoorn, M. (2022). Dyadic associations between perceived social support and psychological well-being in caregivers and older care recipients. *Journal of family psychology*.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2015). 2016 (P. Prasartkul, Ed.).
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2017). *Situation of The Thai Elderly 2016* (P. Prasartkul, Ed.).
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of counseling psychology*, 51(1), 115.
- Garland, E. L., Farb, N. A., R. Goldin, P., & Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. *Psychological inquiry*, 26(4), 293-314.
- Garlo, K., O'Leary, J. R., Van Ness, P. H., & Fried, T. R. (2010). Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *J Am Geriatr Soc*, 58(12), 2315-2322. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03177.x>
- Geiger, P. J., Morey, J. N., & Segerstrom, S. C. (2017). Beliefs about savoring in older adulthood: Aging and perceived health affect temporal components of perceived savoring ability. *Personality and Individual Differences*, 105(15), 164-169. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.09.049>
- George, D., & Mallery, P. (2019). *IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference*. Routledge.
- Given, B., Wyatt, G., Given, C., Sherwood, P., Gift, A., DeVoss, D., & Rahbar, M. (2004). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncol Nurs Forum*, 31(6), 1105-1117. <https://doi.org/10.1188/04.ONF.1105-1117>

- Gliem, J. A., & Gliem, R. R. (2003). Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. *Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*, 82-88. <http://hdl.handle.net/1805/1344>.
- Gómez-Dantés, H., Lamadrid-Figueroa, H., Cahuana-Hurtado, L., Silverman-Retana, O., Montero, P., González-Robledo, M. C., Fitzmaurice, C., Pain, A., Allen, C., & Dicker, D. J. (2016). The burden of cancer in Mexico, 1990-2013. *salud pública de méxico*, 58(2), 118-131.
- Green, R. (2013). Item Analysis. In *Statistical Analyses for Language Testers* (pp. 25-40). Springer.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective* (7 ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Haley, W. E. (2003). Family caregivers of elderly patients with cancer: understanding and minimizing the burden of care. *J Support Oncol*, 1(4 Suppl 2), 25-29.
- Hanrungcharotorn, U., Pinyopasakul, W., Pongthavornkamol, K., Dajpratham, P., & Beeber, A. S. (2017). Factors influencing physical activity among women with osteoarthritis of the knee. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21(1), 5-17.
- Hanser, S. B. (1990). A music therapy strategy for depressed older adults in the community. *Journal of Applied Gerontology*, 9(3), 283-298.
- Hanser, S. B., Bauer-Wu, S., Kubicek, L., Healey, M., Manola, J., Hernandez, M., & Bunnell, C. (2006). Effects of a music therapy intervention on quality of life and distress in women with metastatic breast cancer. *J Soc Integr Oncol*, 4(3), 116-124. <https://doi.org/10.2310/7200.2006.014>
- Haur, F. C., Khatibi, A., & Azam, S. F. (2017). ANTECEDENTS OF CONSUMERS' PERCEPTION TOWARDS ONLINE ADVERTISING IN MALAYSIA: THE STRUCTURE EQUATION MODELING APPROACH. *European Journal of Management and Marketing Studies*.
- Haviland, J., Sodergren, S., Calman, L., Corner, J., Din, A., Fenlon, D., Grimmett, C., Richardson, A., Smith, P. W., & Winter, J. (2017). Social support following diagnosis and treatment for colorectal cancer and associations with health-

- related quality of life: Results from the UK ColoREctal Wellbeing (CREW) cohort study. *Psycho-Oncology*, 26(12), 2276-2284.
- Hayes, S. C. (2012). Humanistic psychology and contextual behavioral perspectives. *Psychotherapy*, 49(4), 455.
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of life research*, 12(1), 25-31.
- Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (2004). What is mental health? In H. Herrman, S. Saxena, & R. Moodie (Eds.), *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice : summary report* (pp. 11-12). World Health Organization.
- Heun, R., Bonsignore, M., Barkow, K., & Jessen, F. (2001). Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 251(2), 27-31.
<https://doi.org/10.1007/BF03035123>
- Hodgson, N. A., & Lafferty, D. (2012). Reflexology versus Swedish Massage to Reduce Physiologic Stress and Pain and Improve Mood in Nursing Home Residents with Cancer: A Pilot Trial. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2012, 456897. <https://doi.org/10.1155/2012/456897>
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(4), 599. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- Hou, W. K., Lau, K. M., Ng, S. M., Cheng, A. C., Shum, T. C., Cheng, S. T., & Cheung, H. Y. (2017). Savoring moderates the association between cancer-specific physical symptoms and depressive symptoms. *Psychooncology*, 26(2), 231-238. <https://doi.org/10.1002/pon.4114>
- Hou, W. K., Lau, K. M., Ng, S. M., Lee, T. M., Cheung, H. Y., Shum, T. C., & Cheng, A. C. (2016). Psychological detachment and savoring in adaptation to cancer caregiving. *Psychooncology*, 25(7), 839-847. <https://doi.org/10.1002/pon.4019>
- Hou, W. K., Lau, K. M., Shum, T. C. Y., Cheng, A. C. K., & Lee, T. M. C. (2018). Do concordances of social support and relationship quality predict psychological

- distress and well-being of cancer patients and caregivers? *Eur J Cancer Care (Engl)*, 27(4), e12857. <https://doi.org/10.1111/ecc.12857>
- Hou, W. K., Liang, L., Lau, K. M., & Hall, M. (2019). Savouring and psychological well-being in family dyads coping with cancer: An actor-partner interdependence model. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 28(4), e13047. <https://doi.org/10.1111/ecc.13047>
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- Hsu, T., Loscalzo, M., Ramani, R., Forman, S., Popplewell, L., Clark, K., Katheria, V., Feng, T., Strowbridge, R., Rinehart, R., Smith, D., Matthews, K., Dillehunt, J., & Hurria, A. (2014). Factors associated with high burden in caregivers of older adults with cancer. *Cancer*, 120(18), 2927-2935. <https://doi.org/10.1002/cncr.28765>
- Hsu, T., Loscalzo, M., Ramani, R., Forman, S., Popplewell, L., Clark, K., Katheria, V., Strowbridge, R., Rinehart, R., Smith, D., Matthews, K., Dillehunt, J., Feng, T., Smith, D., Sun, C., & Hurria, A. (2017). Are Disagreements in Caregiver and Patient Assessment of Patient Health Associated with Increased Caregiver Burden in Caregivers of Older Adults with Cancer? *Oncologist*, 22(11), 1383-1391. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0085>
- Hsu, T., Nathwani, N., Loscalzo, M., Chung, V., Chao, J., Karanes, C., Koczywas, M., Forman, S., Lim, D., Siddiqi, T., Stein, A., Twardowski, P., Nademanee, A., Pal, S., Siccione, E., Hein, M., Akiba, C., Goldstein, L., Smith, D., . . . Hurria, A. (2019). Understanding Caregiver Quality of Life in Caregivers of Hospitalized Older Adults With Cancer. *J Am Geriatr Soc*, 67(5), 978-986. <https://doi.org/10.1111/jgs.15841>
- Hu, X., Peng, X., Su, Y., & Huang, W. (2018). Caregiver burden among Chinese family caregivers of patients with lung cancer: a cross-sectional survey. *European journal of oncology nursing*, 37, 74-80.
- Huppert, F. A. (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137-164. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x>

- Jafari, N., Farajzadegan, Z., Zamani, A., Bahrami, F., Emami, H., Loghmani, A., & Jafari, N. (2013). Spiritual therapy to improve the spiritual well-being of Iranian women with breast cancer: a randomized controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2013, 353262.
<https://doi.org/10.1155/2013/353262>
- Jayani, R., & Hurria, A. (2012). Caregivers of older adults with cancer. *Semin Oncol Nurs*, 28(4), 221-225. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2012.09.004>
- Jenkins, R., Meltzer, H., Jones, P., Brugha, T., Bebbington, P., Farrell, M., Crepaz-Kay, D., & Knapp, M. (2008). Mental health: future challenges.
- Jeong, A., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., & Park, J. H. (2016). Avoidance of cancer communication, perceived social support, and anxiety and depression among patients with cancer. *Psychooncology*, 25(11), 1301-1307.
<https://doi.org/10.1002/pon.4060>
- Ji, L.-J., Nisbett, R. E., & Su, Y. (2001). Culture, change, and prediction. *Psychological Science*, 12(6), 450-456.
- Johansen, S., Cvancarova, M., & Ruland, C. (2018). The Effect of Cancer Patients' and Their Family Caregivers' Physical and Emotional Symptoms on Caregiver Burden. *Cancer Nurs*, 41(2), 91-99.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000493>
- Johnson, C. M., & Sullivan-Marx, E. M. (2006). Art therapy: Using the creative process for healing and hope among African American older adults. *Geriatric nursing*, 27(5), 309-316.
- Jones, F., Warren, A., & McElroy, S. (2006). Home-Based Art Therapy for Older Adults with Mental Health Needs: Views of Clients and Caregivers. *Art Therapy*, 23(2), 52-58. <https://doi.org/10.1080/07421656.2006.10129640>
- Jose, P. E., Lim, B. T., & Bryant, F. B. (2012). Does savoring increase happiness? A daily diary study. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 176-187.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2012.671345>
- Kaul, M., & Lakey, B. (2003). Where is the support in perceived support? The role of generic relationship satisfaction and enacted support in perceived support's

- relation to low distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(1), 59-78.
- Kehoe, L. A., Xu, H., Duberstein, P., Loh, K. P., Culakova, E., Canin, B., Hurria, A., Dale, W., Wells, M., Gilmore, N., Kleckner, A. S., Lund, J., Kamen, C., Flannery, M., Hoerger, M., Hopkins, J. O., Liu, J. J., Geer, J., Epstein, R., & Mohile, S. G. (2019). Quality of Life of Caregivers of Older Patients with Advanced Cancer. *J Am Geriatr Soc*, 67(5), 969-977. <https://doi.org/10.1111/jgs.15862>
- Kelley, D. E., Kent, E. E., Litzelman, K., & Mollica, M. A. (2019). Dyadic associations between perceived social support and cancer patient and caregiver health: An actor-partner interdependence modeling approach. *Psycho-Oncology*, 28, 1453-1460. <https://doi.org/10.1002/pon.5096>
- Kenny, D. A. (2011). *Measuring model fit*. Retrieved 2021, August 10 from <http://davidakenny.net/cm/basics.htm#Degrees>
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic Data Analysis*. Guilford Press. <https://www.guilford.com>
- Kenny, D. A., & Ledermann, T. (2010a). Detecting, measuring, and testing dyadic patterns in the actor-partner interdependence model. *J Fam Psychol*, 24(3), 359-366. <https://doi.org/10.1037/a0019651>
- Kenny, D. A., & Ledermann, T. (2010b). Detecting, measuring, and testing dyadic patterns in the actor-partner interdependence model. *Journal of family psychology*, 24(3), 359-366. <https://doi.org/10.1037/a0019651>
- Kim, S. K. (2013). A randomized, controlled study of the effects of art therapy on older Korean-Americans' healthy aging. *The Arts in Psychotherapy*, 40(1), 158-164. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.11.002>
- Kim, Y., Carver, C. S., Spillers, R. L., Crammer, C., & Zhou, E. S. (2011). Individual and dyadic relations between spiritual well-being and quality of life among cancer survivors and their spousal caregivers. *Psychooncology*, 20(7), 762-770. <https://doi.org/10.1002/pon.1778>
- Knutson, B., Adams, C. M., Fong, G. W., & Hommer, D. (2001). Anticipation of increasing monetary reward selectively recruits nucleus accumbens. *Journal of Neuroscience*, 21(16), RC159-RC159.

- Kohara, H., Miyauchi, T., Suehiro, Y., Ueoka, H., Takeyama, H., & Morita, T. (2004). Combined modality treatment of aromatherapy, footsoak, and reflexology relieves fatigue in patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 7(6), 791-796.
- Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Schernhammer, E. S., Holmes, M. D., & Kawachi, I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24(7), 1105-1111.
- Krokavcova, M., van Dijk, J. P., Nagyova, I., Rosenberger, J., Gavelova, M., Middel, B., Gdovinova, Z., & Groothoff, J. W. (2008). Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient education and counseling*, 73(1), 159-165.
- Kuscu, M. K., Dural, U., Onen, P., Yasa, Y., Yayla, M., Basaran, G., Turhal, S., & Bekiroglu, N. (2009). The association between individual attachment patterns, the perceived social support, and the psychological well-being of Turkish informal caregivers. *Psychooncology*, 18(9), 927-935. <https://doi.org/10.1002/pon.1441>
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support and theory. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, 29, 29-49.
- Lakhan, S. E., Sheafer, H., & Tepper, D. (2016). The Effectiveness of Aromatherapy in Reducing Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Res Treat*, 2016, 8158693. <https://doi.org/10.1155/2016/8158693>
- Lampinen, P., Heikkinen, R. L., Kauppinen, M., & Heikkinen, E. (2007). Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging & mental health*, 10(5), 454-466. <https://doi.org/10.1080/13607860600640962>
- Leung, D. Y. P., Chan, H. Y. L., Chiu, P. K. C., Lo, R. S. K., & Lee, L. L. Y. (2020). Source of Social Support and Caregiving Self-Efficacy on Caregiver Burden and Patient's Quality of Life: A Path Analysis on Patients with Palliative Care Needs and Their Caregivers. *Int J Environ Res Public Health*, 17(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph17155457>
- Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American psychologist*, 41(1), 3-13.

[http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.455.6972&rep=rep1
&type=pdf](http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.455.6972&rep=rep1&type=pdf)

- Lindberg, T. (2004). Enjoying the moment in the East and West: A cross-cultural analysis of savoring. *Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Vancouver, Canada.*
- Lyyra, T. M., & Heikkinen, R. L. (2006). Perceived social support and mortality in older people. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(3), S147-S152. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.3.S147>
- Maguire, R., Hanly, P., Hyland, P., & Sharp, L. (2018). Understanding burden in caregivers of colorectal cancer survivors: what role do patient and caregiver factors play? *Eur J Cancer Care (Engl)*, 27(1). <https://doi.org/10.1111/ecc.12527>
- Marcus, D. A. (2012). Complementary medicine in cancer care: adding a therapy dog to the team. *Curr Pain Headache Rep*, 16(4), 289-291. <https://doi.org/10.1007/s11916-012-0264-0>
- McCaffrey, R. (2007). The effect of healing gardens and art therapy on older adults with mild to moderate depression. *Holistic Nursing Practice*, 21(2), 79-84. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000262022.80044.06>
- Meecharoen, W. (2014). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(1), 10-22.
- Mehrotra, S., & Sukumar, P. (2007). Sources of strength perceived by females caring for relatives diagnosed with cancer: an exploratory study from India. *Supportive Care in Cancer*, 15, 1357-1366.
- Merriam-Webster. (2020). *Caregivers*. Retrieved November, 10 from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/caregiver>
- Momtaz, Y. A., Hamid, T. A., Masud, J., Haron, S. A., & Ibrahim, R. (2013). Dyadic effects of attitude toward aging on psychological well-being of older Malaysian couples: an actor-partner interdependence model. *Clin Interv Aging*, 8, 1413-1420. <https://doi.org/10.2147/CIA.S51877>
- Moomal, Z. (1999). The relationship between meaning in life and mental well-being. *South African journal of psychology*, 29(1), 36-41. <https://doi.org/10.1177%2F008124639902900106>

- Moretti, F., De Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C., Negretti, F., Sacchetti, C., & Atti, A. R. (2011). Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics*, 11(2), 125-129. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2010.00329.x>
- Munoz-Bermejo, L., Adsuar, J. C., Postigo-Mota, S., Casado-Verdejo, I., de Melo-Tavares, C. M., Garcia-Gordillo, M. A., Perez-Gomez, J., & Carlos-Vivas, J. (2020). Relationship of Perceived Social Support with Mental Health in Older Caregivers. *Int J Environ Res Public Health*, 17(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph17113886>
- Muss, H. B., Hunter, C. P., & Johnson, K. A. (2006). *Treatment and Management of Cancer in the Elderly* (H. B. Muss, C. P. Hunter, & K. A. Johnson, Eds.). Taylor & Francis Group.
- Nainis, N., Paice, J. A., Ratner, J., Wirth, J. H., Lai, J., & Shott, S. (2006). Relieving symptoms in cancer: innovative use of art therapy. *J Pain Symptom Manage*, 31(2), 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.07.006>
- National Cancer Institute. (2020). *NCI Dictionaries*. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/caregiver>
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498-511. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.498>
- Norrish, J. M., & Vella-Brodrick, D. A. (2009). Positive psychology and adolescents: Where are we now? Where to from here? *Australian Psychologist*, 44(4), 270-278.
- Northouse, L., Williams, A. L., Given, B., & McCorkle, R. (2012). Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *J Clin Oncol*, 30(11), 1227-1234. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.5798>
- O'Hara, R. E., Hull, J. G., Lyons, K. D., Bakitas, M., Hegel, M. T., Li, Z., & Ahles, T. A. (2010). Impact on caregiver burden of a patient-focused palliative care intervention for patients with advanced cancer. *Palliat Support Care*, 8(4), 395-404. <https://doi.org/10.1017/S1478951510000258>

- Oh, M. H., & Park, K. M. (2014). The effect of a social support program on family caregivers' role strain in elderly long-term home care. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 25(2), 137-145.
- Ong, H. L., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Fauziana, R., Tan, M. E., Chong, S. A., Goveas, R. R., Chiam, P. C., & Subramaniam, M. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry*, 18(1), 27.
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1616-z>
- Otis-Green, S., & Juarez, G. (2012). Enhancing the social well-being of family caregivers. *Semin Oncol Nurs*, 28(4), 246-255.
<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2012.09.007>
- Paek, M. S., Nightingale, C. L., Tooze, J. A., Milliron, B. J., Weaver, K. E., & Sterba, K. R. (2018). Contextual and stress process factors associated with head and neck cancer caregivers' physical and psychological well-being. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 27(2), e12833. <https://doi.org/10.1111/ecc.12833>
- Panuthai, S., Chintanawat, R., & Duangjina, T. (2020). การทดสอบการยอมรับผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก. *Nursing Journal*, 47(1), 488-501.
- Park, B., Kim, S. Y., Shin, J. Y., Sanson-Fisher, R. W., Shin, D. W., Cho, J., & Park, J. H. (2013). Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient-family caregiver dyads in Korea. *Supportive Care in Cancer*, 21(10), 2799-2807.
<https://doi.org/10.1007/s00520-013-1852-1>
- Park, J., Tolea, M. I., Arcay, V., Lopes, Y., & Galvin, J. E. (2018). Self-efficacy and social support for psychological well-being of family caregivers of care recipients with dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia, or Alzheimer's disease. *Social Work in Mental Health*, 17(3), 253-278.
<https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1526756>
- Parkin, D. (1998). Epidemiology of cancer: global patterns and trends. *Toxicology letters*, 102, 227-234.
- Pehlivan, S., Owayolu, O., Owayolu, N., Sevinc, A., & Camci, C. (2012). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family

- in Turkish patients with cancer. *Support Care Cancer*, 20(4), 733-739.
<https://doi.org/10.1007/s00520-011-1137-5>
- Peleteiro, B., Castro, C., Morais, S., Ferro, A., & Lunet, N. (2015). Worldwide burden of gastric cancer attributable to tobacco smoking in 2012 and predictions for 2020. *Digestive Diseases and Sciences*, 60, 2470-2476.
- Pergolotti, M., Cutchin, M. P., Weinberger, M., & Meyer, A.-M. (2014). Occupational therapy use by older adults with cancer. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(5), 597-607.
<https://doi.org/https://doi.org/10.5014/ajot.2014.011791>
- Pergolotti, M., Deal, A. M., Williams, G. R., Bryant, A. L., McCarthy, L., Nyrop, K. A., Covington, K. R., Reeve, B. B., Basch, E., & Muss, H. B. (2019). Older adults with cancer: a randomized controlled trial of occupational and physical therapy. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(5), 953-960.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jgs.15930>
- Prasopkittikun, T. (2009). The Interpretation of Forest Plot. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 14-21.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Quoidbach, J., Wood, A. M., & Hansenne, M. (2009). Back to the future: the effect of daily practice of mental time travel into the future on happiness and anxiety. *The Journal of Positive Psychology*, 4(5), 349-355.
<https://doi.org/10.1080/17439760902992365>
- Ramsey, M. A., & Gentzler, A. L. (2014). Age differences in subjective well-being across adulthood: the roles of savoring and future time perspective. *Int J Aging Hum Dev*, 78(1), 3-22. <https://doi.org/10.2190/AG.78.1.b>
- Regev, D., & Cohen-Yatziv, L. (2018). Effectiveness of Art Therapy With Adult Clients in 2018-What Progress Has Been Made? *Front Psychol*, 9, 1531.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01531>

- Reinhardt, J. P., Boerner, K., & Horowitz, A. (2006). Good to have but not to use: Differential impact of perceived and received support on well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(1), 117-129.
- Ringim, K. J., Razalli, M. R., & Hasnan, N. (2012). A framework of business process re-engineering factors and organizational performance of Nigerian banks. *Asian Social Science*, 8(4), 203.
- Rubin, D. B. (1977). Assignment to treatment group on the basis of a covariate. *Journal of educational Statistics*, 2(1), 1-26.
- Saipanish, R., Lotrakul, M., & Sumrithe, S. (2009). Reliability and validity of the Thai version of the WHO-Five Well-Being Index in primary care patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(2), 141-146.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01933.x>
- Sajadi, M., Niazi, N., Khosravi, S., Yaghobi, A., Rezaei, M., & Koenig, H. G. (2018). Effect of spiritual counseling on spiritual well-being in Iranian women with cancer: A randomized clinical trial. *Complement Ther Clin Pract*, 30, 79-84.
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.011>
- Salthouse, T. A. (2016). *Theoretical perspectives on cognitive aging*. Psychology Press.
- Samios, C., Catania, J., Newton, K., Fulton, T., & Breadman, A. (2020). Stress, savouring, and coping: The role of savouring in psychological adjustment following a stressful life event. *Stress Health*, 36(2), 119-130.
<https://doi.org/10.1002/smi.2914>
- Schneider, K. J. (2011). Awakening to an awe-based psychology. *The Humanistic Psychologist*, 39(3), 247-252.
- Schroots, J. J. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist*, 36(6), 742-748. <https://doi.org/10.1093/geront/36.6.742>
- Segrin, C., Badger, T. A., Sikorskii, A., Crane, T. E., & Pace, T. W. W. (2018). A dyadic analysis of stress processes in Latinas with breast cancer and their family caregivers. *Psychooncology*, 27(3), 838-846. <https://doi.org/10.1002/pon.4580>
- Sezaki, S., & Bloomgarden, J. (2000). Home-based Art Therapy for Older Adults. *Art Therapy*, 17(4), 283-290. <https://doi.org/10.1080/07421656.2000.10129756>

- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, 32, 705-724. <https://doi.org/10.1016/0277-9536%2891%2990150-B>
- Slayton, S. C., D'Archer, J., & Kaplan, F. (2010). Outcome Studies on the Efficacy of Art Therapy: A Review of Findings. *Art Therapy*, 27(3), 108-118. <https://doi.org/10.1080/07421656.2010.10129660>
- Smith, J. (1983). *The idea of health*. Teachers College Press.
- Smith, J. L., & Bryant, F. B. (2016). The benefits of savoring life: Savoring as a moderator of the relationship between health and life satisfaction in older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 84(1), 3-23. <https://doi.org/10.1177/0091415016669146>
- Smith, J. L., & Hanni, A. A. (2019). Effects of a savoring intervention on resilience and well-being of older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 38(1), 137-152. <https://doi.org/10.1177/0733464817693375>
- Smith, J. L., & Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & mental health*, 19(3), 192-200. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.986647>
- Srisongmuang, O., Karomprat, A., Chinrat, M., & Chindaprasirt, J. (2020). ผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. *Srinagarind Medical Journal*, 35(3), 296-303.
- Stankov, L. (1988). Aging, attention, and intelligence. *Psychology and Aging*, 3(1), 59. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.3.1.59>
- Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(22), 9985-9990. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1003744107>
- Surbone, A., Baider, L., Weitzman, T. S., Brames, M. J., Rittenberg, C. N., Johnson, J., & Group, M. P. S. (2010). Psychosocial care for patients and their families is integral to supportive care in cancer: MASCC position statement. *Support Care Cancer*, 18(2), 255-263. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0693-4>

- Terrill, A. L., Ellington, L., John, K. K., Latimer, S., Xu, J., Reblin, M., & Clayton, M. F. (2018). Positive emotion communication: Fostering well-being at end of life. *Patient Educ Couns*, 101(4), 631-638. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.11.018>
- Thananowan, N., & Vongsirimas, N. (2014). Factors Mediating the Relationship Between Intimate Partner Violence and Cervical Cancer Among Thai Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(4), 715-731. <https://doi.org/10.1177/0886260514556108>
- Thyme, K. E., Sundin, E. C., Wiberg, B., Oster, I., Astrom, S., & Lindh, J. (2009). Individual brief art therapy can be helpful for women with breast cancer: a randomized controlled clinical study. *Palliat Support Care*, 7(1), 87-95. <https://doi.org/10.1017/S147895150900011X>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Sondergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom*, 84(3), 167-176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. Springer Publishing Company.
- Uchida, Y., & Kitayama, S. (2009). Happiness and unhappiness in east and west: Themes and variations. *Emotion*, 9(4), 441-456. <https://doi.org/10.1037/a0015634>
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological bulletin*, 119(3), 488.
- Usta, Y. Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychol Bull*, 129(6), 946-972. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.946>
- Wang, L., Wei, Y., Xue, L., Guo, Q., & Liu, W. (2019). Dignity and its influencing factors in patients with cancer in North China: a cross-sectional study. *Curr Oncol*, 26(2), e188-e193. <https://doi.org/10.3747/co.26.4679>

- Warapornmongkholkul, A., Howteerakul, N., Suwannapong, N., & Soparattanapaisarn, N. (2018). Self-efficacy, social support, and quality of life among primary family-member caregivers of patients with cancer in Thailand. *Journal of Health Research*, 32(2), 111-122. <https://doi.org/10.1108/jhr-01-2018-012>
- Weitzner, M. A., Haley, W. E., & Chen, H. (2000). The family caregiver of the older cancer patient. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 14(1), 269-281.
- WHO Collaborating Center of Mental Health, Psychiatric Research Unit. (2019a). *WHO (Five) Well-Being Index (1998 version)*. <http://www.psykistri-region.dk/who-5/who-5-questionnaires/Pages/default.aspx>
- WHO Collaborating Center of Mental Health, Psychiatric Research Unit. (2019b). *ดรรรชนีชี้วัดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (ฉบับปี พ.ศ.2541)*. https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO-5_Thai_revised.pdf
- Wilkinson, S., Aldridge, J., Salmon, I., Cain, E., & Wilson, B. (1999). An evaluation of aromatherapy massage in palliative care. *Palliative medicine*, 13(5), 409-417.
- Willis, G. (2006). Cognitive interviewing as a tool for improving the informed consent process. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 1(1), 9-23.
- Willis, G. B. (2004). *Cognitive interviewing: A tool for improving questionnaire design*. sage publications.
- Wilson, C. A., & Saklofske, D. H. (2018). The relationship between trait emotional intelligence, resiliency, and mental health in older adults: the mediating role of savouring. *Aging Ment Health*, 22(5), 646-654. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1292207>
- Wilson, J. M., Weiss, A., & Shook, N. J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, 152, 109568.
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Morgan, R., Burholt, V., Edwards, R. T., Reeves, C., Yeo, S. T., Woods, R., & Russell, I. (2008). Public health interventions to promote mental well-being in people aged 65 and over: systematic review of effectiveness and cost-effectiveness. *Bangor: Institute of Medical and Social Care Research. favourable processes and mediating factors of the*

- intervention leading to alleviated loneliness', International Journal of Older People Nursing, 5(1), 16-24.*
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., & Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging & mental health, 14(6), 652-669.* <https://doi.org/10.1080/13607861003713232>
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. *Span J Psychol, 15(3), 1503-1509.* https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n3.39434
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Sirirak, T., Arunpongpaisal, S., & Zimet, G. (2018). Confirmatory factor analysis of the revised version of the Thai multidimensional scale of perceived social support among the elderly with depression. *Aging & mental health, 22(9), 1149-1154.* <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1339778>
- World Health Organization. (2001). *The World health report: 2001: Mental health new understanding, new hope.* France.
- World Health Organization. (2002). *Proposed working definition of an older person in sfrica for MDS Project.* <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- World Health Organization. (2014). *Mental-health: a state of well-being.* https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- World Health Organization. (2018). *The top 10 causes of death.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization. (2019). *Promotion of mental well-being.* http://www.searo.who.int/entity/mental_health/promotion-of-mental-well-being/en/
- World Health Organization. (2020). *Process of translation and adaptation of instruments.* Retrieved Nov, 9 from https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- Xiong, M., Li, Y., Tang, P., Zhang, Y., Cao, M., Ni, J., & Xing, M. (2018). Effectiveness of Aromatherapy Massage and Inhalation on Symptoms of Depression in Chinese

Community-Dwelling Older Adults. *J Altern Complement Med*, 24(7), 717-724.

<https://doi.org/10.1089/acm.2017.0320>

Youdin, R. (2016). *Psychology of Aging* 101 [Book]. Springer Publishing Company.

<http://ezproxy.car.chula.ac.th/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1169063&site=eds-live>

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.





1. มาตรการวัดสุขภาพทางใจ

ดรรรชนีชี้วัดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (ฉบับปีพ.ศ. 2541)

ดรรรชนีชี้วัดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (ฉบับปีพ.ศ. 2541) (WHO Collaborating Center of Mental Health, 2019b) ประกอบด้วยชุดข้อวัดประเมินตนเอง (self-report) จำนวน 5 ข้อ ใช้สำหรับประเมินความถี่ของอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ มีระดับการวัดแบบประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ ได้แก่ ค่า 0 หมายถึง ไม่เคยเลย และ ค่า 5 หมายถึง ตลอดเวลา

มาตรการวัดนี้มี 1 องค์ประกอบ ได้แก่ อารมณ์ความรู้สึกเชิงบวก หมายถึง การที่บุคคลมีอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกเกือบตลอดทั้งวัน (most of the day) ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อวัดจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 1, 2, 3, 4 เช่น ข้อคำถามที่ 1: ฉันรู้สึกเบิกบานและอารมณ์ดี รวมถึงความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในสิ่งรอบตัว หมายถึง การที่บุคคลมีความสุขสนใจในสิ่งต่างๆ รอบตัวเป็นปกติ ไม่มีอาการเบื่อและไม่มีอาการไม่สนใจอยากทำสิ่งต่างๆ เกือบตลอดทั้งวัน (most of the day) ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อวัดจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 5: ชีวิตประจำวันของฉันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ

วิธีการตอบมาตรการวัดนี้ ผู้ตอบมาตรการวัด จะต้องประเมินความถี่ของอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวกของตนเองที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ มาตรการวัดมีจำนวน 5 ข้อ แต่ละข้อกำหนดระดับคะแนนให้เลือก 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน (ไม่เคยเลย) ถึง 7 คะแนน (ตลอดเวลา) ส่วนวิธีการคิดค่าคะแนน คำนวณจากการรวมคำตอบทั้ง 5 ข้อ มีตั้งแต่ 0 คะแนน (ตอบ 0 ทุกข้อ) ถึง 25 คะแนน (ตอบ 5 ทุกข้อ) สำหรับการแปลผลคะแนน คือ หากผู้ตอบมาตรการวัดได้คะแนนต่ำกว่า 13 คะแนน แสดงว่ามีสุขภาพไม่ดี และหากผู้ตอบมาตรการวัด ได้คะแนนสูงกว่า 13 คะแนน แสดงว่ามีสุขภาพดี (WHO Collaborating Center of Mental Health, 2019a)

ดรชนีชี้วัดสภาวะขององค์การอนามัยโลก (ฉบับปีพ.ศ.2541)

กรุณาทำเครื่องหมายสำหรับแต่ละข้อความทั้ง 5 ข้อ ให้ใกล้เคียงที่สุดกับความรู้สึกของท่านในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

โปรดสังเกตว่าตัวเลขที่สูงขึ้นหมายถึงสภาวะที่ดีกว่า

ตัวอย่าง: ถ้าท่านรู้สึกเบิกบานและเป็นสุขใจมากกว่าครึ่งหนึ่งของช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ให้ทำเครื่องหมายในช่องสี่เหลี่ยมหมายเลข 3 ที่มุมขวบน

	ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา:	ตลอดเวลา	เป็นส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งหนึ่ง	น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง	มีบ้างบางเวลา	ไม่เคยเลย	
1	ฉันรู้สึกเบิกบานและอารมณ์ดี	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2	ฉันรู้สึกสงบและผ่อนคลาย	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3	ฉันรู้สึกกระฉับกระเฉงและมีพลัง	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4	ฉันตื่นขึ้นมาด้วยความรู้สึกสดชื่นและได้พักเพียงพอ	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5	ชีวิตประจำวันของฉันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0



การคิดคะแนน

คะแนนดิบคำนวณจากการรวมคะแนนของคำตอบทั้ง 5 ข้อ

คะแนนดิบนี้มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 25, 0 หมายถึงมีความเป็นไปได้น้อยที่สุดที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี และ 25 หมายถึงมีความเป็นไปได้มากที่สุดที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เพื่อให้ได้คะแนนเป็นร้อยละจาก 0 ถึง 100, เอาคะแนนดิบที่ได้คูณด้วย 4

คะแนนร้อยละที่เป็น 0 หมายถึงมีความเป็นไปได้น้อยที่สุดที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี, ในขณะที่คะแนนเป็น 100 หมายถึงมีความเป็นไปได้มากที่สุดที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การแปลผล

แนะนำให้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (ICD-10) ถ้าคะแนนดิบต่ำกว่า 13 (คะแนนร้อยละต่ำกว่า 50) หรือถ้าผู้ป่วยตอบ 0 ถึง 1 ในหัวข้อใดๆใน 5 หัวข้อนั้น คะแนนที่ต่ำกว่า 13 บ่งชี้ถึงสภาวะที่ไม่ดี และเป็นข้อบ่งชี้ให้ทำการทดสอบภาวะซึมเศร้าโดยใช้ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (ICD-10)

เอกสารอนุญาตให้ใช้มาตรวัดสภาวะทางใจ (WHO-5 Index: ดรรชนีชี้วัดสภาวะขององค์การอนามัยโลก (ฉบับปี พ.ศ.2541))

The screenshot shows the website for the WHO-5 Index. The main heading is "The World Health Organisation- Five Well-Being Index (WHO-5)". Below this, it states: "The measures and supported information displayed on our website are intended to serve as an easily accessible resource for individuals looking for information on how to measure children and young people's mental health and wellbeing." It also includes a disclaimer: "Unless otherwise stated, CORC is not the developer or copyright holder of these measures." The page is divided into sections: "Overview", "Psychometric properties", and "Suitability". The "Overview" section explains that the WHO-5 is a short self-reported measure of current mental wellbeing, first introduced in 1998. The "Psychometric properties" section notes that the WHO-5 has been found to have adequate validity in screening for depression and in measuring outcomes in clinical trials. The "Suitability" section states that the WHO-5 is suitable for children aged 9 and above.

The World Health Organisation - x +

corc.uk.net/outcome-experience-measures/the-world-health-organisation-five-well-being-index-who-5/

Suitability

The WHO-5 is suitable for children aged 9 and above.

Normative data is available for some European countries (Winther Topp et al., 2015).

Translation

The WHO-5 has been translated into more than 30 languages. Please see the WHO-5 website for further information on translated versions.

Administration

The WHO-5 is a short questionnaire that can be reported by children and young people and administered in a variety of settings.

Scoring and interpretation

The WHO-5 consists of five statements, which respondents rate according to the scale below (in relation to the past two weeks).

- All of the time = 5
- Most of the time = 4
- More than half of the time = 3
- Less than half of the time = 2
- Some of the time = 1
- At no time = 0.

The total raw score, ranging from 0 to 25, is multiplied by 4 to give the final score, with 0 representing the worst imaginable well-being and 100 representing the best imaginable well-being.

Terms of use

The WHO-5 is free of charge and does not require permission to use.

Further information

Please see the WHO-5 website for additional information and references.

References

Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., & Bech P. (2015). *The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176.

WHO. (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.

32°C Mostly sunny 10:08 AM 8/18/2021

The World Health Organisation - x +

corc.uk.net/outcome-experience-measures/the-world-health-organisation-five-well-being-index-who-5/

Scoring and interpretation

The WHO-5 consists of five statements, which respondents rate according to the scale below (in relation to the past two weeks).

- All of the time = 5
- Most of the time = 4
- More than half of the time = 3
- Less than half of the time = 2
- Some of the time = 1
- At no time = 0.

The total raw score, ranging from 0 to 25, is multiplied by 4 to give the final score, with 0 representing the worst imaginable well-being and 100 representing the best imaginable well-being.

Terms of use

The WHO-5 is free of charge and does not require permission to use.



Further information

Please see the WHO-5 website for additional information and references.

References

Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., & Bech P. (2015). *The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176.

WHO. (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.

Share this page  

Full Screen



CORC
Child & Adolescent
Research Consortium

Contact us

The Kantar Centre of Excellence, 4-8 Rodney Street, London N1 9JH
Phone: +44 (0)20 7443 2225
Email: corc@cantarout.org

Collecting and using evidence to enable more effective child-centred support, services and systems to improve children & young people's mental health and wellbeing.

CORC is a company limited by guarantee, registration number: 06585227

Privacy Policy Accessibility CORC website sitemap  

2. มาตรการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย)

(A Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS))

แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย)

(A Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS) โดย Wongpakaran & Wongpakaran (2012) ประกอบด้วยชุดข้อวัดประเมินตนเอง (self-report) จำนวน 12 ข้อ ใช้สำหรับประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีระดับการวัดแบบประมาณค่า (rating scale) ได้แก่ ค่า 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก และ ค่า 7 เห็นด้วยอย่างมาก มาตรการนี้มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1: การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้และการประเมินเชิงอัตวิสัยของบุคคลที่มีต่อคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัว ประกอบด้วยข้อวัดจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 3, 4, 8 และ 11 เช่น ข้อวัดที่ 3: ครอบครัวของฉันพยายามช่วยฉันจริงๆ

ด้านที่ 2: การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน หมายถึง การรับรู้และการประเมินเชิงอัตวิสัยของบุคคลที่มีต่อคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อน ประกอบด้วยข้อวัดจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 6, 7, 9 และ 12 เช่น ข้อคำถามที่ 6: เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริงๆ

ด้านที่ 3: การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ หมายถึง การรับรู้และการประเมินเชิงอัตวิสัยของบุคคลที่มีต่อคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลพิเศษ ที่ไม่ใช่เพื่อนและคนในครอบครัว ประกอบด้วยข้อวัดจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 1, 2, 5 และ 10 เช่น ข้อคำถามที่ 1: มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา

วิธีการตอบมาตรการวัดนี้ ผู้ตอบมาตรการวัดจะต้องประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของตนเองโดยการให้คะแนนมาตรการวัดจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อกำหนดระดับคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) ถึง 7 คะแนน (เห็นด้วยอย่างมาก) ส่วนวิธีการคิดค่าคะแนน คำนวณจากการรวมคำตอบจากทั้ง 12 ข้อ ค่าคะแนนมีตั้งแต่ 12 คะแนน (ตอบ 1 ทุกข้อ) ถึง 84 คะแนน (ตอบ 7 ทุกข้อ) สำหรับการแปลผล คือ ค่าคะแนนยิ่งสูง แสดงว่ามีกรรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง (Wongpakaran et al., 2018)

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย)

Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support

(r-T-MSPSS)

ผู้รักษาอยากทราบว่าความรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับข้อความต่าง ๆ เหล่านี้ โปรดอ่านแต่ละข้อความอย่างตั้งใจ และบอกว่าคุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ

[หมายเหตุ: บุคคลพิเศษคือบุคคลที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน]

ถกบาท X ในช่อง "1" ถ้าคุณ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ถกบาท X ในช่อง "5" ถ้าคุณ ค่อนข้างเห็นด้วย
 ถกบาท X ในช่อง "2" ถ้าคุณ ไม่เห็นด้วย ถกบาท X ในช่อง "6" ถ้าคุณ เห็นด้วย
 ถกบาท X ในช่อง "3" ถ้าคุณ ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ถกบาท X ในช่อง "7" ถ้าคุณ เห็นด้วยอย่างมาก
 ถกบาท X ในช่อง "4" ถ้าคุณ เฉย ๆ

คำถาม	1	2	3	4	5	6	7
1. มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ครอบครัวของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัวตามที่ฉันต้องการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ฉันมีบุคคลพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสบายใจจริง ๆ แก่ฉัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ฉันสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้เมื่อมีปัญหาขึ้นมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ครอบครัวฟังได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. มีบุคคลพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของฉัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เพื่อนฟังได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

เฉพาะเจ้าหน้าที่

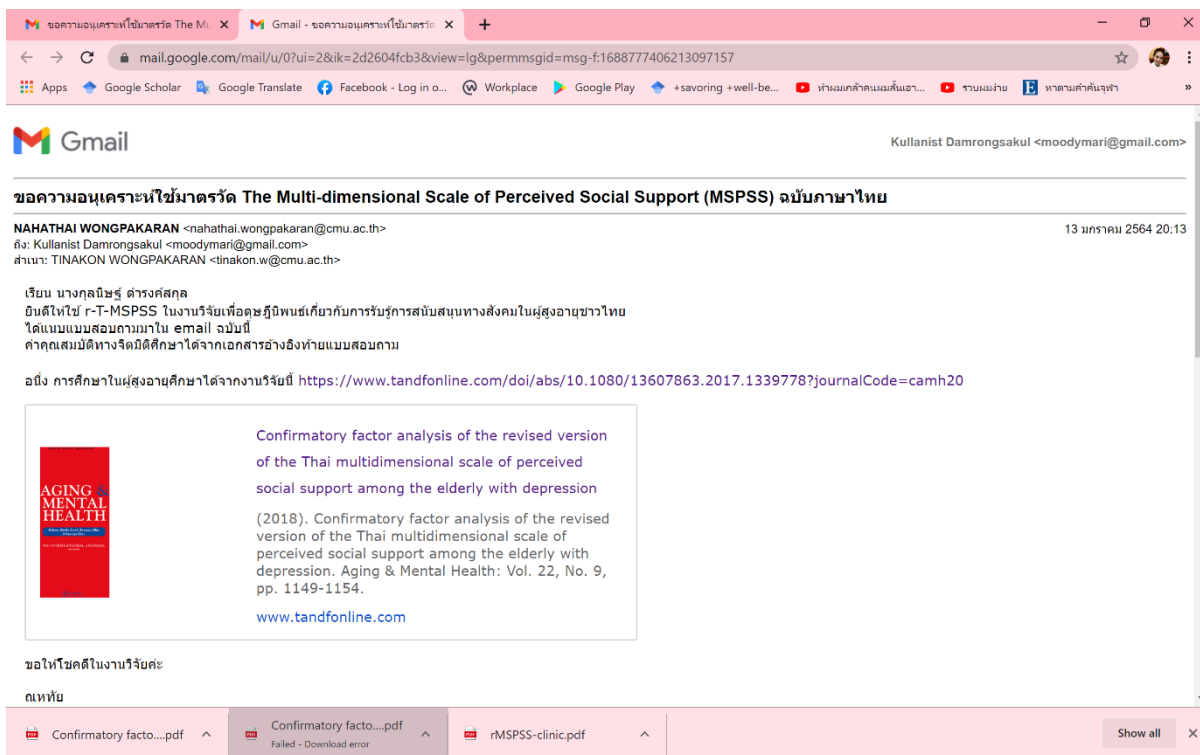
TO

Fa

Fr

SO

เอกสารอนุญาตให้ใช้มาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติ
เกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย): A Revised Thai Multi-Dimensional
Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS)




ขอต้อนรับคุณใหม่! The Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ฉบับภาษาไทย

NAHATHAI WONGPAKARAN <nahathai.wongpakaran@cmu.ac.th>
ถึง: Kullanist Damrongsakul <moodymari@gmail.com>
สำเนา: TINAKON WONGPAKARAN <tinakon.w@cmu.ac.th>

เรียน นางกุลนิษฐ์ ดำรงศกุล
ยินดีให้ใช้ r-T-MSPSS ในงานวิจัยเพื่อศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุชาวไทย
ได้แนบแบบสอบถามมาใน email ฉบับนี้
คำคุณสมมติทางจิตวิทยาได้จากเอกสารอ้างอิงท้ายแบบสอบถาม

อ้างอิง การศึกษาในผู้สูงอายุศึกษาได้จากงานวิจัยนี้ <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2017.1339778?journalCode=camh20>



Confirmatory factor analysis of the revised version of the Thai multidimensional scale of perceived social support among the elderly with depression (2018). Confirmatory factor analysis of the revised version of the Thai multidimensional scale of perceived social support among the elderly with depression. *Aging & Mental Health*: Vol. 22, No. 9, pp. 1149-1154.
www.tandfonline.com

ขอโทษคดีในงานวิจัยค่ะ

ณหทัย

Confirmatory facto...pdf Failed - Download error rMSPSS-clinic.pdf Show all X

3. มาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก The Savoring Belief Inventory (SBI)

มาตรวัด The Savoring Belief Inventory (SBI) โดย Bryant (2003) ประกอบด้วยชุดข้อวัดประเมินตนเอง (self-report) จำนวน 24 ข้อ ใช้สำหรับประเมินการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก มีระดับการวัดแบบประมาณค่า (rating scale) ได้แก่ ค่า 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ ค่า 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง มาตรวัดนี้มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1: การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต หมายถึง การที่บุคคลนึกย้อนหรือระลึกถึงประสบการณ์เชิงบวกที่เคยเกิดขึ้นในอดีต ซึ่งจากการนึกย้อนหรือระลึกถึงนี้จะช่วยให้บุคคลมีความสุขหรือมีความรู้สึกเชิงบวก ประกอบด้วยข้อวัดเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ และข้อวัดเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 8 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 และ 24 เช่น ข้อวัดที่ 3: ฉันชอบมองย้อนกลับไป ถึงช่วงเวลาที่มีความสุขในอดีต (I enjoy looking back on happy times from my past)

ด้านที่ 2: การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน หมายถึง การที่บุคคลให้ความสนใจ ประสบการณ์เชิงบวก และตั้งสติที่จะซึมซับประสบการณ์เชิงบวกนั้น ทำให้เกิดความสุขหรือมีความรู้สึกเชิงบวก ประกอบด้วยข้อวัดเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ และ ข้อวัดเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 8 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20 และ 23 เช่น ข้อวัดที่ 2: ความสุขมักจะถูกอยู่กับฉันได้ไม่นาน (It's hard for me to hang onto a good feeling for very long)

ด้านที่ 3: การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต หมายถึง การที่บุคคลจินตนาการหรือ คาดการณ์ถึงประสบการณ์เชิงบวกที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต ช่วยให้ผู้บุคคลจะเกิดความสุขได้ แม้ว่า ประสบการณ์เชิงบวกนั้นยังไม่ได้เกิดขึ้น ประกอบด้วยข้อวัดเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ และ ข้อวัดเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 8 ข้อ ได้แก่ ข้อวัดที่ 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19 และ 22 เช่น ข้อวัดที่ 1: เพียงแค่ได้รู้ว่าเรื่องดีๆ กำลัง จะเกิดขึ้น ฉันก็รู้สึกมีความสุขแล้ว (Before a good thing happens, I look forward to it in ways that give me pleasure in the present)

วิธีการตอบมาตรวัดนี้ ผู้ตอบมาตรวัดจะต้องประเมินการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกของตนเองโดยการ ให้คะแนนมาตรวัดจำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อกำหนดระดับคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 7 คะแนน (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ส่วนวิธีการคิดค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน (Bryant, 2003; Bryant & Veroff, 2012) ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 คำนวณผลรวมของคำตอบข้อวัดเชิงบวก จำนวน 12 ข้อ

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณผลรวมของคำตอบข้อวัดเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ

ขั้นตอนที่ 3 นำผลรวมในขั้นตอนที่ 1 ลบด้วย ผลรวมในขั้นตอนที่ 2

ดังนั้น ค่าคะแนนรวมทั้งมาตรวัดจึงมีตั้งแต่ -72 คะแนน ถึง 72 คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนนโดยรวมต่ำสุด -72 คะแนน เมื่อผู้ตอบมาตรวัด ให้คะแนนข้อวัดเชิงบวก 1 คะแนน ทุกข้อ และ ให้คะแนนข้อวัดเชิงลบ 7 คะแนน ทุกข้อ ดังนั้น $12-84 = -72$

ค่าคะแนนโดยรวมสูงสุด 72 คะแนน เมื่อผู้ตอบมาตรวัด ให้คะแนนข้อวัดเชิงบวก 7 คะแนน ทุกข้อ และ ให้คะแนนข้อวัดเชิงลบ 1 คะแนน ทุกข้อ ดังนั้น $84-12 = 72$

สำหรับการแปลผล คือ ค่าคะแนนยิ่งสูง แสดงว่ามีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกสูง (Bryant, 2003; Bryant & Veroff, 2012)

SBI

Gender: _____

Age: _____

Instructions: For each statement listed below, please circle the one number that best indicates how true the particular statement is for you. There are no right or wrong answers. Please be as honest as you can.

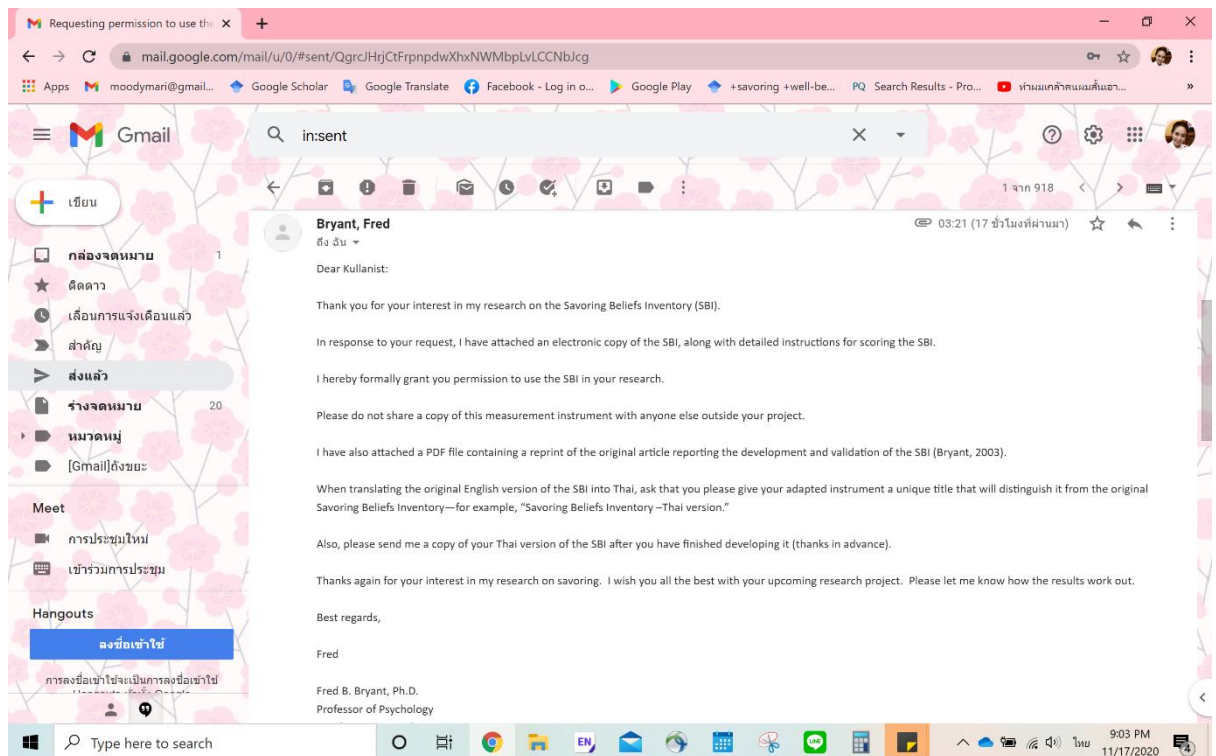
	strongly disagree							strongly agree
1. Before a good thing happens, I look forward to it in ways that give me pleasure in the present.	1	2	3	4	5	6	7	
2. It's hard for me to hang onto a good feeling for very long.	1	2	3	4	5	6	7	
3. I enjoy looking back on happy times from my past.	1	2	3	4	5	6	7	
4. I don't like to look forward to good times too much before they happen.	1	2	3	4	5	6	7	
5. I know how to make the most of a good time.	1	2	3	4	5	6	7	
6. I don't like to look back at good times too much after they've taken place.	1	2	3	4	5	6	7	
7. I feel a joy of anticipation when I think about upcoming good things.	1	2	3	4	5	6	7	
8. When it comes to enjoying myself, I'm my own "worst enemy."	1	2	3	4	5	6	7	
9. I can make myself feel good by remembering pleasant events from my past.	1	2	3	4	5	6	7	
10. For me, anticipating what upcoming good events will be like is basically a waste of time.	1	2	3	4	5	6	7	
11. When something good happens, I can make my enjoyment of it last longer by thinking or doing certain things.	1	2	3	4	5	6	7	
12. When I reminisce about pleasant memories, I often start to feel sad or disappointed.	1	2	3	4	5	6	7	
13. I can enjoy pleasant events in my mind before they actually occur.	1	2	3	4	5	6	7	
14. I can't seem to capture the joy of happy moments.	1	2	3	4	5	6	7	
15. I like to store memories of fun times that I go through so that I can recall them later.	1	2	3	4	5	6	7	

	strongly disagree							strongly agree						
16. It's hard for me to get very excited about fun times before they actually take place.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
17. I feel fully able to appreciate good things that happen to me.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
18. I find that thinking about good times from the past is basically a waste of time.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
19. I can make myself feel good by imagining what a happy time that is about to happen will be like.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
20. I don't enjoy things as much as I should.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
21. It's easy for me to rekindle the joy from pleasant memories.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
22. When I think about a pleasant event before it happens, I often start to feel uneasy or uncomfortable.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
23. It's easy for me to enjoy myself when I want to.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
24. For me, once a fun time is over and gone, it's best not to think about it.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7



4. การแปลเครื่องมือ

ในการแปลเครื่องมือวัดประสบการณ์เชิงบวก The Savoring Beliefs Inventory (SBI) ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตและได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจาก Prof. F.B. Bryant ผู้เป็นเจ้าของ (Bryant, 2003) ดังภาพ



หลังจากได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัยได้แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการแปลเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรม (Back-translation) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) และ Brislin (1970) ประกอบด้วย

- ขั้นตอนที่ 1 การแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ จากภาษาเดิมเป็นภาษาเป้าหมาย
- ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
- ขั้นตอนที่ 3 การแปลย้อนกลับ
- ขั้นตอนที่ 4 การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดแปลย้อนกลับ
- ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบความเข้าใจของภาษาที่ใช้ในเครื่องมือวิจัย

โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับจากภาษาเดิมเป็นภาษาเป้าหมาย

เมื่อได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัยได้แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการแปลเครื่องมือ (Forward translation) จากภาษาเดิม (source language) เป็นภาษาเป้าหมาย (target language) คือ ภาษาไทย จากนั้นจึงส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษท่านที่ 1 (Bilingual person1/Bilingual1) ทำการแปล ตรวจสอบ และแก้ไขให้ถูกต้อง โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 41

ตารางที่ 41

ตารางเปรียบเทียบการแปล *The Savoring Beliefs Inventory (SBI)* ระหว่างภาษาดั้งเดิมกับภาษาไทย

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
1.	ต้นฉบับ	Before a good thing happens, I look forward to it in ways that give me pleasure in the present.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ก่อนที่จะมีเรื่องดีๆ เกิดขึ้นในอนาคต ฉันจะนึกถึงเรื่องนั้นในแบบที่ทำให้ฉันมีความสุขในปัจจุบัน
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา1(Bilingual1)	ก่อนที่จะมีเรื่องดีๆ เกิดขึ้น ฉันจะนึกถึงเรื่องนั้นอย่างมีความสุข
2.	ต้นฉบับ	It's hard for me to hang onto a good feeling for very long.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	การอยู่กับความรู้สึกดีๆ ไปนานๆ เป็นเรื่องยากสำหรับฉัน
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา1(Bilingual1)	การอยู่กับความรู้สึกดีๆ ไปนานๆ เป็นเรื่องยากสำหรับฉัน
3.	ต้นฉบับ	I enjoy looking back on happy times from my past.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันชอบมองย้อนกลับไปยังช่วงเวลาแห่งความสุขในอดีตของฉัน
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา1(Bilingual1)	ฉันชอบมองย้อนกลับไปยังช่วงเวลาแห่งความสุขในอดีต
4.	ต้นฉบับ	I don't like to look forward to good times too much before they

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
		happen.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันไม่ชอบบรอคอยช่วงเวลาดีๆ ก่อนที่มันจะเกิดขึ้น
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันไม่ชอบบรอคอยช่วงเวลาดีๆ ก่อนที่มันจะเกิดขึ้น
5.	ต้นฉบับ	I know how to make the most of a good time.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันรู้วิธีใช้เวลาให้เกิดประโยชน์สูงสุด
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันรู้วิธีในการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์
6.	ต้นฉบับ	I don't like to look back at good times too much after they've taken place.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันไม่ชอบมองย้อนกลับไปยังช่วงเวลาดีๆ มากเกินไป หลังจากที่ช่วงเวลานั้นได้ผ่านไปแล้ว
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันไม่ชอบนึกถึงช่วงเวลาดีๆ ในอดีตที่ผ่านมาแล้ว
7.	ต้นฉบับ	I feel a joy of anticipation when I think about upcoming good things.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันรู้สึกมีความสุขเมื่อคิดถึงสิ่งดีๆ ที่กำลังจะมาถึง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันรู้สึกมีความสุขเมื่อคิดถึงสิ่งดีๆ ที่กำลังจะมาถึง
8.	ต้นฉบับ	When it comes to enjoying myself, I'm my own "worst enemy."
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันนี่แหละเป็นศัตรูกับความสุขของตัวเอง
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันเป็นศัตรูกับความสุขของตัวเอง

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	
9.	ต้นฉบับ	I can make myself feel good by remembering pleasant events from my past.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันสามารถทำให้ตัวเองรู้สึกดีได้โดยการจดจำเหตุการณ์ที่น่ายินดีของฉันในอดีต
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันสามารถทำให้ตัวเองรู้สึกดีด้วยการจดจำเหตุการณ์ที่น่ายินดีของฉันในอดีต
10.	ต้นฉบับ	For me, anticipating what upcoming good events will be like is basically a waste of time.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันคิดว่าการนึกถึงเหตุการณ์ดีๆที่กำลังจะเกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องเสียเวลา
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันคิดว่าการนึกถึงเหตุการณ์ดีๆที่กำลังจะเกิดขึ้นเป็นเรื่องเสียเวลา
11.	ต้นฉบับ	When something good happens, I can make my enjoyment of it last longer by thinking or doing certain things.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	เมื่อมีสิ่งดีๆเกิดขึ้นฉันสามารถเพลิดเพลินกับมันได้นานขึ้นโดยการคิดหรือทำบาง สิ่ง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	เมื่อมีสิ่งดีๆเกิดขึ้นฉันสามารถเพลิดเพลินกับมันได้นานๆโดยการคิดหรือทำบางสิ่ง
12.	ต้นฉบับ	When I reminisce about pleasant memories, I often start to feel sad or disappointed.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	เมื่อฉันระลึกถึงความทรงจำที่น่ายินดี ฉันมักจะเริ่มรู้สึกเศร้าหรือผิดหวัง
	ฉบับตรวจสอบโดย	เมื่อฉันนึกถึงความทรงจำที่น่ายินดี ฉันมักจะเริ่มรู้สึกเศร้าหรือผิดหวัง

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	
13.	ต้นฉบับ	I can enjoy pleasant events in my mind before they actually occur.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันสามารถเพลิดเพลินกับเหตุการณ์ที่น่ายินดีโดยคิดในใจก่อนที่มันจะเกิดขึ้นจริง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันสามารถเพลิดเพลินกับเหตุการณ์ที่น่ายินดีต่างๆในใจก่อนที่มันจะเกิดขึ้นจริง
14.	ต้นฉบับ	I can't seem to capture the joy of happy moments.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันไม่สามารถจับภาพความสุขของช่วงเวลาแห่งความสุขได้
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันไม่สามารถเก็บภาพช่วงเวลาแห่งความสุขได้
15.	ต้นฉบับ	I like to store memories of fun times that I go through so that I can recall them later.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันชอบเก็บความทรงจำในช่วงเวลาสนุก ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต เพื่อที่ฉันจะได้ หวนนึกถึงมันในภายหลัง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันชอบเก็บความทรงจำในช่วงเวลาสนุก ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต เพื่อที่ฉันจะได้ หวนนึกถึงมันอีกครั้ง
16.	ต้นฉบับ	It's hard for me to get very excited about fun times before they take place.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะตื่นเต้นกับช่วงเวลาแห่งความสนุกสนานก่อนที่จะ เกิดขึ้นจริง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน	เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะตื่นเต้นกับช่วงเวลาแห่งความสนุกสนานก่อนที่มันจะ เกิดขึ้นจริง

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ภาษา1(Bilingual1)	
17.	ต้นฉบับ	I feel fully able to appreciate good things that happen to me.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันรู้สึกชื่นชมสิ่งดีๆที่เกิดขึ้นกับฉันได้อย่างเต็มที่
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้าน	ฉันชื่นชมกับสิ่งดีๆที่เกิดขึ้นกับฉันอย่างมากมาย
	ภาษา1(Bilingual1)	
18.	ต้นฉบับ	I find that thinking about good times from the past is basically a waste of time.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันพบว่าความคิดถึงช่วงเวลาดีๆ ในอดีตนั้นเป็นการเสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้าน	ฉันคิดว่าการนึกถึงช่วงเวลาดีๆในอดีต นั้นเป็นการเสียเวลาอย่างแท้จริง
	ภาษา1(Bilingual1)	
19.	ต้นฉบับ	I can make myself feel good by imagining what a happy time that is about to happen will be like.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันสามารถทำให้ตัวเองรู้สึกดีได้โดยจินตนาการว่าช่วงเวลาแห่งความสุขที่กำลังจะเกิดขึ้นจะเป็นอย่างไร
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้าน	ฉันสามารถทำให้ตัวเองรู้สึกดีได้ด้วยการนึกถึงช่วงเวลาแห่งความสุขที่กำลังจะเกิดขึ้น
	ภาษา1(Bilingual1)	
20.	ต้นฉบับ	I don't enjoy things as much as I should.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	ฉันไม่สนุกกับสิ่งต่างๆมากเท่าที่ควร
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้าน	ฉันไม่สนุกกับสิ่งต่างๆมากเท่าที่ควร
	ภาษา1(Bilingual1)	
21.	ต้นฉบับ	It's easy for me to rekindle the joy from pleasant memories.

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	เป็นเรื่องง่ายสำหรับฉันที่จะจุดประกายความสุขจากความทรงจำอันน่ารื่นรมย์
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา1(Bilingual1)	เป็นเรื่องง่ายสำหรับฉันที่จะจุดประกายความสุขจากความทรงจำที่ดีๆ
22.	ต้นฉบับ	When I think about a pleasant event before it happens, I often start to feel uneasy or uncomfortable.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	เมื่อฉันคิดถึงเหตุการณ์ที่น่ายินดีก่อนที่มันจะเกิดขึ้น ฉันมักจะเริ่มรู้สึกหงุดหงิดหรืออึดอัด
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา1(Bilingual1)	เมื่อฉันนึกถึงเหตุการณ์ที่น่ารื่นรมย์ ฉันมักจะรู้สึกไม่สบายใจและเป็นทุกข์
23.	ต้นฉบับ	It's easy for me to enjoy myself when I want to.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	เป็นเรื่องง่ายสำหรับฉันที่จะสนุกกับตัวเองเมื่อฉันต้องการ
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา1(Bilingual1)	เป็นเรื่องง่ายสำหรับฉันที่จะสนุกกับตัวเองเมื่อฉันต้องการ
24.	ต้นฉบับ	For me, once a fun time is over and gone, it's best not to think about it.
	ฉบับแปลโดยผู้วิจัย	สำหรับฉันแล้วเมื่อช่วงเวลาแห่งความสุขสิ้นสุดลงและผ่านพ้นไปแล้ว ทางที่ดีอย่าไปคิดถึงมัน
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา1(Bilingual1)	สำหรับฉันแล้วเมื่อช่วงเวลาแห่งความสุขสิ้นสุดลงและผ่านพ้นไปแล้วทางที่ดีอย่าไปคิดถึงมัน

หมายเหตุ. ตารางที่ 41 แสดงการแปลเครื่องมือวัดประสบการณ์เชิงบวก The Savoring Beliefs Inventory (SBI) ประกอบด้วยข้อวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อ แบ่งออกเป็น 3 แถวย่อย ได้แก่

แถวย่อยที่ 1 คือ ข้อวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษ, แถวย่อยที่ 2 คือ ข้อวัดที่ผู้วิจัยแปลจากข้อวัดต้นฉบับเป็นภาษาไทย และ แถวย่อยที่ 3 คือ ข้อวัดที่ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษได้ทำการตรวจสอบแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสม โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษในขั้นตอนนี้ ได้แก่ นางสาวกรรณรัตน์ ลำเลียงพล วุฒิการศึกษาปริญญาตรีศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาภาษาอังกฤษธุรกิจ (วิชาโทภาษาญี่ปุ่นธุรกิจ) คณะศิลปศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งเจ้าหน้าที่วิเทศสัมพันธ์ งานวิเทศสัมพันธ์ ฝ่ายวิจัยนวัตกรรมและวิเทศสัมพันธ์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

หลังจากที่ได้ดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 เสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ที่ปรึกษาและนิสิตปริญญาเอกสาขาจิตวิทยาวิจัยประยุกต์ ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในวัฒนธรรมไทย โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 42

ตารางที่ 42

ตารางตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาไทยที่ใช้ในเครื่องมือ *The Savoring Beliefs Inventory (SBI)*

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
1.	ต้นฉบับ	Before a good thing happens, I look forward to it in ways that give me pleasure in the present.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ก่อนที่จะมีเรื่องดีๆ เกิดขึ้น ฉันจะนึกถึงเรื่องนั้นอย่างมีความสุข
	ผู้เชี่ยวชาญด้าน	CHULALONGKORN UNIVERSITY
	ภาษา1(Bilingual1)	
	ฉบับตรวจสอบโดย	เมื่อรู้ว่ากำลังจะมีอะไรดีๆ ฉันก็มีความสุขก่อนที่สิ่งนั้นจะเกิดขึ้นเสียอีก
	ผู้ทรงคุณวุฒิ	
2.	ต้นฉบับ	It's hard for me to hang onto a good feeling for very long.
	ฉบับตรวจสอบโดย	การอยู่กับความรู้สึกดีๆ ไปนานๆ เป็นเรื่องยากสำหรับฉัน
	ผู้เชี่ยวชาญด้าน	
	ภาษา1(Bilingual1)	
	ฉบับตรวจสอบโดย	มันยากมากที่ฉันจะเก็บความรู้สึกดีๆ ไว้กับตัวเองให้นานๆ

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ผู้ทรงคุณวุฒิ	
3.	ต้นฉบับ	I enjoy looking back on happy times from my past.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันชอบมองย้อนกลับไปยังช่วงเวลาแห่งความสุขในอดีต
	ผู้เชี่ยวชาญด้าน	
	ภาษา1(Bilingual1)	
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันชอบมองย้อนกลับไปในอดีต และนี่ถึงช่วงเวลาที่มีความสุขของตัวเอง
	ผู้ทรงคุณวุฒิ	
4.	ต้นฉบับ	I don't like to look forward to good times too much before they happen.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันไม่ชอบบรอคอยช่วงเวลาดีๆ ก่อนที่มันจะเกิดขึ้น
	ผู้เชี่ยวชาญด้าน	
	ภาษา1(Bilingual1)	
	ฉบับตรวจสอบโดย	ก่อนที่ช่วงเวลาดีๆ จะเกิดขึ้น ฉันไม่ชอบตั้งตารอคอยมากจนเกินไป
	ผู้ทรงคุณวุฒิ	
5.	ต้นฉบับ	I know how to make the most of a good time.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันรู้วิธีในการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์
	ผู้เชี่ยวชาญด้าน	
	ภาษา1(Bilingual1)	
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันรู้ว่าจะอยู่กับช่วงเวลาดีๆ อย่างไรให้มีความสุขที่สุด
	ผู้ทรงคุณวุฒิ	
6.	ต้นฉบับ	I don't like to look back at good times too much after they've taken place.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันไม่ชอบนึกถึงช่วงเวลาดีๆ ในอดีตที่ผ่านมาแล้ว
	ผู้เชี่ยวชาญด้าน	
	ภาษา1(Bilingual1)	

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันไม่ชอบคิดถึงช่วงเวลาดีๆ ในอดีตมากจนเกินไป
7.	ต้นฉบับ	I feel a joy of anticipation when I think about upcoming good things.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันรู้สึกมีความสุขเมื่อคิดถึงสิ่งดีๆ ที่กำลังจะมาถึง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันมีความสุขในการคาดหวังถึงเรื่องดีๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น
8.	ต้นฉบับ	When it comes to enjoying myself, I'm my own "worst enemy."
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันเป็นศัตรูกับความสุขของตัวเอง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ในเวลาที่เราควรจะสนุกสนาน ฉันมักจะทำให้ตัวเองหมดสนุกเสียเอง
9.	ต้นฉบับ	I can make myself feel good by remembering pleasant events from my past.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันสามารถทำให้ตัวเองรู้สึกดีด้วยการจดจำเหตุการณ์ที่น่ายินดีของฉันในอดีต
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	เพียงนึกถึงเหตุการณ์ดีๆ ในอดีต ฉันก็มีความสุขแล้ว
10.	ต้นฉบับ	For me, anticipating what upcoming good events will be like is basically a waste of time.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันคิดว่าการนึกถึงเหตุการณ์ดีๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นเป็นเรื่องเสียเวลา

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันคิดว่าการคาดหวังถึงความสุขที่ยังมาไม่ถึง เป็นเรื่องเสียเวลา
11.	ต้นฉบับ	When something good happens, I can make my enjoyment of it last longer by thinking or doing certain things.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	เมื่อมีสิ่งดีๆเกิดขึ้นฉันสามารถเพลิดเพลินกับมันได้นานๆโดยการคิดหรือทำบาง สิ่ง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันสามารถคิดหรือทำอะไรบางอย่างที่ทำให้ความสุขที่เกิดขึ้น อยู่กับฉันไป นานๆ
12.	ต้นฉบับ	When I reminisce about pleasant memories, I often start to feel sad or disappointed.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	เมื่อฉันนึกถึงความทรงจำที่น่ายินดี ฉันมักจะเริ่มรู้สึกเศร้าหรือผิดหวัง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	เมื่อนึกถึงความทรงจำดีๆ ในอดีต ฉันมักจะรู้สึกเศร้าและผิดหวัง
13.	ต้นฉบับ	I can enjoy pleasant events in my mind before they actually occur.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันสามารถเพลิดเพลินกับเหตุการณ์ที่น่ายินดีต่างๆในใจก่อนที่มันจะเกิดขึ้นจริง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	เพียงแค่คิดถึงเรื่องสนุกๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้นฉันก็มีความสุขแล้ว

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
14.	ต้นฉบับ	I can't seem to capture the joy of happy moments.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันไม่สามารถเก็บภาพช่วงเวลาแห่งความสุขได้
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันไม่สามารถจดจำภาพแห่งความสุขในช่วงเวลาต่างๆ ได้
15.	ต้นฉบับ	I like to store memories of fun times that I go through so that I can recall them later.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันชอบเก็บความทรงจำในช่วงเวลาสนุก ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต เพื่อที่ฉันจะได้ หวนนึกถึงมันอีกครั้ง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันชอบเก็บความทรงจำที่สนุกสนาน เพื่อเอาไว้นึกถึงในภายหลัง
16.	ต้นฉบับ	It's hard for me to get very excited about fun times before they actually take place.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะตื่นเต้นกับช่วงเวลาแห่งความสนุกสนานก่อนที่มัน จะเกิดขึ้นจริง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะตื่นเต้นกับเรื่องที่ยังไม่เกิดขึ้น
17.	ต้นฉบับ	I feel fully able to appreciate good things that happen to me.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันชื่นชมกับสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นกับฉันอย่างมากมาย
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันรู้สึกซาบซึ้งที่สิ่งดี ๆ เกิดขึ้นกับตัวฉัน

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ผู้ทรงคุณวุฒิ	
18.	ต้นฉบับ	I find that thinking about good times from the past is basically a waste of time.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันคิดว่าการนึกถึงช่วงเวลาดีๆในอดีต นั้นเป็นการเสียเวลาอย่างแท้จริง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันพบว่าการคิดถึงช่วงเวลาดีๆ ในอดีตนั้นเป็นเรื่องเสียเวลา
19.	ต้นฉบับ	I can make myself feel good by imagining what a happy time that is about to happen will be like.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันสามารถทำให้ตัวเองรู้สึกดีได้ด้วยการนึกถึงช่วงเวลาแห่งความสุขที่กำลังจะเกิดขึ้น
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันสามารถทำให้ตัวเองมีความสุขได้เพียงแค่นึกถึงภาพของความสุขว่าจะเป็นเช่นไร
20.	ต้นฉบับ	I don't enjoy things as much as I should.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	ฉันไม่สนุกกับสิ่งต่างๆมากเท่าที่ควร
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ในเรื่องที่น่าสนุก ฉันกลับไม่รู้สึกสนุกเท่าที่ควร
21.	ต้นฉบับ	It's easy for me to rekindle the joy from pleasant memories.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	เป็นเรื่องง่ายสำหรับฉันที่จะจุดประกายความสุขจากความทรงจำที่ดีๆ

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	เป็นเรื่องง่ายสำหรับฉันที่จะย้อนกลับไปมีความสุขกับความทรงจำที่ดีในอดีต
22.	ต้นฉบับ	When I think about a pleasant event before it happens, I often start to feel uneasy or uncomfortable.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	เมื่อฉันนึกถึงเหตุการณ์ที่น่ารื่นรมย์ ฉันมักจะรู้สึกไม่สบายใจและเป็นทุกข์
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	เมื่อฉันนึกถึงเหตุการณ์ดีๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้น ฉันมักจะรู้สึกอึดอัดและไม่สบายใจ
23.	ต้นฉบับ	It's easy for me to enjoy myself when I want to.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	เป็นเรื่องง่ายสำหรับฉันที่จะสนุกกับตัวเองเมื่อฉันต้องการ
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันสามารถทำให้ตัวเองมีความสุขได้ทุกเมื่อที่ฉันต้องการ
24.	ต้นฉบับ	For me, once a fun time is over and gone, it's best not to think about it.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษา1(Bilingual1)	สำหรับฉันแล้วเมื่อช่วงเวลาแห่งความสุขสิ้นสุดลงและผ่านไปแล้วทางที่ดี อย่าไปคิดถึงมัน
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	เมื่อเวลาแห่งความสนุกสนานได้ผ่านไปแล้ว ทางที่ดีที่สุดคืออย่านึกถึงมันอีก เลย

หมายเหตุ. ตารางที่ 42 แสดงการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการแปลเครื่องมือประกอบด้วยข้อวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อ แบ่งออกเป็น 3 แถวย่อย ได้แก่ แถวย่อยที่ 1 คือ ข้อวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษ, แถวย่อยที่ 2 คือ ข้อวัดที่ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ (Bilingual

person1/Bilingual1) ได้ตรวจสอบและแก้ไขการแปลจากภาษาต้นฉบับเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยให้มีความเหมาะสม และ แฉวย่อยที่ 3 คือ ข้อวัดที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ดำเนินการตรวจสอบและแก้ไขให้มีความถูกต้องเหมาะสมกับการนำไปใช้เป็นเครื่องมือวัดประสบการณ์เชิงบวกในวัฒนธรรมไทย โดยผู้ทรงคุณวุฒิในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย 1. ผศ.ดร.เรวดี วัฒนทกโกศล วุฒิการศึกษา ปริญญาตรีครุศาสตร์บัณฑิต (จิตวิทยาการปรึกษา และแนะแนว) (เกียรตินิยม) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ปริญญาโทศิลปศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยาสังคม) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ปริญญาเอก PH.D. IN EXPERIMENTAL HEALTH PSYCHOLOGY, OHIO UNIVERSITY ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองคณบดี คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย 2. นายพัลพงค์ สุวรรณวาทีน วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาภาษาอังกฤษ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปริญญาโทนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสื่อสารมวลชน คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, นิสิตปริญญาเอก แผนกจิตวิทยาวิจัยประยุกต์ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้จัดการเที่ยวบินอาวุโส และ ครูฝึกพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน บริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน)

ขั้นตอนที่ 3 การแปลย้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยได้ส่งข้อวัดภาษาไทยที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในเครื่องมือภาษาไทยตามขั้นตอนที่ 2 ให้กับผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษท่านที่ 2 (Bilingual Person2/Bilingual2) ทำการแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ (Backward translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษในขั้นตอนนี้ไม่เคยเห็นเครื่องมือ The Savoring Beliefs Inventory (SBI) มาก่อน และเป็นคนละคนกันกับผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษในขั้นตอนที่ 1 (Bilingual person1) โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 43

ตารางที่ 43

ตารางแปลย้อนกลับ The Savoring Beliefs Inventory (SBI)

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
1.	ฉบับตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	เมื่อรู้ว่ากำลังจะมีอะไรดีๆ ฉันก็มีความสุขก่อนที่สิ่งนั้นจะเกิดขึ้นเสียอีก
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	When I know something good is about to happen, I instantaneously feel good.
2.	ฉบับตรวจสอบโดย	มันยากมากที่ฉันจะเก็บความรู้สึกดีๆไว้กับตัวเองให้นานๆ

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ผู้ทรงคุณวุฒิ	
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	It is difficult for me to keep my happiness for an extended period of time.
3.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันชอบมองย้อนกลับไปในอดีต และนี่ก็ถึงช่วงเวลาที่มีความสุขของตัวเอง
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I like to look back and cherish my joyous past.
4.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ก่อนที่ช่วงเวลาดีๆ จะเกิดขึ้น ฉันไม่ชอบตั้งตารอคอยมากจนเกินไป
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	Before anything good happens, I like to keep my expectations low.
5.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันรู้ว่าจะอยู่กับช่วงเวลาดีๆ อย่างไรให้มีความสุขที่สุด
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I know how to properly enjoy a good time.
6.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันไม่ชอบคิดถึงช่วงเวลาดีๆ ในอดีตมากจนเกินไป
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I dislike thinking about the good old times.
7.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันมีความสุขในการคาดหวังถึงเรื่องดีๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I find delight in expecting for good things.
8.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ในเวลาที่เราจะสนุกสนาน ฉันมักจะทำให้ตัวเองหมดสนุกเสียเอง

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	In a festive occasion, I usually spoiled it for myself.
9.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	เพียงนึกถึงเหตุการณ์ดีๆ ในอดีต ฉันก็มีความสุขแล้ว
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I am happy just by recalling joyful past events.
10.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันคิดว่าการคาดหวังถึงความสุขที่ยังมาไม่ถึง เป็นเรื่องเสียเวลา
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I find expecting for good occasions a waste of time
11.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันสามารถคิดหรือทำอะไรบางอย่างที่ทำให้ความสุขที่เกิดขึ้น อยู่กับฉันไปนานๆ
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I can think of or do something to keep my happiness for greater length.
12.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	เมื่อนึกถึงความทรงจำดีๆ ในอดีต ฉันมักจะรู้สึกเศร้าและผิดหวัง
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I feel depressed when I think of my good memories.
13.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	เพียงแค่คิดถึงเรื่องสนุกๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้นฉันก็มีความสุขแล้ว
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I feel content just by thinking of something amusing.
14.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันไม่สามารถจดจำภาพแห่งความสุขในช่วงเวลาต่างๆ ได้
	ฉบับแปลย้อนกลับ	I cannot recall moments of happiness from different occasions.

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	(Bilingual2)	
15.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันชอบเก็บความทรงจำที่สนุกสนาน เพื่อเอาไว้นึกถึงในภายหลัง
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I like to collect enjoyable memories for future nostalgic thoughts.
16.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะตื่นเต้นกับเรื่องที่ยังไม่เกิดขึ้น
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I find it difficult to feel excited for something that has not happen yet.
17.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันรู้สึกซาบซึ้งที่สิ่งดีๆ เกิดขึ้นกับตัวฉัน
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I appreciate all the good things that had happened to me.
18.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันพบว่าการคิดถึงช่วงเวลาดีๆ ในอดีตนั้นเป็นเรื่องเสียเวลา
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I find nostalgia a waste of time.
19.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันสามารถทำให้ตัวเองมีความสุขได้เพียงแค่นึกถึงภาพของความสุขว่าจะเป็นเช่นไร
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I am capable of feeling happy by imagining my happiness.
20.	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ	ในเรื่องที่น่าสนุก ฉันกลับไม่รู้สึกสนุกเท่าที่ควร
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I find myself indifferent to a supposedly enjoyable circumstance.

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
21.	ฉบับตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	เป็นเรื่องง่ายสำหรับฉันที่จะย้อนกลับไปมีความสุขกับความทรงจำที่ดีในอดีต
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	It is easy for me to experience nostalgia and its happiness.
22.	ฉบับตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	เมื่อฉันนึกถึงเหตุการณ์ดีๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้น ฉันมักจะรู้สึกอึดอัดและไม่สบายใจ
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I feel distressed and uncomfortable thinking of decent future events.
23.	ฉบับตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	ฉันสามารถตัวเองมีความสุขได้ทุกเมื่อที่ฉันต้องการ
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I can be happy whenever I want.
24.	ฉบับตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	เมื่อเวลาแห่งความสนุกสนานได้ผ่านไปแล้ว ทางที่ดีที่สุดคืออย่านึกถึงมันอีกเลย
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	For me, the best action for when one such joyful moment passed, is to not think about it ever again.

หมายเหตุ. ตารางที่ 43 แสดงการแปลย้อนกลับข้อวัด The Savoring Beliefs Inventory (SBI) ฉบับภาษาไทยที่ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กลับไปเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้แปลไม่เคยเห็นเครื่องมือนี้มาก่อน ตารางประกอบด้วยข้อวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อแบ่งออกเป็น 2 แฉวย่อย ได้แก่ แฉวย่อยที่ 1 คือ ข้อวัดฉบับภาษาไทยที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาตามวัฒนธรรมไทย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ, แฉวย่อยที่ 2 คือ ข้อวัดที่ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ (Bilingual person2/Bilingual2) ได้แปลย้อนกลับจากข้อวัดฉบับภาษาไทยไปเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้เชี่ยวชาญภาษาอังกฤษในขั้นตอนนี้ได้แก่นางสุนันท์ เกษสังข์ วุฒิกการศึกษา ปริญญาตรีศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาภาษาฝรั่งเศส (วิชาโทภาษาอังกฤษ) คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปริญญาโท Master of Arts in Communication Studies, Governors State University, Illinois, USA ปัจจุบันดำรงตำแหน่งหัวหน้างานวิเทศสัมพันธ์ ฝ่ายวิจัยนวัตกรรมและวิเทศสัมพันธ์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ขั้นตอนที่ 4 การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดแปลย้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยได้ส่งเครื่องมือที่ได้รับการแปลย้อนกลับ (Backward translation) ให้ผู้ตรวจสอบที่มีความรู้ความเข้าใจและสามารถใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้เป็นอย่างดี (Bilingual person3/Bilingual3) ซึ่งเป็นคนละคนกันกับขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบความถูกต้องเหมาะสมของเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับและชุดที่แปลย้อนกลับ โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 44

ตารางที่ 44

ตารางเปรียบเทียบ

ความถูกต้องของภาษา ระหว่างเครื่องมือ *The Savoring Beliefs Inventory (SBI)* ต้นฉบับ และ ฉบับแปลย้อนกลับ

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
1.	ต้นฉบับ	Before a good thing happens, I look forward to it in ways that give me pleasure in the present.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	When I know something good is about to happen, I instantaneously feel good
	ผลการตรวจสอบระหว่างต้นฉบับและฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
2.	ต้นฉบับ	It's hard for me to hang onto a good feeling for very long.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	It is difficult for me to keep my happiness for an extended period of time.
	ผลการตรวจสอบระหว่างต้นฉบับและฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
3.	ต้นฉบับ	I enjoy looking back on happy times from my past.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I like to look back and cherish my joyous past.
	ผลการตรวจสอบระหว่างต้นฉบับและฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	
4.	ต้นฉบับ	I don't like to look forward to good times too much before they happen.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	Before anything good happens, I like to keep my expectations low.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
5.	ต้นฉบับ	I know how to make the most of a good time.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I know how to properly enjoy a good time.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
6.	ต้นฉบับ	I don't like to look back at good times too much after they've taken place.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I dislike thinking about the good old times.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
7.	ต้นฉบับ	I feel a joy of anticipation when I think about upcoming good things.
	ฉบับแปลย้อนกลับ	I find delight in expecting for good things.

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	(Bilingual2)	
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
8.	ต้นฉบับ	When it comes to enjoying myself, I'm my own "worst enemy."
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	In a festive occasion, I usually spoiled it for myself.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
9.	ต้นฉบับ	I can make myself feel good by remembering pleasant events from my past.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I am happy just by recalling joyful past events.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
10.	ต้นฉบับ	For me, anticipating what upcoming good events will be like is basically a waste of time.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I find expecting for good occasions a waste of time
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
11.	ต้นฉบับ	When something good happens, I can make my enjoyment of it last longer by thinking or doing certain things.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I can think of or do something to keep my happiness for greater length.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
12.	ต้นฉบับ	When I reminisce about pleasant memories, I often start to feel sad or disappointed.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I feel depressed when I think of my good memories.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
13.	ต้นฉบับ	I can enjoy pleasant events in my mind before they actually occur.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I feel content just by thinking of something amusing.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
14.	ต้นฉบับ	I can't seem to capture the joy of happy moments.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I cannot recall moments of happiness from different occasions.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง	ความหมายตรงกับต้นฉบับ

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	
15.	ต้นฉบับ	I like to store memories of fun times that I go through so that I can recall them later.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I like to collect enjoyable memories for future nostalgic thoughts.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
16.	ต้นฉบับ	It's hard for me to get very excited about fun times before they actually take place.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I find it difficult to feel excited for something that has not happen yet.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
17.	ต้นฉบับ	I feel fully able to appreciate good things that happen to me.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I appreciate all the good things that had happened to me.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
18.	ต้นฉบับ	I find that thinking about good times from the past is basically a waste of time.
	ฉบับแปลย้อนกลับ	I find nostalgia a waste of time.

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	(Bilingual2)	
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
19.	ต้นฉบับ	I can make myself feel good by imagining what a happy time that is about to happen will be like.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I am capable of feeling happy by imagining my happiness.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
20.	ต้นฉบับ	I don't enjoy things as much as I should.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I find myself indifferent to a supposedly enjoyable circumstance.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
21.	ต้นฉบับ	It's easy for me to rekindle the joy from pleasant memories.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	It is easy for me to experience nostalgia and its happiness.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
22.	ต้นฉบับ	When I think about a pleasant event before it happens, I often start to feel uneasy or uncomfortable.

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I feel distressed and uncomfortable thinking of decent future events.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
23.	ต้นฉบับ	It's easy for me to enjoy myself when I want to.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	I can be happy whenever I want.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ
24.	ต้นฉบับ	For me, once a fun time is over and gone, it's best not to think about it.
	ฉบับแปลย้อนกลับ (Bilingual2)	For me, the best action for when one such joyful moment passed, is to not think about it ever again.
	ผลการตรวจสอบระหว่าง ต้นฉบับและฉบับแปล ย้อนกลับ (Bilingual3)	ความหมายตรงกับต้นฉบับ

หมายเหตุ. ตารางที่ 44 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างเครื่องมือ The Savoring Beliefs Inventory (SBI) ต้นฉบับและเครื่องมือฉบับแปลย้อนกลับ ประกอบด้วยข้อวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก จำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อแบ่งออกเป็น 3 แถวย่อย ได้แก่ แถวย่อยที่ 1 คือ ข้อวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษ, แถวย่อยที่ 2 คือ ข้อวัดฉบับแปลย้อนกลับ (backward translation) และ แถวย่อยที่ 3 คือ ผลการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบ (Reviewer/Bilingual person3/Bilingual3) โดยผู้ตรวจสอบในขั้นตอนนี้ ได้แก่ ผศ.ดร.دنุพล นันทจิต วุฒิศึกษา Grade 12 Mercersburg Academy, Pennsylvania, USA, ปริญญาตรี Bachelor of Arts in Biological Sciences, University of Chicago, ปริญญาเอก Ph.D. in Health Sciences (Radiation Biology), Purdue University, Indiana, การศึกษาหลังปริญญาเอก Junior Specialist, University of

California at Davis Medical Center, California (doing research), USA และ Visiting Research Fellow, King's College London, UK ปัจจุบันดำรงตำแหน่งอาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์.

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบความเข้าใจของภาษาที่ใช้ในเครื่องมือวิจัย

เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการแปลเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรมแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงปัญญา (Cognitive Interviewing) (Willis, 2006; Willis, 2004) โดยทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงในงานวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ จำนวน 10 คู่ (20 ราย) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็ง อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป พูดและฟังภาษาไทยเข้าใจ สามารถสื่อสารภาษาไทยด้วยวาจาได้ดี
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตามข้อ 1 สามารถ พูดและฟังภาษาไทยเข้าใจ สื่อสารภาษาไทยด้วยวาจาได้ดี
3. ผู้เข้าร่วมการทดสอบ เป็นผู้ป่วยและญาติที่มีนัดใช้บริการงานสังคมสงเคราะห์ที่เข้าเกณฑ์ตามข้อ 1-2 ซึ่งผู้วิจัยกำหนดไว้ จำนวน 10 คู่ (20 ราย)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. การสัมภาษณ์แบบคิดดังๆ (think-aloud interviewing)

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านหรือฟังข้อความในมาตราวัดฉบับภาษาไทยทีละข้อ จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างพูดถึงความคิดของตนเองให้มีเสียงดังพอให้นักวิจัยได้ยิน ว่าในขณะที่อ่านหรือขณะที่ฟังข้อความแต่ละข้อที่บรรจุอยู่ในมาตรานั้น คิดถึงอะไร เข้าใจความหมายของข้อวัดและตัวเลือกคำตอบแต่ละระดับอย่างไร

2. การตรวจสอบโดยวาจา (verbal probing technique)

ผู้วิจัยทำการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อวัดแต่ละข้อ โดยกำหนดกรอบข้อคำถามดังนี้

- 2.1. ท่านเข้าใจข้อวัดนี้ว่าอย่างไร คิดว่าข้อวัดนี้ต้องการประเมินอะไร หรือ ข้อวัดนี้ต้องการวัดอะไร
- 2.2. ในข้อวัดนี้ มีคำใดที่ท่านอ่านแล้วไม่เข้าใจบ้าง และท่านคิดว่าควรใช้คำใดแทน

2.3. ท่านคิดว่าคนรุ่นราวคราวเดียวกันจะอ่านข้อวัดนี้เข้าใจหรือไม่ และตอบ

คำถามได้หรือไม่

2.4. ท่านคิดว่าหากนำข้อวัดนี้ไปให้คนอื่นอ่าน จะได้รับคำตอบตามความเป็นจริง

หรือไม่

ผลการทดสอบเครื่องมือ

ระหว่างทำการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล จำนวน 8 ราย (4 คู่) ผู้วิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมการทดสอบ มีปัญหาด้านความเข้าใจข้อความ โดยให้ความเห็นว่าข้อความยาว เยิ่นเย้อ และเข้าใจยาก ผู้วิจัยจึงขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณพี สุทธิวรรณ คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ช่วยปรับแก้ไขข้อความ โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 45

ตารางที่ 45

ตารางเปรียบเทียบ

การปรับภาษาระหว่างเครื่องมือ *The Savoring Beliefs Inventory (SBI)* ต้นฉบับ, ฉบับตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1 และ ฉบับตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
1.	ต้นฉบับ	Before a good thing happens, I look forward to it in ways that give me pleasure in the present.
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	เมื่อรู้ว่ากำลังจะมีอะไรดีๆ ฉันก็มีความสุขก่อนที่สิ่งนั้นจะเกิดขึ้นเสียอีก
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	เพียงแค่รู้ว่าเรื่องดี ๆ กำลังจะเกิดขึ้น ฉันก็รู้สึกมีความสุขแล้ว
2.	ต้นฉบับ	It's hard for me to hang onto a good feeling for very long.
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	มันยากมากที่ฉันจะเก็บความรู้สึกดีๆไว้กับตัวเองให้นานๆ
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	ความสุขมักจะอยู่กับฉันได้ไม่นาน
3.	ต้นฉบับ	I enjoy looking back on happy times from my past.
	ฉบับตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	ฉันชอบมองย้อนกลับไปในอดีต และนึกถึงช่วงเวลาที่มีความสุขของตัวเอง

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันชอบมองย้อนกลับไป ถึงช่วงเวลาที่เคยมีความสุขในอดีต
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
4.	ต้นฉบับ	I don't like to look forward to good times too much before they happen.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ก่อนที่ช่วงเวลาดีๆ จะเกิดขึ้น ฉันไม่ชอบตั้งตารอคอยมากจนเกินไป
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันไม่ชอบฝันล่วงหน้าไปไกล ถึงเรื่องดี ๆ ที่ยังไม่มาถึง
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
5.	ต้นฉบับ	I know how to make the most of a good time.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันรู้ว่าจะอยู่กับช่วงเวลาดีๆ อย่างไรให้มีความสุขที่สุด
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	เวลามีความสุข ฉันก็มีความสุขได้เต็มที่
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
6.	ต้นฉบับ	I don't like to look back at good times too much after they've taken place.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันไม่ชอบคิดถึงช่วงเวลาดีๆ ในอดีตมากจนเกินไป
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันไม่ชอบย้อนกลับไปคิดถึงความสุขในอดีต ที่มันจบไปแล้ว
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
7.	ต้นฉบับ	I feel a joy of anticipation when I think about upcoming good things.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันมีความสุขในการคาดหวังถึงเรื่องดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันรู้สึกมีความสุข เวลาคิดถึงเรื่องดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นในชีวิต
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
8.	ต้นฉบับ	When it comes to enjoying myself, I'm my own "worst enemy."
	ฉบับตรวจสอบโดย	ในเวลาที่ควรจะสนุกสนาน ฉันมักจะทำให้ตัวเองหมดสนุกเสียเอง
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	ในเวลาที่ฉันน่าจะมีความสุข ฉันก็มักจะทำให้ตัวเองหมดสนุกเสียเอง
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
9.	ต้นฉบับ	I can make myself feel good by remembering pleasant events from my past.
	ฉบับตรวจสอบโดย	เพียงนึกถึงเหตุการณ์ดีๆ ในอดีต ฉันก็มีความสุขแล้ว
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	ถ้าฉันอยากมีความสุข ฉันก็แค่คิดถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิตที่ผ่านมา
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
10.	ต้นฉบับ	For me, anticipating what upcoming good events will be like is basically a waste of time.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันคิดว่าการคาดหวังถึงความสุขที่ยังมาไม่ถึง เป็นเรื่องเสียเวลา
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	เราไม่ควรเสียเวลาคิดฝันถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิต ที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
11.	ต้นฉบับ	When something good happens, I can make my enjoyment of it last longer by thinking or doing certain things.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันสามารถคิดหรือทำอะไรบางอย่างที่ทำให้ความสุขที่เกิดขึ้น อยู่กับฉันไปนานๆ
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	เวลามีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้น ฉันจะมีวิธีเก็บความสุขเหล่านั้นให้อยู่กับฉันได้นาน ๆ
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
12.	ต้นฉบับ	When I reminisce about pleasant memories, I often start to feel sad or disappointed.

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	เมื่อนึกถึงความทรงจำดีๆ ในอดีต ฉันมักจะรู้สึกเศร้าและผิดหวัง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	ความทรงจำดี ๆ ในอดีต มักจะทำให้ฉันรู้สึกเศร้าและผิดหวังเสมอ
13.	ต้นฉบับ	I can enjoy pleasant events in my mind before they actually occur.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	ฉันสามารถเพลิดเพลินกับเหตุการณ์ที่น่ายินดีต่างๆ ในใจก่อนที่จะมันจะเกิดขึ้นจริง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	แค่ได้วางแผนคิดเรื่องสนุก ๆ ก่อนได้ทำจริง ฉันก็มีความสุขแล้ว
14.	ต้นฉบับ	I can't seem to capture the joy of happy moments.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	ฉันไม่สามารถจดจำภาพแห่งความสุขในช่วงเวลาต่างๆ ได้
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	ฉันไม่สามารถจดจำเวลาดี ๆ ที่มีความสุขในชีวิต ได้มากนัก
15.	ต้นฉบับ	I like to store memories of fun times that I go through so that I can recall them later.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	ฉันชอบเก็บความทรงจำที่สนุกสนาน เพื่อเอาไว้นึกถึงในภายหลัง
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	ฉันชอบเก็บเรื่องราวสนุกสนานในชีวิต ไว้เป็นสิ่งที่ ดี ๆ ให้นึกถึง
16.	ต้นฉบับ	It's hard for me to get very excited about fun times before they actually take place.
	ฉบับตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะตื่นเต้นกับเรื่องที่ยังไม่เกิดขึ้น
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันไม่ค่อยรู้สึกสนุกตื่นเต้นกับการคิดถึงเรื่องต่าง ๆ ในอนาคต ที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
17.	ต้นฉบับ	I feel fully able to appreciate good things that happen to me.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันรู้สึกซาบซึ้งที่สิ่งดีๆ เกิดขึ้นกับตัวฉัน
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันรู้สึกซาบซึ้งกับสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตฉัน
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
18.	ต้นฉบับ	I find that thinking about good times from the past is basically a waste of time.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันพบว่าการคิดถึงช่วงเวลาดีๆ ในอดีตนั้นเป็นเรื่องเสียเวลา
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	การคิดถึงช่วงเวลาดี ๆ ในอดีตที่จบไปแล้วนั้น เป็นเรื่องเสียเวลา
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
19.	ต้นฉบับ	I can make myself feel good by imagining what a happy time that is about to happen will be like.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันสามารถทำให้ตัวเองมีความสุขได้เพียงแค่นึกถึงภาพของความสุขว่าจะเป็นเช่นไร
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	เพียงแค่วางแผนจะไปเที่ยวหรือไปทำอะไรที่ชอบ ฉันรู้สึกมีความสุขแล้ว
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
20.	ต้นฉบับ	I don't enjoy things as much as I should.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ในเรื่องที่น่าสนุก ฉันกลับไม่รู้สึกสนุกเท่าที่ควร
	ผู้ทรงคุณวุฒิ	
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันไม่รู้สึกสนุกกับเรื่องต่าง ๆ เหมือนที่เคย
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
21.	ต้นฉบับ	It's easy for me to rekindle the joy from pleasant memories.
	ฉบับตรวจสอบโดย	เป็นเรื่องง่ายสำหรับฉันที่จะย้อนกลับไปมีความสุขกับความทรงจำที่ดีในอดีต

ข้อ	การแปล/ตรวจสอบ	รายการ
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	แค่ได้นึกถึงความสนุกสนานเก่า ๆ ในอดีต ฉันก็สามารถกลับมามีความสุขได้อีก
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	ครั้ง
22.	ต้นฉบับ	When I think about a pleasant event before it happens, I often start to feel uneasy or uncomfortable.
	ฉบับตรวจสอบโดย	เมื่อฉันนึกถึงเหตุการณ์ดี ๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้น ฉันมักจะรู้สึกอึดอัดและไม่สบายใจ
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	เวลาฉันนึกถึงเหตุการณ์ดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น ฉันมักจะรู้สึกไม่สบายใจ
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
23.	ต้นฉบับ	It's easy for me to enjoy myself when I want to.
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันสามารถทำให้ตัวเองมีความสุขได้ทุกเมื่อที่ฉันต้องการ
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	ฉันสามารถทำให้ตัวเองมีความสุขได้ทุกเมื่อ ที่ฉันต้องการ
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	
24.	ต้นฉบับ	For me, once a fun time is over and gone, it's best not to think about it.
	ฉบับตรวจสอบโดย	เมื่อเวลาแห่งความสนุกสนานได้ผ่านไปแล้ว ทางที่ดีที่สุดคืออย่านึกถึงมันอีกเลย
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1	
	ฉบับตรวจสอบโดย	เมื่อเรื่องสนุกสนานจบลง ก็ควรจะให้มันจบไป ไม่ต้องนึกถึงมันอีก
	ผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2	

หมายเหตุ. ตารางที่ 45 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างเครื่องมือ The Savoring Beliefs Inventory (SBI) ต้นฉบับ, ฉบับตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1 และ ฉบับตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2 ประกอบด้วยข้อวัด การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกจำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อแบ่งออกเป็น 3 แฉวย่อย ได้แก่ แฉวย่อยที่ 1 คือ ข้อวัด ต้นฉบับภาษาอังกฤษ, แฉวย่อยที่ 2 คือ ผลการตรวจสอบข้อวัดฉบับผู้ทรงคุณวุฒิรอบ1 และ แฉวย่อยที่ 3 คือ ผลการ ตรวจสอบข้อวัดฉบับผู้ทรงคุณวุฒิรอบ2 โดยผู้ทรงคุณวุฒิรอบที่ 2 ผู้ทำอาหารตรวจสอบและปรับแก้ไขภาษาที่ใช้

ในมาตรวัด ขั้นตอนนี้ ได้แก่ รศ.ดร.พรรณระพี สุทธิวรรณ วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาขาวิชาเทคนิคการแพทย์) คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาสรวิทยา) บัณฑิตวิทยาลัย (สหสาขา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ปริญญาโท Master of Arts in Psychology US International University, ปริญญาเอก Ph.D. in Developmental Psychology University of Hawaii ปัจจุบันดำรงตำแหน่งคณบดี คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลังจากปรับแก้ไขภาษาดังแสดงในตารางที่ 5 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ฉบับภาษาไทย) ไปทดสอบตามขั้นตอนที่ 5 อีกครั้ง คือ ทดสอบความเข้าใจภาษาของมาตรวัดกับผู้เข้าร่วมการทดสอบรายใหม่ จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ อายุระหว่าง 60-78 ปี เป็นเพศชาย 7 ราย เป็นเพศหญิง 3 ราย รวมทั้งสิ้น 10 ราย และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ อายุระหว่าง 31-60 ปี เป็นเพศชาย 1 ราย เป็นเพศหญิง 9 ราย รวมทั้งสิ้น 10 ราย ทั้งหมดรวมทั้งสิ้น 20 ราย (10 คู่) ผลปรากฏว่า ผู้เข้าร่วมการทดสอบมีความเข้าใจในภาษาของมาตรวัดตรงตามความหมายและวัตถุประสงค์การวัดของมาตรวัดเป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงได้นำไปพัฒนาเป็นมาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ฉบับภาษาไทย) ดังตารางที่ 46

ตารางที่ 46

มาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ฉบับภาษาไทย)

มาตรวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ฉบับภาษาไทย)

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วประเมินว่าตัวท่านมีลักษณะตรงกับข้อความเหล่านี้มากน้อยเพียงใด จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม O ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบของท่าน ไม่มีถูก หรือ ผิด จึงขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยมาตรวัดได้กำหนดระดับความคิดเห็น ดังนี้

- | | | |
|---|---|---------------------|
| 1 | = | ไม่เห็นด้วยอย่างมาก |
| 2 | = | ไม่เห็นด้วย |
| 3 | = | ค่อนข้างไม่เห็นด้วย |
| 4 | = | เฉยๆ |
| 5 | = | ค่อนข้างเห็นด้วย |
| 6 | = | เห็นด้วย |
| 7 | = | เห็นด้วยอย่างมาก |

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
1	เพียงแค่นี้ได้รู้ว่าเรื่องดี ๆ กำลังเกิดขึ้น ฉันก็รู้สึกมีความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
2	ความสุขมักจะอยู่กับฉันได้ไม่นาน	1	2	3	4	5	6	7
3	ฉันชอบมองย้อนกลับไป ถึงช่วงเวลาที่เคยมีความสุขในอดีต	1	2	3	4	5	6	7
4	ฉันไม่ชอบฝันล่วงหน้าไปไกล ถึงเรื่องดี ๆ ที่ยังไม่มาถึง	1	2	3	4	5	6	7
5	เวลามีความสุข ฉันก็มีความสุขได้เต็มที่	1	2	3	4	5	6	7
6	ฉันไม่ชอบย้อนกลับไปคิดถึงความสุขในอดีต ที่มันจบไปแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
7	ฉันรู้สึกมีความสุข เวลาคิดถึงเรื่องดี ๆ ที่กำลังเกิดขึ้นในชีวิต	1	2	3	4	5	6	7
8	ในเวลาที่คุณน่าจะมีความสุข ฉันก็มักจะทำให้ตัวเองหมดสนุกเสียเอง	1	2	3	4	5	6	7
9	ถ้าฉันอยากมีความสุข ฉันก็แค่คิดถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิตที่ผ่านมา	1	2	3	4	5	6	7
10	เราไม่ควรเสียเวลาคิดถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิต ที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง	1	2	3	4	5	6	7
11	เวลาที่มีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้น ฉันจะมีวิธีเก็บความสุขเหล่านั้นให้อยู่กับฉันได้นาน ๆ	1	2	3	4	5	6	7
12	ความทรงจำดี ๆ ในอดีต มักจะทำให้ฉันรู้สึกเศร้าและ	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
	ผิดหวังเสมอ							
13	แค่ได้วางแผนคิดเรื่องสนุก ๆ ก่อนได้ทำจริง ฉันก็มี ความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
14	ฉันไม่สามารถจดจำเวลาดี ๆ ที่มีความสุขในชีวิต ได้มาก นัก	1	2	3	4	5	6	7
15	ฉันชอบเก็บเรื่องราวสนุกสนานในชีวิต ไว้เป็นสิ่งดี ๆ ให้ นึกถึง	1	2	3	4	5	6	7
16	ฉันไม่ค่อยรู้สึกสนุกตื่นเต้นกับการคิดถึงเรื่องต่าง ๆ ใน อนาคต ที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง	1	2	3	4	5	6	7
17	ฉันรู้สึกซาบซึ้งกับสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตฉัน	1	2	3	4	5	6	7
18	การคิดถึงช่วงเวลาดี ๆ ในอดีตที่จบไปแล้วนั้น เป็นเรื่อง เสียเวลา	1	2	3	4	5	6	7
19	เพียงแค่ได้วางแผนจะไปเที่ยวหรือไปทำอะไรที่ชอบ ฉันรู้ ก็รู้สึกมีความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
20	ฉันไม่รู้รู้สึกสนุกกับเรื่องต่าง ๆ เหมือนที่เคย	1	2	3	4	5	6	7
21	แค่ได้นึกถึงความสนุกสนานเก่า ๆ ในอดีต ฉันก็สามารถ กลับมามีความสุขได้อีกครั้ง	1	2	3	4	5	6	7
22	เวลาฉันนึกถึงเหตุการณ์ดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น ฉันมักจะ รู้สึกไม่สบายใจ	1	2	3	4	5	6	7
23	ฉันสามารถทำให้ตัวเองมีความสุขได้ทุกเมื่อ ที่ฉันต้องการ	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่เห็น	ไม่เห็น	ค่อนข้าง	เฉยๆ	ค่อนข้าง	เห็น	เห็น
		ไม่เห็น	เห็น	ข้าง		ข้าง	ด้วย	ด้วย
		ด้วย	ด้วย	ไม่		เห็น		อย่าง
		อย่าง		เห็น		ด้วย		มาก
		มาก		ด้วย				
24	เมื่อเรื่องสนุกสนานจบลง ก็ควรจะให้มันจบไป ไม่ต้องนึกถึงมันอีก	1	2	3	4	5	6	7

หมายเหตุ: มาตรการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ฉบับภาษาไทย) ประกอบด้วยข้อวัดการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอดีต จำนวน 8 ข้อ, การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในปัจจุบัน จำนวน 8 ข้อ และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกในอนาคต จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น 24 ข้อ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. อายุ _____ ปี
2. เพศ
 ชาย หญิง อื่นๆ โปรดระบุ _____
3. อาชีพ
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ โปรดระบุ _____
4. รายได้ต่อเดือน
 ต่ำกว่า 3,000 บาท 3,001-5,000 บาท
 5,001-10,000 บาท 10,001-20,000 บาท
 20,000 บาท ขึ้นไป ไม่มี
 รายได้
5. ชนิดของโรคมะเร็ง โปรดระบุ

6. ระยะของโรค
 ระยะแรก ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 ระยะที่ 4
 ระยะแพร่กระจาย ระยะลุกลาม
7. ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเป็นระยะเวลา _____ ปี _____ เดือน _____
 วัน **CHULALONGKORN UNIVERSITY**
8. ประเภทของการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ผ่าตัด เคมีบำบัด ฉายแสง
 ประคับประคองตามอาการ อื่นๆ โปรด
 ระบุ _____
9. โรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคมะเร็ง
 มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน, ความดัน, หัวใจ, ข้อเสื่อม, ไต, โรคตา, โรค
 เหนือก/ฟัน ไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคมะเร็ง
10. ลักษณะความสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล

- เป็นพ่อ/แม่ ของผู้ดูแล เป็นลูกของผู้ดูแล
 เป็นญาติผู้ใหญ่ของผู้ดูแล เป็นหลานของผู้ดูแล
 เป็นพี่/น้องของผู้ดูแล เป็น
 สามี/ภรรยาของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วประเมินว่าตัวท่านมีลักษณะตรงกับข้อความเหล่านี้มากน้อยเพียงใด จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม O ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน มากที่สุด คำตอบของท่านไม่มีถูก หรือ ผิด จึงขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสำรวจได้กำหนดระดับความคิดเห็น ดังนี้

- 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
 2 = ไม่เห็นด้วย
 3 = ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
 4 = เฉยๆ
 5 = ค่อนข้างเห็นด้วย
 6 = เห็นด้วย
 7 = เห็นด้วยอย่างมาก

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่ เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่ เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
1	เพียงแค่นี้ได้รู้ว่าเรื่องดี ๆ กำลังจะเกิดขึ้น ฉันก็รู้สึกมีความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
2	ความสุขมักจะอยู่กับฉันได้ไม่นาน	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ข้าง ไม่ เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง ข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
3	ฉันชอบมองย้อนกลับไป ถึงช่วงเวลาที่เคยมีความสุขในอดีต	1	2	3	4	5	6	7
4	ฉันไม่ชอบฝันล่วงหน้าไปไกล ถึงเรื่องดี ๆ ที่ยังไม่มาถึง	1	2	3	4	5	6	7
5	เวลามีความสุข ฉันก็มีความสุขได้เต็มที่	1	2	3	4	5	6	7
6	ฉันไม่ชอบย้อนกลับไปคิดถึงความสุขในอดีต ที่มันจบไปแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
7	ฉันรู้สึกมีความสุข เวลาคิดถึงเรื่องดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นในชีวิต	1	2	3	4	5	6	7
8	ในเวลาที่คุณน่าจะมีความสุข ฉันก็มักจะทำให้ตัวเองหมดสนุกเสียเอง	1	2	3	4	5	6	7
9	ถ้าฉันอยากมีความสุข ฉันก็แค่คิดถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิตที่ผ่านมา	1	2	3	4	5	6	7
10	เราไม่ควรเสียเวลาคิดถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิต ที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง	1	2	3	4	5	6	7
11	เวลาดี ๆ เกิดขึ้น ฉันจะมีวิธีเก็บความสุขเหล่านั้นให้อยู่กับฉันได้นาน ๆ	1	2	3	4	5	6	7
12	ความทรงจำดี ๆ ในอดีต มักจะทำให้ฉันรู้สึกเศร้าและผิดหวังเสมอ	1	2	3	4	5	6	7
13	แค่ได้วางแผนคิดเรื่องสนุก ๆ ก่อนได้ทำจริง ฉันก็มีความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
14	ฉันไม่สามารถจดจำเวลาดี ๆ ที่มีความสุขในชีวิต ได้มากนัก	1	2	3	4	5	6	7
15	ฉันชอบเก็บเรื่องราวสนุกสนานในชีวิต ไว้เป็นสิ่งดี ๆ ให้นึกถึง	1	2	3	4	5	6	7
16	ฉันไม่ค่อยรู้สึกสนุกตื่นเต้นกับการคิดถึงเรื่องต่าง ๆ ในอนาคต ที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง	1	2	3	4	5	6	7
17	ฉันรู้สึกซาบซึ้งกับสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตฉัน	1	2	3	4	5	6	7
18	การคิดถึงช่วงเวลาดี ๆ ในอดีตที่จบไปแล้วนั้น เป็นเรื่องเสียเวลา	1	2	3	4	5	6	7
19	เพียงแคได้วางแผนจะไปเที่ยวหรือไปทำอะไรที่ชอบ ฉันรู้สึกมีความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
20	ฉันไม่รู้สึกสนุกกับเรื่องต่าง ๆ เหมือนที่เคย	1	2	3	4	5	6	7
21	แค่ได้นึกถึงความสนุกสนานเก่า ๆ ในอดีต ฉันก็สามารถกลับมามีความสุขได้อีกครั้ง	1	2	3	4	5	6	7
22	เวลาฉันนึกถึงเหตุการณ์ดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น ฉันมักจะรู้สึกไม่สบายใจ	1	2	3	4	5	6	7
23	ฉันสามารถทำให้ตัวเองมีความสุขได้ทุกเมื่อ ที่ฉันต้องการ	1	2	3	4	5	6	7
24	เมื่อเรื่องสนุกสนานจบลง ก็ควรจะให้มันจบไป ไม่ต้องนึกถึงมันอีก	1	2	3	4	5	6	7

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วประเมินว่าภายในสองสัปดาห์นี้ ตัวท่านมีลักษณะตรงกับ

ข้อความเหล่านี้มากน้อย เพียงใด จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม O ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับ

กับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านไม่มีถูก หรือ ผิด จึงขอให้ท่านตอบให้ตรงกับ

ความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสำรวจกำหนดระดับความคิดเห็น ดังนี้

- | | | |
|---|---|---------------------|
| 1 | = | ไม่เห็นด้วยอย่างมาก |
| 2 | = | ไม่เห็นด้วย |
| 3 | = | ค่อนข้างไม่เห็นด้วย |
| 4 | = | เฉยๆ |
| 5 | = | ค่อนข้างเห็นด้วย |
| 6 | = | เห็นด้วย |
| 7 | = | เห็นด้วยอย่างมาก |

หมายเหตุ: บุคคลพิเศษ คือ บุคคลที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

บุคคลพิเศษของท่านคือ (ระบุได้มากกว่า 1 คน)

ชื่อ รายการ

ระดับความคิดเห็น

	ชื่อ รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่ เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่ เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่ เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
1	มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา	1	2	3	4	5	6	7
2	มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	1	2	3	4	5	6	7
3	ครอบครัวของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	1	2	3	4	5	6	7
4	ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัว	1	2	3	4	5	6	7

ชื่อ รายการ	ระดับความคิดเห็น						
	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่ เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่ เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
ตามที่คุณต้องการ							
5	ฉันมีบุคลิกพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสบายใจจริง ๆ แก่ฉัน	1	2	3	4	5	6 7
6	เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	1	2	3	4	5	6 7
7	ฉันสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้เมื่อมีปัญหาขึ้นมา	1	2	3	4	5	6 7
8	ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ครอบครัวฟังได้	1	2	3	4	5	6 7
9	ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	1	2	3	4	5	6 7
10	มีบุคลิกพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของฉัน	1	2	3	4	5	6 7
11	ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ	1	2	3	4	5	6 7
12	ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉัน给朋友ฟังได้	1	2	3	4	5	6 7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 4 แบบสำรวจสุขภาวะทางใจ

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วประเมินว่าภายในสองสัปดาห์นี้ ตัวท่านมีลักษณะตรงกับ

ข้อความเหล่านี้มากน้อย เพียงใด จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม ○ ล้อมรอบตัวเลขที่ตรง

กับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านไม่มีถูก หรือ ผิด จึงขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสำรวจกำหนดระดับความคิดเห็น ดังนี้

0	=	ไม่เคยเลย
1	=	มีบ้างบางเวลา
2	=	น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
3	=	มากกว่าครึ่งหนึ่ง
4	=	เป็นส่วนใหญ่
5	=	ตลอดเวลา

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น					
		ไม่เคยเลย	มีบ้างบางเวลา	น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง	มากกว่าครึ่งหนึ่ง	เป็นส่วนใหญ่	ตลอดเวลา
1	ฉันรู้สึกเบิกบานและอารมณ์ดี	0	1	2	3	4	5
2	ฉันรู้สึกสงบและผ่อนคลาย	0	1	2	3	4	5
3	ฉันรู้สึกกระฉับกระเฉงและมีพลัง	0	1	2	3	4	5
4	ฉันตื่นขึ้นมาด้วยความรู้สึกสดชื่นและได้พักเพียงพอ	0	1	2	3	4	5
5	ชีวิตประจำวันของฉันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ	0	1	2	3	4	5

แบบสำรวจ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ สุขภาวะทางใจ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (การศึกษานำร่อง)

ชื่อผู้วิจัย นางกุลนิษฐ์ ดำรงค์สกุล

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะทางใจ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล (การศึกษานำร่อง)

สถานที่ติดต่อ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พญาไท กรุงเทพฯ 10330

E-Mail: moodymari@gmail.com

คำชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสำรวจ สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

แบบสำรวจประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ, แบบสำรวจการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก จำนวน 24 ข้อ, แบบสำรวจการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ และ แบบสำรวจสุขภาพทางใจ จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 53 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10-30 นาที หากท่านรู้สึกอึดอัดใจหรือไม่สบายใจกับการตอบแบบสำรวจ ท่านสามารถยุติการตอบแบบสำรวจได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาแต่ประการใด ท่านยังคงได้รับบริการรักษาพยาบาลได้ตามปกติ ทั้งนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และผู้วิจัยจะทำลายแบบสำรวจภายหลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. อายุ _____ ปี
2. เพศ
 ชาย หญิง อื่นๆ โปรดระบุ _____
3. อาชีพ
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพ โปรดระบุ _____
4. รายได้ต่อเดือน
 ต่ำกว่า 3,000 บาท 3,001-5,000 บาท
 5,001-10,000 บาท 10,001-20,000 บาท
 20,000 บาท ขึ้นไป ไม่มี
 รายได้
5. โรคประจำตัวของท่าน
 ท่านมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน, ความดัน, หัวใจ, ข้อเสื่อม, ไต ฯลฯ
 1 โรค 2 โรค ขึ้นไป
 ไม่มีโรคประจำตัว
6. จำนวนชั่วโมงที่ท่านได้นอนหลับติดต่อกันในแต่ละคืน

- ท่านได้นอนติดต่อกันมากกว่า 7 ชั่วโมง ต่อคืน
- ท่านได้นอนติดต่อกันน้อยกว่า 7 ชั่วโมง ต่อคืน
7. จำนวนวันที่ท่านได้ทำกิจกรรมทางกาย ต่อสัปดาห์ เช่น เดินเล่น, ออกกำลังกาย เป็นต้น
- ท่านได้ทำกิจกรรมทางกาย ตั้งแต่ 3 วัน ขึ้นไป ต่อสัปดาห์
- ท่านได้ทำกิจกรรมทางกาย น้อยกว่า 3 วัน ต่อสัปดาห์
- ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมทางกายเลย
8. ลักษณะความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
- เป็นพ่อ/แม่ ของผู้ป่วย เป็นลูกของผู้ป่วย
- เป็นญาติผู้ใหญ่ของผู้ป่วย เป็นหลานของผู้ป่วย
- เป็นพี่/น้องของผู้ป่วย เป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย
9. โปรระบุชนิดของโรคมะเร็งในผู้ป่วยที่ท่านต้องดูแล
-
- _____ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
10. โปรระบุระยะของโรคมะเร็ง ในผู้ป่วยที่ท่านต้องดูแล
- ระยะแรก ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 ระยะที่ 4
- ระยะแพร่กระจาย ระยะลุกลาม
11. ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่ท่านต้องดูแล ได้รับการรักษาดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ผ่าตัด เคมีบำบัด ฉายแสง
- ประคับประคองตามอาการ อื่นๆ โปรดระบุ _____
12. ระยะเวลาที่ท่านทำการดูแลผู้ป่วย

- ต่ำกว่า 1 เดือน ระหว่าง 3-6 เดือน
 ระหว่าง 6-12 เดือน เกิน 12 เดือน ขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วประเมินว่าตัวท่านมีลักษณะตรงกับข้อความเหล่านี้มากน้อยเพียงใด จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม O ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน มากที่สุด คำตอบของท่านไม่มีถูก หรือ ผิด จึงขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสำรวจได้กำหนดระดับความคิดเห็น ดังนี้

- 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
 2 = ไม่เห็นด้วย
 3 = ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
 4 = เฉยๆ
 5 = ค่อนข้างเห็นด้วย
 6 = เห็นด้วย
 7 = เห็นด้วยอย่างมาก

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่ เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่ เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่ เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
1	เพียงแค่นี้ได้รู้ว่าเรื่องดี ๆ กำลังจะเกิดขึ้น ฉันก็รู้สึกมีความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
2	ความสุขมักจะอยู่กับฉันได้ไม่นาน	1	2	3	4	5	6	7
3	ฉันชอบมองย้อนกลับไป ถึงช่วงเวลาที่เคยมีความสุขในอดีต	1	2	3	4	5	6	7
4	ฉันไม่ชอบฝันล่วงหน้าไปไกล ถึงเรื่องดี ๆ ที่ยังไม่มาถึง	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่ เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่ เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่ เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
5	เวลามีความสุข ฉันก็มีความสุขได้เต็มที่	1	2	3	4	5	6	7
6	ฉันไม่ชอบย้อนกลับไปคิดถึงความสุขในอดีต ที่มันจบไปแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
7	ฉันรู้สึกมีความสุข เวลาคิดถึงเรื่องดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น ในชีวิต	1	2	3	4	5	6	7
8	ในเวลาที่น่าจะมีความสุข ฉันก็มักจะทำให้ตัวเอง หมดสนุกเสียเอง	1	2	3	4	5	6	7
9	ถ้าฉันอยากมีความสุข ฉันก็แค่คิดถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิตที่ ผ่านมา	1	2	3	4	5	6	7
10	เราไม่ควรเสียเวลาคิดถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิต ที่ยังไม่ เกิดขึ้นจริง	1	2	3	4	5	6	7
11	เวลาที่มีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้น ฉันจะมีวิธีเก็บความสุขเหล่านั้นให้ อยู่กับฉันได้นาน ๆ	1	2	3	4	5	6	7
12	ความทรงจำดี ๆ ในอดีต มักจะทำให้ฉันรู้สึกเศร้าและ ผิดหวังเสมอ	1	2	3	4	5	6	7
13	แค่ได้วางแผนคิดเรื่องสนุก ๆ ก่อนได้ทำจริง ฉันก็มี ความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
14	ฉันไม่สามารถจดจำเวลาดี ๆ ที่มีความสุขในชีวิต ได้มาก นัก	1	2	3	4	5	6	7
15	ฉันชอบเก็บเรื่องราวสนุกสนานในชีวิต ไว้เป็นสิ่งดี ๆ ให้	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
	นึกถึง							
16	ฉันไม่ค่อยรู้สึกสนุกตื่นเต้นกับการคิดถึงเรื่องต่าง ๆ ในอนาคต ที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง	1	2	3	4	5	6	7
17	ฉันรู้สึกซาบซึ้งกับสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตฉัน	1	2	3	4	5	6	7
18	การคิดถึงช่วงเวลาดี ๆ ในอดีตที่จบไปแล้วนั้น เป็นเรื่องเสียเวลา	1	2	3	4	5	6	7
19	เพียงแค่ได้วางแผนจะไปเที่ยวหรือไปทำอะไรที่ชอบ ฉันรู้สึกมีความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
20	ฉันไม่รู้สึกสนุกกับเรื่องต่าง ๆ เหมือนที่เคย	1	2	3	4	5	6	7
21	แค่ได้นึกถึงความสนุกสนานเก่า ๆ ในอดีต ฉันก็สามารถกลับมามีความสุขได้อีกครั้ง	1	2	3	4	5	6	7
22	เวลาฉันนึกถึงเหตุการณ์ดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น ฉันมักจะรู้สึกไม่สบายใจ	1	2	3	4	5	6	7
23	ฉันสามารถทำให้ตัวเองมีความสุขได้ทุกเมื่อ ที่ฉันต้องการ	1	2	3	4	5	6	7
24	เมื่อเรื่องสนุกสนานจบลง ก็ควรจะให้มันจบไป ไม่ต้องนึกถึงมันอีก	1	2	3	4	5	6	7

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วประเมินว่าภายในสองสัปดาห์นี้ ตัวท่านมีลักษณะตรงกับ

ข้อความเหล่านี้มากน้อย เพียงใด จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม O ล้อมรอบตัวเลขที่ตรง

กับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านไม่มีถูก หรือ ผิด จึงขอให้ท่านตอบให้ตรงกับ

ความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสำรวจกำหนดระดับความคิดเห็น ดังนี้

1	=	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
2	=	ไม่เห็นด้วย
3	=	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
4	=	เฉยๆ
5	=	ค่อนข้างเห็นด้วย
6	=	เห็นด้วย
7	=	เห็นด้วยอย่างมาก

หมายเหตุ: บุคคลพิเศษ คือ บุคคลที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

บุคคลพิเศษของท่านคือ (ระบุได้มากกว่า 1 คน)

ชื่อ รายการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระดับความคิดเห็น

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ไม่ เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่ เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
-------------------------------------	---------------------	-----------------------------	------	--------------------------	--------------	------------------------------

1	มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา	1	2	3	4	5	6	7
2	มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	1	2	3	4	5	6	7
3	ครอบครัวของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	1	2	3	4	5	6	7
4	ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัว ตามที่ฉันต้องการ	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่ เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่ เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่ เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
5	ฉันมีบุคลิกพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสบายใจจริง ๆ แก่ฉัน	1	2	3	4	5	6	7
6	เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	1	2	3	4	5	6	7
7	ฉันสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้เมื่อมีปัญหาขึ้นมา	1	2	3	4	5	6	7
8	ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ครอบครัวฟังได้	1	2	3	4	5	6	7
9	ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	1	2	3	4	5	6	7
10	มีบุคลิกพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของฉัน	1	2	3	4	5	6	7
11	ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ	1	2	3	4	5	6	7
12	ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เพื่อนฟังได้	1	2	3	4	5	6	7



ส่วนที่ 4 แบบสำรวจสุขภาพทางใจ

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วประเมินว่าภายในสองสัปดาห์นี้ ตัวท่านมีลักษณะตรงกับข้อความเหล่านี้มากน้อย เพียงใด จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม O ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านไม่มีถูก หรือ ผิด จึงขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสำรวจกำหนดระดับความคิดเห็น ดังนี้

0	=	ไม่เคยเลย
1	=	มีบ้างบางเวลา
2	=	น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
3	=	มากกว่าครึ่งหนึ่ง
4	=	เป็นส่วนใหญ่
5	=	ตลอดเวลา

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น					
		ไม่เคยเลย	มีบ้างบางเวลา	น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง	มากกว่าครึ่งหนึ่ง	เป็นส่วนใหญ่	ตลอดเวลา
1	ฉันรู้สึกเบิกบานและอารมณ์ดี	0	1	2	3	4	5
2	ฉันรู้สึกสงบและผ่อนคลาย	0	1	2	3	4	5
3	ฉันรู้สึกกระฉับกระเฉงและมีพลัง	0	1	2	3	4	5
4	ฉันตื่นขึ้นมาด้วยความรู้สึกสดชื่นและได้พักเพียงพอ	0	1	2	3	4	5
5	ชีวิตประจำวันของฉันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ	0	1	2	3	4	5

7. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ แต่ละชุดประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป, มาตรฐานสุขภาพทางใจ (ดร.ชนันชีวีตสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (ฉบับปีพ.ศ.2541) โดย WHO Collaborating Center of Mental Health (2019b), มาตรฐานการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (มาตรฐาน แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) โดย Wongpakaran & Wongpakaran (2012) และ มาตรฐานการรับรู้

- ต่ำกว่า 3,000 บาท 3,001-5,000 บาท
 5,001-10,000 บาท 10,001-20,000 บาท
 20,000 บาท ขึ้นไป ไม่มี

รายได้

5. ชนิดของโรคมะเร็ง โปรดระบุ

6. ระยะของโรค

- ระยะแรก ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 ระยะที่ 4
 ระยะแพร่กระจาย ระยะลุกลาม

7. ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเป็นระยะเวลา _____ ปี _____ เดือน _____ วัน

8. ประเภทของการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ผ่าตัด เคมีบำบัด ฉายแสง
 ประคับประคองตามอาการ อื่นๆ โปรด

ระบุ _____

9. โรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคมะเร็ง

- มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน, ความดัน, หัวใจ, ข้อเสื่อม, ไต, โรคตา, โรค
 เหนือ/ฟัน ไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคมะเร็ง

10. ลักษณะความสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล

- เป็นพ่อ/แม่ ของผู้ดูแล เป็นลูกของผู้ดูแล
 เป็นญาติผู้ใหญ่ของผู้ดูแล เป็นหลานของผู้ดูแล
 เป็นพี่/น้องของผู้ดูแล เป็น

สามี/ภรรยาของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจสุขภาพทางใจ

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วประเมินว่าภายในสองสัปดาห์นี้ ตัวท่านมีลักษณะตรงกับข้อความเหล่านี้มากน้อย เพียงใด จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม O ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านไม่มีถูก หรือ ผิด จึงขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสำรวจกำหนดระดับความคิดเห็น ดังนี้

0	=	ไม่เคยเลย
1	=	มีบ้างบางเวลา
2	=	น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
3	=	มากกว่าครึ่งหนึ่ง
4	=	เป็นส่วนใหญ่
5	=	ตลอดเวลา

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น					
		ไม่เคยเลย	มีบ้างบางเวลา	น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง	มากกว่าครึ่งหนึ่ง	เป็นส่วนใหญ่	ตลอดเวลา
1	ฉันรู้สึกเบิกบานและอารมณ์ดี	0	1	2	3	4	5
2	ฉันรู้สึกสงบและผ่อนคลาย	0	1	2	3	4	5
3	ฉันรู้สึกกระฉับกระเฉงและมีพลัง	0	1	2	3	4	5
4	ฉันตื่นขึ้นมาด้วยความรู้สึกสดชื่นและได้พักเพียงพอ	0	1	2	3	4	5
5	ชีวิตประจำวันของฉันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ	0	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วประเมินว่าภายในสองสัปดาห์นี้ ตัวท่านมีลักษณะตรงกับข้อความเหล่านี้มากน้อย เพียงใด จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม O ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านไม่มีถูก หรือ ผิด จึงขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสำรวจกำหนดระดับความคิดเห็น ดังนี้

1	=	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
2	=	ไม่เห็นด้วย
3	=	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
4	=	เฉยๆ
5	=	ค่อนข้างเห็นด้วย
6	=	เห็นด้วย
7	=	เห็นด้วยอย่างมาก

หมายเหตุ: บุคคลพิเศษ คือ บุคคลที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

บุคคลพิเศษของท่านคือ (ระบุได้มากกว่า 1 คน)

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก
1	มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา	1	2	3	4	5	6	7
2	มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	1	2	3	4	5	6	7
3	ครอบครัวของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	1	2	3	4	5	6	7
4	ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัวตามที่ฉันต้องการ	1	2	3	4	5	6	7
5	ฉันมีบุคคลพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสบายใจจริง ๆ แก่ฉัน	1	2	3	4	5	6	7
6	เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	1	2	3	4	5	6	7
7	ฉันสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้เมื่อมีปัญหาขึ้นมา	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น					
		ไม่เห็นด้วยอย่าง	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างมาก
8	ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ครอบครัวฟังได้	1	2	3	4	5	6 7
9	ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	1	2	3	4	5	6 7
10	มีบุคลิกพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของฉัน	1	2	3	4	5	6 7
11	ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ	1	2	3	4	5	6 7
12	ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เพื่อนฟังได้	1	2	3	4	5	6 7



บทที่ 4 แบบสำรวจการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วประเมินว่าตัวท่านมีลักษณะตรงกับข้อความเหล่านี้มากน้อยเพียงใด จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม O ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน มาก ที่ สุด คำตอบของท่านไม่มีถูก หรือ ผิด จึงขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสำรวจได้กำหนดระดับความคิดเห็น ดังนี้

- 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
 2 = ไม่เห็นด้วย
 3 = ค่อนข้างไม่เห็นด้วย

4	=	เฉยๆ
5	=	ค่อนข้างเห็นด้วย
6	=	เห็นด้วย
7	=	เห็นด้วยอย่างมาก

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่เห็นด้วยอย่าง มาก	ไม่เห็น ด้วย	ค่อนข้าง เห็น	เฉยๆ	ค่อนข้าง ข้าง	เห็น ด้วย	เห็น เต็ม ใจ
1	เพียงแค่นี้รู้สึกว่าเรื่องดี ๆ กำลังจะเกิดขึ้น ฉันก็รู้สึกมีความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
2	ความสุขมักจะอยู่กับฉันได้ไม่นาน	1	2	3	4	5	6	7
3	ฉันชอบมองย้อนกลับไป ถึงช่วงเวลาที่เคยมีความสุขในอดีต	1	2	3	4	5	6	7
4	ฉันไม่ชอบฝันล่วงหน้าไปไกล ถึงเรื่องดี ๆ ที่ยังไม่มาถึง	1	2	3	4	5	6	7
5	เวลามีความสุข ฉันก็มีความสุขได้เต็มที่	1	2	3	4	5	6	7
6	ฉันไม่ชอบย้อนกลับไปคิดถึงความสุขในอดีต ที่มันจบไปแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
7	ฉันรู้สึกมีความสุข เวลาคิดถึงเรื่องดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นในชีวิต	1	2	3	4	5	6	7
8	ในเวลาที่ยังน่าจะมีความสุข ฉันก็มักจะทำให้ตัวเองหมดสนุก เสียเอง	1	2	3	4	5	6	7
9	ถ้าฉันอยากมีความสุข ฉันก็แค่คิดถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิตที่ผ่านมา	1	2	3	4	5	6	7
10	เราไม่ควรเสียเวลาคิดถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิต ที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง	1	2	3	4	5	6	7
11	เวลาที่มีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้น ฉันจะมีวิธีเก็บความสุขเหล่านั้นให้อยู่กับ ฉันได้นาน ๆ	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่ เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่ เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ข้าง ไม่ เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง ข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น น ด้ว ย ย อ ย ง มา ก
12	ความทรงจำดี ๆ ในอดีต มักจะทำให้ฉันรู้สึกเศร้าและผิดหวังเสมอ	1	2	3	4	5	6	7
13	แค่ได้วางแผนคิดเรื่องสนุก ๆ ก่อนได้ทำจริง ฉันก็มีความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
14	ฉันไม่สามารถจดจำเวลาดี ๆ ที่มีความสุขในชีวิต ได้มากนัก	1	2	3	4	5	6	7
15	ฉันชอบเก็บเรื่องราวสนุกสนานในชีวิต ไว้เป็นสิ่งที่ ๆ ให้นึกถึง	1	2	3	4	5	6	7
16	ฉันไม่ค่อยรู้สึกสนุกตื่นเต้นกับการคิดถึงเรื่องต่าง ๆ ในอนาคต ที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง	1	2	3	4	5	6	7
17	ฉันรู้สึกซาบซึ้งกับสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตฉัน	1	2	3	4	5	6	7
18	การคิดถึงช่วงเวลาดี ๆ ในอดีตที่จบไปแล้วนั้น เป็นเรื่องเสียเวลา	1	2	3	4	5	6	7
19	เพียงแค่ได้วางแผนจะไปเที่ยวหรือไปทำอะไรที่ชอบ ฉันรู้สึกมีความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
20	ฉันไม่รู้สึกสนุกกับเรื่องต่าง ๆ เหมือนที่เคย	1	2	3	4	5	6	7
21	แค่ได้นึกถึงความสนุกสนานเก่า ๆ ในอดีต ฉันก็สามารถกลับมามีความสุขได้อีกครั้ง	1	2	3	4	5	6	7
22	เวลาฉันนึกถึงเหตุการณ์ดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น ฉันมักจะรู้สึกไม่สบายใจ	1	2	3	4	5	6	7
23	ฉันสามารถทำให้ตัวเองมีความสุขได้ทุกเมื่อ ที่ฉันต้องการ	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
24	เมื่อเรื่องสนุกสนานจบลง ก็ควรจะให้มันจบไป ไม่ต้องนึกถึงมันอีก	1	2	3	4	5	6	7



แบบสำรวจ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และ สุขภาวะทางใจ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย

นางกุลนิษฐ์ ดำรงค์สกุล

ชื่อโครงการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และ การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะทางใจ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล

สถานที่ติดต่อ

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พญาไท กรุงเทพฯ 10330

E-Mail:

moodymari@gmail.com

คำชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสำรวจ สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ

แบบสำรวจประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ, แบบสำรวจสุขภาพทางใจ จำนวน 5 ข้อ, แบบสำรวจการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ และ แบบสำรวจการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก (ฉบับภาษาไทย) จำนวน 24 ข้อ รวมทั้งสิ้น 53 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10-30 นาที หากท่านรู้สึกอึดอัดใจหรือไม่สบายใจ กับการตอบแบบสำรวจ ท่านสามารถยุติการตอบแบบสำรวจได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาแต่ประการใด ท่านยังคงได้รับบริการรักษาพยาบาลได้ตามปกติ ทั้งนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และผู้วิจัยจะทำลายแบบสำรวจภายหลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. อายุ _____ ปี
2. เพศ
 - ชาย
 - หญิง
 - อื่นๆ โปรดระบุ _____
3. อาชีพ
 - ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 - ประกอบอาชีพ โปรดระบุ _____
4. รายได้ต่อเดือน

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 3,000 บาท	<input type="checkbox"/> 3,001-5,000 บาท
<input type="checkbox"/> 5,001-10,000 บาท	<input type="checkbox"/> 10,001-20,000 บาท
<input type="checkbox"/> 20,000 บาท ขึ้นไป	<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้
5. โรคประจำตัวของท่าน
 - ท่านมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน, ความดัน, หัวใจ, ข้อเสื่อม, ไต ฯลฯ

<input type="checkbox"/> 1 โรค	<input type="checkbox"/> 2 โรค ขึ้นไป
--------------------------------	---------------------------------------


 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

- ไม่มีโรคประจำตัว
6. จำนวนชั่วโมงที่ท่านได้นอนหลับติดต่อกันในแต่ละคืน
- ท่านได้นอนติดต่อกันมากกว่า 7 ชั่วโมง ต่อคืน
- ท่านได้นอนติดต่อกันน้อยกว่า 7 ชั่วโมง ต่อคืน
7. จำนวนวันที่ท่านได้ทำกิจกรรมทางกาย ต่อสัปดาห์ เช่น เดินเล่น, ออกกำลังกาย เป็นต้น
- ท่านได้ทำกิจกรรมทางกาย ตั้งแต่ 3 วัน ขึ้นไป ต่อสัปดาห์
- ท่านได้ทำกิจกรรมทางกาย น้อยกว่า 3 วัน ต่อสัปดาห์
- ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมทางกายเลย
8. ลักษณะความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
- เป็นพ่อ/แม่ ของผู้ป่วย เป็นลูกของผู้ป่วย
- เป็นญาติผู้ใหญ่ของผู้ป่วย เป็นหลานของผู้ป่วย
- เป็นพี่/น้องของผู้ป่วย เป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย
9. โพรตระบุนิคมของโรคมะเร็งในผู้ป่วยที่ท่านต้องดูแล
-
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY
10. โพรตระบุนิคมของโรคมะเร็ง ในผู้ป่วยที่ท่านต้องดูแล
- ระยะแรก ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 ระยะที่ 4
- ระยะแพร่กระจาย ระยะลุกลาม
11. ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุที่ท่านต้องดูแล ได้รับการรักษาดังต่อไปนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ผ่าตัด เคมีบำบัด ฉายแสง
- ประคับประคองตามอาการ อื่นๆ โปรดระบุ _____

12. ระยะเวลาที่ท่านทำการดูแลผู้ป่วย

- ต่ำกว่า 1 เดือน ระหว่าง 3-6 เดือน
 ระหว่าง 6-12 เดือน เกิน 12 เดือน ขึ้นไป



ส่วนที่ 2 แบบสำรวจสุขภาวะทางใจ

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วประเมินว่าภายในสองสัปดาห์นี้ ตัวท่านมีลักษณะตรงกับข้อความเหล่านี้มากน้อย เพียงใด จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม O ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านไม่มีถูก หรือ ผิด จึงขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสำรวจกำหนดระดับความคิดเห็น ดังนี้

0 = ไม่เคยเลย

1	=	มีบ้างบางเวลา
2	=	น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
3	=	มากกว่าครึ่งหนึ่ง
4	=	เป็นส่วนใหญ่
5	=	ตลอดเวลา

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น					
		ไม่เคยเลย	มีบ้างบางเวลา	น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง	มากกว่าครึ่งหนึ่ง	เป็นส่วนใหญ่	ตลอดเวลา
1	ฉันรู้สึกเบิกบานและอารมณ์ดี	0	1	2	3	4	5
2	ฉันรู้สึกสงบและผ่อนคลาย	0	1	2	3	4	5
3	ฉันรู้สึกกระฉับกระเฉงและมีพลัง	0	1	2	3	4	5
4	ฉันตื่นขึ้นมาด้วยความรู้สึกสดชื่นและได้พักเพียงพอ	0	1	2	3	4	5
5	ชีวิตประจำวันของฉันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ	0	1	2	3	4	5

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 3 แบบสำรวจการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วประเมินว่าภายในสองสัปดาห์นี้ ตัวท่านมีลักษณะตรงกับ

ข้อความเหล่านี้มากน้อย เพียงใด จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม O ล้อมรอบตัวเลขที่ตรง

กับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านไม่มีถูก หรือ ผิด จึงขอให้ท่านตอบให้ตรงกับ

ความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสำรวจกำหนดระดับความคิดเห็น ดังนี้

1	=	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
2	=	ไม่เห็นด้วย

3	=	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
4	=	เฉยๆ
5	=	ค่อนข้างเห็นด้วย
6	=	เห็นด้วย
7	=	เห็นด้วยอย่างมาก

หมายเหตุ: บุคคลพิเศษ คือ บุคคลที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

บุคคลพิเศษของท่านคือ (ระบุได้มากกว่า 1 คน)

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	
1	มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา	1	2	3	4	5	6	7
2	มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	1	2	3	4	5	6	
3	ครอบครัวของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	1	2	3	4	5	6	7
4	ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัวตามที่ฉันต้องการ	1	2	3	4	5	6	7
5	ฉันมีบุคคลพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสบายใจจริง ๆ แก่ฉัน	1	2	3	4	5	6	7
6	เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	1	2	3	4	5	6	7
7	ฉันสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้เมื่อมีปัญหาขึ้นมา	1	2	3	4	5	6	7
8	ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ครอบครัวฟังได้	1	2	3	4	5	6	7
9	ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	1	2	3	4	5	6	7
10	มีบุคคลพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของฉัน	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น					
		ไม่เห็นด้วย อย่าง มาก	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็นด้วย
11	ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ	1	2	3	4	5	6 7
12	ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เพื่อนฟังได้	1	2	3	4	5	6 7



ส่วนที่ 4 แบบสำรวจการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วประเมินว่าตัวท่านมีลักษณะตรงกับข้อความเหล่านี้มากน้อยเพียงใด จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมายวงกลม ○ ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน มาก ที่ สุด คำตอบของท่านไม่มีถูก หรือ ผิด จึงขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสำรวจได้กำหนดระดับความคิดเห็น ดังนี้

- 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
2 = ไม่เห็นด้วย
3 = ค่อนข้างไม่เห็นด้วย

4	=	เฉยๆ
5	=	ค่อนข้างเห็นด้วย
6	=	เห็นด้วย
7	=	เห็นด้วยอย่างมาก

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่เห็นด้วย อย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างมาก
1	เพียงแค่นี้รู้ว่าเรื่องดี ๆ กำลังจะเกิดขึ้น ฉันก็รู้สึกมีความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
2	ความสุขมักจะอยู่กับฉันได้ไม่นาน	1	2	3	4	5	6	7
3	ฉันชอบมองย้อนกลับไป ถึงช่วงเวลาที่เคยมีความสุขในอดีต	1	2	3	4	5	6	7
4	ฉันไม่ชอบฝันล่วงหน้าไปไกล ถึงเรื่องดี ๆ ที่ยังไม่มาถึง	1	2	3	4	5	6	7
5	เวลามีความสุข ฉันก็มีความสุขได้เต็มที่	1	2	3	4	5	6	7
6	ฉันไม่ชอบย้อนกลับไปคิดถึงความสุขในอดีต ที่มันจบไปแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
7	ฉันรู้สึกมีความสุข เวลาคิดถึงเรื่องดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นในชีวิต	1	2	3	4	5	6	7
8	ในเวลาที่น่าจะมีความสุข ฉันก็มักจะทำให้ตัวเองหมดสนุกเสียเอง	1	2	3	4	5	6	7
9	ถ้าฉันอยากมีความสุข ฉันก็แค่คิดถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิตที่ผ่านมา	1	2	3	4	5	6	7
10	เราไม่ควรเสียเวลาคิดถึงเรื่องดี ๆ ในชีวิต ที่ยังไม่เกิดขึ้น	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่เห็นด้วยอย่าง มาก	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น	เห็นด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
	จริง							
11	เวลามีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้น ฉันจะมีวิธีเก็บความสุขเหล่านั้นให้อยู่ กับฉันได้นาน ๆ	1	2	3	4	5	6	7
12	ความทรงจำดี ๆ ในอดีต มักจะทำให้ฉันรู้สึกเศร้าและ ผิดหวังเสมอ	1	2	3	4	5	6	7
13	แค่ได้วางแผนคิดเรื่องสนุก ๆ ก่อนได้ทำจริง ฉันก็มี ความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
14	ฉันไม่สามารถจดจำเวลาดี ๆ ที่มีความสุขในชีวิต ได้มาก นัก	1	2	3	4	5	6	7
15	ฉันชอบเก็บเรื่องราวสนุกสนานในชีวิต ไว้เป็นสิ่งที่ ๆ ให้นึก ถึง	1	2	3	4	5	6	7
16	ฉันไม่ค่อยรู้สึกสนุกตื่นเต้นกับการคิดถึงเรื่องต่าง ๆ ใน อนาคต ที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง	1	2	3	4	5	6	7
17	ฉันรู้สึกซาบซึ้งกับสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตฉัน	1	2	3	4	5	6	7
18	การคิดถึงช่วงเวลาดี ๆ ในอดีตที่จบไปแล้วนั้น เป็นเรื่อง เสียเวลา	1	2	3	4	5	6	7
19	เพียงแค่ได้วางแผนจะไปเที่ยวหรือไปทำอะไรที่ชอบ ฉันรู้สึก สึกมีความสุขแล้ว	1	2	3	4	5	6	7
20	ฉันไม่รู้รู้สึกสนุกกับเรื่องต่าง ๆ เหมือนที่เคย	1	2	3	4	5	6	7
21	แค่ได้นึกถึงความสนุกสนานเก่า ๆ ในอดีต ฉันก็สามารถ	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	รายการ	ระดับความคิดเห็น						
		ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
	กลับมามีความสุขได้อีกครั้ง							
22	เวลานั้นถึงเหตุการณ์ดี ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น ฉันมักจะ รู้สึกไม่สบายใจ	1	2	3	4	5	6	7
23	ฉันสามารถทำให้ตัวเองมีความสุขได้ทุกเมื่อ ที่ฉันต้องการ	1	2	3	4	5	6	7
24	เมื่อเรื่องสนุกสนานจบลง ก็ควรจะให้มันจบไป ไม่ต้องนึก ถึงมันอีก	1	2	3	4	5	6	7



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

8. ข้อมูลทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้เครื่องมือ

ตารางที่ 47

ข้อมูลทางประชากรของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ (n=120)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
60 - 69 ปี	63	52
71 - 80 ปี	44	36.6
81 - 90 ปี	13	10.83
สูงสุด 60 ปี, ต่ำสุด 89 ปี, ค่าเฉลี่ย 70.66 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.242		
เพศ		

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	39	32.5
หญิง	81	67.5
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	96	80
ประกอบอาชีพ	24	20
รายได้		
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	3	2.5
3,000 ถึง 5,000 บาทต่อเดือน	3	2.5
5,001 ถึง 10,000 บาทต่อเดือน	2	1.7
10,001 ถึง 20,000 บาทต่อเดือน	10	8.3
ตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน	30	25
ไม่มีรายได้	72	60
ประเภทของโรคมะเร็ง		
ตับ	9	7.5
ต่อมน้ำเหลือง	8	6.7
นรีเวช	28	23.3
ศีรษะ/ลำคอ	4	3.3
ปอด	11	9.2
ไทรอยด์	1	0.8
ลำไส้	25	20.8
เต้านม	21	17.5
ต่อมลูกหมาก	8	6.7
กระเพาะ	3	2.5
ท่อน้ำดี	2	1.7
หลอดอาหาร	1	0.8
กระดุก	1	0.8
กระเพาะปัสสาวะ	1	0.8
เม็ดเลือดขาว	1	0.8

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะของโรคมะเร็ง		
ระยะที่ 1	23	50
ระยะที่ 2	21	17.5
ระยะที่ 3	30	25
ระยะที่ 4	22	48.9
ระยะแพร่กระจาย	20	16.7
ระยะลุกลาม	4	3.3
ระยะเวลาการวินิจฉัยโรค		
ต่ำกว่า 6 เดือน	34	28.8
6 เดือน ถึง 1 ปี	24	20
1 ปี ถึง 1.5 ปี	26	21.7
1.5 ปี ถึง 2 ปี	3	2.5
2 ปี ถึง 5 ปี	24	20
5 ปี ถึง 10 ปี	7	5.8
10 ปี ขึ้นไป	2	1.7
ประวัติการรักษา		
ไม่เคยผ่าตัด	49	40.8
เคยผ่าตัด	71	59.2
ไม่เคยรับยาเคมีบำบัด	17	14.2
เคยรับยาเคมีบำบัด	103	85.8
ไม่เคยรับรังสีรักษา	74	61.7
เคยรับรังสีรักษา	46	38.3
ไม่เคยรับการรักษาแบบประคับประคอง	113	94.2
เคยรับการรักษาแบบประคับประคอง	7	5.8
มีแผนการรักษา	117	97.5
ยังไม่มีแผนการรักษา	3	2.5
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	30	25
มีโรคประจำตัว	90	75

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะความสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล		
เป็นพ่อแม่ของญาติผู้ดูแล	73	60.8
เป็นญาติผู้ใหญ่ของญาติผู้ดูแล	12	10
เป็นพี่น้องของญาติผู้ดูแล	13	10.8
เป็นคู่สมรสของญาติผู้ดูแล	22	18.3
บุคคลพิเศษที่ให้การสนับสนุนทางสังคม		
เพื่อนบ้าน	42	35
เพื่อนร่วมงานเก่า	20	16.6
คนรู้จัก	20	16.6
เจ้าหน้าที่รพ.	23	19.1
ไม่มี	15	12.5



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 48

ข้อมูลทางประชากรของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20 - 29 ปี	11	9.2
30 - 39 ปี	22	18.3
40 - 49 ปี	33	27.5
50 - 59 ปี	22	18.3
60 - 69 ปี	22	18.3
71 - 80 ปี	10	8.3

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
สูงสุด 75 ปี, ต่ำสุด 20 ปี, ค่าเฉลี่ย 48.57 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.95		
เพศ		
ชาย	36	30
หญิง	84	70
อื่นๆ	0	0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	36	30
ประกอบอาชีพ	84	70
รายได้		
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	2	21.7
3,000 ถึง 5,000 บาทต่อเดือน	6	5
5,001 ถึง 10,000 บาทต่อเดือน	8	6.7
10,001 ถึง 20,000 บาทต่อเดือน	23	19.2
ตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน	59	49.2
ไม่มีรายได้	22	18.3
ประเภทของโรคมะเร็งในผู้ป่วยที่ต้องดูแล		
ตับ	9	7.5
ต่อมน้ำเหลือง	8	6.7
นรีเวช	28	23.3
ศีรษะ/ลำคอ	4	3.3
ปอด	11	9.2
ไทรอยด์	1	0.8
ลำไส้	25	20.8
เต้านม	21	17.5
ต่อมลูกหมาก	8	6.7
กระเพาะ	3	2.5
ท่อน้ำดี	2	1.7
หลอดอาหาร	1	0.8
กระดูก	1	0.8

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
กระเพาะปัสสาวะ	1	0.8
เม็ดเลือดขาว	1	0.8
ตับ	9	7.5
ระยะของโรคมะเร็งในผู้ป่วยที่ต้องดูแล		
ระยะที่ 1	23	50
ระยะที่ 2	21	17.5
ระยะที่ 3	30	25
ระยะที่ 4	22	48.9
ระยะแพร่กระจาย	20	16.7
ระยะลุกลาม	4	3.3
ประวัติการรักษาของผู้ป่วยที่ต้องดูแล		
ไม่เคยผ่าตัด	49	40.8
เคยผ่าตัด	71	59.2
ไม่เคยรับยาเคมีบำบัด	17	14.2
เคยรับยาเคมีบำบัด	103	85.8
ไม่เคยรับรังสีรักษา	74	61.7
เคยรับรังสีรักษา	46	38.3
ไม่เคยรับการรักษาแบบประคับประคอง	113	94.2
เคยรับการรักษาแบบประคับประคอง	7	5.8
มีแผนการรักษา	117	97.5
ยังไม่มีแผนการรักษา	3	2.5
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	75	62.5
มีโรคประจำตัว 1 โรค	28	23.3
มีโรคประจำตัว 2 โรค ขึ้นไป	17	14.2
ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
เป็นลูกของผู้ป่วย	73	60.8
เป็นหลานผู้ป่วย	12	10

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เป็นพี่น้องของผู้ป่วย	13	10.8
เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย	22	18.3
คุณภาพการนอนหลับ		
ตั้งแต่ 7 ชั่วโมงขึ้นไปต่อคืน	62	57.7
ต่ำกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืน	58	48.3
การทำกิจกรรมทางกาย		
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน ต่อ สัปดาห์	50	41.7
ต่ำกว่า 3 วัน ต่อ สัปดาห์	41	34.2
ไม่มีการทำกิจกรรมทางกาย	29	24.2
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
ต่ำกว่า 1 เดือน	6	5.1
3 ถึง 6 เดือน	35	29.4
6 ถึง 12 เดือน	21	17.6
มากกว่า 12 เดือน ขึ้นไป	57	47.9
บุคคลพิเศษที่ให้การสนับสนุนทางสังคม		
เพื่อนบ้าน	33	27.5
เพื่อนร่วมงาน	46	38.3
คนรู้จัก	18	15
เจ้าหน้าที่รพ.	10	8.3
ไม่มี	13	10.8

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ราชวิทยาลัย
จุฬารามณ์

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬารามณ์ โทร.๘๕๓๑-๘๔๓๒
ที่ คกจ ๐๐๘๙ / ๒๕๖๕ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยที่ขออนุมัติทำการวิจัยในคน

เรียน หัวหน้าโครงการวิจัย
(นางกุลนิษฐ์ ดำรงค์สกุล)

อ้างถึงบันทึกข้อความที่ ๐๐๔.รพ.๐๗.๖๔/๑๗๓๙ ลงวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๔ เรื่อง ขออนุมัติทำการวิจัยในคน เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และสภาวะทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล” (Relationships Among Perceived Social Support, Savoring, And Mental Well-Being Of Elderly Cancer Patients And Their Family Caregivers.) รหัสโครงการวิจัยที่ ๒๐๗/๒๕๖๔ ไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬารามณ์ โดยคณะกรรมการฯ ได้พิจารณาเรื่องดังกล่าวเมื่อวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๕ ที่ผ่านมานั้น

การนี้ คณะกรรมการฯ ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย โดยมีมติอนุมัติ โดยมีข้อเสนอแนะตามเอกสารแนบท้าย คณะกรรมการฯ ขอนำส่งใบอนุมัติโครงการวิจัย (ภาษาไทย) แบบเอกสารที่ ECF 19 และใบอนุมัติโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) แบบเอกสารที่ ECF 20 รวมทั้งสำเนาเอกสารโครงการวิจัยที่ประทับตรารับรอง จากคณะกรรมการฯ ดังเอกสารแนบ โดยขอให้ผู้วิจัยใช้สำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (แบบเอกสารที่ ECF 15) หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย (แบบเอกสารที่ ECF 16) ที่ประทับตราอนุมัติจากคณะกรรมการฯ กับผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ขอให้ผู้วิจัยแจ้งปิดและนำส่งรายงานสรุปผลโครงการวิจัย (แบบเอกสารที่ ECF 11) เมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นไปยังคณะกรรมการฯ ต่อไปด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ชัยเวช นุชประยูร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬารามณ์

เอกสารแนบท้าย

ข้อเสนอแนะ :

- งานวิจัยเป็นงานวิจัยที่มีประโยชน์ ผู้วิจัยระบุถึงช่องว่างของงานวิจัย ทำให้การศึกษาครั้งนี้มาเติมเต็มมุมมองต่อตัวแปรแฝงที่อาจมีความสัมพันธ์สูงต่อตัวแปรตาม เช่น การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกซึ่งเป็นแนวทางในการสร้าง Intervention ต่อไป แต่ขอให้คำนึงถึงตัวแปรแฝงอื่นที่อาจมีผลต่อตัวแปรตามสูง ซึ่งอาจต้องเป็นตัวแปรควบคุม หรือนำเข้ามาศึกษาด้วย และขอให้ดูเครื่องมือหน้า ๗๔ อาจเขียนชื่อเครื่องมือตัวแรกผิดในช่วงแรก

- จำนวน Sample Size ผู้วิจัยเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นจำนวนที่น้อยที่สุด คือ ๑๐๐ คนและ Effect Size ที่อ้างอิงเนื่องจากได้ระบุว่าไม่มีการศึกษาแบบนี้มีก่อนในประเทศไทย หรือมีเพียงการศึกษาเดียว จำนวนกลุ่มตัวอย่างนี้อาจส่งผลต่อการวิเคราะห์อื่นโดยเฉพาะเรื่องของ Item Analysis ของแบบสอบถามที่นำมาใช้ใหม่

- อายุของผู้สูงอายุ และระยะของโรคหรือการดำเนินการของโรค ปัญหาสุขภาพหรือความไม่สบายจากภาวะโรค และการรักษา อาจมีผลต่อตัวแปรที่สนใจและการตอบแบบสอบถาม นักวิจัยได้คำนึงถึงเรื่องนี้หรือคิดว่าจะนำเข้าในการวิเคราะห์หรือไม่

- สำหรับญาติ จำนวนชั่วโมงในการดูแลมีความสำคัญโดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างอยู่ในช่วงเวลาของการรักษาที่แตกต่าง และนักวิจัยเลือกทั้งผู้ที่รับการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกซึ่งอาจส่งผลต่อตัวแปรที่สนใจหรือไม่ ในกรณีผู้ดูแลหลักที่ทำงานไม่ได้มาในวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะดำเนินการอย่างไร



แบบเอกสารที่ ECF 19

ใบอนุมัติโครงการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

ชื่อโครงการ (ไทย)	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสบการณ์เชิงบวก และสุขภาพทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล
(English)	Relationships Among Perceived Social Support, Savoring, And Mental Well-Being Of Elderly Cancer Patients And Their Family Caregivers.
รหัสโครงการวิจัย	207/2564
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางกุลนิษฐ์ ดำรงค์สกุล
สังกัด	โรงพยาบาลจุฬาภรณ์
การรับรอง	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ได้พิจารณาและมีมติอนุมัติให้กับโครงการวิจัยนี้
วันที่อนุมัติ	28 มกราคม 2565
ระยะเวลาที่อนุมัติ	7 เดือน
วันที่หมดอายุ	28 สิงหาคม 2565

(ลงนาม) _____

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ชัยเวช นุชประยูร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์



แบบเอกสารที่ ECF 20

Human Research Ethics Committee Chulabhorn Research Institute

Title of Project	Relationships Among Perceived Social Support, Savoring, And Mental Well-Being Of Elderly Cancer Patients And Their Family Caregivers.
Project Code	207/2564
Principal Investigator	Mrs. Kullanist Damrongsakul
Affiliation	Chulabhorn Hospital
Date of approval	January 28, 2022
Approval Period	7 Months

The aforementioned documents have been reviewed and acknowledged by Human Research Ethics Committee, based on the Declaration of Helsinki.

Signature Chaivej Nuchprayoon -

(Professor Emeritus Chaivej Nuchprayoon, M.D.)
Chairperson
Human Research Ethics Committee



บันทึกข้อความ

ด่วนที่สุด

ส่วนงาน หน่วยสังคมสงเคราะห์ โทร.๖๑๖๐, ๖๑๐๒

ที่ ๐๐๔.รพ.๐๗.๖๕/๐๑๖

วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขออนุมัติดำเนินงานวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์

ด้วยข้าพเจ้า นางกุลนิษฐ์ คีรางค์สกุล สังกัด สำนักงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ มีความประสงค์ขอดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง (ภาษาไทย) “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์เชิงบวก และสุขภาพทางใจ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล” (ภาษาอังกฤษ) “Relationship Among Perceived Support, Savoring, And Mental Well-Being Of Elderly Cancer Patients And Their Family Caregivers.” ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ๗ เดือน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิต แขนงจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมเอกสารแนบดังนี้

๑. CLRC-๐๑ แบบสรุปข้อเสนอโครงการวิจัย
๒. ใบอนุมัติการสอบผ่านโครงร่างวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการหลักสูตร
๓. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ตามแบบฟอร์มของแต่ละสถาบัน)
๔. ECF๑๓ (Thai) หรือ ECF๑๔ (Eng) แบบประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย
๕. บันทึกข้อความขออนุมัติคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (อยู่ในระหว่างดำเนินการ)
๖. เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire), ECF๑๕ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet), ECF๑๖ หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent form)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาหลักนกรองและอนุมัติโครงการวิจัย ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ เพื่อพิจารณาต่อไป

กุลนิษฐ์ คีรางค์สกุล
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(นางกุลนิษฐ์ คีรางค์สกุล)
หัวหน้าหน่วยสังคมสงเคราะห์

๑ เรียน รองผู้อำนวยการ รพ.(อ.ภูมินทร์) เพื่อโปรดทราบการขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อขออนุมัติดำเนินงานวิจัย และพิจารณา กรุมนำเรียนคณะกรรมการพิจารณาหลักนกรองและอนุมัติโครงการวิจัย ฯ ต่อไป

๒ เรียน คณะกรรมการพิจารณาหลักนกรองฯ โปรดพิจารณา

ภูมินทร์ ศิลานินทร์
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

ปริญดา จีรกุลพัฒนา
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(นางสาวปริญดา จีรกุลพัฒนา)
หัวหน้าสำนักงานผู้อำนวยการโรง

(นายแพทย์ภูมินทร์ ศิลานินทร์)
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์
ปฏิบัติหน้าที่แทนผู้อำนวยการโรง
พยาบาลจุฬารัตน์
๖ มกราคม ๒๕๖๕

พยาบาลจุฬารัตน์
๕ มกราคม ๒๕๖๕

๓) เรียน ประธานคณะกรรมการกลั่นกรองการศึกษาต่อๆ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ฝ่ายเลขานุการฯ นำเข้าวาระการประชุมคณะกรรมการกลั่นกรองการศึกษาต่อๆ ในครั้งถัดไป

วารุณี ศุภกุล
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(นางสาววารุณี ศุภกุล)
หัวหน้าฝ่ายพัฒนาทรัพยากรบุคคล
๖ มกราคม ๒๕๖๕

๕) ยกเลิกข้อความในลำดับที่ ๓ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน เรียน ประธานคณะกรรมการกลั่นกรองและอนุมัติโครงการวิจัยฯ เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ฝ่ายเลขานุการฯ นำเข้าวาระการประชุมคณะกรรมการกลั่นกรองและอนุมัติโครงการวิจัยฯ ในครั้งถัดไป

วารุณี ศุภกุล
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(นางสาววารุณี ศุภกุล)
หัวหน้าฝ่ายพัฒนาทรัพยากรบุคคล
๑๔ มกราคม ๒๕๖๕

๗) เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การเรียนรู้และวิจัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษาเจ้าฟ้าจุฬาภรณ จากที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาปลี่ยนกรองและอนุมัติโครงการวิจัย ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ มีมติ อนุมัติ (ใบแจ้งผลการพิจารณาตามเอกสารแนบ) จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

สุพรรณษา จันทร์เพ็ญ
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(นางสาวสุพรรณษา จันทร์เพ็ญ)
ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการ พิจารณา
กลั่นกรองและอนุมัติโครงการวิจัย ราช
วิทยาลัยจุฬาภรณ
๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

๔) เห็นชอบ โปรดดำเนินการ

นันทนวล ศรีจาด
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทนวล ศรีจาด)
รองเลขาธิการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ และ
ประธานคณะกรรมการกลั่นกรอง การ
ศึกษาต่อและการอบรมฯ
๖ มกราคม ๒๕๖๕

๖) เรียน ฝ่ายเลขานุ คณะกรรมการพิจารณา
กลั่นกรองและอนุมัติโครงการวิจัย ราช
วิทยาลัยจุฬาภรณ
เพื่อโปรดนำเข้าวาระการประชุมในครั้งต่อ
ไป

จิรายุ เอื้อวรากุล
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(ศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงจิรายุ เอื้อ
วรากุล)
รักษาการผู้อำนวยการศูนย์การเรียนรู้
และวิจัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษาเจ้า
ฟ้าจุฬาภรณ ประธานคณะกรรมการ
พิจารณาปลี่ยนกรอง และอนุมัติโครงการ
วิจัย ฯ
๑๗ มกราคม ๒๕๖๕

๘) อนุมัติ

จิรายุ เอื้อวรากุล
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(ศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงจิรายุ เอื้อ
วรากุล)
รักษาการผู้อำนวยการศูนย์การเรียนรู้
และวิจัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษาเจ้า
ฟ้าจุฬาภรณ ประธานคณะกรรมการ
พิจารณาปลี่ยนกรอง และอนุมัติโครงการ
วิจัย ฯ
๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕



โรงพยาบาล
จุฬารัตน์

บันทึกข้อความ

ด่วนที่สุด

ส่วนงาน หน่วยสังคมสงเคราะห์ โทร.๖๑๖๐, ๖๑๐๒
ที่ ๐๐๔.รพ.๐๗.๖๕/๒๔๙

วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติเก็บข้อมูล และ ขอให้แจ้งเวียน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์

อ้างถึง บันทึกข้อความที่ ๐๐๔.รพ.๐๗.๖๕/๐๑๖ ลงวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๕ เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัย ซึ่งประธานคณะกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์และอนุมัติโครงการวิจัยฯ ได้อนุมัติให้ดำเนินการวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประสิทธิภาพเชิงบวก และ สุขภาวะทางใจ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแล เมื่อวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ (แนบ ๑) พร้อมทั้งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬารัตน์ เมื่อวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ (แนบ ๒) นั้น

การนี้ ข้าพเจ้า นางกุลนิษฐ์ ดำรงค์สกุล หัวหน้าหน่วยสังคมสงเคราะห์ (ผู้วิจัย) จึงขออนุมัติเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแล ที่ใช้บริการในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ทั้งหน่วยบริการผู้ป่วยนอกและหน่วยบริการผู้ป่วยใน จำนวน ๔๘๐ ราย ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการอนุมัติตามเอกสารนี้ จนกว่าจะครบจำนวนดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและโปรดแจ้งเวียนให้ทราบโดยทั่วกัน จักเป็นพระคุณยิ่ง

กุลนิษฐ์ ดำรงค์สกุล
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(นางกุลนิษฐ์ ดำรงค์สกุล)
หัวหน้าหน่วยสังคมสงเคราะห์

๑ เรียน รองผู้อำนวยการ รพ.(อ.ภูมินทร์) เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติการเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรค มะเร็งสูงอายุ และ ญาติผู้ดูแล ที่ใช้บริการ ในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ทั้งหน่วยบริการ ผู้ป่วยนอกและหน่วยบริการผู้ป่วยใน จำนวน ๔๘๐ ราย พร้อมแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้อง ทราบ

ปริญดา จีรกุลพัฒนา
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(นางสาวปริญดา จีรกุลพัฒนา)
หัวหน้าสำนักงานผู้อำนวยการโรง
พยาบาลจุฬารัตน์
๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

๒ เรียน ผอ.รพ
โปรดพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการเก็บ ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง และโปรดนำเรียน รอง ผอ.รพ (นพ.ครรชิต, พญ.ชนิสสา) หัวหน้าสายการพยาบาล งานเวชระเบียนฯ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย

ภูมินทร์ ศิลาพันธ์
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(นายแพทย์ภูมินทร์ ศิลาพันธ์)
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์
๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

- ๑) อนุมัติ
๒) เรียน รอง ผอ.รพ (นพ.ครรชิต, พญ.ชนิศา) หัวหน้าสายการพยาบาล งาน เวชระเบียนฯ เพื่อดำเนินการในส่วนที่ เกี่ยวข้องต่อไปด้วย
- นิธิ มหามนท์
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์นิธิ มหามนท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
- ๔) เรียนหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ
- คารณิ พิพัฒน์กุลชัย
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)
(นางคารณิ พิพัฒน์กุลชัย)
หัวหน้าสายการพยาบาล
๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
- ๕) เรียนหัวหน้างานการพยาบาล/รักษาการ หัวหน้างานการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์มะเร็งฯ เพื่อโปรดแจ้งหน่วยงานในสังกัดที่ เกี่ยวข้องทราบโปรดให้การสนับสนุน และ อำนาจความสะดวก
- รัตนา จุลสวัสดิ์
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)
(นางสาวรัตนา จุลสวัสดิ์)
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
- ๖) เรียน หัวหน้าหน่วยในงานการพยาบาลผู้ป่วยในและผู้ป่วยวิกฤต เพื่อโปรดทราบและอำนาจความสะดวก ในการเก็บข้อมูล
- อินทรีรา อยู๋ยืน
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)
(นางสาวอินทรีรา อยู๋ยืน)
รักษาการหัวหน้างานการพยาบาล ผู้ป่วย ในและผู้ป่วยวิกฤต
๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
- ๗) ทราบ
- เกศินี พุทธรณต์
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)
(นางสาวเกศินี พุทธรณต์)
หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต
๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
- ๘) ทราบ
- ปัญญาภัทร์ สกุละระพีวิบูลย์
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)
(นางปัญญาภัทร์ สกุละระพีวิบูลย์)
พยาบาลวิชาชีพ
๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
- ๙) เรียน หัวหน้าหน่วยงานในสังกัด เพื่อ โปรดทราบและให้อำนาจความสะดวกในการ เก็บข้อมูลคั่งกล่าว
- ศิริกร ก้องวัฒนะกุล
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)
(ดร.ศิริกร ก้องวัฒนะกุล)
รักษาการหัวหน้างานการพยาบาล รังสี และการดูแลเฉพาะ
๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
- ๑๐) เรียน ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (นายแพทย์เกรียงไกร ถวิลไพโร) และ (นายแพทย์ศุภณัฐ วรวิษขงษ์) เพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ
- ครรชิต ลีรัตนสมบัติ
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ครรชิต ลีรัตนสมบัติ)
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕
- ๑๑) เรียน ผอ.ศูนย์การแพทย์มะเร็งวิทยา
- ๑๒) ทราบ

**โปรดดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
ด้วย**

ภูมินทร์ ศิลาพันธ์
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(นายแพทย์ภูมินทร์ ศิลาพันธ์)
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์
๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

๑๓ **ทราบ**

นารี ชื่นคล้าย
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(นางสาวนารี ชื่นคล้าย)
หัวหน้าหน่วยพยาบาล ผู้ป่วยนอก
เวชศาสตร์ฟื้นฟู จักษุวิทยาและห้องผ่าตัด
จักษุ
๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

อรทัย บุญบำรุง
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(นางสาวอรทัย บุญบำรุง)
หัวหน้างานเวชระเบียนและเวชสถิติ
๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

๑๔ **เรียน หัวหน้าหน่วยงานในทางการแพทย์
บาลฯ เพื่อโปรดทราบและอำนวยความสะดวก**

ศิริกร ก้องวัฒนะกุล
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(ดร.ศิริกร ก้องวัฒนะกุล)
รักษาการหัวหน้างานการพยาบาล ผู้ป่วย
นอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน
๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

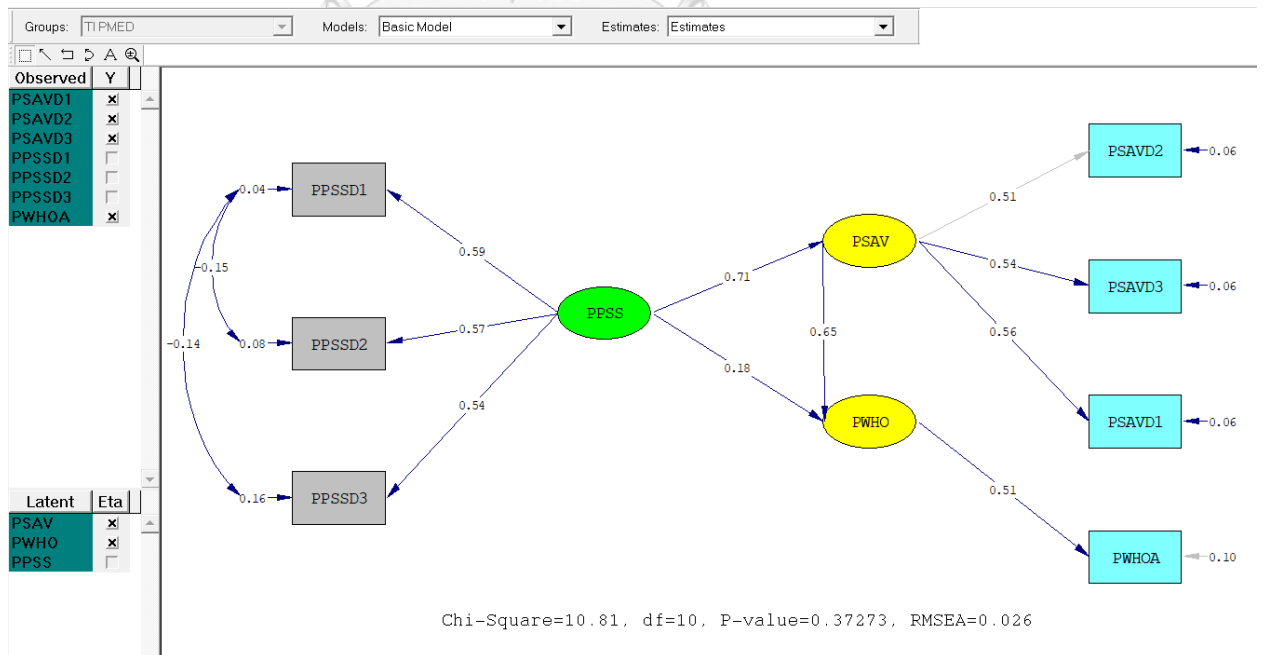
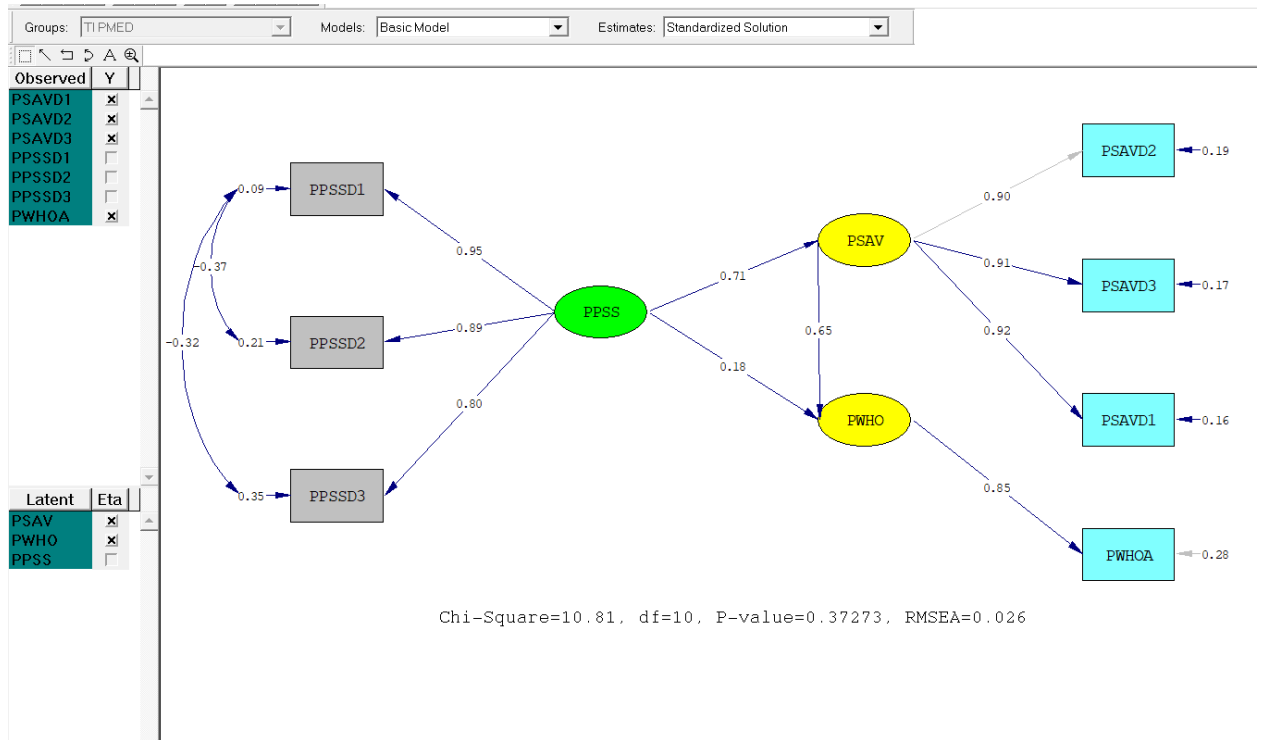
๑๕ **ทราบ**

นภัสวรรณ โอภาส
(ลงนามอิเล็กทรอนิกส์)

(นางนภัสวรรณ โอภาส)
หัวหน้าหน่วยพยาบาลผู้ป่วยนอก ๒A
และ ๒B
๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕



โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ
โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน



DATE: 3/14/2023
TIME: 20:10

L I S R E L 10.2 (STUDENT)

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.
<http://www.ssicentral.com>

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2019
Use of this program is subject to the terms specified in the
Universal Copyright Convention.

The following lines were read from file
C:\Users\moody\Desktop\pmed_dat\pmed.LPJ:

TI PMED
!DA NI=7 NO=0 MA=CM
SY='C:\Users\moody\Desktop\pmed_dat\pmed.dsf' NG=1
SE
2 3 1 7 4 5 6 /
MO NX=3 NY=4 NK=1 NE=2 BE=FU GA=FI PS=SY TE=SY TD=SY
LE
PSAV PWHO
LK
PPSS

FR LY(1,1) LY(2,1) LY(3,1) LY(4,2)
FR LX(1,1) LX(2,1) LX(3,1)
FR BE(2,1) GA(1,1) GA(2,1)
FR TD(2,1) TD(3,1)
FI PS(2,2) TE(4,4)
ST 0.56 LY(4,2)
ST 0.371 PS(2,2)
ST 0.10 TE(4,4)
PD
OU AM RS EF FS SC

TI PMED

Number of Input Variables	7
Number of Y - Variables	4
Number of X - Variables	3
Number of ETA - Variables	2
Number of KSI - Variables	1
Number of Observations	120

TI PMED

Covariance Matrix

PPSSD2	PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PWFOA	PPSSD1
0.407	0.328	0.279	0.285	0.223	0.221
0.308	0.207	0.220	0.235	0.191	0.389
	0.207	0.220	0.233	0.182	0.192
	0.196	0.192	0.210	0.209	0.186

Covariance Matrix

PPSSD3
0.453

Total Variance = 2.666 Generalized Variance = 0.743475D-05

Largest Eigenvalue = 1.738 Smallest Eigenvalue = 0.057

Condition Number = 5.542

TI PMED

Parameter Specifications

LAMBDA-Y

	PSAV	PWFO
PSAVD2	0	0
PSAVD3	1	0
PSAVD1	2	0
PWFOA	0	3

LAMBDA-X

PPSS	
PPSSD1	4
PPSSD2	5
PPSSD3	6

BETA

	PSAV	PWFO
PSAV	0	0
PWFO	7	0

GAMMA

PPSS

PSAV 8
 PWHO 9

PSI

	PSAV	PWHO
	-----	-----
	10	0

THETA-EPS

	PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PWHOA
	-----	-----	-----	-----
	11	12	13	0

THETA-DELTA

	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3
	-----	-----	-----
PPSSD1	14		
PPSSD2	15	16	
PPSSD3	17	0	18

TI PMED

Number of Iterations = 11

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

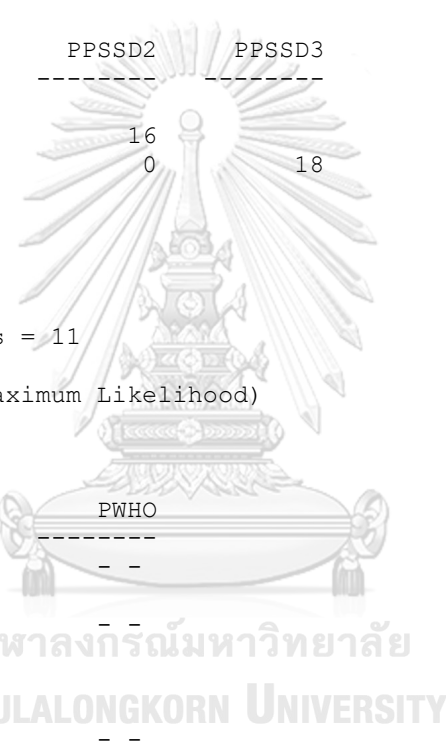
LAMBDA-Y

	PSAV	PWHO
	-----	-----
PSAVD2	0.514	- -
PSAVD3	0.545 (0.036) 15.265	- -
PSAVD1	0.558 (0.036) 15.645	- -
PWHOA	- -	0.510 (0.069) 7.363

LAMBDA-X

	PPSS

PPSSD1	0.594 (0.073) 8.137
PPSSD2	0.569 (0.052) 10.961



PPSSD3 0.541
 (0.056)
 9.662

BETA

	PSAV	PWHO
	-----	-----
PSAV	- -	- -
PWHO	0.653 (0.160) 4.079	- -

GAMMA

	PPSS

PSAV	0.713 (0.093) 7.697
PWHO	0.182 (0.107) 1.702

Covariance Matrix of ETA and KSI

	PSAV	PWHO	PPSS
	-----	-----	-----
PSAV	1.000		
PWHO	0.783	1.000	
PPSS	0.713	0.648	1.000

PHI



PPSS

1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

PSAV	PWHO
-----	-----
0.491 (0.094) 5.233	0.371

Squared Multiple Correlations for Structural Equations

PSAV	PWHO
-----	-----
0.509	0.629

NOTE: R^2 for Structural Equations are Hayduk's (2006) Blocked-Error R^2

Reduced Form

	PPSS
PSAV	0.713 (0.093) 7.664
PWHO	0.648 (0.132) 4.895

Squared Multiple Correlations for Reduced Form

PSAV	PWHO	THETA-EPS			
0.509	0.420	PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PWAOA
		0.064 (0.011) 5.652	0.063 (0.012) 5.335	0.058 (0.012) 4.990	0.100

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PWAOA
0.805	0.825	0.844	0.723

THETA-DELTA

	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3
PPSSD1	0.035 (0.066) 0.540		
PPSSD2	-0.145 (0.045) -3.262	0.084 (0.031) 2.708	
PPSSD3	-0.136 (0.042) -3.204	- -	0.160 (0.033) 4.790

Squared Multiple Correlations for X - Variables

PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3
0.909	0.795	0.647

Log-likelihood Values

	Estimated Model	Saturated Model
	-----	-----
Number of free parameters(t)	18	28
-2ln(L)	-566.314	-577.121
AIC (Akaike, 1974)*	-530.314	-521.121
BIC (Schwarz, 1978)*	-480.139	-443.072

*LISREL uses $AIC = 2t - 2\ln(L)$ and $BIC = t\ln(N) - 2\ln(L)$

Goodness-of-Fit Statistics

Degrees of Freedom for (C1)-(C2)	10
Maximum Likelihood Ratio Chi-Square (C1)	10.807 (P = 0.3727)
Browne's (1984) ADF Chi-Square (C2_NT)	11.373 (P = 0.3292)
Estimated Non-centrality Parameter (NCP)	0.807
90 Percent Confidence Interval for NCP	(0.0 ; 13.068)
Minimum Fit Function Value	0.0901
Population Discrepancy Function Value (F0)	0.00673
90 Percent Confidence Interval for F0	(0.0 ; 0.109)
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0.0259
90 Percent Confidence Interval for RMSEA	(0.0 ; 0.104)
P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05)	0.605
Expected Cross-Validation Index (ECVI)	0.390
90 Percent Confidence Interval for ECVI	(0.383 ; 0.492)
ECVI for Saturated Model	0.467
ECVI for Independence Model	5.135
Chi-Square for Independence Model (21 df)	602.240
Normed Fit Index (NFI)	0.982
Non-Normed Fit Index (NNFI)	0.997
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.468
Comparative Fit Index (CFI)	0.999
Incremental Fit Index (IFI)	0.999
Relative Fit Index (RFI)	0.962
Critical N (CN)	256.568
Root Mean Square Residual (RMR)	0.00821
Standardized RMR	0.0212
Goodness of Fit Index (GFI)	0.974
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0.926
Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	0.348

TI PMED

Fitted Covariance Matrix

	PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PW Hoa	PPSSD1
PPSSD2	-----	-----	-----	-----	-----

PSAVD2	0.328					
PSAVD3	0.280	0.359				
PSAVD1	0.287	0.304	0.369			
PWFOA	0.205	0.218	0.223	0.361		
PPSSD1	0.218	0.231	0.237	0.197	0.389	
PPSSD2	0.209	0.221	0.226	0.188	0.192	
0.407						
PPSSD3	0.199	0.210	0.216	0.179	0.186	
0.308						

Fitted Covariance Matrix

	PPSSD3
PPSSD3	0.453

Fitted Residuals

	PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PWFOA	PPSSD1
PPSSD2					
PSAVD2	0.000				
PSAVD3	-0.001	0.000			
PSAVD1	-0.002	0.003	0.000		
PWFOA	0.017	-0.012	-0.003	0.000	
PPSSD1	0.003	0.005	-0.002	-0.005	0.000
PPSSD2	-0.001	-0.001	0.006	-0.006	0.000
0.000					
PPSSD3	-0.002	-0.019	-0.006	0.030	0.000
0.000					

Fitted Residuals

	PPSSD3
PPSSD3	0.000

Summary Statistics for Fitted Residuals

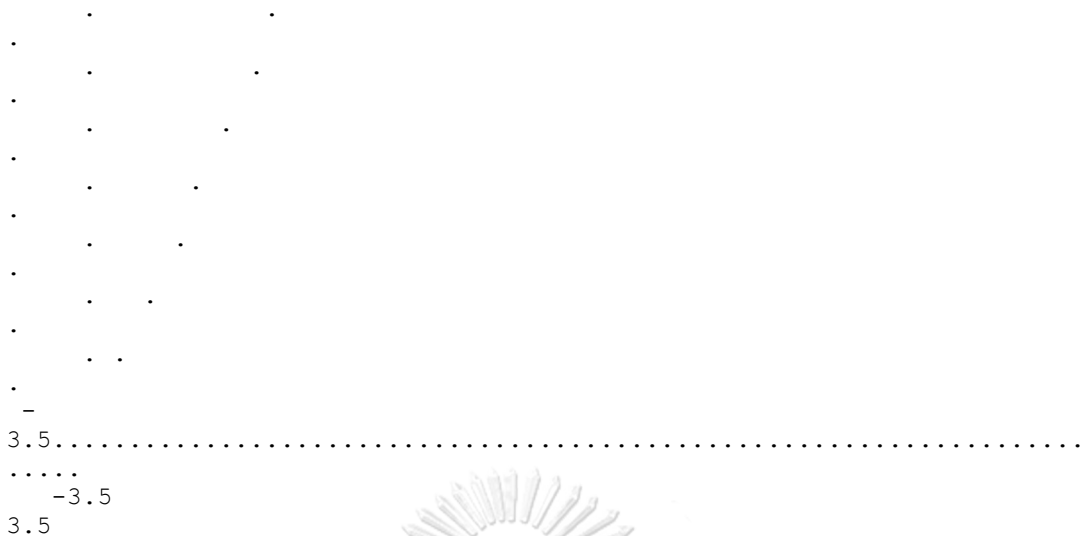
Smallest Fitted Residual = -0.019
 Median Fitted Residual = 0.000
 Largest Fitted Residual = 0.030

Stemleaf Plot

```

- 1|9
- 1|2
- 0|665
- 0|32221110000000000
  0|33
  0|56
  1|
  1|7
  2|
  2|
  3|0
    
```

Standardized Residuals



Modification Indices for LAMBDA-Y

	PSAV	PWHO
PSAVD2	- -	4.180
PSAVD3	- -	2.294
PSAVD1	- -	0.217
PWAOA	- -	- -

Expected Change for LAMBDA-Y

	PSAV	PWHO
PSAVD2	- -	0.137
PSAVD3	- -	-0.104
PSAVD1	- -	-0.032
PWAOA	- -	- -

Standardized Expected Change for LAMBDA-Y

	PSAV	PWHO
PSAVD2	- -	0.137
PSAVD3	- -	-0.104
PSAVD1	- -	-0.032
PWAOA	- -	- -

Completely Standardized Expected Change for LAMBDA-Y

	PSAV	PWHO
PSAVD2	- -	0.238
PSAVD3	- -	-0.174
PSAVD1	- -	-0.053
PWAOA	- -	- -

No Non-Zero Modification Indices for LAMBDA-X

No Non-Zero Modification Indices for BETA

No Non-Zero Modification Indices for GAMMA

No Non-Zero Modification Indices for PHI

No Non-Zero Modification Indices for PSI

Modification Indices for THETA-EPS

	PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PWHOA
	-----	-----	-----	-----
PSAVD2	- -			
PSAVD3	0.055	- -		
PSAVD1	0.939	1.503	- -	
PWHOA	4.141	2.174	0.231	- -

Expected Change for THETA-EPS

	PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PWHOA
	-----	-----	-----	-----
PSAVD2	- -			
PSAVD3	-0.003	- -		
PSAVD1	-0.012	0.017	- -	
PWHOA	0.026	-0.019	-0.006	- -

Completely Standardized Expected Change for THETA-EPS

	PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PWHOA
	-----	-----	-----	-----
PSAVD2	- -			
PSAVD3	-0.008	- -		
PSAVD1	-0.035	0.046	- -	
PWHOA	0.074	-0.053	-0.017	- -

Modification Indices for THETA-DELTA-EPS

	PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PWHOA
	-----	-----	-----	-----
PPSSD1	0.003	0.474	0.149	0.331
PPSSD2	0.414	0.396	0.582	2.460
PPSSD3	0.196	1.660	0.095	4.844

Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PWHOA
	-----	-----	-----	-----
PPSSD1	-0.001	0.009	-0.005	-0.016
PPSSD2	-0.007	0.007	0.009	-0.030
PPSSD3	0.006	-0.016	-0.004	0.044

Completely Standardized Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PWHOA
	-----	-----	-----	-----
PPSSD1	-0.002	0.024	-0.013	-0.042
PPSSD2	-0.020	0.019	0.022	-0.078
PPSSD3	0.014	-0.040	-0.009	0.109

Maximum Modification Index is 4.84 for Element (3, 4) of THETA DELTA-EPSILON

TI PMED

Factor Scores Regressions

ETA

	PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PWHA	PPSSD1
PPSSD2	-----	-----	-----	-----	-----

0.061	PSAV 0.467	0.504	0.563	0.091	0.097
0.094	PWHA 0.143	0.155	0.173	0.982	0.149

ETA

	PPSSD3
PPSSD3	-----

	PSAV 0.029
	PWHA 0.044

KSI

	PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PWHA	PPSSD1
PPSSD2	-----	-----	-----	-----	-----

0.797	PPSS -0.127	-0.137	-0.153	-0.124	1.264

KSI

	PPSSD3
PPSSD3	-----

	PPSS 0.377

TI PMED

Standardized Solution

LAMBDA-Y

	PSAV	PWHA
PSAVD2	0.514	- -
PSAVD3	0.545	- -
PSAVD1	0.558	- -
PWHA	- -	0.510

LAMBDA-X

	PPSS
PPSSD1	0.594
PPSSD2	0.569
PPSSD3	0.541



CHULALONGKORN UNIVERSITY

BETA

	PSAV	PWHO
	-----	-----
PSAV	- -	- -
PWHO	0.653	- -

GAMMA

	PPSS

PSAV	0.713
PWHO	0.182

Correlation Matrix of ETA and KSI

	PSAV	PWHO	PPSS
	-----	-----	-----
PSAV	1.000		
PWHO	0.783	1.000	
PPSS	0.713	0.648	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	PSAV	PWHO
	-----	-----
	0.491	0.371

Regression Matrix ETA on KSI (Standardized)

	PPSS

PSAV	0.713
PWHO	0.648

TI PMED

Completely Standardized Solution

LAMBDA-Y

	PSAV	PWHO
	-----	-----
PSAVD2	0.897	- -
PSAVD3	0.909	- -
PSAVD1	0.919	- -
PWAOA	- -	0.850

LAMBDA-X

	PPSS

PPSSD1	0.953
PPSSD2	0.891
PPSSD3	0.804

BETA

	PSAV	PWHO
	-----	-----

PSAV	- -	- -
PWHO	0.653	- -

GAMMA

	PPSS

PSAV	0.713
PWHO	0.182

Correlation Matrix of ETA and KSI

	PSAV	PWHO	PPSS
	-----	-----	-----
PSAV	1.000		
PWHO	0.783	1.000	
PPSS	0.713	0.648	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	PSAV	PWHO
	-----	-----
	0.491	0.371

THETA-EPS

	PSAVD2	PSAVD3	PSAVD1	PWAOA
	-----	-----	-----	-----
	0.195	0.175	0.156	0.277

THETA-DELTA

	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3
	-----	-----	-----
PPSSD1	0.091		
PPSSD2	-0.366	0.205	
PPSSD3	-0.324	- -	0.353

Regression Matrix ETA on KSI (Standardized)

	PPSS

PSAV	0.713
PWHO	0.648

TI PMED

Total and Indirect Effects

Total Effects of KSI on ETA

	PPSS

PSAV	0.713
	(0.093)
	7.697
PWHO	0.648
	(0.132)

4.916

Indirect Effects of KSI on ETA

	PPSS

PSAV	- -
PWHO	0.466 (0.123) 3.782

Total Effects of ETA on ETA

	PSAV	PWHO
	-----	-----
PSAV	- -	- -
PWHO	0.653 (0.160) 4.079	- -

Largest Eigenvalue of B*B' (Stability Index) is 0.426

Total Effects of ETA on Y

	PSAV	PWHO
	-----	-----
PSAVD2	0.514	- -
PSAVD3	0.545 (0.036) 15.265	- -
PSAVD1	0.558 (0.036) 15.645	- -
PWAOA	0.333 (0.062) 5.350	0.510 (0.069) 7.363

Indirect Effects of ETA on Y

	PSAV	PWHO
	-----	-----
PSAVD2	- -	- -
PSAVD3	- -	- -
PSAVD1	- -	- -
PWAOA	0.333 (0.062) 5.350	- -

Total Effects of KSI on Y

	PPSS

PSAVD2	0.367 (0.048) 7.697
PSAVD3	0.389 (0.050) 7.759
PSAVD1	0.398 (0.051) 7.817
PWAOA	0.331 (0.051) 6.488

TI PMED

Standardized Total and Indirect Effects

Standardized Total Effects of KSI on ETA

	PPSS

PSAV	0.713
PWHO	0.648

Standardized Indirect Effects of KSI on ETA

	PPSS

PSAV	- -
PWHO	0.466

Standardized Total Effects of ETA on ETA

	PSAV	PWHO
	-----	-----
PSAV	- -	- -
PWHO	0.653	- -

Standardized Total Effects of ETA on Y

	PSAV	PWHO
	-----	-----
PSAVD2	0.514	- -
PSAVD3	0.545	- -
PSAVD1	0.558	- -
PWAOA	0.333	0.510

Completely Standardized Total Effects of ETA on Y

	PSAV	PWHO
	-----	-----
PSAVD2	0.897	- -
PSAVD3	0.909	- -

PSAVD1	0.919	- -
PWFOA	0.555	0.850

Standardized Indirect Effects of ETA on Y

	PSAV	PWFO
	-----	-----
PSAVD2	- -	- -
PSAVD3	- -	- -
PSAVD1	- -	- -
PWFOA	0.333	- -

Completely Standardized Indirect Effects of ETA on Y

	PSAV	PWFO
	-----	-----
PSAVD2	- -	- -
PSAVD3	- -	- -
PSAVD1	- -	- -
PWFOA	0.555	- -

Standardized Total Effects of KSI on Y

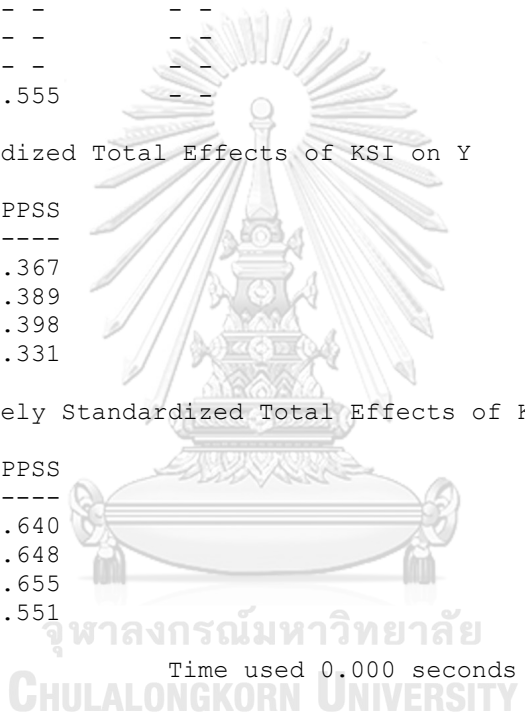
	PPSS

PSAVD2	0.367
PSAVD3	0.389
PSAVD1	0.398
PWFOA	0.331

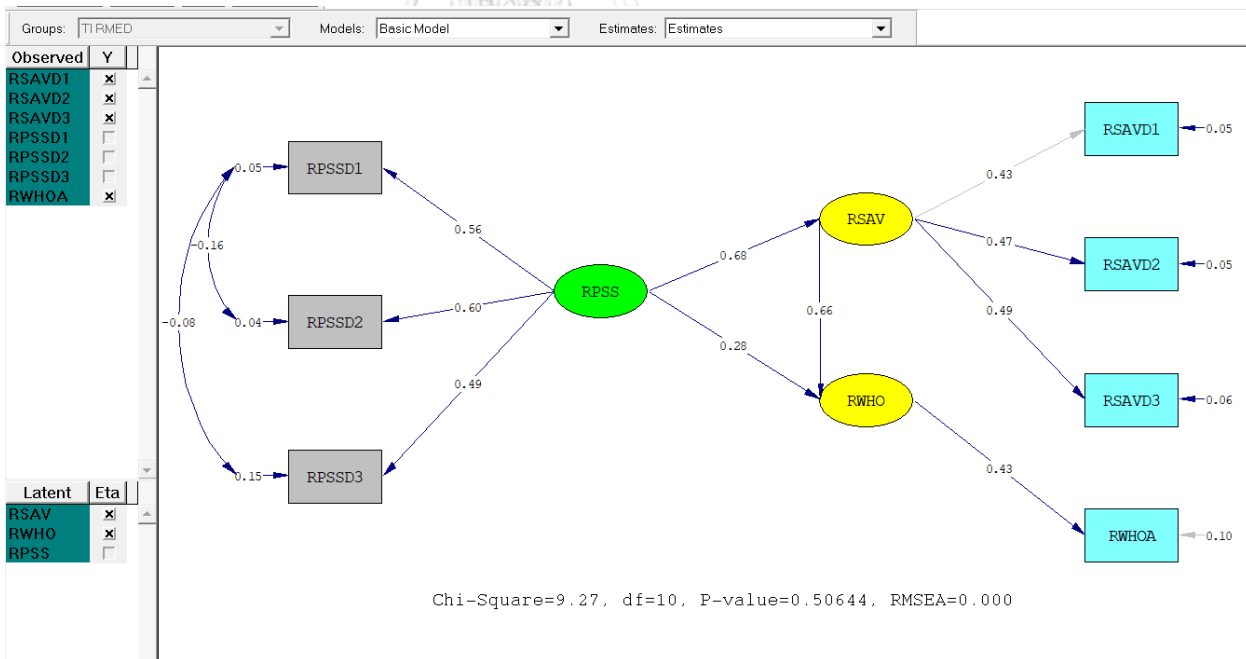
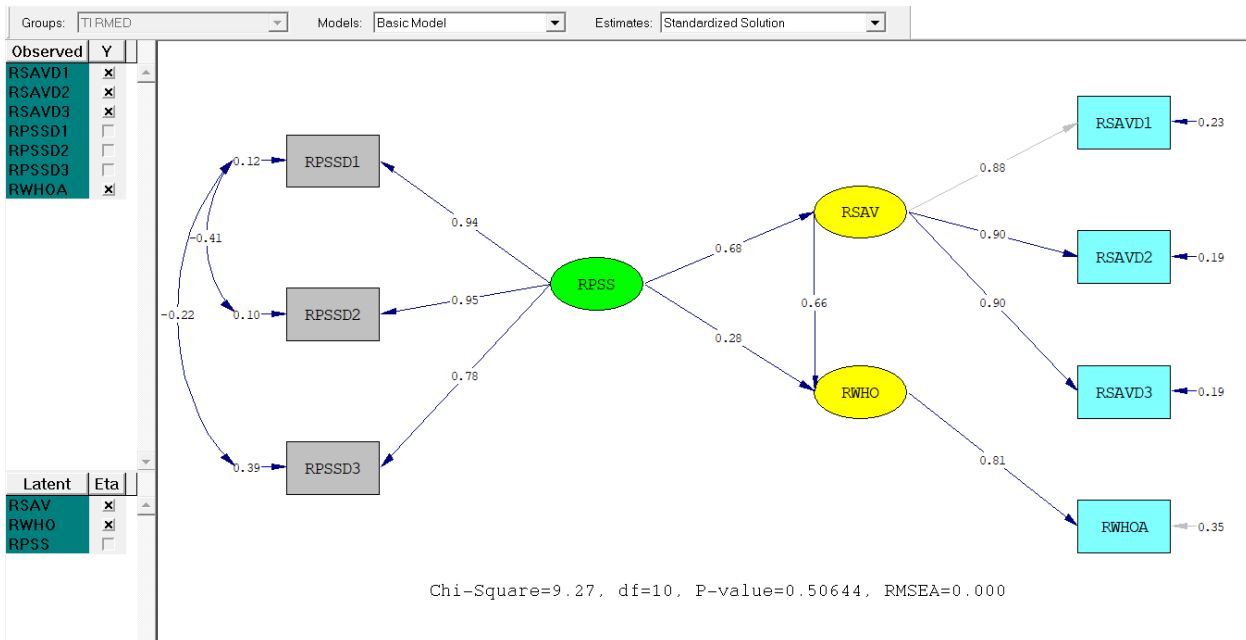
Completely Standardized Total Effects of KSI on Y

	PPSS

PSAVD2	0.640
PSAVD3	0.648
PSAVD1	0.655
PWFOA	0.551



โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคเมเร็งสูงอายุ โดยมีการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกเป็นตัวแปรส่งผ่าน



DATE: 3/14/2023
TIME: 21:21

L I S R E L 10.2 (STUDENT)

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.
<http://www.ssicentral.com>

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2019
Use of this program is subject to the terms specified in the
Universal Copyright Convention.

The following lines were read from file
C:\Users\moody\Desktop\rmed_dat\rmed.LPJ:

TI RMED
!DA NI=7 NO=0 MA=CM
SY='C:\Users\moody\Desktop\rmed_dat\rmed.dsf' NG=1
SE
1 2 3 7 4 5 6 /
MO NX=3 NY=4 NK=1 NE=2 BE=FU GA=FI PS=SY TE=SY TD=SY
LE
RSAV RWHO
LK
RPSS
FR LY(1,1) LY(2,1) LY(3,1) LY(4,2)
FR LX(1,1) LX(2,1) LX(3,1)
FR BE(2,1) GA(1,1) GA(2,1)
FR TD(2,1) TD(3,1)
FI PS(2,2) TE(4,4)
ST 0.56 LY(4,2)
ST 0.2226 PS(2,2)
ST 0.10 TE(4,4)
PD
OU AM RS EF FS SC

TI RMED

Number of Input Variables	7
Number of Y - Variables	4
Number of X - Variables	3
Number of ETA - Variables	2
Number of KSI - Variables	1
Number of Observations	120

TI RMED

Covariance Matrix

RPSSD2	RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO	RPSSD1
0.398	0.237	0.204	0.213	0.151	0.161
0.295	0.204	0.277	0.229	0.171	0.184
	0.213	0.229	0.298	0.194	0.186
	0.151	0.171	0.194	0.287	0.363
	0.161	0.184	0.186	0.184	0.181
	0.165	0.209	0.202	0.186	
	0.132	0.176	0.170	0.151	0.194

Covariance Matrix

RPSSD3	RPSSD3
0.397	0.397

Total Variance = 2.257 Generalized Variance = 0.242053D-05

Largest Eigenvalue = 1.458 Smallest Eigenvalue = 0.048

Condition Number = 5.521

TI RMED

Parameter Specifications

LAMBDA-Y

	RSAV	RWHO
0	0	0
1	1	0
2	2	0
3	0	3

LAMBDA-X

RPSS	RPSS
4	4
5	5
6	6

BETA

	RSAV	RWHO
0	0	0
7	7	0

GAMMA

RPSS	RPSS
8	8
9	9

PSI

-----	-----
RSAV	RWHO
10	0

THETA-EPS

-----	-----	-----	-----
RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO
11	12	13	0

THETA-DELTA

-----	-----	-----
RPSSD1	RPSSD2	RPSSD3
RPSSD1	14	
RPSSD2	15	16
RPSSD3	17	0 18

TI RMED

Number of Iterations = 13

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

LAMBDA-Y

-----	-----
RSAV	RWHO
0.428	- -
0.473 (0.034) 13.951	- -
0.492 (0.035) 14.036	- -
- -	0.432 (0.098) 4.392

LAMBDA-X

RPSS
0.564 (0.070) 8.035
0.597 (0.050) 11.955
0.493

(0.052)
9.413

BETA

	RSAV	RWHO
RSAV	----- - -	----- - -
RWHO	0.664 (0.209) 3.183	- -

GAMMA

	RPSS
RSAV	----- 0.685 (0.094) 7.320
RWHO	0.282 (0.118) 2.391

Covariance Matrix of ETA and KSI

	RSAV	RWHO	RPSS
RSAV	----- 1.000		
RWHO	0.857	----- 1.000	
RPSS	0.685	0.737	----- 1.000

PHI

RPSS
----- 1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

RSAV	RWHO
----- 0.531 (0.100) 5.324	----- 0.223

Squared Multiple Correlations for Structural Equations

RSAV	RWHO
----- 0.469	----- 0.777

NOTE: R² for Structural Equations are Hayduk's (2006) Blocked-Error R²

Reduced Form

	RPSS
RSVA	0.685 (0.094) 7.290
RWHO	0.737 (0.197) 3.740

Squared Multiple Correlations for Reduced Form

	RSVA	RWHO
	0.469	0.543

THETA-EPS			
RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO
0.053 (0.009) 5.690	0.053 (0.010) 5.219	0.056 (0.011) 5.131	0.100

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

	RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO
	0.775	0.807	0.813	0.651

THETA-DELTA			
RPSSD1	RPSSD2	RPSSD3	
RPSSD1	0.045 (0.061) 0.747		
RPSSD2	-0.156 (0.042) -3.685	0.042 (0.031) 1.329	
RPSSD3	-0.084 (0.037) -2.266	- -	0.153 (0.029) 5.318

Squared Multiple Correlations for X - Variables

RPSSD1	RPSSD2	RPSSD3
0.876	0.896	0.613

Log-likelihood Values

Estimated Model

Saturated Model

Number of free parameters(t)	18	28
-2ln(L)	-702.510	-711.783
AIC (Akaike, 1974)*	-666.510	-655.783
BIC (Schwarz, 1978)*	-616.335	-577.733

*LISREL uses $AIC = 2t - 2\ln(L)$ and $BIC = t\ln(N) - 2\ln(L)$

Goodness-of-Fit Statistics

Degrees of Freedom for (C1)-(C2)	10
Maximum Likelihood Ratio Chi-Square (C1)	9.273 (P = 0.5064)
Browne's (1984) ADF Chi-Square (C2_NT)	8.922 (P = 0.5395)
Estimated Non-centrality Parameter (NCP)	0.0
90 Percent Confidence Interval for NCP	(0.0 ; 10.534)
Minimum Fit Function Value	0.0773
Population Discrepancy Function Value (F0)	0.0
90 Percent Confidence Interval for F0	(0.0 ; 0.0878)
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0.0
90 Percent Confidence Interval for RMSEA	(0.0 ; 0.0937)
P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05)	0.721
Expected Cross-Validation Index (ECVI)	0.383
90 Percent Confidence Interval for ECVI	(0.383 ; 0.471)
ECVI for Saturated Model	0.467
ECVI for Independence Model	5.006
Chi-Square for Independence Model (21 df)	586.672
Normed Fit Index (NFI)	0.984
Non-Normed Fit Index (NNFI)	1.003
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.469
Comparative Fit Index (CFI)	1.000
Incremental Fit Index (IFI)	1.001
Relative Fit Index (RFI)	0.967
Critical N (CN)	298.865
Root Mean Square Residual (RMR)	0.00641
Standardized RMR	0.0205
Goodness of Fit Index (GFI)	0.979
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0.942
Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	0.350

TI RMED

Fitted Covariance Matrix

RPSSD2	RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHOA	RPSSD1
---	-----	-----	-----	-----	-----
	0.237				
	0.202	0.277			
	0.211	0.233	0.298		

RWHO	0.159	0.175	0.182	0.287	
RPSSD1	0.165	0.182	0.190	0.180	0.363
RPSSD2	0.175	0.193	0.201	0.190	0.181
0.398					
RPSSD3	0.145	0.160	0.166	0.157	0.194
0.295					

Fitted Covariance Matrix

	RPSSD3
RPSSD3	0.397

Fitted Residuals

	RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO	RPSSD1
RPSSD2					
--- RSAVD1	0.000				
RSAVD2	0.002	0.000			
RSAVD3	0.002	-0.003	0.000		
RWHO	-0.008	-0.004	0.011	0.000	
RPSSD1	-0.005	0.001	-0.004	0.004	0.000
RPSSD2	-0.010	0.015	0.001	-0.005	0.000
0.000					
RPSSD3	-0.013	0.017	0.004	-0.006	0.000
0.000					

Fitted Residuals

	RPSSD3
RPSSD3	0.000

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.013
 Median Fitted Residual = 0.000
 Largest Fitted Residual = 0.017

Stemleaf Plot

```

- 1|30
- 0|8655
- 0|44300000000000
  0|112244
  0|
  1|1
  1|57
    
```

Standardized Residuals

	RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO	RPSSD1
RPSSD2					
--- RSAVD1	0.000				
RSAVD2	0.063	0.000			
RSAVD3	-	-0.104	0.000		
RWHO	-0.312	-0.207	0.401	0.000	

RPSSD1	-0.141	0.037	-0.126	- -	0.000
RPSSD2	-0.298	0.583	0.032	-0.192	0.000
0.000					
RPSSD3	- -	0.482	0.279	- -	0.000
0.000					

Standardized Residuals

RPSSD3

 RPSSD3 0.000

Summary Statistics for Standardized Residuals

Smallest Standardized Residual = -0.312
 Median Standardized Residual = 0.000
 Largest Standardized Residual = 0.583

Stemleaf Plot

```

- 3|10
- 2|1
- 1|9430
- 0|0000000000000000
  0|346
   1|
   2|8
   3|
   4|08
   5|8
  
```

TI RMED



Qplot of Standardized Residuals





Standardized Residuals

TI RMED

Modification Indices and Expected Change

Modification Indices for LAMBDA-Y

	RSAV	RWHO
RSAVD1	- -	2.661
RSAVD2	- -	0.094
RSAVD3	- -	1.643
RWHO	- -	- -

Expected Change for LAMBDA-Y

	RSAV	RWHO
RSAVD1	- -	-0.139
RSAVD2	- -	0.028
RSAVD3	- -	0.122
RWHO	- -	- -

Standardized Expected Change for LAMBDA-Y

	RSAV	RWHO
RSAVD1	- -	-0.139
RSAVD2	- -	0.028
RSAVD3	- -	0.122
RWHO	- -	- -

Completely Standardized Expected Change for LAMBDA-Y

	RSAV	RWHO
RSAVD1	- -	-0.285
RSAVD2	- -	0.053
RSAVD3	- -	0.224
RWHO	- -	- -

No Non-Zero Modification Indices for LAMBDA-X

No Non-Zero Modification Indices for BETA

No Non-Zero Modification Indices for GAMMA

No Non-Zero Modification Indices for PHI

No Non-Zero Modification Indices for PSI

Modification Indices for THETA-EPS

	RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO
	-----	-----	-----	-----
RSAVD1	- -			
RSAVD2	0.712	- -		
RSAVD3	0.596	2.736	- -	
RWHO	0.747	1.238	3.701	- -

Expected Change for THETA-EPS

	RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO
	-----	-----	-----	-----
RSAVD1	- -			
RSAVD2	0.009	- -		
RSAVD3	0.008	-0.020	- -	
RWHO	-0.008	-0.011	0.020	- -

Completely Standardized Expected Change for THETA-EPS

	RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO
	-----	-----	-----	-----
RSAVD1	- -			
RSAVD2	0.034	- -		
RSAVD3	0.031	-0.070	- -	
RWHO	-0.032	-0.040	0.069	- -

Modification Indices for THETA-DELTA-EPS

	RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO
	-----	-----	-----	-----
RPSSD1	0.028	0.061	0.538	0.424
RPSSD2	0.139	1.046	0.341	0.021
RPSSD3	0.821	0.460	0.165	0.130

Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO
	-----	-----	-----	-----
RPSSD1	0.002	0.003	-0.009	0.015
RPSSD2	-0.004	0.010	-0.006	-0.003
RPSSD3	-0.009	0.007	0.004	-0.006

Completely Standardized Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO
	-----	-----	-----	-----
RPSSD1	0.006	0.009	-0.027	0.046
RPSSD2	-0.011	0.030	-0.017	-0.008
RPSSD3	-0.030	0.021	0.013	-0.017

Maximum Modification Index is 3.70 for Element (4, 3) of THETA-EPS

TI RMED

Factor Scores Regressions

ETA

	RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO	RPSSD1
RPSSD2					

---	-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.094	RSAB	0.545	0.603	0.600	0.123	0.093
0.305	RWHO	0.228	0.252	0.250	0.688	0.300

ETA

RPSSD3

-----	-----
RSAB	-0.006
RWHO	-0.019

KSI

RPSSD2	RSABD1	RSABD2	RSABD3	RWHO	RPSSD1	-----
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----
1.307	RPSS	-0.142	-0.157	-0.156	-0.247	1.290

KSI

RPSSD3

-----	-----
RPSS	-0.081

TI RMED

Standardized Solution

LAMBDA-Y

	RSAB	RWHO
-----	-----	-----
RSABD1	0.428	- -
RSABD2	0.473	- -
RSABD3	0.492	- -
RWHO	- -	0.432

LAMBDA-X

RPSS

-----	-----
RPSSD1	0.564
RPSSD2	0.597
RPSSD3	0.493

BETA

	RSAB	RWHO
-----	-----	-----
RSAB	- -	- -
RWHO	0.664	- -

GAMMA

RPSS

RSAV 0.685
RWHO 0.282

Correlation Matrix of ETA and KSI

	RSAV	RWHO	RPSS
RSAV	1.000		
RWHO	0.857	1.000	
RPSS	0.685	0.737	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	RSAV	RWHO
	0.531	0.223

Regression Matrix ETA on KSI (Standardized)

	RPSS
RSAV	0.685
RWHO	0.737

TI RMED

Completely Standardized Solution

LAMBDA-Y

	RSAV	RWHO
RSAVD1	0.880	- -
RSAVD2	0.899	- -
RSAVD3	0.902	- -
RWHO	- -	0.807

LAMBDA-X

	RPSS
RPSSD1	0.936
RPSSD2	0.946
RPSSD3	0.783

BETA

	RSAV	RWHO
RSAV	- -	- -
RWHO	0.664	- -

GAMMA

	RPSS
RSAV	0.685
RWHO	0.282

Correlation Matrix of ETA and KSI

	RSAV	RWHO	RPSS
RSAV	1.000		
RWHO	0.857	1.000	
RPSS	0.685	0.737	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	RSAV	RWHO
	0.531	0.223

THETA-EPS

	RSAVD1	RSAVD2	RSAVD3	RWHO
	0.225	0.193	0.187	0.349

THETA-DELTA

	RPSSD1	RPSSD2	RPSSD3
RPSSD1	0.124		
RPSSD2	-0.409	0.104	
RPSSD3	-0.221		0.387

Regression Matrix ETA on KSI (Standardized)

	RPSS
RSAV	0.685
RWHO	0.737

TI RMED

Total and Indirect Effects

Total Effects of KSI on ETA

	RPSS
RSAV	0.685 (0.094) 7.320
RWHO	0.737 (0.196) 3.756

Indirect Effects of KSI on ETA

	RPSS
RSAV	- -
RWHO	0.455 (0.151)

3.011

Total Effects of ETA on ETA

	RSAV	RWHO
	-----	-----
RSAV	- -	- -
RWHO	0.664 (0.209) 3.183	- -

Largest Eigenvalue of B*B' (Stability Index) is 0.441

Total Effects of ETA on Y

	RSAV	RWHO
	-----	-----
RSAVD1	0.428	- -
RSAVD2	0.473 (0.034) 13.951	- -
RSAVD3	0.492 (0.035) 14.036	- -
RWHO	0.287 (0.053) 5.373	0.432 (0.098) 4.392

Indirect Effects of ETA on Y

	RSAV	RWHO
	-----	-----
RSAVD1	- -	- -
RSAVD2	- -	- -
RSAVD3	- -	- -
RWHO	0.287 (0.053) 5.373	- -

Total Effects of KSI on Y

	RPSS

RSAVD1	0.293 (0.040) 7.320
RSAVD2	0.324 (0.044) 7.415

RSAVD3	0.337
	(0.045)
	7.431

RWHO	0.318
	(0.045)
	7.027

TI RMED

Standardized Total and Indirect Effects

Standardized Total Effects of KSI on ETA

	RPSS

RSAV	0.685
RWHO	0.737

Standardized Indirect Effects of KSI on ETA

	RPSS

RSAV	- -
RWHO	0.455

Standardized Total Effects of ETA on ETA

	RSAV	RWHO
	-----	-----
RSAV	- -	- -
RWHO	0.664	- -

Standardized Total Effects of ETA on Y

	RSAV	RWHO
	-----	-----
RSAVD1	0.428	- -
RSAVD2	0.473	- -
RSAVD3	0.492	- -
RWHO	0.287	0.432

Completely Standardized Total Effects of ETA on Y

	RSAV	RWHO
	-----	-----
RSAVD1	0.880	- -
RSAVD2	0.899	- -
RSAVD3	0.902	- -
RWHO	0.536	0.807

Standardized Indirect Effects of ETA on Y

	RSAV	RWHO
	-----	-----
RSAVD1	- -	- -
RSAVD2	- -	- -
RSAVD3	- -	- -
RWHO	0.287	- -

Completely Standardized Indirect Effects of ETA on Y

	RSAV	RWHO
	-----	-----
RSAVD1	- -	- -
RSAVD2	- -	- -
RSAVD3	- -	- -
RWHO	0.536	- -

Standardized Total Effects of KSI on Y

	RPSS

RSAVD1	0.293
RSAVD2	0.324
RSAVD3	0.337
RWHO	0.318

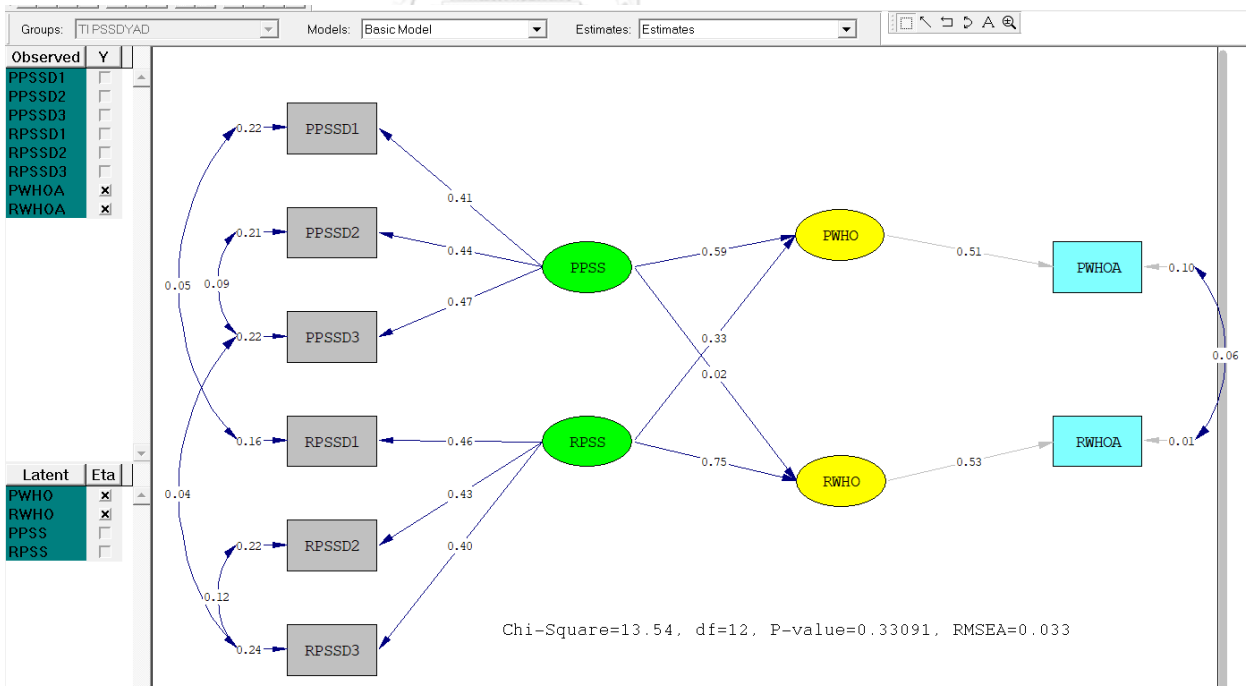
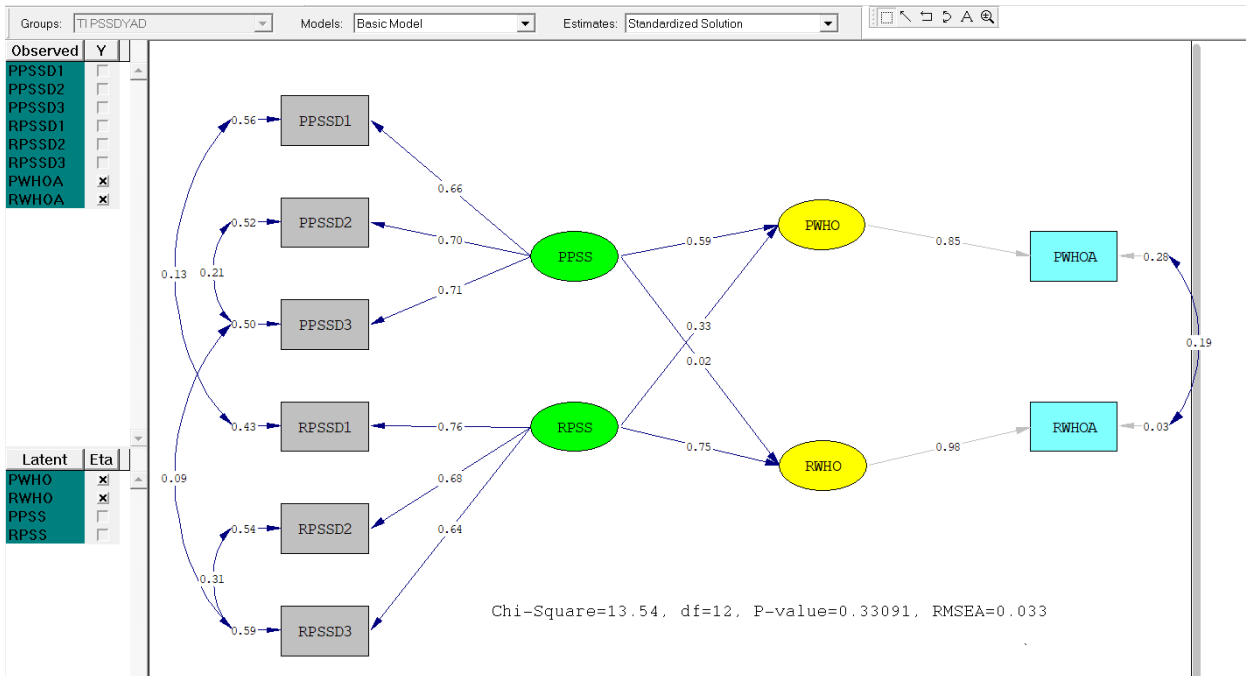
Completely Standardized Total Effects of KSI on Y

	RPSS

RSAVD1	0.603
RSAVD2	0.615
RSAVD3	0.617
RWHO	0.595

Time used 0.000 seconds

โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในเชิงทวิสัมพันธ์



DATE: 3/14/2023
TIME: 18:38

L I S R E L 10.2 (STUDENT)

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.
<http://www.ssicentral.com>

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2019
Use of this program is subject to the terms specified in the
Universal Copyright Convention.

The following lines were read from file
C:\Users\moody\Desktop\pssdyad_dat\pssdyad.LPJ:

TI PSSDYAD
!DA NI=8 NO=120 MA=CM
SY='C:\Users\moody\Desktop\pssdyad_dat\pssdyad.dsf' NG=1
SE
7 8 1 2 3 4 5 6 /
MO NX=6 NY=2 NK=2 NE=2 BE=FU GA=FI PS=SY TE=SY TD=SY
LE
PWHO RWHO
LK
PPSS RPSS
FR LX(1,1) LX(2,1) LX(3,1) LX(4,2) LX(5,2) LX(6,2)
FR LY(1,1) LY(2,2)
FR GA(1,1) GA(1,2) GA(2,1) GA(2,2)
FR TE(2,1) TD(3,2) TD(4,1) TD(6,3) TD(6,5)
FI TE(1,1) TE(2,2)
ST 0.3 LY(1,1)
ST 0.1 TE(1,1)
ST 0.4 LY(2,2)
ST 0.01 TE(2,2)
PD
OU AM RS EF FS SS SC

TI PSSDYAD

Number of Input Variables	8
Number of Y - Variables	2
Number of X - Variables	6
Number of ETA - Variables	2
Number of KSI - Variables	2
Number of Observations	120

TI PSSDYAD

Covariance Matrix

RPSSD1	PWFOA	RWHOA	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3
---	-----	-----	-----	-----	-----
PWFOA	0.361				
RWHOA	0.232	0.287			
PPSSD1	0.191	0.150	0.389		
PPSSD2	0.182	0.145	0.192	0.407	
PPSSD3	0.209	0.153	0.186	0.308	0.453
RPSSD1	0.196	0.184	0.208	0.173	0.190
0.363					
RPSSD2	0.188	0.186	0.132	0.163	0.162
0.181					
RPSSD3	0.156	0.151	0.115	0.183	0.208
0.194					

Covariance Matrix

	RPSSD2	RPSSD3
RPSSD2	0.398	
RPSSD3	0.295	0.397

Total Variance = 3.054 Generalized Variance = 0.573755D-05

Largest Eigenvalue = 1.694 Smallest Eigenvalue = 0.080

Condition Number = 4.594

TI PSSDYAD

Parameter Specifications

LAMBDA-X

	PPSS	RPSS
PPSSD1	1	0
PPSSD2	2	0
PPSSD3	3	0
RPSSD1	0	4
RPSSD2	0	5
RPSSD3	0	6

GAMMA

	PPSS	RPSS
PWHO	7	8
RWHO	9	10

PHI

	PPSS	RPSS
PPSS	0	
RPSS	11	0

PSI

PWHO	RWHO
12	13

THETA-EPS

	PWHA	RWHA
PWHA	0	
RWHA	14	0

THETA-DELTA

	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3	RPSSD1	RPSSD2
PPSSD1	15	16			
PPSSD2	0	17	18		
PPSSD3	0	0	0	20	
RPSSD1	19	0	0	0	21
RPSSD2	0	0	0	0	23
RPSSD3	0	0	22	0	

TI PSSDYAD

Number of Iterations = 10

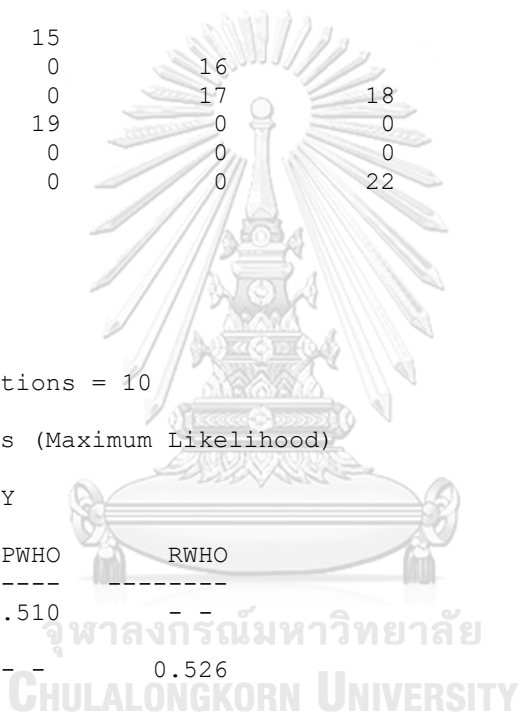
LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

LAMBDA-Y

	PWHO	RWHO
PWHA	0.510	-
RWHA	-	0.526

LAMBDA-X

	PPSS	RPSS
PPSSD1	0.414 (0.057) 7.241	-
PPSSD2	0.443 (0.061) 7.328	-
PPSSD3	0.472 (0.063) 7.507	-
RPSSD1	-	0.456 (0.053) 8.597



RPSSD2 - - 0.426
 (0.057)
 7.495

RPSSD3 - - 0.404
 (0.058)
 7.004

GAMMA

	PPSS	RPSS
PWHO	0.592 (0.298) 1.983	0.330 (0.298) 1.105
RWHO	0.025 (0.287) 0.086	0.747 (0.282) 2.646

Covariance Matrix of ETA and KSI

	PWHO	RWHO	PPSS	RPSS
PWHO	1.000			
RWHO	0.639	1.000		
PPSS	0.869	0.653	1.000	
RPSS	0.827	0.768	0.840	1.000

PHI

	PPSS	RPSS
PPSS	1.000	
RPSS	0.840 (0.080) 10.565	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	PWHO	RWHO
	0.213 (0.111) 1.924	0.410 (0.094) 4.384

Squared Multiple Correlations for Structural Equations

	PWHO	RWHO
	0.787	0.590

NOTE: R² for Structural Equations are Hayduk's (2006) Blocked-Error R²

Squared Multiple Correlations for Reduced Form

	PWHO	RWHO
	0.787	0.590
THETA-EPS		
	PWFOA	RWFOA
PWFOA	0.100	
RWFOA	0.061 (0.021) 2.876	0.010

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

	PWFOA	RWFOA				
	0.723	0.965				
THETA-DELTA						
	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3	RPSSD1	RPSSD2	RPSSD3
PPSSD1	0.217 (0.036) 5.998					
PPSSD2	- -	0.210 (0.040) 5.267				
PPSSD3	- -	0.091 (0.035) 2.640	0.224 (0.043) 5.208			
RPSSD1	0.050 (0.024) 2.046	- -	- -	0.156 (0.031) 5.027		
RPSSD2	- -	- -	- -	- -	0.217 (0.036) 6.082	
RPSSD3	- -	- -	0.040 (0.018) 2.271	- -	0.124 (0.030) 4.130	

Squared Multiple Correlations for X - Variables

RPSSD3	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3	RPSSD1	RPSSD2
---	-----	-----	-----	-----	-----
0.410	0.442	0.483	0.499	0.572	0.456

Log-likelihood Values

	Estimated Model	Saturated Model
Number of free parameters(t)	24	36
-2ln(L)	-474.675	-488.217
AIC (Akaike, 1974)*	-426.675	-416.217
BIC (Schwarz, 1978)*	-359.776	-315.868

*LISREL uses $AIC = 2t - 2\ln(L)$ and $BIC = t\ln(N) - 2\ln(L)$

Goodness-of-Fit Statistics

Degrees of Freedom for (C1)-(C2)	12
Maximum Likelihood Ratio Chi-Square (C1)	13.542 (P =
0.3309)	
Browne's (1984) ADF Chi-Square (C2_NT)	13.464 (P =
0.3363)	
Estimated Non-centrality Parameter (NCP)	1.542
90 Percent Confidence Interval for NCP	(0.0 ; 14.868)
Minimum Fit Function Value	0.113
Population Discrepancy Function Value (F0)	0.0128
90 Percent Confidence Interval for F0	(0.0 ; 0.124)
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0.0327
90 Percent Confidence Interval for RMSEA	(0.0 ; 0.102)
P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05)	0.586
Expected Cross-Validation Index (ECVI)	0.513
90 Percent Confidence Interval for ECVI	(0.500 ; 0.624)
ECVI for Saturated Model	0.600
ECVI for Independence Model	4.438
Chi-Square for Independence Model (28 df)	516.585
Normed Fit Index (NFI)	0.974
Non-Normed Fit Index (NNFI)	0.993
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.417
Comparative Fit Index (CFI)	0.997
Incremental Fit Index (IFI)	0.997
Relative Fit Index (RFI)	0.939
Critical N (CN)	231.390
Root Mean Square Residual (RMR)	0.0103
Standardized RMR	0.0266
Goodness of Fit Index (GFI)	0.973
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0.918
Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	0.324

TI PSSDYAD

Fitted Covariance Matrix

	PW Hoa	RW Hoa	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3
RPSSD1	-----	-----	-----	-----	-----

PW Hoa	0.361				
RW Hoa	0.232	0.287			
PPSSD1	0.184	0.142	0.388		
PPSSD2	0.197	0.152	0.183	0.407	
PPSSD3	0.209	0.162	0.195	0.301	0.447
RPSSD1	0.193	0.184	0.208	0.170	0.181
0.364					
RPSSD2	0.180	0.172	0.148	0.159	0.169
0.194					
RPSSD3	0.171	0.163	0.141	0.151	0.200
0.184					

Fitted Covariance Matrix

	RPSSD2	RPSSD3
RPSSD2	-----	-----
RPSSD3	0.398	0.399

Fitted Residuals

	PW Hoa	RW Hoa	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3
RPSSD1	-----	-----	-----	-----	-----

PW Hoa	0.000				
RW Hoa	0.000	0.000			
PPSSD1	0.008	0.008	0.001		
PPSSD2	-0.014	-0.007	0.009	0.000	
PPSSD3	0.000	-0.009	-0.010	0.007	0.006
RPSSD1	0.003	0.000	0.000	0.003	0.009
0.001					
RPSSD2	0.008	0.013	-0.017	0.005	-0.008
0.013					
RPSSD3	-0.014	-0.012	-0.025	0.033	0.008
0.010					

Fitted Residuals

	RPSSD2	RPSSD3
RPSSD2	-----	-----
RPSSD3	0.000	-0.002

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.025
 Median Fitted Residual = 0.000
 Largest Fitted Residual = 0.033

Stemleaf Plot

- 2|5
 - 1|744320

- 0|98722100000000
 0|133567888899
 1|03
 2|
 3|3

Standardized Residuals

	PWAOA	RWAOA	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3	
RPSSD1	-----	-----	-----	-----	-----	-----

PWAOA	0.000					
RWAOA	- -	0.000				
PPSSD1	0.223	0.247	0.016			
PPSSD2	-0.496	-0.291	0.224	0.000		
PPSSD3	-0.010	-0.273	-0.351	0.160	0.134	
RPSSD1	0.076	-0.014	0.004	0.086	0.215	-
0.012						
RPSSD2	0.353	0.436	-0.431	0.161	-0.172	-
-						
RPSSD3	-0.375	- -	-0.873	0.916	0.276	
0.308						

Standardized Residuals

	RPSSD2	RPSSD3
RPSSD2	0.000	
RPSSD3	-0.048	-0.052

Summary Statistics for Standardized Residuals

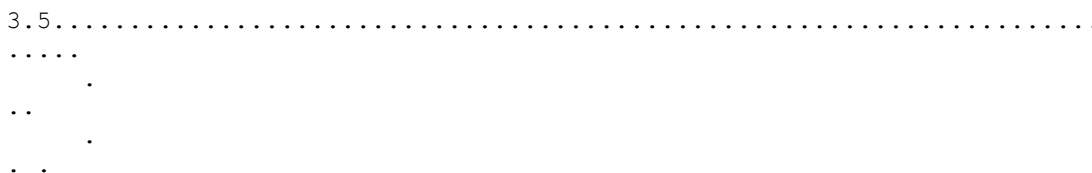
Smallest Standardized Residual = -0.873
 Median Standardized Residual = 0.000
 Largest Standardized Residual = 0.916

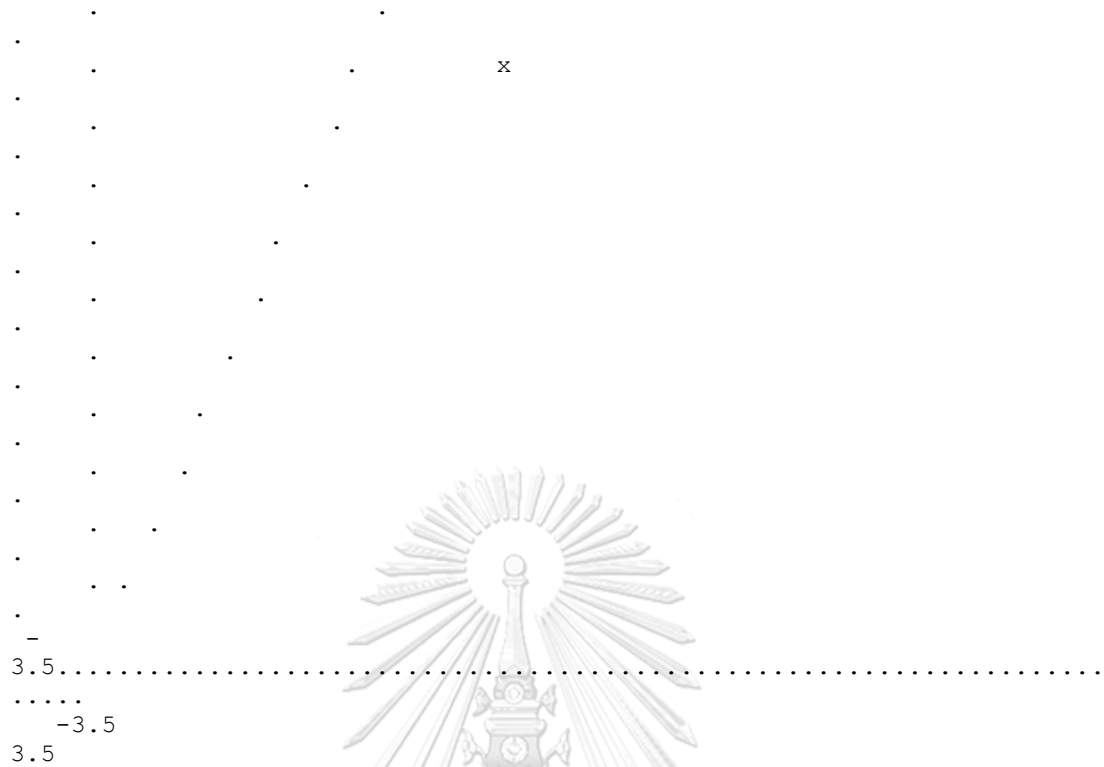
Stemleaf Plot

- 8|7
 - 6|
 - 4|03
 - 2|7597
 - 0|75511100000000
 0|289366
 2|2225815
 4|4
 6|
 8|2

TI PSSDYAD

Qplot of Standardized Residuals





TI PSSDYAD

Modification Indices and Expected Change

No Non-Zero Modification Indices for LAMBDA-Y

Modification Indices for LAMBDA-X

	PPSS	RPSS
PPSSD1	- -	0.097
PPSSD2	- -	0.088
PPSSD3	- -	0.015
RPSSD1	0.233	- -
RPSSD2	0.049	- -
RPSSD3	0.007	- -

Expected Change for LAMBDA-X

	PPSS	RPSS
PPSSD1	- -	-0.073
PPSSD2	- -	0.042
PPSSD3	- -	-0.018
RPSSD1	0.102	- -
RPSSD2	-0.027	- -
RPSSD3	-0.011	- -

Standardized Expected Change for LAMBDA-X

	PPSS	RPSS
	- - - - -	- - - - -

PPSSD1	- -	-0.073
PPSSD2	- -	0.042
PPSSD3	- -	-0.018
RPSSD1	0.102	- -
RPSSD2	-0.027	- -
RPSSD3	-0.011	- -

Completely Standardized Expected Change for LAMBDA-X

	PPSS	RPSS
	-----	-----
PPSSD1	- -	-0.118
PPSSD2	- -	0.065
PPSSD3	- -	-0.027
RPSSD1	0.169	- -
RPSSD2	-0.043	- -
RPSSD3	-0.017	- -

No Non-Zero Modification Indices for BETA

No Non-Zero Modification Indices for GAMMA

No Non-Zero Modification Indices for PHI

No Non-Zero Modification Indices for PSI

Modification Indices for THETA-DELTA-EPS

	PWHA	RWHA
	-----	-----
PPSSD1	0.067	0.532
PPSSD2	1.645	0.000
PPSSD3	1.162	0.277
RPSSD1	0.070	0.225
RPSSD2	0.545	1.930
RPSSD3	0.955	1.209

Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	PWHA	RWHA
	-----	-----
PPSSD1	0.006	0.014
PPSSD2	-0.022	0.000
PPSSD3	0.019	-0.008
RPSSD1	0.006	-0.010
RPSSD2	0.011	0.019
RPSSD3	-0.014	-0.015

Completely Standardized Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	PWHA	RWHA
	-----	-----
PPSSD1	0.017	0.041
PPSSD2	-0.058	0.001
PPSSD3	0.048	-0.022
RPSSD1	0.016	-0.032
RPSSD2	0.029	0.057
RPSSD3	-0.038	-0.044

Modification Indices for THETA-DELTA

RPSSD3	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3	RPSSD1	RPSSD2	
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

PPSSD1	--					
PPSSD2	0.816	--				
PPSSD3	0.816	--	--			
RPSSD1	--	0.084	0.211	--		
RPSSD2	0.037	0.377	0.267	3.381	--	
RPSSD3	1.432	4.254	--	3.381	--	-

Expected Change for THETA-DELTA

RPSSD3	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3	RPSSD1	RPSSD2	
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

PPSSD1	--					
PPSSD2	0.021	--				
PPSSD3	-0.022	--	--			
RPSSD1	--	-0.005	0.009	--		
RPSSD2	0.004	-0.011	-0.011	-0.036	--	
RPSSD3	-0.022	0.041	--	0.034	--	-

Completely Standardized Expected Change for THETA-DELTA

RPSSD3	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3	RPSSD1	RPSSD2	
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

PPSSD1	--					
PPSSD2	0.052	--				
PPSSD3	-0.053	--	--			
RPSSD1	--	-0.014	0.022	--		
RPSSD2	0.009	-0.026	-0.027	-0.095	--	
RPSSD3	-0.056	0.103	--	0.090	--	-

Maximum Modification Index is 4.25 for Element (6, 2) of THETA-DELTA

TI PSSDYAD

Factor Scores Regressions

ETA

RPSSD1	PWFOA	RWFOA	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3
-----	-----	-----	-----	-----	-----

PWFO	1.087	-0.219	0.141	0.154	0.142
0.237					
RWFO	-0.721	2.206	0.092	0.081	0.082
0.061					

ETA

RPSSD2 RPSSD3

	-----	-----			
PWHO	0.155	0.059			
RWHO	0.055	0.010			
KSI					
RPSSD1	PWHPA	RWHPA	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3
---	-----	-----	-----	-----	-----
0.162	PPSS	0.091	0.356	0.300	0.309
0.519	RPSS	0.184	0.060	0.150	0.109

	-----	-----
PPSS	0.175	0.017
RPSS	0.274	0.152

TI PSSDYAD

Standardized Solution

LAMBDA-Y

	-----	-----
PWHPA	0.510	- -
RWHPA	- -	0.526

LAMBDA-X

	-----	-----
PPSSD1	0.414	- -
PPSSD2	0.443	- -
PPSSD3	0.472	- -
RPSSD1	- -	0.456
RPSSD2	- -	0.426
RPSSD3	- -	0.404

GAMMA

	-----	-----
PWHO	0.592	0.330
RWHO	0.025	0.747

Correlation Matrix of ETA and KSI

	-----	-----	-----	-----
PWHO	1.000			
RWHO	0.639	1.000		
PPSS	0.869	0.653	1.000	
RPSS	0.827	0.768	0.840	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	PWHO	RWHO
	-----	-----
	0.213	0.410

Regression Matrix ETA on KSI (Standardized)

	PPSS	RPSS
	-----	-----
PWHO	0.592	0.330
RWHO	0.025	0.747

TI PSSDYAD

Completely Standardized Solution

LAMBDA-Y

	PWHO	RWHO
	-----	-----
PWFOA	0.850	- -
RWFOA	- -	0.982

LAMBDA-X

	PPSS	RPSS
	-----	-----
PPSSD1	0.664	- -
PPSSD2	0.695	- -
PPSSD3	0.706	- -
RPSSD1	- -	0.757
RPSSD2	- -	0.675
RPSSD3	- -	0.640

GAMMA

	PPSS	RPSS
	-----	-----
PWHO	0.592	0.330
RWHO	0.025	0.747

Correlation Matrix of ETA and KSI

	PWHO	RWHO	PPSS	RPSS
	-----	-----	-----	-----
PWHO	1.000			
RWHO	0.639	1.000		
PPSS	0.869	0.653	1.000	
RPSS	0.827	0.768	0.840	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	PWHO	RWHO
	-----	-----
	0.213	0.410

THETA-EPS

	PWFOA	RWFOA
--	-------	-------

PWFOA	0.277					
RWFOA	0.189	0.035				
THETA-DELTA						
RPSSD3	PPSSD1	PPSSD2	PPSSD3	RPSSD1	RPSSD2	
0.590	0.558	- -	0.517	- -	- -	- -
	PPSSD2	0.214	0.501	- -	- -	0.428
	PPSSD3	- -	- -	- -	- -	0.544
	RPSSD1	- -	- -	- -	- -	0.311
	RPSSD2	- -	0.094	- -	- -	
	RPSSD3	- -	- -	- -	- -	

Regression Matrix ETA on KSI (Standardized)

	PPSS	RPSS
PWHO	0.592	0.330
RWHO	0.025	0.747

TI PSSDYAD

Total and Indirect Effects

Total Effects of KSI on ETA

	PPSS	RPSS
PWHO	0.592 (0.298) 1.983	0.330 (0.298) 1.105
RWHO	0.025 (0.287) 0.086	0.747 (0.282) 2.646

Total Effects of ETA on Y

	PWHO	RWHO
PWFOA	0.510	- -
RWFOA	- -	0.526

Total Effects of KSI on Y

	PPSS	RPSS
PWFOA	0.302 (0.152) 1.983	0.168 (0.152) 1.105
RWFOA	0.013	0.393

(0.151)	(0.149)
0.086	2.646

TI PSSDYAD

Standardized Total and Indirect Effects

Standardized Total Effects of KSI on ETA

	PPSS	RPSS
	-----	-----
PWHO	0.592	0.330
RWHO	0.025	0.747

Standardized Total Effects of ETA on Y

	PWHO	RWHO
	-----	-----
PWFOA	0.510	- -
RWFOA	- -	0.526

Completely Standardized Total Effects of ETA on Y

	PWHO	RWHO
	-----	-----
PWFOA	0.850	- -
RWFOA	- -	0.982

Standardized Total Effects of KSI on Y

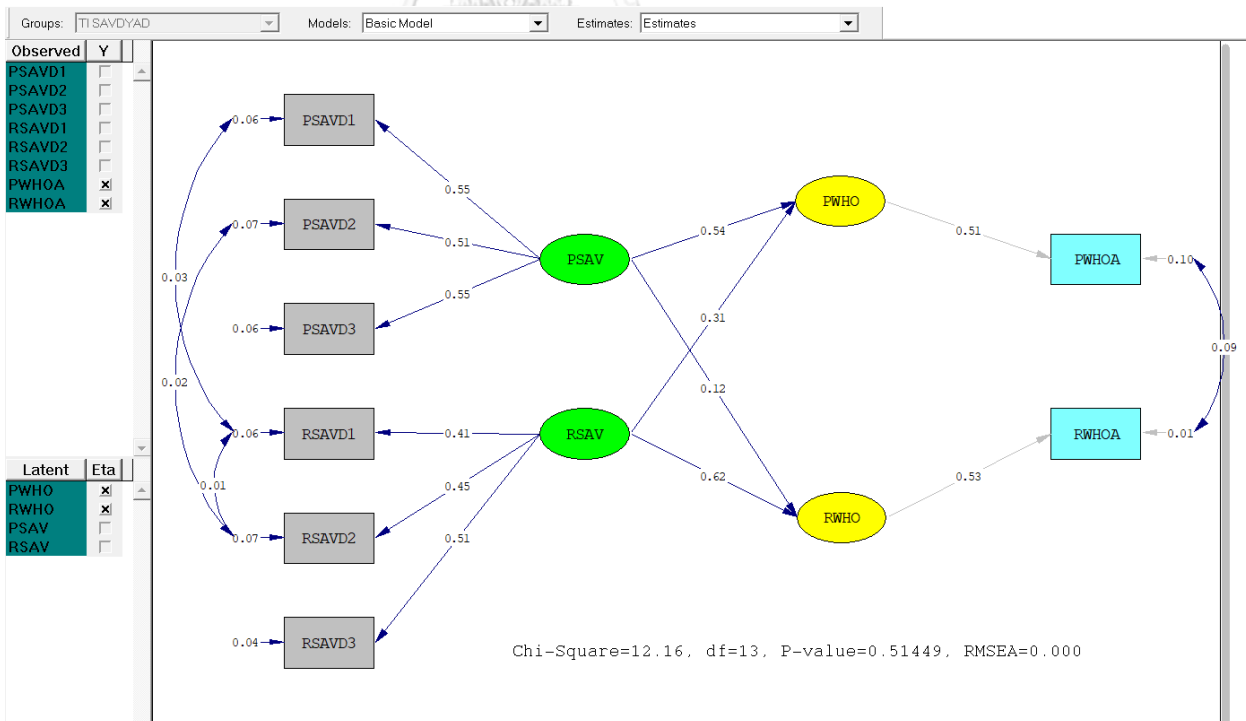
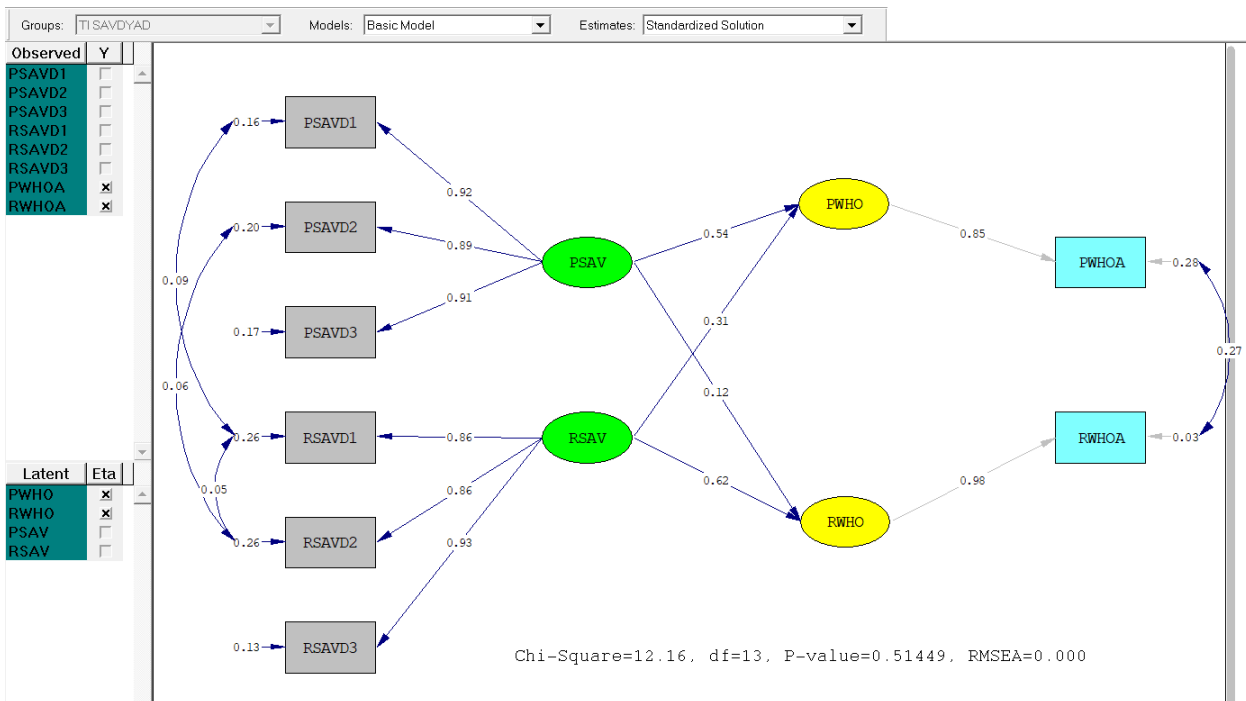
	PPSS	RPSS
	-----	-----
PWFOA	0.302	0.168
RWFOA	0.013	0.393

Completely Standardized Total Effects of KSI on Y

	PPSS	RPSS
	-----	-----
PWFOA	0.503	0.280
RWFOA	0.024	0.734

Time used 0.016 seconds

โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประสบการณ์เชิงบวกกับสุขภาพทางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงอายุในเชิงทวิสัมพันธ์



DATE: 3/14/2023
TIME: 22:34

L I S R E L 10.2 (STUDENT)

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.
<http://www.ssicentral.com>

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2019
Use of this program is subject to the terms specified in the
Universal Copyright Convention.

The following lines were read from file
C:\Users\moody\Desktop\savdyad_dat\savdyad.LPJ:

TI SAVDYAD
!DA NI=8 NO=120 MA=CM
SY='C:\Users\moody\Desktop\savdyad_dat\savdyad.dsf' NG=1
SE
7 8 1 2 3 4 5 6 /
MO NX=6 NY=2 NK=2 NE=2 BE=FU GA=FI PS=SY TE=SY TD=SY
LE
PWHO RWHO
LK
PSAV RSAV
FI TE(1,1) TE(2,2)
FR LX(1,1) LX(2,1) LX(3,1) LX(4,2) LX(5,2) LX(6,2)
FR LY(1,1) LY(2,2)
FR GA(1,1) GA(1,2) GA(2,1) GA(2,2)
FR TD(5,4) TD(4,1) TD(5,2) TE(2,1)
ST 0.3 LY(1,1)
ST 0.1 TE(1,1)
ST 0.4 LY(2,2)
ST 0.01 TE(2,2)
PD
OU AM RS EF FS SS SC

TI SAVDYAD

Number of Input Variables	8
Number of Y - Variables	2
Number of X - Variables	6
Number of ETA - Variables	2
Number of KSI - Variables	2
Number of Observations	120

TI SAVDYAD

Covariance Matrix

RSAVD1	PWFOA	RWHOA	PSAVD1	PSAVD2	PSAVD3
---	-----	-----	-----	-----	-----
PWFOA	0.361				
RWHOA	0.232	0.287			
PSAVD1	0.219	0.181	0.369		
PSAVD2	0.223	0.168	0.285	0.328	
PSAVD3	0.206	0.160	0.307	0.279	0.359
0.237	0.153	0.151	0.216	0.168	0.185
0.204	0.175	0.171	0.206	0.197	0.188
0.213	0.192	0.194	0.222	0.197	0.220

Covariance Matrix

	RSAVD2	RSAVD3
-----	-----	-----
0.277		
0.229	0.298	

Total Variance = 2.516 Generalized Variance = 0.531149D-07

Largest Eigenvalue = 1.766 Smallest Eigenvalue = 0.034

Condition Number = 7.250

TI SAVDYAD

Parameter Specifications

LAMBDA-X

	PSAV	RSAB
-----	-----	-----
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	4
5	0	5
6	0	6

GAMMA

	PSAV	RSAB
-----	-----	-----
7	8	
9	10	

PHI

	PSAV	RSAB
-----	-----	-----
0		
11	0	

PSI

	PWHO	RWHO				
	-----	-----				
	12	13				
THETA-EPS						
	PWFOA	RWFOA				
	-----	-----				
PWFOA	0					
RWFOA	14	0				
THETA-DELTA						
RSAVD3	PSAVD1	PSAVD2	PSAVD3	RSAVD1	RSAVD2	
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
PSAVD1	15	16				
PSAVD2	0	0	17			
PSAVD3	0	0	0			
RSAVD1	18	0	0	19		
RSAVD2	0	20	0	21	22	
RSAVD3	0	0	0	0	0	

TI SAVDYAD

Number of Iterations = 10

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

LAMBDA-Y

	PWHO	RWHO
	-----	-----
PWFOA	0.510	- -
RWFOA	- -	0.526

LAMBDA-X

	PSAV	RSV
	-----	-----
PSAVD1	0.553 (0.042) 13.022	- -
PSAVD2	0.513 (0.041) 12.458	- -
PSAVD3	0.546 (0.043) 12.831	- -
RSVAVD1	- -	0.415 (0.036) 11.510

RSAVD2	- -	0.453 (0.040) 11.432
RSAVD3	- -	0.510 (0.039) 13.118

GAMMA

	PSAV	RSAV
PWHO	0.544 (0.149) 3.649	0.305 (0.148) 2.064
RWHO	0.118 (0.126) 0.941	0.617 (0.132) 4.686

Covariance Matrix of ETA and KSI

	PWHO	RWHO	PSAV	RSAV
PWHO	1.000			
RWHO	0.545	1.000		
PSAV	0.785	0.604	1.000	
RSAV	0.734	0.710	0.788	1.000

PHI

	PSAV	RSAV
PSAV	1.000	
RSAV	0.788 (0.041) 19.063	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	PWHO	RWHO
	0.349 (0.099) 3.531	0.491 (0.073) 6.744

Squared Multiple Correlations for Structural Equations

	PWHO	RWHO
	0.651	0.509

NOTE: R² for Structural Equations are Hayduk's (2006) Blocked-Error R²

Squared Multiple Correlations for Reduced Form

	PWHO	RWHO
	0.651	0.509
THETA-EPS		
	PWFOA	RWFOA
PWFOA	0.100	
RWFOA	0.086 (0.018) 4.727	0.010

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

	PWFOA	RWFOA				
	0.723	0.965				
THETA-DELTA						
	PSAVD1	PSAVD2	PSAVD3	RSAVD1	RSAVD2	
RSAVD3						
PSAVD1	0.058 (0.012) 5.006					
PSAVD2	- -	0.066 (0.012) 5.723				
PSAVD3	- -	- -	0.061 (0.012) 5.227			
RSAVD1	0.026 (0.008) 3.443	- -	- -	0.061 (0.011) 5.493		
RSAVD2	- -	0.018 (0.008) 2.250	- -	0.013 (0.009) 1.468	0.073 (0.013) 5.462	
RSAVD3	- -	- -	- -	- -	- -	
0.038						
(0.012)						
3.207						

Squared Multiple Correlations for X - Variables

RSAVD3	PSAVD1	PSAVD2	PSAVD3	RSAVD1	RSAVD2
---	-----	-----	-----	-----	-----
0.873	0.840	0.799	0.831	0.739	0.737

Log-likelihood Values

	Estimated Model	Saturated Model
Number of free parameters(t)	23	36
-2ln(L)	-1037.936	-1050.097
AIC (Akaike, 1974)*	-991.936	-978.097
BIC (Schwarz, 1978)*	-927.824	-877.747

*LISREL uses $AIC = 2t - 2\ln(L)$ and $BIC = t\ln(N) - 2\ln(L)$

Goodness-of-Fit Statistics

Degrees of Freedom for (C1)-(C2)	13
Maximum Likelihood Ratio Chi-Square (C1)	12.161 (P =
0.5145)	
Browne's (1984) ADF Chi-Square (C2_NT)	11.808 (P =
0.5434)	
Estimated Non-centrality Parameter (NCP)	0.0
90 Percent Confidence Interval for NCP	(0.0 ; 11.428)
Minimum Fit Function Value	0.101
Population Discrepancy Function Value (F0)	0.0
90 Percent Confidence Interval for F0	(0.0 ; 0.0952)
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0.0
90 Percent Confidence Interval for RMSEA	(0.0 ; 0.0856)
P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05)	0.754
Expected Cross-Validation Index (ECVI)	0.492
90 Percent Confidence Interval for ECVI	(0.492 ; 0.587)
ECVI for Saturated Model	0.600
ECVI for Independence Model	7.545
Chi-Square for Independence Model (28 df)	889.397
Normed Fit Index (NFI)	0.986
Non-Normed Fit Index (NNFI)	1.002
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.458
Comparative Fit Index (CFI)	1.000
Incremental Fit Index (IFI)	1.001
Relative Fit Index (RFI)	0.971
Critical N (CN)	271.950
Root Mean Square Residual (RMR)	0.00573
Standardized RMR	0.0178
Goodness of Fit Index (GFI)	0.976
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0.934
Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	0.352

TI SAVDYAD

Fitted Covariance Matrix

	PWFOA	RWFOA	PSAVD1	PSAVD2	PSAVD3
RSAVD1	-----	-----	-----	-----	-----

PWFOA	0.361				
RWFOA	0.232	0.287			
PSAVD1	0.222	0.176	0.365		
PSAVD2	0.205	0.163	0.284	0.329	
PSAVD3	0.219	0.174	0.302	0.280	0.359
0.233	0.155	0.155	0.207	0.168	0.179
0.201	0.170	0.169	0.197	0.201	0.195
0.212	0.191	0.190	0.222	0.206	0.219

Fitted Covariance Matrix

	RSAVD2	RSAVD3
---	-----	-----
0.279	0.279	
0.231	0.231	0.298

Fitted Residuals

	PWFOA	RWFOA	PSAVD1	PSAVD2	PSAVD3
0.004	-----	-----	-----	-----	-----
0.003					
0.001	0.000				
	0.000	0.000			
	-0.002	0.005	0.004		
	0.017	0.006	0.001	-0.001	
	-0.013	-0.013	0.004	-0.001	0.000
	-0.002	-0.004	0.009	0.001	0.006
	0.005	0.002	0.009	-0.004	-0.007
	0.001	0.003	0.000	-0.009	0.000

Fitted Residuals

	RSAVD2	RSAVD3
---	-----	-----
0.002	-0.002	
0.001	-0.002	0.000

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.013
 Median Fitted Residual = 0.000
 Largest Fitted Residual = 0.017

Stemleaf Plot

- 1|33
 - 0|97

- 0|442222110000000
 0|1111233444
 0|556699
 1|
 1|7

Standardized Residuals

	PW Hoa	RW Hoa	PSAVD1	PSAVD2	PSAVD3
RSAVD1	-----	-----	-----	-----	-----

PW Hoa	0.000				
RW Hoa	0.000	0.000			
PSAVD1	-0.063	0.213	0.104		
PSAVD2	- -	0.619	0.021	-0.013	
PSAVD3	-0.357	-0.545	0.106	-0.019	0.000
RSAVD1	-0.066	-0.174	0.320	0.039	0.245
0.168					
RSAVD2	0.244	0.060	0.263	-0.184	-0.227
0.149					
RSAVD3	- -	0.114	0.004	-0.546	0.008
0.039					

Standardized Residuals

	RSAVD2	RSAVD3
RSAVD2	-----	-----
RSAVD2	-0.068	
RSAVD3	-0.063	0.000

Summary Statistics for Standardized Residuals

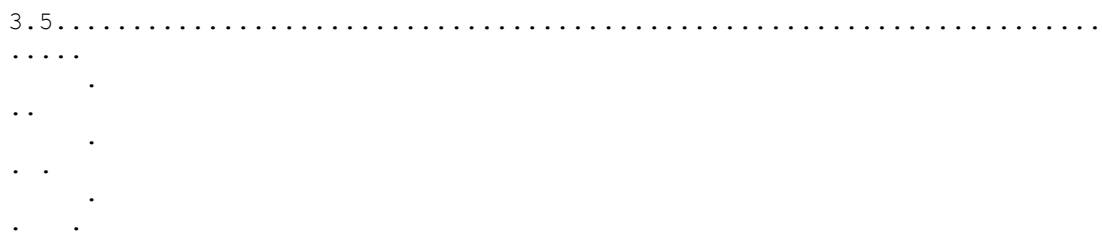
Smallest Standardized Residual = -0.546
 Median Standardized Residual = 0.000
 Largest Standardized Residual = 0.619

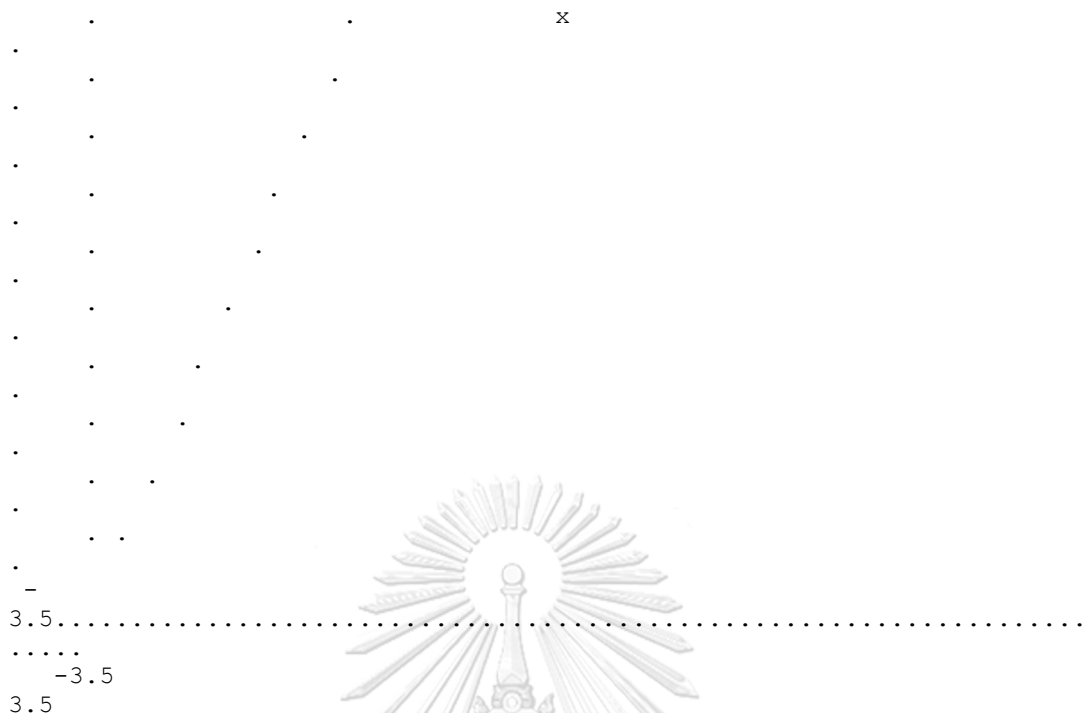
Stemleaf Plot

- 4|55
 - 2|63
 - 0|8777662100000000
 0|1244601157
 2|14462
 4|
 6|2

TI SAVDYAD

Qplot of Standardized Residuals





Standardized Residuals

TI SAVDYAD

Modification Indices and Expected Change

No Non-Zero Modification Indices for LAMBDA-Y

Modification Indices for LAMBDA-X

	PSAV	RSAV
PSAVD1	- -	0.886
PSAVD2	- -	0.600
PSAVD3	- -	0.037
RSAVD1	0.844	- -
RSAVD2	0.036	- -
RSAVD3	0.973	- -

Expected Change for LAMBDA-X

	PSAV	RSAV
PSAVD1	- -	0.052
PSAVD2	- -	-0.041
PSAVD3	- -	-0.010
RSAVD1	0.047	- -
RSAVD2	-0.011	- -
RSAVD3	-0.083	- -

Standardized Expected Change for LAMBDA-X

	PSAV	RSAV
PSAVD1	- -	0.052
PSAVD2	- -	-0.041

PSAVD3	- -	-0.010
RSAVD1	0.047	- -
RSAVD2	-0.011	- -
RSAVD3	-0.083	- -

Completely Standardized Expected Change for LAMBDA-X

	PSAV	RSVA
	-----	-----
PSAVD1	- -	0.086
PSAVD2	- -	-0.071
PSAVD3	- -	-0.017
RSAVD1	0.096	- -
RSAVD2	-0.020	- -
RSAVD3	-0.152	- -

No Non-Zero Modification Indices for BETA

No Non-Zero Modification Indices for GAMMA

No Non-Zero Modification Indices for PHI

No Non-Zero Modification Indices for PSI

Modification Indices for THETA-DELTA-EPS

	PWHA	RWHA
	-----	-----
PSAVD1	0.830	1.364
PSAVD2	3.252	0.008
PSAVD3	0.639	1.370
RSAVD1	0.020	0.992
RSAVD2	0.001	0.054
RSAVD3	0.012	0.723

Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	PWHA	RWHA
	-----	-----
PSAVD1	-0.009	0.010
PSAVD2	0.018	-0.001
PSAVD3	-0.009	-0.011
RSAVD1	0.001	-0.008
RSAVD2	0.000	0.002
RSAVD3	-0.001	0.009

Completely Standardized Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	PWHA	RWHA
	-----	-----
PSAVD1	-0.025	0.031
PSAVD2	0.053	-0.003
PSAVD3	-0.024	-0.034
RSAVD1	0.004	-0.030
RSAVD2	-0.001	0.007
RSAVD3	-0.004	0.031

Modification Indices for THETA-DELTA

	PSAVD1	PSAVD2	PSAVD3	RSAVD1	RSAVD2
RSAVD3					

PSAVD1	- -					
PSAVD2	0.711	- -				
PSAVD3	0.170	0.197	- -			
RSAVD1	- -	0.001	0.547	- -		
RSAVD2	1.996	- -	2.221	- -	- -	
RSAVD3	0.790	0.905	1.745	0.000	0.000	-

Expected Change for THETA-DELTA

	PSAVD1	PSAVD2	PSAVD3	RSAVD1	RSAVD2	
RSAVD3						
PSAVD1	- -					
PSAVD2	-0.010	- -				
PSAVD3	0.005	0.005	- -			
RSAVD1	- -	0.000	0.006	- -		
RSAVD2	0.012	- -	-0.012	- -	- -	
RSAVD3	-0.007	-0.008	0.010	0.000	0.000	-

Completely Standardized Expected Change for THETA-DELTA

	PSAVD1	PSAVD2	PSAVD3	RSAVD1	RSAVD2	
RSAVD3						
PSAVD1	- -					
PSAVD2	-0.030	- -				
PSAVD3	0.015	0.015	- -			
RSAVD1	- -	-0.001	0.019	- -		
RSAVD2	0.039	- -	-0.038	- -	- -	
RSAVD3	-0.021	-0.024	0.032	0.001	-0.001	-

Maximum Modification Index is 3.25 for Element (2, 1) of THETA DELTA-EPSILON



TI SAVDYAD

Factor Scores Regressions

ETA						
	PWFOA	RWFOA	PSAVD1	PSAVD2	PSAVD3	
RSAVD1						
PWFO	1.297	-0.694	0.139	0.118	0.176	
0.106						
RWFO	-1.061	2.414	0.167	0.120	0.141	-
0.041						

ETA		
	RSAVD2	RSAVD3
PWFO	0.126	0.380

RWHO	0.007	0.064				
KSI						
	PWHA	RWHA	PSAVD1	PSAVD2	PSAVD3	
RSAVD1	-----	-----	-----	-----	-----	-----

PSAV	0.096	0.006	0.619	0.445	0.521	-
0.156						
RSVA	0.011	0.155	-0.023	0.035	0.150	
0.408						

KSI		
	RSAVD2	RSAVD3
	-----	-----
PSAV	0.022	0.225
RSVA	0.345	0.931

TI SAVDYAD

Standardized Solution

LAMBDA-Y

	PWHO	RWHO
	-----	-----
PWHA	0.510	- -
RWHA	- -	0.526

LAMBDA-X

	PSAV	RSVA
	-----	-----
PSAVD1	0.553	- -
PSAVD2	0.513	- -
PSAVD3	0.546	- -
RSAVD1	- -	0.415
RSAVD2	- -	0.453
RSAVD3	- -	0.510

GAMMA

	PSAV	RSVA
	-----	-----
PWHO	0.544	0.305
RWHO	0.118	0.617

Correlation Matrix of ETA and KSI

	PWHO	RWHO	PSAV	RSVA
	-----	-----	-----	-----
PWHO	1.000			
RWHO	0.545	1.000		
PSAV	0.785	0.604	1.000	
RSVA	0.734	0.710	0.788	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	PWHO	RWHO
	0.349	0.491

Regression Matrix ETA on KSI (Standardized)

	PSAV	RSAV
PWHO	0.544	0.305
RWHO	0.118	0.617

TI SAVDYAD

Completely Standardized Solution

LAMBDA-Y

	PWHO	RWHO
PWFOA	0.850	- -
RWFOA	- -	0.982

LAMBDA-X

	PSAV	RSAV
PSAVD1	0.916	- -
PSAVD2	0.894	- -
PSAVD3	0.911	- -
RSAVD1	- -	0.860
RSAVD2	- -	0.858
RSAVD3	- -	0.934

GAMMA

	PSAV	RSAV
PWHO	0.544	0.305
RWHO	0.118	0.617

Correlation Matrix of ETA and KSI

	PWHO	RWHO	PSAV	RSAV
PWHO	1.000			
RWHO	0.545	1.000		
PSAV	0.785	0.604	1.000	
RSAV	0.734	0.710	0.788	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	PWHO	RWHO
	0.349	0.491

THETA-EPS

	PWFOA	RWFOA
PWFOA	0.277	

RWHOA	0.268	0.035				
THETA-DELTA						
	PSAVD1	PSAVD2	PSAVD3	RSAVD1	RSAVD2	
RSAVD3	-----	-----	-----	-----	-----	-----

PSAVD1	0.160					
PSAVD2	- -	0.201				
PSAVD3	- -	- -	0.169			
RSAVD1	0.089	- -	- -	0.261		
RSAVD2	- -	0.060	- -	0.052	0.263	
RSAVD3	- -	- -	- -	- -	- -	
0.127						

Regression Matrix ETA on KSI (Standardized)

	PSAV	RSVA
	-----	-----
PWHO	0.544	0.305
RWHO	0.118	0.617
TI SAVDYAD		
Total and Indirect Effects		
Total Effects of KSI on ETA		
	PSAV	RSVA
	-----	-----
PWHO	0.544	0.305
	(0.149)	(0.148)
	3.649	2.064
RWHO	0.118	0.617
	(0.126)	(0.132)
	0.941	4.686

Total Effects of ETA on Y

	PWHO	RWHO
	-----	-----
PWHOA	0.510	- -
RWHA	- -	0.526

Total Effects of KSI on Y

	PSAV	RSVA
	-----	-----
PWHA	0.278	0.156
	(0.076)	(0.075)
	3.649	2.064
RWHA	0.062	0.324
	(0.066)	(0.069)
	0.941	4.686

TI SAVDYAD

Standardized Total and Indirect Effects

Standardized Total Effects of KSI on ETA

	PSAV -----	RSAV -----
PWHO	0.544	0.305
RWHO	0.118	0.617

Standardized Total Effects of ETA on Y

	PWHO -----	RWHO -----
PWFOA	0.510	- -
RWFOA	- -	0.526

Completely Standardized Total Effects of ETA on Y

	PWHO -----	RWHO -----
PWFOA	0.850	- -
RWFOA	- -	0.982

Standardized Total Effects of KSI on Y

	PSAV -----	RSAV -----
PWFOA	0.278	0.156
RWFOA	0.062	0.324

Completely Standardized Total Effects of KSI on Y

	PSAV -----	RSAV -----
PWFOA	0.463	0.259
RWFOA	0.116	0.606

Time used 0.031 seconds

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	กุลนิษฐ์ ดำรงค์สกุล
วัน เดือน ปี เกิด	15 พฤศจิกายน 2516
สถานที่เกิด	กรุงเทพฯ
วุฒิการศึกษา	คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
ที่อยู่ปัจจุบัน	หน่วยสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬารณีย์ หลักสี่ กรุงเทพฯ 10210 อีเมล moodymari@gmail.com

