

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแล
ในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO SUPPORTIVE CARE NEEDS IN FAMILY CAREGIVERS
OF PATIENTS WITH ADVANCED CANCER

Miss Intira Mahaweranon



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบ
	สนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
โดย	นางสาวอินทิรา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร รัตนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร รัตนศิลป์)

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

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. อัครเดช เกตุจำเริญ)

อินทิรา มหาวีรานนท์ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (FACTORS RELATED TO SUPPORTIVE CARE NEEDS IN FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH ADVANCED CANCER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. สุรีพร ธนศิลป์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร. จรรยา ฉิมหลวง, 167 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 184 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความเหนื่อยล้าแบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรง เท่ากับ 0.75, 1.00, 0.90, 0.90, 0.70, 0.80 และ 1.00 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93, 0.93, 0.94, 0.91 และ 0.96 ตามลำดับ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วย หาค่าความเที่ยงด้วยค่า KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.73 และแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย หาค่าความเที่ยงด้วยการวัดซ้ำ (Test-retest method) เท่ากับ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัยพบว่า

- 1) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.09, SD = 0.74)
- 2) แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.21$ และ $-.22$, $p < .05$ ตามลำดับ)
- 3) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้าและความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .17$, $.20$, $.29$, และ $.37$, $p < .05$ ตามลำดับ) แต่อย่างไรก็ตาม อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ($r = .06$, $p > .05$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5777362036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SUPPORTIVE CARE NEEDS / CAREGIVERS / PATIENTS WITH ADVANCED CANCER

INTIRA MAHAWERANON: FACTORS RELATED TO SUPPORTIVE CARE NEEDS IN FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH ADVANCED CANCER. ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., CO-ADVISOR: JANAYA CHIMLUANG, Ph.D., 167 pp.

This descriptive correlational research examined the supportive care needs and the relationship between selected factors related to supportive care needs in family caregivers of patients with advanced cancer. One hundred and eighty-four family caregivers of patients with advanced cancer were recruited using a multi-stage sampling method. The research instruments included the demographic data form and the State-Trait Anxiety Inventory form Y, the Social Support Questionnaire, the Fatigue Severity Scale, the Edmonton Symptom Assessment Scale, the Supportive Care Needs Survey for partners and caregivers of cancer survivors, a knowledge assessment form and the Karnofsky Performance Status Scale. These instruments were tested for their content validity by a panel of experts. Their CVI were 0.75, 1.00, 0.90, 0.90, 0.70, 0.80, and 1.00 respectively. The reliability of the instruments was tested using Cronbach's alpha coefficient. They were at 0.93, 0.93, 0.94, 0.91 and 0.96, respectively. The KR-20 of the knowledge assessment form was 0.73. Test-retest reliability of The Karnofsky Performance Status Scale was 0.95. Data were analyzed using mean, standard deviations and Pearson's product-moment correlation.

The research results were as follows:

1) The supportive care needs in family caregivers of cancer patients was at moderate level (mean = 3.09, SD = 0.74).

2) Social support and physical performance of patients were negatively and significantly related to supportive care needs in family caregivers of cancer patients ($r = -.21$ and $-.22$, $p < .05$, respectively)

3) Knowledge, anxiety, fatigue and symptom severity were positively and significantly related to supportive care needs in family caregivers of cancer patients ($r = .17$, $.20$, $.29$, and $.37$, $p < .05$, respectively). However, age was not significantly related to supportive care needs in family caregivers of cancer patients ($r = .06$, $p > .05$).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรวดเร็ว จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใยและคอยให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูง จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. อัครเดช เกตุฉำ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสมกับงานวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ให้ความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย ด้วยความรัก ความห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ที่ได้อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทุกคนที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้างาน พี่ น้องร่วมงานที่น่ารักที่คอยช่วยเหลือและรับผิดชอบงานในส่วนของผู้วิจัยเพิ่มในระหว่างที่ผู้วิจัยลาเก็บข้อมูลวิจัย และขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโททุกคนที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจกันตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ได้อบรมสั่งสอน ปลูกฝังสิ่งที่ดีงามตลอดมาและคอยอยู่เคียงข้าง ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือทุกๆด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา คุณความดีและประโยชน์ที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์นี้ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี ครู-อาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

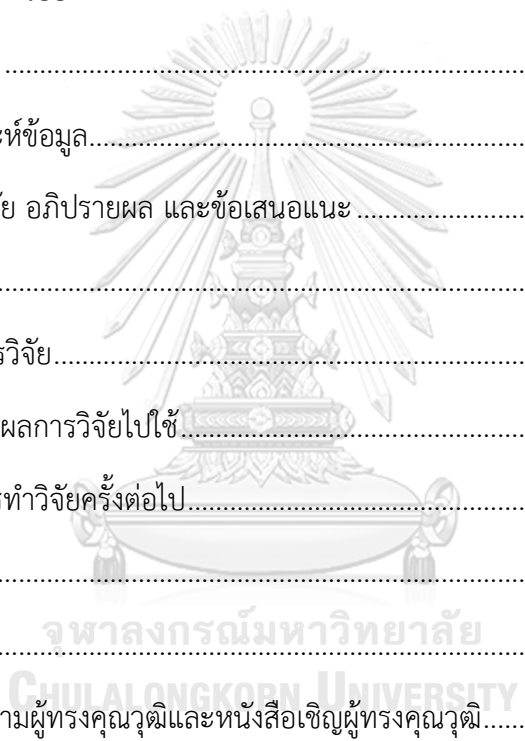
การทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ผู้วิจัยได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	10
ขอบเขตการวิจัย	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะลุกลาม.....	15
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	24
3. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	30
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	35
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล	66
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	81
สรุปผลการวิจัย.....	82
การอภิปรายผลการวิจัย.....	83
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	92
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	92
รายการอ้างอิง	93
ภาคผนวก.....	102
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	103
ภาคผนวก ข จดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย.....	110
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	122
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	131
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	146
ภาคผนวก ฉ การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์ความถดถอย	159
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	167



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของ รายได้ อาชีพ รูปแบบการทำงาน ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแล ต่อวัน สุขภาพของผู้ดูแล และโรคประจำตัว (n = 184).....	70
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (n = 184).....	73
ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความต้องการการดูแลแบบ สนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามโดยรวมและรายด้าน (n = 184)	75
ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร (n = 184).....	76
ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (n = 184).....	77
ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะลุกลาม (n = 184).....	78
ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความเหนื่อยล้า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการ ทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 184).....	79
ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย รายชื่อของแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ	147
ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย รายชื่อของแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม	148
ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย รายชื่อของแบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	149
ตารางที่ 11 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .96.....	151

ตารางที่ 12 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ (n = 30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .93.....	155
ตารางที่ 13 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .93.....	155
ตารางที่ 14 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบประเมินความเหนื่อยล้า (n = 30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .94.....	156
ตารางที่ 15 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบประเมินความรุนแรงของอาการ (n = 30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .91.....	156
ตารางที่ 16 Model Summary เพื่อพิจารณาค่า Durbin – Watson	163
ตารางที่ 17 ตาราง Coefficients เพื่อพิจารณาค่า Tolerance และ IVF	163
ตารางที่ 18 ตาราง Collinearity Diagnostic เพื่อพิจารณา Eigen Value.....	164
ตารางที่ 19 ตาราง Correlation เพื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์แต่ละตัวแปร.....	165

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	52
ภาพที่ 2 การแจกแจงปกติของตัวแปร จากแผนภาพ histogram.....	160



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของคนทั่วโลก องค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 8.8 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2558 ในจำนวนผู้เสียชีวิต 8.8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยมะเร็งปอด 1.69 ล้านคน มะเร็งตับ 788,000 คน มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 774,000 คน มะเร็งกระเพาะอาหาร 754,000 คน และมะเร็งเต้านม 571,000 คน (World Health Organization, 2015) สำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายปี และมีจำนวนผู้ป่วยตายและอัตราการตายต่อประชากรแสนคนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ กล่าวคือ ปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนผู้ป่วยตาย 63,272 คน คิดเป็นอัตราการตาย 98.50 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ.2556 มีจำนวนผู้ป่วยตาย 67,692 คน คิดเป็นอัตราการตาย 104.80 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ป่วยตาย 70,075 คน คิดเป็นอัตราการตาย 107.90 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2558 ที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยตาย 73,348 คน คิดเป็นอัตราการตาย 112.80 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยตาย 77,566 คน คิดเป็นอัตราการตาย 119.30 ต่อประชากรแสนคน เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 3 อันดับแรกพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับ 17,070 คน มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด 13,414 คน มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4,558 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า โรคมะเร็งมีอัตราการตายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและทางวิทยาศาสตร์การแพทย์มากขึ้น แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยมักมารับการรักษาเมื่อโรครอยู่ในระยะลุกลาม

ผู้ป่วยมะเร็งโดยส่วนใหญ่มักไม่ทราบอาการของโรคในระยะแรก จึงทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเมื่อโรครอยู่ในระยะลุกลาม ซึ่งเป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายด้วยวิธีของศัลยกรรม เคมีบำบัด หรือแม้แต่รังสีรักษา เพราะเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายและลูก้ำทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ตลอดระยะเวลาการดำเนินของโรค (กิติกร นิลมานัต วังจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร วันธณี วิรุฬห์พานิช และสุรีย์พร กฤษเจริญ, 2551) ซึ่งความผิดปกติทางร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด มีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 30-90 อาการคลื่นไส้และอาเจียนพบได้ร้อยละ 30 อาการผอมแห้งพบได้ร้อยละ 80 การขับถ่ายผิดปกติพบได้ร้อยละ 50 อาการหายใจลำบาก การติดเชื้อ เบื่ออาหาร ภาวะซีด ภาวะเลือดออกง่าย นอนไม่หลับ สับสน และแพ้ (ชนิตา มณีวรรณและคณะ, 2536; ชูชื่น ชิวพูลผล, 2541; วังจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) จากปัญหาของ

ผู้ป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามช่วยเหลือตนเองได้ลดลง และการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรครวมถึงการเผชิญความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ก่อให้เกิดความทุกข์ด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ มีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553; สมพร เทพสุรียานนท์, 2556) ในระยะนี้ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณจากผู้ดูแลในครอบครัว

ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ได้จำกัดอยู่ในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยส่งผลให้โรงพยาบาลมีนโยบายเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงและรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลช่วงสั้น โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งจะได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเมื่อเกิดภาวะวิกฤตเท่านั้น ทำให้แนวโน้มของผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องการการดูแลที่บ้านเพิ่มมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลต่อเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวที่อยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยในระยะนี้ต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการมีข้อจำกัดทางร่างกาย ความแข็งแรงของร่างกายลดลง อ่อนล้าเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การป้อนอาหาร การให้ยา การทำแผล การบริหารจัดการอาการต่างๆที่เกิดขึ้น รวมทั้งการให้กำลังใจและปลอบใจผู้ป่วยเพราะในขณะที่ยังเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นผู้ป่วยมักจะมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นด้วย เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย เอาแต่ใจ ไม่ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่ให้ความร่วมมือ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ์, 2557) ในขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวข้างต้น ทำให้ตัวผู้ดูแลเองมีปัญหาหรือความต้องการต่างๆ ตามมาหลายประการ โดยพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีความต้องการด้านจิตอารมณ์ มีความต้องการทางกาย มีความต้องการทางสังคม มีความต้องการทางจิตวิญญาณ และมีความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน เป็นต้น (Youngmee Kim, Deborah A. Kashy, Rachel L. Spillers, & Evans, 2010) จากความต้องการในด้านต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากทีมสุขภาพเพื่อตอบสนองตามความต้องการที่เกิดขึ้น

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน เป็นความต้องการที่จะได้รับในสิ่งที่พึงปรารถนา สิ่งที่มีความจำเป็น หรือการได้รับการตอบสนองจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดี (Sanson-Fisher et al., 2000) ซึ่งความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ตามแนวคิดของ Girgis et al. (2013) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพ ความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ความต้องการด้านการทำงานและสังคม และความต้องการด้านข้อมูล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง

ตามความต้องการมากถึงร้อยละ 43 (Sklenarova et al., 2015) โดยที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามต้องการที่จะได้รับข้อมูลที่ถูกต้องอย่างเพียงพอ ต้องการรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค ของผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแล (Bee, Barnes, & Luker, 2009) ต้องการได้รับการฝึกฝนวิธีการดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และต้องการความช่วยเหลือในการจัดการกับความรู้สึกต่างๆรวมถึงความวิตกกังวล (Chen et al., 2016; Ewing, Brundle, Payne, & Grande, 2013)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความต้องการการดูแลแบบ สนับสนุนในทุกด้าน โดยพบว่า ความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพนั้นผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือในการจัดการอาการของผู้ป่วย การให้ยา การฝึกฝนเทคนิคและวิธีการดูแลผู้ป่วยจากทีม สุขภาพอยู่ในระดับมาก ความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลต้องการที่จะมีโอกาสได้พักผ่อน หลังจากที่ได้ดูแลผู้ป่วยมาตลอด ต้องการมีเวลาสำหรับตนเองในแต่ละวัน และต้องการมีเวลาดูแลสุขภาพของตนเองและต้องการความช่วยเหลือในการจัดการกับความรู้สึกต่างๆรวมทั้งความวิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลาง (พิมพ์พนิต ภาศรี แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หัตถกิจ, 2558) และต้องการความช่วยเหลือในการคลายความเครียดอยู่ในระดับมาก (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) ความต้องการ ด้านการทำงานและสังคม ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการมีคนที่ช่วยเหลือในยามฉุกเฉินหรือแก้ปัญหา เร่งด่วนขณะดูแลผู้ป่วย และต้องการฝึกฝนเทคนิคและวิธีการดูแลผู้ป่วยจากทีมสุขภาพ อยู่ในระดับ มาก (พิมพ์พนิต ภาศรี แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หัตถกิจ, 2558) และความต้องการด้านข้อมูล พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวต้องการเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ต้องการรู้เกี่ยวกับการ ดำเนินของโรค ต้องการทราบวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับอยู่ในระดับมาก (กิติกร นิลมานันต์, 2555; ศิ ริวรรณ วรรณศิริ, 2548) จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในทุกๆด้าน หากผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการจะทำให้ ผู้ดูแลมีความเครียดทางอารมณ์มากขึ้น เกิดความเบื่อหน่าย เหนื่อยล้า วิตกกังวล มีปัญหาซึมเศร้า รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และอาจมีปัญหสุขภาพกายเพิ่มขึ้นได้ (Kim & Given, 2008) จนทำให้ ผู้ดูแลกลายเป็นผู้ป่วยเองและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่สามารถให้การดูแลที่เกิดประโยชน์ แก่ ผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยอาจเป็นที่มาของความรุนแรงของอาการที่มากขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นำมา ซึ่งค่าใช้จ่ายของครอบครัวและของโรงพยาบาล (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557)

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆมากมายตลอดช่วงเวลาที่ให้การดูแล ผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งจึงเป็นบุคคลที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งที่จำเป็นต้องได้รับการ ดูแลจากพยาบาล ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีพยาบาลมุ่งเน้นการดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient

center care) จนดูเหมือนว่าจะละเลยการดูแลครอบครัวหรือญาติ จนทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการปรับเปลี่ยนบทบาทมุ่งเน้นการดูแลครอบครัว (family center care) ให้มากขึ้น การดูแลผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างครบถ้วน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (วารุณี มีเจริญ, 2557) ซึ่งบทบาทพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบ การตอบสนองความต้องการเป็นรายบุคคล ส่งเสริมให้ดูแลสุขภาพของตนเอง และดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัว รับฟังปัญหาของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล สอนและให้ความรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ให้ข้อมูลและช่วยเหลือตามที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ อายุ โดยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) และการศึกษาของ Armoogum, Richardson, and Armes (2013) พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก การศึกษาปัจจัยด้านความวิตกกังวล จากการศึกษาของ Sklenarova et al. (2015) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวทำให้ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากขึ้น เนื่องจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทำให้การรับรู้แคบลง ความจำไม่ดี การตัดสินใจไม่ดี ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ไม่สามารถใช้ทักษะที่มีอยู่ในการแก้ปัญหาได้ (อารีย์ บุญบรรรรัตนกุล, 2538) และทำให้ผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการรับรู้ถึงการตอบสนองที่ได้รับ (ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2554) จึงทำให้รู้สึกว่ายังไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ การศึกษาปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (Chen et al., 2014) กล่าวคือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากขึ้น การศึกษาปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของ Shaw et al. (2013) พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นความรู้เกี่ยวกับอาการ การรักษา วิธีการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการแก้ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วย (Davis, et al., 1985) ผู้ดูแลที่ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจากทีมสุขภาพมากขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความเหนื่อยล้ามาก จะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากขึ้น (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) และการศึกษาในส่วนของปัจจัยด้านผู้ป่วย

การศึกษาของ Chen et al. (2014) พบว่า ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์กับความต้องการ การดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมัก มีอาการไม่สุขสบายต่างๆเกิดขึ้นซึ่งเป็นผลกระทบจากโรคและการรักษาที่ได้รับ โดยที่อาการเหล่านั้น มีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย พบว่า มีความสัมพันธ์ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (Chen et al., 2014) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางด้าน ร่างกาย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ผู้ป่วยต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น (Walsh, Estrada, & Hogan, 2004) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย บางอย่างต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการการ ดูแลแบบสนับสนุนเพิ่มมากขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องการได้รับการดูแลแบบ สนับสนุนในทุกด้าน ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นการศึกษา ในต่างประเทศ (Chen et al., 2016; Chen et al., 2014; Ewing et al., 2013; Sklenarova et al., 2015) ซึ่งมีการศึกษาทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแล และปัจจัยทำนาย ความต้องการของผู้ดูแลแล้ว แต่ผลการศึกษาที่ได้อาจจะไม่สามารถนำมาอ้างอิงกับกลุ่มผู้ดูแลใน ประเทศไทยได้ เนื่องจากมีบริบททางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ที่แตกต่างกัน สำหรับใน ประเทศไทยพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) ซึ่งเป็นการศึกษาเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา และเป็น การศึกษาความต้องการ (Needs) ของผู้ดูแลในครอบครัวเท่านั้น ไม่ได้ศึกษาความต้องการการดูแล แบบสนับสนุน (Supportive care needs) ซึ่งมีความความต้องการ (Needs) เป็นความปรารถนาบาง สิ่งบางอย่างที่มีความจำเป็น เพื่อการคงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม (Taylor, Lillis & Mone, 1997) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (Supportive care needs) เป็นความต้องการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในสิ่งที่พึงปรารถนา สิ่งที่มีความจำเป็น หรือการได้รับ การตอบสนองจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดี (Hui et al., 2013; Sanson-Fisher et al., 2000) ดังนั้นผู้วิจัยจึง ต้องการศึกษปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองความ ต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับใด และความต้องการได้รับการตอบสนองมากน้อยเพียงใด
2. อายุของผู้ดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ความรุนแรงของอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความเหนื่อยล้า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังมีผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะลุกลาม เนื่องจากในระยะนี้ผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันหลายๆอาการและมีแนวโน้มที่อาการจะทวีความรุนแรงขึ้นตามพยาธิสภาพของโรค นอกจากนั้นแล้วการรักษาที่ได้รับยังส่งผลข้างเคียงมากมาย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับการมีข้อจำกัดทางร่างกายเนื่องจากความแข็งแรงของร่างกายลดลง อ่อนล้าเพิ่มมากขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง (วารุณี มีเจริญ, 2557) ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารจัดการอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วย จึงเป็นช่วงเวลาที่ยาติผู้ดูแลมักรายงานว่ามีความเครียดสูง ต้องเผชิญกับปัญหามากมายในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งปัญหาที่ผู้ดูแลพบได้บ่อย ได้แก่ เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ การรับรู้ว่ามีภาระมากในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลไม่ดี และขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (วารุณี มีเจริญ, 2557) ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำเป็นต้องได้รับการดูแล

แบบสนับสนุนจากที่มีสุขภาพ ในการตอบสนองตามความต้องการด้านต่างๆ เพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุก และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพ ความต้องการด้านอารมณ์ และจิตใจ ความต้องการด้านการทำงานและสังคม และความต้องการด้านข้อมูล (Girgis et al., 2013) ทั้งนี้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ได้แก่ 1) อายุของผู้ดูแล (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) 2) ความวิตกกังวลของผู้ดูแล (Sklenarova et al., 2015) 3) แรงสนับสนุนทางสังคม (Chen et al., 2014) 4) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (Shaw et al., 2013) 5) ความเหนื่อยล้า (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) 6) ความรุนแรงของอาการ (Chen et al., 2014) 7) ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (Chen et al., 2014) โดยอธิบายได้ดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ การรับรู้ ความสามารถในการเข้าใจ การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลอื่น ซึ่งความสามารถในการดูแลของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (Orem, 2001) โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะทำให้บุคคลมีการพัฒนาความสามารถผ่านประสบการณ์ในการแก้ปัญหา สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติในการแก้ปัญหาทั้งเรื่องส่วนตัวและเรื่องครอบครัวได้ ต่างจากบุคคลที่มีอายุน้อย (ผกายมาศ กิตติวิทยากุล, 2551) เมื่อต้องมารับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งผู้ดูแลจึงต้องการได้รับการดูแลเพื่อการตอบสนองความต้องการในระดับสูง (Girgis, Lambert, & Lecathelinais, 2011) สรุปได้ว่าอายุของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นสิ่งเร้าร่วมประการหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัว การมีวุฒิภาวะและประสบการณ์จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัว สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้น อายุน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้าย หรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหามากมายตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล โดยพบว่าผู้ดูแลจะมีระดับของความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วย ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลอยู่ที่ร้อยละ 39 ในขณะที่ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลร้อยละ 22 (Clavarino, Lowe, Carmont, & Balanda, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชา วิเสโส (2545) ที่พบว่า ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง คือ ความวิตกกังวล โดยที่ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ความคิด ความจำ และสมาธิ ทำให้การรับรู้แคบลง ความจำไม่ดี การตัดสินใจไม่ดี ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ไม่สามารถใช้ทักษะที่มีอยู่ในการแก้ปัญหาได้ (อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538) และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นยังทำให้ผู้ดูแลมีข้อจำกัด

ในการรับรู้ถึงการตอบสนองที่ได้รับ (ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2554) จึงทำให้รู้สึกว่ายังไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ซึ่งจากการศึกษาของ Sklenarova et al. (2015) พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลเป็นปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ดูแล ($\beta = .33, p < 0.01$) ดังนั้น ความวิตกกังวลน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและจากทีมสุขภาพ ประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสารและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งช่วยนำพาบุคคลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม (House & Kahn, 1985) การช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอาจเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต้องการได้รับการดูแลสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลางในช่วง 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลต้องการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงสุด (Hung et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2014) พบว่า ผู้ดูแลที่ขาดแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นความเข้าใจอย่างถูกต้องของผู้ดูแลในครอบครัวในโรคมะเร็งระยะลุกลาม เกี่ยวกับอาการ การรักษา วิธีการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการแก้ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วย (Davis & Cox, 1985) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย อาจเกิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการลองผิดลองถูก (Bee et al., 2009) โดยความรู้ที่ผู้ดูแลยังมีไม่เพียงพอ เช่น ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย (Lin & Tsao, 2004) วิธีการดูแลผู้ป่วย (Jansma, Schure, & Jong, 2005; Lin & Tsao, 2004) การให้ยา และการจัดการความปวดของผู้ป่วย (Aranda et al., 2004; Docherty et al., 2008) โดยผู้ดูแลต้องการข้อมูลเหล่านี้จากบุคลากรทางการแพทย์ (Shaw et al., 2013) เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความรู้ มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวลดลง จากการศึกษาของ Shaw et al. (2013) พบว่า ผู้ดูแลที่ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับสูง ดังนั้น ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

ความเหนื่อยล้า เป็นความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย รู้สึกขาดพลังงานจนถึงหมดแรงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยอาจมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ และด้านสติปัญญา เช่น สมาธิและความสนใจลดลง มีอารมณ์ตึงเครียด รู้สึกง่วงนอนตลอดเวลา ความสามารถในการทำงานลดลง ไม่อยากพบหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ศิริวรรณ

วรรณศิริ, 2548) จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวร้อยละ 94.4 มีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง (ยุพดี กฤษณะจุฑะ, 2544) ซึ่งความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่หรือทำให้ความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยลดลงจนอาจทำให้ผู้ดูแลและทั้งผู้ป่วยได้ จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความเหนื่อยล้ามากจะมีความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ มาก (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2016) ที่พบว่า ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม ($r = 0.31, p < .001$) ดังนั้น ความเหนื่อยล้าน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

ความรุนแรงของอาการ เป็นความเข้มข้นของอาการ หรือเป็นความรุนแรงของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดจากการรับรู้และการประเมินของผู้ป่วยเอง (นพมาศ พัดทอง, 2554) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีอาการที่พบบ่อย 5 อาการ ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวด ไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหาร และวิตกกังวล (ศรีรัตน์ มากมาย, 2556) ซึ่งอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นตามการดำเนินของโรค โดยพบว่าความรุนแรงของอาการที่มากขึ้นส่งผลให้ต้องการได้รับการดูแลมากขึ้น (Chen et al., 2014) ทั้งนี้ความรุนแรงของอาการยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเพราะในช่วงที่ต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการรักษาและจัดการอาการต่างๆที่เกิดขึ้น (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ซึ่งจากการศึกษา พบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแล ($r = 0.32, p < 0.001$) (Chen et al., 2014) ดังนั้น ความรุนแรงของอาการน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย เป็นความสามารถของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อความต้องการการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญกับปัญหาและอาการต่างๆตลอดระยะเวลาการดำเนินของโรคส่งผลให้ความแข็งแรงของร่างกายจะลดลง อ่อนล้าเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง (วารุณี มีเจริญ, 2557) ในระยะนี้ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมจากผู้ดูแลในครอบครัว จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงต้องการได้รับการดูแลมากขึ้น (Chen et al., 2014) ทั้งนี้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลงของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเพราะในช่วงที่ต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ หากผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน อาจจะทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องการได้รับคำแนะนำและได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆจากทีมสุขภาพ เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่าง

ถูกต้อง จากการศึกษาของ Chen et al. (2016) พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแล ($r = -0.26, p < 0.01$) ดังนั้น ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยน่าจะมีสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. อายุของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านอย่างน้อย 1 เดือน และพาผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

2. ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย คือ

2.1 ตัวแปรต้น คือ อายุของผู้ดูแล ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย

2.2 ตัวแปรตาม คือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพ ความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ความต้องการด้านการทำงานและสังคม และความต้องการด้านข้อมูล (Girgis et al., 2013)

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 หรือมีการกระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ของร่างกาย การรักษาที่ได้รับมีเป้าหมายเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานอันเป็นผลมาจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้น้อยหรือไม่ได้เลย จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร พี่/น้อง และเป็นผู้ที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน หมายถึง ความปรารถนาของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามถึงสิ่งที่ได้รับการช่วยเหลือและตอบสนองตามความต้องการ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านระบบบริการสุขภาพ (Health care service) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ การเข้าถึงระบบสุขภาพและแหล่งประโยชน์ต่างๆ รวมถึงผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง
2. ด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and psychological) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการด้านอารมณ์ ความรู้สึก และการเผชิญปัญหา
3. ด้านการทำงานและสังคม (Work and social) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน การเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพ การสื่อสารกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว
4. ด้านข้อมูล (Information) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับโรค การรักษาที่ได้รับและการดูแลผู้ป่วย

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนประเมินได้จากแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง (The supportive care needs survey for partners and caregivers)

สร้างโดย Girgis et al. (2011) ซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยคะแนนรวมสูงหมายถึงผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามนับตั้งแต่ปีเกิด จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ไม่นับเดือน

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ความหวาดหวั่น กระวนกระวายใจ และขาดความเข้าใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form Y-1 (1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา โดยคะแนนรวมมากแสดงถึงความวิตกกังวลสูง (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคลซึ่งดูแลและใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ คู่ชีวิต บุตร ญาติ เพื่อน แพทย์ พยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ของหรือแรงงาน และการประเมินตัดสินใจ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดย กฤติกาพร โยโนนตาด (2542) ตามแนวคิดของ (House & Kahn, 1985) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษา การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับความแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทางในการดูแลสุขภาพ ให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริง บอกแหล่งข้อมูลเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือแรงงาน หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของเครื่องใช้ เงินทอง เวลา แรงงาน สิ่งแวดล้อมจากบุคคลใกล้ชิด
4. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับการยอมรับ การเห็นคุณค่า และเห็นด้วยในการกระทำที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ความเข้าใจอย่างถูกต้องของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ อาการที่พบบ่อยและการจัดการอาการใน

เบื้องต้น อาการ ที่ควรพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ยาที่ใช้และการดูแลเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา ตลอดจนการดูแล ความสุขสบายของผู้ป่วย ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย รู้สึกขาดพลังงานจนถึงหมดแรงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยอาจมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ และด้านสติปัญญาพร้อมด้วย เช่น สมาธิและความสนใจลดลง มีอารมณ์ตึงเครียด รู้สึกง่วงนอนตลอดเวลา ความสามารถในการทำงานลดลง ไม่อยากพบหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ประเมินโดยใช้แบบวัดความเหนื่อยล้าของ Piper (1998) ที่ วัชรภรณ์ โตะทอง (2545) นำมาใช้

ความรุนแรงของอาการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามถึงระดับความรุนแรงของการเกิดอาการประกอบด้วยอาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซีดเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นต่อความต้องการการดูแลตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (The Karnofsky Performance Status: KPS) ที่ อำนวยพร อาษานอก (2549) นำไปใช้วัดระดับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังผ่าตัด และ ชูชื่น ชิวพูลผล (2541) ได้นำไปใช้วัดระดับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. เป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อเนื่องเพื่อขยายความรู้และพัฒนาการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะลุกลาม
 - 1.1 ความหมายของโรคมะเร็งระยะลุกลาม
 - 1.2 สาเหตุ กลไกการเกิดโรคมะเร็งระยะลุกลาม
 - 1.3 การแบ่งระยะของโรค
 - 1.4 การรักษาโรคมะเร็งระยะลุกลาม
 - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามในปัจจุบัน
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.2 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
 - 2.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม
 - 2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม
3. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
 - 3.1 ความหมายของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
 - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
 - 3.3 ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
 - 3.4 แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
 - 4.1 อายุ
 - 4.2 ความวิตกกังวล
 - 4.3 แรงสนับสนุนทางสังคม
 - 4.4 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

4.5 ความเหนียวล้า

4.6 ความรุนแรงของอาการ

4.7 ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะลุกลาม

โรคมะเร็งระยะลุกลามเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ เนื่องจากโรคมะเร็งสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย และทุกอวัยวะของร่างกายตลอดจนมีการลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆทั่วร่างกาย ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และคุณภาพต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว

1.1 ความหมายของโรคมะเร็งระยะลุกลาม

โรคมะเร็งระยะลุกลาม (Advanced cancer) เป็นโรคของเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่มีลักษณะการโตของมะเร็งจะมีส่วนยื่นแทรกเข้าไปในเนื้อดีรอบๆ จากการที่มะเร็งแทรกลุกลามไปยังเนื้อดีรอบๆจึงอาจมีการทำลายเส้นเลือด ทำให้มีเลือดออก หรือทำลายกระดูก เส้นประสาท ทำให้เกิดอาการเจ็บปวด มีการเน่าตายของแผลมะเร็ง ในระยะท้ายๆมะเร็งจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะหรือส่วนอื่นของร่างกายที่ห่างไกลออกไป (ไพรัช เทพมงคล, 2528)

โรคมะเร็งระยะลุกลาม (Advanced cancer) เป็นโรคจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของกลุ่มเซลล์บางส่วนของร่างกาย เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายของเซลล์ไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย โดยผ่านทางเส้นเลือดและระบบน้ำเหลือง ส่งผลกระทบต่อระบบกายวิภาค โดยจะไปเบียดเบียนที่อยู่ของอวัยวะเดิมและระบบสรีรวิทยา ทำให้ระบบการทำงานต่างๆของร่างกายไม่สามารถดำเนินไปอย่างปกติจนก่อให้เกิดพยาธิสภาพขึ้น (อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์, 2541)

สรุป โรคมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง โรคของเนื้องอกชนิดร้ายแรง ที่มีการแพร่กระจายของเซลล์ไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย โดยผ่านทางเส้นเลือดและระบบน้ำเหลือง ทำให้มองเห็นเป็นกลุ่มก้อน โดยจะไปกดเบียดที่อยู่ของอวัยวะเดิม ส่งผลกระทบต่อระบบสรีรวิทยา ทำให้ระบบการทำงานต่างๆของร่างกายไม่สามารถดำเนินไปอย่างปกติ จนก่อให้เกิดพยาธิสภาพขึ้น

1.2 สาเหตุและกลไกการเกิดโรคมะเร็ง

1.2.1 สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง

อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์ (2541) กล่าวว่า โรคมะเร็งไม่ใช่โรคที่เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งแต่เป็นโรคที่เกิดจากสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมหลายอย่างร่วมกัน โดยปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งแบ่งออกเป็นปัจจัยภายในร่างกายและปัจจัยภายนอกในร่างกาย

1) ปัจจัยภายในร่างกาย (endogeneous factor) ประกอบด้วยเชื้อชาติ เพศ อายุ กรรมพันธุ์ระบบภูมิคุ้มกัน และความผิดปกติต่างๆ เช่น กรณีที่เป็นไฟก็มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งได้

2) ปัจจัยภายนอกในร่างกาย (exogeneous factor) ประกอบด้วยสารเคมี สารพิษที่ปนมากับอาหาร ไวรัส แบคทีเรีย พยาธิ ภาวะขาดสารอาหาร และตัวแปรอื่นๆ เช่น รูปแบบการดำรงชีวิต และภาวะจิตใจ (อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์, 2541)

1.2.2 กลไกการเกิดโรคมะเร็ง

มะเร็งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของยีน โดยยีนที่ทำหน้าที่ควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ เกิดการกลายพันธุ์ หรือมีความผิดปกติของกลไกการซ่อมแซมดีเอ็นเอที่ผิดปกติ (Abnormal DNA repair) ทำให้กลุ่มเซลล์บางส่วนมีการเจริญเติบโตผิดปกติ เซลล์มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้น ไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโตได้ จึงเลือกเซลล์ที่แบ่งตัวผิดปกติว่าเซลล์มะเร็ง เซลล์เหล่านี้สามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกาย (Metastasis) โดยผ่านทางเส้นเลือดและระบบน้ำเหลือง

การเพิ่มขยายของเซลล์มะเร็ง

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2554) กล่าวว่า เซลล์มะเร็งมีลักษณะจำเพาะ คือ ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวในการแบ่งตัว แต่มีลักษณะพิเศษ ดังนี้

1) มีการจำลองต้นแบบเซลล์ที่ผิดปกติ (clonality) จากจุดกำเนิดที่มีการกลายพันธุ์ของยีนในเซลล์ 1 เซลล์ ต่อมาเซลล์นี้ได้เพิ่มจำนวนขึ้นจนกลายเป็นกลุ่มของก้อนมะเร็ง

2) มีการเจริญเติบโต แบ่งตัวโดยอิสระ ปราศจากการควบคุม (autonomy) แม้ว่าเซลล์จะอยู่ในพื้นที่ที่ไม่สามารถขยายต่อไปได้ หรือมีสารอาหารไม่เพียงพอก็ตาม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเซลล์มะเร็งสามารถกระตุ้นให้เกิดการสร้างเส้นเลือดมาเลี้ยงตนเองได้ (angiogenesis) และมีการผลิตโกรทแฟคเตอร์ (growth factor) ได้เองหรือเติบโตโดยไม่ต้องอาศัยโกรทแฟคเตอร์ (growth factor)

3) มีรูปร่างและหน้าที่ผิดปกติแตกต่างไปจากเซลล์เดิม ไม่สามารถจำแนกประเภทเพื่อไปทำหน้าที่เฉพาะได้ชัดเจน (poor differentiated cells) หรือบางครั้งไม่สามารถจำแนกประเภทของเซลล์ได้เลย (anaplasia or undifferentiated cells)

4) สามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆของร่างกายได้ (metastasis) เนื่องจากเซลล์มะเร็งขาดคุณสมบัติของการยึดเกาะ จึงแผ่ขยายไปยังอวัยวะข้างเคียง และ/หรือหลุดลอยไปตามกระแสโลหิตและน้ำเหลือง

กระบวนการที่เซลล์เปลี่ยนเป็นเซลล์มะเร็ง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลายาวนานกระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น (initiation) เกิดเมื่อเซลล์ของร่างกายเริ่มสัมผัส/ได้รับสารก่อมะเร็ง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ DNA เกิดการกลายพันธุ์ของยีนอย่างถาวร เซลล์ที่ผิดปกตินี้ อาจ แอบ

แฝงอยู่ในร่างกายต่อไปได้โดยไม่แสดงอาการ แต่ถ้าได้รับการกระตุ้นจากสารก่อมะเร็งชิ้นใหม่หรือมีการกระตุ้นต่อเนื่องก็จะเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 ระยะส่งเสริม (promotion) เกิดเมื่อเซลล์ตั้งต้นมะเร็งมีการแบ่งตัวและเพิ่มการขยายจำนวนเซลล์ที่ผิดปกติเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสารก่อมะเร็งซึ่งมีคุณสมบัติในการส่งเสริมการเพิ่มขยายของเซลล์ตั้งต้นมะเร็ง เรียกว่า สารส่งเสริมมะเร็ง (tumor promoters or cocarcinogens)

ระยะที่ 3 ระยะก้าวหน้า (progression) ในระยะนี้เซลล์ตั้งต้นมะเร็งพัฒนากลายเป็นเซลล์มะเร็งโดยสมบูรณ์ จากการที่ร่างกายได้รับสารก่อมะเร็งอย่างต่อเนื่อง เซลล์มะเร็งมีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถควบคุมได้ มีการแตกแขนงของหลอดเลือดหรือสร้างหลอดเลือดขึ้นใหม่ เพื่อให้เซลล์มะเร็งได้รับออกซิเจนและอาหารอย่างเพียงพอ ในระยะนี้เซลล์มะเร็งจะเริ่มแผ่ขยายไปยังอวัยวะใกล้เคียง และอวัยวะอื่นที่อยู่ไกลออกไป (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

1.3 การแบ่งระยะของโรค

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งแบ่งโดยพิจารณาองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ ขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (primary tumor size : T) การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง (node involvement : N) และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (metastasis : M) การแบ่งลักษณะนี้เรียกว่า “ระบบที-เอ็น-เอ็ม” (TNM : tumor-node-metastasis system) การแบ่งระยะของโรคมะเร็งด้วยระบบ TNM นี้ใช้การพิจารณารายละเอียด ของข้อมูลจากแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

T ขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ แบ่งเป็น

Tx ไม่สามารถประเมินได้ว่ามีก้อนหรือไม่มีก้อน

T0 ตรวจไม่พบก้อน

Tis ตรวจพบอาการเปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มแรก (carcinoma in situ)

T1-T4 ตรวจพบก้อนขนาดต่างๆกัน ตั้งแต่ขนาดเล็กไปจนถึงขนาดใหญ่

N การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง แบ่งเป็น

Nx ไม่สามารถประเมินได้ว่ามีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

N0 ตรวจไม่พบการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรือบริเวณใกล้เคียง

N1-N3 ตรวจพบการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงตั้งแต่จำนวนและขอบเขตน้อยไปถึงมาก

M การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น แบ่งเป็น

Mx ไม่สามารถประเมินได้ว่ามีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น

M0 ตรวจไม่พบการกระจายไปยังอวัยวะอื่น

M1 ตรวจพบการกระจายไปยังอวัยวะอื่น

การแบ่งระยะโรคมะเร็ง อาศัยองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนข้างต้น แล้วจัดแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 (Stage I) มะเร็งขนาดเล็ก จำกัดอยู่ในเฉพาะที่เริ่มเป็น สามารถผ่าตัดได้ ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ 2 (Stage II) มะเร็งขนาดใหญ่ขึ้น ลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง หรือลุกลามผ่านอวัยวะที่เป็นโพรง เช่น ต่อมน้ำเหลือง ทำการผ่าตัดได้ แต่อาจนำเซลล์มะเร็งออกไม่หมด

ระยะที่ 3 (Stage III) มะเร็งขนาดใหญ่มากขึ้น ลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง กระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง การผ่าตัดไม่สามารถนำเซลล์มะเร็งได้ออกหมด

ระยะที่ 4 (Stage IV) มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ที่ห่างออกไป ทั้งทางตรง (direct spread) แพร่กระจายและลุกลามโดยตรงไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง ทางหลอดน้ำเหลือง (lymphatic system) แพร่กระจายจากท่อน้ำเหลืองไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างๆ ก่อนมะเร็งแล้วจึงแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองอื่นๆ ทางกระแสเลือด (blood system) เซลล์มะเร็งแพร่กระจายเข้ากระแสเลือดไปสู่ อวัยวะต่างๆ และการแพร่กระจายทางช่องต่างๆ (cavity spread) เซลล์มะเร็งแพร่กระจายเยื่อบุหัวใจ ช่องท้อง ช่องปอด (นรินทร์ วรวิทย์, 2541)

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมักมีปัญหาความไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานจากการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายผิดปกติและมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจเนื่องจากโรค ซึ่งความผิดปกติทางร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ (ชนิตา มณีวรรณและคณะ, 2536; ชูชื่น ชิวพุลผล, 2541; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

1. อาการปวด ในผู้ป่วยมะเร็งเป็นปัญหาที่พบบ่อย โดยมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 30-90 โดยพบอุบัติการณ์ความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่หวังผลการรักษาให้หายขาดร้อยละ 33 กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งร้อยละ 59 กลุ่มผู้ป่วยที่โรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามร้อยละ 69 โดยที่หนึ่งในสามของผู้ป่วยมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง แหล่งที่เกิดการเจ็บปวดในผู้ป่วยเหล่านี้ ได้แก่ กระดูก อวัยวะภายใน เช่น ตับ กระเพาะอาหาร ลำไส้ และมดลูก เป็นต้น ระบบประสาทที่ถูกกดทับหรือถูกทำลายและเนื้อเยื่ออื่น ๆ เช่น การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ การบวมในที่ต่าง ๆ ซึ่งพบบ่อยเนื่องจากภาวะโปรตีนต่ำ การไหลเวียนในหลอดเลือดดำขัดข้อง หรือมีการอุดตันในระบบน้ำเหลือง เป็นต้น ความผิดปกติเหล่านี้ อาจเกิดจากการลุกลามของมะเร็งไปยังกระดูก เส้นประสาท และอวัยวะภายใน หรือเกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง เช่น จากการผ่าตัด การได้รับยาเคมีบำบัด หรือการได้รับรังสีรักษา ความรุนแรงของอาการเจ็บปวดในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปซึ่งจะมีอิทธิพลจากปัจจัยด้านจิตสังคมร่วมด้วย

2. การหายใจลำบาก เป็นหนึ่งในอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม และพบมากขึ้นโดยเฉพาะในช่วง 6 สัปดาห์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต เป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยตกใจ กลัว และ

ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและทุกข์ทรมานใจต่อผู้ดูแลเป็นอันมาก ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ หลายประการร่วมกัน ได้แก่ จากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง และภาวะแทรกซ้อน เช่น การคั่งของสารน้ำในช่องท้อง ช่องปอด และเยื่อหุ้มหัวใจ ภาวะโลหิตจางจากการรักษา เช่น การผ่าตัดปอด การได้รับยา Bleomycin หรือ Adriamycin เป็นต้น รวมทั้งจากความผิดปกติอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

3. อาการคลื่นไส้ และอาเจียน เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยพบได้ร้อยละ 30 และพบมากขึ้นในระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร้อยละ 40-75 ซึ่งสาเหตุของอาการคลื่นไส้ และอาเจียนอาจเกิดได้จากความผิดปกติในทางเดินอาหาร ในสมอง และสารเคมีในเลือด เช่น แคลเซียมและยูริกในเลือดสูง โซเดียมในเลือดต่ำ เป็นต้น จากการรักษา เช่น การได้รับยาเคมีบำบัด รังสีรักษา และการได้รับยาอื่น ๆ รวมทั้งอาจเกิดจากความไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล เห็นภาพหรือได้รับกลิ่นรบกวน เป็นต้น

4. อาการผอมแห้ง ภาวะน้ำหนักลดเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะรุนแรง โดยพบได้ร้อยละ 80 น้ำหนักที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ลดลง ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตเนื่องจากอาการผอมแห้ง ซึ่งสาเหตุของอาการผอมแห้งอาจเกิดจากการเผาผลาญอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้สูญเสียกล้ามเนื้อและไขมัน การสูญเสียความอยากอาหาร และอึดเร็วกว่าปกติ ภาวะของโรค เช่น มีก้อนเนื้องอกที่เกิดขึ้นในหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็ก การผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารอาจนำมาสู่การสูญเสียพื้นผิวปกติของทางเดินอาหารและการดูดซึมอาหาร สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งได้แก่ อาการเบื่ออาหารและการรับรสอาหารเปลี่ยนแปลงโดยมีความทนต่อรสหวานได้มากขึ้นแต่ทนต่อรสขมนได้น้อยลงจึงรู้สึกว่าการมีรสขม โดยเฉพาะอาหารพวกเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารน้อยลง

5. การติดเชื้อมีเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามถึงร้อยละ 35.79 ผู้ป่วยเหล่านี้จะติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากแผลมะเร็งหรือ การอุดกั้นของก้อนมะเร็งที่อวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกาย จากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ จากการรักษา เช่น รังสีรักษาและเคมีบำบัด เป็นต้น รวมทั้งการติดเชื้อที่มีอยู่เดิม แล้วมีอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อร่างกายทรุดโทรมลง

6. การขับถ่ายผิดปกติ อาจเป็นได้ทั้งอาการท้องผูกและท้องเสีย รวมทั้งการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ เป็นปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง โดยเฉพาะอาการท้องผูกซึ่งเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยเหล่านี้ได้ประมาณร้อยละ 50 และเป็นปัญหาที่รักษาได้ยากกว่าการบรรเทาอาการเจ็บปวด เกิดได้หลายประการทั้งจากความผิดปกติของโรค ภาวะแทรกซ้อนและการรักษา รวมทั้งจากพฤติกรรมสุขภาพ

7. ภาวะช็อค ซึ่งอาจเกิดจากการเสียเลือดจากแผลมะเร็งเรื้อรัง เม็ดเลือดแดงแตกง่ายและมีอายุสั้นและมีการสร้างน้อยลง หรือเป็นผลแทรกซ้อนจากการรักษา

8. ภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากการบกพร่องของปัจจัยต่างๆ ในการแข็งตัวของเลือด มีเกร็ดเลือดน้อย และอาจมีแผลร่วมด้วย การมีเลือดออกจะทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตกใจมากและพบว่าเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยมะเร็งประมาณร้อยละ 6 อาการอ่อนเพลีย พบได้มากถึงร้อยละ 82 ของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามซึ่งอาจมีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงทางเมตบอลิซึม เมตะบอลิซึมและชีวเคมีในร่างกาย การได้รับอาหารไม่เพียงพอ รวมทั้งการได้รับยาบางชนิด เช่น ยาต้านความซึมเศร้า เป็นต้น

9. การนอนไม่หลับ สับสน และเพ้อ ซึ่งอาจเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังสมอง มีความผิดปกติของระดับสารเคมีในเลือด ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เช่น ความเจ็บปวด ท้องผูก เป็นต้น ความกลัวหรือความวิตกกังวลหรืออาจเกิดจากการใช้ยาบางชนิด ส่วนปัญหาทางจิตสังคมของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นมะเร็งส่วนใหญ่มีอาการกลัว ท้อแท้ หมัดกำลั้งใจ หงุดหงิด ไม่สามารถยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายและต้องเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีความหวังว่าภาวะความเจ็บป่วยจะดีขึ้นบ้าง แต่เมื่อโรคดำเนินไปจนสุขภาพทรุดโทรมมาก ต้องใช้ชีวิตอยู่อย่างจำกัดมากขึ้นความหวังของผู้ป่วยจะลดลง เกิดความรู้สึกสูญเสียและเสียใจ มีความรู้สึกว่าเหว รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าไม่สามารถทำอะไรได้ มีความโกรธ กังวล กลัว และซึมเศร้า

จากปัญหาของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมที่เกิดขึ้นดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การดูแลที่บ้านส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับจากญาติหรือสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งจะมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากนโยบายการบริการทางสาธารณสุขที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงข้อจำกัดในด้านการดูแลผู้ป่วยของสถานบริการทางสุขภาพ เช่น จำนวนเตียงในสถานบริการไม่เพียงพอ บุคลากรไม่เพียงพอ ค่าใช้จ่ายสูง เป็นส่วนที่ผลักดันให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือตนเอง

1.4 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

การรักษาโรคมะเร็งระยะลุกลามเป็นการรักษาที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้ว แต่การรักษายังเป็นสิ่งที่จำเป็นยิ่ง ทั้งนี้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากตัวโรค และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งยังช่วยยืดระยะเวลาการอยู่รอดของผู้ป่วย

1.4.1 การรักษาทางศัลยกรรม

การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่มะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่นขึ้นอยู่กับจำนวน ตำแหน่งการกระจายของมะเร็ง ชนิดของมะเร็ง อัตราการเจริญเติบโตของมะเร็ง การรักษาที่ได้รับมาก่อนตลอดจนการตอบสนองต่อการรักษาเหล่านั้น นอกจากนี้ยังอายุของผู้ป่วย ความแข็งแรงและความพร้อมของร่างกาย ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยก็มีความสำคัญในการพิจารณาเพื่อการรักษา โดยทั่วไป

มะเร็งระยะแพร่กระจายจะถูกพิจารณาเป็นระยะที่ไม่เหมาะสมในการผ่าตัด เนื่องจากไม่ได้เพิ่มระยะเวลาของการรอดชีวิต แต่อาจพิจารณาผ่าตัดก่อนเนื้องอกในตำแหน่งที่เป็น เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการลดความเจ็บปวด กำจัดการติดเชื้อบริเวณแผล หรือลดภาวะเลือดออกจากตัวมะเร็ง เช่น การผ่าตัดที่เรียกว่า Toilet mastectomy ที่ทำในผู้ป่วยมะเร็งที่มีแผลขนาดใหญ่บริเวณเต้านม เป็นต้น (ประกาศิต จิรปภา, 2555)

1.4.2 การรักษาทางยาเคมีบำบัด

ในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาในกรณีนี้จะเป็นการรักษาเพื่อประคับประคองตามอาการ (Palliative chemotherapy) เพื่อช่วยควบคุมการลุกลาม บรรเทาอาการที่เกิดจากโรค ซึ่งอาจช่วยทำให้คุณภาพชีวิตในช่วงที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยดีขึ้น บางครั้งอาจยืดระยะเวลาการรอดชีวิตได้ โรคที่สามารถควบคุมได้ดีด้วยยา เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด เป็นต้น (จิตติยา เดชเทวพร, 2555)

1.4.3 การรักษาทางรังสีรักษา

ในกรณีที่โรคเป็นมากและมีการแพร่กระจายแล้ว หรือผู้ป่วยมีสภาพร่างกายไม่ดีขึ้น การรักษาที่ได้รับจะเป็นการใช้รังสีรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative radiotherapy) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดหรือบรรเทาอาการต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรืออาจช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่นานขึ้น ถึงแม้จะไม่หายขาดจากโรคก็ตาม เช่น ลดอาการปวด หยุดเลือดออก ลดการกดทับอวัยวะที่สำคัญ การฉายรังสีเพื่อบรรเทาอาการ จะใช้ปริมาณรังสีต่อครั้งสูงเพื่อลดอาการอย่างรวดเร็ว ปริมาณรังสีรวมไม่มากเพื่อไม่ให้เกิดผลข้างเคียงจากรังสีและใช้ระยะเวลาไม่นาน (ชมพร สีตะธนี, 2555)

สุพัตรา แสงรุจิ (2545) ได้กล่าวถึงแนวทางการรักษาโรคมะเร็งเป็น 4 ด้านดังนี้

- 1) การผ่าตัดในรายที่โรคเป็นน้อยยังไม่มีมีการกระจายไปที่อื่น อยู่ในตำแหน่งที่ทำผ่าตัดได้
- 2) การฉายรังสีในรายที่โรคเป็นมากขึ้น มีโรคกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงหรือมีโรคอยู่ในตำแหน่งที่ทำผ่าตัด
- 3) การให้ยารักษาและยับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็งในรายที่เป็นเซลล์มะเร็งชนิดที่ไวต่อการรักษาด้วยยาหรือเป็นมะเร็งก้อนใหญ่มากและมีแนวโน้มว่าเซลล์มะเร็งกระจายได้สูง หรือตรวจพบแน่นอนแล้วว่ามีการกระจายไกลของเซลล์มะเร็ง
- 4) การใช้ชีวะบำบัดโดยกระตุ้นเซลล์ภูมิคุ้มกันต้านทานมะเร็งในร่างกายให้เพิ่มจำนวนมากขึ้น แข็งแรงสมบูรณ์ ทำหน้าที่ไม่บกพร่อง ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็ง (Cancer vaccine) ฉีดหน่วยพันธุกรรมต่อต้านการเจริญเติบโตและทำลายเซลล์มะเร็ง (Gene therapy)

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะเป็นการให้การดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมช่วยเหลือและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ อันจะนำไปสู่ภาวะปกติสุข เป็นการดูแลที่เป็นองค์รวมครอบคลุม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลจะต้องประเมินผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ การประเมินปัญหาและความต้องการ ตลอดจนทำการศึกษาผลปฏิบัติการต่าง ๆ แผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งต้องให้ข้อมูลญาติผู้ดูแลผู้ป่วย แล้วนำมาสรุปประเด็นปัญหา เพื่อหาแนวทางให้การพยาบาลในทุกๆด้าน (ทิพารัตน์ จิระนันท์พนการ, 2543) ดังนี้

1.5.1 การให้การพยาบาลตามกลุ่มอาการ ซึ่งได้แก่

1.5.1.1 ปัญหาเรื่องอาการปวด พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยที่ปวดจากโรคมะเร็ง ดังนี้

1.5.1.1.1 ประเมินอาการปวด โดยการใช้แบบฟอร์ม Pain Assessment Chart ในการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง ด้วยการทำการบันทึกสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้ ตำแหน่งที่ปวด โดยใช้ Body chart ลักษณะของความปวด สาเหตุการปวด ความรุนแรงของความปวด ระยะเวลาที่เริ่มปวด ช่วงระยะเวลาที่เกิดอาการปวด ผลการบำบัดที่เคยได้รับมาก่อน

1.5.1.1.2 การให้ยาแก้ปวดตามที่แพทย์กำหนด ในการบริหารยาเพื่อบำบัดความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ยาที่ใช้มี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) Non opioid analgesic 2) Weak opioid analgesic 3) Strong opioid analgesic

1.5.1.1.3 ให้ยาเพิ่มจากช่วงเวลาปกติ (PRN) ในกรณีที่ปวด

1.5.1.1.4 ติดตามดูแลสภาพทนต่อยา (Tolerance)

1.5.1.1.5 ติดตามดูแลผลข้างเคียง (Side effect) ที่อาจเกิดขึ้น

1.5.1.1.6 ค้นหาปัจจัยที่กระทบ ควบคุมความปวด

1.5.1.1.7 การให้คำแนะนำก่อนการบำบัดรักษาของแพทย์

1.5.1.1.8 การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

1.5.1.2 การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ

1.5.1.2.1 ประเมินสภาพผู้ป่วย

1.5.1.2.2 ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้

1.5.1.2.3 ประเมินความรุนแรงของอาการ

1.5.1.2.4 ป้องกันสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาาระบบทางเดินหายใจ

1.5.1.2.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา การรักษาตามแผนการรักษา

1.5.1.3 การให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร

1.5.1.3.1 ประเมินสภาพผู้ป่วยจากการสอบถามข้อมูล ฝ้าสังเกตอาการ การวินิจฉัยแยกโรค ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

1.5.1.3.2 หาสาเหตุหรือปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ ประวัติโรคประจำตัว

1.5.1.3.3 ประเมินความรุนแรงของอาการ ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับการรักษา

1.5.1.3.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์

1.5.1.3.5 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม

1.5.1.3.6 ประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันวางแผนให้การ

ดูแล

1.5.1.4 การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบปัสสาวะ

1.5.1.4.1 ประเมินอาการผู้ป่วย

1.5.1.4.2 ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้โดยเฉพาะการติดเชื้อ

1.5.1.4.3 ประเมินภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่

1.5.1.4.4 ให้ผู้ป่วยได้รับยาและปฏิบัติการต่าง ๆ ตามที่กำหนด

1.5.1.4.5 ประสานงานกับบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแล

1.5.1.5 ปัญหาอาการบริเวณผิวหนัง

1.5.1.5.1 ประเมินอาการผู้ป่วย

1.5.1.5.2 ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้

1.5.1.5.3 ป้องกันไม่ให้ผิวหนังแห้ง

1.5.1.5.4 ประเมินผลกระทบในด้านต่าง ๆ

1.5.1.6 ปัญหาอาการทางจิตใจ พยาบาลที่จะปฏิบัติหน้าที่ดูแลช่วยเหลือให้บริการพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต จะต้องตระหนักอยู่ตลอดเวลาว่าการบริการทุกชนิดมีคุณค่าแก่ผู้ป่วยอย่างยิ่ง เพราะฉะนั้นพยาบาลจะต้องทบทวนและให้ความสำคัญกับพฤติกรรมบริการที่ต้องใช้ควบคู่กับทักษะอื่น ๆ ได้แก่

1.5.1.6.1 สนทนาโต้ตอบข้อซักถามได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5.1.6.2 การใช้มือสัมผัสที่สื่อถึงความห่วงใย ความเอาใจใส่

1.5.1.6.3 การฟังความคิดและบางอย่างที่แฝงมาในคำพูด

1.5.1.6.4 เข้าถึงความรู้สึก ไม่ปฏิเสธที่จะตอบคำถามผู้ป่วย

1.5.1.6.5 การยอมรับคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

1.5.1.6.6 ความรู้ความสามารถทางการพยาบาล

1.5.2. การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วย หมายถึง การที่พยาบาลมีการจัดหาวิธีการหรือดำเนินการต่าง ๆ มาช่วยให้ผู้ป่วย รู้สึกสบาย ผ่อนคลาย มีความสุข เพิ่มคุณภาพชีวิต เช่น การทำสมาธิ การนวด การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น

1.5.3. การประเมินสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย มีการเฝ้าระวัง คอยติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อหาแนวทางป้องกันและหาแนวทางแก้ไขปัญหา ลดความวิตกกังวล ความเครียดที่เกิดขึ้น

1.5.4. การฟื้นฟูสภาพร่างกาย หมายถึง การที่พยาบาลให้การดูแลมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้พร้อมที่จะรับกับภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สบายที่จะเกิดจากการลุกลามของโรค หรือเกิดจากการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

1.5.5. การบรรเทาอาการ หมายถึง การที่พยาบาลมีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานและความไม่สบายของผู้ป่วยและหาแนวทางการแก้ไขอาการนั้น ๆ เช่น การพลิกตะแคงตัวเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

การดูแล (caregiving) เป็นพฤติกรรมที่มีมาช้านาน มนุษย์ทุกคนต่างมีความสามารถในการดูแลผู้อื่น และจะต้องมีช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตที่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล การดูแลในที่นี้หมายถึงการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านร่างกาย ไม่สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง การดูแลด้านอารมณ์ เป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจ ในภาวะที่ผู้ป่วยมีความเครียด ความกลัวจากการเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวลและรับรู้ว่ามีบุคคลที่รักและคอยดูแลเอาใจใส่อยู่เสมอ ส่วนการให้ข้อมูลเป็นการช่วยเหลือในการจัดหาข้อมูลที่จำเป็นและถูกต้องประกอบการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการรักษา

2.1 ผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือผู้ที่ให้การช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (จอม สุวรรณโณ, 2541) ที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การมีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลายประการ ได้แก่ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537)

2.1.1. ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย ความบกพร่องทางความคิดสติปัญญา และการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือ ความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย

2.1.2. การจัดสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลจัดเตรียมต่าง ๆ เช่นการเตรียมอาหารเสื้อผ้า ของใช้ต่าง ๆ เป็นต้น

2.1.3. เป็นบุคคลกลางในการติดต่อกับบุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพ เพื่อรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงาน ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการรักษาตามแผนปัจจุบันและการรักษาแผนโบราณ

2.1.4. ตัดสินในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การแสวงหาแหล่งของการรักษาเลือกวิธีการรักษาและบุคคลที่จะขอความช่วยเหลือในการดูแลรักษาผู้ป่วย

2.1.5. รับภาระงานอื่น ๆ การเงิน งานบ้าน การจัดการทำนิติกรรมต่าง ๆ เป็นต้น

2.1.6. ญาติผู้ดูแลแต่ละคนอาจมีบทบาทในการทำกิจกรรมดังกล่าวแตกต่างกันไปตามสถานการณ์และความสามารถของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถจำแนกผู้ให้การดูแลได้ 2 กลุ่มตามลักษณะของกิจกรรมการดูแล ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแล (Care provider) และผู้จัดการดูแล (Care manager) ผู้ช่วยเหลือดูแล เป็นผู้ให้การช่วยเหลือทางด้านร่างกายและส่วนบุคคลตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งมักยึดติดกับแบบแผนการรักษาเป็นส่วนใหญ่ เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว ให้อาตามเวลา เป็นต้น ส่วนผู้จัดการดูแลเป็นผู้จัดการหรือประสานงาน ให้ผู้ป่วยได้รับบริการและการสนับสนุนต่าง ๆ อย่างดีที่สุด และอาจช่วยตอบสนองความต้องการทางด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วย เช่น พาผู้ป่วยไปซื้อของ ไปพักผ่อน เป็นต้น หากสมาชิกในครอบครัวมีผู้รับผิดชอบในการดูแลหลายคน ส่วนใหญ่ผู้หญิงจะเป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง และผู้ชายจะให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลในด้านต่าง ๆ ที่เป็นการจัดการ เช่น การติดต่อประสานงาน การจัดหาค่าใช้จ่าย การพาผู้ป่วยไปตรวจและรักษา เป็นต้น จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบภาระกิจต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดต่างจากการดูแลโดยบุคลากรในทีมสุขภาพที่มุ่งเฉพาะกิจกรรมการรักษาพยาบาลเท่านั้น

2.2 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

มะเร็งถือเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องได้รับความช่วยเหลือดูแล เพื่อให้ได้รับการทดแทนความบกพร่องในการดูแลตนเองอย่างครบถ้วนตามความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การรักษาดูแลผู้ป่วยจึงเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากกว่าการที่จะรักษาให้หายขาด ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อยู่ใกล้บุคคลอันเป็นที่รัก อบอุน หลุดพ้นจากความเครียดและความวิตกกังวล ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงมีบทบาทมากในการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการร่วมทั้งการปฏิบัติกิจกรรม ต่าง ๆ แทนผู้ป่วยทั้งกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยตรงและกิจกรรมที่

เกี่ยวข้องกับด้านอื่น ๆ เช่น การรับภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ การให้กำลังใจกับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งจะเป็นผู้ป่วยที่ต้องการกำลังใจมากที่สุด การช่วยเหลือเรื่องการเดินทาง การทำงานบ้าน การจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย การจัดหาผู้ที่จะมาช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อไม่สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยได้ การวางแผนและการเตรียมกิจกรรมต่าง ๆ การทำงานเพื่อหารายได้ การช่วยเหลือติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นในการรักษา การพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลในการสอบถามอาการและคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถแบ่งการให้การช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลสามารถสรุปได้ดังนี้ (Krach & Brooks, 1995; ยูพาพิณ ศิริโพธิ์งาม, 2539)

2.2.1 ด้านการรักษาพยาบาล ญาติผู้ดูแลต้องมีบทบาทในการดูแลคือ จัดการให้ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ การจัดหาซื้อยาจากโรงพยาบาล รวมทั้งช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับประทานยา การประสานงานในการติดต่อเจรจาหรือติดต่อกับบุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพเพื่อรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงาน ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่และการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย

2.2.2 ด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง การดูแลด้านร่างกายต่าง ๆ ได้แก่ ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำแต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล พุงเข้าห้องน้ำ เตรียมอาหาร เป็นต้น

2.2.3 ด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การอยู่เป็นเพื่อนคุยหรือนอนเป็นเพื่อนอยู่ใกล้ ๆ การช่วยเหลือระดับประคองด้านจิตใจ ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงการกระทำที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รวมถึงการให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความเชื่อด้านจิตวิญญาณและพิธีกรรม เช่น ใช้หลักธรรมในการเยียวยา การเช่นไหว้ วิญญาณของบรรพบุรุษ เป็นต้น

2.2.4 การดูแลพิเศษอื่นๆ ของผู้ป่วยที่เกิดจากการรักษาหรือเกิดจากการดำเนินของโรคที่มากขึ้น เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การดูแลให้ออกซิเจน การดูแลขณะที่ผู้ป่วยมีอาการปวด เป็นต้น

2.2.5 การให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ การช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จากการศึกษาของ Iconomou, Vagenakis, and Kalofonos (2001) พบว่าญาติผู้ดูแลมีความตึงเครียดทางด้านจิตใจ โดยมีความวิตกกังวลร้อยละ 64.6 และความซึมเศร้าร้อยละ 63.1 และพบว่าญาติผู้ดูแลให้คะแนนผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม เวลาพักผ่อน การเงิน ตารางเวลาในแต่ละวัน รวมทั้งผลต่อร่างกายและอารมณ์ในระดับที่สูง ให้คะแนนภาวะสุขภาพในระดับ ปานกลางและให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ จากที่กล่าวทั้งหมด จะเห็นว่าความรับผิดชอบของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องใช้ความอดทนและความพยายามอย่างมากในการที่จะสนองตอบความต้องการและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยให้ลุล่วงไป

ได้ด้วยดีซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมที่จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้นอกจากนี้การกักการสูญเสียผู้ป่วยไปก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ญาติผู้ดูแลคิดตระหนักอยู่ตลอดเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

2.3 ผลกระทบของโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อผู้ดูแลในครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนอกจากจะมีผลต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังก่อให้เกิดผลต่อญาติผู้ดูแลทำให้ต้องมีการปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ต้องมีความอดทนในการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอารมณ์และสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกหลากหลายแตกต่างกันไป เช่น บางรายเกิดความรู้สึกว่า เป็นการทำให้ชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น เป็นการทดแทนบุญคุณ (Yang & Kirschling, 1992; ทศนีย์ ทองประทีป, 2549) แต่บางรายเกิดความเหนื่อยล้า เปื่อหน่ายไม่สามารถประกอบอาชีพได้ รายได้ลดลง (ชนิตา มณีวรรณและคณะ, 2536) พบว่าผลด้านลบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยนั้นมาจากปัจจัยหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและกิจกรรมสัมพันธ์กับบทบาทอื่นๆ ในชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบดังนี้ (ชูชื่น ชิวพูลผล, 2541; วารุณี พลิกบัว สายพิณ เกษมกิจวัฒนา รุ่งนภา ผานิตรรัตน์ และสุรชาติจักรภร์ศิริสุข, 2549; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537)

2.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เนื่องจากญาติผู้ดูแลบางคนทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไปจนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยขา ไหล่ คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว บางรายวิตกกังวลจนนอนไม่หลับรับประทานอาหารได้น้อยลง ภาวะการดูแลส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล และทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์กับเพื่อนและการทำกิจกรรมในชุมชนลดลง เนื่องจากไม่มีเวลา การมีกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ทำให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลจากการดูแลผู้ป่วย จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Jensen, 1991; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2539) จะเห็นว่าผู้ดูแลมีปัญหาในการปรับตัวทางร่างกาย เช่น ไม่มีเวลาพักผ่อน รู้สึกเหนื่อยล้าและเปื่อหน่าย ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 66 ของญาติผู้ดูแลนอนหลับๆ ตื่น ๆ พบได้ร้อยละ 53 และร้อยละ 42-49 มีอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดหลัง/เข่า ปวดท้อง ไข้หวัด อ่อนเพลีย เครียด วิตกกังวล

2.3.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลและความเครียด เนื่องจากการต้องรับภาระเพิ่มขึ้นทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพการที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ การถูกคาดหวังในบทบาทของญาติผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำญาติผู้ดูแลเกิดความสับสนไม่ทราบว่าจะควรทำอย่างไรดี เนื่องจากไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความต้องการและความวิตกกังวลที่เกิดจากความคลุมเครือในบทบาทอันเกิดจากการขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล และรับรู้ต่อความจำกัดของตนเอง

ในการแสดงบทบาทของญาติผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ การศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลของ Clavarino et al. (2002) พบว่า ญาติผู้ดูแลจะมีระดับของความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วย โดยระดับความวิตกกังวลอยู่ที่ร้อยละ 39 ในขณะที่ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลร้อยละ 22 ภาวะสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลจะทรุดลงเมื่อต้องประสบความเครียดในการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน (Collins, 1994) จากหลายผลการวิจัย พบว่า คะแนนการทดสอบทางด้านจิตใจทั้งด้านความวิตกกังวล สภาพอารมณ์ และภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันสูง นั่นคือ เมื่อผู้ป่วยมีสภาพจิตอย่างไรญาติผู้ดูแลก็มีสภาพจิตเช่นนั้นด้วย (B. D. Davis, Cowley, & Ryland, 1996; Given et al., 1993) และเมื่อมีการติดตามประเมินตามระยะต่าง ๆ ของการรักษา คือ ระยะติดตามการรักษา ระยะรักษา และระยะประคับประคอง พบว่าปัญหาทางจิตใจ มากขึ้นเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ใกล้ความตายมากยิ่งขึ้น

2.3.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งระยะลุกลามนั้น ต้องใช้เวลานาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูงครอบครัวหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยก็ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) ไม่ว่าจะเป็นค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับให้การดูแลและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งญาติผู้ดูแลบางรายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยด้วย อีกทั้งการเจ็บป่วยยังทำให้รายได้ของครอบครัวลดลงอีกด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้การดูแลยังมีผลต่อรูปแบบการทำงาน มีญาติผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา ญาติผู้ดูแลบางรายเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว เช่น มีการผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวหรือในรายที่ญาติผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาไม่มีเวลาให้กับครอบครัวได้ (ศิริพันธ์ สาสดี, 2546) ทำให้ขาดการเข้าสังคมพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นหรือทำให้การทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรรับผิดชอบต่อชีวิตตนเองลดลง

2.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

พยาบาลมีบทบาทอย่างมากในการที่จะช่วยเหลือสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวผ่านพ้นไปได้ด้วยดี สุรีพร ธนศิลป์, สุนิศา ปรีชาวงษ์, and รุ่งระวี นาวิเจริญ (2552) กล่าวว่า ผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย ต้องมีความรู้และทักษะที่เฉพาะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ต้องมีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วย หากผู้ดูแลมีความรู้และทักษะเฉพาะจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ สับสน ไม่กล้าตัดสินใจ ซึ่งจะทำให้มีผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้ดูแลได้ ดังนั้นการที่ผู้ดูแลจะสามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆได้ และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญดังนี้

2.4.1 พยาบาลชี้แนะผู้ดูแลให้เลือกและใช้วิธีการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือปรับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งชี้แนะให้ผู้ดูแลสังเกตอาการและอาการแสดงของความผิดปกติของผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

2.4.2 ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคม เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลเมื่อไม่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ รับฟังปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล รวมทั้งคอยให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแตอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังรวมถึงการช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลเยี่ยมบ้านและแหล่งประโยชน์ต่างๆในการดูแลผู้ป่วย

2.4.3 การสอน เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย

2.4.3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค เช่น สาเหตุ อาการแสดง ความรุนแรงของโรค การรักษา ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น

2.4.3.2 การให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำและแก้ไขในกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำไม่ถูกต้อง

2.4.3.3 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

2.4.4 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ การจัดหาเอกสาร สื่อที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเพื่อสามารถสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือวิธีต่างๆได้

2.4.5 การให้คำปรึกษา เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านสมาชิกในครอบครัวต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลอย่างเต็มตัว ซึ่งจะเกิดปัญหาต่างๆมากมายส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ต้องการระบายความรู้สึกและแหล่งประโยชน์ต่างๆเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล การให้คำปรึกษาของบุคลากรทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้วิธีการเผชิญปัญหาต่างๆได้ดีขึ้น ทั้งปัญหาจากตัวผู้ป่วยและปัญหาจากตัวผู้ดูแลเอง ในระหว่างที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านบุคลากรทางสุขภาพควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อสื่อสารเพื่อสอบถามเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยที่สามารถแก้ปัญหาและข้อคับข้องใจต่างๆเพื่อให้เกิดการปรับตัวในทางที่ดีและรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิต

2.4.6 การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีสุขภาพกาย จิต จิตวิญญาณและสังคมที่ดี มีความจำเป็นเพื่อการเตรียมตัวผู้ดูแลให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพกายที่ครอบคลุมเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การจัดการกับปัญหาด้านจิตอารมณ์และจิตวิญญาณ

รวมถึงการนำครอบครัวมาสนับสนุนในการดูแล นอกจากนี้การเข้าใจชีวิตก็มีความสำคัญไม่น้อยกว่าการดูแลตนเองด้านอื่นๆ

2.4.7 การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเองซึ่งจะส่งผลให้ปัญหาด้านอารมณ์ลดลงได้

2.4.8 การพัฒนากลุ่มผู้ดูแล โดยการนำผู้ดูแลมารวมกลุ่มกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งกันและกัน ซึ่งในการจัดกลุ่มนั้นอาจริเริ่มจากพยาบาลหรือผู้ดูแลก็ได้ ส่วนในการนำกลุ่มนั้นพยาบาลอาจเป็นผู้นำในช่วงแรกๆ เมื่อกลุ่มผู้ดูแลมีความพร้อมมากขึ้นควรให้ผู้ดูแลเป็นผู้นำกลุ่มด้วยตนเองโดยมีพยาบาลเป็นที่ปรึกษา

2.4.9 การพัฒนากลุ่มช่วยเหลือผู้ดูแล โดยอาจมีอาสาสมัครไปดูแลผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนหรือไปทำกิจกรรมส่วนตัว หรือไปพบแพทย์เพื่อรักษาตนเอง เป็นต้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

3.1 ความหมายของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

Sanson-Fisher et al. (2000) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน เป็นความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับการตอบสนองจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ซึ่งความช่วยเหลือนั้นจะก่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายและเกิดความพึงพอใจ

Sklenarova et al. (2015) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน เป็นความต้องการที่จะได้รับในสิ่งที่พึงปรารถนา สิ่งที่มีความจำเป็น หรืออาจเป็นการได้รับการตอบสนองจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดี

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

ตลอดช่วงเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญปัญหาต่างๆมากมายและมีความต้องการหลายด้านที่แตกต่างกันไป ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยอธิบายได้ดังนี้

จากแนวคิดของ Wingate (1989) ได้แบ่งความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่

1) ความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือ ความร่วมมือ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกถึงความหวังใจ มีบุคคลยินดียินดีรับฟังเรื่องราวต่างๆ ด้วยความเข้าใจ ตลอดจนช่วยในการตัดสินใจเวลาเกิดปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย หรือปัญหาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2) ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงและรักษาสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลในครอบครัวให้ดำเนินต่อไปอย่างปกติ เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้

3) ความต้องการด้านข้อมูลและความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องได้รับโดยจะเป็นคำแนะนำ คำอธิบาย ตลอดจนวิธีการหรือการติดต่อที่ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องทราบ เพื่อให้ช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

4) ความต้องการด้านเศรษฐกิจ จำเป็นเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

5) ความต้องการด้านการจัดการภายในบ้าน เป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้ทำงานภายในบ้านและครอบครัว ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินต่อไปได้

6) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับซึ่งความรัก ความเห็นใจ กำลังใจสร้างความหวัง ตลอดจนความมีคุณค่าในตนเอง ความเป็นจริงของชีวิต

7) ความต้องการด้านอื่นๆ นอกเหนือจากใน 6 ด้าน

จากแนวคิดของ Sklenarova et al. (2015) ได้แบ่งความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) ความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพและข้อมูล (Health Care Service and Information Needs) เป็นการรับรู้ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลเรื่องโรค การวินิจฉัยและการรักษา

2) ความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and Psychological Needs) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลในด้านอารมณ์ความรู้สึก และการเผชิญปัญหา

3) ความต้องการด้านการทำงานและความปลอดภัยทางสังคม (Work and Social Security Needs) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลกระทบกับการทำงาน ผลกระทบที่เกิดกับการดำรงชีวิตหรือกิจกรรมที่ต้องทำ และความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน

4) ความต้องการด้านการสื่อสารและครอบครัว (Communication and Family Needs) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว

จากแนวคิดของ Girgis et al. (2013) ได้จัดกลุ่มความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งออกเป็น 4 ด้าน โดยอธิบายได้ดังนี้

1) ด้านระบบบริการสุขภาพ (Health care service) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ การเข้าถึง

ระบบสุขภาพและแหล่งประโยชน์ต่างๆ รวมถึงผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง

2) ด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and psychological) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการด้านอารมณ์ ความรู้สึก และทักษะการเผชิญปัญหา

3) ด้านการทำงานและสังคม (Work and social) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน การเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพ การสื่อสารกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว

4) ด้านข้อมูล (Information) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับโรค การรักษาที่ได้รับ และการดูแลผู้ป่วย

สรุป ในการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Girgis et al. (2013) เพราะเป็นแนวคิดที่กล่าวถึงความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลากรทีมสุขภาพ โดยแบ่งความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งออกเป็น 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพ ความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ความต้องการด้านการทำงานและสังคม และความต้องการด้านข้อมูล

3.3 ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

จากการทบทวนวรรณกรรม Sanson-Fisher et al. (2000) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน เป็นความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับการตอบสนองจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ซึ่งความช่วยเหลือนั้นจะก่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายและเกิดความพึงพอใจ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง ความปรารถนาของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามถึงการที่จะได้รับการช่วยเหลือและตอบสนองตามความต้องการ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนนั้นครอบคลุมทั้งด้านการดูแลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านผลกระทบต่อผู้ดูแลและกิจวัตรประจำวัน ด้านความสัมพันธ์ ด้านข้อมูล และด้านจิตวิญญาณ จากการศึกษาของ Bee et al. (2009) ได้ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย อาจเกิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการลองผิดลองถูก ทำให้ผู้ดูแลมีความต้องการที่จะได้รับข้อมูลที่ถูกต้องอย่างเพียงพอและต้องการได้รับการฝึกฝนวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Chen et al., 2016) ต้องการรู้

เกี่ยวกับการดำเนินของโรค ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแล และต้องการความช่วยเหลือในการจัดการกับความรู้สึกต่างๆรวมถึงความวิตกกังวล (Ewing et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พนิต ภาศรี แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หัตถกิจ (2558) ได้ศึกษาความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ดูแลต้องการเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ต้องการรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค และต้องการการช่วยเหลือในการฝึกฝนเทคนิควิธีการดูแลผู้ป่วยจากทีมสุขภาพ หากไม่ได้รับคำแนะนำ การอธิบาย การตอบคำถาม หรือการสนับสนุนความต้องการด้านจิตใจ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เกิดความกลัว ความเครียด และกลายเป็นภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจได้ในที่สุด (วารุณี บั้วมีรูป, 2551)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในหลายๆด้าน ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างครบถ้วน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.4 ผลกระทบจากการไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมักถูกคาดหวังในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการบริหารจัดการอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา การพามาตรวจตามนัด การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการให้กำลังใจและปลอบใจผู้ป่วย ซึ่งการที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวข้างต้น ทำให้ตัวผู้ดูแลเองมีปัญหาหรือความต้องการต่างๆตามมาหลายประการ ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความต้องการทางกาย ความต้องการด้านจิตอาารมณ์ ความต้องการทางสังคม และความต้องการด้านการเงิน เป็นต้น (Youngmee Kim et al., 2010) จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในทุกๆด้าน หากผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวในทุกๆด้าน ดังนี้ 1) ผลกระทบด้านร่างกาย ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 3.5 ปี พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงและข้ออักเสบ(Mellon, 2002) 2) ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเบื่อหน่าย เหนื่อย อ่อนล้า มีความเครียดทางอารมณ์ วิตกกังวล เบื่ออาหาร ซึมเศร้า นอนไม่หลับและความสามารถในการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาต่างๆลดลง (Jongbloed, 1994; Williams, 1994) 3) ผลกระทบด้านสังคม ผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่มีวันหยุด ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ไม่สามารถออกไปไหนได้อย่างอิสระ จำเป็นต้องละเลิกกิจกรรมทางสังคม (Spence et al., 2008; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557) 4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามบางครั้งมีอาการรบกวนที่ไม่สามารถควบคุมได้ จำเป็นต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีค่าใช้จ่ายใน

การเดินเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (Waldrop, Kramer, Skretny, Milch, & Finn, 2005; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557) ผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ดูแลกลายเป็นผู้ป่วยเองและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่สามารถให้การดูแลที่เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยอาจเป็นที่มาของความรุนแรงของอาการที่มากขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นำมาซึ่งค่าใช้จ่ายของครอบครัวและของโรงพยาบาล (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557)

3.5 การประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

เครื่องมือที่ใช้ประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมีดังต่อไปนี้

1) **แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (The supportive care needs survey for partners and caregivers)** ของ Girgis et al. (2011) เป็นแบบประเมินความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากแบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง (Supportive Care Needs Survey) โดยแบ่งความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพ 2) ความต้องการด้านจิตใจอารมณ์ 3) ความต้องการด้านการทำงานและสังคม 4) ความต้องการด้านข้อมูล มีข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีการให้คะแนน ดังนี้ ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่เป็นปัญหา ระดับที่ 2 หมายถึง พอใจแล้ว ระดับที่ 3 หมายถึง ต้องการต่ำ ระดับที่ 4 หมายถึง ต้องการปานกลาง ระดับที่ 5 หมายถึง ต้องการมาก การแปลผลคะแนนรายข้อ ในข้อที่ได้คะแนน 1-3 หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ข้อที่ได้คะแนน 4-5 หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวยังไม่ได้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

2) **แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง Psychometric evaluation of the German Version of the Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers (SCNS-P&C-G) of cancer patients** ของ Sklenarova et al. (2015) เป็นแบบประเมินความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่พัฒนามาจากแบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (SCNS-P&C) ของ Girgis et al. (2011) โดยแบ่งความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพและข้อมูล 2) ความต้องการด้านจิตใจอารมณ์ 3) ความต้องการด้านการทำงานและสังคม 4) ความต้องการด้านการสื่อสารและครอบครัว มีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีการให้คะแนน ดังนี้ ระดับที่ 1

หมายถึง ไม่ต้องการ ระดับที่ 2 หมายถึง พอใจแล้ว ระดับที่ 3 หมายถึง ต้องการต่ำ ระดับที่ 4 หมายถึง ต้องการปานกลาง ระดับที่ 5 หมายถึง ต้องการสูง การแปลผลคะแนน ในข้อที่ได้คะแนน 1-2 หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ข้อที่ได้คะแนน 3-5 หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวยังไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

3) แบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง ของ Wingate (1989) มีข้อคำถามจำนวน 56 ข้อ แบ่งความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย 2) ด้านการปรับระดับประคองจิตใจ 3) ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย 4) ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ 5) ด้านการจัดการภายในบ้าน และ 6) ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่มีความต้องการ จนถึง 5 หมายถึง มีความต้องการมากที่สุด

4) แบบสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤต (Critical Care Family Needs Inventory) ของ Molter (1979) มีข้อคำถามจำนวน 45 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูล 3) ด้านความต้องการการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 4) ด้านความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ด้านความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และ 6) ด้านความต้องการส่วนบุคคล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale มี 4 อันดับ คือ 1 หมายถึง ไม่สำคัญ จนถึง 4 หมายถึง มีความสำคัญมาก

สรุป ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบแบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (The supportive care needs survey for partners and caregivers) ของ Girgis et al. (2011) เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในต่างประเทศ มีการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามโครงสร้าง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ และเครื่องมือนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดความต้องการดูแลแบบสนับสนุนของ Girgis et al. (2013) ดังนั้นเครื่องมือนี้จึงมีความเฉพาะเจาะจงกับตัวแปรตามที่ต้องการศึกษา

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่สำคัญ คือ อายุของผู้ดูแล (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) ความวิตกกังวลของผู้ดูแล (Sklenarova et al., 2015) ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (Chen et al., 2014) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (Shaw et al., 2013) ความเหนื่อยล้า (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548)

และปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (Chen et al., 2014) มีรายละเอียดดังนี้

4.1 อายุ

4.1.1 ความหมายของอายุ

พจนานุกรม ราชบัณฑิตยสถาน (2542) กล่าวว่า อายุ คือ เวลาที่ดำรงชีวิตอยู่หรือช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดหรือมีมาจนถึงเวลาที่กล่าว

ศิริวรรณ วรรณศิริ (2548) กล่าวว่า อายุเป็นพัฒนาการและวุฒิภาวะของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการพิจารณาเหตุการณ์และการตัดสินใจของบุคคล

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของอายุ คือ จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามนับตั้งแต่ปีเกิด จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ไม่นับเดือน

4.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

อายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ การรับรู้ ความสามารถในการเข้าใจ การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลอื่น ซึ่งความสามารถในการดูแลของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (Orem, 2001) โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะทำให้บุคคลมีการพัฒนาความสามารถผ่านประสบการณ์ในการแก้ปัญหา สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติในการแก้ปัญหาทั้งเรื่องส่วนตัวและเรื่องครอบครัวได้ ต่างจากบุคคลที่มีอายุน้อย (ผกายมาศ กิตติวิทยากุล, 2551) เมื่อต้องมารับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ดูแลจึงต้องการได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในระดับสูง (Girgis et al., 2011) จากการศึกษาพบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (Mason, 2005) สรุปได้ว่าอายุของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นสิ่งเร้าร่วมประการหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัว การมีวุฒิภาวะและประสบการณ์จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัว สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้น อายุ น่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

4.2 ความวิตกกังวล

4.2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Spielberger (1972) อธิบายว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคล มีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น คุกคาม หรือทำให้เกิดอันตราย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยให้ความหมายของ ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ความหวาดหวั่นกระวนกระวายใจ และขาดความเข้าใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะขณะที่ญาติผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ในการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลมะเร็งระยะลุกลามพบว่ามีความสำคัญมากเนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในการให้การดูแลผู้ป่วย การเรียนรู้และการแก้ปัญหา (Reider, 1994) การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและการดูแลต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน เป็นภาระที่สำคัญมากสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จากการศึกษาของ วิภา วิเสโส (2545) ที่พบว่า ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง คือ ความวิตกกังวลและกลัวการสูญเสียผู้ป่วย โดยที่ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ความคิด ความจำ และสมาธิ ทำให้การรับรู้แคบลง ความจำไม่ดี การตัดสินใจไม่ดี ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ไม่สามารถใช้ทักษะที่มีอยู่ในการแก้ปัญหาได้ (อารีย์ บุญบรรณรัตน์, 2538) และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นยังทำให้ผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการรับรู้ถึงการตอบสนองที่ได้รับ (ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด สุปรिता มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2554) จึงทำให้รู้สึกว่าย่างไม่ได้ รับการตอบสนองตามความต้องการ ซึ่งจากการศึกษาของ Sklenarova et al. (2015) พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ดูแล ดังนั้น ความวิตกกังวลน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

4.2.3 การประเมินความวิตกกังวล

1) Visual Analog Scale (VAS) หรือ Linear Analog Scale เป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ตำแหน่งปลายสุดทางซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวลและเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือตำแหน่งปลายสุดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึกมีความวิตกกังวลมากที่สุด

2) Taylor Manifest Anxiety Scale พัฒนาขึ้นในปี 1950 (Taylor, 1950) อ้างถึงใน พัฒนาการ ทองคำ, 2548) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ เลือกลงมาจากแบบประเมิน

บุคลิกภาพ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMP) ให้คำตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม แบบวัดนี้เริ่มใช้ในหมู่นักเรียนในวิทยาลัยและผู้ป่วยทางจิต แต่ต่อมาได้นำมาใช้ในผู้ใหญ่ทั่ว ๆ ไป

3) **State-Trait Anxiety Inventory (STAI)** เป็นแบบวัดความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นเฉพาะและในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป โดยจะแยกประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง แต่ละชนิดของความวิตกกังวลประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลย จนถึงมีมากที่สุด

สรุป งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form Y-1 ของสปิลเบอร์เกอร์ เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย มีการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามโครงสร้าง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ และมีจำนวนข้อคำถามไม่มาก

4.3 แรงสนับสนุนทางสังคม

4.3.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

Caplan (1974) กล่าวว่า ธรรมชาติของการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลต้องมีการให้การช่วยเหลือสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ให้กำลังใจ แบ่งปันสิ่งของ ชี้นำ ให้คำแนะนำหรือข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงและปลอดภัย

Cassel (Cassel, 1976 อ้างใน Cohen (2000) กล่าวว่า ความเครียดทำให้บุคคลมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งบ่อยครั้งที่เป็นผลจากการขาดการป้อนกลับของสิ่งแวดล้อมทางสังคม หรือในทางตรงกันข้ามความเครียดจะลดลงไปได้จากการระบายความรู้สึกของบุคคลออกไปยังเครือข่ายทางสังคมของบุคคลนั้น หรือมีการช่วยเหลือจากเครือข่าย

Cobb (1976) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่ได้รับการช่วยเหลือด้านความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การมีคุณค่าในตนเอง และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีความรักและสนใจ มีคนยกย่องเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House and Kahn (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือในด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์หรือแรงงาน และการประเมินตัดสิน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษา การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับความแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทางในการดูแลสุขภาพ ให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริง บอกแหล่งข้อมูลเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

3) การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือแรงงาน หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของเครื่องใช้ เงินทอง เวลา แรงงาน สิ่งแวดล้อมจากบุคคลใกล้ชิด

4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับการยอมรับ การเห็นคุณค่า และเห็นด้วยในการกระทำที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม

4.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและจากทีมสุขภาพ ประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสารและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งช่วยนำพาบุคคลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม (House & Kahn, 1985) การช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอาจเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่/น้อง เพื่อนบ้าน หรือจากทีมสุขภาพ การช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งได้รับอาจเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพ หรือได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจากสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Goris, Klc, Elmal, Tutar, & Takc, 2016) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเนื่องไปถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพ การศึกษาของ Hung et al. (2013) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต้องการได้รับการดูแลสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลางในช่วง 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลต้องการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงสุด และจากการศึกษาของ Chen et al. (2014) พบว่า ผู้ดูแลที่ขาดแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

4.3.3 การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

1) **แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล (Personal Resource Questionnaire : PRQ)** สร้างโดย แบรินด์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) แปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงส์ตระกูล (2532) ซึ่ง สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้ดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แบบสอบถามนี้ใช้วัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรักใคร่ผูกพัน 2) ด้านความมีคุณค่าในตนเอง 3) ด้านการมีโอกาสนี้ประโยชน์ต่อผู้อื่น 4) ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ 5) ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ ด้านละ 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดยระดับที่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ระดับที่ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย ระดับที่ 3 หมายถึง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ระดับที่ 4 หมายถึง เฉยๆ ระดับที่ 5 หมายถึง ค่อนข้างเห็นด้วย ระดับที่ 6 หมายถึง เห็นด้วย และระดับที่ 7 หมายถึง เห็นด้วยมาก

2) **แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, Coyne,& Lazarus, 1981)** แปลและดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) แบบสอบถามมีจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ และการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งข้อคำถามครอบคลุมการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว (คู่สมรส บิดามารดา บุตร) บุคคลใกล้ชิด (เครือญาติ เพื่อนบ้าน) และบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่) ลักษณะการตอบเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด (4 คะแนน) ถึงไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย (0 คะแนน) คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-60 การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 0-20 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย 21-40 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลางและ 41-60 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมมาก

3) **แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม** สร้างโดย กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ตามแนวคิดของ House and Kahn (1985) แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และด้านการประเมินเปรียบเทียบ ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามด้านลบจำนวน 3 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผลคะแนน เป็นคะแนนรวมทั้งฉบับ คะแนนรวมสูง หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก นำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม โดย 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย 2.34 - 3.67 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง 3.68 - 5.0 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก

สรุป งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างโดย กฤติกาพร ไยโนน ตาด (2542) ตามแนวคิดของ (House & Kahn, 1985) เป็นเครื่องมือที่มีจำนวนข้อคำถามไม่มาก มีการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามโครงสร้าง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

4.4 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

4.4.1 ความหมายของความรู้

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสม มาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือ การปฏิบัติ

Davis (1985) เป็นความเข้าใจของผู้ดูแลในครอบครัวในโรคมะเร็งระยะลุกลาม เกี่ยวกับอาการ การรักษา วิธีการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการแก้ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วย และความรู้นั้น ยังสามารถช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยให้ความหมายของความรู้ในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ความเข้าใจ ของผู้ดูแลในครอบครัวในโรคมะเร็งระยะลุกลาม เกี่ยวกับอาการ การรักษา วิธีการดูแลผู้ป่วย การ แก้ปัญหาที่พบบ่อย ตลอดจนการประคับประคองจิตใจผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งประเมินได้จาก แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจา การทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

4.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกับความต้องการการดูแล แบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการลองผิดลองถูก (Bee et al., 2009) โดย ความรู้ที่ผู้ดูแลยังมีไม่เพียงพอ เช่น ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย (Lin & Tsao, 2004) วิธีการดูแลผู้ป่วย (Jansma et al., 2005; Lin & Tsao, 2004) การให้ยา และการจัดการความปวดของผู้ป่วย (Aranda et al., 2004; Docherty et al., 2008) โดยผู้ดูแลต้องการข้อมูลเหล่านี้จากบุคลากรทาง การแพทย์ (Shaw et al., 2013) เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความรู้ มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย มากขึ้น ส่งผลให้ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวลดลง การศึกษาของ Shaw et al. (2013) พบว่า ผู้ดูแลที่ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและขาดความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพมี ความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับสูง ดังนั้น ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย น่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

4.4.3 การประเมินความรู้

กาญจนา มยุระสุวรรณ (2552) ได้ศึกษาศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เนื้อหาแบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อที่ตอบผิด จำนวน 5 ข้อ ข้อที่ตอบถูกจำนวน 15 ข้อ ถ้าตอบคำถามถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบคำถามผิดได้ 0 คะแนน โดยพิจารณาคะแนนจากแบบประเมินความรู้ไม่ต่ำกว่า 80 % (16 ข้อ) หากได้คะแนนจากแบบประเมินน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยให้โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนซ้ำอีกครั้ง การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า Content Validity Index มีค่าเท่ากับ 0.86

สรุป ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินความรู้จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การรักษา วิธีการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการประคับประคองจิตใจผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

4.5 ความเหนื่อยล้า

4.5.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความล้าเมื่อยทางกระบวนการของร่างกาย เมื่อน้ำที่การทำงานของอวัยวะล้าเมื่อย ความต้องการพลังงานสิ้นเปลืองมากขึ้น มีผลต่อฮอร์โมนเพศ ระบบการรับส่งกระแสประสาทหรือสารสื่อประสาทที่ทางชีวภาพลดลง (Greenberg, 1992)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การเสื่อมถอยทางอารมณ์ อาการเหนื่อยล้าทางจิต มักเกิดร่วมกับอาการเครียด และประสบการณ์ทางอารมณ์ที่รุนแรง และบางครั้งเกิดร่วมกับการเก็บกดและความวิตกกังวล (Pickare-Holley, 1991)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าจะเกิดภาวะผิดปกติ หรือร่างกายรู้สึกเหนื่อยมาก อาจเกิดความเหนื่อยล้าอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้ โดยการพักผ่อนนอนหลับไม่สามารถทำให้ความรู้สึกเหนื่อยล้านี้หายไปได้ และทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (Piper, 1993)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยให้ความหมายของความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย รู้สึกขาดพลังงานจนถึงหมดแรงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยอาจมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ และด้านสติปัญญาไปด้วย เช่น สมาธิและความสนใจลดลง มีอารมณ์ตึงเครียด รู้สึกง่วงนอนตลอดเวลา ความสามารถในการทำงานลดลง ไม่อยากพบหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

4.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

เมื่อบุคคลมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น จะทำให้เกิดพฤติกรรมการตอบสนองที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง และระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้า จากการศึกษาของ ยุพดี กฤษณะจุฑะ (2545) ได้ศึกษาปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 94.4 มีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Jensen (1991) ได้ศึกษาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 248 ราย พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53 ซึ่งความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่หรือทำให้ความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยลดลงจนอาจทำให้ผู้ดูแลละทิ้งผู้ป่วยได้ ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลต้องการได้รับความช่วยเหลือ โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากบุคลากรทางการแพทย์ และการมีญาติมาเยี่ยม มีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ทำให้ความเหนื่อยล้าจากการดูแลของผู้ดูแลลดลง (Lin & Tsao, 2004; Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) จากการศึกษาของ Chen et al. (2016) ที่ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม พบว่า ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม ดังนั้น ความเหนื่อยล้าน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

4.5.3 การประเมินความเหนื่อยล้า

1) **แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Fatigue Scale)** เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper (1998) ที่ วัชรภรณ์ โตะทอง (2545) นำมาใช้ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 22 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญา ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0 – 10 แบบประเมินความเหนื่อยล้ามีคะแนนตั้งแต่ 0 - 220 คะแนน นำคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัว และแปลความหมายของคะแนน โดยใช้แนวคิดของ Jensen (1991) โดยแบ่งความเหนื่อยล้าออกเป็น 3 ระดับ คือ เหนื่อยล้ามาก (คะแนนอยู่ในช่วง 7 – 10) เหนื่อยล้าปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 4 – 6.99) เหนื่อยล้าเล็กน้อย (คะแนนอยู่ในช่วง 0 – 3.99)

2) **แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Multi-dimensional Assessment of Fatigue: MAF)** ของแทค (Tack, 1991) เป็นแบบประเมินความรู้สึกละและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่บุคคลประสบมาแล้ว 1 สัปดาห์ มีลักษณะประมาณค่าด้วยสายตา (visual analog scale for fatigue) ประกอบไปด้วย 16 ข้อคำถามโดยวัดความเหนื่อยล้า 5 ด้าน ดังนี้ ด้านความรุนแรงของ

ความเหนื่อยล้า ระดับของความเหนื่อยล้า ระยะเวลาของความเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานจากความเหนื่อยล้าและผลกระทบในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากความเหนื่อยล้า การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

สรุป งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper (1998) เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ข้อคำถามมีเนื้อหาครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญา มีการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามโครงสร้าง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ และมีจำนวนข้อคำถามไม่มาก

4.6 ความรุนแรงของอาการ

4.6.1 ความหมายความรุนแรงของอาการ

นงลักษณ์ สรรสม (2552) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ เป็นการรับรู้และประเมินว่าอาการนั้นมีความรุนแรงของอาการมากน้อยเพียงใด

วงจันทร์ เพชรพิเชียร (2554) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ เป็นการรับรู้ส่วนบุคคล ที่รับรู้ว่าการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยให้ความหมายของความรุนแรงของอาการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามถึงระดับความรุนแรงของการเกิดอาการประกอบด้วยอาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ

4.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

อาการเป็นประสบการณ์ที่เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล ซึ่งบุคคลจะมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน โดยเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความถี่ (Frequency) ความรุนแรง (Severity) และความทุกข์ทรมาน (Distress) (Somjaiwong, 2010) โดยการรับรู้แต่ละมิติจะมีความสัมพันธ์กัน (กิติกร นิลมานัต, 2555) จากการศึกษาของ ศรีรัตน์ มากมาย (2556) พบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อาการ ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวด ไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหาร และวิตกกังวล ซึ่งอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นตามการดำเนินของโรค โดยความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากอาการที่มากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้นตามไปด้วย (Suwisith et al., 2008) และยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเพราะในช่วงที่ต้องกลับไปดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการรักษาและจัดการอาการต่างๆที่เป็นผลมาจากโรคและการรักษา (วงจันทร์ เพชรพิเชียร, 2554) จากการศึกษาของ Chen และคณะ (2014) พบว่าความรุนแรงของ

อาการมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแล ($r = 0.318, p < 0.001$) ดังนั้น ความรุนแรงของอาการน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

4.6.3 การประเมินความรุนแรงของอาการ

1) แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

ฉบับภาษาไทย ของ Chinda และคณะ (2011) ซึ่งแปลมาจาก The Edmonton Group เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาการที่ใช้ในการประเมินมีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาการเบื่ออาหาร อาการง่วงซึม อาการซึมเศร้า อาการเหนื่อยหอบ อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการวิตกกังวล และความสบายดีทั้งกายและใจ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0 – 11 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 11 หมายถึงมีอาการมากที่สุด มีการหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient พบว่ามีค่า 0.89

2) The Cancer – and Cancer Treatment – related Symptom

Scale (CTSS) ของ Schmid – Buchi และคณะ (2011) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการจากมะเร็งและอาการที่เกิดจากการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแย่ในเดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านที่เกี่ยวกับอาการทางระบบทางเดินอาหาร จำนวน 6 ข้อ ด้านที่เกี่ยวกับความปวดและความผาสุก จำนวน 6 ข้อ ด้านที่เกี่ยวกับการเสียคุณค่าทางกายภาพและสังคม จำนวน 10 ข้อ และด้านภาพลักษณ์ จำนวน 5 ข้อ มีการหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient พบว่ามีค่า 0.78 – 0.91

สรุป งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) ฉบับภาษาไทย ของ Chinda และคณะ (2011) เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

4.7 ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย

4.7.1 ความหมายของความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย

ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการควบคุมและสั่งการให้ร่างกายปฏิบัติภารกิจต่างๆในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

4.7.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ป่วยมะเร็งที่ระยะลุกลามต้องเผชิญกับปัญหาและอาการต่างๆตลอดระยะเวลาการดำเนินของโรค มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีปัญหาสุขภาพเฉลี่ย 7 ปัญหา อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการปวด ไม่มีแรง เบื่ออาหาร โดยมีอาการนอนไม่หลับ และซึมเศร้าร่วมด้วย (กิติ

พล นาควิโรจน์, 2556) นอกจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากโรคแล้วการบำบัดรักษาที่ได้รับยังส่งผลให้ความแข็งแรงของร่างกายจะลดลง อ่อนล้าเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง (วารุณี มีเจริญ, 2557) ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมจากผู้ดูแล ในกรณีที่ผู้ดูแลไม่มีความรู้ ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน อาจจะทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องการได้รับความรู้ คำแนะนำและได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆจากทีมสุขภาพ เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จากการศึกษาของ Chen et al. (2014) พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแล ($r = -0.261, p < 0.001$) ดังนั้น ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

4.7.3 การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย

1) แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (The Karnofsky

Performance Status: KPS) ของมอร์และคณะ (Mor, Laliberte, Morris, & Wiemann, 1984) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วย แบ่งคะแนนออกเป็น 11 ระดับ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน 0 คะแนน หมายถึง เสียชีวิต และ 100 คะแนน หมายถึง มีความสามารถได้ตามปกติ ไม่ปรากฏอาการเจ็บป่วย เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนนเป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวม คือ คะแนนที่มากแสดงถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี และคะแนนที่น้อยแสดงถึงมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ไม่ดี โดยค่าคะแนนที่ได้นำมาจัดกลุ่มได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความสามารถทางด้านร่างกายค่อนข้างดี สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ คะแนนอยู่ในช่วง 80 – 100 คะแนน

ระดับที่ 2 ระดับความสามารถทางด้านร่างกายปานกลาง ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่ที่บ้านและส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น คะแนนอยู่ในช่วง 50 – 70 คะแนน

ระดับที่ 3 ระดับความสามารถทางด้านร่างกายน้อย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการการดูแลในโรงพยาบาล โรคดำเนินอย่างรวดเร็ว คะแนนอยู่ในช่วง 0 – 40 คะแนน

2) แบบประเมินความสามารถในการในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโดยใช้ (Palliative Performance Scale : PPS) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดย Victoria Hospice Society ที่รัฐ British Columbia เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆของผู้ป่วย Palliative Care แบบประเมิน PPS มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับไล่ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (>70%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%) PPS เป็น

เครื่องมือใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัว

สรุป งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินแบบประเมิน The Karnofsky Performance Status: KPS เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ชัดเจน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

ชูชื่น ชิวพูลผล (2541) ศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ที่มีผลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 200 ราย ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นกรอบแนวคิด ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านบทบาทหน้าที่ ความเข้มแข็งในการมองโลกมีอิทธิพลต่อการปรับตัวทุกด้าน ส่วนภาระการดูแลมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกาย และด้านบทบาทหน้าที่ และจากการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า สภาพของญาติผู้ดูแลและครอบครัวอาจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้วย คือ ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อย และญาติผู้ดูแลเพศหญิงมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลเพศชาย

ปพิชญาลักษณ์ ตันติ และคณะ (2559) ศึกษาระดับความต้องการของผู้ดูแลวัยสูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลวัยสูงอายุของผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นมะเร็งโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าระยะเวลาในการดูแล และภาระการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ดูแลวัยสูงอายุ ($r = .21$ และ $.41, p < .01$)

ผกายมาศ กิตติวิทยากุล (2551) ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก แบ่งเป็นความต้องการ 6 ด้าน คือ ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย (information needs) ด้านการประคับประคองจิตใจ (psychological needs) ด้านการเงิน (financial needs) ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ (spiritual needs) ด้านการจัดการภายในบ้าน (household management needs) ด้านความต้องการการดูแลสุขภาพร่างกาย (physical needs) ผลการศึกษาพบว่าความ

ต้องการของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและความต้องการในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยเรียงลำดับคะแนนจากมากไปหาน้อย คือ ความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการประคับประคองจิตใจ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้าน และด้านการเงิน ในด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยแต่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความต้องการด้านการเงิน รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความต้องการด้านการเงินระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยและด้านการจัดการภายในบ้านการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคและจำนวนครั้งของการช้ำมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความต้องการด้านการเงิน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นๆ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความต้องการด้านการเงิน และความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ส่วนอายุของผู้ดูแลและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแล

พิมพ์พนิต ภาศรี (2558) ศึกษาระดับความต้องการความช่วยเหลือด้านต่างๆ ของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ความต้องการในด้านนี้จะเกี่ยวกับความต้องการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ต้องการรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค/ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ต้องการความช่วยเหลือในการจัดการอาการของผู้ป่วย รวมไปถึง การให้ยา ส่วนความต้องการการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลเอง อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ต้องการการช่วยเหลือในการฝึกฝนเทคนิค/วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจากทีมสุขภาพมากที่สุด

ศิริวรรณ วรรณศิริ (2548) ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 130 คน ผลการวิจัย พบว่า ความต้องการโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางและพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งในระดับต่ำ ($r = .23, p < .05$) ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งในระดับปานกลาง ($r = .61, p < .05$) และภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งในระดับปานกลาง ($r = .58, p < .05$)

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านจำนวน 88 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.5 มีการเจ็บป่วยที่สะท้อนถึงผลของ

ความเครียดชัดเจน ได้แก่ ปวดศีรษะ ไข้หวัด อ่อนเพลีย เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้และใจสั้น และเมื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่ทำนายสุขภาพ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าและเป็นความเครียด ความเชื่อในการคิดรู้อิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าและเป็นความเครียด การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าและเป็นความเครียดมีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับภาวะสุขภาพ

สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์ และกุลธิดา พานิชกุล (2559) ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างอยู่ที่บ้าน จำนวน 144 คน ผลการวิจัยพบว่าความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความต้องการด้านข้อมูลการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ และพบว่า อาชีพและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนความเครียดของผู้ดูแลและสัมพันธภาพในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

งานวิจัยต่างประเทศ

Chen et al. (2014) ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่ไม่ได้รับการตอบสนองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งในช่องปากหลังผ่าตัดจำนวน 102 คน พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านระบบบริการสุขภาพมากที่สุด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ดูแลในครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการที่ผู้ดูแลขาดการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ดูแลในครอบครัว

Chen et al. (2016) ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่ไม่ได้รับการตอบสนองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม จำนวน 166 คน พบว่าความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอันดับสูงสุด คือ ความต้องการด้านข้อมูล ความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพและความต้องการด้านกิจวัตรประจำวัน และพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วย และปัญหาการนอนหลับในผู้ดูแล สามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมของผู้ดูแล

Ewing et al. (2013) พัฒนาแบบประเมินความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 225 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ขณะที่ให้การดูแลมากที่สุด เพื่อที่จะสามารถตั้งความหวังเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ในอนาคต และต้องการความช่วยเหลือในการจัดการกับความรู้สึกต่างๆ และความกังวลที่เกิดขึ้นในลำดับรองลงมา นอกจากนี้ผลคะแนนแบบประเมินความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายที่บ้านแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียดและความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเตรียมพร้อมในการดูแลและพลวัตสุขภาพ/คุณภาพชีวิต และมีความสัมพันธ์กับความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและภาวะอาการของผู้ป่วย

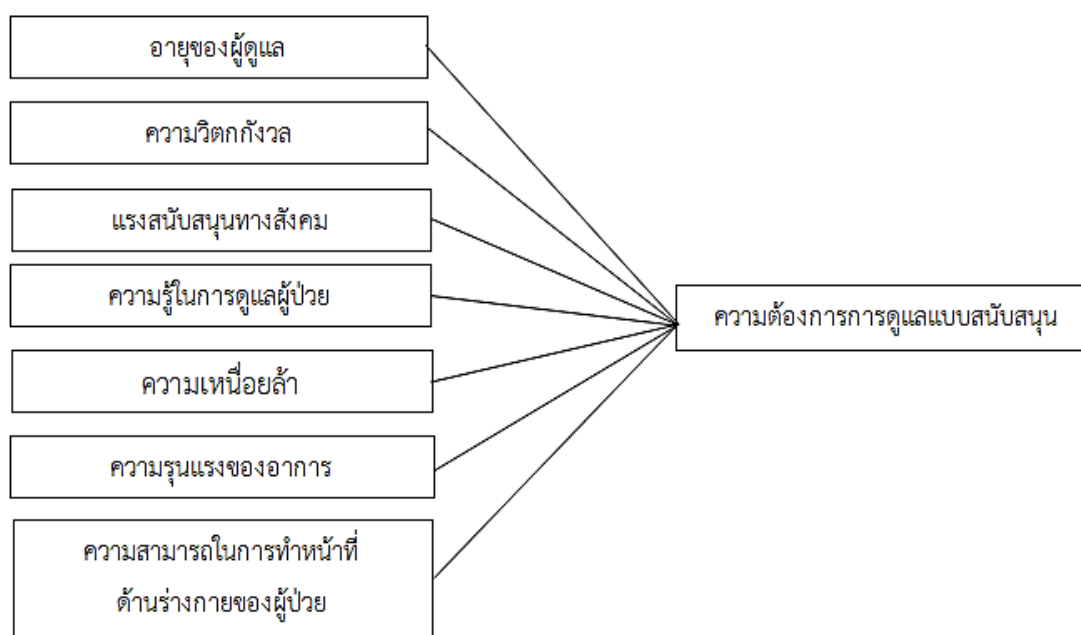
Girgis et al. (2013) ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในช่วง 24 เดือน หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่โรคสงบ โดยผลการศึกษาพบว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป แต่ยังมีผู้ดูแลเกือบหนึ่งในสามที่ยังคงต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในเดือนที่ 24 โดยผู้ดูแลมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนเกี่ยวกับ การจัดการกับความกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง การลดความเครียดในสิ่งที่ต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคมะเร็ง ต้องการเข้าใจประสบการณ์ของผู้ที่เป็นมะเร็ง และต้องการที่จอดรถในโรงพยาบาล และพบว่าปัจจัยด้านความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การปรับตัวเผชิญความเครียดของผู้ดูแล และค่ารักษาพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

Heckel et al. (2015) ศึกษาระดับของความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างน้อย 1 ข้อมากถึงร้อยละ 57 ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างน้อย 3 ข้อ ร้อยละ 37 ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างน้อย 5 ข้อร้อยละ 31 และไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างน้อย 10 ข้อร้อยละ 15 ซึ่งความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ ความต้องการด้านข้อมูลและความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพ และพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความต้องการของผู้ให้ความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญมีความสัมพันธ์กับ อายุของผู้ดูแล ประเภทโรงพยาบาลประเภทของการรักษา ชนิดของโรคมะเร็ง สถานการณ์ในชีวิตและสถานะความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่

Khan et al. (2011) ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 54 รายที่ลงทะเบียนในคลินิกการดูแลแบบประคับประคองเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแล หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต 3-6 เดือน ด้วยแบบสอบถามที่ครอบคลุมด้านร่างกาย ด้านการรักษา ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ผู้ดูแลมีความพึงพอใจเกี่ยวกับข้อมูลและการรักษาที่ได้รับจากทีมผู้ให้การรักษา แต่พบว่าขณะที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีที่มีเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การสนับสนุนด้านจิตใจและความช่วยเหลือทางการเงิน

Sklenarova et al. (2015) ศึกษาลักษณะของความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ในการศึกษาที่แบ่งความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนออกเป็น 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพและข้อมูล ความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ความต้องการด้านการทำงาน สังคมและความปลอดภัย และความต้องการด้านการสื่อสารและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 188 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 14.4 ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ร้อยละ 42 รายงานว่าไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการน้อยกว่า 10 เรื่อง และร้อยละ 43.6 รายงานว่าไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการมากกว่า 10 เรื่อง ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วย และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพและข้อมูลมากที่สุด รองลงมาคือความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ และพบว่าความวิตกกังวลของผู้ดูแล และความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยเป็นปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามทั้งเพศชายและหญิงที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ (Tertiary hospitals) ในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามทั้งชายและหญิงที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ (Tertiary hospitals) ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 แห่ง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วย คือ

- 1) มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิดระยะที่ 3 และ 4

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) เป็นผู้ดูแลหลักทั้งเพศชายและหญิงที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามไม่น้อยกว่า 1 เดือน
- 2) เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ บิดา มารดา พี่/น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมายคือ คู่สมรส
- 3) รู้สึกตัวดี มีการรับรู้จดจำ เกี่ยวกับเวลา บุคคล สถานที่ได้
- 4) ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่น ๆ
- 5) สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
- 6) ยินดีร่วมมือในการทำวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดโดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยโปรแกรม Power Analysis for Sample Size (PASS) โดยใช้ข้อมูลการศึกษาของ ศิริวรรณ วรรณศิริ (2548) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขนาดของความสัมพันธ์อย่างน้อยในระดับต่ำขึ้นไป ($r = .23$) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจทดสอบ 80 % ได้กลุ่มตัวอย่าง 153 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร, 2550) รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 184 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้

1. จำแนกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครได้ 6 สังกัด ดังนี้

- 1) สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ
- 2) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- 3) สังกัดองค์กรอิสระ
- 4) สังกัดกรุงเทพมหานคร
- 5) สังกัดกระทรวงกลาโหม
- 6) สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

2. สุ่มสังกัดของโรงพยาบาลในอัตราส่วน 1:2 โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก (Simple random sampling) โดยสุ่มได้สังกัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร 3 สังกัด จาก 6 สังกัด คือ สังกัดองค์กรอิสระ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการและสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3. ผู้วิจัยสุ่มเลือกโรงพยาบาลจาก 3 สังกัด ได้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 โรงพยาบาล

4. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) โดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคและระยะของโรคจากเวชระเบียนตามยอดผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคมะเร็งจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้ง 3 แห่ง โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอำนวยความสะดวกในการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกที่กำหนดไว้ ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโรงพยาบาลที่ 1 จำนวน 62 คน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิโรงพยาบาลที่ 2 จำนวน 62 คน และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโรงพยาบาลที่ 3 จำนวน 60 คน จนได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 184 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 8 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีรายละเอียดของแบบสอบถามดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว รูปแบบการทำงานของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแล ผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแล สุขภาพของผู้ดูแล โรคประจำตัว แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรค ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะของโรคมะเร็ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2. แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ State Anxiety Inventory form Y (STAI form Y-1) ของ Spielberger (1983) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เขียมสุภาชิตและจิน แบรี่ (อ้างถึงใน (दारารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534) ลักษณะของแบบประเมินความวิตกกังวลมีข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อที่แสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อและข้อที่แสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยมีการให้คะแนน ดังนี้

ข้อความด้านลบ	1	หมายถึง	ไม่มีเลย
	2	หมายถึง	มีบ้าง
	3	หมายถึง	มีค่อนข้างมาก
	4	หมายถึง	มีมากที่สุด
ข้อความด้านบวก	4	หมายถึง	ไม่มีเลย
	3	หมายถึง	มีบ้าง
	2	หมายถึง	มีค่อนข้างมาก
	1	หมายถึง	มีมากที่สุด

คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 20 - 80 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำแสดงถึงมีความวิตกกังวลน้อย และคะแนนรวมสูงแสดงถึงมีความวิตกกังวลมาก สามารถแบ่งระดับของความวิตกกังวลจากค่าคะแนนรวมได้ ดังนี้ (จุฬารักษ์ คำพานุทย์, 2550)

คะแนน 20.00 – 40.99 คะแนน	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลเล็กน้อย
คะแนน 41.00 – 60.99 คะแนน	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลปานกลาง
คะแนน 61.00 – 70.99 คะแนน	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลมาก
คะแนน 71.00 – 80.00 คะแนน	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลมากที่สุด

3. แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยข้อที่ดัดแปลงได้แก่

ข้อที่ 7 ฉบับเดิม “คุณได้รับคำแนะนำจากแพทย์-พยาบาลในการดูแลหลังได้เคมีบำบัด” แก้เป็น “คุณได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม”

ข้อที่ 8 ฉบับเดิม “คุณได้รับคำแนะนำจากคนใกล้ชิดเกี่ยวกับแหล่งที่เป็นประโยชน์ของโรคที่เป็นอยู่” แก้เป็น “คุณได้รับคำแนะนำจากคนใกล้ชิดเกี่ยวกับแหล่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ”

ข้อที่ 9 ฉบับเดิม “คุณได้รับคำแนะนำจากคนใกล้ชิดเกี่ยวกับแหล่งที่เป็นประโยชน์ในเรื่องการดูแลหลังได้เคมีบำบัด” แก้เป็น “คุณได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับแหล่งที่เป็นประโยชน์ในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม”

ข้อที่ 10 ฉบับเดิม “คุณพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยคนอื่นๆ” แก้เป็น “คุณพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในเรื่องการดูแลสุขภาพกับผู้อื่น”

ข้อที่ 12 ฉบับเดิม “กรณีที่คุณไม่สามารถไปรับการรักษาด้วยตนเองได้ ญาติให้ความช่วยเหลือคุณ” แก้เป็น “บุคคลใกล้ชิดจะช่วยเหลือ ในกรณีที่คุณไม่สามารถพาผู้ป่วยไปรับการรักษาด้วยตนเองได้”

ข้อที่ 13 ฉบับเดิม “คนในครอบครัวช่วยคุณแบ่งเบาภาระงานบ้าน” แก้เป็น “บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน”

ข้อที่ 17 ฉบับเดิม “เมื่อคุณมีอาการร้าย คนใกล้ชิดคอยเตือนสติคุณ” แก้เป็น “เมื่อคุณมีอาการร้ายหรือหงุดหงิด บุคคลใกล้ชิดคอยเตือนสติคุณ”

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

การสนับสนุนด้านอารมณ์	5 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 1-5
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	5 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 6-10
การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน	5 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 11-15
การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ	5 ข้อ	ได้แก่	ข้อ 16-20

โดยเป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 17 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 ข้อคำถามด้านลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 2, 5, 20 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-100

คะแนน ค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ดังนี้

ได้รับมากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นทุกประการ
ได้รับมาก	หมายถึง	ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเป็นส่วนมาก แต่อาจมีข้อขัดแย้งเพียงเล็กน้อย
ได้รับปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลาง และมีข้อขัดแย้งเพียงครึ่งหนึ่ง
ได้รับเล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเล็กน้อย และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก
ไม่ได้รับ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่ได้รับการสนับสนุน หรือไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

	ข้อความทางบวก	คะแนน	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	5		1
มาก	4		2
ปานกลาง	3		3
เล็กน้อย	2		4
ไม่ได้รับ	1		5

นำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของ ชูศรี วงศ์รัตน์ (2544) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.0 หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก

4. แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การรักษา วิธีการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการประคับประคองจิตใจ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	“ใช่”	ให้ 1 คะแนน
คำตอบ	“ไม่ใช่”	ให้ 0 คะแนน
คำตอบ	“ไม่ทราบ”	ให้ 0 คะแนน

คะแนนแบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้นโดยใช้วิธี คำนวณหาช่วงกว้างระหว่างชั้น (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555)

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

จำนวนชั้น			
นำมาหาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้ สามารถกำหนดคะแนน ได้ดังนี้			
คะแนน	0 – 3.99	หมายถึง	มีความรู้น้อย
คะแนน	4.00 – 6.99	หมายถึง	มีความรู้ปานกลาง
คะแนน	7.00 – 10.00	หมายถึง	มีความรู้มาก

5. แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Fatigue Scale) เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper (1998) ที่แปลโดยปิยวรรณ ภูษณภานุรังษี (อ้างถึงใน วัชรภรณ์ โต๊ะทอง, 2545) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหนื่อยล้ามาใช้ เนื่องจากสามารถประเมินความผิดปกติที่เกิดจากความเหนื่อยล้าครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ และด้านสติปัญญา ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญา ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 – 10

แบบประเมินความเหนื่อยล้ามีคะแนนตั้งแต่ 0 - 220 คะแนน นำคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัว และแปลความหมายของคะแนน โดยใช้แนวคิดของ Jensen and Given (1991) โดยแบ่งความเหนื่อยล้าออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เหนื่อยล้ามาก	คะแนนอยู่ในช่วง	7.00 – 10.00
เหนื่อยล้าปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วง	4.00 – 6.99
เหนื่อยล้าเล็กน้อย	คะแนนอยู่ในช่วง	0 – 3.99

6. แบบประเมินความรุนแรงของอาการ

ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) ฉบับภาษาไทยของ มณฑรัตน์ จินดา และคณะ (Chinda, Jaturapatporn, Kirshen, & Udomsubpayakul,

2011) เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วย อาการที่ใช้ในการประเมินมีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาการเบื่ออาหาร อาการง่วงซึม อาการซึมเศร้า อาการเหนื่อยหอบ อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการวิตกกังวล และความสบายดีทั้งกายและใจ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0 – 10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด การแปลความหมายคะแนน คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการแบ่งระดับโดยนำค่าคะแนนสูงสุด ลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนขั้นที่ต้องการ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544) คือ 4 ระดับ ได้เกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

0.01 - 2.50	หมายถึง	รุนแรงน้อย
2.51 - 5.00	หมายถึง	รุนแรงปานกลาง
5.01 - 7.50	หมายถึง	รุนแรงมาก
7.51 - 10.00	หมายถึง	รุนแรงมากที่สุด

7. แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน The Karnofsky Performance Status (KPS) ของมอร์และคณะ (Mor et al., 1984) ที่แปลโดย อำนวยพร อาษานอก (2549) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วย แบ่งคะแนนออกเป็น 11 ระดับ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน 0 คะแนน หมายถึง เสียชีวิต และ 100 คะแนน หมายถึง มีความสามารถได้ตามปกติ ไม่ปรากฏอาการเจ็บป่วย โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนนเป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวม คือ คะแนนที่มากแสดงถึงมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดีและคะแนนที่น้อยแสดงถึงมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ไม่ดี โดยค่าคะแนนที่ได้นำมาจัดกลุ่มได้เป็น 3 ระดับ (Mor et al., 1984) ดังนี้

ระดับที่ 1 ความสามารถทางด้านร่างกายค่อนข้างดี สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ โดยไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษคะแนนอยู่ในช่วง 80 – 100

ระดับที่ 2 ความสามารถทางด้านร่างกายปานกลาง ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่ที่บ้าน และส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น คะแนนอยู่ในช่วง 50 – 70

ระดับที่ 3 ความสามารถทางด้านร่างกายน้อย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการการดูแลในโรงพยาบาล โรคดำเนินอย่างรวดเร็ว คะแนนอยู่ในช่วง 0 – 40

8. แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง (The supportive care needs survey for partners and caregivers) สร้างโดย Girgis et al., (2011) โดยผู้วิจัยขออนุญาตเพื่อขอเครื่องมือในการศึกษาวิจัยจากผู้วิจัยที่เกี่ยวข้อง ภายหลัง

ได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือวิจัยต้นฉบับแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการแปลเครื่องมือวิจัยซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 แปลแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้แปลที่มีความรู้ความชำนาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นที่ 2 การตรวจสอบแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยทำตารางเปรียบเทียบการแปลแล้วนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา

ขั้นที่ 3 การแปลย้อนกลับ (Back translation) นำแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ไม่ใช่บุคคลเดียวกันกับผู้แปลในขั้นตอนแรก และผู้แปลไม่เคยเห็นแบบสอบถามนี้มาก่อน เพื่อลดอคติในการแปลย้อนกลับ

ขั้นที่ 4 เปรียบเทียบแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนชุดต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษาและวัฒนธรรม

ขั้นที่ 5 นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 30 คน

แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพ ความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ความต้องการด้านการทำงานและสังคม และความต้องการด้านข้อมูล แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีการให้คะแนน ดังนี้

ระดับที่ 1	ไม่เป็นปัญหา	หมายถึง	ไม่ต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากไม่มีเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (1 คะแนน)
ระดับที่ 2	พอใจแล้ว	หมายถึง	ต้องการความช่วยเหลือแต่ความต้องการได้รับการตอบสนองจนพอใจแล้ว (2 คะแนน)
ระดับที่ 3	ความต้องการต่ำ	หมายถึง	มีความต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมเล็กน้อย (3 คะแนน)
ระดับที่ 4	ความต้องการปานกลาง	หมายถึง	มีความต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมปานกลาง (4 คะแนน)

ระดับที่ 5 ความต้องการสูง หมายถึง มีความต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม
อย่างมาก (5 คะแนน)

การแปลผลคะแนนสำหรับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน คะแนนเฉลี่ยความต้องการ
สูง หมายถึง ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับมาก นั่นคือ
ได้รับการตอบสนองต่ำ คะแนนเฉลี่ยความต้องการต่ำ หมายถึง ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
ของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับน้อย นั่นคือ ได้รับการตอบสนองความต้องการ

แบ่งช่วงเป็น 4 ระดับ ตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้นโดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนน
ต่ำสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (ชูศรี วงศ์รัตน, 2544) ได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 คะแนน หมายถึง ไม่ต้องการการดูแลแบบสนับสนุน นั่น
คือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนได้รับการตอบสนอง

คะแนนเฉลี่ย 2.10 – 3.00 คะแนน หมายถึง มีต้องการการดูแลแบบสนับสนุนใน
ระดับน้อย นั่นคือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนยังไม่ได้รับการตอบสนอง

คะแนนเฉลี่ย 3.10 – 4.00 คะแนน หมายถึง มีต้องการการดูแลแบบสนับสนุนใน
ระดับปานกลาง นั่นคือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนยังไม่ได้รับการตอบสนอง

คะแนนเฉลี่ย 4.10 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีต้องการการดูแลแบบสนับสนุนใน
ระดับมาก นั่นคือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนยังไม่ได้รับการตอบสนอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินความสามารถทางด้านร่างกายและแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งไปตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาโดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ภายหลังจากได้รับการปรับแก้แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน คือ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 2 คน 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 2 คน โดยระดับการแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมี 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความของการวิจัย
- 2 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องน้อย ต้องพิจารณาและปรับปรุงข้อคำถาม

3 หมายถึง คำถามค่อนข้างสอดคล้อง ต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อย

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความของการวิจัย
หลังจากนั้นนำเครื่องมือปรับแก้ไขอีกรอบตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน แล้วนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา หรือ Content Validity Index : CVI (Polit & Beck, 2004)

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

ค่า CVI มีค่าระหว่าง 0 – 1.0 โดยค่าที่ยอมรับได้ว่าคำถามมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในวิจัย หรือมีความตรงตามเนื้อหาคือมากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 โดยมีเกณฑ์การแบ่งดังนี้ (Polit & Beck, 2004)

≥ 0.8 -0.99 หมายถึง ระดับดี (Good)

1.00 หมายถึง ระดับดีเยี่ยม (Excellent)

หากค่าที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ควรตัดข้อคำถามนั้นทิ้งและปรับปรุงแบบสอบถาม

โดยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีรายละเอียดของแต่ละแบบสอบถาม ดังนี้

แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ CVI = 0.75

แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม CVI = 1.00

แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว CVI = 0.80

แบบประเมินความเหนื่อยล้า CVI = 0.90

แบบประเมินความรุนแรงของอาการ CVI = 0.90

แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย CVI = 1.00

แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว CVI = 0.70

สรุปข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1. **แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม** ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 1 คุณได้รับความรัก ความหวังใยจากบุคคลใกล้ชิดเสมอ แม้เป็น คุณได้รับความรัก ความหวังใยจากบุคคลใกล้ชิดสม่ำเสมอ

ข้อที่ 4 บุคคลใกล้ชิดพูดคุยเป็นเพื่อนคุณ แม้เป็น บุคคลใกล้ชิดสามารถพูดคุยเป็นเพื่อนคุณได้

ข้อที่ 5 สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจเมื่อคุณเจ็บป่วย แม้เป็น สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ไม่สนใจเมื่อคุณเจ็บป่วย

ข้อที่ 6 คุณได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลในการดูแลสุขภาพ แม้เป็น คุณได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลในการดูแลสุขภาพของตัวเอง

ข้อที่ 8 คุณได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับแหล่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ แม้เป็น คุณได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อที่ 9 คุณได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับแหล่งที่เป็นประโยชน์ในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แม้เป็น คุณได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ข้อที่ 12 บุคคลใกล้ชิดจะช่วยเหลือ ในกรณีที่คุณไม่สามารถพาผู้ป่วยไปรับการรักษาด้วยตนเองได้ แม้เป็น ในกรณีที่คุณไม่สามารถพาผู้ป่วยไปรับการรักษาด้วยตนเองได้ บุคคลใกล้ชิดจะช่วยเหลือคุณได้

ข้อที่ 13 บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวช่วยให้คุณแบ่งเบาภาระงานบ้าน แม้เป็น บุคคลในครอบครัวช่วยให้คุณแบ่งเบาภาระงานบ้าน

ข้อที่ 14 บุคคลใกล้ชิดคอยจัดหาสิ่งของที่ให้คุณขอมาให้ แม้เป็น บุคคลใกล้ชิดคอยจัดหาสิ่งของที่ต้องการมาให้

ข้อที่ 15 บุคคลใกล้ชิดจัดโอกาสให้คุณได้พักผ่อนหย่อนใจ แม้เป็น บุคคลใกล้ชิดเข้ามาช่วยเหลือจัดโอกาสให้คุณได้พักผ่อนหย่อนใจ

ข้อที่ 17 เมื่อคุณมีอาการร้ายหรือหงุดหงิด บุคคลใกล้ชิดคอยเตือนสติคุณ แม้เป็น บุคคลใกล้ชิดคอยเตือนสติคุณเมื่อคุณมีอาการร้ายหรือ หงุดหงิด

ข้อที่ 18 คุณมีคนที่รับฟังความคิดเห็นจากคุณ แม้เป็น คุณมีคนที่ยอมรับฟังความคิดเห็นจากคุณ

2. แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว
ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 3 ถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก หลังเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนต้องรีบจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทดแทนให้ผู้ป่วยทันที แม้เป็น ถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก หลังเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนต้องรีบจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทดแทนให้ผู้ป่วยทันที

ข้อที่ 4 อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาระงับความปวด แม้เป็น อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาระงับความปวดกลุ่มมอร์ฟีน

ข้อที่ 5 ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาระงับความปวดอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องรับประทานยาระบายตามแพทย์สั่งเพื่อป้องกันท้องผูก แก่เป็น ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีนอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องรับประทานยาระบายตามแพทย์สั่งเพื่อป้องกันท้องผูก

ข้อที่ 8 ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสามารถออกกำลังกายตามความสามารถของตนเองด้วยการเดินรอบบ้านประมาณ 20 - 30 นาที เพราะจะทำให้ระบบไหลเวียนดีขึ้น แก่เป็น ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสามารถออกกำลังกายตามความสามารถของตนเอง เช่น การเดินรอบบ้านประมาณ 20 - 30 นาที เพราะจะทำให้ระบบไหลเวียนดีขึ้น

3. **แบบประเมินความเหนื่อยล้า** ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับใช้สรรพนามเดียวกันในข้อคำถามแต่ละข้อ

4. **แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว** ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบริการความช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง แก่เป็น การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริการความช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อที่ 10 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งร่วมกับคณะแพทย์ แก่เป็น การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งร่วมกับทีมผู้ให้การรักษา

ข้อที่ 12 รู้สึกมั่นใจว่าแพทย์ทุกคนปรึกษาหารือกันเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แก่เป็น รู้สึกมั่นใจว่าแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพทุกคนปรึกษาหารือเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อที่ 14 ให้ความมั่นใจว่าข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม แก่เป็น รู้สึกมั่นใจว่าข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม

ข้อที่ 18 การหาที่จอดรถที่เข้าออกง่ายในโรงพยาบาลได้มากขึ้น แก่เป็น การมีที่จอดรถและเข้าออกในโรงพยาบาลได้ง่าย

ข้อที่ 20 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยที่มีต่อการทำงานและการใช้ชีวิตของคุณ แก่เป็น ได้รับความช่วยเหลือเมื่อเกิดผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย ที่มีผลต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน

ข้อที่ 25 การตั้งรับในการตอบคำถามเกี่ยวกับโรคมะเร็งกับคนในสังคมหรือที่ทำงาน แก่เป็น การตั้งรับในการพูดคุยเกี่ยวกับโรคมะเร็งกับคนในสังคมหรือเพื่อนร่วมงาน

ข้อที่ 26 การจัดการความกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง แก่เป็น การดูแลช่วยเหลือเพื่อลดความกังวลของคุณเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งในผู้ป่วย

ข้อที่ 31 การจัดการกับปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ของคุณ แก่เป็น การจัดการกับปัญหาเรื่องทางเพศและความสัมพันธ์ของคุณ

ข้อที่ 32 การได้รับความช่วยเหลือทางอารมณ์สำหรับตัวคุณเอง แก่เป็น การได้รับการดูแลทางด้านอารมณ์สำหรับตัวคุณเอง

ข้อที่ 33 คนที่คุณรักได้รับการดูแลช่วยเหลือทางอารมณ์ แก่เป็น การดูแลช่วยเหลือทางอารมณ์สำหรับคนที่คุณรัก

2. หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินความสามารถทางด้านร่างกายและแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับการแก้ไขแล้วไปทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient โดยใช้เกณฑ์ตามอ้างอิงค่าความเที่ยงในระดับดีที่ .70 - .80 (DeVellis, 2003)

แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว	KR-20	=	0.73
แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	Test-retest method	=	0.95
แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ	α	=	0.93
แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม	α	=	0.93
แบบประเมินความเหนื่อยล้า	α	=	0.94
แบบประเมินความรุนแรงของอาการ	α	=	0.91
แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว	α	=	0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเข้าพบกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ขั้นตอนการขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การขออนุมัติเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล และการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล

ภายหลังได้รับการอนุมัติเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2561 โดยที่ทั้ง 3 โรงพยาบาลมีคลินิกให้บริการตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น ถึง 16.00 น. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคและระยะของโรคจากยอดผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคมะเร็งจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้ง 3 แห่ง โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอำนวยความสะดวกในการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าศึกษาที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกคนวันคนจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 184 คน

2. ขณะที่ผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์ที่หน้าห้องตรวจ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ให้ข้อมูลคำอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย บอกถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมในการวิจัย ตอบข้อสงสัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระ ก่อนลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

3. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามคำชี้แจงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล สำหรับกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีปัญหาเรื่องสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามแต่ละส่วนให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้เลือกตอบพร้อมกับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามแต่ละส่วนตามคำตอบที่ได้รับอย่างถูกต้องและเป็นจริง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อความ หากฉบับใดกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารการพิทักษ์สิทธิสำหรับกลุ่มตัวอย่างได้รับการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้ง 3 แห่ง และได้รับหนังสืออนุญาต ในการเก็บข้อมูล เลขอนุมัติที่ COA No.608/2017 รับรองตั้งแต่วันที่ 19 กรกฎาคม 2560 ถึงวันที่ 18 กรกฎาคม 2561 เลขอนุมัติที่ ID 06-60-34 ย รับรองตั้งแต่วันที่ 14 มิถุนายน 2560 ถึงวันที่ 13 มิถุนายน 2561 และเลขอนุมัติที่ 184_2017T_OUT514 รับรองตั้งแต่วันที่ 11 กันยายน 2560 ถึงวันที่ 10 กันยายน 2561 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัย มีการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย โดยการให้ ข้อมูลอย่างครบถ้วน จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความ ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษา ผู้ป่วย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างในแบบสอบถามถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของ การวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลที่ได้จะช่วยให้ทราบถึงปัญหาและความ ต้องการของกลุ่มตัวอย่างและนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการ ของกลุ่มตัวอย่างต่อไป เนื่องด้วยการวิจัยเป็นการสำรวจข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีได้ส่งผล กระทบที่เป็นอันตรายรุนแรง แต่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกเสียเวลา ไม่สบายใจ อึดอัดใจ หรือเกิดความเครียดจากการตอบแบบสอบถามบางข้อ ขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมี อาการผิดปกติผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามและรายงานให้พยาบาลประจำแผนกทราบทันที เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลรักษาต่อไป กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากกรวิจัยได้ก่อนที่การ วิจัยจะสิ้นสุดโดยมิต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและการได้รับ รักษาจากแพทย์และพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่าง ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยนำมาคำนวณโดยหาความถี่ ร้อยละ
2. คะแนนความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยรวมและรายด้านนำมาคำนวณโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ความวิตกกังวลของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ คือ

ค่าระหว่าง 0.70-0.90	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าระหว่าง 0.30-0.69	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าระหว่าง 0.29 และต่ำกว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดตามกันแต่หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดตรงข้ามกัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความเหนื่อยล้า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามทั้งหมด 8 ชุด ทำการทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มประชากรใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 30 คน และเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 เดือน ซึ่งพาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคมะเร็ง โรงพยาบาลรามธิบดี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนทั้งสิ้น 184 คน โดยผู้ดูแลในครอบครัวตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และในรายที่ไม่สามารถตอบด้วยตนเองได้ เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาด้านสายตา หรืออ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบการอธิบาย แบ่งออกเป็น 5 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวมและปัจจัยคัดสรรด้านอายุ ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ความรุนแรงของอาการและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ความรุนแรงของอาการ การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ รูปแบบการทำงาน ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน สุขภาพของผู้ดูแล และโรคประจำตัว (n = 184)

ลักษณะของผู้ดูแล	จำนวน (n = 184)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	57	31.00
หญิง	127	69.00
ช่วงอายุ		
≤ 30 ปี	22	11.60
31 – 40 ปี	38	20.60
41 – 50 ปี	42	22.60
51 – 60 ปี	57	31.00
61 – 70 ปี	24	13.10
71 – 80 ปี	1	0.50
(อายุเฉลี่ย = 46.52 ปี SD = 12.65 Max = 71ปี Min = 18 ปี)		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	74	40.20
บุตร	54	29.30
บิดา/มารดา	15	8.20
พี่/น้อง	41	22.30
สถานภาพสมรส		
โสด	41	22.30
คู่	132	71.70
หม้าย	2	1.10
หย่า/แยก	9	4.90
ศาสนาที่นับถือ		
พุทธ	176	95.70
คริสต์	4	2.20

ลักษณะของผู้ดูแล	จำนวน (n = 184)	ร้อยละ
อิสลาม	4	2.20
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	2.70
ประถมศึกษาตอนต้น	26	14.10
ประถมศึกษาตอนปลาย	21	11.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	10.30
มัธยมศึกษาตอนปลาย	20	10.90
ปริญญาตรี	58	31.50
สูงกว่าปริญญาตรี	13	7.10
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	22	12.00
อาชีพ		
รับราชการ	18	9.80
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5	2.70
พนักงานบริษัท/รับจ้าง	55	29.90
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	48	26.10
เกษตรกร	5	2.70
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	28.80
รายได้ของครอบครัว		
เพียงพอ	148	80.40
ไม่เพียงพอ	36	19.60
รูปแบบการทำงาน		
ทำงานเต็มเวลา (Full time)	81	44.00
ทำงานบางเวลา (Part time)	59	32.10
ลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย	44	23.90
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย		
น้อยกว่า 3 เดือน	21	11.50
3 เดือน – 6 เดือน	59	32.00
6 เดือน – 1 ปี	54	29.30
1 ปี – 3 ปี	46	24.70

ลักษณะของผู้ดูแล	จำนวน (n = 184)	ร้อยละ
มากกว่า 3 ปี	4	2.10
จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	23	12.40
6 - 10 ชั่วโมง	54	29.20
11 - 15 ชั่วโมง	6	3.20
มากกว่า 15 ชั่วโมง	101	54.90
ผู้ช่วยเหลือในการดูแล		
มี	107	58.20
ไม่มี	77	41.80
สุขภาพของผู้ดูแล		
ดีขึ้น	11	6.00
คงเดิม	141	76.60
แย่ลง	32	17.40
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	122	66.30
มีโรคประจำตัว	62	33.70

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69 มีอายุเฉลี่ย 46.52 ปี (SD = 12.65) มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สมรส ร้อยละ 71.70 โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ คู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 40.20 รองลงมา คือ บุตร ร้อยละ 29.30 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 95.70 ผู้ดูแลในครอบครัวจบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.50 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทหรือรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 29.9 มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอคิดเป็นร้อยละ 80.40 รูปแบบการทำงานยังคงทำงานเต็มเวลามากที่สุด ร้อยละ 44.00 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 3 – 6 เดือน มากที่สุด ร้อยละ 32.00 รองลงมาคือ 6 - 12 เดือน ร้อยละ 29.30 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลมากที่สุด ร้อยละ 58.20 จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวันมากที่สุด คือ มากกว่า 15 ชั่วโมง ร้อยละ 54.90 ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 66.30 เมื่อดูแลผู้ป่วยแล้วปรากฏว่าสุขภาพของผู้ดูแลคงเดิมมากที่สุด ร้อยละ 76.60 รองลงมาคือ แย่ลง ร้อยละ 17.40

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (n = 184)

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน (n = 184)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	103	56.00
หญิง	81	44.00
ช่วงอายุ		
≤ 30 ปี	5	2.60
31 – 40 ปี	13	6.90
41 – 50 ปี	47	25.50
51 – 60 ปี	119	64.70
(อายุเฉลี่ย = 51.84 ปี SD = 8.64 Max = 59 ปี Min = 18 ปี)		
สถานภาพสมรส		
โสด	29	15.80
คู่	135	73.40
หม้าย	12	6.50
หย่า/แยก	8	4.30
ชนิดของโรคมะเร็ง		
มะเร็งปอด	30	16.30
มะเร็งเต้านม	32	17.40
มะเร็งตับ	11	6.00
มะเร็งลำไส้	21	11.40
มะเร็งกระเพาะอาหาร	15	8.20
มะเร็งไทรอยด์	3	1.60
มะเร็งปากมดลูก	13	7.10
มะเร็งรังไข่	3	1.60
มะเร็งกล่องเสียง	1	0.50
มะเร็งหลังโพรงจมูก	13	7.10
มะเร็งช่องปาก	18	9.80
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	5	2.70

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน (n = 184)	ร้อยละ
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	2	1.10
มะเร็งสมอง	7	3.80
มะเร็งต่อมลูกหมาก	4	2.20
มะเร็งท่อน้ำดี	3	1.60
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	2	1.10
มะเร็งกล้ามเนื้อลาย	1	0.50
ระยะของโรคมะเร็ง		
ระยะที่ 3	77	41.80
ระยะที่ 4	107	58.20
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
น้อยกว่า 3 เดือน	9	4.90
3 เดือน – 6 เดือน	41	22.30
6 เดือน – 1 ปี	51	27.70
มากกว่า 1 ปี – 3 ปี	58	31.20
มากกว่า 3 ปี – 6 ปี	16	8.60
มากกว่า 6 ปี	9	4.80

จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยที่ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56 มีอายุเฉลี่ย = 51.84 ปี (SD = 8.64) ผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สมรส ร้อยละ 73.40 เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากที่สุด ร้อยละ 17.40 รองลงมาคือ มะเร็งปอด ร้อยละ 16.30 และมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 11.40 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะที่ 4 ร้อยละ 58.20 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1 ปี – 3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 31.20

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามโดยรวมและรายด้าน (n = 184)

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	ไม่ได้รับการตอบสนอง	ได้รับการตอบสนอง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ร้อยละ	ร้อยละ			
ด้านข้อมูล	70.13	29.87	3.72	1.02	ปานกลาง
ด้านระบบบริการสุขภาพ	69.73	30.27	3.72	0.93	ปานกลาง
ด้านการทำงานและสังคม	43.70	56.30	2.63	0.90	น้อย
ด้านอารมณ์และจิตใจ	50.96	49.04	2.76	0.87	น้อย
ด้านอื่นๆ	36.62	63.38	2.38	0.84	น้อย
โดยรวม	54.23	45.77	3.09	0.74	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามเท่ากับ 3.09 (SD = 0.74) หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านข้อมูล โดยมีค่าเฉลี่ย 3.72 (SD = 1.02) และด้านระบบบริการสุขภาพ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.72 (SD = 0.93) แสดงว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านระบบบริการสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.76 (SD = 0.87) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการทำงานและสังคม โดยมีค่าเฉลี่ย 2.63 (SD = 0.90) และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านอื่นๆโดยมีค่าเฉลี่ย 2.38 (SD = 0.84) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจำแนกตามการได้รับการตอบสนองและไม่ได้รับการตอบสนอง พบว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านข้อมูลไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 70.13 รองลงมา คือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบบริการสุขภาพ คิดเป็น ร้อยละ 69.73 ส่วนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการทำงานและสังคมไม่ได้รับการตอบสนอง เท่ากับ ร้อยละ 43.70 และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านอื่นๆไม่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 36.62

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านอายุ ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ความรุนแรงของอาการและการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร (n = 184)

ตัวแปร	Min	Max	\bar{X}	SD	ระดับ
อายุ	18	71	46.52	12.66	-
ความวิตกกังวล	22	67	40.57	9.64	น้อย
แรงสนับสนุนทางสังคม	1.50	5	3.73	0.63	มาก
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	1	10	6.86	1.80	ปานกลาง
ความเหนื่อยล้า	0.50	8.73	3.27	1.87	เล็กน้อย
ความรุนแรงของอาการ	0	8.89	3.38	2.04	ปานกลาง
การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย	20	90	60.71	15.08	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม เท่ากับ 46.52 ปี (SD = 12.66) ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 40.57 (SD = 9.64) หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 3.73 (SD = 0.63) หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เท่ากับ 6.86 (SD = 1.80) หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้า เท่ากับ 3.27 (SD = 1.87) หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับน้อย ส่วนค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการ เท่ากับ 3.38 (SD = 2.04) หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีระดับความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย เท่ากับ 60.71 (SD = 15.08) หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (n = 184)

แรงสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การสนับสนุนด้านอารมณ์	4.14	0.79	มาก
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	3.42	0.73	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	3.52	1.01	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ	3.85	0.70	มาก
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.73	0.63	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม เท่ากับ 3.73 (SD = 0.63) หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.14 (SD = 0.79) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.85 (SD = 0.70) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 (SD = 1.01) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (n = 184)

กลุ่มอาการไม่สุขสบาย	\bar{X}	SD	ระดับคะแนน
อาการปวด	3.69	3.41	ปานกลาง
อาการคลื่นไส้	1.78	2.70	น้อย
อาการเบื่ออาหาร	4.03	3.34	ปานกลาง
อาการง่วงซึม	2.48	2.82	น้อย
อาการซึมเศร้า	1.90	2.63	น้อย
อาการวิตกกังวล	4.05	2.92	ปานกลาง
อาการเหนื่อยหอบ	2.61	3.29	ปานกลาง
อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย	5.43	3.04	มาก
ไม่สบายทั้งกายและใจ	4.46	2.64	ปานกลาง
ความรุนแรงของอาการโดยรวม	3.38	2.04	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมี 3 อาการที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย ($\bar{X} = 5.43$, $SD = 2.04$) ไม่สบายทั้งกายและใจ ($\bar{X} = 4.46$, $SD = 2.64$) และอาการวิตกกังวล ($\bar{X} = 4.05$, $SD = 2.92$) ตามลำดับ

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ความรุนแรงของอาการ การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความเหนื่อยล้า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 184)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1 อายุ	1							
2 ความวิตกกังวล	.04	1						
3 แรงสนับสนุนทางสังคม	-.04	-.43**	1					
4 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	.18*	-.22**	.20**	1				
5 ความเหนื่อยล้า	.02	.65**	-.39**	-.17**	1			
6 ความรุนแรงของอาการ	.07	.43**	-.29**	-.11	.56**	1		
7 ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	-.10	-.28**	.08	-.10	-.37**	-.49**	1	
8 ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	.06	.20**	-.21**	.17*	.29**	.37**	-.22**	1

P < 0.01**, p < 0.05*

จากตารางที่ 7 พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.21$ และ $-.22$ ตามลำดับ) และพบว่าความวิตกกังวล ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .20, .17$ และ $.29$ ตามลำดับ) และผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .37$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ อายุ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรุนแรงของอาการ และความเหนื่อยล้า ($r = .43$, และ $.65$) และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -.43$) ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเหนื่อยล้า ($r = -.56$) และยังพบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ($r = -.49$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวมและรายด้าน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ความรุนแรงของอาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามทั้งชายและหญิงที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคมะเร็ง ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ (Tertiary hospitals) ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 184 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ State Anxiety Inventory form Y (STAI form Y-1) ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Fatigue Scale) ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ ส่วนที่ 7 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับมีค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 0.75, 1.00, 0.90, 0.90, 1.00 และ 0.70 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง 2 โรงพยาบาลรามาริบัติ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความรุนแรงของอาการ และแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว เท่ากับ 0.93, 0.93, 0.94, 0.91 และ 0.96 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัวมีค่าความเที่ยง KR-20 เท่ากับ 0.73 และแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยมีค่าความเที่ยง Test-retest method เท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ รูปแบบการทำงาน ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน สุขภาพของผู้ดูแล และโรคประจำตัว วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง และระยะเวลาที่เจ็บป่วยโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวมและรายด้านโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ความรุนแรงของอาการ การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69 มีอายุเฉลี่ย 46.52 ปี (SD = 12.66) มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สมรส ร้อยละ 71.70 โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ คู่สมรส มากที่สุด ร้อยละ 40.2 รองลงมา คือ บุตร ร้อยละ 29.30 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 95.70 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.50 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทหรือรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 29.90 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอคิดเป็นร้อยละ 80.40 รูปแบบการทำงานยังคงทำงานเต็มเวลามากที่สุด ร้อยละ 44.0 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 3 - 6 เดือน มากที่สุด ร้อยละ 32.00 รองลงมาคือ 6 -12 เดือน ร้อยละ 29.30 จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวันมากที่สุด คือ มากกว่า 15 ชั่วโมง ร้อยละ 54.90 รองลงมาคือ 6 - 10 ชั่วโมง ร้อยละ 29.20 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 66.30 ภายหลังการดูแลผู้ป่วยพบว่าสุขภาพของผู้ดูแลคงเดิมมากที่สุด ร้อยละ 76.60 รองลงมาคือ แย่ลง ร้อยละ 17.40

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56 มีอายุเฉลี่ย = 51.84ปี (SD = 8.64) ผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สมรส ร้อยละ 73.40 เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากที่สุด ร้อยละ 17.40 รองลงมาคือ มะเร็งปอด ร้อยละ 16.30 และมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 11.40 ตามลำดับ ผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 58.20 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1 ปี - 3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 31.20

3. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$, $SD = 0.74$) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านระบบบริการสุขภาพมากที่สุด ($\bar{X} = 3.72$, $SD = 1.02$ และ $\bar{X} = 3.72$, $SD = 0.93$) รองลงมาคือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ ($\bar{X} = 2.76$, $SD = 0.87$) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการทำงานและสังคม ($\bar{X} = 2.63$, $SD = 0.90$) และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านอื่นๆ ($\bar{X} = 2.38$, $SD = 0.84$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจำแนกตามการได้รับการตอบสนองและไม่ได้รับการตอบสนอง พบว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านข้อมูลไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 70.13 รองลงมา คือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบบริการสุขภาพ เท่ากับ ร้อยละ 69.73 ส่วนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการทำงานและสังคมไม่ได้รับการตอบสนองเท่ากับ ร้อยละ 43.70 และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านอื่นๆไม่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 36.62

4. แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.20$ และ $-.22$ ตามลำดับ) ความวิตกกังวล ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .20$, $.16$ และ $.29$ ตามลำดับ) และพบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .36$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ อายุ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 ($SD = 0.74$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องการได้รับการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางสามารถอธิบายได้จากลักษณะทั่วไปของของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลในครอบครัวมีอายุเฉลี่ย 46.52 ปี เป็นช่วงอายุที่ถือว่ามีการพัฒนาความสามารถ ผ่านประสบการณ์ในการแก้ปัญหา สามารถตัดสินใจ

เลือกแนวทางการปฏิบัติในการแก้ปัญหาต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ระดับการศึกษาผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวที่มีการศึกษาสูงเมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะนี้รวมถึงคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ดูแลจะมีความเข้าใจสภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสามารถใช้ความรู้ที่มีในการดูแลผู้ป่วยได้ จึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องการที่จะได้รับการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิมพ์พนิต ภาศรี แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หัตถกิจ (2558) ที่ศึกษาทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนตามแนวคิดของ Girgis et al. (2013) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพ ความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ความต้องการด้านการทำงานและสังคม และความต้องการด้านข้อมูล (Girgis et al., 2013) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการทำงานและสังคม และด้านอื่นๆ อยู่ในระดับน้อยดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านข้อมูล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 (SD = 1.02) อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดแต่ละครั้งจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของผู้ป่วยเป็นระยะ ซึ่งหมายความว่าผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการตอบสนองด้านข้อมูลที่ทีมสุขภาพในบางส่วน แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะที่โรคมักมีการลุกลามไปมาก ก่อให้เกิดอาการต่างๆตามมา เช่น อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร มีอาการปวด มีความรู้สึกไม่สบายทั้งกายและใจ และมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวด้วย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามพยาธิสภาพของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายข้อของด้านนี้ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 2 ข้อ เกี่ยวกับความต้องการข้อมูลด้านร่างกายของผู้ป่วยและการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และอาการข้างเคียงจากการรักษา อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามระดับความสามารถทางด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.71 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คือ ไม่สามารถทำงานได้ แต่สามารถอยู่ที่บ้านและส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล อีกทั้งผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ผู้ดูแลจึงต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการที่อาจจะเกิดขึ้นและการจัดการกับอาการ และข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือก

ของการรักษา (กิติกร นิลมานันต์, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พนิต ภาศรี แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร ทัดกิจ (2558) ที่ศึกษาพรรณนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ต้องการรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค และต้องการความช่วยเหลือในการจัดการอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Bee et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการที่จะได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องและเพียงพอ

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 (SD = 0.93) อยู่ระดับปานกลาง ทั้งนี้ความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพเป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ การเข้าถึงระบบสุขภาพและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ซึ่งโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยดำเนินการรักษาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการให้บริการอย่างครอบคลุมด้วยเครื่องมือที่มีความทันสมัย มีบุคลากรทางสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง มีบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล รวมถึงผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 2 ข้อ ได้แก่ ต้องการได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และต้องการมีโอกาสได้ปรึกษาแพทย์ในเรื่องที่ผู้ดูแลกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 มากถึงร้อยละ 58.20 ผู้ป่วยในระยะนี้ต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการมีข้อจำกัดทางร่างกาย ความแข็งแรงของร่างกายลดลง อ่อนล้ามากขึ้น มีอาการรบกวนที่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีระดับความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38) อาการที่พบมากคือ อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย มีความรู้สึกไม่สบายทั้งกายและใจ วิตกกังวล เบื่ออาหาร และมีอาการปวด ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัครพร และคณะ (2551) ที่ศึกษาปัญหาและความต้องการการสนับสนุนเพื่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีความต้องการการสนับสนุนในด้านการจัดการอาการของผู้ป่วย ช่องทางการขอรับความช่วยเหลือเมื่อต้องการและการติดต่อประสานงานในการให้บริการต่างๆ

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 (SD = 0.87) อยู่ระดับน้อย อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ย 46.52 ปี เป็นวัยที่มีความพร้อม มีวุฒิภาวะ สามารถตัดสินใจและมีทักษะในการแก้ปัญหาหรือจัดการกับความรู้สึกต่างๆ ของตนเองได้ และพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 58.20 ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องการได้รับการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 2 ข้อ ได้แก่

ความต้องการความช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนการดูแลตามการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของผู้ป่วย และต้องการความช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งในผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ewing et al. (2013) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแลมากที่สุด และมีความต้องการความช่วยเหลือในการจัดการความรู้สึกต่างๆรวมถึงความวิตกกังวลในลำดับรองลงมา

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการทำงานและสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.63 (SD = 0.90) อยู่ระดับน้อย อธิบายได้ว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการทำงานและสังคม เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับความช่วยเหลือด้านการเงิน การเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพ การสื่อสารกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว จากแนวคิดของ Orem อ่าง ใน สมจิต หนูเจริญกุล (2536) ที่กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของตนเองและการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และความสามารถในการดูแลจะพัฒนาได้ สูงสุดในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 46.52 ปี เป็นช่วงอายุที่สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติในการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งเรื่องส่วนตัวและเรื่องครอบครัวได้ (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535) และเมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการทำงานและการเงิน พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ยังคงทำงานเต็มเวลาเหมือนเดิม มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอ และส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจึงส่งผลให้ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการทำงานและสังคมอยู่ในระดับน้อย

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ การดูแลสุขภาพของตนเอง การดูแลผู้ป่วย เช่นการอาบน้ำ การทำแผลหรือการให้ยา การได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลและ/หรือการเดินทางสำหรับผู้ป่วย การเข้าถึงบริการด้านกฎหมาย และการเข้าถึงข้อมูลด้านการมีบุตรยาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 (SD = 0.84) อยู่ระดับน้อย อธิบายได้ว่า ระยะเวลาที่ดูแลในครอบครัวทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 3 เดือน ถึง 1 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานพอที่จะทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และมีทักษะในการปฏิบัติดูแลที่จำเป็น อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีสิทธิการรักษาที่ครอบคลุม จึงทำให้ความต้องการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในประเด็นดังกล่าวอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ewing et al. (2013) ที่พบว่าผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและต้องการความช่วยเหลือด้านกฎหมาย อยู่ระดับน้อย

2. วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม ความเหนื่อยล้า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผลการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .20$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หมายความว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมาก จากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าระยะของโรคมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหามากมายไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย อาการเบื่ออาหาร อาการปวด อาการเหนื่อยหอบ และปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความไม่สบายทั้งกายและใจ วิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า อาการเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลได้ โดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทำให้การรับรู้แคลง ความจำไม่ดี การตัดสินใจไม่ดี ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ไม่สามารถใช้ทักษะที่มีอยู่ในการแก้ปัญหาได้ (อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538) และทำให้ผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการรับรู้ถึงการตอบสนองที่ได้รับ (จิตติมาภรณ์ พรหมรอด สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2554) จึงทำให้รู้สึกว่ายังไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Girgis et al. (2013) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการศึกษาของ Janda et al. (2008) ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยเนื้องอกที่สมองและผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วย และการศึกษาในต่างประเทศยังพบว่า ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Chen et al., 2014; Sklenarova et al., 2015)

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผลการศึกษา พบว่า ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .29$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม คือ การที่ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ว่ามีภาวะผิดปกติ หรือร่างกายรู้สึกเหนื่อยมาก ซึ่งการพักผ่อนนอนหลับไม่สามารถทำให้ความรู้สึกเหนื่อยล้านี้หายไป (Piper,

1993) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องยาวนาน โดยพบว่า มีระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย 3 เดือนถึง 6 เดือนมากที่สุด และหากพิจารณาในส่วนของจำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน ส่วนใหญ่ต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ ซึ่งความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่หรือทำให้ความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยลดลงจนอาจทำให้ผู้ดูแลละทิ้งผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นจะต้องการได้รับการดูแลแบบสนับสนุนมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ศิริวรรณ วรรณศิริ (2548) พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการศึกษาของ Chen et al. (2016) ที่พบว่า ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .37$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการรบกวนและมีความรุนแรงของอาการมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลแบบสนับสนุนมากขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีอาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย มีความรู้สึกไม่สบายทั้งกายและใจ มีความวิตกกังวล เบื่ออาหาร และมีอาการปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ มากมาย (2556) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีอาการที่พบบ่อย 5 อาการ ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวดไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหาร และวิตกกังวล ซึ่งอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นตามการดำเนินของโรค ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Suwisith et al., 2008) และยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวเพราะในช่วงที่ต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในจัดการอาการต่างๆที่เป็นผลมาจากโรคและการรักษาที่ได้รับ (วงจันทร์ เพชรพิชญ์เชียร, 2554) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการได้รับการดูแลแบบสนับสนุนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2016) พบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม และการศึกษาของ Chen et al. (2014) พบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังผ่าตัด

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการการดูแลแบบ สนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.21$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีความต้องการดูแลแบบสนับสนุนมาก สามารถอธิบายได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเช่น สามี ภรรยา พ่อ แม่ พี่/น้อง หรือจากทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคนรัก สนใจและห่วงใย สามารถให้การช่วยเหลือทั้งด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วย (House & Kahn, 1985) การช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับอาจเป็นการช่วยเหลือในด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษา คำแนะนำการดูแลผู้ป่วย การให้กำลังใจ การเงินและความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาของ Burton et al. (2012) พบว่า ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะลดลงเมื่อได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และจากการศึกษาของ Goris et al. (2016) ได้ศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลต้องการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Chen et al. (2014) พบว่า ผู้ดูแลที่ขาดแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในทุกๆด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hung et al. (2013) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต้องการได้รับการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลางในช่วง 1 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลและเป็นช่วงเวลาผู้ดูแลต้องการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงสุด และการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวช่วยผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกับความต้องการการดูแลแบบ สนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .17$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในระยะนี้มีอาการเสื่อมถอยลงตามพยาธิสภาพของโรค ร่วมกับมีอาการไม่สุขสบายต่างๆเกิดขึ้น ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย มีความรู้สึกไม่สบายทั้งกายและใจ วิตกกังวล เบื่ออาหาร และมีอาการปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ กิติพล นาควิโรจน์ (2556) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีปัญหาสุขภาพเฉลี่ย 7 ปัญหา

อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการปวด ไม่มีแรง เบื่ออาหาร โดยมีอาการนอนไม่หลับ และซึมเศร้าร่วมด้วย อาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือเองได้น้อยลง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวมากขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมสุขภาพตามสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพราะในมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัว บุคคลากรทีมสุขภาพมีความรู้และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงต้องการได้รับการดูแลแบบสนับสนุนจากทีมสุขภาพ สอดคล้องการศึกษาของ Shaw et al. (2013) พบว่า ผู้ดูแลที่ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับสูง และจากการศึกษาของ Bee et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ โดยความรู้ที่ยังมีไม่เพียงพอได้แก่ ความรู้เรื่องโรค (Lin & Tsao, 2004) วิธีการดูแลผู้ป่วย (Jansma et al., 2005) และการจัดการความปวด (Docherty et al., 2008) โดยผู้ดูแลต้องการข้อมูลเหล่านี้จากบุคคลากรทางการแพทย์ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (Joad, Mayamol, & Chaturvedi, 2011)

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.22$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่มีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายดี สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ จะต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลไม่มาก ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวจึงไม่สูง แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ต้องการการดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมจากผู้ดูแลมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยจึงมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย เท่ากับ 60.71 (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีระดับความสามารถทางด้านร่างกายปานกลาง กล่าวคือ ไม่สามารถทำงานได้แต่สามารถอยู่ที่บ้าน และส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่มีบางกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ในกรณีที่ผู้ดูแลไม่มีความรู้ ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน อาจจะทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการให้ความรู้ คำแนะนำและได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆจากทีมสุขภาพ เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Chen et al. (2014) พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแล การศึกษาของ Armoogum et al. (2013) ที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแล และการศึกษาของ Soothill et al. (2001) พบว่า ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผลการศึกษา พบว่า อายุของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อธิบายได้จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีอายุเฉลี่ย 46.52 ปี โดยมีช่วงอายุระหว่าง 51 – 60 ปี มากที่สุด เป็นช่วงอายุที่ถือว่ามีการพัฒนาความสามารถ ผ่านประสบการณ์ในการแก้ปัญหา สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติในการแก้ปัญหาต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ และผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย สามารถค้นหาความรู้ทำความเข้าใจข้อมูลต่างๆที่ได้รับ เข้าใจสภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสามารถนำความรู้มาพัฒนาทักษะของตนเองเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sklenarova et al. (2015) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และมีการศึกษาในต่างประเทศหลายๆการศึกษาที่ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแล (Hodgkinson et al., 2007; Molassiotis et al., 2011; Stafford et al., 2010) แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณวรรณศิริ (2548) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการศึกษาของ Armoogum et al. (2013) พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยการพยาบาลที่ให้แกผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามควรเน้นการพยาบาลที่ช่วยตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลและความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพ

2. จากการศึกษาพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนการพยาบาลที่ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเหนื่อยล้า ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคมผู้ดูแลในครอบครัว โดยคำนึงถึงความรุนแรงของอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่จะส่งผลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปเป็นการศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 ทุกกลุ่มโรคมะเร็ง การศึกษาในครั้งต่อไปควรแยกการศึกษาตามกลุ่มโรคมะเร็ง เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่างกัน ผู้ป่วยจะมีอาการและการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน

2. ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะของมาตรวัดไม่สอดคล้องกับข้อคำถาม ในการศึกษาครั้งต่อไปควรปรับมาตรวัดให้สอดคล้องกับข้อคำถาม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ควรมีการปรับคำถาม โดยใส่คำว่า “ฉันต้องการ” ในข้อคำถามทุกข้อเพื่อลดความสับสนของผู้ตอบแบบสอบถาม

4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนเท่านั้น การศึกษาในครั้งต่อไปควรทำวิจัยเชิงทำนาย เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว

รายการอ้างอิง

A

- ไพรัช เทพมงคล. (2528). โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช.
- กฤติกาพร โยโนตาด. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือน
- จังหวัดชัยภูมิ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา มยุระสุวรรณ. (2552). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพ ต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิติกร นิลมานัต. (2555). การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต: *The end of Life Care*. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.
- กิติกร นิลมานัต วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร วันธณี วิรุฬห์พานิช และสุรีย์พร กฤษเจริญ. (2551). รายงานการวิจัย เรื่อง การสำรวจประสบการณ์อาการที่บอบช้ำและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. Retrieved from
- กิตติพล นาควิโรจน์. (2556). Palliative Care คืออะไร สืบค้นเมื่อ 6 กรกฎาคม 2559. Retrieved from <http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative1th>
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล, 47(1), 147-157.
- ชนิตา มณีวรรณและคณะ. (2536). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลที่บ้าน. รายงานการวิจัย ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. Retrieved from
- ชูชื่น ชิวพูลผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิตวิทยาลัย สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2544). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิต การพิมพ์.
- ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2554). การได้รับการตอบสนองความต้องการและการเผชิญความเครียดของญาติก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 17(1), 75-89.

- ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2534). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2549). พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: วี พรีน.
- นพมาศ พัดทอง. (2554). องค์ประกอบของกลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรินทร์ วรภูติ. (2541). วัฏจักรเซลล์และการเกิดโรคมะเร็ง. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 42(11), 1035-1048.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร. (2550). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ตเดีย.
- ผกายมาศ กิตติวิทยากุล. (2551). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการ. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(4), 399-347.
- พิมพ์นิต ภาศรี แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หัตถกิจ. (2558). ความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35(2), 79-92.
- ยุพดี กฤษณะจุฑะ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาผู้สูงอายุกับรับอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลเขตบางรักกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 15(1-3), 69-77.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2(1), 84-89.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. วารสารพยาบาล, 41, 9-18.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.
- วัชรภรณ์ โต๊ะทอง. (2545). แบบแผนความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับยาเคมีบำบัด. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วารุณี บัวมีธูป. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วารุณี พลิกบัว สายพิน เกษมกิจวัฒนา รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ และสุรชาติ จักรภีร์ศิริสุข. (2549). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารสภาการพยาบาล, 21(4), 44-54.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง : การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 20(1), 10-22.

- วิภา วิเสโส. (2545). การให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(4), 33-38.
- ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2535). พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีรัตน์ มากมาย. (2556). อาการที่บ่งชี้และความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล: กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรคมะเร็ง, 33(4), 132-145.
- ศิริชัย กาญจนวาสิ. (2555). สถิติประยุกต์สำหรับงานวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 6 ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2546). แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย(1), 51-11.
- ศิริวรรณ วรณศิริ. (2548). การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). แนวทางเวชปฏิบัติการจัดกิจกรรมทางกาย (*Physical Activity*) สำหรับผู้สูงอายุกับโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สมพร เทพสุริยานนท์. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(1), 24-33.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารสภาการพยาบาล, 29(4), 22-31.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, ว. น., อรวมน ศรียุคตศุพร และจุฬาทรร ประสงค์. (2539). ความทุกข์จากความเจ็บป่วยเรื้อรังสนับสนุนทางสังคมควมมีคุณค่าในตนเองและการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14(2), 59-75.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). สถิติสาธารณสุข สืบค้นเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2559 Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistics2557.pdf.
- สุริพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์, & รุ่งระวี นาวิเจริญ. (2552). เอกสารคำสอน การพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง2. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์ บุญบรรทัดกุล. (2538). ความวิตกกังวล ความต้องการ การตอบสนองความต้องการที่ได้รับของผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำนาจพร อาษานอก. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์. (2541). โรคมะเร็ง. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์, 12(1), 46-50.
- Aranda, S., Yates, P., Edwards, H., Nash, R., Skerman, H., & McCarthy, A. (2004). Barriers to effective cancer pain management: a survey of Australian family caregivers. *European Journal of Cancer Care*, 13(4), 336-343. doi:10.1111/j.1365-2354.2004.00483.x
- Armoogum, J., Richardson, A., & Armes, J. (2013). A survey of the supportive care needs of informal caregivers of adult bone marrow transplant patients. *Supportive Care in Cancer*, 21(4), 977-986. doi:10.1007/s00520-012-1615-4
- Bee, P. E., Barnes, P., & Luker, K. A. (2009). A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 18(10), 1379-1393. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02405.x
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-a social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Chen, S. C., Chiou, S. C., Yu, C. J., Lee, Y. H., Liao, W. Y., Hsieh, P. Y., . . . Lai, Y. H. (2016). The unmet supportive care needs-what advanced lung cancer patients' caregivers need and related factors. *Support Care Cancer*, 24(7), 2999-3009. doi:10.1007/s00520-016-3096-3
- Chen, S. C., Lai, Y. H., Liao, C. T., Huang, B. S., Lin, C. Y., Fan, K. H., & Chang, J. T. (2014). Unmet supportive care needs and characteristics of family caregivers of patients with oral cancer after surgery. *Psychooncology*, 23(5), 569-577. doi:10.1002/pon.3458

- Chinda, M., Jaturapatporn, D., Kirshen, A. J., & Udomsubpayakul, U. (2011). Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(6), 954-960.
- Clavarino, A. M., Lowe, J. B., Carmont, S. A., & Balanda, K. (2002). The needs of cancer patients and their families from rural and remote areas of Queensland. *Aust J Rural Health*, 10(4), 188-195.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). *Social relationships and health. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* New York: Oxford University Press.
- Collins, C. S., Manfred Wang, Sping Given, Charles W. (1994). Caregiving Transitions: Changes in Depression Among Family Caregivers of Relatives With Dementia. *Nursing Research*, 43(4), 220-225.
- Davis, & Cox, R. P. (1985). Using Intervention Question to empower family Decision Making. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 14(1), 48-55.
- Davis, B. D., Cowley, S. A., & Ryland, R. K. (1996). The effects of terminal illness on patients and their carers. *Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 512-520.
- Docherty, A., Owens, A., Asadi-Lari, M., Petchey, R., Williams, J., & Carter, Y. H. (2008). Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. *Palliat Med*, 22(2), 153-171.
doi:10.1177/0269216307085343
- Ewing, G., Brundle, C., Payne, S., & Grande, G. (2013). The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for Use in Palliative and End-of-life Care at Home: A Validation Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(3), 395-405.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.09.008>
- Girgis, A., Lambert, S., & Lecathelinais, C. (2011). The supportive care needs survey for partners and caregivers of cancer survivors: development and psychometric evaluation. *Psychooncology*, 20(4), 387-393. doi:10.1002/pon.1740

- Girgis, A., Lambert, S. D., McElduff, P., Bonevski, B., Lecathelinais, C., Boyes, A., & Stacey, F. (2013). Some things change, some things stay the same: a longitudinal analysis of cancer caregivers' unmet supportive care needs. *Psychooncology*, *22*(7), 1557-1564. doi:10.1002/pon.3166
- Given, C. W., Stommel, M., Given, B., Osuch, J., Kurtz, M. E., & Kurtz, J. C. (1993). The influence of cancer patients' symptoms and functional states on patients' depression and family caregivers' reaction and depression [Press release]
- Goris, S., Klac, Z., Elmal, F., Tutar, N., & Takc, O. (2016). Care Burden and Social Support Levels of Caregivers of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Holist Nurs Pract*, *30*(4), 227-235. doi:10.1097/HNP.0000000000000153
- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., . . . Pinel, E. (1992). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*(6), 913-922. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.63.6.913>
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social Support, Self-care, and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand*: Wayne State University.
- House, & Kahn, R. L. (1985). Measures (and concepts) of social support. In Cohen S. & S. L. (Eds.), *Social Support and Health*. New York: Academic Press.
- Hui, D., De La Cruz, M., Mori, M., Parsons, H. A., Kwon, J. H., Torres-Vigil, I., . . . Bruera, E. (2013). Concepts and definitions for “supportive care,” “best supportive care,” “palliative care,” and “hospice care” in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Supportive Care in Cancer*, *21*(3), 659-685. doi:10.1007/s00520-012-1564-y
- Hung, H. C., Tsai, M. C., Chen, S. C., Liao, C. T., Chen, Y. R., & Liu, J. F. (2013). Change and predictors of social support in caregivers of newly diagnosed oral cavity cancer patients during the first 3 months after discharge. *Cancer Nurs*, *36*(6), E17-24. doi:10.1097/NCC.0b013e31826c79d0
- Iconomou, G., Vagenakis, A. G., & Kalofonos, H. P. (2001). The informational needs, satisfaction with communication, and psychological status of primary

- caregivers of cancer patients receiving chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 9(8), 591-596. doi:10.1007/s005200100259
- Janda, M., Steginga, S., Dunn, J., Langbecker, D., Walker, D., & Eakin, E. (2008). Unmet supportive care needs and interest in services among patients with a brain tumour and their carers. *Patient Education and Counseling*, 71(2), 251-258. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.01.020>
- Jansma, I., Feyuna, F., Schure, L., M., & Jong, B. M. d. (2005). Support requirements for caregivers of patients with palliative cancer. *Patient Education and Counseling*, 58(2), 182-186. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.08.008>
- Jensen, S. (1991). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. *Cancer Nurs*, 14(4), 181-187.
- Jongbloed, L. (1994). Adaptation to a stroke: the experience of one couple. *Am J Occup Ther*, 48(11), 1006-1013.
- Kim, Y., & Given, B. A. (2008). Quality of life of family caregivers of cancer survivors: across the trajectory of the illness. *Cancer*, 112(11 Suppl), 2556-2568. doi:10.1002/cncr.23449
- Krach, P., & Brooks, J. A. (1995). Identifying the responsibilities & needs of working adults who are primary caregivers. *J Gerontol Nurs*, 21(10), 41-50.
- Lin, W. C., & Tsao, C. J. (2004). Information needs of family caregivers of terminal cancer patients in Taiwan. *Am J Hosp Palliat Care*, 21(6), 438-444.
- Mason, T. M. (2005). *Information needs of wives of men following prostatectomy*. Paper presented at the Oncology Nursing Forum.
- Mellon, S. (2002). Comparisons between cancer survivors and family members on meaning of the illness and family quality of life. *Oncol Nurs Forum*, 29(7), 1117-1125. doi:10.1188/02.onf.1117-1125
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Humane aspects of critical care*, 8(2), 332-335.
- Mor, V., Laliberte, L., Morris, J. N., & Wiemann, M. (1984). The Karnofsky performance status scale: an examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer*, 53(9), 2002-2007.

- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice (4th ed.)*. St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.
- Pickare-Holley, S. (1991). Fatigue in cancer patients. *Cancer Nursing* 14, 14, 13-19.
- Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., & Paul, S. M. (1998). The Revised Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25, 677-684.
- Reider, J. A. (1994). Anxiety during critical illness of a family member. *Dimens Crit Care Nurs*, 13(5), 272-279.
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L., & Cook, P. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer*, 88(1), 226-237.
- Shaw, J., Harrison, J., Young, J., Butow, P., Sandroussi, C., Martin, D., & Solomon, M. (2013). Coping with newly diagnosed upper gastrointestinal cancer: a longitudinal qualitative study of family caregivers' role perception and supportive care needs. *Support Care Cancer*, 21(3), 749-756.
doi:10.1007/s00520-012-1575-8
- Sklenarova, H., Krumpelmann, A., Haun, M. W., Friederich, H. C., Huber, J., Thomas, M., . . . Hartmann, M. (2015). When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer*, 121(9), 1513-1519.
doi:10.1002/cncr.29223
- Spence, A., Hasson, F., Waldron, M., Kernohan, G., McLaughlin, D., Cochrane, B., & Watson, B. (2008). Active carers: living with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Palliat Nurs*, 14(8), 368-372. doi:10.12968/ijpn.2008.14.8.30771
- Spielberger, C. (1972). *Anxiety: Current trends in research*. London: Academic Press.
- Suwisith, N., Hanucharumkul, S., Dodd, M., Vorapongsathorn, T., Pongthavorakamol, K., & Asavametha, N. (2008). Symptom clusters and functional status of women with breast cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 12(3), 153-165.

- Waldrop, D. P., Kramer, B. J., Skretny, J. A., Milch, R. A., & Finn, W. (2005). Final transitions: family caregiving at the end of life. *J Palliat Med*, *8*(3), 623-638. doi:10.1089/jpm.2005.8.623
- Walsh, S. M., Estrada, G. B., & Hogan, N. (2004). Individual telephone support for family caregivers of seriously ill cancer patients. *Medsurg Nurs*, *13*(3), 181-189.
- Williams, A. (1994). What bothers caregivers of stroke victims? *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, *26*(3), 155-161.
- Wingate, A. L. L., N. R. (1989). A description of the needs of noninstitutionalized cancer patients and their primary care givers. *Cancer Nurs*, *12*, 216-224.
- Yang, C. i.-T., & Kirschling, J. M. (1992). Exploration of factors related to direct care and outcomes of caregiving Caregivers of terminally ill older persons. *Cancer Nurs*, *15*(3), 173-181.
- Youngmee Kim, Deborah A. Kashy, Rachel L. Spillers, & Evans, T. V. (2010). Needs assessment of family caregivers of cancer survivors: three cohorts comparison. *Psychooncology*, *19*(6), 573-582. doi:10.1002/pon.1597
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, *20*(6), 649-655.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---|--|
| 1. อาจารย์ นายแพทย์ ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถขยายกร | แพทย์ประจำศูนย์ชีวภิบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาด
ไทย |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ | อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม | อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. นางสาวศากุน ปวีณวัฒน์ | พยาบาลชำนาญการพิเศษ
ศูนย์รามาธิบดีภิบาล
โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 5. นางสาวสุรีย์ ลีมงคล | หัวหน้าหน่วยและพยาบาลชำนาญการ-
พิเศษ หน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช |

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ศธ 0512.11/ 0294



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๓ กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอินทิรา มหาวีรานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ นายแพทย์ ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถขยายกร แพทย์ประจำศูนย์ชีวภิบาล เป็นทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ นายแพทย์ ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถขยายกร

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-1133

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 02-218-1157

ชื่อนิสิต

นางสาวอินทิรา มหาวีรานนท์ โทร. 081-170-0186

ที่ ศธ 0512.11/0๒๙๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๓ กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

เนื่องด้วย นางสาวอินทรา มหาวิรานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.จรรยา นิมทลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-1133

อาจารย์ ดร. จรรยา นิมทลวง โทร. 02-218-1157

นางสาวอินทรา มหาวิรานนท์ โทร. 081-170-0186

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๒๙๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวอินทรา มหาวีรานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-1133
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 02-218-1157
ชื่อนิสิต	นางสาวอินทรา มหาวีรานนท์ โทร. 081-170-0186

ที่ ศธ 0512.11/ 0274



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๓ กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวอินทรา มหาวีรานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวศากุน ปวีณวัฒน์ พยาบาลชำนาญการพิเศษ เป็นทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางสาวศากุน ปวีณวัฒน์
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-1133
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 02-218-1157
ชื่อนิสิต	นางสาวอินทรา มหาวีรานนท์ โทร. 081-170-0186

ที่ ศธ 0512.11/๐๒๙๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๓ กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอินทิรา มหาวีรานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุรีย์ ส้มมงคล หัวหน้าหน่วยและพยาบาลชำนาญการพิเศษ หน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช เป็นทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางสาวสุรีย์ ส้มมงคล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-1133
อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม	อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 02-218-1157
ชื่อนิสิต	นางสาวอินทิรา มหาวีรานนท์ โทร. 081-170-0186



เอกสารอนุมัติใช้เครื่องมือวิจัย



ภาควิชาวิทยาศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑๑๔๐๖ โทรสาร ๐๒-๒๐๑๑๔๘๖

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๑๐/ อ.น.พ
วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
เรื่อง ยินดีอนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๙๕ ลงวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวอินทรา มหาวีรานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” ในกรณีนี้ ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง Reliability and Validity of a Thai Version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai) ฉบับภาษาไทย ของแพทย์หญิงมนตร์รัตน์ จินดา และคณะฯ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ภาควิชาวิทยาศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัยของ ของแพทย์หญิงมนตร์รัตน์ จินดา และคณะฯ ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ.

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปรางค์ พลุวังชรา)
หัวหน้าภาควิชาวิทยาศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ ดิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม



ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑๑๔๐๖ โทรสาร ๐๒-๒๐๑๑๔๘๖

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๑๐/ ๕๖๖
วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
เรื่อง ยินดีอนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๙๕ ลงวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวอินทรา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒวิทยาลัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” ในกรณีนี้ ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง Reliability and Validity of a Thai Version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai) ฉบับภาษาไทย ของแพทย์หญิงมนตรัตน์ จินดา และคณะฯ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัยของ ของแพทย์หญิงมนตรัตน์ จินดา และคณะฯ ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ.

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปรามณี พลั้งชีรา)
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นุ่งเรียนรู๋ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 0017
วันที่ 9 ธ.ค. 60
เวลา 16.00 น.
ผู้รับ M-86

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้านางสาวอินทรา มหารีรานนท์.....รหัสประจำตัว ...5777362036.....
นิสิตสาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ...848/518.....ชอย-.....
ถนน ...ประชาชื่น..... ตำบล/แขวง.....วงศ์สว่าง.....อำเภอ/เขตบางซื่อ.....
จังหวัด.....กรุงเทพมหานคร..... รหัสไปรษณีย์ ..10800... โทรศัพท์ ...081-170-0186.....
หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Karnofsky Performance Status : KPS)
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวอำนวยการ อาษานอก
4. ปีของวิทยานิพนธ์ ปี พ.ศ.2545

ลงนามอินทรา มหารีรานนท์ ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวอินทรา มหารีรานนท์)
9 / ธ.ค. / 2560

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นสมควรดำเนินการต่อไป</p> <p>ลงนามอินทรา มหารีรานนท์ (วิศ.ดร. สุวิภา อินลิจิ) 9 / ธ.ค. / 2560</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>..... ลงนาม (.....)</p>
--	---

อนุญาต
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
...../...../.....



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน ฝ่ายวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาฯ โทร.82565 ต่อ 6732

ที่ ศธ 0512.6/0640

วันที่ 30 มีนาคม 2560

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ นางสาวอินทรา มหาวีรานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือจากวิทยานิพนธ์ ของ นางสาวดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น คณะครุศาสตร์ ไม่ขัดข้องในการนำเครื่องมือวิจัยไปใช้เพื่อประกอบการทำวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุชีวะ)

คณบดี



ที่ ศธ ๖๕๙๓(๒๓)/๖๖๒

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๑๐๙/ ลงวันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๐

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะขออนุญาตให้ นางสาวอินทรา มหาวีรานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ นำเครื่องมือวิจัยใน วิทยานิพนธ์ของ นางวัชรารัตน์ ไต้ะทอง ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาตให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

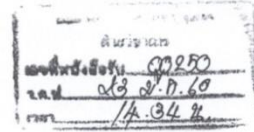
(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์ทองกุล)

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา

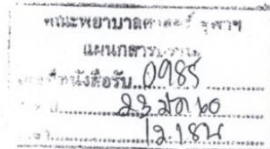
โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๑๐

โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐
โทร. ๐-๒๕๔๑-๕๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๙๓๕

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๐๗๓๐๕
วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๐
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย



เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๑๐๘ ลงวันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า
ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวอินทรา มหาวีรานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม" โดยมี รศ.ดร.สุรพร อนศิลา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.จรรยา อิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวกฤติกาพร โยโนนตาด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข(ภาคปกติ) คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๕๒ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือนจังหวัด
ชัยภูมิ" ซึ่งมี รศ.ดร.สุนีย์ ละกำป็น เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (ภาคปกติ)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้องและยินยอมอนุญาตให้ นางสาวอินทรา มหาวีรานนท์
ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วย
ว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์
ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

จดหมาย - i_mahaweranon@hotmail.com

<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/inbox/rp>

Re: Use of their research instrument.

Afaf Girgis <girgisafaf@gmail.com>

พฤ. 8/12/2016 22:53

ส่ง: อินทิรา มหาวีรานนท์ <i_mahaweranon@hotmail.com>;

สิ่งที่แนบมา 2 รายการ (763 กิโลไบต์)

Cancer [SCNS-P&C Psychometric Evaluation FINAL].pdf; SCNS-P&C45-with revised new items-2009 VERSION FOR ALL NEW STUDIES.pdf;

you are most welcome to use our tool. Just please ensure you cite the paper of its development and validation - both attached.

All the best with your research.

Afaf

Professor Afaf Girgis

Director, Psycho-oncology Research Group
Centre for Oncology Education and Research Translation (CONCERT)
Ingham Institute for Applied Medical Research
South Western Sydney Clinical School, UNSW Australia
& Conjoint Professor, UWS, UQ and Griffith University

CONCERT is funded by the Cancer Institute NSW, with contributions from UNSW, WSU, UOW, IS LHD and Ingham Institute

Postal: Psycho-Oncology Research Group, Ingham Institute
Liverpool Hospital, Locked Bag 7103, LIVERPOOL BC NSW 1871 Australia
Street: Level 2, Ingham Institute Building, 1 Campbell Street, Liverpool 2170
M: +61412142841 | F: +61(2) 9602 3221 | E: afaf.girgis@unsw.edu.au | T: @Afaf_Girgis
<http://www.inghaminstitute.org.au/>
<https://research.unsw.edu.au/people/professor-afaf-girgis>

On 8 December 2016 at 15:11, อินทิรา มหาวีรานนท์ <i_mahaweranon@hotmail.com> wrote:

Dear Professor Girgis.

My name is Intira Mahaweranon, I am a master student at Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. I have

จดหมาย - i_mahaweranon@hotmail.com

<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/inbox/rp>

been doing my thesis in topic of

“Factors released to supportive care needs in family caregivers of patients with advance cancer” I have reviewed the literature and I found a good instrument of yours, the Supportive Care Needs Survey-Partners and Caregivers (SCNS-P&C). Therefore, I would like to ask for permission from you to use this instrument in my research. It will be benefit for Thai cancer patients and also their family.

Could you please send me your instrument' file via my email address: i_mahaweranon@hotmail.com or could you please suggest me how to get your instrument.

Thank you in advance.

Yours Sincerely,

Ms. Intira Mahaweranon

จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลวิจัย

เลขที่.....	๖๙๖
คณะแพทยศาสตร์.....	รามธิบดี
รับครั้งที่ 1.....	เวลา..... น.
รับครั้งที่ 2.....	เวลา..... น.
รับครั้งที่ 3.....	เวลา..... น.

ที่ ศธ 0512.11/ 124 จ



หน่วยวิเคราะห์ข้อมูล.....	เลขที่.....
๖๐๐ ๑๐๐	๖๐๐ ๑๐๐
รับครั้งที่ 1.....	๒๔ ก.ค. ๒๕๖๐
๑๓:๐๐ น.	๑๓:๐๐ น.
รับครั้งที่ 2.....	๑๕ ส.ค. ๒๕๖๐
๑๔:๓๐ น.	๑๔:๓๐ น.

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ กรกฎาคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดี ที่.....
ครั้งที่ 1..... ๑ ส.ค. ๒๕๖๐ เวลา.....
ครั้งที่ 2..... เวลา.....
ครั้งที่ 3..... เวลา.....

เนื่องด้วย นางสาวอินทรา มหาวิทยาลัยรามธิบดี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร อนุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 เดือน จำนวน 92 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว แบบสอบถามความเหนื่อยล้าแบบประเมินอาการผู้ป่วยระยะท้ายฉบับภาษาไทย แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมและความผิดปกติทางร่างกายของผู้ป่วย และแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอินทรา มหาวิทยาลัยรามธิบดี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดี
เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตเข้าเก็บข้อมูลทำวิจัยภายในคณะฯแล้วตอบกลับ
หน่วยวิเคราะห์ข้อมูลและทุนวิจัย ภายในวันที่ 9 ส.ค. 2560

(ศ. นพ.บุญส่ง องค์กรพิพัฒนกุล)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย

สำเนาเรียน
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้างานการพยาบาลบริการเฉพาะ
รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร อนุศิลป์ โทร. 0-2218-1133
อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 0-2218-1157
นางสาวอินทรา มหาวิทยาลัยรามธิบดี โทร. 08-1170-0186

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ โทร. ๐๐๑/๒๕๖๔
ชื่อ: รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ฝ่ายการพยาบาล อินดิให้ความร่วมมือ
และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบแล้ว

(นางสาวอินทรา องค์กรพิพัฒนกุล)
นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
- ๑ - ๒๕๖๐



สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑๑๗๐๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๑๗/๒๒๐๓

วันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๒๔๒
ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นางสาวอินทรา มหาวีรานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.จรรยา นิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องยินดีให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลและสามารถติดต่อขอข้อมูลได้ที่ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๒๓๙

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

ที่ จพ.รต. 5288 / 2560



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
1873 ถนนพระรามที่ 4
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 ตุลาคม 2560

เรื่อง ยินดีให้หนังสือเข้ามาเก็บข้อมูลการวิจัย
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0512.11 / 0690 ลงวันที่ 4 พฤษภาคม 2560

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า นางสาวอินทิรา มหาวีรานนท์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ” และในการนี้ ได้ขออนุญาตให้ นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยการแจกแบบสอบถาม จำนวน 62 คน ดังรายละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พิจารณาแล้ว **ไม่ขัดข้อง** ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมาโดยติดต่อประสานงานได้ที่ ฝ่ายการพยาบาล โทรศัพท์ 02-256-4360 อนึ่ง ก่อนเข้าพบบุคคลดังกล่าวขอให้ นำบัตรนิสิตหรือนักศึกษา หรือบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมจดหมายฉบับนี้มาติดต่อขอรับบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูล ณ กลุ่มธุรการประสานงาน ดิฉันนการกรุงเทพ ชั้นล่าง (ห้องเลขที่ 105)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุเทพ กลชาญวิทย์)

รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายการแพทย์และวิจัย

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มงานร่างโต้ตอบเอกสาร ฝ่ายเลขานุการ ติดต่อประสานงาน : สุกัญญา โทรศัพท์ : 0-2256-4312 / โทรสาร : 0-2256-4368





คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๖๐/๔๑๕

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๖-๖๐-๓๔ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวอินทรีรา มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เหล่าซึ่ง
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชูศักดิ์ โอภาสเจริญ)

วันที่รับรอง

๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๐

ระยะเวลาในการศึกษา

๑๒ เดือน



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

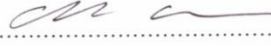
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 201-1000

Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

MURA2017/415

Title of Project	Factors Related to Supportive Care Needs in Family Caregivers of Patients with Advanced Cancer
Protocol Number	ID 06-60-34
Principal Investigator	Miss. Intira Mahaweranon
Education Address	Faculty of Nursing Chulalongkorn University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects	 Asst. Prof. Chusak Okascharoen, M.D.
Date of Approval	June 14, 2017
Duration of Study	12 Months



COA No. 608/2017

IRB No. 324/60

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

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ	: วิจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
เลขที่โครงการวิจัย	: -
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาวอินทิรา มหาริรานนท์
สังกัดหน่วยงาน	: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิธีทบทวน	: แบบเร่งด่วน
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
เอกสารรับรอง	: <ol style="list-style-type: none"> 1. โครงร่างการวิจัย Version 2 Date 11 กรกฎาคม 2560 2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2 Date 11 กรกฎาคม 2560 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 Date 11 กรกฎาคม 2560 4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 1 Date 1 มิถุนายน 2560 5. แบบสอบถาม Version 1 Date 1 มิถุนายน 2560

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขที่ตั้งที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



6. Curriculum Vitae and GCP Training

- Miss Intira mahaweranon
- Dr.Janya Chimluang
- Assoc.Prof.Dr. Sureeporn Thanasilp

ลงนาม
 (รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถพร ใจสำราญ)
 รองประธานปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทญ.ประภาพรณ รัชตะปิติ)
 กรรมการและเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 19 กรกฎาคม 2560
 วันหมดอายุ : 18 กรกฎาคม 2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 608/2017

IRB No. 324/60

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : FACTORS RELATED TO SUPPORTIVE CARE NEEDS IN FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH ADVANCED CANCER.

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Intira mahaweranon.

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Review Method : Expedited

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.


Document Reviewed :

1. Research Proposal Version 2 Date 11 July 2017
2. Protocol Synopsis Version 2 Date 11 July 2017
3. Information sheet for research participant Version 2 Date 11 July 2017
4. Informed consent for participating volunteers Version 1 Date 1 June 2017
5. Questionnaire Version 1 Date 1 June 2017
6. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Miss Intira mahaweranon

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



- Dr.Janya Chimluang
- Assoc.Prof.Dr. Sureeporn Thanasilp

Signature:.....

(Associate Professor Unnop Jaisamrarn MD, MHS)
Vice-Chairman, Acting Chairman
The Institutional Review Board

Signature:.....

(Assistant Professor Prapapan Rajatapiti MD, PhD)
Member and Secretary
The Institutional Review Board

Date of Approval : July 19, 2017

Approval Expire Date : July 18, 2018

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



เอกสารรับรอง
จาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
เลขที่ 020 / 2560

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวอินทิรา มหาวีรานนท์
หน่วยงานที่สังกัด	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	184_2017T_OUT514
สถานที่ทำวิจัย	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
เอกสารที่รับรอง	1.แบบโครงร่างวิจัย 2.เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3.ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ 4.แบบสอบถาม
วันที่รับรอง	11 กันยายน 2560

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและมีมติ รับรองเอกสารดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงชื่อ.....
(นายอาคม ชัยวิระวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการทบทวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ.....
(นายวีรฤดี อิ่มสำราญ)

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



Certificate of Approval
From
Ethics Committee of National Cancer Institute, Thailand
EOCA 020/ 2017

Protocol Title	Factors related to supportive care needs in Family caregivers of patients with advanced cancer
Protocol Number	184_2017T_OUT514
Principal Investigator	Miss Intira Mahaweranon
Affiliation	Faculty of Nursing ,Chulalongkorn University
Research Site	National Cancer Institute
Document Approved	<ol style="list-style-type: none"> 1. Research Protocol 2. Participant Information Sheet 3. Informed Consent For 4. Questionnaire
Date of Approval	September 11, 2017

The prior mentioned documents have been reviewed and approved by Ethics Committee, National Cancer Institute, Thailand, based on the Declaration of Helsinki and Good Clinical Practice

.....
 (Dr. Arkom Chaiwerawattana, M.D.)
 Chairman, Ethics Committee

.....
 (Dr. Weerawut Imsamran)
 Director, National Cancer Institute



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยเรื่อง

“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง
ระยะลุกลาม”

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวและของผู้ป่วย	จำนวน 20	ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ	จำนวน 20	ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 20	ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	จำนวน 10	ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเหนื่อยล้า	จำนวน 22	ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ	จำนวน 9	ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	จำนวน 11	ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ของผู้ดูแลในครอบครัว	จำนวน 44	ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน และผู้ป่วย โดยกรอกข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ()

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ ปี
3. ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โปรดระบุ
4. สถานภาพสมรสของท่าน
() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย () 4. หย่า/แยก
5. ท่านนับถือศาสนา
() 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ โปรดระบุ
6. ระดับการศึกษา
() 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา () 2. ประถมศึกษาตอนต้น
() 3. ประถมศึกษาตอนปลาย () 4. มัธยมศึกษาตอนต้น
() 5. มัธยมศึกษาตอนปลาย () 6. ปริญญาตรี
() 7. สูงกว่าปริญญาตรี () 8. อื่นๆ (โปรดระบุ).....
7. อาชีพ
() 1. รับราชการ () 2. พนักงานรัฐวิสาหกิจ
() 3. พนักงานบริษัท/รับจ้าง () 4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
() 5. เกษตรกร () 6. อื่นๆ โปรดระบุ
8. รายได้ของครอบครัว
() 1. เพียงพอ () 2. ไม่เพียงพอ
9. รูปแบบการทำงานของท่านเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดูแลผู้ป่วย
() 1. ทำงานเต็มเวลาเหมือนเดิม (Full time)
() 2. ทำงานบางเวลา (Part time)
() 3. ลาออกจากงานเพื่อมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย
10. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน
11. จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ยที่ชั่วโมงใน 1 วัน ชั่วโมง

12. มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ 1. มี 2. ไม่มี
13. สุขภาพของผู้ดูแล ณ ปัจจุบันเมื่อเทียบกับก่อนดูแลผู้ป่วย ท่านมีสุขภาพ
 1. ดีขึ้น 2. คงเดิม 3. แย่ลง
14. โรคประจำตัว
 1. ไม่มี 2. มี โรค (โปรดระบุ)

2 ข้อมูลลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล

1. อายุ.....ปี
2. เพศ 1. หญิง 2. ชาย
3. สถานภาพสมรส 1. คู่ 2. โสด
 3. หม้าย 4. หย่า/แยก
4. ชนิดของโรคมะเร็ง.....
5. ระยะของโรคมะเร็ง 1. ระยะที่ 3 2. ระยะที่ 4
6. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ

คำชี้แจง : ข้อความด้านล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่คุณจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวคุณเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย (X) กากบาททับตัวเลข ซึ่งอยู่ทางด้านขวาของข้อความ ที่ตรงกับความรู้สึกของคุณในขณะนี้ (ต่อการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม) ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบว่าถูกหรือผิด ดังนั้นโปรดอย่าใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบข้อหนึ่งข้อใดนานเกินควร แต่จงเลือกคำตอบที่คุณคิดว่าบรรยายความรู้สึกของคุณในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด

ข้อความ	ไม่เลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ	1	2	3	4
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง-ปลอดภัย	1	2	3	4
3. ข้าพเจ้าเป็นคนเครียด	1	2	3	4
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเกร็งและเครียด	1	2	3	4
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายๆ	1	2	3	4
.....				
.....				
.....				
15. ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย	1	2	3	4
16. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่พึงพอใจ	1	2	3	4
17. ข้าพเจ้าวิตกกังวล	1	2	3	4
18. ข้าพเจ้ารู้สึกสับสน	1	2	3	4
19. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง	1	2	3	4
20. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนน่าคบ	1	2	3	4

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ต้องการทราบถึงความช่วยเหลือที่คุณได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต บุตร พี่น้อง ญาติ หรือบุคคลรอบข้าง เช่น เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน ในการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนโดยการประเมินตัดสิน ว่ามีมากน้อยเพียงใดในช่วงระยะเวลาที่คุณให้การดูแลผู้ป่วย โดยทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุดเพียง 1 ช่องจากความช่วยเหลือใน 5 ระดับ คือ

ได้รับมากที่สุด	หมายถึง	ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด
ได้รับมาก	หมายถึง	ได้รับความช่วยเหลือมาก
ได้รับปานกลาง	หมายถึง	ได้รับความช่วยเหลือปานกลาง
ได้รับน้อย	หมายถึง	ได้รับความช่วยเหลือน้อย
ไม่ได้รับ	หมายถึง	ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย

คำตอบที่ได้จะไม่มีผิดหรือถูก คำตอบที่ถูกมีอยู่คำตอบเดียวคือ คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

ข้อความ	ได้รับมากที่สุด	ได้รับมาก	ได้รับปานกลาง	ได้รับน้อย	ไม่ได้รับ
การสนับสนุนด้านอารมณ์					
1. คุณได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิดสม่ำเสมอ					
2. เมื่อคุณมีเรื่องเดือดร้อนหรือไม่สบายใจคุณไม่สามารถพึ่งพาผู้ใดได้เลย					
.....					
.....					
.....					
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
6. คุณได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลในการดูแลสุขภาพของตัวเอง					
7. คุณได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม					
.....					

ข้อความ	ได้รับ มาก ที่สุด	ได้รับ มาก	ได้รับ ปาน กลาง	ได้รับ น้อย	ไม่ได้ รับ
.....					
.....					
การสนับสนุนด้านทรัพยากร					
11. เมื่อคุณมีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน บุคคล ใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือคุณได้					
12. ในกรณีที่คุณไม่สามารถพาผู้ป่วยไปรับการ รักษาด้วยตนเองได้ บุคคลใกล้ชิดจะช่วยเหลือ คุณได้					
.....					
.....					
.....					
การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ					
16. บุคคลใกล้ชิดสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ ของคุณ					
17. บุคคลใกล้ชิดคอยเตือนสติคุณ เมื่อคุณมี อารมณ์ร้ายหรือหงุดหงิด					
.....					
.....					
.....					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่กำหนดให้ เกณฑ์การตอบมีดังนี้

ใช่	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าข้อความในข้อคำถามนั้นถูกต้อง
ไม่ใช่	หมายถึง	เมื่อเห็นว่าข้อความในข้อคำถามนั้นผิด
ไม่ทราบ	หมายถึง	เมื่อไม่ทราบว่าข้อความในข้อนั้นถูกหรือผิด

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1	อาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลดเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ดูแลควรส่งเสริมการรับประทานอาหารโดยแบ่งเป็นมื้อย่อยๆ หลายๆ มื้อ และจัดอาหารให้น่ารับประทาน			
2	อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไม่สามารถบรรเทาได้			
3	ถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก หลังเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนต้องรีบจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทดแทนให้ผู้ป่วยทันที			
4			
5			
6			
7			
8	ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสามารถออกกำลังกายตามความสามารถของตนเอง เช่น การเดินรอบบ้านประมาณ 20 - 30 นาที เพราะจะทำให้ระบบไหลเวียนดีขึ้น			
9	การทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วยไม่ควรใช้สบู่เพราะจะทำให้ผิวแห้งและเกิดแผลได้ง่าย			
10	การนวดหรือการสัมผัสผู้ป่วย เป็นวิธีการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย และช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า

คำชี้แจง : กรุณาตอบข้อคำถามในแต่ละข้อต่อไปนี้ว่าคุณมีความรู้สึกต่อข้อคำถามนั้นมากน้อยเพียงใด โดยใช้เครื่องหมาย O วงกลม ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับคุณในขณะนี้มากที่สุด 0 หมายถึง คุณไม่มีความรู้สึกต่อข้อคำถามนั้นเลย ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หมายถึง คุณมีความรู้สึกต่อข้อคำถามนั้นเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

1) ในขณะนี้ คุณรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเหนื่อยล้ามากน้อยเพียงใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย					รู้สึกทุกข์ทรมานมาก					

2) ในขณะนี้ คุณรู้สึกว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับคุณรบกวนความสามารถของคุณในการทำงานให้สำเร็จ หรือปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้มากน้อยเพียงใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รบกวนเลย					รบกวนมากที่สุด					

3) ในขณะนี้ คุณรู้สึกว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รบกวนความสามารถของคุณในการพบปะพูดคุย หรือ

มีกิจกรรมในสังคมร่วมกับเพื่อนฝูงมากน้อยเพียงใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รบกวนเลย					รบกวนมากที่สุด					

4)

5)

..... จฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

..... CHULALONGKORN UNIVERSITY

21) ขณะนี้คุณรู้สึกอย่างไร

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
สามารถจำ					ไม่สามารถจำ					
สิ่งต่างๆได้					สิ่งต่างๆได้					

22) ขณะนี้คุณรู้สึกอย่างไร

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
สามารถคิดได้					ไม่สามารถคิดได้					
อย่างกระฉับกระฉ่อง					อย่างกระฉับกระฉ่อง					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินอาการผู้ป่วยระยะท้าย

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบประเมินและติดตามอาการต่างๆของผู้ป่วยขอให้คุณตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย O วงกลม ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันมากที่สุด หรือตรงกับคำบอกเล่าของผู้ป่วยมากที่สุด โดยในแต่ละข้อคำถามคุณสามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ซึ่งระดับการวัดในแต่ละอาการแบ่งออกเป็นหมายเลข 0 - 10 โดยหมายเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ โดยหมายเลข 5 หมายถึง มีอาการในระดับปานกลาง และหมายเลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด

ไม่มีอาการปวด					มีอาการปวดรุนแรงที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลีย					มีอาการเหนื่อยล้า/อ่อนเพลียมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการคลื่นไส้					มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการซึมเศร้า					มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่วิตกกังวล					วิตกกังวลมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการง่วงซึม/สะลึมสะลือ					มีอาการง่วงซึม/สะลึมสะลือมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เบื่ออาหาร					เบื่ออาหารมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
สบายดีทั้งกายและใจ					ไม่สบายกายและใจเลย					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ					มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ส่วนที่ 7 แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมและความผิดปกติทางร่างกายของผู้ป่วย (Karnofsky Performance Status : KPS)

คำชี้แจง แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายประกอบด้วยข้อความที่ระบุถึงความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทำอะไรได้บ้างหรือทำอะไรได้อยู่จริง ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ ผู้วิจัยพิจารณาใส่เครื่องหมาย **O** หน้าข้อความที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกระทำกิจกรรมนั้นได้ตามความเป็นจริง

Karnofsky score	ลักษณะที่ใช้กำหนดประเมิน
100	ปกติ ไม่มีโรค
90	สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ มีอาการหรืออาการแสดงของโรคเพียงเล็กน้อย
80	สามารถทำกิจกรรมได้ แต่ต้องเพิ่มความพยายามเพิ่มขึ้น มีอาการหรืออาการแสดงของโรคบางอย่าง
70	ดูแลตนเองได้ แต่ไม่สามารถทำงานหรือทำกิจกรรมได้ตามปกติ
60	ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นบางครั้งแต่ส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้
50	ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นค่อนข้างมาก และต้องการการดูแลทางการแพทย์บ่อยขึ้น
40	ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษและผู้ช่วยเหลือ
30	ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ต้องนอนโรงพยาบาล
20	มีอาการป่วยหนัก มีความจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
10	ใกล้เสียชีวิต
0	เสียชีวิต

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้เป็นความต้องการของคุณเมื่อต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โปรดพิจารณาว่า ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณมีความต้องการตรงกับข้อความนั้นหรือไม่ และมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมายวงกลม (O) ล้อมรอบตัวเลขในช่องที่ตรงกับความต้องการของคุณมากที่สุด

ไม่ต้องการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่เป็นปัญหา หมายถึง คุณไม่ต้องการความช่วยเหลือ เพราะสิ่งนี้ได้เป็นปัญหาสำหรับคุณในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม 2. พอใจแล้ว หมายถึง คุณเคยต้องการความช่วยเหลือในเรื่องนี้จริง แต่ความต้องการความช่วยเหลือของคุณได้รับการตอบสนองจนพอใจแล้ว
ต้องการ	<ol style="list-style-type: none"> 3. ความต้องการต่ำ หมายถึง คุณมีความต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมเล็กน้อย 4. ความต้องการปานกลาง หมายถึง คุณมีความต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมปานกลาง 5. ความต้องการสูง หมายถึง คุณมีความต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมอย่างมาก

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณมีความต้องการความช่วยเหลือต่อไปนี้ระดับใด	ไม่ต้องการ		ต้องการ		
	ไม่เป็นปัญหา	พอใจแล้ว	ความต้องการต่ำ	ความต้องการปานกลาง	ความต้องการสูง
ด้านข้อมูล (Information needs)					
1. การเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของคุณในฐานะผู้ดูแล					
2. การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคหรือผลของการรักษาที่เป็นไปได้ของผู้ป่วยมะเร็ง					
3. การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริการความช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง					
4.					
5.					
6.					
7.					
ด้านระบบบริการสุขภาพ (Health care service needs)					
8. การได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง					
9. การเข้าถึงบริการทางสุขภาพจากศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน					

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณมีความ ต้องการความช่วยเหลือต่อไปนี้ ระดับใด	ไม่ต้องการ		ต้องการ		
	ไม่เป็น ปัญหา	พอใจ แล้ว	ความ ต้องการ ต่ำ	ความ ต้องการ ปานกลาง	ความ ต้องการ สูง
10. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งร่วมกับทีมผู้ให้การรักษา					
.					
.					
.					
ด้านการทำงานและสังคม (Work and social needs) 19.การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงใน ชีวิตการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยมะเร็ง					
20.ได้รับความช่วยเหลือเมื่อการดูแล ผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อการทำงานและ การใช้ชีวิตของคุณ					
.					
.					
.					
ด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and psychological needs) 26.การดูแลช่วยเหลือเพื่อลดความ กังวลของคุณเมื่อเกิดการกลับเป็นซ้ำ ของโรคมะเร็งในผู้ป่วย					

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณมีความ ต้องการความช่วยเหลือต่อไปนี้ ระดับใด	ไม่ต้องการ		ต้องการ		
	ไม่เป็น ปัญหา	พอใจ แล้ว	ความ ต้องการ ต่ำ	ความ ต้องการ ปานกลาง	ความ ต้องการ สูง
27.ผลกระทบของโรคมะเร็งที่มีต่อ ความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับผู้ป่วย					
28.การเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วย มะเร็ง					
.					
.					
.					
คำถามอื่นๆ					
40.ได้รับการดูแลสุขภาพของคุณ เองซึ่งรวมถึงการกินและการนอน อย่างเหมาะสม					
41.การเข้าถึงข้อมูลเรื่องการมีบุตร ยากของผู้ป่วยมะเร็ง					
42.การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง เช่น การ อาบน้ำ การทำแผล หรือการให้ยา					
43.ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลและ/ หรือการเดินทางสำหรับผู้ป่วย					
44.การเข้าถึงบริการทางกฎหมาย					



ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย รายชื่อของแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
anxie1_1	184	1	4	2.42	.743
anxiye2_2	184	1	4	2.22	.701
anxiety3	184	1	4	2.17	.693
anxiety4	184	1	4	2.02	.716
anxie5_5	184	1	4	2.35	.829
anxiety6	184	1	4	1.70	.623
anxiety7	184	1	4	2.31	.751
anxie8_8	184	1	4	2.27	.843
anxiety9	184	1	4	1.79	.830
anxie10_10	184	1	4	2.32	.822
anxie11_11	184	1	4	1.98	.779
anxiety12	184	1	4	1.82	.666
anxiety13	184	1	3	1.54	.643
anxiety14	184	1	4	1.92	.677
anxie15_15	184	1	4	2.34	.730
anxiety16	184	1	4	1.45	.599
anxiety17	184	1	4	2.27	.755
anxiety18	184	1	4	1.71	.738
anxie19_19	184	1	4	2.17	.777
anxie20_20	184	1	4	1.79	.757
Valid N (listwise)	184				

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย รายชื่อของแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
emosupport1	184	1	5	4.28	.884
emosup2	184	1	5	4.03	1.258
emosupport3	184	1	5	4.04	1.029
emosupport4	184	2	5	4.16	.919
emosup5	184	1	5	4.20	1.230
infsupport6	184	1	5	2.85	1.390
infsupport7	184	1	5	4.22	.927
infsupport8	184	1	5	3.20	.944
infsupport9	184	1	5	3.64	.882
infsupport10	184	1	5	3.23	1.027
ressupport11	184	1	5	3.81	1.211
ressupport12	184	1	5	3.52	1.383
ressupport13	184	1	5	3.38	1.257
ressupport14	184	1	5	3.70	1.171
ressupport15	184	1	5	3.23	1.199
comsupport16	184	1	5	3.72	1.105
comsupport17	184	1	5	3.08	.991
comsupport18	184	1	5	3.97	.865
comsupport19	184	1	5	4.17	.829
comsup20	184	2	5	4.35	.946
Valid N (listwise)	184				

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย รายชื่อของแบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ISCN1	184	1	5	3.48	1.391
ISCN2	184	1	5	3.79	1.427
ISCN3	184	1	5	3.59	1.360
ISCN4	184	1	5	3.42	1.324
ISCN5	184	1	5	4.11	1.202
ISCN6	184	1	5	4.04	1.299
ISCN7	184	1	5	3.68	1.479
HSCN8	184	1	5	4.26	1.284
HSCN9	184	1	5	3.83	1.247
HSCN10	184	1	5	3.82	1.385
HSCN11	184	1	5	4.05	1.315
HSCN12	184	1	5	3.54	1.452
HSCN13	184	1	5	3.71	1.375
HSCN14	184	1	5	2.89	1.476
HSCN15	184	1	5	3.96	1.342
HSCN16	184	1	5	3.23	1.617
HSCN17	184	1	5	3.98	1.333
HSCN18	184	1	5	3.70	1.766
WSCN19	184	1	5	3.22	1.463
WSCN20	184	1	5	3.21	1.534
WSCN21	184	1	5	2.29	1.367
WSCN22	184	1	5	2.17	1.309
WSCN23	184	1	5	2.68	1.192
WSCN24	184	1	5	3.10	1.165
WSCN25	184	1	5	1.79	1.192
ESCN26	184	1	5	3.55	1.492
ESCN27	184	1	5	1.76	1.250
ESCN28	184	1	5	3.21	1.335
ESCN29	184	1	5	2.64	1.364
ESCN30	184	1	5	3.69	1.470
ESCN31	184	1	4	1.14	.535

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ESCN32	184	1	5	2.60	1.355
ESCN33	184	1	5	2.83	1.386
ESCN34	184	1	5	2.79	1.562
ESCN35	184	1	5	2.52	1.463
ESCN36	184	1	5	3.23	1.442
ESCN37	184	1	5	3.22	1.347
ESCN38	184	1	5	2.77	1.239
ESCN39	184	1	5	2.74	1.279
OSCN40	184	1	5	2.75	1.404
OSCN41	184	1	4	1.24	.683
OSCN42	184	1	5	2.72	1.476
OSCN43	184	1	5	3.28	1.604
OSCN44	184	1	5	1.93	1.405
Valid N (listwise)	184				



ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

ตารางที่ 11 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแล
ในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .96

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.966	.966	44

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ISCN1	3.17	1.315	30
ISCN2	3.30	1.489	30
ISCN3	3.30	1.489	30
ISCN4	3.23	1.455	30
ISCN5	3.87	1.358	30
ISCN6	3.73	1.388	30
ISCN7	3.07	1.437	30
HSCN8	3.60	1.404	30
HSCN9	3.37	1.351	30
HSCN10	3.33	1.373	30
HSCN11	3.67	1.422	30
HSCN12	3.53	1.479	30
HSCN13	3.57	1.455	30
HSCN14	3.23	1.406	30
HSCN15	3.83	1.599	30
HSCN16	3.70	1.418	30
HSCN17	3.73	1.461	30
HSCN18	4.07	1.552	30
WSCN19	3.27	1.437	30
WSCN20	2.87	1.655	30
WSCN21	2.93	1.461	30
WSCN22	3.23	1.501	30

WSCN23	3.03	1.377	30
	Mean	Std. Deviation	N
WSCN24	3.13	1.456	30
WSCN25	2.33	1.348	30
ESCN26	3.50	1.570	30
ESCN27	2.00	1.554	30
ESCN28	2.77	1.501	30
ESCN29	2.80	1.648	30
ESCN30	3.27	1.574	30
ESCN31	1.20	.610	30
ESCN32	2.07	1.202	30
ESCN33	2.47	1.408	30
ESCN34	2.80	1.750	30
ESCN35	2.57	1.524	30
ESCN36	3.23	1.612	30
ESCN37	2.67	1.626	30
ESCN38	1.80	.997	30
ESCN39	2.37	1.326	30
OSCN40	2.33	1.295	30
OSCN41	1.47	1.008	30
OSCN42	2.40	1.476	30
OSCN43	2.37	1.377	30
OSCN44	2.67	1.647	30



	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ISCN1	127.67	1572.575	.489	.966
ISCN2	127.53	1575.913	.399	.966
ISCN3	127.53	1553.706	.591	.965
ISCN4	127.60	1561.490	.537	.965
ISCN5	126.97	1564.999	.544	.965
ISCN6	127.10	1549.334	.678	.965
ISCN7	127.77	1563.013	.530	.965
HSCN8	127.23	1562.599	.547	.965
HSCN9	127.47	1570.533	.494	.966
HSCN10	127.50	1548.466	.694	.965
HSCN11	127.17	1547.661	.676	.965
HSCN12	127.30	1537.114	.742	.965
HSCN13	127.27	1538.616	.741	.965
HSCN14	127.60	1552.317	.641	.965
HSCN15	127.00	1523.379	.796	.964
HSCN16	127.13	1532.464	.818	.964
HSCN17	127.10	1530.231	.813	.964
HSCN18	126.77	1543.909	.648	.965
WSCN19	127.57	1535.013	.784	.964
WSCN20	127.97	1536.033	.667	.965
WSCN21	127.90	1543.128	.698	.965
WSCN22	127.60	1548.593	.630	.965
WSCN23	127.80	1549.821	.679	.965
WSCN24	127.70	1566.631	.491	.966
WSCN25	128.50	1548.190	.710	.965
ESCN26	127.33	1537.609	.692	.965
ESCN27	128.83	1547.523	.617	.965
ESCN28	128.07	1540.271	.703	.965
ESCN29	128.03	1532.999	.694	.965
ESCN30	127.57	1530.944	.746	.964

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ESCN31	129.63	1603.413	.441	.966
ESCN32	128.77	1574.737	.515	.965
ESCN33	128.37	1545.689	.701	.965
ESCN34	128.03	1534.240	.642	.965
ESCN35	128.27	1542.823	.670	.965
ESCN36	127.60	1555.903	.525	.965
ESCN37	128.17	1539.592	.651	.965
ESCN38	129.03	1576.240	.608	.965
ESCN39	128.47	1564.257	.566	.965
OSCN40	128.50	1575.569	.467	.966
OSCN41	129.37	1599.413	.309	.966
OSCN42	128.43	1571.564	.441	.966
OSCN43	128.47	1579.982	.397	.966
OSCN44	128.17	1546.006	.591	.965

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
130.83	1625.316	40.315	44

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ

ตารางที่ 12 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ (n = 30)
ได้ค่า Cronbach's Alpha = .93

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.937	.937	20

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
45.77	22.737	4.768	20

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 13 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .93

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.936	.939	20

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
55.4333	110.323	10.50348	20

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเหนื่อยล้า

ตารางที่ 14 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบประเมินความเหนื่อยล้า (n = 30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .94

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.949	.949	22

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
84.79	1494.599	38.660	22

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรุนแรงของอาการ

ตารางที่ 15 ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบประเมินความรุนแรงของอาการ (n = 30) ได้ค่า Cronbach's Alpha = .91

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.918	.921	9

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
41.13	403.775	20.094	9

ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว
ค่าความเที่ยงโดยรวมของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลใน
ครอบครัว

คำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.73

สูตร KR-20

$$r_{KR-20} = [k/(k-1)] [1 - (\text{ผลรวม } pq)/S^2]$$

เมื่อ k คือ จำนวนข้อ

p คือ สัดส่วนของผู้ทำถูกหารด้วยจำนวนคนสอบทั้งหมด

q คือ สัดส่วนของผู้ทำผิดในข้อหนึ่งๆ หรือ $1-p$

S^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับที่ได้จากการทดสอบ

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว (n
= 30)

$$\text{สูตร } r_{KR-20} = [k/(k-1)] [1 - (\text{ผลรวม } pq)/S^2]$$

$$\text{แทนค่า } r_{KR-20} = [10/(10-1)] [1 - (\text{ผลรวม } pq)/S^2]$$

$$[1.11] [1 - (1.85/5.38)]$$

$$[1.11] [1 - 0.72]$$

$$r_{KR-20} = 0.7326$$

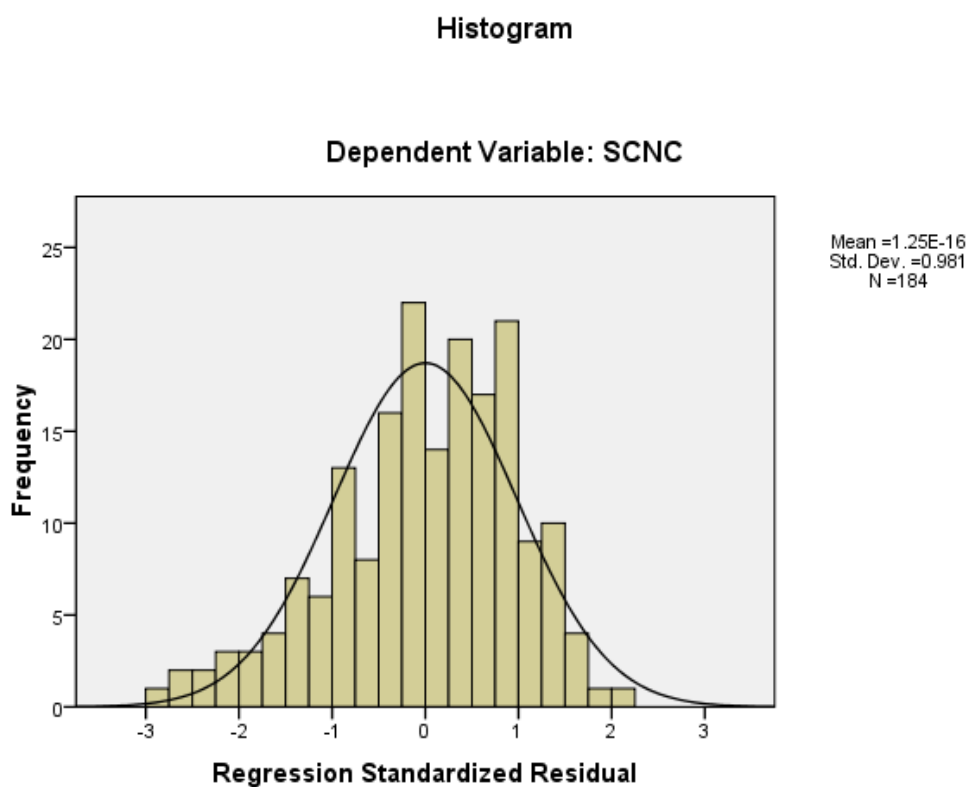
ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม

$$\begin{aligned}
 r_{xy} &= \frac{N\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N(\sum Y^2 - (\sum Y)^2)]}} \\
 &= \frac{30(108600) - (1800)(17300)}{\sqrt{[30(113600) - 1800^2][30(104300) - 1730^2]}} \\
 &= \frac{3258000 - 3114000}{\sqrt{(168000)(136100)}} \\
 &= \frac{144000}{151211.11} \\
 &= 0.95
 \end{aligned}$$





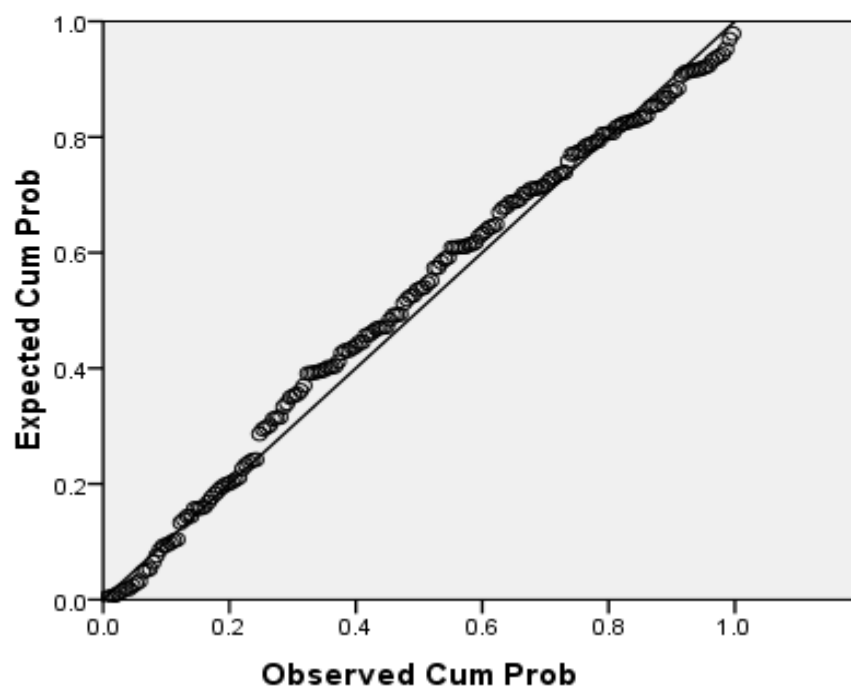
1. ค่าความคลาดเคลื่อน (error of residual) มีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) ตรวจสอบด้วยแผนภาพ histogram หรือ P-P plot



ภาพที่ 2 การแจกแจงปกติของตัวแปร จากแผนภาพ histogram

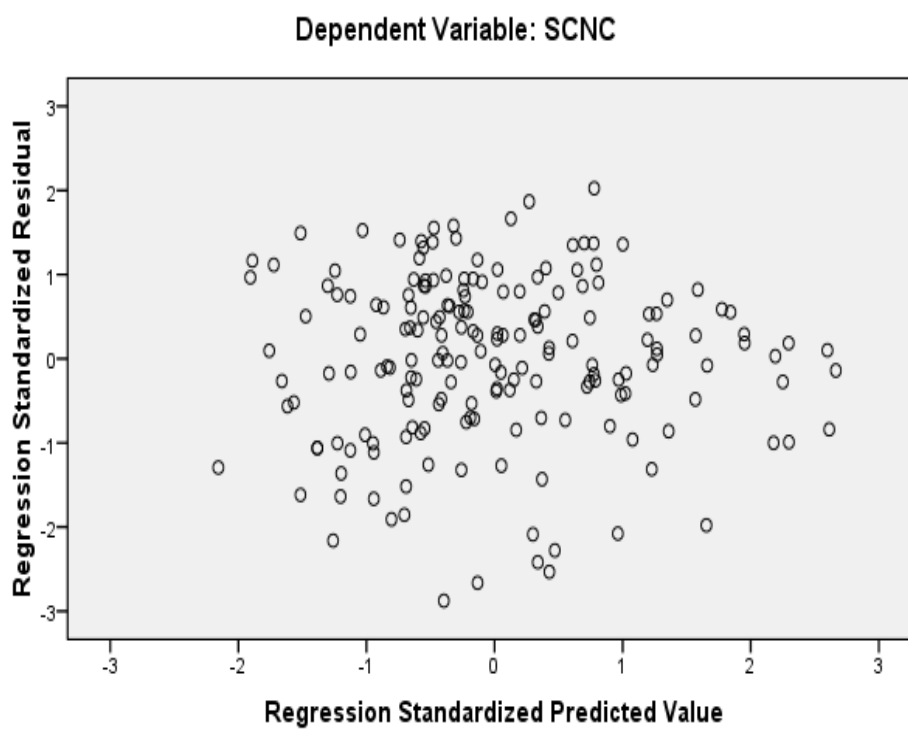
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: SCNC



2. ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนต้องคงที่ (Homoscedasticity) ตรวจสอบโดยการ plot กราฟ แกน Y = ZRESID, แกน X = ZPRED เมื่อ plot residual กับค่า X พบว่าจุดไม่มีลักษณะอยู่ด้านบนหรือด้านล่างตลอด หรือเป็น 0 ตลอด หรือกว้างออกตลอดเมื่อค่า X สูงขึ้นหรือต่ำลง จึงอนุมานได้ว่าค่าความเที่ยงคงที่

Scatterplot



3. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกัน ตรวจสอบโดยใช้วิธี Durbin – Watson ค่าที่อยู่ในช่วง 1.5 – 2.5 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน ค่า Durbin – Watson = 1.780 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละตัวมีแนวโน้มมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก

ตารางที่ 16 Model Summary เพื่อพิจารณาค่า Durbin – Watson

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.459 ^a	.211	.179	28.93323	1.780

a. Predictors: (Constant), KPS, socialsupport, age, knowledge, anxiety, ESAS, fatigue

b. Dependent Variable: SCNC

4. ตัวแปรแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (no multicollinearity) สามารถทดสอบได้หลายวิธี
- 4.1. ค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระทุกตัว > 0.2
 - 4.2. ค่า Variance inflation factor (IVF) < 10

ตารางที่ 17 ตาราง Coefficients เพื่อพิจารณาค่า Tolerance และ IVF

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	103.629	29.166		3.553	.000		
	age	-.032	.174	-.013	-.185	.853	.948	1.055
	anxiety	.024	.307	.007	.077	.939	.523	1.913
	Social support	-.323	.193	-.128	-1.669	.097	.764	1.309
	knowledge	4.400	1.270	.248	3.464	.001	.877	1.140
	fatigue	.097	.076	.125	1.270	.206	.463	2.159
	ESAS	.509	.153	.293	3.323	.001	.578	1.730
	KPS	-.002	.169	.000	-.011	.992	.704	1.421

4.3 ค่า Eigen Value ตัวที่มากที่สุดต้อง > 1 ตัวที่มากที่สุด =7.309

ตารางที่ 18 ตาราง Collinearity Diagnostic เพื่อพิจารณา Eigen Value

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions							
				(Constant)	age	anxiety	Social support	Knowledge	fatigue	ESAS	KPS
1	1	7.309	1.000	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
	2	.403	4.259	.00	.00	.00	.00	.00	.10	.15	.01
	3	.116	7.930	.00	.00	.00	.00	.00	.49	.57	.01
	4	.068	10.336	.00	.31	.00	.00	.20	.01	.10	.19
	5	.055	11.504	.00	.61	.00	.01	.39	.01	.00	.04
	6	.030	15.501	.00	.00	.03	.27	.36	.02	.07	.41
	7	.013	23.641	.01	.04	.58	.57	.01	.03	.02	.12
	8	.004	40.928	.99	.03	.37	.14	.03	.34	.09	.22

a. Dependent Variable: SCNC



4.4 Pearson's correlation มีค่า $r < 0.7$

ตารางที่ 19 ตาราง Correlation เพื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์แต่ละตัวแปร

		Correlations							
		age	anxiety	Social support	knowledge	fatigue	ESAS	KPS	SCNC
age	Pearson Correlation	1	-.044	-.043	.179*	.021	.070	-.100	.061
	Sig. (2-tailed)		.556	.558	.015	.781	.347	.175	.414
	N	184	184	184	184	184	184	184	184
anxiety	Pearson Correlation	-.044	1	-.432**	-.216**	.652**	.427**	-.281**	.202**
	Sig. (2-tailed)	.556		.000	.003	.000	.000	.000	.006
	N	184	184	184	184	184	184	184	184
Social support	Pearson Correlation	-.043	-.432**	1	.202**	-.392**	-.285**	.079	-.207**
	Sig. (2-tailed)	.558	.000		.006	.000	.000	.284	.005
	N	184	184	184	184	184	184	184	184
knowledge	Pearson Correlation	.179*	-.216**	.202**	1	-.165*	-.111	-.101	.168*
	Sig. (2-tailed)	.015	.003	.006		.025	.133	.171	.023
	N	184	184	184	184	184	184	184	184
fatigue	Pearson Correlation	.021	.652**	-.392**	-.165*	1	.561**	-.373**	.294**
	Sig. (2-tailed)	.781	.000	.000	.025		.000	.000	.000
	N	184	184	184	184	184	184	184	184
ESAS	Pearson Correlation	.070	.427**	-.285**	-.111	.561**	1	-.490**	.368**
	Sig. (2-tailed)	.347	.000	.000	.133	.000		.000	.000
	N	184	184	184	184	184	184	184	184
KPS	Pearson Correlation	-.100	-.281**	.079	-.101	-.373**	-.490**	1	-.223**
	Sig. (2-tailed)	.175	.000	.284	.171	.000	.000		.002
	N	184	184	184	184	184	184	184	184
SCNC	Pearson Correlation	.061	.202**	-.207**	.168*	.294**	.368**	-.223**	1
	Sig. (2-tailed)	.414	.006	.005	.023	.000	.000	.002	
	N	184	184	184	184	184	184	184	184

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากข้อ 4.1 - 4.4 แสดงว่า ตัวแปรแต่ละตัวไม่มี Multicollinearity



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอินทิรา มหาวีรานันท์ เกิดเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2527 ที่จังหวัด นครสวรรค์ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2550 และศึกษาต่อใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2557 ปัจจุบันเป็นพยาบาลประจำการ ปฏิบัติงานที่ศูนย์รามาธิบดีอภิบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

