

การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง



นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2438-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF NEEDS OF FAMILY CAREGIVERS OF CANCER PATIENTS
AND RELATED FACTORS

Miss Siriwan Wannasiri



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 2005

ISBN 974-14-2438-8

ศิริวรรณ วรรณศิริ : การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (A STUDY OF NEEDS OF FAMILY CAREGIVERS OF CANCER PATIENTS AND RELATED FACTORS) อาจารย์ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ 146 หน้า. ISBN 974-14-2438-8

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดของ Wingate และ Lackey (1989) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 130 คน จากโรงพยาบาลตติยภูมิต่างๆ 3 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามภาวะการดูแล และแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิหาความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96, .81 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW version 13 โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.07$, $SD = 0.52$)
2. อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งในระดับต่ำ ($r = .23$, $p < .05$)
3. ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งในระดับปานกลาง ($r = .61$, $p < .05$)
4. ภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งในระดับปานกลาง ($r = .58$, $p < .05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....ศิริวรรณ วรรณศิริ.....
ปีการศึกษา..... 2548.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....ศ.สุวีพร ธนศิลป์

##4777613236: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: FATIGUE/ CAREGIVING BURDEN/ NEED/ FAMILY CAREGIVERS /
CANCER PATIENTS

SIRIWAN WANNASIRI: A STUDY OF NEEDS OF FAMILY CAREGIVERS OF
CANCER PATIENTS AND RELATED FACTORS. THESIS ADVISOR: ASSOC.
PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 146 PP. ISBN 974-14-2438-8

The purposes of this research were to study the needs of family caregivers of cancer patients and related factors. Wingate's and Lackey's (1989) framework guided this study. The sample consisted of 130 family caregivers of cancer patients selected by simple random sampling from OPD of three super tertiary care hospital. Fatigue Scale, The Caregiving Burden Scale and Need of Family Caregivers Scale. All instruments were tested for content validity and reliability cronbach's alpha coefficients for the scales were .96, .81, and .90, respectively. The data were analyzed using SPSS for Windows version 13 for mean, Standard deviation, Chi-square correlation, and Pearson's product moment correlations.

Major findings were as follows:

1. The needs of family caregivers of cancer patients were at a moderate level ($\bar{X} = 3.07$, SD 0.52).
2. Age was significantly positive related to needs of family caregivers of cancer patients, at a low level ($r = .23$; $p < .05$).
3. Fatigue was significantly positive related to needs of family caregivers of cancer patients, at a moderate level ($r = .61$; $p < .05$).
4. Caregiving burden was significantly positive related to needs of family caregivers of cancer patients, at a moderate level ($r = .58$; $p < .05$).

Field of study.....Nursing Science.....Student's signature.....*Sirivan Wannasiri*.....

Academic year..... 2005.....Advisor's signature.....*Sureeporn Thanasilp*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถ ความเมตตา และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการ ในการให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างยิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรักและห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งในตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกตรวจ ผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย และขอขอบคุณผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกท่านที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จักษุ-โสตฯ หัวหน้าหอผู้ป่วย จักษุ-โสตฯ สามีญชาย ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาในครั้งนี้ กราบขอบพระคุณคณะพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนวิทยานิพนธ์บางส่วน และขอขอบคุณพยาบาลประจำการ เจ้าหน้าที่ หอผู้ป่วยทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ สละเวลาทำงานเพิ่มขึ้นในวันที่ผู้วิจัยขอลาหยุดเพื่อศึกษา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อกมล คุณแม่ชุกจิต วรรณศิริ ที่เป็นที่ยกย่องและสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักความห่วงใย ตลอดจนน้องชาย ญาติพี่น้องและเพื่อนๆ ที่คอยให้กำลังใจ รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่คอยเป็นห่วง ไม่เคยทอดทิ้ง และคอยให้ความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ สุดท้ายขอขอบคุณ คุณวันนา ประสันแพงศรี ที่ให้ความช่วยเหลือด้านงานพิมพ์จนสำเร็จการศึกษา ด้วยน้ำใจไม่ตรีจากบุคคลมากมาย วิทยานิพนธ์เล่มนี้จึงสำเร็จลงได้ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง.....	16
ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ดูแลในครอบครัว.....	18
การดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยผู้ดูแลในครอบครัว.....	20
บทบาทของพยาบาลในการดูแลครอบครัว.....	23
ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง.....	24
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง.....	36
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	54
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	80
สรุปผลการวิจัย.....	81
การอภิปรายผลการวิจัย.....	82
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	92
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	93
รายการอ้างอิง.....	95
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	107
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	109
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	121
ภาคผนวก ง จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจดหมายขอความร่วมมือในการ เก็บข้อมูลในการวิจัย.....	125
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	135
ภาคผนวก ฉ สถิติที่ใช้ในงานวิจัย.....	142
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	146

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล.....	54
2	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับใช้จริง จำแนกตามแบบสอบถาม.....	58
3	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ รูปแบบการทำงาน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลสุขภาพของผู้ดูแล โรคประจำตัว.....	64
4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค ระยะเวลา ที่เจ็บป่วย.....	68
5	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยรวมและรายด้าน.....	71
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลตามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกเป็นรายข้อ	72
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเหนื่อยล้าและการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง.....	76
8	ค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะของโรค และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความเหนื่อยล้าและการดูแลกับความ ต้องการโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง.....	77
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความเหนื่อยล้า และการดูแลกับความ ต้องการรายด้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย โรค มะเร็ง.....	78
10	ค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของโรคกับความ ต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง.....	79

ตารางที่	หน้า
11 การหาค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของ โรคกับความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย โรคมะเร็ง.....	136
12 การหาค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของ โรคกับความต้องการด้านการประคับประคองจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย โรคมะเร็ง.....	137
13 การหาค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของ โรคกับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย โรคมะเร็ง.....	138
14 การหาค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของ โรคกับความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง.....	139
15 การหาค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของ โรคกับความต้องการด้านการจัดการภายในบ้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย โรคมะเร็ง.....	140
16 การหาค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของ โรคกับความต้องการด้านการเงินและวัสดุสิ่งของของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย โรคมะเร็ง.....	143

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการแพทย์และการพยาบาล มีการพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การรักษาและการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถช่วยชีวิตให้ผู้ป่วยรอดจากการเสียชีวิตได้มากขึ้น แต่อาจจะมีผลกระทบอย่างถาวรไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เกิดเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบกับค่าครองชีพที่สูงขึ้น ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะอยู่โรงพยาบาลในระยะเวลาอันสั้น ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ญาติหรือ ผู้ดูแลในครอบครัวไปดูแลต่อที่บ้านโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก ที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเป็นสาเหตุการตายในระดับต้นๆ ของประชากรในทุกประเทศ สำหรับประเทศไทยเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 เป็นต้นมา และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ.2541-2546 พบว่า อัตราตายจากโรคมะเร็งต่อประชากร 100,000 คน คือ 48.7 58.6 63.9 68.4 73.3 และ 78.9 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2547)

ในปัจจุบัน ผู้ป่วยมะเร็งเหล่านี้ดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้านมากขึ้น เนื่องจากการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษามีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนพักในโรงพยาบาลเพื่อการตรวจรักษาลดลงกว่าเดิม ซึ่งเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันที่มีความจำกัดในเรื่องจำนวนเตียงผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาล และเป็น การประหยัดค่าใช้จ่าย ประกอบกับการที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวที่บ้านในสภาวะที่เหมาะสมยังเป็นผลดีกับผู้ป่วยในด้านจิตใจ คือ มีความอบอุ่นที่ได้อยู่ท่ามกลางญาติพี่น้องและสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการควบคุมและบรรเทาอาการผิดปกติด้วย และที่สำคัญก็คือ ความใกล้ชิด ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว เกิดความรู้สึกมีคุณค่าทางจิตใจ รักใคร่กลมเกลียวกันมากยิ่งขึ้น และยังช่วยลดค่าใช้จ่ายภายในบ้านอีกด้วย

ครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน (Ragsdale et al., 1993: 154) และ May (1993: 271) กล่าวว่า การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความไม่สมดุลภายในครอบครัว สมาชิกคนใดคนหนึ่งต้องมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย หรืออาจเป็นสมาชิกหลาย ๆ คนที่ช่วยกัน ไม่ว่าจะ เป็น พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย พี่น้อง ลูกหลาน ต้อง

เผชิญปัญหาและมีการปรับตัวเพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง (รุจา ภูไพบูลย์, 2537: 22) สอดคล้องกับ วิลลาร์ดน์ ภูวราวุฒิปานิช (2537: 33-37) ที่กล่าวว่า การที่สมาชิกในครอบครัวต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยนั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตส่วนตัวไม่มากนักน้อย ต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน มีผู้ดูแลในครอบครัวมากกว่าครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ และสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารมากกว่าเดิม บางรายเบื่ออาหารรับประทานได้น้อยลง จนมีอาการปวดท้อง ไม่มีเวลาดูแลตนเอง สัมพันธภาพทางสังคมน้อยลง การพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง เวลาทำอะไรต้องมีการวางแผนล่วงหน้า จะไปไหนก็ไม่สามารถไปได้นาน หรือบางรายไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไว้และออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านได้เลย ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บ้านกับผู้ป่วย ทำให้กิจกรรมที่เคยปฏิบัติลดน้อยลง (Periard and Ames, 1993: 252-256)

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสเกิดความเครียดจากการดูแลได้มาก โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม เพราะผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดทางร่างกายที่ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง มีความผิดปกติในระบบต่างๆ ของร่างกาย และมีปัญหาอารมณ์แปรปรวนง่ายมากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ (Cassileth et al., 1985) ทั้งจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาธิสภาพของโรคที่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย และอาจมีภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษาด้วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือในช่วงท้ายของชีวิตมากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ที่บ้านจึงเป็นภาระการดูแลที่หนักสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ที่ต้องใช้พลังกายและพลังใจอย่างยิ่งกับความอดทนและความพยายามอันเนื่องมาจากปัญหาต่างๆ รวมทั้งค่าใช้จ่าย ตลอดจนการสิ้นเปลืองเวลาอย่างมาก ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งทางร่างกายและจิตสังคมเป็นอันมาก เพราะกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นตามพยาธิสภาพของโรคที่มีการลุกลามมากขึ้น หรือมีความรุนแรงมากขึ้น และเมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นจะมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นด้วย การเฝ้าดูแลปรนนิบัติผู้ป่วยจึงเป็นภาระการดูแลที่หนักที่อาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวพักผ่อนไม่เพียงพอไม่มีเวลาและโอกาสที่จะละวางจากการดูแลผู้ป่วยเพื่อทำกิจกรรมอื่นที่เคยทำ เช่น การดูแลอบรมบุตร การพบปะสังสรรค์กับสังคม หรือแม้แต่การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น โดยเฉพาะในสภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีผลให้สภาพครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การช่วยเหลือแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวเป็นไปได้น้อยกว่าในอดีต (สุพัตรา สุภาพ, 2537: 6) ยิ่งถ้าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง หรือมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยมากขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกริดก้างวล คับข้องใจ สิ้นหวัง และรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และอาจมีความซึมเศร้ามากขึ้น (Oberst et al., 1989) การดูแลญาติที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะลุกลามจึงเป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมาก และมีผลกระทบต่อ

ผู้ดูแลในครอบครัวทั้งสุขภาพร่างกายและจิตสังคม สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความต้องการเกิดขึ้น

ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง หมายถึง สิ่งจำเป็นที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องได้รับ เมื่อรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยแบ่งความต้องการออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย เป็นคำแนะนำ คำอธิบาย วิธีการหรือการติดต่อที่ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องทราบ เพื่อใช้ช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย 2) ด้านการปรับระดับประคองจิตใจ เป็นความช่วยเหลือ ความร่วมมือ การรับฟังและแก้ปัญหา ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกได้รับความห่วงใย ความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป 3) ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงและรักษาสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลในครอบครัวให้ดำเนินต่อไปอย่างปกติ เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้ 4) ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ เป็นความช่วยเหลือ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกได้รับความรัก ความเห็นใจ กำลังใจ สร้างความหวังตลอดจนความมีคุณค่าในตนเอง ความเป็นจริงของชีวิต 5) ด้านการจัดการภายในบ้าน เป็นสิ่งจำเป็นที่ให้งานภายในบ้านและครอบครัว ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินต่อไปได้ และ 6) ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของเป็นสิ่งจำเป็นเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (สุวรรรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์, 2541: 6)

โรคมะเร็งเป็นโรคที่เรื้อรังต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ซึ่งนอกจากจะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังคุกคามความราบรื่นของชีวิตในครอบครัวและสังคมด้วย ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความต้องการในหลาย ๆ ด้าน นอกจากนี้ในการศึกษาปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ดูแล พอสรุปได้ดังนี้ อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างในเรื่องความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งประสบการณ์ในชีวิต ยิ่งอายุมากกิจกรรมในครอบครัวและสังคมลดน้อยลง การยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการเผชิญปัญหาหรือภาวะเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่อายุน้อย ทำให้ความต้องการเวลา สัมพันธภาพทางสังคม รวมทั้งกำลังใจน้อยกว่าบุคคลที่อายุน้อย (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532: 69-70) ระดับการศึกษา สามารถแสดงถึงความต้องการของบุคคลแตกต่างกัน ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัญหาและเข้าใจเหตุการณ์ได้ดีกว่า เนื่องจากการศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลค้นหาความรู้ ผ่านการเรียนรู้ ทำให้เข้าใจสภาวะการเจ็บป่วยได้ดีกว่า การศึกษาสูงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล มีความต้องการสิ่งที่ดีที่สุดในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่มีการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 182) รายได้ครอบครัว ซึ่งคือ เศรษฐกิจการเงินของครอบครัว ปัญหาการเงินก่อให้เกิดความแตกแยกในครอบครัว ครอบครัวที่มีรายได้สูง จะพบว่ามีความต้องการในการจัดหาสิ่งที่จะอำนวยความสะดวก

ความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนความปลอดภัยให้กับ ผู้ป่วยมากกว่า ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ (Norbeck, 1981 : 49) เนื่องจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำต้องทำงานหาเงิน มาใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน ความสนใจ และความต้องการในการแสวงหาสิ่งที่เป็น ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจึงน้อยลง ส่วนระยะเวลาในการดูแล น่าจะมีผลต่อความต้องการของ ผู้ดูแลในครอบครัว ประสบการณ์ในการดูแลระยะแรก อาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความ ต้องการอย่างมากในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแล รวมทั้งความหวังที่จะให้ผู้ป่วยหาย แต่เมื่อ ระยะเวลาที่ยาวนานมากขึ้น การดูแลที่ยาวนาน อาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวท้อแท้ เบื่อหน่าย ความหวังลดลง จากการศึกษาของ Rawlins (1991: 213-220) พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวยัง ต้องการความหวังอยู่เสมอ ไม่ว่าจะดูแลผู้ป่วยยาวนานเท่าไร ไม่ต้องการที่จะพบกับความผิดหวัง หรือสิ้นหวัง

การให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งนี้จึงนับว่าเป็นภาระหนัก เพราะจะเป็นการเพิ่มงานจากเดิมที่มี อยู่แล้วตามปกติ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว การบริหารเวลา หน้าที่ การงานและความเป็นส่วนตัวรวมถึงฐานะทางการเงินเศรษฐกิจ (Jensen and Given, 1991) นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวยังต้องอดทนกับสภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ตกอยู่ภายใต้แรงกดดันของความเครียดที่สะสมเรื้อรัง มีความทุกข์ เบื่อหน่าย เหนื่อยล้า เกิด ปัญหาสุขภาพตามมาเป็นที่สุด ความต้องการเป็นปัจจัยหรือสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตอยู่อย่างมี ความสุข ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (Kraegel et. al., 1974) ความต้องการ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดความสมดุล เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปของ ความหวังใย ความวิตกกังวล ความว้าเหว่ ไม่มั่นใจ ท้อแท้ ถ้าความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการ ตอบสนอง ผู้ดูแลในครอบครัวจะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะต่าง ๆ กัน เช่น มีความเครียด และความวิตกกังวลมากขึ้น มีภาวะซึมเศร้า รับประทานแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ และแบบ แผนการรับประทานอาหาร ตลอดจนระบบติดต่อสื่อสารของบุคคล (Brandt, 1984; Breu and Dracup, 1978) นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยยังมีความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว สับสน อึดอัด และไม่สบายใจ (Roberts, 1987) จึงต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถเผชิญกับ ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในตัวเอง ความกลัว ความโกรธ และความรู้สึกผิดที่เกิดขึ้น ใน ขณะเดียวกันก็ต้องจัดการกับบทบาทและหน้าที่ของครอบครัว เพื่อให้คงไว้ซึ่งความสมดุลของ ครอบครัว (Brandt, 1984) นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย เกิดความทุกข์และความกระวนกระวายใจ ความเครียดก็จะเกิดขึ้น และถ้าความเครียดมีมาก เกินไปหรือมีอยู่เป็นเวลานานจะทำให้ขาดขวัญหรือทำลายบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว และยัง จำกัดความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยด้วย แต่ถ้าความต้องการเหล่านี้ได้รับการ

ตอบสนองจะทำให้ชีวิตของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความสุข และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีประสิทธิภาพ โดยความต้องการต่าง ๆ เหล่านี้อาจแสดงออกทางการบอกเล่าหรือทางพฤติกรรม หรือบางครั้งอาจซ่อนเร้น ดังนั้นพยาบาลจะต้องรู้จักสังเกต เข้าใจและพิจารณาอย่างรอบคอบเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

ในประเทศไทย การศึกษาถึงความต้องการส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งยังมีน้อยมาก ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ที่ครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้เข้าใจความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว การที่พยาบาลจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวให้มากที่สุดนั้น จำเป็นต้องมีการประเมินความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวเสียก่อนรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ช่วยเหลือและส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวและเพื่อเป็นการเตรียมผู้ดูแลในครอบครัวให้พร้อมรับกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการตรงตามความต้องการอย่างแท้จริง ย่อมทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

โดยผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ช่วยเหลือและส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวและเพื่อเป็นการเตรียมผู้ดูแลในครอบครัวให้พร้อมรับกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงยังได้พัฒนาขึ้นสู่รูปแบบการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การช่วยเหลือที่มุ่งเป็นรายบุคคล และรายกลุ่มโดยใช้วิธีการต่าง ๆ คือ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การฝึกทักษะเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแล การให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลขณะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล และการใช้กลุ่มบำบัด และบางโปรแกรมใช้หลายวิธีร่วมกัน

การพัฒนาระบบงานเหล่านี้ จะมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับด้วย อีกทั้งยังเป็นแหล่งศึกษาของนักศึกษาพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องในการนำความรู้มาใช้ร่วมกับพัฒนาคุณภาพการบริการ และยังสามารถพัฒนางานวิจัยในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อนำความรู้มาใช้พัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ในระดับใด
2. อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล ระยะของโรค ความเหนื่อยล้าและภาวะการดูแลมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือไม่และมีความเกี่ยวข้องกับระดับใด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยภาพรวมและรายด้าน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยภาพรวมและรายด้าน

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

โรคมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ จากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง การให้การดูแลทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เบื่อหน่าย ถูกแยกตัวออกจากสังคม มีความเครียดสูง และมีปัญหาทางสุขภาพ (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2536) รวมถึงการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดภาระหนัก บางรายรู้สึกผิดเนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ มีความคับข้องใจและสิ้นหวัง สิ่งเหล่านี้ส่งผลร้ายต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว ฉะนั้นผู้ดูแลในครอบครัวเหล่านี้จึงเกิดความต้องการด้านต่าง ๆ ของตนเอง อันได้แก่ การพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด การออกกำลังกาย การต้องการคนในครอบครัวมาแบ่งเบาภาระ เพื่อจะได้มีเวลาบรรเทาความเหนื่อยล้าของร่างกาย ซึ่งความต้องการที่เกิดขึ้นเหล่านี้ เป็นผลมาจากความเหน็ดเหนื่อย ความเครียดจากการดูแลทั้งสิ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ความต้องการ (Need) เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต เป็นเรื่องความรู้สึกภายในและได้รับอิทธิพลมากจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน กล่าวคือ ความต้องการเป็นผลรวมของปัจจัยต่างๆ โดยผ่านจิตใจหรือใจซึ่งเป็นกองบัญชาการ ให้ตัดสินใจและสั่ง

การออกมา (หลุยส์ จัปปาเทส, 2533: 12) ความต้องการเกิดขึ้นได้เสมอ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดความสมดุล บุคคลจึงพยายามหาทางสนองความต้องการของตน ชีวิตจึงจะคืนสู่สภาพสมดุลดั้งเดิม เมื่อไรที่บุคคลไม่สามารถสนองตอบความต้องการของตนได้ ร่างกายและจิตใจจะเกิดความเครียดและไม่เป็นสุข (สุชา จันทน์เอม, 2538: 67) ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ สุวีรัตน์ ช่างสวัสดิ์ศักดิ์ (2540) ซึ่งดัดแปลงมาจากความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งของ Wingate and Lackey (1989: 216-224) และปรับปรุงขึ้นใหม่ โดยแบ่งความต้องการออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย เป็นคำแนะนำ คำอธิบาย วิธีการหรือการติดต่อที่ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องทราบ เพื่อใช้ช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย 2) ด้านการประคับประคองจิตใจ เป็นความช่วยเหลือ ความร่วมมือ การรับฟังและแก้ปัญหา ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกได้รับความห่วงใย ความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป 3) ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงและรักษาสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลในครอบครัวให้ดำเนินต่อไปอย่างปกติ เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้ 4) ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ เป็นความช่วยเหลือ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกได้รับความรัก ความเห็นใจ กำลังใจ สร้างความหวังตลอดจนความมีคุณค่าในตนเอง ความเป็นจริงของชีวิต 5) ด้านการจัดการภายในบ้าน เป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้งานภายในบ้านและครอบครัวตลอดจนการดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินต่อไปได้ และ 6) ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของเป็นสิ่งที่จำเป็นเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

การทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของความต้องการนั้นมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความต้องการในลักษณะความต้องการทั่ว ๆ ไปของผู้ดูแลในครอบครัว แต่ยังไม่มีการศึกษาที่เชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องของด้านต่าง ๆ ว่าส่งผลต่อความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างไร ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ 1) อายุ 2) ระดับการศึกษา 3) รายได้ในครอบครัว 4) ระยะเวลาในการดูแล ปัจจัยด้านอื่นได้แก่ 5) ระยะของโรค 6) ความเหนื่อยล้า 7) ภาระการดูแล ที่มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว อธิบายได้ดังนี้

อายุ พัฒนาการและวุฒิภาวะของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุและประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการพิจารณาเหตุการณ์และการตัดสินใจของบุคคล อายุเป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างในเรื่องความคิดและพฤติกรรม บุคคลที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ต่างจากบุคคลที่มีอายุน้อย และผ่านเหตุการณ์ในชีวิต และปัญหาต่างๆมากกว่าบุคคล

อายุน้อย (ปรมะ สตะเวทิน, 2538) ซึ่ง Newman (1997) ได้สรุปว่า อายุของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นสิ่งเร้าร่วมประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัว การมีวุฒิภาวะ และ ประสบการณ์จะช่วยให้อายุของผู้ดูแลมีความสุขุม และรอบคอบขึ้น ดังนั้น อายุน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการ

ระดับการศึกษา สามารถแสดงถึงความต้องการของบุคคลแตกต่างกัน ผู้ดูแลในครอบครัว ที่มีการศึกษาสูง มักจะตระหนักถึงปัญหาและมีความเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการศึกษา จากประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูล ความรู้ต่าง ๆ สามารถเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี ดังนั้นการศึกษาสูง ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และมีการปฏิบัติกรดูแลที่ถูกต้องกว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่การศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 182) ดังนั้น ระดับศึกษาน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการ

รายได้ของครอบครัว เป็นตัวบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน รายได้ครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการดำรงไว้ซึ่งครอบครัวที่สมดุล ปัญหาการเงินก่อให้เกิดการแตกแยกและการทอดทิ้งผู้ป่วยตามมาได้ (อัปษร เชนเจริญ, 2527 อ้างถึงใน วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2532) เงินเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาพยาบาล เป็นค่ายา ค่าเดินทางในการนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวที่มีรายได้สูงมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่าและมีความต้องการในทางการเงินน้อยกว่า เพราะไม่ต้องพะวงกับปัญหาเศรษฐกิจ ดังนั้น รายได้ครอบครัวน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการ

ระยะเวลาในการดูแล Orem (2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบจะเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลในระยะเวลาอันสั้น จะมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแล การปรับตัวตลอดจนความช่วยเหลือต่าง ๆ เป็นอย่างมากในระยะแรกที่เริ่มดูแล รวมทั้งความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวมีประสบการณ์มากขึ้นในการดูแล ได้เคยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ความต้องการในสิ่งที่เคยต้องการทราบก็ไม่จำเป็นอีกต่อไปหรือต้องการน้อยลง ดังนั้น ระยะเวลาในการดูแลน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการ

ระยะของโรค คือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่รุนแรงแตกต่างกัน การศึกษาของ Kurtz et al. (1995) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมะเร็งมีอาการรุนแรงมากขึ้นจะมีความซึมเศร้ามากขึ้น และมีผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความซึมเศร้ามากขึ้นด้วย Cassileth, et.al. (1985) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลในครอบครัว ด้วยการประเมินด้านจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 201 คู่ พบว่า ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจอย่างไรผู้ดูแลในครอบครัวมักมีสภาพจิตใจเช่นนั้นด้วยและเมื่อมีการติดตามประเมินตามระยะต่าง ๆ ของการรักษา คือ ระยะติดตามการรักษา ระยะรักษา และระยะประคับประคอง พบว่า ปัญหาทางจิตใจมากขึ้นเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ใกล้ความตายมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ระยะของโรคน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการ

ความเหนื่อยล้า การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและตลอดเวลา จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวมักละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เครียด รู้สึกเหมือนถูกแยกจากสังคม จากการศึกษาของกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่มีเหตุการณ์บาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้นมีความเหนื่อยล้าปานกลาง ส่วนงานวิจัยของ ยุพดี กฤษณะจู่ทะ (2545) ได้ศึกษาปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยร้อยละ 94.4 มีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jensen and Given (1991) ศึกษาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 248 ราย พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งมีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 53 เมื่อเป็นเช่นนี้ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวขาดความเอาใจใส่ ความตั้งใจในการดูแล และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในอนาคต การศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่าภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกิดปัญหาของสุขภาพร่างกาย โดยมีอาการเจ็บป่วยระหว่างที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรังมากถึงร้อยละ 76.92 ฉะนั้นผู้ดูแลในครอบครัวเหล่านี้จึงต้องการการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงและรักษาสุขภาพร่างกายให้ดำเนินต่อไปอย่างปกติ อันได้แก่ การพักผ่อนเพื่อคลายความตึงเครียด เพื่อให้มีพลังในการทำหน้าที่ดูแลได้ต่อไป และมีเวลาเพื่อทำกิจกรรมที่เป็นส่วนตัวบ้าง เช่น ดูแลตนเอง ออกกำลังกาย หรือตรวจสุขภาพประจำปี การที่ยากให้คนในครอบครัวมาแบ่งเบาภาระการดูแล เพื่อที่จะได้มีเวลาส่วนตัวในการลดความเหนื่อยล้าของร่างกาย Rawlins (1991) ซึ่งความต้องการที่เกิดขึ้นเหล่านี้ มีผลมาจากความเหน็ดเหนื่อย ความเครียดจากการให้การดูแลทั้งคืน และล้าแล้วแต่เป็นความต้องการ เพื่อที่จะให้ตนเองนั้นได้มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ ดังนั้น ความเหนื่อยล้า น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการ

ภาระการดูแล การศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น Anderson et al. (1995) ได้ศึกษาการประเมินผลกระทบและภาระการดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ป่วยเป็นเวลานานและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาอยู่ที่บ้านเป็นเวลา 1 ปี จำนวน 84 ราย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 52 ยังต้องดูแลเรื่องการทำแผล ร้อยละ 48 ต้องช่วยเหลือใน

การทำควมสะอาดร่างกาย ร้อยละ 36 ต้องให้อาหารทางสายยางลงกระเพาะอาหารและด้านอื่น ๆ อีกและพบผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ร้อยละ 41 มีอาการเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 34 มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่า มีภาวะกลัวอย่างรุนแรง มีภาวะกลัว และมีความวิตกกังวล ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 82 และมีความสัมพันธ์เป็นภรรยาของผู้ป่วยร้อยละ 49 พบว่ามีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ มีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 58 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50 นอกจากนี้ ยังมีความกลัว ความผิดหวัง ความโกรธ ความกระวนกระวายใจ และกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีความรู้สึกวิตกกังวลกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเนื่องจากการดูแลที่ไม่ดีพอ ถึงแม้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยถึงร้อยละ 58 และได้รับบริการต่างๆ ในชุมชนร้อยละ 42 แต่ร้อยละ 88 ของผู้ดูแลในครอบครัวยังคงมีความรู้สึกว่ามีสิ่งคุกคามต่อชีวิตของผู้ดูแล ร้อยละ 79 ไม่ได้เข้าร่วมพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น ร้อยละ 55 ใช้เวลาว่างที่มีในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และร้อยละ 35 มีปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เนื่องจากความกดดัน ความไม่เข้าใจกัน และการเพิกเฉยระหว่างสมาชิกในครอบครัวจากปัญหาการดูแลผู้ป่วย มีรู้สึกผิดหวังและโกรธผู้ป่วยในบางครั้ง นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการเงิน และปัญหาด้านสุขภาพภายในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวโดยร้อยละ 20 ของผู้ดูแลในครอบครัว มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพกายกันมาก ได้แก่ โรคไขข้ออักเสบ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ดังนั้น ภาระการดูแลน่าจะมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการ

จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้นสามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง
2. ระดับการศึกษา ระยะของโรค ความเหนื่อยล้าและภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง
3. อายุ รายได้ของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดใหญ่ของรัฐ (Super tertiary hospitals) ในเขต

กรุงเทพมหานคร โดยเป็นผู้ดูแลหลักและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

ตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ คือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล ระยะของโรค ความเหนื่อยล้า ภาวะการดูแลและความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแล ดังนี้

อายุ คือ จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งนับตั้งแต่ปีเกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ไม่นับเดือน

ระดับการศึกษา คือ วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับการศึกษาตั้งแต่ต้นจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม คือ ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

รายได้ของครอบครัว คือ จำนวนเงินโดยเฉลี่ยนับเป็นบาทต่อเดือนของครอบครัวที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยยังไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ

ระยะเวลาในการดูแล คือ จำนวนเต็มเป็นเดือนที่ผู้ดูแลในครอบครัวเริ่มดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งนับตั้งแต่เริ่มต้นดูแลจนถึงขั้นตอนแบบสอบถามโดยที่ 1 วัน ดูแล 6 ชั่วโมง ขึ้นไป

ระยะของโรค คือ การดำเนินของโรคทางคลินิกซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ที่เป็นตัวบ่งบอกถึงความก้าวหน้าและการพยากรณ์ของโรค ซึ่งพิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็ง การลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลือง และการแพร่กระจายสู่อวัยวะต่าง ๆ (UICC staging classification 1982) โดยมีการแบ่งการดำเนินของโรคออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 2 ซม. ไม่มีการลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลืองและไม่มีการแพร่กระจายต่ออวัยวะอื่น

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดตั้งแต่คล้ำไม่ได้ไปจนถึงเส้นผ่าศูนย์กลาง

มากกว่า 5 ซม. อาจมีหรือไม่มีการลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกันได้ ไม่มีการลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลืองคนละข้าง และไม่มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดโตก็ได้ ตั้งแต่คลำก้อนไม่ได้จนถึงก้อนมะเร็งใหญ่มากจนมีการลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ต่อมก็ได้ แต่ไม่มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดโตก็ได้ มีการลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ต่อมก็ได้และมีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นแล้ว

โดยจัดแบ่งระยะดังกล่าวใช้ระบบ TNM โดยที่ T เป็นขนาดหรือความลึกของโรคมะเร็ง N แสดงการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง M แสดงการแพร่กระจายไปยังอวัยวะห่างไกล เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนนี้จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อิดโรย ขาดพลังงาน จนถึงหมดแรง อาจมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ และด้านสติปัญญาร่วมด้วย เช่น มีอารมณ์ตึงเครียด สมาธิและความสนใจลดลง ง่วงนอนตลอดเวลา ความสามารถในการทำงานลดลง ไม่อยากพบปะหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยประเมินได้จากแบบวัดความเหนื่อยล้าของ Piper (1998) ที่วัชรภรณ์ ไต่ทอง (2545) นำมาใช้

ภาวะการดูแล หมายถึง การรับรู้ถึงปริมาณการใช้เวลาและความยากลำบากของผู้ดูแลในครอบครัว ในการดูแลเพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง วัดโดยใช้แบบวัดภาวะการดูแลของ Oberst (1990) ฉบับแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทยและสิ่งแวดล้อมโดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) โดยปรับปรุงขึ้นใหม่เป็นภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ความต้องการ หมายถึง สิ่งจำเป็นที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องได้รับ เมื่อรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ครอบคลุม 6 ด้านคือ ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ด้านการปรับประคองจิตใจ ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้านและด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ ดังรายละเอียดดังนี้

1.ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง คำแนะนำ คำอธิบาย วิธีการหรือการติดต่อที่ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องทราบ เพื่อใช้ช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

2.ด้านการปรับประคองจิตใจ หมายถึง ความช่วยเหลือ ความร่วมมือ การรับฟัง และแก้ปัญหา ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกได้รับความห่วงใย ความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

3.ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย หมายถึง สิ่งจำเป็นในการดำรงและรักษาสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลในครอบครัวให้ดำเนินต่อไปอย่างปกติ เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้

4.ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความช่วยเหลือ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความรัก ความเห็นใจ กำลังใจ สร้างความหวัง ตลอดจนความมีคุณค่าในตนเอง ความเป็นจริงของชีวิต

5.ด้านการจัดการภายในบ้าน หมายถึง สิ่งจำเป็นที่ทำให้ทำงานภายในบ้านและครอบครัวตลอดจนการดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินต่อไปได้

6.ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ หมายถึง สิ่งจำเป็นเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

ซึ่งประเมินได้โดยแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง ของ สุวีรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากรูปแบบความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งของ Wingate and Lackey (1989) โดยปรับปรุงขึ้นใหม่ เป็นความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง 6 ด้าน

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมายคือ คู่สมรส ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เป็นผู้ดูแลหลัก มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่อง โดยจะถือเอาบุคคลที่ผู้ป่วยเป็นผู้ระบุว่าเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือตนเองเท่านั้น แต่ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว จะยึดเอาผู้ที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาและเป็นผู้ดูแลหลักเท่านั้น

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลเบื้องต้นแก่ทีมสุขภาพ ได้ทราบถึงความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง สามารถนำไปใช้วางแผนในการพยาบาลต่อไป

2. ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อนำไปสร้างแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมโดยมุ่งเน้นที่การลดปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

3. เป็นข้อมูลที่จะนำไปใช้ศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่เหมาะสมในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อไป

4. เป็นข้อมูลพื้นฐานสามารถนำไปปรับใช้เป็นส่วนประกอบในการจัดบริการด้านสุขภาพรวมทั้งช่วยในการวางรูปแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความต้องการให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการเพื่อป้องกันภาวะความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นตลอดจน เป็นแนวทางในการสนับสนุนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และขอเสนอผลจากการศึกษาค้นคว้าต่างๆ ดังกล่าวตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง
 - 1.1 ความหมายและความสำคัญของครอบครัว
 - 1.2 หน้าที่ของครอบครัว
2. ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ดูแลในครอบครัว
3. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยผู้ดูแลในครอบครัว
4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง
5. ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 - 5.1 ความหมายของความต้องการ
 - 5.2 ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 - 5.3 แบบประเมินความต้องการ
6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง
 - 6.1 อายุ
 - 6.2 ระดับการศึกษา
 - 6.3 รายได้ของครอบครัว
 - 6.4 ระยะเวลาในการดูแล
 - 6.5 ระยะของโรค
 - 6.6 ความเหนื่อยล้า
 - 6.7 ภาระการดูแล
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1.1 ความหมายและความสำคัญของครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด เป็นสังคมหน่วยแรกที่เป็นจุดกำเนิดของพฤติกรรมต่างๆ และเป็นฐานกำเนิดของสถาบันทางสังคมอื่นๆ (จริยาวัตร คมพาศน์, 2527) ครอบครัวจัดเป็นสถาบันสังคมที่มีผลอย่างมากต่อสมาชิกในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคคล ซึ่งอาจทำนายความล้มเหลวหรือความสำเร็จในชีวิตของบุคคลนั้นได้ (Friedman, 1986) ครอบครัวเป็นระบบที่ประกอบด้วยบุคคล ซึ่งต้องพึ่งพาอาศัยกัน สมาชิกแต่ละคนมีบทบาทของตนเอง ตามที่ได้รับมอบหมาย และตามสัญญาตัญญาณ (นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์, 2537)

Burgess (1981 cited in Friedman, 1986) ได้ให้นิยามของครอบครัวไว้ ดังนี้

1. ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่อยู่รวมกันด้วยความผูกพันและความเกี่ยวพันกัน โดยการสมรส สายโลหิตหรือการยอมรับตามกฎหมาย
2. สมาชิกของครอบครัวจะอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน
3. สมาชิกทุกคนในครอบครัวต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในบทบาทของครอบครัวในสังคม เช่น บทบาท สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร และมีหน้าที่รับผิดชอบต่อกันตามสถานภาพของคนในครอบครัว
4. ครอบครัวจะมีการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมที่ได้รับจากสังคม มาอยู่ในรูปแบบลักษณะเฉพาะของแต่ละครอบครัว

ความหมายของครอบครัวส่วนใหญ่จะมีผู้ให้ความหมายคล้ายคลึงกันโดย หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยการสมรส การสืบสายโลหิต หรือการยอมรับตามกฎหมาย โดยทั่วไปบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวเดียวกันมักอาศัยอยู่ในบ้านเรือนเดียวกัน ใช้ทรัพย์สิน หรือสิ่งอำนวยความสะดวกซึ่งหามาได้ด้วยกัน มีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน มีความรักใคร่ผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นใกล้ชิดและมั่นคง มีความหวังดีต่อกันมากกว่าความรู้สึกที่อาจมีต่อสมาชิกกลุ่มอื่นในสังคม (สมใจ ทุนกุล, 2528 ; Friedman, 1986)

1.2 หน้าที่ของครอบครัว

หน้าที่ของครอบครัวหรือกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวต้องร่วมกันปฏิบัติ เพื่อความคงอยู่ของครอบครัว และเกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความสุข มีพัฒนาการของครอบครัวอย่างปกติสุข สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้นั้น มี 7 ประการ คือ (สมใจ ทุนกุล, 2528; Nataro, 1982)

1. การดำรงความมั่นคงและความอยู่รอดของครอบครัว โดยการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทั้งทางชีวภาพและทางอารมณ์ โดยการจัดหาสิ่งของที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตต่างๆ ให้เพียงพอตามสถานภาพของบุคคล และการให้ความรักความสนใจ เอาใจใส่ต่อความต้องการทางอารมณ์ของแต่ละบุคคล พร้อมทั้งหาทางตอบสนองตามสมควร

2. การส่งมอบบรมและให้การศึกษแก่สมาชิกผู้เยาว์ แนะนำส่งมอบสมาชิกให้ทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบ ให้รู้จักระเบียบปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในครอบครัว สนับสนุนในการพัฒนาและช่วยเหลือในการเรียนรู้และฝึกทักษะซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต

3. การสืบเชื้อสาย คือ หน้าที่ในการสร้างสมาชิกใหม่และเลี้ยงดูบุตร หรือสมาชิกใหม่นั้นให้มีคุณภาพ เพื่อทำประโยชน์แก่ครอบครัวและสังคมสืบไป

4. การสร้างฐานะทางเศรษฐกิจ ด้วยการประกอบอาชีพ และหารายได้ด้วยวิธีการสุจริต เก็บออมทรัพย์ที่มีอยู่ เพื่อให้ครอบครัวมีฐานะเศรษฐกิจเป็นปึกแผ่นมั่นคง และมีใช้เมื่อคราวจำเป็น

5. การสร้างสถานภาพทางสังคมให้แก่สมาชิก โดยการนำสมาชิกที่มีวัยอันสมควรเข้าสู่สังคมที่ครอบครัวนั้นสมาคมอยู่ ให้กำลังใจ ฝึกฝนอบรมสมาชิกครอบครัวให้มีความกระตือรือร้นที่จะสร้างฐานะ เพื่อให้เป็นที่ยอมรับในสังคมของตนและสังคมทั่วไป

6. การควบคุมทางสังคม ได้แก่ การดูแลความประพฤติของสมาชิกในครอบครัวให้อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับ

7. หน้าที่ทางศาสนา คือ หน้าที่ที่ครอบครัวจะต้องชักจูงให้สมาชิกยึดมั่นทางศาสนา เพื่อเป็นแนวทางในการดำรงชีวิต

จากความหมายและหน้าที่ของครอบครัวที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สมาชิกมีความผูกพันใกล้ชิดยาวนาน โดยเฉพาะในยามที่มีบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกมีหน้าที่ในการดูแลรักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว และความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวก็ส่งผลกระทบต่อสมาชิก และครอบครัวโดยรวม ในปัจจุบันภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังได้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวมทั้งสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้จำนวนผู้เจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องมีผู้ให้การดูแล และผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มักจะเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติ ซึ่งการดูแลนี้จะต่างจากลักษณะสัมพันธ์ภาพตามปกติในครอบครัวหรือในสังคม เพราะการดูแลนั้นเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และแตกต่างจากการดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาลด้วย

2. ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ดูแลในครอบครัว

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากปัญหาและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแล้ว ก็ยังมีผลต่อผู้ดูแลในครอบครัวทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป บางรายรู้สึกว่าเป็นการทำให้ชีวิตมีความหมาย มีคุณค่ามากขึ้น (Yang et al., 1992) แต่บางรายเกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ รายได้ลดลง (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2535) เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (Davis, Cowley and Ryland, 1996; Martinson, Bi-Hui and Yi-Hua, 1994) ซึ่งพบว่าผลด้านลบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยนั้นมาจากปัจจัยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีมากขึ้นจนเป็นภาระในการดูแล หรือบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวที่มักถูกคาดหวังเป็นคู่สมรสมากกว่าบุตร เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทำให้ผู้ที่ได้รับการคาดหวังลำบากใจเมื่อไม่สามารถทำได้ และรวมถึงปัจจัยในเรื่องของระดับความโศกเศร้า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวไปด้วย (Given et al, 1993) ทั้งหมดล้วนก่อให้เกิดผลด้านลบในการดูแล

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งของผู้ดูแลในครอบครัวมีค่อนข้างมาก ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและกิจกรรมสัมพันธ์กับบทบาทอื่นๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบดังนี้ (วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช, 2537)

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวบางคนทุ่มเทแรงกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไปจนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยขา ใหญ่ คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว บางรายวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง ภาวะการดูแลส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์กับเพื่อน และการทำกิจกรรมในชุมชนลดลง เนื่องจากไม่มีเวลา การมีกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนน้อยลง ทำให้เกิดความเครียด จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2536; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539; Jensen and Given, 1991) จะเห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีปัญหาในการปรับตัวทางร่างกาย เช่น ไม่มีเวลาพักผ่อน รู้สึกเหนื่อยล้าและเบื่อหน่าย ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 66 ของผู้ดูแลในครอบครัว นอนหลับๆ ตื่นๆ พบได้ร้อยละ 53 และร้อยละ 42-49 มีอาการเจ็บป่วยต่างๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดหลัง/เข่า ปวดท้อง ไข้หวัด อ่อนเพลีย เครียด วิตกกังวล รับประทานอาหารไม่ได้ และใจสั้น

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดภาวะเครียด เนื่องจากการต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายๆ อย่างในขณะเดียวกันได้

อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ การถูกคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวจากญาติหลายๆ คน ทำผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความสับสนไม่ทราบว่าจะควรทำอย่างไรดี เนื่องจากไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการ และความเครียดที่เกิดจากความคลุมเครือในบทบาท อันเกิดจากการขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล และรับรู้ต่อความจำกัดของตนเองในการแสดงบทบาทของผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ Cassileth et. al (1985) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลในครอบครัว ด้วยการประเมินด้านจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 201 คู่ โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎี "Wear and Tear" ที่ว่าภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลในครอบครัวจะทรุดลง เมื่อต้องประสบความเครียดในการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน (Collins et al., 1994) ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการทดสอบทางด้านจิตใจทั้งด้านความวิตกกังวล สภาพอารมณ์ และภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันสูง นั่นคือเมื่อผู้ป่วยมีสภาพจิตอย่างไรผู้ดูแลในครอบครัวมักมีสภาพจิตเช่นนั้นด้วย (Given et al., 1993; Davis, Cowley and Ryland, 1996) และเมื่อมีการติดตามประเมินตามระยะต่างๆ ของการรักษา คือ ระยะติดตามการรักษา ระยะรักษา และระยะประคับประคอง พบว่าปัญหาทางจิตใจมากขึ้นเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ใกล้ความตายมากยิ่งขึ้น

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) ไม่ว่าจะเป็นค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ต่างๆ สำหรับให้การดูแลและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลในครอบครัวบางรายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยด้วย อีกทั้งการเจ็บป่วยยังทำให้รายได้ของครอบครัวลดลงอีกด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้ภรรยาที่เคยเป็นแม่บ้านต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ทดแทนสามีที่ทำงานไม่ได้ บุตรบางคนอาจต้องหยุดเรียนเพื่อมาดูแลบุพการี ส่งผลกระทบไม่เพียงแต่สภาพเศรษฐกิจในครอบครัว แต่อาจมีผลถึงสัมพันธภาพภายในครอบครัวอีกด้วย เมื่อภรรยาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งก็คือญาติ โดยลักษณะของญาติที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะที่บ้าน อาจกล่าวแยกได้ดังนี้

ผู้หญิง Hooyman (1990 cited in May, 1993: 280-281) ชี้ให้เห็นว่า ในสังคมนั้น ผู้หญิงเปรียบเสมือนบุคคลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการดูแลลูก ๆ ที่เจ็บป่วย ดูแลบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย หรือคู่สมรสที่มีความพิการ ผู้หญิงถูกคาดหวังจาก

สังคม ให้รับบทบาทการดูแลโดยไม่สามารถเรียกร้องอะไรได้ (Krach and Brooks, 1995: 43) ในขณะที่ต้องทำหน้าที่แม่บ้านไปด้วยและบางครั้งต้องทำงานนอกบ้านควบคู่กันไป จะพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงบทบาท ซึ่งพบมากในคู่สมรส สำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย บทบาทการดูแลผู้ป่วยจะตกเป็นภาระรับผิดชอบของหญิงที่เป็นโสด ซึ่งมักจะเป็นบุตรสาวคนโต หรือบุตรสาวที่ยังไม่ได้ทำงาน และถ้าบิดามารดาซึ่งเจ็บป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชาย ผู้ที่รับหน้าที่ดูแล ก็มักจะเป็นบุตรสะใภ้ ถ้าหากบุตรชายยังไม่มีครอบครัว ส่วนมากจะจ้างผู้ดูแลจากศูนย์ต่าง ๆ ในการดูแล บทบาทของผู้ชายจะเป็นลักษณะให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน และการอำนวยความสะดวกในการเดินทางและการพาผู้ป่วยมาตรวจ

ผู้สูงอายุ เช่น ปู่ย่า ตายาย บิดามารดาจะเป็นผู้ดูแลบุตรหลานที่เจ็บป่วย ดูแลคู่สมรสของตนเองที่เจ็บป่วย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มักอยู่กับบ้าน ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงทำหน้าที่ดูแลบ้านและเลี้ยงหลานไปด้วย เมื่อมีบุตรหลานเจ็บป่วย จึงต้องดูแลบุตรหลานไปด้วย

ไม่ว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะเป็นผู้หญิงหรือผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนัก โดยเฉพาะผู้สูงอายุไม่ว่าหญิงหรือชายจะประสบกับปัญหาสุขภาพของตนเองที่อายุมาก และยังต้องดูแลบุคคลอื่น ซึ่งมีความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่จึงพยายามที่จะหาความช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแล ตลอดจนมีความต้องการหรือการสนับสนุน ช่วยเหลืออย่างมากมาย เพื่อจัดการกับปัญหาและเพื่อที่จะทำให้ตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

3. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถช่วยตนเองได้ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจึงมิได้มุ่งหวังเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคและมีสุขภาพดั้งเดิม แต่จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้อยู่กับครอบครัวอันเป็นที่รัก อบอุ่น หลุดพ้นจากความเครียดและวิตกกังวล (ชมพูนุท พงษ์ศิริ, 2538) ดังนั้นจึงควรให้การดูแล ประคับประคองผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี ให้ได้รับความสะดวกสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้การดูแลที่เหมาะสมอบอุ่น มีความละเอียดอ่อนและสามารถตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ จึงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคได้ (อุบล จัวงพานิช, 2544)

โรคมะเร็งถือเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องได้รับความช่วยเหลือดูแล เพื่อให้ได้รับการทดแทนความบกพร่องในการดูแลตนเองอย่างครบถ้วนตามความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่ง

Morse et. al. (1990 อ้างถึงใน ศิริอร สินธุ และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2542) ได้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลได้ 5 ทักษะ คือ

1. การดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ
2. การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม
3. การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใย
4. การดูแลเป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลผู้ให้และรับการดูแล
5. การดูแลเป็นการปฏิบัติการเพื่อการรักษาพยาบาล

Watson (cited in Nicoll, 1997) กล่าวว่า การดูแล คือ การที่บุคคล 2 คนร่วมประสบการณ์ และเหตุการณ์ของอีกบุคคลในสัมพันธภาพการดูแล (Transpersonal) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จ และมีสุขภาพดี หากต้องเสียชีวิตก็ดูแลให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและสงบ โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลอันประกอบด้วย กาย จิตใจ และวิญญาณ ดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ ความมีศักดิ์ศรี และความสมบูรณ์แห่งตน พฤติกรรมการดูแลประกอบด้วย การเข้าใจถึงความต้องการของผู้รับการดูแลอย่างถูกต้อง (Knowing) การอยู่เป็นเพื่อน (Being with) การรู้สึกร่วม ความเมตตากรุณา ความรัก ความอ่อนโยน และความรู้สึกสบายให้การช่วยเหลือสนับสนุน (Enabling) ตามความต้องการ และสร้างความเชื่อ ความหวัง ความไว้วางใจ (Maintaining belief)

ครอบครัวเป็นระบบเปิด มีโครงสร้างเป็นระบบปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Fawcett, 1975) เป็นสถาบันทางสังคมที่สมาชิกมีความผูกพันใกล้ชิด มีหน้าที่ดูแลรักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย และความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวก็มีผลกระทบต่อสมาชิกและครอบครัวโดยรวม (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) จากลักษณะครอบครัวและความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว เมื่อพิจารณาด้านสุขภาพครอบครัว (Family health) เมื่อสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีสุขภาพดี ไม่มีผู้ใดเจ็บป่วย สุขภาพครอบครัวนั้นย่อมดีหรืออยู่ในภาวะครอบครัวผาสุก (Family wellness) (สมพันธ์ วิทยธีระนันท์, 2541) ในทางตรงกันข้ามเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยขึ้นย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วย ถือเป็นภาวะที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแล (Craven and Sharp, 1972)

การดูแลที่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวจะมีลักษณะและรูปแบบเฉพาะ ดังนี้ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537)

1. การดูแลจะทำเป็นประเพณีสืบทอดกันมาในครอบครัว
2. การดูแลช่วยให้ผู้ป่วยมีการริเริ่มและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม
3. ในการดูแล ผู้ดูแลจะเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในองค์กรหรือหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ

4. ผู้ดูแลที่เป็นชายส่วนใหญ่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื่องการเงินและจัดหาผู้ดูแลจากหน่วยงานอื่นๆ ให้ ในขณะที่ผู้ดูแลเพศหญิงจะเป็นผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโดยตรง

ผู้ป่วยมะเร็งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องให้การดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่ภายใต้สถานการณ์การให้การดูแล ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาซับซ้อน ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีการปรับบทบาทหรือคุณสมบัติเพื่อเป็นผู้ดูแล ครอบครัวผู้ให้การดูแลมีหน้าที่อื่นๆ เช่น การดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว การสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม จึงจำเป็นต้องมีผู้รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย นั่นก็คือ ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver)

ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver/ Informal caregiver/ Informal carer) หมายถึงญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้านอาจจะเป็นบิดา มารดา ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง หรือคนสำคัญในชีวิต มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแล โดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล (Davis, 1992 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2541 ; ยุกาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

ผู้ดูแลในครอบครัวมี 2 ลักษณะ (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2541)

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย กิจวัตรประจำวัน โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่ให้การดูแลด้านอื่นที่ไม่ได้กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การดูแลเรื่องค่าเดินทาง ค่าครองชีพ ค่ารักษาพยาบาล หรือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงเป็นบางครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้

ทั้งนี้อาจมีรูปแบบอื่นๆ เช่น มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว มีผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง มีผู้ดูแลหลัก 2 คนโดยไม่มีผู้ดูแลรอง และผู้ดูแลหลัก 2 คน ผู้ดูแลรองหลายคน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแล พิจารณาตัดสินใจปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย และต่อเนื่อง

การดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว เป็นการดูแลโดยสร้างสัมพันธภาพ มีความห่วงใยและสนใจมากที่สุด มีความผูกพันและพยายามให้ความใกล้ชิด แสดงการยืนยันห่วงใย แต่ก็ยังต้องการการดูแลและการแนะนำ เพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติ จากพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพ (ศิริอร สีนุ และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2542) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้เหมาะสมตามสภาพของแต่ละครอบครัว

4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การดูแลเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ความรู้จากศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ในการช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้กับบุคคลในการสร้างและปรับปรุงแนวทางชีวิตและสภาพชีวิต ทั้งนี้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการให้ความสำคัญกับการดูแลโดยครอบครัว รูปแบบการพยาบาลในการดูแลจึงควรปรับให้เหมาะสมกับสภาพที่แท้จริงของครอบครัว และตระหนักในความสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยนำครอบครัวเข้าร่วมวางแผนในการให้การพยาบาลด้วย

พยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ดูแลในครอบครัวโดยการให้ข้อมูลและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวทุกรายได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาล ทั้งโดยตรงและทางอ้อม โดยการสอน การสาธิตให้ดู และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย เช่นการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การฝึกให้อาหารทางสายยาง การเตรียมอาหาร การป้อนอาหาร การฝึกพลิกตะแคงตัว การดูแลท่อหลอดลม การดูแลสายสวนปัสสาวะ การออกกำลังและกายบริหาร นอกจากนี้ยังคอยให้กำลังใจ และแก้ไขให้เมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้อง ในขณะเดียวกันผู้ดูแลในครอบครัวยังเรียนรู้โดยการสังเกตจากการปฏิบัติพยาบาล และสอบถามจากพยาบาลได้ตลอดเวลาเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

นอกจากให้การพยาบาลโดยตรงแล้วพยาบาลยังทำหน้าที่เป็นผู้จัดการทางสุขภาพ พัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบในการจำหน่าย มีการติดต่อประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมต่อเนื่องเมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน ประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลและสถานพยาบาลใกล้บ้าน จัดหน่วยบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลในครอบครัวทั้งทางตรงและทางโทรศัพท์เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล การจัดสวัสดิการที่จำเป็น สถานรับดูแลผู้ป่วยชังคราว หรือจัดอาสาสมัครผลัดเปลี่ยนช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว พยาบาลจึงพึงตระหนัก

ไว้เสมอว่า ผู้ดูแลในครอบครัวก็คือผู้ป่วยอีกคนหนึ่งที่ยาบาลจะต้องให้การดูแล เพราะสมาชิกในครอบครัวต่างก็มีส่วนรับรู้ต่อความรู้สึกต่าง ๆ ของผู้ป่วย

การที่จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการตอบสนองของความต้องการนั้น ถือเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งของพยาบาลในการพยาบาลแบบองค์รวม คือ นอกจากผู้ป่วยแล้วต้องคำนึงถึงครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วย การสนองตอบความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวนั้น จำเป็นที่พยาบาลต้องมีการประเมินถึงความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวเสียก่อน

5. ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

5.1 ความหมายของความ ต้องการ

ความต้องการเป็นสิ่งที่เกิดตามธรรมชาติมีอยู่ในบุคคลทุกคน ซึ่งความต้องการจะเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย และจะมีความต้องการทั้งในเวลาปกติและเมื่อเจ็บป่วย (สุชา จันทน์เอม, 2543) มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและได้ให้ความหมายของความ ต้องการไว้ดังนี้

Orlando (1969 cited in Hampe, 1975) ให้ความหมายของ ความต้องการไว้ว่า เป็นความประสงค์ของบุคคล ถ้าได้รับการตอบสนองจะช่วยลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความสุขในชีวิต

Wingate and Leckey (1989) กล่าวว่า ความต้องการ คือ แรงกระตุ้นที่ก่อให้เกิดการปรับ การรับรู้ถึงสิ่งที่ขาดไปให้เข้าสู่ภาวะสมดุล

Ellis and Nowlis (1994) ให้ความหมายของความ ต้องการไว้ว่า เป็นความประสงค์ของบุคคลในสิ่งต่างๆ เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างดีที่สุด

Taylor, Lillis and Mone (1997) กล่าวว่า ความต้องการเป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างที่มีความจำเป็น เพื่อการคงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิตทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม

จากความหมายของความ ต้องการที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความต้องการเป็นความประสงค์ ความปรารถนา เป็นสิ่งที่บุคคลอยากได้รับ เพื่อลดความไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างดีที่สุด เพื่อให้เกิดการเข้าสู่ภาวะสมดุลในชีวิต และเกิดความสุขในชีวิต

ความต้องการ (Needs) เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต เป็นเรื่องความรู้สึกภายใน และได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน กล่าวได้ว่า ความต้องการเป็นผลรวมของปัจจัย

ต่างๆ โดยผ่านจิตใจหรือใจ ซึ่งเป็นกองบัญชาการให้ตัดสินใจและสั่งการออกมา (หลุยส์ จัปาทาเทศ, 2533) ความต้องการเกิดขึ้นได้เสมอ เกิดเมื่อบุคคลขาดความสมดุล บุคคลจึงพยายามหาทางสนองความต้องการของตน ชีวิตจึงจะคืนสู่สภาพปกติดังเดิม เมื่อไรที่บุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนได้ ร่างกายและจิตใจจะเกิดความเครียด และไม่เป็นสุข (สุชา จันทน์เอม, 2543) ถ้าได้บรรลุถึงความต้องการตามประสงค์ก็จะนิยมชมชื่นเกิดความมั่นใจในตัวเอง และมานะพยายามที่จะทำประโยชน์ต่อไป เพราะความต้องการเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม หากผิดหวังหรือไม่สมปรารถนาบางสิ่งบางอย่างที่มีความจำเป็น เพื่อการคงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิต ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม (Kraegel et al., 1974) และความต้องการเกิดขึ้นเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยหรือเป็นสัญญาณเตือนของสุขภาพ บุคคลมีความต้องการพื้นฐานเหมือนกัน แต่อาจแตกต่างกันได้เนื่องจากวัฒนธรรมต่างกัน (Kozier and Erb, 1983 ; Taylor, Lillis, and LeMone, 1997) มีผู้สนใจและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการไว้อย่างหลากหลายดังนี้

Maslow (1970) นักจิตวิทยาเจ้าของทฤษฎีความต้องการ ได้เสนอทฤษฎีลำดับความจำเป็นพื้นฐาน (Maslow's Need Hierarchy Theory) โดยเป็นการประเมินความจำเป็นพื้นฐาน (Needs assessment) ซึ่ง Maslow ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความจำเป็น และความพึงพอใจของมนุษย์ไว้ว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจในสูงสุด ทั้งนี้เพราะธรรมชาติของมนุษย์นั้น เมื่อความจำเป็นอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พึงพอใจแล้ว ก็จะมีมีความจำเป็นอย่างอื่นเข้ามาแทนที่ เป็นเช่นนี้เรื่อยไป และลักษณะเฉพาะของชีวิตมนุษย์ก็คือ การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ปรารถนา หรือสิ่งที่จำเป็น นั่นคือเมื่อเกิดความปรารถนาขึ้นก็จะมีแรงขับ และการกระทำก็จะถูกปลุกเร้า แล้วจะเกิดความพึงพอใจขึ้นจากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมและการกระทำใดๆ ของบุคคลที่จะปรากฏ ขึ้นอยู่กับความจำเป็นพื้นฐานของบุคคล และเพิ่มความจำเป็นจากรดับต่ำไปสู่ระดับสูงขึ้นไป Maslow (1970) ได้จำแนกระดับความจำเป็นของมนุษย์ไว้ 5 ระดับ คือ 1) ความจำเป็นด้านร่างกาย (Physiologic needs) 2) ความจำเป็นด้านความมั่นคงและปลอดภัย (Safety and Security need) 3) ความจำเป็นทางสังคม (Social needs) 4) ความจำเป็นด้านการได้รับการยอมรับนับถือและควมมีคุณค่า (Esteem needs) และ 5) ความจำเป็นด้านความสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization needs)

Kozier and Erb (1983) ได้แบ่งความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ออกเป็น 7 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiologic needs) เป็นความต้องการที่เป็นพื้นฐานของการคงไว้ซึ่งชีวิต เพื่อรักษาสมดุลทางด้านชีวภาพ

2. ความต้องการการกระตุ้น (Stimulation needs) เป็นความต้องการเพื่อให้มีการจัดกระทำ (activity) ตามพัฒนาการ และเพื่อรักษาความสมดุลของลักษณะชีวิตประจำวัน เนื่องจากการปฏิบัติบางอย่างต้องมีการกระตุ้น เช่น การรับประทานอาหาร การเดินของเด็ก สิ่งกระตุ้น ได้แก่ กระตุ้นทางอารมณ์ กระตุ้นความรู้สึก กระตุ้นการรับรู้

3. ความต้องการการปกป้อง (Protection needs) เป็นความต้องการเพื่อการปกป้องบุคคลให้พ้นจากสิ่งที่เป็นอันตราย และได้รับความปลอดภัย แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความต้องการความปลอดภัยด้านร่างกาย เช่น ความปลอดภัยจากสารเคมี เชื้อโรค และความต้องการความปลอดภัยด้านจิตใจ เป็นความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งทำให้บุคคลมั่นใจ ปราศจากความวิตกกังวล ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้

4. ความต้องการความรักและความรู้สึกว่ามีส่วนร่วม (Love and belonging needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความสนใจ การช่วยเหลือประคับประคอง กำลังใจ และความใกล้ชิดกับบุคคล เช่น บิดา มารดา สมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

5. ความต้องการการยอมรับนับถือ (Self-esteem needs) บุคคลต้องคิดว่าตนเองถูกต้อง เป็นที่ต้องการและเป็นประโยชน์ การไม่พึ่งพาผู้อื่นทำให้บุคคลมีความมั่นใจในตนเอง

6. ความต้องการทางจิตวิญญาณ (Spiritual needs) เป็นความต้องการเพื่อคาดหวังเป็นความเลื่อมใสในศาสนา ศรัทธา มั่นใจ เชื่อถือในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งที่อยู่เหนือมนุษย์ เช่น เมื่อการพยากรณ์ของโรคไม่ดีผู้ป่วยยังหวังว่าบางสิ่งจะดีขึ้น

7. ความต้องการที่เข้าใจในตนเองอย่างถ่องแท้ (Self-actualization needs) เป็นความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต

จากแนวคิดความเกี่ยวกับต้องการดังกล่าวจะเป็นความต้องการของบุคคลโดยทั่วไป แต่เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตของตน จะทำให้บุคคลมีความต้องการที่แตกต่างไปจากภาวะปกติ

Kraegel et. al. (1974) ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการด้านสรีรวิทยาหรือความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ ที่อยู่อาศัย การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย อุณหภูมิที่พอเหมาะ ความปลอดภัย ความสะอาดของร่างกาย การได้อยู่สถานที่เงียบสงบ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายตามความต้องการ และได้รับการดูแลเพื่อลดความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายต่างๆ

2. ความต้องการด้านจิตสังคม ได้แก่ ความต้องการมีสิทธิในการเลือกหรือควบคุมตนเอง มีความสำเร็จและมองเห็นเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงเป็นความท้าทายของชีวิต มีความมั่นใจ

ได้รับการบอกเล่าในสิ่งที่ต้องการทราบ ได้รับการสอนและคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่นๆ ได้รับการยอมรับ เคารพนับถือในตนเองและได้รับการปฏิบัติจากบุคคลอื่นด้วยดี

3. ความต้องการสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ต้องการความกระจ่างชัดเจนในสิ่งที่ซับซ้อน ตลอดจนต้องการควบคุมและการจัดการกับค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจและสังคม

การให้ความหมายและแนวคิดความต้องการต่างๆ ที่กล่าวมา เป็นการกล่าวถึงความต้องการของบุคคลโดยทั่วไป หรือเป็นความต้องการของผู้ป่วยโดยตรง แต่สำหรับบุคคลที่เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัว ที่มีความผูกพัน รักใคร่ และใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่รบกวนสมดุลทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล และความเครียดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีความต้องการในรายละเอียดที่แตกต่างออกไปจากความต้องการในภาวะปกติ

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ถือว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว สถานการณ์ และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง อาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกถูกคุกคามและอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนี เกิดอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ ซึ่งหากการปรับตัวเป็นไปแบบนี้ย่อมไม่เกิดผลดีต่อทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วย ซึ่งนับวันจะมีมากขึ้นเรื่อยๆ จากผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความต้องการบางประการ ดังนี้ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537)

1. ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการเวลาที่เป็นของตัวเองบ้าง เพื่อจะได้ทำกิจกรรมส่วนตัว และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม หรือต้องการเวลาเพื่อการผ่อนคลาย และเวลาที่ต้องปฏิบัติบทบาทอื่นๆ

2. ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการทราบปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อหาวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าว เช่น ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ ผู้ดูแลในครอบครัวย่อมต้องการทราบวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวอย่างถูกต้อง รวมทั้งความรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวไม่ได้ของผู้ป่วย

3. ต้องการความช่วยเหลือที่รวดเร็วทันทีที่มีปัญหา เพื่อสามารถปรึกษาได้ตลอดเวลา ในรูปการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวเกิดปัญหาหรือไม่แน่ใจว่ากระทำใดถูกต้อง

4. ต้องการบุคคลที่สนับสนุนด้านกำลังใจเพื่อรับฟัง และช่วยปรับอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ให้ดีขึ้นหรือหมดไป โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลายบทบาท

และต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน แม้เพียงแค่การรับฟังก็จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกผ่อนคลายความเครียดไปได้บ้าง นอกจากนี้ยังต้องการคำแนะนำให้ผู้ดูแลในครอบครัวฝึกการอยู่กับเหตุการณ์ปัจจุบัน เพื่อทำหน้าที่ที่ดีที่สุดและฝึกการคิดและการมองปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นเรื่องธรรมดาไม่ได้เลวร้ายไปกว่าผู้อื่น

5. ต้องการแรงจูงใจที่ดีและต่อเนื่อง ในการดูแลผู้เจ็บป่วยระยะยาว แรงจูงใจจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความตระหนัก และให้ความสำคัญที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ สามารถยอมรับในปัญหาที่เกิดขึ้นได้

6. ต้องการให้เครือข่ายสังคม คือ สมาชิกในครอบครัวหรือคนอื่นๆ มามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัว

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Wingate and Lackey (1989 : 216-224) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน โดยส่งแบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิดให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยการเขียนและส่งกลับมายังผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็ง 10 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 14 ราย และพยาบาล 9 ราย ผู้ป่วยมะเร็งตอบความต้องการของตนเองและความต้องการของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งว่ามีอะไรบ้าง ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตอบความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง และความต้องการของตนเองที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งว่ามีอะไรบ้าง และพยาบาลตอบความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งว่ามีอะไรบ้าง สรุปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความต้องการเรียงลำดับความต้องการจากมากไปน้อย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจและอารมณ์ 2) ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย 3) ด้านข้อมูลและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น 4) ด้านอื่นๆ นอกเหนือจากใน 6 ด้าน 5) ด้านเศรษฐกิจ 6) ด้านการจัดการภายในบ้าน และ 7) ด้านจิตวิญญาณ

จะเห็นได้ว่าความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวนั้นมีหลายด้าน และในความต้องการเหล่านี้ การที่จะคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีเป็นความต้องการอย่างหนึ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้กล่าวสอดแทรกไว้ในความต้องการจากการให้การดูแลผู้ป่วย ฉะนั้นการศึกษาถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่ควรตระหนักถึงและให้ความสำคัญ

5.2 ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวดังกล่าว และจากประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งของผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง สุวีรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์ แปลและดัดแปลงมาจากรูปแบบความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งของ Wingate and Lackey (1989)

โดยปรับปรุงขึ้นใหม่ ประกอบด้วยความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย 2) ด้านการปรับระดับประคองจิตใจ 3) ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย 4) ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ 5) ด้านการจัดการภายในบ้าน และ 6) ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ โดยทั้งนี้เนื่องจากด้านที่ 4 คือ ต้องการเวลาในการพักผ่อนจะรวมเข้ากับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ซึ่งการพักผ่อนนี้ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพร่างกาย การพักผ่อนนี้ไม่ใช่เพียงแค่การนอนหลับเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการเปลี่ยนอิริยาบถ การเดินเล่น การมีเวลาเพื่อทำกิจกรรมที่เป็นส่วนตัว หรือมีเวลาออกไปนอกบ้านในช่วงสั้น ๆ บางส่วนด้านที่ 5 คือ ความต้องการด้านกฎหมายและเศรษฐกิจ ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนเป็นความต้องการเงินและวัสดุสิ่งของแทน เนื่องจากด้านกฎหมายสำหรับเมืองไทยผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาเท่าเทียมกันและขณะนี้ได้มีการนำบัตรประกันสุขภาพหรือบัตร 30 บาทมาใช้และได้รับความสนใจจากประชาชนเป็นอย่างมากและได้ตัดด้านที่ 6 คือความต้องการด้านอื่น ๆ ออกไป เนื่องจากทั้ง 6 ด้านที่เหลืออยู่ผู้วิจัยคิดว่าครอบคลุมถึงความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งแล้วดังต่อไปนี้

1. ความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องได้รับ โดยจะเป็นคำแนะนำ คำอธิบาย ตลอดจนวิธีการหรือการติดต่อที่ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องทราบ เพื่อให้ช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ โดยที่กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งประกอบด้วย

1.1 การดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรักษาความสะอาด

ร่างกาย ความสะอาดของปากฟัน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ตลอดจนการเคลื่อนไหว การหัดนั่ง ยืน และเดิน เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวันนั้นเป็นการชดเชยความพิการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตัวเองมากที่สุดก่อน และญาติช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติเองไม่ได้ หรือปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ที่สูญเสียไปให้เกิดขึ้นใหม่ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง และมีความพยายามในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

1.2 การดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนมากมีปัญหาด้านจิตใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม มีการเปลี่ยนแปลงบทบาท ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มั่นคง เป็นปมด้อย ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องเข้าใจสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่น บุคคลธรรมดา ไม่แสดงท่าทีรังเกียจหรือปฏิบัติแทนให้ผู้ป่วยโดยไม่ให้ผู้ป่วยได้ทำอะไรเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ ในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และควรดูแลอย่าง

ใกล้ชิดเมื่อผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมที่ไม่แน่ใจว่าจะทำได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยมักเกิดความเครียดและอารมณ์เสียได้ง่าย ควรหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดและอารมณ์เสีย ส่งเสริมให้ผู้ป่วย ได้มีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ได้ออกสังคมบ้าง เพื่อให้ ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง

1.3 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ

1.3.1 ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อติด การเหี่ยวลีบของกล้ามเนื้อ การติดเชื้อมของระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ ความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพที่เปราะบางไป ไม่อาจสามารถทำนายได้ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความเข้าใจในสภาพร่างกายของผู้ป่วย เข้าใจในภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งเข้าใจในวิธีการป้องกันและการปฏิบัติตามแผนการการรักษาของแพทย์ด้วย เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะค่อยเป็นค่อยไป ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

1.3.2 อุบัติเหตุ มักเกิดจากการทรงตัวไม่ดี การอ่อนแรงและเกร็งของกล้ามเนื้อ เมื่อญาติฝึกการนั่ง ยืน หรือเดินให้ผู้ป่วย ควรดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย มีราวให้ผู้ป่วยเกาะ ไม่มีสิ่งของเกะกะที่จะทำให้ผู้ป่วยสะดุดและหกล้มได้ นอกจากนี้ควรเก็บของมีคมหรือยาต่างๆ ให้พ้นมือผู้ป่วย

จะเห็นว่า กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นภาระสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง การได้รับตอบสนองความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤต โดยเกิดความพยายามในการแก้ปัญหา มีความระมัดระวังและเห็นหนทางในการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Thoits, 1986 : 416-423)

2. ความต้องการการประคับประคองจิตใจ เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือ ความร่วมมือ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกถึงความหวังใจ มีบุคคลยินดีรับฟังเรื่องราวต่างๆ ด้วยความเข้าใจ ตลอดจนช่วยในการตัดสินใจเวลาเกิดปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย หรือปัญหาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การที่มีบุคคลที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเล่าและบอกปัญหาต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วย หรือจากการติดต่อกับทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกผูกพัน เกิดความปลอดภัย รู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่กับผู้ป่วยหรือถูกปฏิเสธจากสังคม ยังมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ยังมีความสำคัญกับบุคคลรอบข้าง รู้สึกว่าตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ความช่วยเหลือในการประคับประคองจิตใจเหล่านี้ ผู้ดูแลในครอบครัวอาจได้รับจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน มาเยี่ยมเยียน มาช่วยดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้

จากที่มสุขภาพในการให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยหรือเวลาเกิดปัญหา ซึ่งการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวดูแลผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการตอบสนองของความต้อการ จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกสดชื่น ผ่อนคลายความวิตกกังวล ความตึงเครียด เกิดการปรับตัวในทางที่ดี เกิดความมั่นใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

3. ความต้อการการดูแลสุขภาพร่างกาย การที่ร่างกายของคนเราต้องทำงานตลอดเวลา นั้น ย่อมเกิดความเครียด ความเมื่อยล้า อ่อนเพลีย การที่อวัยวะต่างๆ ทำงานพร้อมกัน ประสานงานกันตามระบบต่างๆ เหมือนกับเครื่องจักร ถ้าให้ทำโดยไม่หยุดพักหรือดูแลรักษา เครื่องจักรนั้นย่อมสึกหรอและเกิดชำรุดได้ ฉนั้นใดฉนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต้อดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวัน ตั้งแต่ผู้ป่วยตื่นจนกระทั่งผู้ป่วยนอน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีมากมาย ผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้พลังกำลังของร่างกายอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความอ่อนเพลียเมื่อยล้าของร่างกาย (Physical fatigue) จากการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2537 : 87) พบว่าภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เกิดปัญหาของสุขภาพร่างกาย โดยมีอาการเจ็บป่วย ระหว่างดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พบมากถึงร้อยละ 76.92 อาการที่พบได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ตกใจง่าย ใจสั่น รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะและหายใจไม่เต็มอิม ผู้ดูแลในครอบครัวเหล่านี้จึงต้อการการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงและรักษาสุขภาพร่างกายให้ดำเนินต่อไปอย่างปกติ อันได้แก่ การพักผ่อน เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด เพื่อให้มีพลังกายเพื่อทำหน้าที่ดูแลได้ต่อไป การพักผ่อนอาจทำได้โดยการอ่านหนังสือ การเปลี่ยนอิริยาบถ โดยการเดินเล่น การรับอากาศบริสุทธิ์ นอกจากนี้การมีเวลาเพื่อทำกิจกรรมที่เป็นส่วนตัวบ้าง เช่น การดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี กล่าวได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัว ต้อการให้คนในครอบครัวมาแบ่งเบาภาระการดูแลเพื่อที่ผู้ดูแลในครอบครัวจะได้มีเวลาพักผ่อน มีเวลาส่วนตัวเพื่อลดความเครียดและความอ่อนล้าของร่างกาย (Rawlins, 1991: 215) นอกจากนี้ ผู้ดูแลในครอบครัวยังมีความต้อการเวลาในการนอนหลับ เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวต้องตื่นในเวลากลางคืนเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรมลง

4. ความต้อการการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับซึ่งความรัก ความเห็นใจ กำลังใจ สร้างความหวังตลอดจนความมีคุณค่าในตนเอง ความเป็นจริงของชีวิต ได้มีนักวิชาการหลายท่าน กล่าวถึง จิตวิญญาณ ได้ดังนี้

Carson (1989: 6-7) กล่าวถึงจิตวิญญาณของบุคคลว่า หมายถึง 1) เป็นแก่นของความเป็นบุคคลในฐานะที่บุคคลนั้นเป็นอยู่และพึงจะเป็น 2) เป็นเป้าหมายของชีวิตของบุคคลใน

การมีชีวิตอยู่ เพื่ออะไรและเพื่อใคร 3) เป็นความรู้สึกได้สัมผัสกับพระเจ้า เสมือนสิ่งที่อยู่เหนืออำนาจแห่งตน 4) เป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลมุ่งมั่นสู่ความมีคุณค่าสูงสุดของความรัก ความหวัง ความดีงาม และความจริง 5) เป็นประสบการณ์สูงสุดของชีวิต และ 6) เป็นศรัทธาที่มีต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ อันจะบันดาลความสุขสมหวังในชีวิตและความรักที่มีต่อกัน

ความต้องการด้านจิตวิญญาณนั้น แสง จันทร์งาม (2534: 11-24) กล่าวว่า เป็นความต้องการที่ลึกซึ้งเป็นนามธรรมที่ละเอียดอ่อน อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ แบ่งได้เป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) ความต้องการด้านปรัชญาชีวิต เป็นความต้องการที่จะรู้ความหมายของสิ่งต่างๆ รวมทั้งความหมายแห่งชีวิตของตน เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความหมาย ชาวพุทธโดยทั่วไปเชื่อผลของกรรม ถ้าเป็นผลจากการทำดีจะเกิดกุศลผลบุญ ให้ได้ผลดีตอบแทน ทั้งชาตินี้และชาติหน้า 2) ความต้องการสิ่งที่ดี มนุษย์ต้องการอยู่ร่วมกันเป็นสังคม มีสัมพันธภาพกัน มีการให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งในยามปกติสุขและยามเจ็บป่วย อยากได้อะไรดี ๆ อยากมีเพื่อนดี คนรักดี บุตรดี ซึ่งหมายถึงเราต้องการได้ของดีที่มีอยู่ในตัวของคนอื่น เช่น ยามเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต การรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ต้องการให้บุคคลอื่นเข้าใจความต้องการของตน ให้กำลังใจ สร้างความหวังให้ ผู้ดูแลมีกำลังใจดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป 3) ความต้องการความสุขชั้นสูง เป็นความสุขที่เกิดจากผลของสำเร็จเมื่อการดำเนินชีวิตบรรลุเป้าหมาย ซึ่งชั้นสูงสุดคือ เกิดจากการทำจิตใจให้สงบเป็นสมาธิเกิดความเข้มแข็ง อดทน มีจิตใจแน่นอน เกิดการหลุดพ้น ทำให้จิตใจสงบ ไม่มีความโลภ โกรธ หลง 4) ความต้องการความสมบูรณ์ มนุษย์มีความไม่เพียงพอ ชีวิตเต็มไปด้วยความบกพร่องต่างๆ ความสุขสมบูรณ์อันประเสริฐ ในบุคคลที่นับถือศาสนา จะปฏิบัติตามหลักของศาสนา เพื่อพบกับความหลุดพ้นจากความไม่เพียงพอของชีวิต เช่น บุคคลที่นับถือศาสนาคริสต์ หรืออิสลาม จะนับถือพระเจ้าเป็นสิ่งสูงสุดของชีวิต มีความศรัทธา ความเชื่อ ความรักต่อพระเจ้า สำหรับชาวพุทธจะปฏิบัติตามหลักศาสนาเกี่ยวกับอริยมรรค 8 แต่ผลสุดท้ายของทุกศาสนา คือ ให้คนหลุดพ้นจากความทุกข์มีความสุขอย่างแท้จริง 5) ความต้องการที่พึงอันประเสริฐ เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเคารพนับถือ ช่วยขจัดปัดเป่า ดลบันดาลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ดลบันดาลให้เหตุร้ายกลายเป็นดี เกิดพลังใจในการต่อสู้สิ่งต่างๆ ที่มาคุกคาม ด้วยความมั่นคงและมั่นใจ

นอกจากนี้ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รู้จักให้ความรักกับผู้อื่น และรับความรักจากผู้อื่น มีความศรัทธาในศาสนาหรือมีที่พึ่งทางใจ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นปัจจัยที่จำเป็นเพื่อสร้างและดำรงไว้ ซึ่งความสัมพันธ์อย่างไม่หยุดนิ่งต่อสิ่งที่สูงสุดและต่อเพื่อนมนุษย์ ซึ่งก่อให้เกิดการอภัย ความรัก ความหวัง ความไว้วางใจ และเป้าหมายของชีวิต (ทัศนาศา นุญทอง, 2533 : 22; ฟาริดา อิบราฮิม, 2533: 16-17; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2539: 5)

การตอบสนองของความต้องการการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ หากได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอหรือไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความพร่องทางจิตวิญญาณหรือความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ แต่ถ้าได้รับการตอบสนอง บุคคลจะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

5. ความต้องการการจัดการภายในบ้าน เป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้งานภายในบ้านและครอบครัว ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินต่อไปได้ โดยปกติกิจกรรมต่างๆ ภายในครอบครัว มักเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงหรือแม่บ้าน เป็นผู้ดูแลกิจกรรมต่างๆ ภายในครอบครัว ประกอบด้วย ดังนี้ (จรรยา มีชนอน และคณะ, 2532: 9-11)

1) โภชนาการในครอบครัว เช่น การจัดเตรียมอาหารที่สนองความต้องการประจำวันของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะทารก เด็กเล็ก ผู้สูงอายุและผู้ป่วย การจัดอาหารที่สะอาดปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ และอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเป็นพิเศษสำหรับสมาชิกที่เจ็บป่วย

2) สุขภาพอนามัยและสุขนิสัยที่ดี เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับความสะอาดและอนามัยส่วนบุคคล ความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า และที่อยู่อาศัย

3) ความปลอดภัยสำหรับอยู่อาศัย เป็นการดูแลความเรียบร้อยของอุปกรณ์เครื่องใช้ให้ปลอดภัยอยู่เสมอสำหรับการนำมาใช้และหลังจากการใช้แล้ว เช่น อุปกรณ์ไฟฟ้าต่างๆ ของมีคมของใช้ที่เป็นอันตรายสำหรับเด็ก

4) การดูแลความเจ็บป่วยภายในครอบครัว เป็นการหาแหล่งบริการรักษาเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดเจ็บป่วย การนำไปตรวจ ตลอดจนการดูแลผู้เจ็บป่วย

5) ความสุขภายในครอบครัว เป็นการทำให้สิ่งแวดล้อมในบ้านให้น่าอยู่ และกลมกลืนเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน โดยความรักความเอาใจใส่ ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่มักเป็นผู้หญิงและผู้สูงอายุ โดยเฉพาะถ้าเป็นแม่บ้านต้องดูแลทุกสิ่งทุกอย่างภายในบ้านและเมื่อต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองลง บทบาทความรับผิดชอบจึงเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวเหล่านี้จึงมีความต้องการ ความช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระงานภายในบ้าน เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีมากมายอยู่แล้ว และทำให้ ผู้ดูแลในครอบครัวเครียด (William, 1994: 155-161) การที่จะทำให้ทุกสิ่งทุกอย่างภายในครอบครัวดำเนินต่อไปได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องการความช่วยเหลือ

6. ความต้องการเงินและวัสดุสิ่งของ เป็นสิ่งจำเป็นให้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว การที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทหรือหน้าที่การงานในสังคม เกิดความพิการที่ทำให้

ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ตามเดิม การที่ต้องหยุดงานหรือไม่ได้ทำงาน เป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยไม่เพียงแต่ขาดรายได้ แต่กลับต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย และจะเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ต้องหาบุคคลที่จะมาดูแลผู้ป่วย ถ้าหากบุคคลนั้นเป็นคู่สมรส คู่สมรสอาจต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลสามี ทำให้ครอบครัวยิ่งขาดรายได้ แต่ถ้าผู้ดูแลเป็นบุตร บุตรอาจต้องหยุดเรียนเพื่อมาดูแลบุพการี สำหรับครอบครัวที่มีพี่น้องหลายคน อาจได้รับการดูแลจากพี่น้องที่ช่วยกันดูแล รวมทั้งด้านการเงิน แต่จากระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ไม่สามารถกำหนดได้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อไร ค่าใช้จ่ายต่างๆ ก็ยังคงมีตลอดไป ส่วนใหญ่ของผู้ดูแลในครอบครัวและครอบครัว ยังคงต้องการความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะเงินในการรักษา การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในแต่ละวัน เป็นต้น

ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้ง 6 ด้านดังกล่าว จะมีมากหรือน้อยนั้น เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

5.3 แบบประเมินความต้องการ

การวัดหรือประเมินความต้องการส่วนใหญ่จะใช้ แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกแบบประเมินบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับความต้องการ ทั้งงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศสรุปได้ดังต่อไปนี้

Rodgers (1983: 55) ได้ดัดแปลงเครื่องมือของ Molter (1979) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ 24 ชั่วโมง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.93

Lynn-McHale and Bellinger (1988: 447-453) ได้ทำการศึกษาถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยหนัก และการรับรู้ของพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากของ Molter (1979) และ Rodgers (1983) มีมาตรวัดเป็นแบบลิเกิร์ต จำนวน 46 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.90

Engli and Farmer (1993: 78-85) ได้ทำการศึกษาถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลันเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีบาดเจ็บที่สมองอย่าง

เจียบพลัน โดยใช้แบบสอบถามความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตของ Molter (1979) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94 และ 0.78 ตามลำดับ

สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์ (2541) ได้ทำการศึกษาถึงความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื้อหาของแบบสอบถามแปลและดัดแปลงมาจากรูปแบบความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งของ Wingate and Lackey (1989) ได้แก่ 1) ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย 2) ด้านการประคับประคองจิตใจ 3) ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย 4) ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ 5) ด้านการจัดการภายในบ้าน และ 6) ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ จำนวน 56 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.9756

สุนิศา สุขตระกูล (2544) ได้ทำการศึกษาถึงความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตาย เนื้อหาของแบบสอบถามอาศัยกรอบแนวคิดของ Dracup and Breu (1978) จำนวน 46 ข้อ ประกอบด้วยความต้องการ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 4) ด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และ 5) ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ รวมถึงคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94

จุฑารัตน์ สว่างชัย (2542) ได้ทำการศึกษาถึงความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของคู่สมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านม เนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ประยุกต์ตามแนวคิดของ Maslow (1970) จำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความเป็นเจ้าของและความรัก ด้านความภาคภูมิใจ และด้านความสำเร็จสมหวังในชีวิต ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.91

อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532) ได้ทำการศึกษาถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต เนื้อหาของแบบสอบถามแปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤต (Critical Care Family Needs Inventory) ของ Molter (1979) จำนวน 45 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูล 3) ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 4) ด้านความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ด้านความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก 6) ด้านความต้องการส่วนบุคคล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94

พวงเพชร ยั้วพัฒน์พันธ์ (2540) ได้ทำการศึกษาถึงความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ เป็นแบบสัมภาระที่สร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนประสบการณ์ที่มี จำนวน 37 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ด้านความมั่นใจในความปลอดภัยของบุตร 3) ด้านการดูแลด้านจิตใจ 4) ด้านบทบาทการเป็นมารดา และ 5) ด้านความสะดวกเกี่ยวกับการเยี่ยมบุตร ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.70

จากการรวบรวมข้อมูลมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลไว้หลายเรื่องด้วยกัน ส่วนใหญ่จะศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หรือภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน โดยมากจะใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นร่วมกับดัดแปลงแบบสัมภาระของ Molter (1979) ซึ่งผู้ที่นำมาใช้ยกตัวอย่าง เช่น อุไรพร พงศ์พัฒนาดุติ (2532) นำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย และแบ่งความต้องการออกเป็น 6 ด้าน นำไปศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลแพร์ แต่ สุนิศา สุขตระกูล (2544) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการในภาวะสูญเสียและโศกเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย โดยใช้แบบสอบถามความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกที่สร้างขึ้นร่วมกับดัดแปลงมาจาก Dracup and Breu (1978) ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ มีแบบสอบถามความต้องการโดยรวมของ สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) เท่านั้นที่มีองค์ประกอบสอดคล้องกับความต้องการของผู้วิจัยมากที่สุด ใกล้เคียงกับแนวคิดของ Wingate and Lackey และเป็นแบบสอบถามที่มีความน่าเชื่อถือมาก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.9756 ซึ่งนับว่ามากที่สุดจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้มาใช้ในงานวิจัย

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง

6.1 อายุ พัฒนาการและวุฒิภาวะของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุและประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการพิจารณาเหตุการณ์และการตัดสินใจของบุคคล อายุเป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างในเรื่องความคิดและพฤติกรรม บุคคลที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ต่างจากบุคคลที่มีอายุน้อย และผ่านเหตุการณ์ในชีวิต และปัญหาต่างๆ มากกว่าบุคคลอายุน้อย (ปรมะ สตะเวทิน, 2538) ซึ่ง Newman (1997) ได้สรุปว่า อายุของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นสิ่งเร้าร่วมประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัว การมีวุฒิภาวะ และประสบการณ์จะช่วยให้บุคคลมีความสุข และรอบคอบขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอายุมากจึงมีความอดทนต่อภาวะเครียดได้ดีกว่า และยิ่งอายุมากกิจกรรมในครอบครัวและสังคมก็ลด

น้อยลง ความคาดหวังที่ตนเองมีต่อผู้อื่นหรือมีต่อตนเองก็น้อยลงไปด้วย มีการยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสามารถเผชิญปัญหาหรือเผชิญภาวะเครียดในชีวิตได้ดีกว่า (จูไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการกำลังใจ การลดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอายุมาก อาจมีปัญหาสุขภาพของตนเองด้วย และอาจมีความไม่สะดวก ทำให้ไม่สามารถตอบสนองในการพึ่งพาของผู้ป่วยได้เต็มที่ จึงรับรู้การเป็นภาระมากได้และอาจส่งผลต่อสุขภาพได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย จึงยังไม่สามารถสรุปอิทธิพลของอายุของผู้ดูแลต่อความต้องการด้านสุขภาพได้อย่างชัดเจน

6.2 ระดับการศึกษา สามารถแสดงถึงความต้องการของบุคคลแตกต่างกัน ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีการศึกษาสูง มักจะตระหนักถึงปัญหาและมีความเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการศึกษา จากประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูล ความรู้ต่าง ๆ สามารถเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี ดังนั้นการศึกษาสูงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และมีการปฏิบัติการดูแลที่ถูกต้องกว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่การศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 182) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534: 40) ที่พบว่าระยะเวลาในการศึกษาของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาส มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กได้ และจากการศึกษาของมัลลิกา ตั้งเจริญ (2534: 44) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ นั่นคือ บุคคลที่ระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ต้องการข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และสิ่งที่ควรปฏิบัติ ตลอดจนการหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (Muhlenkamp and Sayles, 1986: 366) ผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักไม่เข้าใจต่อผลประโยชน์หรือความจำเป็นของสิ่งที่ปฏิบัติ เมื่อเกิดความยุ่งยากในชีวิต และละเลยในการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ง่าย

6.3 รายได้ของครอบครัว เป็นตัวบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน รายได้ครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการดำรงไว้ซึ่งครอบครัวที่สมดุล ปัญหาการเงินก่อให้เกิดการแตกแยกและการทอดทิ้งผู้ป่วยตามมาได้ (อัปสร เข็นเจริญ, 2527 อ้างถึงใน วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2532) เงินเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาพยาบาล เป็นค่ายา ค่าเดินทางในการนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวที่มีรายได้สูงมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่าและมีความต้องการในทางการเงินน้อยกว่า เพราะไม่ต้อง

พะวงกับปัญหาเศรษฐกิจ การที่ไม่ต้องกังวลเรื่องเศรษฐกิจช่วยให้มีโอกาสทำอย่างอื่น และมีโอกาสพักผ่อนได้มากขึ้น (Montgomery et al., 1985 อ้างถึงใน ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) ส่วนครอบครัวที่มีรายได้น้อยมักต้องทำงานเพื่อหาเงินใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ความสนใจความต้องการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง รวมถึงการดูแลตนเองก็น้อยลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของเยาเวดี สุวรรณนาคะ (2532) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบชนิดไวรัสบี สะท้อนให้เห็นความต้องการความสนใจในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยด้วย บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีความสามารถในการจัดหาการช่วยเหลือต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่รายได้ต่ำ (Norbeck, 1981: 49)

6.4 ระยะเวลาในการดูแล Orem (2001) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบจะเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลในระยะเวลายาวนาน จะมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแล การปรับตัวตลอดจนความช่วยเหลือต่างๆ เป็นอย่างมากในระยะแรกที่เริ่มดูแล รวมทั้งความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์มากขึ้นในการดูแล ได้เคยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ความต้องการในสิ่งที่เคยต้องทราบก็ไม่จำเป็นอีกต่อไปหรือต้องการน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Zerit et al. (1986) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น แต่ผลการศึกษาของ Gaynor (1990) พบว่า ภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีปัญหาสุขภาพและมีความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้นตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ความต้องการด้านสุขภาพมีมากขึ้น นอกจากนั้นระยะเวลาการดูแลที่นานขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวอาจรู้สึกมีความหวังน้อยลง ถ้าพบว่าสภาพอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ประกอบกับถ้าต้องดูแลด้วยระยะเวลาที่ยาวนานอาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายได้ ซึ่ง Rawlins (1991) ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 7 ครอบครัว ผู้ดูแลได้กล่าวว่า “ไม่ว่าจะดูแลผู้ป่วยมานานเท่าไร ยังต้องการได้ยินเสมอว่า ยังมี ความหวังอยู่เสมอ ไม่ว่าจะได้จากใครก็ตาม ไม่ต้องการที่จะพบกับความผิดหวังหรือความสิ้นหวัง” ซึ่งบุคคลที่มีความหวังสูงจะสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดี สามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Nowotny, 1989) กว่าบุคคลที่สูญเสียความหวัง

6.5 ระยะเวลาของโรค การศึกษาของ Kurtz et al. (1995) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมะเร็งมีอาการรุนแรงมากขึ้นจะมีความซึมเศร้ามากขึ้น และมีผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความซึมเศร้ามากขึ้นด้วย Cassileth et. al (1985) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล ด้วยการประเมินด้านจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 201 คู่ พบว่า ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจอย่างไร

ผู้ดูแลมักมีสภาพจิตเช่นนั้นด้วยและเมื่อมีการติดตามประเมินตามระยะต่าง ๆ ของการรักษา คือ ระยะติดตามการรักษา ระยะรักษา และระยะปรับระดับประคอง พบว่า ปัญหาทางจิตใจมากขึ้นเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ใกล้ความตายมากยิ่งขึ้น กล่าวได้ว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามทั้งทางร่างกายและความแปรปรวนทางอารมณ์จิตใจ และพฤติกรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวทั้งทางตรงและโดยอ้อม อิทธิพลโดยตรงนั้นเกิดจากการที่ปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกสูญเสีย มีความวิตกกังวล ห่วงใยในความผิดปกติของผู้ป่วย และรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิตอนาคต ส่วนอิทธิพลโดยอ้อมเกิดจากการที่ปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทำให้เกิดการพึ่งพาที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องใช้ทั้งร่างกาย สติปัญญา และกำลังใจอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอและไม่มีโอกาสหรือไม่สามารถทำกิจกรรมอื่น ๆ ตามปกติได้ (ชูชื่นชีวพูนผล, 2541: 29)

6.6 ความเหนื่อยล้า มาจากรากศัพท์ของภาษาละติน และภาษาฝรั่งเศส โดยในภาษาละติน คำว่า “fatigare” หมายถึง การหมดแรงอันเนื่องมาจากการออกแรงหรือการทำงานเป็นความรู้สึกอ่อนแรง เปื่อหน่าย และจากภาษาฝรั่งเศสว่า “fatiguer” แปลว่า ความเหน็ดเหนื่อยซึ่ง Richardson (1996 : 235) กล่าวว่า ความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้เฉพาะของแต่ละบุคคลถึงอาการไม่สุขสบาย ไม่มีความสุข เป็นความรู้สึกหลายๆ ระดับ ตั้งแต่ความเหน็ดเหนื่อยไปจนถึงหมดเรี่ยวแรง หรือ หมดกำลังใจ ซึ่งรบกวนการทำงานที่ต่างๆ และ/หรือการใช้ความสามารถในการรับรู้ความคิดลดลง ผลการตัดสินใจหรือการแก้ปัญหาถ้าความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นบ่อยๆ คงอยู่นาน จะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันจนไม่สามารถแก้ไขได้ และทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ (Piper, 1993 : 274)

มีผู้ให้ความหมายของความเหนื่อยล้าไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความล้าเมื่อยทางกระบวนการของร่างกาย เมื่อนำที่การทำงานของอวัยวะล้าเมื่อย ความต้องการพลังงานสิ้นเปลืองมากขึ้น มีผลต่อฮอร์โมนเพศ ระบบการรับส่งกระแสประสาทหรือสารสื่อประสาทที่ทางชีวภาพลดลง (Greenberg, 1992 : 38)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การล้าเมื่อยทางอารมณ์ อาการเหนื่อยล้าทางจิต มักเกิดร่วมกับอาการเครียด และประสบการณ์ทางอารมณ์ที่รุนแรง และบางครั้งเกิดร่วมกับการเก็บกดและความวิตกกังวล (Pickard-Holley, 1991 : 14)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง เป็นอารมณ์ภายใน เป็นความรู้สึกที่ถูกครอบงำ ความอดทนทางด้านกายและจิตใจลดลง เป็นอาการที่ไม่มีความสุขเนื่องจากความรู้สึกทางกายที่เหนื่อยล้า ไม่สามารถทำให้หายได้ด้วยการพักผ่อน (NANDA)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลประสบกับความรู้สึกเหนื่อย (tiredness) จนถึงหมดแรง (exhaustion) และอาจมีความผิดปกติทางร่างกาย อารมณ์และความรู้สึกนึกคิดร่วมด้วย (Hubsky, 1992 : 177)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าจะเกิดภาวะผิดปกติ หรือร่างกายรู้สึกเหนื่อยมาก อาจเกิดความเหนื่อยล้าอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้ โดยการพักผ่อนนอนหลับไม่สามารถทำให้ความรู้สึกเหนื่อยล้านี้หายไปได้ และทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (Piper, 1993 : 285)

จากคำจำกัดความที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นพอสรุปได้ว่า ความเหนื่อยล้าเป็นการรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อิดโรย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง อาจมีอาการผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ด้านความรู้สึก ด้านการรับรู้และด้านสติปัญญาและอารมณ์ร่วมด้วย เช่น มีอารมณ์ตึงเครียด สมาธิและความสนใจลดลง ง่วงนอนตลอดเวลา ความสามารถในการทำงานลดลง ไม่อยากมีกิจกรรมใดๆ ไม่อยากพบปะหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นต้น ชนิดของความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้าแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน (acute fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เกิดในช่วงเวลาสั้นๆ และอาการคงอยู่ไม่เกิน 1 เดือน (Skulla, 1992 : 1538) ส่วนใหญ่จะเป็นการเตือนให้ร่างกายพักผ่อนเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากการทำงานหนักหรือนานเกินไป และหลีกเลี่ยงต่อความเครียดเมื่อถึงระดับที่บุคคลรู้สึกไม่สุขสบายและต้องการพักผ่อน (Piper, 1987 : 21) ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอาจเป็นเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น คอ แขน ไหล่ หรืออาจเกิดขึ้นได้ทุกส่วนของร่างกาย

2. ความเหนื่อยล้าเรื้อรัง (chronic fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน อาการคงอยู่นานมากกว่า 1 เดือน (Piper, 1986 : 219) และมักพบว่ามีความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมร่วมด้วย โดยถ้าความเหนื่อยล้าคงอยู่นานหรือเป็นมากขึ้นไม่น้อยกว่า 6 เดือน จะเรียกว่า “Chronic Fatigue Syndrome or CFS” (Butler, 1990 : 40)

ผลของความเหนื่อยล้า

เมื่อบุคคลมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น จะทำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง และระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้า จากการศึกษาผลที่เกิดจากความเหนื่อยล้าของนักวิชาการหลายๆ ท่าน ผู้วิจัยได้สรุปการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติที่เกิดจากความเหนื่อยล้าออกไป ด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญาหรือความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรม ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อเกิดความเหนื่อยล้า ร่างกายจะมีการใช้พลังงานมากและมีการดึงเอาพลังงานที่สะสมไว้มาใช้ จะทำให้มีอาการ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ง่วงซึม ปวดศีรษะ มึนงง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งอาจจะเป็นเฉพาะกล้ามเนื้อเฉพาะที่ (local muscle fatigue) หลังจากใช้กล้ามเนื้อส่วนนั้นมากเกินไป หรืออาจเกิดความเหนื่อยล้ากล้ามเนื้อทั่วไป (general muscle fatigue) (Hart et al., 1990 ; Piper, 1986 : 219)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ความเหนื่อยล้าเป็นสาเหตุชักนำให้เกิดความผิดปกติทางจิตอารมณ์ได้ เช่น ตึงเครียด วิตกกังวล ปฏิเสธ ซึมเศร้า ทุกข์ทรมาน กระสับกระส่าย ฉุนเฉียว โมโหง่าย หรือโกรธผู้อื่นง่าย ความอดทนลดลง

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาหรือความรู้สึกนึกคิด ความเหนื่อยล้าทำให้สูญเสียกระบวนการคิด ความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดลง สมาธิและการตัดสินใจในการทำงานลดลง ความมั่นใจในตนเองลดลง หลงลืม การรับรู้ช้า สับสน ไม่รู้กาลเวลา สถานที่ และบุคคล ซึ่งมีผลทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง (Irvine et al., 1991; Yoshitake, 1971 : 178)

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม ความเหนื่อยล้าทำให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ดังนี้ คือ อยู่ไม่สุข พูดเสียงในลำคอ สีหน้าเฉยเมย ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส เชื่องช้า เชื่องซึม นอนตลอดเวลา ความสนใจและแรงจูงใจในการทำงานลดลง ไม่อยากทำกิจกรรมหรืองานใดๆ หรือทำอะไรแล้วมักไม่สำเร็จ ความคล่องตัวลดลง ไม่อยากเข้าสังคมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทำให้แยกตัวเอง (Rhoten, 1982 : 280)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความเหนื่อยล้าของ Piper (1998) ที่ วัชรภรณ์ ไต้ะทอง (2545) นำมาใช้ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินความเหนื่อยล้า จากความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมสำหรับการวิจัยนี้ เนื่องจากสามารถประเมินความผิดปกติที่เกิดจากความเหนื่อยล้าครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ และด้านสติปัญญา และสามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า

การศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่าภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกิดปัญหาของสุขภาพร่างกาย โดยมีอาการเจ็บป่วยระหว่างที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรังมากถึงร้อยละ 76.92 ฉะนั้นผู้ดูแลเหล่านี้จึงต้องการการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงและรักษาสุขภาพร่างกายให้ดำเนินต่อไปอย่างปกติ อันได้แก่ การพักผ่อนเพื่อคลายความตึงเครียด เพื่อให้มีพลังในการทำหน้าที่ดูแลได้ต่อไป และมีเวลาเพื่อทำกิจกรรมที่เป็นส่วนตัวบ้าง เช่น ดูแลตนเอง ออกกำลังกาย หรือตรวจสุขภาพประจำปี การที่อยากให้คนในครอบครัวมาแบ่งเบาภาระการดูแล เพื่อให้จะได้มีเวลาส่วนตัวในการลดความอ่อนล้าของร่างกาย Rawlins (1991) ซึ่งความต้องการที่

เกิดขึ้นเหล่านี้ มีผลมาจากความเหน็ดเหนื่อย ความเครียดจากการให้การดูแลทั้งคืน และล้าวนแล้วแต่เป็นความต้องการ เพื่อที่จะให้ตนเองนั้นได้มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ สะท้อนให้เห็นว่าความต้องการด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้กับผู้ดูแลในครอบครัวทุกคนดังนั้นความเหนื่อยล้าจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ดูแล

6.7 ภาวะการดูแล การดูแลตนเองที่จำเป็นในผู้ป่วยโรคมะเร็ง สมาชิกครอบครัวผู้รับผิดชอบในการดูแลจะต้องกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเป็นการกระทำที่มีแบบแผนเป็นลำดับขั้นตอน การกระทำที่มีประสิทธิภาพจะคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของมนุษย์ เกิดพัฒนาการและเกิดความผาสุกแก่สมาชิกครอบครัวผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวผู้รับผิดชอบในการดูแลจะต้องเรียนรู้ในการผสมผสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและสอดแทรกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต (ประคอง อินทรสมบัติ, 2537: 143) หากผู้ดูแลไม่สามารถใช้เวลาให้เหมาะสมกับกิจกรรมการดูแลและต้องใช้ความพยายามในการดูแลผู้ป่วยนั้นคือผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการรับรู้ภาวะการดูแล (Orem, 1995: 208)

Robinson (1983 cited in England & Roberts, 1996: 499) กล่าวถึงภาวะการดูแลว่าเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดการคุกคามต่อบทบาทการดูแล และมองว่าเป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ถึงสถานะของการดูแลอย่างองค์รวม

Poulshock and Demimling (1984 cited in England and Roberts, 1996: 499) ให้ความหมายของภาวะการดูแลว่าเป็นผลลัพธ์ของการดูแลที่เกิดจากข้อจำกัดในชีวิตทั้งก่อนรับบทบาทและขณะรับบทบาทผู้ดูแลแล้วก่อให้เกิดภาวะการดูแลและการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว โดยสร้างกรอบแนวคิดของภาวะการดูแลและวัดผลกระทบออกมา 2 ด้านคือ ผลกระทบต่อผู้ดูแลและสัมพันธภาพในครอบครัว และผลกระทบต่อกิจกรรมการดูแล George and Gwyther (1986 cited in Klein, 1989: 94) ได้พัฒนาแนวคิดนี้และชี้ให้เห็นว่า ภาวะการดูแลสามารถวัดได้โดยแยกออกจากความผาสุกของผู้ดูแล ในขณะที่เดียวกันมีผู้มองว่า (Lazarus and Folkman, 1984 cited in Montgomery, 1989: 209) ภาวะการดูแลก็คือภาวะเครียด และทั้ง 2 สิ่งนี้เป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแล

Montgomery et al. (1985: 204) ให้ความหมายของภาวะการดูแลว่าเป็นการตัดสินใจถึงบทบาทการดูแลว่าทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถูกล่วงล้ำเวลาส่วนตัวหรือถูกกดขี่หรือไม่ และประเมินภาวะการดูแลออกเป็น 2 ลักษณะคือ ภาวะการดูแลเชิงวิตถวิสัยจากกิจกรรมที่สามารถเห็นได้ และภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัยวัดจากการรับรู้ ความรู้สึก ค่านิยม และอารมณ์ของผู้ดูแล ผลการศึกษาในผู้ดูแลสูงอายุจำนวน 80 ราย พบว่าภาวะการดูแลเชิงวิตถวิสัยในกิจกรรมการดูแลด้านการช่วยเดิน การเคลื่อนย้าย และกิจกรรมการดูแลด้านการพยาบาล อาบน้ำ แต่งตัว สามารถ

ร่วมกันทำนายภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัยได้ร้อยละ 34 ขณะเดียวกันก็พบว่า กิจกรรมการดูแลทั้ง 2 ด้านยังมีมากยิ่งขึ้นทำให้เกิดภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัยมากด้วย และพบว่า จำนวนผู้ช่วยดูแลมากจะช่วยลดภาวะการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะพบว่า ภาวะการดูแลแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ ภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัยและภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัย แต่ยังไม่สามารถมองภาวะการดูแลโดยภาพรวมได้ แต่การศึกษาของ Oberst (1990) ซึ่งกล่าวถึงภาวะการดูแลว่าเป็นการรับรู้ ถึงปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล และประเมินภาวะการดูแลออกมา 2 ลักษณะคือ ภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัยซึ่งวัดจากการปริมาณเวลาที่ใช้ในการกระทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม และภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัยวัดจากการรับรู้ถึงความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม เมื่อนำทั้ง 2 ส่วนมาคูณและถอดรากที่สองจะได้เป็นภาวะการดูแลขึ้น ทำให้มองเห็นภาพรวมของภาวะการดูแลได้ชัดเจน นอกจากนี้ยังเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับการประเมินความต้องการการดูแลของโอเร็ม ซึ่งใช้เป็นทฤษฎีพื้นฐานสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดของ Oberst (1990) ที่ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) แปลและดัดแปลง ในการประเมินภาวะการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแล

Bull (1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 55 ราย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 73 รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดีมาก ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีภาวะสุขภาพที่แย่กว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย และพบว่ารายได้ ความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และขนาดของเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์และ 2 เดือน ($r=0.10, -0.67, -0.49, -0.05,$ และ 0.06 ตามลำดับหลัง 2 สัปดาห์แรก และ $r=-0.39, -0.45, -0.59, -0.13,$ และ -0.26 ตามลำดับหลัง 2 เดือนแรก) และพบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และขนาดเครือข่ายทางสังคมสามารถทำนายภาวะการดูแลได้ถึงร้อยละ 53 วัดหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และพบว่ารายได้ และความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสามารถร่วมกันทำนายภาวะการดูแลได้ถึงร้อยละ 50 วัดเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ 2 เดือน แสดงให้เห็นว่า รายได้ ความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้ถึงภาวะการดูแลของผู้ดูแล และพบว่าภาวะการดูแลเชิงจิตวิสัยสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ร้อยละ 27 วัดเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ แต่เมื่อวัดหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน ภาวะ

การดูแลเชิงจิตวิสัยสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้เพียงร้อยละ 17 แสดงว่าระยะเวลาการดูแลที่นานจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความยากลำบากในการดูแลน้อยลง เมื่อพิจารณาถึงภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยในกลุ่มผู้ดูแลที่มีคะแนนสูงพบว่าผู้ดูแลมีความเบื่อหน่าย ตึงเครียด และมีภาวะซึมเศร้ามาก สิ่งเหล่านี้ทำให้ทราบว่าภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญหากมีการเตรียมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ดีพอจะช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลลง ในขณะที่เดียวกันจะช่วยให้คุณภาพการดูแลดีขึ้นด้วย

Schott-Baer(1993) ได้ศึกษาถึงภาวะการพึ่งพา ภาระการดูแล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 113 ราย โดยวัดภาระการดูแล 2 ลักษณะคือ เชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัย พบว่าการดูแลเชิงวัตถุวิสัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ แสดงว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมการดูแลมากขึ้นในขณะที่ภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาที่ดูแลและมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ แสดงว่าผลของภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแลกับประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมามีมากขึ้นเมื่อดูแลเป็นระยะเวลานานขึ้น ในขณะที่จะน้อยลงเมื่อผู้ดูแลมีอายุมากขึ้น ซึ่งอาจเนื่องมาจากอายุมากขึ้นทำให้เกิดความเข้าใจและเกิดความรู้สึกที่ดีในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลเชิงจิตวิสัย แสดงว่าผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีจะเกิดการรับรู้ภาระการดูแลเชิงจิตวิสัยน้อยลง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองให้มากขึ้นด้วย

สำหรับการศึกษาภาระการดูแลในประเทศไทย วิภาวรรณ ชุ่ม (2536) ได้ศึกษาภาระการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา จำนวน 100 ราย พบว่ากิจกรรมที่เป็นภาระมากที่สุดคือ การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ รองลงมาคือ การจัดการเรื่องการเดินทาง การให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน โดยคะแนนการใช้เวลาในการดูแลมีระดับสูงกว่าความยากลำบากในการดูแล และพบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและความผาสุกโดยทั่วไป ภาระการดูแลและระยะเวลาในการศึกษาของผู้ดูแลสามารถทำนายความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลได้ร้อยละ 21

นอกจากนี้ Bader (1985: 35-52) กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยจะเกิดเป็นปัญหาแก่ผู้ดูแลอย่างมาก เนื่องจากสังคมไม่เคยมีการเตรียมสมาชิกในครอบครัว สำหรับการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแลไปโดยหน้าที่ ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่จึงพยายามที่จะหาความช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลตนเอง ตลอดจนมีความต้องการหรือการสนับสนุน ช่วยเหลืออย่างมากมาย เพื่อจัดการกับปัญหาและเพื่อที่จะทำให้ตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งไม่เพียงแต่ส่งผลต่อผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวและครอบครัว เนื่องจากอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมักเป็น กระทั่งหนัก และการดูแลผู้ป่วยใช้ระยะเวลาอันยาวนาน ผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ได้ว่า จะมีอะไรเกิดขึ้น การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระอย่างยิ่ง ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียด การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต การปรับตัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทของตน และ ปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความต้องการหลาย ๆ ด้าน ซึ่ง ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวจะมากหรือน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังได้กล่าวไว้แล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดย ผลการวิจัยที่ได้จะนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลต่อไป เพื่อตอบสนองของ ความ ต้องการตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแลในครอบครัว

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Hampe (1975) ศึกษาความต้องการของคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต จำนวน 27 ราย โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง พบว่าสิ่งที่คู่สมรสของผู้ป่วยต้องการมาก 8 ลำดับ คือ 1) ต้องการอยู่ใกล้ชีวิตผู้ป่วย (Need to be with the dying person) 2) ต้องการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย (Need to be helpful to the dying person) 3) ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย (Need for assurance of the comfort of the dying person) 4) ต้องการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (Need to be informed of the Mate's condition) 5) ต้องการได้รับแจ้งเกี่ยวกับการตายของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น (Need to be informed of the impending death) 6) ต้องการระบายความรู้สึก (Need to ventilate emotions) 7) ต้องการความสบาย และ ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว (Need for comfort and support of family members) และ 8) ความต้องการการยอมรับ การปลอบใจ และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ที่ม สุขภาพ (Need for acceptance, support, and comfort from health professionals)

Stetz (1987) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของคู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลูกกลม จำนวน 65 ราย โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ในการให้การดูแลผู้ป่วย มะเร็งที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 69 ในเรื่องของการบริหารจัดการในการดูแลทางด้านร่างกายของผู้ป่วย กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการให้การดูแลตาม แผนการรักษา ตลอดจนการเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รองลงมา มีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 39 ได้แก่ ความต้องการในการบริหารจัดการเกี่ยวกับบ้านและ การเงิน และความต้องการในการสังเกตเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีความ

ต้องการในด้านต่างๆ อีก 6 ด้าน คือ 1) การเปลี่ยนแปลงความผาสุกในชีวิตและรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล 2) การดูแลอย่างต่อเนื่องให้คงที่ 3) การไม่ได้รับข้อมูลมากพอจากแหล่งบริการสุขภาพ 4) ผลของโรคมะเร็งเป็นอุปสรรคในการสื่อสารข้อมูลในครอบครัว 5) การไม่ทราบอนาคตว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น และ 6) สัมพันธภาพในชีวิตสมรสเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาถึงเพศผู้ดูแล พบว่าเพศหญิงจะมีความต้องการในการเฝ้าระวังติดตามอาการของผู้ป่วย ส่วนเพศชายมีความต้องการในการบริหารจัดการเกี่ยวกับบ้านและการเงิน

Rawlins (1991) ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 7 ครอบครัว โดยวิธีการสัมภาษณ์ พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการ 3 ประการ ได้แก่ 1) ต้องการความช่วยเหลือ โดยผู้ดูแลกล่าวว่า “การดูแลเป็นงานที่หนัก ต้องทำงานมากจนไม่มีเวลา” บางรายกล่าวว่า “เป็นงานที่ไม่เคยทำมาก่อน ทำให้ต้องการความช่วยเหลือโดยตรงในการดูแลผู้ป่วย” และบุคคลที่ผู้ดูแลคาดหวังให้ช่วยเหลือก็คือ สมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อจะลดภาระการดูแล 2) ต้องการความหวัง โดยผู้ดูแลกล่าวว่า “เสมือนการค้นหาความเข้มแข็งภายในตัวเอง พระเจ้าใช้สถานการณ์เหล่านี้ เพื่อให้มนุษย์เกิดความแข็งแกร่ง” บางรายกล่าวว่า “ต้องการได้ยินว่ายังมี ความหวังอยู่เสมอ” “ไม่ต้องการจะพบกับความผิดหวัง” “ต้องการความหวังจากพระเจ้า และบุคคลอื่นๆ” และ 3) ต้องการความสุข โดยผู้ดูแลกล่าวว่า “ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย ฉันสูญเสียความสุขในชีวิต” “ไม่สามารถยิ้มออก” “รู้สึกไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการ” เป็นต้น

Wilson (1992) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของครอบครัว โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม จากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 8 ราย ญาติผู้ดูแล 8 ราย และเจ้าหน้าที่ดูแล (Hospice staff) 12 ราย ผู้วิจัยได้ทำการสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ที่ดูแล เป็นระยะเวลา 5 เดือน โดยการสัมภาษณ์ ญาติผู้ดูแลที่บ้าน และสังเกตกิจกรรมต่างๆ ในการดูแล เข้าร่วมสังเกตและจัดบันทึกการประชุมของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ผลการวิจัยทำให้ทราบปรากฏการณ์ที่ญาติผู้ดูแลประสบปัญหาในการทำหน้าที่การดูแล และการผ่านประสบการณ์เหล่านี้เป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มเป็นผู้ดูแล (Becoming a caregiver) จะอยู่บนพื้นฐานในการตัดสินใจเลือกรับบทบาทในการดูแล ความรู้สึกด้านคุณธรรมในการเข้ามารับผิดชอบดูแล และการแบ่งหน้าที่ในการดูแลดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “มันเป็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ฉันไม่เคยอยู่กับบ้าน 24 ชั่วโมง ฉันเคยชินกับการเดินทางไปทำงานและกลับบ้าน ไม่สามารถทำอะไรเหมือนในอดีต มันเป็นความจริงที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ฉันต้องปรับตัว ฉันไม่มีทางเลือก สามีต้องอยู่กับบ้านและไม่มีใครที่จะดูแลนอกจากฉัน เราแต่งงานกันมา 47 ปี และเราจะอยู่ด้วยกันนั่นคือสิ่งสำคัญ” 2) ระยะผ่านประสบการณ์ (Making it through) ผู้ดูแลใช้วิธีการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่

เกิดขึ้นในการดูแลไม่ว่าจะเป็นบันทึกระบายนความรู้สึก การสวดมนต์อ่อนนวลสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือการหาเวลาพูดคุยกันในแต่ละวัน ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “ฉันพยายามใช้เวลาในการพูดคุยกันฉันจะไม่เล่าเกี่ยวกับอาการของเขา แต่เราจะคุยกันถึงความรู้สึกของเขาในวันนี้ เราจะไม่คุยเรื่องโรคมะเร็ง” ผลการวิจัยสะท้อนภาพสิ่งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ผู้ดูแลมีอาการ ความรู้สึก และมีความต้องการด้านต่างๆ ต่อสถานการณ์นี้ เป็นรางวัลที่มีค่าในชีวิต และเป็นความเครียดแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างยิ่งเช่นกัน

ชนิตา มณีวรรณ และคณะ (2535) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน เป็นการสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแล กลุ่มละ 110 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบประเมิน และแบบสังเกตที่สร้างขึ้นเอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีปัญหา 6 ลำดับ คือ 1) วิตกกังวล 2) ไม่ได้ออกกำลังกาย 3) เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย 4) ป่วยเป็นโรคต่างๆ 5) ท้อแท้หมดกำลังใจ และ 6) นอนหลับไม่สนิท สำหรับความต้องการของผู้ดูแล 7 อันดับ คือ 1) ต้องการให้มีพยาบาลมาเยี่ยมบ้าน 2) ต้องการคำแนะนำและความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติกรพยาบาล 3) ต้องการคนช่วยดูแล 4) ต้องการผู้ให้กำลังใจผู้ป่วย และคนเข้าใจผู้ดูแล 5) ต้องการความช่วยเหลือเรื่องการเงิน 6) ต้องการให้ผู้ป่วยหาย ให้ความร่วมมือและพยายามช่วยเหลือตนเอง และ 7) ต้องการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระหว่าง ฐานะทางการเงิน สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อในการคิดรู้ ความต้องการในการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน จำนวน 88 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.5 มีการเจ็บป่วยที่สะท้อนถึงผลของความเครียดชัดเจน ได้แก่ ปวดศีรษะ ไข้หวัด อ่อนเพลีย เหนื่อย วิตกกังวล นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ และใจสั่น และเมื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่ทำนายสุขภาพ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม ฐานะทางการเงินไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อแรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าและเป็นความเครียด ความเชื่อในการคิดรู้มีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าและเป็นความเครียด ความต้องการในการดูแลไม่มีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าและเป็นความเครียดการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าและเป็นความเครียดมีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับภาวะสุขภาพ

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

สุนิศา สุขตระกูล (2544) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการในภาวะสูญเสียและโศกเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง จำนวน 103 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลัน จำนวน 53 ราย และโรคเรื้อรัง จำนวน 50 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความต้องการในภาวะสูญเสียและโศกเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย ที่สร้างขึ้นเอง โดยอาศัยแนวคิดของ Dracup and Brey (1978) ประกอบด้วยความต้องการ 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการได้รับการสนับสนุนและการระบายความรู้สึก พบว่าความต้องการในภาวะสูญเสียและโศกเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาในกลุ่มอื่นๆ

Molter (1979) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 40 ราย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นทั้งคู่สมรส บุตร พี่น้อง ป้า และมารดา โดยใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้น ประกอบด้วยความต้องการ 45 ข้อ มีระดับการวัดความสำคัญของแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ จากการศึกษาพบว่า ความต้องการสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่ได้รับการตอบสนองจากพยาบาล และความต้องการ 10 ข้อแรกที่มีความสำคัญ ได้แก่ 1) ความต้องการมีความหวัง 2) ความต้องการให้เจ้าหน้าที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วย 3) มีที่พักรอเยี่ยมใกล้บริเวณหอผู้ป่วย 4) ต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 5) ต้องการทราบการพยากรณ์หรือการทำนายโรคของผู้ป่วย 6) ต้องการ

คำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง 7) ต้องการทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย 8) ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง

Vanetizian and Corrigan (1995: 149-154) ศึกษาความต้องการด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 14 ราย พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการด้านความรู้ดังนี้ 1) ความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 2) ความรู้ในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ดูแลให้ดีขึ้น 3) ความรู้ในการดำรงภาวะสุขภาพของครอบครัวให้เป็นปกติสุขและ 4) แหล่งที่ช่วยเหลือและดำรงภาวะสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ยังกล่าวว่าคุณค่าการทางการพยาบาล ควรได้วางแผนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในความต้องการด้านความรู้ดังกล่าว

Egertson และคณะ (1994: 185) ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงอายุ ใช้วิธีการสัมภาษณ์จำนวน 9 ครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการ 8 ประการ ได้แก่ 1) ต้องการเวลา เนื่องจากเวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลลดลง 2) ต้องการการสนับสนุนทางสังคมและต้องการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 3) ต้องการความช่วยเหลือและวิธีการในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น รถเข็นในการนำผู้ป่วยเข้าบ้าน 4) ต้องการทราบวิธีการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพ 5) ต้องการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เมื่อบทบาทของผู้ดูแลเปลี่ยนไป 6) ต้องการแหล่งที่ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 7) ต้องการทราบระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และ 8) ต้องการทราบวิธีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

Poulshock and Deimling (1984: 230-239) ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจำนวน 614 ครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการมากที่สุดใน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) ต้องการการจัดการเกี่ยวกับการดูแลร่างกายของผู้ป่วย 2) ต้องการทราบหลักการในการรักษาผู้ป่วย 3) ต้องการทราบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 4) ต้องการการจัดการช่วยเหลือภายในบ้าน และ 5) ต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ

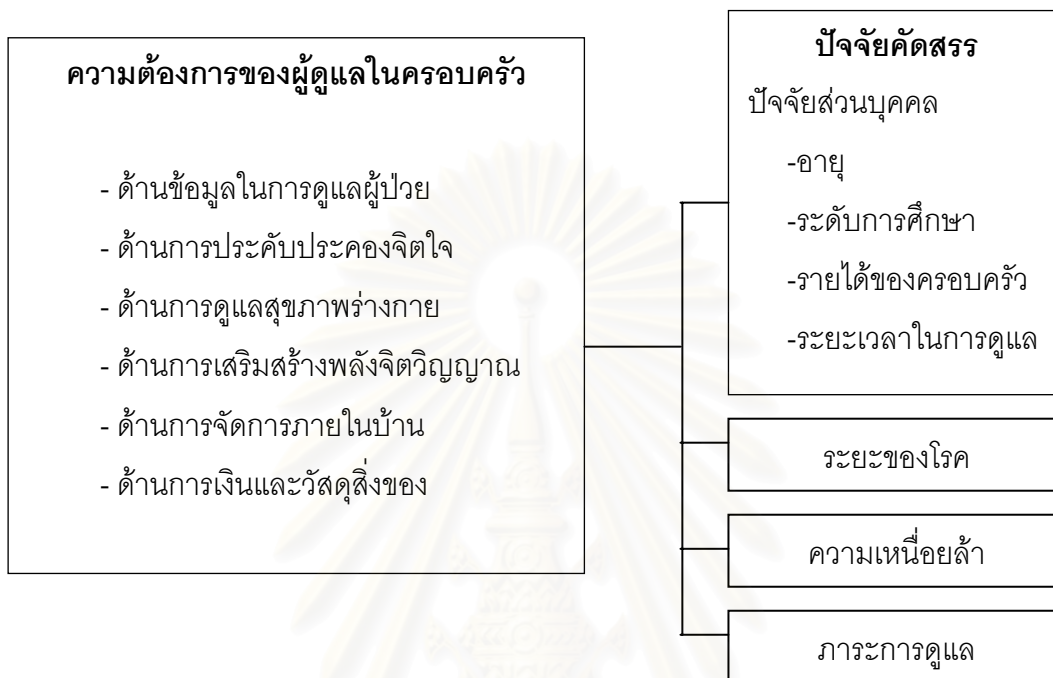
อุไรพร พงศ์พัฒน์วุฒิ (2532) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลแพรว จำนวน 60 คน โดยนำแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวในภาวะวิกฤตของมอเตออร์ มาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย และแบ่งความต้องการออกเป็น 6 ด้าน คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน ให้ลำดับความสำคัญของความต้องการไม่แตกต่างกัน ความต้องการที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการมีส่วนร่วมในการ

ช่วยเหลือผู้ป่วยและความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ส่วนความต้องการที่มีความสำคัญน้อยที่สุดคือ ความต้องการกำลังใจ ความต้องการมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก และความต้องการส่วนบุคคล

อรทัย โสมนรินทร์, เผอิญ ฤนอมพงษ์ชาติ และ ศศิมา กุสุมา ณ อยุรยา (2540) ศึกษาวิจัยความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยทำการศึกษาญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลบาราศนราดรุร จำนวน 300 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวในภาวะวิกฤตของมอเตอ์และดาเลย์ ประกอบด้วยข้อความความต้องการ 37 ข้อ ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการเป็นรายด้าน พบว่า ญาติมีความต้องการด้านข้อมูลมากที่สุด รองลงมาเป็นความต้องการลดความวิตกกังวลและความต้องการส่วนบุคคลตามลำดับ ส่วนความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุดเป็นรายข้อ ได้แก่ ได้รับการบอกเกี่ยวกับแหล่งที่จะขอคำปรึกษาและเป็นที่ยอมรับเมื่อรู้สึกท้อแท้และทนสภาพที่เป็นอยู่ไม่ไหว ได้รับการบอกสิ่งของที่สามารถใช้ร่วมกับผู้ป่วยและสิ่งของที่ห้ามใช้ร่วมกับผู้ป่วย ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาอื่นๆ เช่น ค่ายา อาชีพ ที่พักอาศัย ได้รับคำอธิบายถึงเหตุผลของการให้การรักษาผู้ป่วยทุกครั้งอย่างชัดเจนและได้รับการบอกในเรื่องอาหารที่ผู้ป่วยควรรับประทาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่เพียงแต่ส่งผลต่อผู้ป่วย ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมักเป็นเรื่องร้ายและการดูแลผู้ป่วยใช้ระยะเวลาอันยาวนาน การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นภาระอย่างยิ่ง ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความต้องการในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ด้านการปรับประคองจิตใจ ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้าน และด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ ซึ่งความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวมีมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัวเอง อันได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล ความเหนื่อยล้าและภาระการดูแล การที่จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการตอบสนองของความต้อการนั้น ถือเป็นบทบาทสำคัญยิ่งของพยาบาลในการพยาบาลแบบองค์รวม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อประเมินความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว และนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลต่อไป ย่อมจะทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังที่กล่าวมา มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งชายและหญิง ที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตัวขนาดใหญ่ของรัฐ (Super tertiary hospitals) ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งชายและหญิงที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิตัวขนาดใหญ่ของรัฐ (Super tertiary hospitals) ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. เป็นผู้ดูแลหลักและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง
3. เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมายคือ คู่สมรส
4. รู้สึกตัวดี มีการรับรู้จดจำ เกี่ยวกับเวลา บุคคล สถานที่ได้
5. ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่น ๆ
6. สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
7. ยินดีร่วมมือในการทำวิจัย

คุณสมบัติของผู้ป่วย คือ

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของทอร์นไคด์ Thorndike (1978) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ $N = 10K + 50$ (เมื่อ $N =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง $K =$ จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ก็คือ $10(8)+50 = 130$ ได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 130 คน

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้

1. สุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนประชากรที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งมารับบริการโดยสุ่มตามสังกัด ดังนี้

1.1 โรงพยาบาลสังกัดกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานครมีทั้งหมด 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า สุ่มมา 1 ใน 3 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลาก

1.2 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการในเขตกรุงเทพมหานครมีทั้งหมด 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาธิบดี สุ่มมา 1 ใน 2 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลาก

1.3 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครมีทั้งหมด 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิศจินและโรงพยาบาลราชวิถี สุ่มมา 1 ใน 3 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลาก

ซึ่งผลจากการสุ่มจะได้โรงพยาบาลทั้งหมด 3 แห่งจากโรงพยาบาลทั้งหมด 8 แห่งใช้ในการศึกษานี้

2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มาติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ศัลยกรรม หู คอ จมูกและนารีเวชวิทยาในแต่ละโรงพยาบาลที่ได้รับการสุ่มตามสัดส่วนประชากรที่มารับการตรวจ ซึ่งจากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจรักษาในเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 ของแต่ละโรงพยาบาล และนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	ร้อยละของ ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
ราชวิถี	190	35	45
รามาธิบดี	225	42	55
พระมงกุฎเกล้า	125	23	30
รวม	540	100	130

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยกำหนดเกณฑ์สัมภาษณ์ผู้ป่วยคนเว้นคนระหว่างวันที่ 27 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2549 จนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งจำนวนรวมทั้งหมด คือ 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้ มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้ คือ

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัย และรวมทั้งบทความในวารสารทั้งในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ระยะของโรค ความเหนื่อยล้า การดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2. จัดทำโครงร่างแบบสอบถาม เพื่อให้มีเนื้อหาครอบคลุม และปรับปรุงข้อคำถามให้มีความครอบคลุมเหมาะสมกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ รูปแบบการทำงาน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ยต่อวัน สุขภาพของผู้ดูแล โรคประจำตัว แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ชนิดของโรค มะเร็ง ระยะเวลาที่เจ็บป่วยชนิดของโรค มะเร็ง และระยะของโรค มะเร็ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า (Fatigue Scale) เป็นแบบวัดความเหนื่อยล้าของ Piper (1998) ที่ วัชรภรณ์ ไต้ะทอง (2545) นำมาใช้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า

ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญา ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 - 10 และผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .96

แบบวัดความเหนื่อยล้ามีคะแนนตั้งแต่ 0 - 220 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล และแปลความหมายของคะแนนโดยใช้แนวคิดของ Jensen and Given (1991) โดยแบ่งความเหนื่อยล้าออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เหนื่อยล้ามาก คะแนนอยู่ในช่วง 7-10

เหนื่อยล้าปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 4-6.99

เหนื่อยล้าเล็กน้อย คะแนนอยู่ในช่วง 0-3.99

ตอนที่ 3 แบบวัดภาระการดูแล (The Caregiving Burden Scale) สร้างโดย Oberst (1990) ที่ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) แปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทยและสิ่งแวดล้อมและปรับปรุงขึ้นใหม่เป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและศึกษาเฉพาะในส่วนของการต้องการการดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อต้องตอบ 2 ลักษณะ คือ ความต้องการการดูแลประเมินจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการกระทำกิจกรรมการดูแล และความยากลำบากในการดูแล ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.81 ลักษณะของข้อคำถามเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล

ระดับ 1	ไม่ต้องใช้เวลาในการดูแลเลย	ให้	1	คะแนน
ระดับ 2	ใช้เวลาในการดูแลน้อย	ให้	2	คะแนน
ระดับ 3	ใช้เวลาในการดูแลปานกลาง	ให้	3	คะแนน
ระดับ 4	ใช้เวลาในการดูแลมาก	ให้	4	คะแนน
ระดับ 5	ใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด	ให้	5	คะแนน

ความยากลำบากในการดูแล

ระดับ 1	ไม่ยากลำบากในการดูแลเลย	ให้	1	คะแนน
ระดับ 2	มีความยากลำบากในการดูแลน้อย	ให้	2	คะแนน
ระดับ 3	มีความยากลำบากในการดูแลปานกลาง	ให้	3	คะแนน
ระดับ 4	มีความยากลำบากในการดูแลมาก	ให้	4	คะแนน
ระดับ 5	มีความยากลำบากในการดูแลมากที่สุด	ให้	5	คะแนน

นำคะแนนทั้ง 2 ส่วนมาคูณกันแล้วถอดรากที่ 2 โดยที่คะแนนต่ำแสดงว่าสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแลน้อย คะแนนสูงแสดงว่าสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแลมาก โดยแบ่งภาระการดูแลเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ภาระการดูแลมาก	คะแนนอยู่ในช่วง	15-35
ภาระการดูแลปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วง	36-55
ภาระการดูแลน้อย	คะแนนอยู่ในช่วง	56-75

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ซึ่ง สุวีรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) ดัดแปลงมาจากรูปแบบความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งของ Wingate and Lackey (1989) และปรับปรุงขึ้นใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 56 ข้อ แบ่งเป็นความต้องการ 6 ด้าน คือ

1. ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย	20 ข้อ	ได้แก่ข้อ 1-20
2. ด้านการประคับประคองจิตใจ	12 ข้อ	ได้แก่ข้อ 21-28
3. ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย	7 ข้อ	ได้แก่ข้อ 29-35
4. ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ	8 ข้อ	ได้แก่ข้อ 36-43
5. ด้านการจัดการภายในบ้าน	8 ข้อ	ได้แก่ข้อ 44-51
6. ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ	5 ข้อ	ได้แก่ข้อ 52-56

ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.90 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ไม่มีความต้องการ หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับ
ความจำเป็นที่ตนเองอยากให้มี

มีความต้องการเล็กน้อย หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับ
ความจำเป็นที่ตนเองอยากให้มีเป็นส่วนใหญ่

มีความต้องการปานกลาง หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับ
ความจำเป็นที่ตนเองอยากให้มีปานกลาง

มีความต้องการมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับ
ความจำเป็นที่ตนเองอยากให้มีมาก

มีความต้องการมากที่สุด หมายถึง ผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับ
ความจำเป็นที่ตนเองอยากให้มีมากที่สุด

โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวตอบว่าความต้องการของตนเองตรงกับระดับใดมากที่สุดเพียง
ระดับเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่มีความต้องการ	ให้คะแนน	1	คะแนน
มีความต้องการเล็กน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
มีความต้องการปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
มีความต้องการมาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
มีความต้องการมากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน แบ่งตามเกณฑ์ของ สุวีริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80	หมายถึง	ผู้ดูแลไม่มีความต้องการ
คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความต้องการในระดับเล็กน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความต้องการในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความต้องการในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความต้องการในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด ได้แก่ แบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามภาวะการดูแล และแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1.1 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ดูแล จำนวน 2 ท่าน

1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการสอนและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

จำนวน 1 ท่าน

1.3 อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน

1.4 พยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน

ในครั้งนั้นได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องความชัดเจน ความซ้ำซ้อนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแต่ละแบบสอบถามดังนี้

1) แบบสอบถามความเหนื่อยล้า ควรเพิ่มคำถามสั้น ๆ เพื่อให้เข้าใจง่ายในข้อคำถามที่ 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22

2) แบบสอบถามภาวะการดูแล ควรปรับปรุงข้อคำถามที่ 7 และ 11

3) แบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว ควรปรับปรุงข้อคำถามที่ 13, 25, 31, 33, 41, 43, 49 และ 55

ผู้วิจัยปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามภาวะการดูแล และแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริง (Try out) กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษารวม 30 ราย ในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ศูนย์มหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี ในระหว่างวันที่ 20 กุมภาพันธ์ ถึง 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเหนื่อยล้าเท่ากับ .96 แบบสอบถามภาวะการดูแลเท่ากับ .81 และแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งเท่ากับ .90 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีเดิม ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามภาวะการดูแล และแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง .97, .93 และ .95 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับใช้จริง จำแนกตามแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ขั้นทดลองใช้ (N=30)	ใช้จริง (N=130)
แบบสอบถามความเหนื่อยล้า	.96	.97
แบบสอบถามภาวะการดูแล	.81	.93
แบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง	.90	.95

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการ หัวหน้างานการพยาบาลและหัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลราชวิถีและ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลแล้วทางโรงพยาบาลดังกล่าวจะพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งใช้ระยะเวลาก่อนที่ผู้วิจัยจะได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้
 - 2.1 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ในการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และอนุญาตให้ทำวิจัย
 - 2.2 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี ใช้เวลา 2 สัปดาห์ ในการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และอนุญาตให้ทำวิจัย
 - 2.3 คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ใช้เวลา 2 สัปดาห์ ในการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และอนุญาตให้ทำวิจัย
3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลแล้วผู้วิจัยจึงติดต่อและเข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ตามวันและเวลา ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลหมุนเวียนกันไป ดังนี้

วันจันทร์วันพุธและวันศุกร์	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	เวลา 09.00-12.00
วันอังคารและวันพฤหัสบดี	โรงพยาบาลราชวิถี	เวลา 09.00-12.00
วันจันทร์ - วันศุกร์	โรงพยาบาลรามาริบัติ	เวลา 09.00-12.00

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2549 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 5 สัปดาห์
4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคเมะเร็งที่มาติดตามการรักษาตามคุณสมบัติและสถานที่ที่กำหนด โดยแนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคเมะเร็งยินดีเข้าร่วม

การวิจัยจึงให้เชิญไปยินยอมก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามแต่ละส่วนให้ผู้ดูแลฟังและให้เลือกตอบ พร้อมกับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามแต่ละส่วนตามคำตอบที่ได้รับอย่างถูกต้องและเป็นจริง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาทีและทำการสอบถามจนกระทั่งครบจำนวนทั้งสิ้น 130 คน

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมด 130 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ให้ลงนามในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ โดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง และต่อการปฏิบัติงานแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยนำมาคำนวณโดยหาความถี่ ร้อยละ
2. คะแนนความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยรวมและรายด้านนำมาคำนวณ โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. หาความสัมพันธ์ ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความเหนื่อยล้า ภาระการดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ คือ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

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

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดตามกัน แต่หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดตรงข้ามกัน

4. ศึกษาหาความสัมพันธ์ของระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของโรคมะเร็งในผู้ป่วยกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังที่กล่าวมา ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ทั้ง 4 ฉบับ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 130 คน จากโรงพยาบาล 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 55 คน โรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 45 คน และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 30 คน โดยผู้ดูแลในครอบครัวตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และในรายที่ไม่สามารถตอบด้วยตนเองได้ เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาด้านสายตา หรืออ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 3
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4
3. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยรวมและรายด้าน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5
4. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผลตามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำแนกเป็นรายข้อ ตามรายด้านทั้ง 6 ด้าน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6
5. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเหนื่อยล้าและการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 7
6. ค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของโรค และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความเหนื่อยล้าและการดูแลกับความต้องการโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 8
8. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความเหนื่อยล้าและการดูแลกับความต้องการรายด้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย โรคมะเร็ง แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 9

7. ค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and kruskal's Gramma (G) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของโรคกับความถี่การรายด้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 10



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ รูปแบบการทำงาน ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน สุขภาพของผู้ดูแล โรคประจำตัว(n = 130)

ลักษณะของผู้ดูแล	จำนวน (n = 130)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	84	64.62
ชาย	46	35.38
อายุ		
20-30 ปี	22	16.92
31-40 ปี	23	17.70
41-50 ปี	35	26.92
51-59 ปี	50	38.46
สถานภาพสมรส		
คู่	101	77.69
โสด	25	19.23
หม้าย	4	3.08
หย่า/แยก	0	0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	1.54
ประถมศึกษา	39	30.00
มัธยมศึกษา	49	37.69
ปริญญาตรี	22	16.92
สูงกว่าปริญญาตรี	6	4.62
อื่นๆ (ปวช.,ปวส.)	12	9.23

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ รูปแบบการทำงาน ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน สุขภาพของผู้ดูแล โรคประจำตัว (n = 130) (ต่อ)

ลักษณะของผู้ดูแล	จำนวน (n = 130)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว		
0 – 5,000 บาท	20	15.38
5,001 – 10,000 บาท	26	20.00
10,001 – 15,000 บาท	40	30.77
15,001 – 20,000 บาท	12	9.23
20,000 บาทขึ้นไป	32	24.62
ความเพียงพอของรายได้		
มีพอใช้ แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ	73	56.15
มีเงินเหลือเก็บ	42	32.31
ไม่พอใช้ แต่ไม่มีหนี้	8	6.15
ไม่พอใช้ แต่มีหนี้	7	5.38
อาชีพ		
รับจ้าง	45	34.62
งานบ้าน	26	20.00
รับราชการ	21	16.15
รัฐวิสาหกิจ	15	11.54
ค้าขาย	12	9.23
กสิกรรม	11	8.46
รูปแบบการทำงาน		
ทำงานเต็มเวลา	80	61.54
ทำงานบางเวลา	46	35.38
ลาออกจากงานมาดูแล	4	3.08

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ รูปแบบการทำงาน ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน สุขภาพของผู้ดูแล โรคประจำตัว (n = 130) (ต่อ)

ลักษณะของผู้ดูแล	จำนวน (n = 130)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
น้อยกว่า 3 เดือน	10	7.69
3 เดือน – 6 เดือน	15	11.54
6 เดือน – 1 ปี	29	22.31
มากกว่า 1 ปี – 3 ปี	53	40.77
มากกว่า 3 ปี – 6 ปี	20	15.38
มากกว่า 6 ปี	3	2.31
จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแล		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	24	18.46
6 – 10 ชั่วโมง	47	36.15
11 – 15 ชั่วโมง	26	20.00
มากกว่า 15 ชั่วโมง	33	25.38
สุขภาพของผู้ดูแล		
ดีขึ้น	7	5.38
คงเดิม	107	82.31
แย่ลง	16	12.31
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	80	61.54
อื่น ๆ (โรคภูมิแพ้, โรคกระเพาะ)	28	21.54
ความดันโลหิตสูง	16	12.31
เบาหวาน	4	3.08
หัวใจ	2	1.54

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ รูปแบบการทำงาน ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน สุขภาพของผู้ดูแล โรคประจำตัว (n = 130) (ต่อ)

ลักษณะของผู้ดูแล	จำนวน (n = 130)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วย		
คู่สมรส	52	40.00
บุตร	30	23.08
บิดา/มารดา	22	16.92
พี่น้อง	18	13.85
อื่นๆ (ลุง, ป้า)	8	6.15

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 64.62) มีอายุระหว่าง 51-59 มากที่สุด (ร้อยละ 38.46) มีสถานภาพสมรส (คู่) มากที่สุด (ร้อยละ 77.69) กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 37.69) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อครอบครัว 10,001 – 15,000 บาท มากที่สุด (30.77) โดยรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บมากที่สุด (ร้อยละ 56.15)

กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 34.62) ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทำงานเต็มเวลามากที่สุด (ร้อยละ 61.54) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คือ มากกว่า 1 ปี – 3 ปี (ร้อยละ 40.77) จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวันมากที่สุด คือ 6 – 10 ชั่วโมง

เมื่อดูแลผู้ป่วยแล้วปรากฏว่าสุขภาพผู้ป่วยคงเดิมมากที่สุด (ร้อยละ 82.31) กลุ่มตัวอย่างตอบว่าไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด (ร้อยละ 61.54) ความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด คือ คู่สมรส (ร้อยละ 40)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (n = 130)

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน (n = 130)	ร้อยละ
อายุ		
20 – 30 ปี	12	9.23
31 – 40 ปี	9	6.92
41 – 50 ปี	29	22.31
51 – 59 ปี	80	61.54
เพศ		
ชาย	66	50.77
หญิง	64	49.23
สถานภาพสมรส		
คู่	107	82.31
โสด	20	15.38
หม้าย	3	2.31
หย่า/แยก	0	0
ระยะของโรคมะเร็ง		
ระยะที่ 1	14	10.77
ระยะที่ 2	20	15.38
ระยะที่ 3	72	55.38
ระยะที่ 4	24	18.46

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (n = 130) (ต่อ)

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน (n = 130)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
น้อยกว่า 3 เดือน	10	7.69
มากกว่า 3 เดือน – 6 เดือน	19	14.62
มากกว่า 6 เดือน – 1 ปี	25	19.23
มากกว่า 1 ปี – 3 ปี	53	40.77
มากกว่า 3 ปี – 6 ปี	20	15.38
มากกว่า 6 ปี	3	2.31
ชนิดของโรคมะเร็ง		
มะเร็งหลังโพรงจมูก	24	18.46
มะเร็งช่องปาก	19	14.62
มะเร็งปากมดลูก	17	13.08
มะเร็งเต้านม	17	13.08
มะเร็งกล่องเสียง	16	12.31
มะเร็งไทรอยด์	6	4.62
มะเร็งตับ	6	4.62
มะเร็งต่อมหน้าเหลือง	5	3.85
มะเร็งรังไข่	4	3.08
มะเร็งลำไส้	4	3.08
อื่น ๆ (มะเร็งไชนัส, มะเร็งหู)	4	3.08
มะเร็งหลอดอาหาร	3	2.31
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	3	2.31
มะเร็งปอด	2	1.54

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างดูแลเป็นเพศชายมากที่สุด (ร้อยละ 50.77) มีอายุระหว่าง 51- 59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 61.54) ผู้ป่วยมีสถานภาพสมรส (คู่) มากที่สุด (ร้อยละ 82.31) ผู้ป่วยเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกมากที่สุด (ร้อยละ 18.46) ผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะที่ 3 มากที่สุด (ร้อยละ 55.38) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย มากที่สุด คือ มากกว่า 1 – 3 ปี (ร้อยละ 40.77)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วย
โรคมะเร็งโดยรวมและรายด้าน (n = 130)

ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว	\bar{X}	SD	ระดับ
ความต้องการของผู้ดูแลโดยรวม	3.075	0.522	ปานกลาง
ด้านการปรับระดับประคองจิตใจ	3.724	0.697	มาก
ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ	3.352	0.639	ปานกลาง
ด้านการจัดการภายในบ้าน	3.164	0.666	ปานกลาง
ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ	2.986	0.731	ปานกลาง
ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย	2.7242	0.743	ปานกลาง
ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย	2.487	0.662	น้อย

จากตารางที่ 5 พบว่า ความต้องการของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.07, SD = 0.522) ส่วนความต้องการรายด้านมีอยู่หลายระดับ ทั้ง มาก ปานกลาง และน้อย ซึ่งเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ความต้องการด้านการปรับระดับประคองจิตใจ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้าน ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย และด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลตามความต้องการของผู้ดูแลใน
ครอบครัว จำแนกเป็นรายข้อ (n = 130)

ความต้องการ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการประคับประคองจิตใจ			
ให้เวลาในการซักถาม	4.19	0.76	มาก
มีเวลารับฟังปัญหา	4.07	0.82	มาก
ช่วยดูแล	3.68	0.97	มาก
คลายความเครียด/ความวิตกกังวล	3.67	0.99	มาก
รับรู้ปัญหา	3.67	0.83	มาก
ช่วยแก้ปัญหา	3.58	0.89	ปานกลาง
มีผู้มาเยี่ยม	3.49	0.95	ปานกลาง
มีเวลาเป็นส่วนตัว	3.43	1.00	ปานกลาง
ด้านการเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ			
ความหวังในชีวิต	3.91	0.85	มาก
การทำความดี	3.84	0.80	มาก
รักและเอาใจใส่เขา	3.60	0.87	มาก
รู้ถึงความสำคัญ	3.56	0.88	ปานกลาง
การอภัยจากผู้ป่วย	3.52	0.91	ปานกลาง
กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง	3.46	0.85	ปานกลาง
ความรู้สึกอึดอัดใจ	2.61	0.98	ปานกลาง
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	2.32	0.43	น้อย
ด้านการจัดการภายในบ้าน			
การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์	3.75	0.89	มาก
การจัดเตรียมอาหาร	3.18	0.83	ปานกลาง
การติดต่อแหล่งให้ความช่วยเหลือ	3.17	0.99	ปานกลาง
การซักกรีดเสื้อผ้า	3.08	0.84	ปานกลาง
ดูแลสมาชิกในบ้านแทนเมื่อดูแลผู้ป่วย	3.05	0.88	ปานกลาง
ดูแลสมาชิกในบ้านแทนเมื่อทำธุระ	3.04	0.96	ปานกลาง
การดูแลบ้าน	3.03	0.83	ปานกลาง
ดูแลผู้ป่วยแทนเมื่อไปทำธุระ	3.02	0.97	ปานกลาง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลตามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกเป็นรายข้อ (n = 130) (ต่อ)

ความต้องการ	X	SD	ระดับ
ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ			
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล	3.47	0.97	ปานกลาง
ค่าใช้จ่ายประจำวัน	2.91	0.94	ปานกลาง
ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว	2.88	0.92	ปานกลาง
แหล่งที่จัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ	2.85	0.97	ปานกลาง
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	2.83	0.89	ปานกลาง
ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย			
มีเวลาพักผ่อนนอนหลับ	3.22	0.96	ปานกลาง
มีเวลาพักผ่อนเพื่อรับอากาศบริสุทธิ์	2.97	0.99	ปานกลาง
มีเวลาดูแลตนเอง	2.82	0.96	ปานกลาง
มีเวลาออกกำลังกาย	2.81	0.92	ปานกลาง
คำแนะนำในการรักษาสุขภาพ	2.49	0.95	น้อย
มีเวลาตรวจสุขภาพประจำปี	2.40	0.88	น้อย
มีเวลารักษาความเจ็บป่วย	2.35	0.95	น้อย
ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย			
แหล่งขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา	4.10	0.91	มาก
วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ	4.08	0.82	มาก
การดูแลเรื่องอาหาร	3.79	1.10	มาก
การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ	3.45	1.13	ปานกลาง
การดูแลเมื่อคลื่นไส้ อาเจียน/ท้องผูก	3.13	1.28	ปานกลาง
ระยะเวลาเจ็บป่วย	3.08	0.99	ปานกลาง
การจัดการกับความปวด	2.98	0.98	ปานกลาง
การทำแผนดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์	2.78	1.57	ปานกลาง
การดูแลผิวหนัง	2.40	1.12	น้อย
การดูแลเมื่อนอนไม่หลับ	2.28	1.05	น้อย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลตามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกเป็นรายข้อ (n = 130) (ต่อ)

ความต้องการ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)			
การช่วยพยุงเดิน	2.09	0.96	น้อย
การพยุงนั่งและลุกขึ้นจากรถเข็น	1.90	0.97	น้อย
การอาบน้ำหรือเช็ดตัว	1.80	1.04	น้อย
การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์	1.79	1.00	น้อย
การดูแลขับถ่ายปัสสาวะ	1.75	0.98	น้อย
การช่วยเหลือเมื่อซึมเศร้า	1.73	0.96	น้อย
การช่วยพยุงขึ้นลงเตียง	1.73	0.94	น้อย
การทำความสะอาดปาก ฟัน	1.63	0.93	น้อย
การช่วยเหลือเมื่อสับสน	1.61	0.80	น้อย
การพลิกตะแคงตัว	1.57	0.92	น้อย

จากตารางที่ 6 พบว่า ความต้องการด้านการประคับประคองจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีทั้งหมด 8 เรื่องนั้น มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งหมด 5 เรื่อง เรียงตามเรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงลงไปตามลำดับ คือ ความต้องการให้แพทย์และพยาบาลใช้เวลาในการซักถาม ต้องการให้แพทย์และพยาบาลมีเวลารับฟังปัญหา ต้องการให้คนในครอบครัวช่วยดูแล ต้องการให้คนในครอบครัวร่วมรับรู้ปัญหาซึ่งมีคะแนนเท่ากับเรื่องต้องการคลายความเครียด/ความวิตกกังวล ส่วนอีก 3 เรื่องนั้น มีความต้องการในระดับปานกลาง คือ ต้องการให้คนในครอบครัวช่วยแก้ปัญหา ต้องการให้มีผู้มาเยี่ยม และต้องการมีเวลาเป็นส่วนตัว

ความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีทั้งหมด 8 เรื่องนั้น มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 3 เรื่อง เรียงตามเรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงลงไปตามลำดับ คือ เรื่อง ต้องการมีความหวังในชีวิต ต้องการการทำความดีโดยการดูแลผู้ป่วย และต้องการให้ผู้ป่วยรู้ว่าท่านรักและเอาใจใส่เขา ส่วนอีก 4 เรื่อง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ ต้องการให้คนในครอบครัวและผู้ป่วยรู้ถึงความสำคัญของท่าน ต้องการได้รับการอภัยจากผู้ป่วย ต้องการกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง และต้องการความรู้สึกอึดอัดใจ เรื่องสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย คือ ต้องการการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ความต้องการด้านการจัดการภายในบ้านของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีทั้งหมด 8 เรื่องนั้น มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 1 เรื่อง คือ ต้องการให้คนในครอบครัวพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ส่วนอีก 7 เรื่อง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เรียงตามเรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงลงไปตามลำดับ คือ ต้องการความช่วยเหลือในการจัดเตรียมอาหาร ต้องการให้คนในครอบครัวติดต่อแหล่งให้ความช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือในการซักกรดเสื้อผ้า ต้องการผู้ดูแลสมาชิกในบ้านแทนเมื่อดูแลผู้ป่วย ต้องการผู้ดูแลสมาชิกในบ้านแทนเมื่อไปทำธุระ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบ้าน และต้องการผู้ดูแลผู้ป่วยแทนเมื่อไปทำธุระ

ความต้องการด้านการเงินและวัสดุสิ่งของของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีทั้งหมด 5 เรื่องนั้น มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 5 เรื่อง คือ ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายประจำวัน ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ต้องการคำแนะนำแหล่งที่จัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ และต้องการความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีทั้งหมด 7 เรื่องนั้น มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 4 เรื่อง เรียงตามเรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงลงไปตามลำดับ คือ ต้องการมีเวลาพักผ่อนนอนหลับ ต้องการมีเวลาพักผ่อนเพื่อรับอากาศบริสุทธิ์ ต้องการมีเวลาดูแลตนเอง และต้องการมีเวลาออกกำลังกาย ส่วนอีก 3 เรื่อง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย คือ ต้องการคำแนะนำในการรักษาสุขภาพ ต้องการมีเวลาตรวจสุขภาพประจำปี และต้องการมีเวลารักษาความเจ็บป่วย

ความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีทั้งหมด 20 เรื่องนั้น มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 3 เรื่อง คือ เรียงตามเรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงลงไปตามลำดับ คือ ต้องการคำแนะนำแหล่งขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ต้องการทราบวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ ต้องการทราบวิธีการดูแลเรื่องอาหาร ส่วนความต้องการที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีทั้งหมด 5 เรื่อง คือ ต้องการคำแนะนำในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ต้องการทราบวิธีการช่วยเหลือในการดูแลเมื่อคลื่นไส้ อาเจียน/ท้องผูก ต้องการทราบระยะเวลาเจ็บป่วย ต้องการทราบวิธีการจัดการกับความปวด และต้องการทราบวิธีการทำแผลดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเหนื่อยล้าและภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย โรคมะเร็ง (n = 130)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
ความเหนื่อยล้า	3.98	1.96	เล็กน้อย
ภาวะการดูแล	43.8	2.92	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า ความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 3.98$, $SD = 1.96$) ส่วนภาวะการดูแลของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 43.8$, $SD = 2.92$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gramma (G) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะของโรค และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความเหนื่อยล้าและภาวะการดูแลกับความต้องการโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ตัวแปร	G	r	p-value
ระดับการศึกษา	-.44		.06
รายได้ของครอบครัว	-.22		.23
ระยะของโรค	-.26		.36
อายุ		.23	.008
ระยะเวลาในการดูแล		.16	.060
ความเหนื่อยล้า		.60	.000
ภาวะการดูแล		.58	.000

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับความ ต้องการโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ส่วนความเหนื่อยล้าและภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับความ ต้องการโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แต่ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลและ ระยะของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความ ต้องการโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความเหนื่อยล้าและ
ภาระการดูแลกับความต้องการรายด้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย โรคมะเร็ง

ความต้องการรายด้าน	อายุ	ระยะเวลาใน การดูแล	ความ เหนื่อยล้า	ภาระการ ดูแล
ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย	.15	.16	.52	.50
ด้านการประคับประคองจิตใจ	.16	.11	.54	.52
ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย	.21	.15	.39	.23
ด้านการเสริมสร้างพลังทาง จิตวิญญาณ	.18	.06	.38	.45
ด้านการจัดการภายในบ้าน	.24	.13	.54	.55
ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ	.09	.14	.38	.53

จากตารางที่ 9 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ($r = .21$) และความต้องการด้านการจัดการภายในบ้าน ($r = .24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ($r = .52$) ความต้องการด้านการประคับประคองจิตใจ ($r = .54$) ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ($r = .39$) ความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ($r = .38$) ความต้องการด้านการจัดการภายในบ้าน ($r = .54$) และความต้องการด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ ($r = .38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ($r = .50$) ความต้องการด้านการประคับประคองจิตใจ ($r = .52$) ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ($r = .23$) ความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ($r = .45$) ความต้องการด้านการจัดการภายในบ้าน ($r = .55$) และความต้องการด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ ($r = .53$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการรายด้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ไคสแควร์
(Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของโรค
กับความต้องการรายด้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ความต้องการรายด้าน	ระดับ การศึกษา	รายได้ของ ครอบครัว	ระยะของโรค
ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย	-.21	-.14	.49
ด้านการประคับประคองจิตใจ	-.22	-.08	.31
ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย	-.38	.10	.07
ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ	-.43	-.22	.16
ด้านการจัดการภายในบ้าน	-.42	-.27	.08
ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ	-.49	-.41	.02

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์พบว่า ระยะของโรคมีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .49

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้านและด้านการเงินและวัสดุสิ่งของของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าความสัมพันธ์เท่ากับ -.38, -.43, -.41 และ -.49 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังที่กล่าวมา โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้ คือ

1. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยภาพรวมและรายด้าน
 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยภาพรวมและรายด้าน
- สมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง
2. ระดับการศึกษา ระยะของโรค ความเหนื่อยล้าและภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง
3. อายุ รายได้ครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษา จำนวน 130 คน ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิตั้งใหญ่ (Super tertiary hospitals) จำนวน 3 แห่ง การสุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยกำหนดเกณฑ์ สอดตามกลุ่มตัวอย่างคนเว้นคนและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบ 130 คนได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 55 คน โรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 45 คน และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 30 คน ในช่วงระหว่างวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549 ถึง 30 มีนาคม 2549

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามภาวะการดูแล และแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .96, .81 และ .90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW version 13 ดังรายละเอียดต่อไป

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยนำมาคำนวณโดยหาความถี่ ร้อยละ
2. คะแนนความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยรวมและรายด้านนำมาคำนวณ โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. หาความสัมพันธ์ ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความเหนื่อยล้า ภาระการดูแล กับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product moment correlation coefficient)
4. ศึกษาหาความสัมพันธ์ของระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะของโรคมะเร็งในผู้ป่วยกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความต้องการรายด้าน ในด้านการประคับประคองจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวมีความต้องการมาก ข้อที่ต้องการมาก ได้แก่ ความต้องการให้แพทย์และพยาบาลให้เวลาในการซักถาม ต้องการให้แพทย์และพยาบาลมีเวลารับฟังปัญหา ต้องการให้คนในครอบครัวช่วยดูแล ต้องการให้คนในครอบครัวร่วมรับรู้ปัญหา และต้องการคลายความเครียด/ความวิตกกังวล

2. ความต้องการของกลุ่มตัวอย่างรายด้านอยู่ระดับปานกลาง มี 4 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ข้อที่ต้องการปานกลาง ได้แก่ ต้องการมีเวลาพักผ่อนนอนหลับ ต้องการมีเวลาพักผ่อนเพื่อรับอากาศบริสุทธิ์ ต้องการมีเวลาเพื่อดูแลตนเอง และต้องการมีเวลาออกกำลังกาย

2.2 ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ข้อที่ต้องการมาก ได้แก่ ต้องการมีความหวังในชีวิต ต้องการการทำความดีโดยการดูแลผู้ป่วย และต้องการให้ผู้ป่วยรู้ว่าท่านรักและเอาใจใส่เขา

2.3 ด้านการจัดการภายในบ้าน ข้อที่ต้องการมาก ได้แก่ ต้องการให้คนในครอบครัวพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตรวจตามนัด

2.4 ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ ข้อที่ต้องการปานกลาง ได้แก่ ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่าย

ประจำวัน ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ต้องการคำแนะนำแหล่งที่จัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ และต้องการความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

3.อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกายและความต้องการด้านการจัดการภายในบ้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .21$ และ $.24$ ตามลำดับ)

4.ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้านและด้านการเงินและวัสดุสิ่งของของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($G = -.38, -.43, -.41$ และ $-.49$ ตามลำดับ)

5.ระยะของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($G = .49$)

6.ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ด้านการประคับประคองจิตใจ ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้าน และด้านการเงินและวัสดุสิ่งของในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .52, .54, .39, .38, .54$ และ $.38$ ตามลำดับ)

7.ภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ด้านการประคับประคองจิตใจ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้าน และด้านการเงินและวัสดุสิ่งของในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .50, .52, .45, .55$ และ $.53$ ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกายในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .23$)

8.ระยะเวลาในการดูแลและรายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ด้านการประคับประคองจิตใจ ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการภายในบ้าน และด้านการเงินและวัสดุสิ่งของของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.62 (ตารางที่ 3) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของสังคม ที่พบว่า ผู้หญิงเปรียบเสมือนบุคคลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแล

บุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการดูแลลูก ดูแลบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย หรือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย (Hooyman, 1990 cited in May, 1993: 280-281; รุจา ภูไพบูลย์, 2537: 35) โดยกลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 51 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.46 โดยพบว่า มีอายุมากที่สุด คือ 59 ปี และอายุน้อยคือ 43.59 ปี กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งสมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 77.69

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างจบชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.69 (ตารางที่ 3) และประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 34.62 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.77 รายได้ส่วนใหญ่มีพอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 56.15 การทำงานส่วนใหญ่ยังทำงานเต็มเวลาเหมือนเดิม คิดเป็นร้อยละ 61.54 สุขภาพของผู้ดูแลยังคงเดิม คิดเป็นร้อยละ 82.31 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 61.54 และพบว่าหลายคนใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ บางรายเบิกค่ารักษาพยาบาลได้

ความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สมรสสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 40 ในเรื่องระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 ปี แต่ไม่ถึง 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.77 (ตารางที่ 3) โดยเวลาที่ใช้การดูแลเฉลี่ยวันละ มากกว่า 6 ชั่วโมง แต่ไม่ถึง 10 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 36.15 จึงใกล้เคียงกับการศึกษา ของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ที่ศึกษาภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้การดูแลต่อ 1 วัน เป็นเวลา 12.42 ชั่วโมง ซึ่งแสดงถึงความต้องการในการดูแลสูง

ลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50.77 (ตารางที่ 4) มีอายุ อยู่ในช่วง 51 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.54 มีสถานภาพสมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 82.31 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคมะเร็งในระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 55.38 และร้อยละ 40.77 ที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี แต่ไม่ถึง 3 ปี ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก คิดเป็นร้อยละ 18.46

2. อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1. ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาพบว่า ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวโดยรวมมีค่าเฉลี่ยปานกลาง ($\bar{X} = 3.07$, $SD = 0.52$) หมายความว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีความคิดเห็นถึงความต้องการทั้ง 6 ด้านนั้น เป็นสิ่งจำเป็นต้องได้รับในระดับปานกลาง โดยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1 ด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.48, SD = 0.66$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนประกอบสำคัญในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ซึ่งก็คือการดูแลผู้ป่วยที่จะมีประสิทธิภavn นั้น ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจอย่างเพียงพอเกี่ยวกับผู้ป่วย จึงจะทำการดูแลได้ (Orem 1985, อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล , 2536 : 23-24) เมื่อพิจารณาถึงความต้องการรายข้อที่อยู่ในระดับน้อย เช่น ต้องการทราบวิธีการอาบน้ำหรือเช็ดตัวอย่างถูกวิธี ($X = 1.8, SD = 1.03$) ต้องการทราบวิธีการดูแลการขับถ่ายปัสสาวะ ($X = 1.75, SD = 0.98$) ต้องการทราบวิธีการพุงผู้ป่วยนั่งและลุกขึ้นจากรถเข็น ($X = 1.9, SD = 0.97$) เป็นต้น พบว่า เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลความสุขสบายด้านร่างกายของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างได้ผ่านระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.8 ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวเพียงพอสำหรับการฝึกทักษะ ตลอดจนประสบการณ์ และการฝึกฝน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในระดับเล็กน้อย ส่วนความต้องการรายข้อซึ่งพบว่า อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ และอยู่ในระดับมากเพียง 3 ข้อ เช่น ต้องการทราบแหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือเวลาเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ($X = 4.1, SD = 0.91$) ต้องการทราบวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับต่อไป ($X = 4.08, SD = 0.82$) ทั้งนี้ เป็นความต้องการที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยเฉพาะ ทั้งสภาพร่างกายร่วมกับสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ไม่สามารถคาดเดาว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกังวลและความกลัวว่า จะวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างไรในอนาคตถ้าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้กลุ่มตัวอย่างต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ต้องอาศัยการเรียนรู้ ประสบการณ์ ตลอดจนความอดทน กลุ่มตัวอย่างต้องใช้ความใกล้ชิดในการสังเกตและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Carbery (1995: 807) ที่ศึกษาความต้องการข้อมูลและความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่า ข้อมูลที่ต้องการมากที่สุด คือ ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น การรักษาและข้อมูลความรู้ที่ทันสมัย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mclean et al. (1991: 559-594) ที่ศึกษาความต้องการการบริการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากความต้องการข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับอาการแล้ว ผู้ดูแลยังต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนคำปรึกษาและข้อเสนอแนะเวลาเกิดปัญหาขึ้น การได้รับข้อมูลและความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับสภาวะวิกฤต ช่วยเตรียมความพร้อม อาจกล่าวได้ว่า การได้รับข้อมูลและความรู้ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมตนเอง เพิ่มความแข็งแกร่ง และสามารถดูแลผู้ป่วยภายใต้สภาพแวดล้อมของตนได้อย่างต่อเนื่องและตลอดไป (Thoits, 1986: 416-423)

2.2 ด้านการประคับประคองจิตใจ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านการ

ประคับประคองจิตใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.72$, $SD = 0.69$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความต้องการการประคับประคองจิตใจเป็นความช่วยเหลือที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าได้ได้รับความห่วงใย ความเข้าใจ เกิดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Wingate & Lackey, 1989: 221) การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียด ต้องการความช่วยเหลือ และเมื่อพิจารณาถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่าส่วนใหญ่เป็น คู่สมรส (ตารางที่ 3) ถ้าผู้ดูแลเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย มักจะมีบุตรเป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแล แต่ถ้าผู้ดูแลเป็นบุตร ก็จะมีคู่สมรสของผู้ป่วยเป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแล อธิบายได้ว่าเพราะลักษณะของครอบครัวไทย ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่มีความผูกพันกับญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน ถึงแม้ว่าในปัจจุบันสังคมไทยจะเป็นลักษณะของครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แต่ลักษณะของความเป็นไทยและระบบเครือญาติ ความเอื้ออาทรและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตลอดจนความรัก ความห่วงใยของญาติพี่น้องก็เชื่อว่าจะหมดไปเลยทีเดียว เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวคนใดเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่นในครอบครัวสามารถทำหน้าที่แทนหรือแบ่งเบาภาระงานแทนหรือแบ่งเบาภาระงานแทน ตลอดจนการช่วยเหลือดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย (สุพัตรา สุภาพ, 2537: 9-11) กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Rawlins (1991: 213-220) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว โดยกล่าวว่าความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเป็นความต้องการสูงสุดของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยโดยปราศจากความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ต้องรับภาระโดยลำพัง (Willaim, 1994: 155-161) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ragsdale et al. (1993) ที่ศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือด้านสภาพจิตใจและอารมณ์ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาถึงรายชื่อที่ว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการให้แพทย์และพยาบาลมีเวลารับฟังปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเมื่อพาผู้ป่วยมาตรวจ ($X = 4.07$, $SD = 0.82$) ต้องการให้แพทย์และพยาบาลใช้เวลาในการซักถามได้อย่างเต็มที่ ($X = 4.2$, $SD = 0.76$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า นอกจากความต้องการจากสมาชิกในครอบครัวแล้ว ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากสังคม ซึ่งบุคคลที่เกี่ยวข้องก็คือบุคลากรทางสุขภาพ ในสังคมไทยส่วนใหญ่บุคคลที่เจ็บป่วยมักจะเชื่อถือข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากบุคลากรในทีมสุขภาพมากกว่าบุคคลอื่น (กุลธิดา พานิชกุล, 2536: 82) แต่เมื่อกลุ่มตัวอย่างนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่กล่าวว่า ทั้งแพทย์และพยาบาลไม่มีเวลาให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุย และซักถามในสิ่งที่สงสัย ถ้ามีเวลาก็น้อยมาก กลุ่มตัวอย่างบางรายกล่าวว่า ไม่เคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์และ

พยาบาลเลย มีหลายรายกล่าวว่า อยากได้คำแนะนำที่ดี ๆ ทั้งจากหมอและพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมากที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ บุคลากรในทีมสุขภาพมีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย และทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาและความถี่ที่กลุ่มตัวอย่างติดต่อกับทีมสุขภาพมีน้อย มีความจำกัดในเรื่องของเวลาที่เข้าพบ ส่งผลให้เวลาที่จะให้กลุ่มตัวอย่างได้คอยซักถามอย่างเต็มที่จึงมีน้อย ประกอบกับอุปนิสัยของคนไทยมีความเกรงใจเมื่อเห็นแพทย์และพยาบาลมีงานมาก เวลามีปัญหาจะไม่กล้าซักถาม กลุ่มตัวอย่างจึงมีความต้องการสิ่งเหล่านี้ในระดับมาก

2.3 ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลสุขภาพร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72, SD = 0.74$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การดูแลสุขภาพร่างกายเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการส่งเสริมการดำรงและรักษาสุขภาพให้ดำเนินไปได้ตามปกติ ผู้ดูแลเมื่อรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นภาระหนัก และการดูแลที่ยาวนาน ส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตทำให้ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตในช่วงนั้นเมื่อพิจารณาถึงลักษณะของผู้ป่วย โดยที่ระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานกว่า 1 ปี พบถึงร้อยละ 40.8 เป็นระยะที่ผ่านพ้นช่วงวิกฤตของความเจ็บป่วย อยู่ในช่วงของการฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ และผ่านประสบการณ์การปรับตัวมาระยะหนึ่ง Adkin (1998: 144-154) กล่าวว่า การปรับตัวและการปรับเปลี่ยนแบบแผน การดำเนินชีวิต จะเกิดขึ้นในระยะแรกของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แต่การเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ดูแล มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาการดูแลที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความอ่อนล้า เหนื่อยและเครียด (May, 1993: 270) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยังคงต้องการเวลาพักผ่อนจากภาระหน้าที่การดูแลผู้ป่วย ต้องการการออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง โดยเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายชื่อของความ ต้องการ พบว่าความต้องการเวลาในการพักผ่อน ($\bar{X} = 3.22, SD = 0.96$) ต้องการเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกาย ($\bar{X} = 2.82, SD = 0.96$) ต้องการเวลาในการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.81, SD = 0.92$) ความต้องการเหล่านี้ส่วนใหญ่พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กล่าวว่า ต้องการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด เวลาส่วนใหญ่จะหมดไปกับการดูแลผู้ป่วย การดูแลสุขภาพร่างกายสามารถทำได้เองภายในบ้าน การดูแลผู้ป่วยเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ไม่เคยคิดว่าจะต้องไปออกกำลังกายเพิ่มเติม ส่วนในเรื่องความเจ็บป่วย ถึงแม้จะเหนื่อยและเจ็บป่วยบ้าง ก็คิดว่าไม่เป็นปัญหา แต่ก็มียาหลายรายกล่าวว่าต้องการไปตรวจและรับการรักษาความเจ็บป่วยแต่ไม่มีเวลา ถ้าไม่ถึงกับล้มหมอนนอนเสื่อก็ยังคงสามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ไม่จำเป็นต้องไปหาแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Harrington, Lackey & Gates (1996: 118-125) ที่ศึกษาความต้องการของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ถึงแม้ผู้ดูแลจะเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพร่างกายตนเอง แต่ให้ ความเห็นว่าสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยมีความสำคัญกว่า

2.4 ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการ เสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.35$, $SD = 0.64$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความต้องการการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีสัมพันธต่อ สิ่งที่ทำให้ความรู้สึกที่ติดตรึงฝังแน่นอยู่ในส่วนลึกของจิตใจของบุคคลนั้น ซึ่งเกี่ยวกับสิ่งที่ให้ ความหมายแก่ชีวิต สิ่งที่เป็นจุดหมายของชีวิต สิ่งที่เป็นความหวัง และกำลังใจของชีวิต เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะให้คุณค่าแก่ชีวิตอย่างมาก บุคคลจะวางแผนการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับสิ่งที่ให้ ความรู้สึกนั้น และการดำเนินชีวิตมีความแตกต่างกันออกไปตามสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี สังคม เศรษฐกิจ ศาสนา เป็นต้น (บุบผา ซอบใช้, 2536: 11, 17) เมื่อ พิจารณาถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 40 (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นช่วงที่ บุคคลได้ผ่านการมีชีวิตมายาว นานพอสมควร และเป็นภาวะที่แบบแผนของชีวิตเข้ารูปหรือเกือบ เข้ารูปเข้ารอยแล้วมีการพัฒนาของวัยและผ่านประสบการณ์ในชีวิต เข้าใจความหมายของชีวิต และมีแนวทางการดำเนินชีวิตตามประสบการณ์ที่สะสมมา (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2530: 100-101) และเมื่อพิจารณาจากรายชื่อของด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ เช่น ต้องการ ทำความดี ($\bar{X} = 3.84$, $SD = 0.81$) จากการดูแลนั้น จึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายกล่าวว่า การ ดูแลผู้ป่วยคิดว่าได้ทำความดี การดูแลผู้ป่วยเหมือนการทำบุญ เนื่องจากเป็นการทำดีได้ดูแล ผู้ป่วยซึ่งเป็นคนที่รัก ในขณะที่บางรายกล่าวว่าไม่คิดว่าจะทำความดีแต่เป็นหน้าที่ของลูกที่ต้อง ดูแลพ่อแม่ยามเจ็บป่วย แต่เมื่อถามว่า ต้องการหรือไม่ หลายรายตอบว่าต้องการ ในทำนอง เดียวกับการศึกษาของ Rawlins (1991: 215-216) ที่พบว่าความเชื่อและศรัทธาในพระเจ้าจะ นำมาซึ่ง ความหวังและสิ่งที่ต้องการ และการศึกษาของ Hileman & Lackey (1990: 907-912) พบว่าความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จะเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากนักบุญ จากบุคคลทาง ศาสนาและความสัมพันธ์ต่อพระเจ้า เป็นต้น นอกจากนี้ เมื่อพิจารณารายชื่อที่มีความต้องการ ระดับปานกลาง คือ ต้องการได้รับการอภัยจากผู้ป่วยหากทำให้ไม่พอใจหรือไม่ถูกใจ ($X = 3.52$, $SD = 0.91$) และต้องการกำลังใจอย่างเข้มแข็งจากบุคคลรอบข้าง ($X = 3.46$, $SD = 0.85$) สิ่ง เหล่านี้เป็นแรงจูงใจให้บุคคลสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยที่รู้จักให้ความรักกับผู้อื่น และรับความรัก จากผู้อื่น มีการให้อภัย การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (ทัศน บุญทอง, 2533: 22; แสง จันทร์งาม, 2530: 11) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่สมรส ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความผูกพันที่เคยร่วมทุกข์ ร่วมสุขกันมา ส่วนบุตรดูแลผู้ป่วยในลักษณะของการตอบแทนบุญคุณร่วมกับความรัก กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการให้ผู้ป่วยรู้ถึงการได้รับการอภัยจากผู้ป่วยและต้องการกำลังใจที่เข้มแข็ง

จากบุคคลรอบข้าง ซึ่งให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนักประกอบกับสภาพจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ทำบางสิ่งบางอย่างที่ผู้ป่วยไม่พอใจ (William, 1994 : 155-161) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างนี้จึงต้องการได้รับการอภิบาลจากผู้ป่วยและต้องการกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง เพื่อเสริมสร้างกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ที่นับเป็นภาระหนักต่อไปได้

2.5 ด้านการจัดการภายในบ้าน กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการจัดการภายในบ้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.16$, $SD = 0.67$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความต้องการการจัดการภายในบ้านเป็นกิจกรรมภายในครอบครัว และต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เช่น การจัดเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การทำความสะอาดเสื้อผ้าสำหรับผู้ป่วยและคนในครอบครัว กิจกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความเรียบร้อยในครอบครัว (จตุฎฐ มีชนอน และคนอื่นๆ, 2532 : 9-11) กิจกรรมเหล่านี้มักเป็นหน้าที่ของผู้หญิง เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 64.62 และไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 20 (ตารางที่ 1) เวลาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่บ้าน สามารถดูแลผู้ป่วยและทำกิจกรรมภายในบ้านไปด้วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กล่าวว่า กิจกรรมภายในบ้านยังพอทำเองได้ แต่ก็ยังคงมีความต้องการรายชั่วโมงในเรื่องการใคร่ที่สามารถดูแลผู้ป่วยแทน เวลาที่กลุ่มตัวอย่างต้องไปทำธุระนอกบ้าน ($X = 3.02$, $SD = 0.97$) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เวลาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยประมาณ 11.32 ชั่วโมงใน 1 วัน เวลาที่เหลือต้องประกอบกิจกรรมภายในบ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไว้ที่บ้าน และออกไปทำธุระนอกบ้าน กิจกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติเปลี่ยนไปจากที่เคยทำงานนอกบ้านต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปสอดคล้องกับการศึกษาของ Periard & Ames (1993) ที่พบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เปลี่ยนไป สะท้อนให้เห็นถึงเรื่องของเวลา โดยเวลาที่เคยทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง กิจกรรมบางอย่างต้องยกเลิกไป โดยมีการดูแลผู้ป่วยเข้ามาแทนที่ กลุ่มตัวอย่างบางรายกล่าวว่า เวลาจะไปทำธุระนอกบ้านต้องมีการวางแผน โดยนัดญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูงล่วงหน้าให้มาอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยแทน

2.6 ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$, $SD = 0.73$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เงินทองและวัสดุสิ่งของเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 64.62 เป็นคู่สมรส ร้อยละ 40 (ตารางที่ 3) การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ดังเดิม ส่งผลให้ครอบครัวขาดรายได้ และเมื่อพิจารณาถึงรายได้ของครอบครัว พบว่า มีพอใช้และ

มีเงินเหลือเก็บร้อยละ 32.31 และมีพอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บสูงถึง ร้อยละ 56.15 อธิบายได้ว่าไม่เพียงแต่กลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจากสมาชิกภายในครอบครัว แต่ยังสามารถช่วยเหลือด้านการเงิน แสดงให้เห็นถึงลักษณะของเครือญาติในสังคมไทยที่เอื้ออาทรและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่เป็นคู่สมรส กล่าวว่า ลูกๆ ต้องไปทำงานทุกคน การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยอาจมีไม่มาก แต่ลูกๆ จะช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว และอำนวยความสะดวกเวลาที่กลุ่มตัวอย่างนำผู้ป่วยมาตรวจ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รายได้ของครอบครัวไม่พอใช้สูงคิดเป็นร้อยละ 11.53 อธิบายได้ว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 34.6 และได้รับความช่วยเหลือจากบัตรประกันสุขภาพแล้วก็ตาม ยังส่งผลให้ความต้องการด้านการเงินและวัสดุสิ่งของอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาถึงความจำเป็นในด้านนี้แล้ว จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและจากบัตรประกันสุขภาพ ความต้องการด้านการเงินและวัสดุสิ่งของก็ยังคงมีความต้องการอยู่เสมอ ตราบเท่าที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ เพราะต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา

สมมติฐานข้อที่ 2. ระดับการศึกษา ระยะของโรค ความเหนื่อยล้าและภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงหรือระดับการศึกษาต่ำ มีความต้องการไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับแนวความคิดที่ว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ต้องการข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และสิ่งที่ควรปฏิบัติ ตลอดจนการหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ระดับการศึกษาต่ำกว่า (Muhlenkamp & Sayles, 1986 : 366) ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของโอเบิร์สและคณะ (Oberst, et al., 1991 : 71-78) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณความต้องการการดูแลและภาวะการดูแล ดังนั้น ความต้องการของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้อาจกล่าวได้ว่าระดับการศึกษาที่ไม่แตกต่างกันนักและความไม่สะดวกในการติดต่อสื่อสารกับแหล่งข้อมูลอื่น เพื่อแสวงหาความรู้ เพราะถูกจำกัดด้วยกฎระเบียบของหน่วยงาน ตลอดจนการแนะนำให้ความรู้ตามมาตรฐาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความต้องการไม่แตกต่างกัน

แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ความต้องการ

ด้านการจัดการภายในบ้านและความต้องการด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ กล่าวคือผู้ดูแลในครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ความต้องการด้านการจัดการภายในบ้านและความต้องการด้านการเงินและวัสดุสิ่งของสูง

ระยะของโรคมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีระยะของโรคมามากหรือน้อย จะมีความต้องการไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาจึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurtz, et al. (1995) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมะเร็งมีอาการรุนแรงมากขึ้น จะมีความซึมเศร้ามากขึ้น และมีผลให้ผู้ดูแลมีความซึมเศร้ามากขึ้นด้วย และ Cassileth, et al. (1985) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล ด้วยการประเมินด้านจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 201 คู่ พบว่า ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจอย่างไรผู้ดูแลมักมีสภาพจิตเช่นนั้นด้วย ดังนั้น ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะมีระยะของโรคในระยะใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหน ความต้องการของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน

แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่าระยะของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความ ต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมากขึ้นด้วย

ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความเหนื่อยล้ามาก จะมีความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งในด้านต่าง ๆ มาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่าภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกิดปัญหาของสุขภาพร่างกาย โดยมีอาการเจ็บป่วยระหว่างที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรังมากถึงร้อยละ 76.92 ฉะนั้นผู้ดูแลเหล่านี้จึงต้องการการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงและรักษาสุขภาพร่างกายให้ดำเนินต่อไปอย่างปกติ อันได้แก่ การพักผ่อนเพื่อคลายความตึงเครียด เพื่อให้มีพลังในการทำหน้าที่ดูแลได้ต่อไป และมีเวลาเพื่อทำกิจกรรมที่เป็นส่วนตัวบ้าง เช่น ดูแลตนเอง ออกกำลังกาย หรือตรวจสุขภาพประจำปี การที่อยากให้คนในครอบครัวมาแบ่งเบาภาระการดูแล เพื่อที่จะได้มีเวลาส่วนตัวในการลดความอ่อนล้าของร่างกาย Rawlins (1991) ซึ่งความต้องการที่เกิดขึ้นเหล่านี้ มีผลมาจากความเหน็ดเหนื่อย ความเครียดจากการให้การดูแลทั้งสิ้น และล้วนแล้วแต่เป็นความต้องการ เพื่อที่จะให้ตนเองนั้นได้มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ สะท้อนให้เห็นว่า ความต้องการเกิดขึ้นได้กับผู้ดูแลในครอบครัวทุกคน

ภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะการดูแลมาก จะมีความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งในด้านต่าง ๆ มาก สอดคล้องกับแนวคิดของ Bader (1985: 35-52) กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยจะเกิดเป็นปัญหาแก่ผู้ดูแลอย่างมาก เนื่องจากสังคมไม่เคยมีการเตรียมสมาชิกในครอบครัว สำหรับการรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแลไปโดยหน้าที่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงพยายามที่จะหาความช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลตนเอง ตลอดจนมีความต้องการหรือการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างมากมาย เพื่อจัดการกับปัญหาและเพื่อที่จะทำให้ตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

สมมติฐานข้อที่ 3. อายุ รายได้ครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผลการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, P < .05$) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาค้นครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 51) ที่กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อวิธีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองและการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และความสามารถในการดูแลนี้จะพัฒนาได้สูงสุดในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดีกว่าวัยเด็ก ส่วนวัยสูงอายุจะพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเริ่มเสื่อมถอย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 51- 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.46 และอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.92 มีอายุเฉลี่ย 43.59 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ถือว่าอาจมีปัญหาด้านสุขภาพของตนเองเกิดขึ้น มีความไม่สะดวกเกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถตอบสนองในการพึ่งพาของผู้ป่วยได้เต็มที่ ส่งผลให้เกิดความต้องการต่างๆ เกิดขึ้นได้ การศึกษาค้นครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของโอเบิร์สและคณะ (Oberst, et al., 1991: 71-78) ที่พบว่า อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณความต้องการการดูแลและภาวะการดูแล

รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวสูงหรือรายได้ของครอบครัวต่ำ จะมีความต้องการไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาค้นครั้งนี้ ขัดแย้งกับผลการศึกษานอร์เบ็ค (Norbeck, 1981: 43-59) ที่ว่าครอบครัวที่มีรายได้สูงหรือเศรษฐกิจดี มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ เพราะไม่ต้องพะวงกับปัญหาเศรษฐกิจ แต่ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำต้อง

ทำงานหาเงินเพื่อมาใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ความสนใจความต้องการแสวงหาความช่วยเหลือต่างๆ น้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้สูง จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวไม่พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 11.53 ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากบัตรประกันสุขภาพในการออกค่ายา ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวพอใช้ ทั้งที่มีเงินเหลือเก็บและไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 32.31 และร้อยละ 56.15 ตามลำดับ อาจพบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายน้อยกว่าดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีความต้องการไม่แตกต่างกัน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Montgomery, Gonyae & Hooyman (1986 อ้างใน จริยา วิทยะศุกร, 2536) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการในการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการดูแลมากหรือน้อย จะมีความต้องการไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาค้นนี้ขัดแย้งกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1985) ที่ว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายในความรับผิดชอบ จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ในชีวิต ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลในระยะเวลาอันสั้น จะมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลมาก ซึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์ต้องอาศัยระยะเวลาในการเรียนรู้ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด เมื่อเวลาผ่านไป บุคคลได้เรียนรู้ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาค้นนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) พบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ไม่ว่าจะระยะเวลาในการเจ็บป่วย ซึ่งต้องได้รับการดูแล จะนานเท่าไร การรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองไม่แตกต่างกัน ดังนั้น ไม่ว่าจะดูแลผู้ป่วยยาวนานเท่าไร ความต้องการของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่า ความต้องการด้านการประคับประคองจิตใจเป็นความต้องการที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องการ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด โดยเฉพาะในเรื่องต้องการแพทย์และพยาบาลให้เวลาทำงานได้ซักถามได้อย่างเต็มที่ ต้องการให้แพทย์และพยาบาลมีเวลารับฟังปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาตรวจ ดังนั้นพยาบาลควรให้เวลาแก่ผู้ดูแลในครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวระบายความรู้สึกและรับฟังปัญหา หาแนวทางช่วยเหลือ โดยอาจเชิญแพทย์ร่วมในการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มความสามารถและเกิดผลดีต่อผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งมีความต้องการด้านนี้สูง

2. ปัจจุบันผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลไปดูแลที่บ้านโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวที่จะรับช่วงต่อในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแล โดยพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล ให้สามารถฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้ พยาบาลจึงมีบทบาทในเชิงรุกมากขึ้น คือจะต้องพัฒนาสื่อการสอนหรือโปรแกรมบำบัดทางการพยาบาลในการส่งเสริมทักษะในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ามาับการรักษาในโรงพยาบาลและจำหน่ายออกไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลการวิจัยนำไปพัฒนาบทบาทการพยาบาล ในการให้ความรู้ให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น บทบาทในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการดูแลตนเองร่วมกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อตอบสนองของความต้องการได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแลในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความต้องการของกลุ่มตัวอย่างรายชื่อนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการปานกลางและเล็กน้อย และบางชื่อมีความต้องการมาก ดังนั้นควรได้ศึกษาต่อไปว่าความต้องการดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ในการศึกษาครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาตามแพทย์นัด โดยไม่ได้จำกัดจำนวนครั้งที่มาติดตามการรักษา และพบว่าความต้องการของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกี่ยวกับด้านการประคับประคองจิตใจ ดังนั้นควรศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาตามแพทย์นัดครั้งแรก เนื่องจากผู้ดูแลเพิ่งเริ่มดูแลผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถปรับตัวได้ และมีปัญหาที่ต้องการความรู้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยและคำแนะนำในการแก้ปัญหา

3. ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเหนื่อยล้าและภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง ดังนั้นควรศึกษาพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าหรือลดภาระการดูแลในผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

4. ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและจากบัตรประกันสุขภาพแล้ว แต่ความต้องการด้านการเงินและวัสดุสิ่งของก็ยังคงมีความ

ต้องการอยู่ ดังนั้นควรมีการจัดการดูแลให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับด้านสวัสดิการต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น มีการส่งเสริมแนะนำวิธีจัดการกับเงินที่มีอยู่ให้ใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัญญารัตน์ ฝั่งบรรหาร. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรียา คมพยัคฆ์. (2527). กระบวนการพยาบาลครอบครัว. **วารสารพยาบาล** 33(3) : 288-304.
- จรียา วิทยะศุกร. (2539). **แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาวะการดูแลในบิดามารดา ฐานะผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). บทบาทพยาบาลในการบำบัดองค์รวม. **วารสารพยาบาล** 48 (1) : 13-20.
- จุฑารัตน์ สว่างชัย. (2542). **ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้สมรสของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุไรรัตน์ มิตรทองแท้. (2532) **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จำริญ มีชนอน และคณะ. (2532). **สุขภาพดีถ้วนหน้า เพราะประชาร่วมใจ**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ชนิตา มณีวรรณ และคณะ. (2535). **ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน**.กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิตา มณีวรรณ และคณะ. (2537). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลที่บ้าน. **วารสารพยาบาล** 43 (4): 236-244.
- ชมพูนุช พงษ์ศิริ, (2538). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้าน. **วิทยาการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย** 20 (1) : 210-218.

- ชูชื่น ชิวพูนผล. (2541). **อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก ของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนาศ นุญทอง. (2533). **มโนคติของจิตวิญญาณการพยาบาล. ใน การพยาบาลในมิติวิญญาณ.** กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์. (2537). **การดูแลครอบครัวที่มีภาวะวิกฤต. วารสารพยาบาล 43 (4) : 218-221.**
- บุปผา ชอบใช้. (2536). **ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประคอง กรรณสูต.(2538). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2537). **การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล (หน้า 133-164).** กรุงเทพฯ : วิศิษฎ์สิน.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). **ทัศนคติ : การจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย.** กรุงเทพฯ : พีระพัฒนา.
- ประมะ สตะเวทิน. (2526). **หลักนิเทศศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8.** กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.
- พวงเพชร ยัวัฒน์พันธ์. (2540). **ความต้องการและการได้รับการตอบสนองของความต้องการ ของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พาริดา อิบราฮิม. (2533). **เรื่องของจิตวิญญาณกับการพยาบาล. ใน การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ.** กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ. (2534). **การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และความสามารถในการดูแลตนเอง ของหญิงอาชีพพิเศษ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2 (1) : 84-91.**

- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การช่วยเหลือนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง : บทบาทพยาบาลที่ไม่ควรมองข้าม. **รามาศิษย์พยาบาลสาร** 9 (2) : 109-110.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. **วารสารพยาบาล** 41 (1) :9-19.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2537) . การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. **ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.**
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. **วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- วัชรภรณ์ ไต่ทะทอง. (2545). แบบแผนของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด. **วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- วิภาวรรณ ชุ่ม. (2536). ภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. **วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2532). **สำรวจความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา.** **วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. **วารสารพยาบาลศาสตร์, 12 (ตุลาคม-ธันวาคม), 33-37.**
- ศิริอร สิ้นธุ และสมใจ พุทธิพิทักษ์ผล. (2542). การพยาบาลและการดูแล : ความเหมือนที่แตกต่าง. **วารสารสภาการพยาบาล** 14 (3) : 10-23.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2530). **จิตวิทยาพัฒนาการ.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดของสมองปัจจุบัน (Cerebrovascular Accident หรือ Stroke). **ในการพยาบาลทางอายุรศาสตร์ (เล่ม 4, หน้า 39-65).** กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิศิษฎ์สิน จำกัด.
- สมใจ ทุนกุล. (2528). **พยาบาลอนามัยชุมชนในการดูแลครอบครัวระยะเริ่มต้น. ในเอกสารการสอนชุดวิชาการนิเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน, หน้า 198-288.**
กรุงเทพมหานคร : รุ่งศิลป์การพิมพ์.

สมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2540). **ประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ รอยต่อการลดความเครียดและเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกพยาบาล สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

สมพันธ์ หิญชีระนันท์. (2541). บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต. **วารสารพยาบาล** 47 (1) : 25-34.

ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. (2547). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2547 กระทรวงสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2536). **แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของ ภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2539). ภาวะเหนือตนเอง : แนวคิดด้านจิตวิญญาณ. **วารสาร พยาบาลศาสตร์**, 14 (มกราคม – มีนาคม), 4-7.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และ ประอรนุช ตุลยาทร. (2538). ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของ ภรรยาผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 13 (4) : 76-87.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, วัฒนา น้ำเพชร และภัศพร ขำวิชา. แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. **วารสาร พยาบาลศาสตร์**. 14 (เมษายน-มิถุนายน 2539) : 76-89.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, วัฒนา น้ำเพชร, อรวมน ศรียุกต์ศุพร และจุฬาร ประสงค์สิต. (2539). ความทุกข์จากความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมควมมีคุณค่าในตนเองและการ สูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 14 (2) : 59-75.

สุชา จันทร์เอม. (2538). **จิตวิทยาเด็ก**. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

สุนิศา สุขตระกูล. (2544). **ความต้องการในภาวะสูญเสียและโศกเศร้าของสมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุพัตรา สุภาพ. (2537). **ครอบครัว : ครอบครัวไทย. ในการประชุมวิชาการของสมาคมพยาบาลศิริราช เรื่องครอบครัวในยุคโลกาภิวัตน์ ต่อบทบาทพยาบาลที่ก้าวไกล** (หน้า 1-13). นครปฐม : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). **ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

แสง จันทร์งาม. (2534). **ศาสนศาสตร์.** กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

หุ่ย จำปาเทศ. (2533). **จิตวิทยาสัมพันธ.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

อรรถัย ไสมนรินทร์. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรรถัย ไสมนรินทร์. เเชิษฐ ถนอมพงษ์ชาติ และศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา. (2540). **รายงานวิจัยเรื่อง “ความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคเอดส์”.** ม.ป.ท. : ม.ป.พ.

อัจฉริยา ปทุมวัน. (2534). **การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิด Lymphocyte.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุบล จ้วงพานิช. (2536). **ผลของการใช้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ. (2532). **ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Adkins, E.R.H. (1993). Quality of Life After Stroke: Exposing a Gap in Nursing Literature. *Rehabilitation Nursing*, 18 (May/June) : 144-154.

- Anderson, C.S., Linto, J., & Stewart-Wynne, E. G. (1995). A population based assessment of the impact and burden of care giving for long-term Stroke survivors. *Stroke*, 26 (5) : 843-849.
- Bull, M.J. (1990). Factors influencing family caregiver burden and health. *Western Journal of Nursing*, 12 (6) : 758-776.
- Butler, S., & Chalder, T. (1990). Researching chronic fatigue. *Nursing Time* 86 : 40-43.
- Carberry, D.D. (1995). Informational Needs of Family Caregivers of Alzheimer's Patients. *Health Science, Nursing; Sociology, Individual and Family studies*, (June) : 867.
- Carson, V.B. (1989). *Spiritual Dimensions of Nursing Practice*, Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Cassileth, B.R. Lusk, E. J. Strouse, T. B. Miller, D. A. Bronn, L. L. and Cross, P.A. "Psychological analysis of cancer patients and their Next-of-Kin." *Cancer*. 55 (January-February 1985) : 72-76.
- Collins, C., Stommel, M., Wang, S., and Given, C.W. (1994). Care giving transitions : Changes in depression among family caregiver of relatives with dementia. *Nursing Research* 43 : 220-225.
- Craven, R.F., and Sharp, B.F. (1972). The effects of illness on family functions. *Nursing Forum* 11 (2) : 186-193.
- Davis, B.D., Cowley, S.A., and Pyland, R.K. (1996). The effects of terminal illness on patients and their carers. *Journal of Advanced Nursing* 23 : 512-520.
- DesRosier, M. B., Cantanzaro, M. & Piller, J. (1992). Living with Chronic Illness : Social Support and the well Spouse Perspective. *Rehabilitaion Nursing*, 17 (March-April) : 87-91.
- Dracup, K.A., and Breu, C.S. (1978). Using nursing research finding to meet the need of grieving spouses *Nursing Research* 27 (4) : 212-216.
- Dwyer, J.W., Lee, G.R., & Jankowski, T.B. (1994). Reciprocity, elderly satisfaction, and caregiver stress and burden : the exchange of aid in the family caregiving relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 56 (2) : 35-43.

- Egertson, J. et al. (1994). **An exploration of the needs of family caregivers of older persons after acerebral vascular accident**. M. S. in Health Sciences Occupational health and Therapy, San Jose State University.
- Ellis, J.R., and Nowlis, E.A. (1994). **Nursing : A human needs approach**. 5th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- England, M. & Roberts, B.L. (1996). Theoretical and psychometric analysis of caregiver strain. **Research in Nursing & Health**, 19 : 499-510.
- Engli, M. and Farmer, K.K. (1993). Need of family membres of Critically Ill Patients with and without acute brain injury. **Journal of Neuroscience Nursing**, 25 (4) : 78-85.
- Fawcett, J. (1975). The family as a living open system : An emerging conceptual framework for nursing. **International Nursing Reviews** 32 (7) : 113-116.
- Friedman, M.M. (1986). **Family nursing : Theory and assessment**. 2nd ed. Connecticut : AppletonCrifts.
- Gaynor, S.E. (1990). The long haul: The effect of home care on caregivers. **Image: Journal of Nursing Scholarship** 22(4) : 208-221.
- Given, C.W., Stommel, M., Given, B., Osuch, J., Kurtz, M.E., and Kurtz, J.C. (1993). The influence of cancer patients's symptoms and functional states on patients' depression and family caregiver reaction and depression. **Health Psychology** 12 : 277-283.
- Hampe, S. O. (1975). Needs of the grieving spouse in a hospital setting. **Nursing Research**, 24 (2) : 113-120.
- Harrington, V. Lackey, N.R. & Gates, M.F. (1996). Need of Caregivers of clinic and Hospice cancer patients. **Cancer Nursing**, 18 (2) : 118-125.
- Hart, L.K., Freel, M.I., & Milde, F.K. (1990). Fatigue. **Nursing Clinics of North America** 25 : 967-976.
- Hileman, J.W., Lackey, N.R., and Hassanein, R.S. (1992). Identifying the needs of home caregiver of patients with cancer. **Oncology Nursing Forum** 19 : 771-777.
- Hubsky, E.P., & Sears, J.H. (1992). Fatigue in multiple sclerosis : Guidelines for nursing care. **Rehabilitation nursing** 17 : 176-180.

- Irvine, D.M., Vincent, L., Bubela, N., Thompson, L., & Graydon, J. (1991). A critical appraisal of the research literature investigating fatigue in the individual with cancer. **Cancer Nursing** 14 : 188-189.
- Jensen, S., & Given, B. A. (1991). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. **Cancer Nursing**, 14 : 181-187.
- Klien, S. (1989). Caregiver burden and moral development. **IMAGE : Journal of Nursing Scholarship**, 21 (2): 94-97.
- Kozier, B. , and Erb, G. (1983). **Fundamentals of nursing : concepts and procedures**. 3rd ed. California : Addison-wesley Publishing.
- Kozier, B., Erb, G., and Bufalino, P.M. (1989). **Introduction to nursing : Loss and grieving**. California : Addison-Wesley.
- Krach, P. & Brooks, J.A. (1995). Identifying the Responsibilities & Needs of Working Adults Who are Primary caregivers. **Journal of Gerontological Nursing**, 21(October) : 41-50.
- Kraegel, J., Mousseau, V., Goldsmith, C., and Arora, R. (1974). **Patient care systems**. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Lynn-McHale, D.J. and Bellinger, A. (1988). Need satisfaction levels of family member of critical care patients and accuracy of nurses perceptions. **Heart and Lung**, 17 (7) : 447-453.
- Martinson, I.M., Bi-Hui, Z., and Yi-Hua, L. (1994). The reaction of Chinese pavents to a terminally ill child with cancer. **Cancer Nursing** 17 (2) : 72-76.
- Maslow, A. (1970). **Motivation and personality**. 2nd ed. New York : Harpers and Row.
- May, B. J. (1993). **Home Health and Rehabilitation Concepts of care**. Philaddphia : F.A. Davis Company.
- Mclean, A., Dikmen, S., Temkin, N., Wyler, A.R., & Gale, J.L. (1984). Psychological Functioning at 1 month after head injury. **Neurosurgery**, 14 : 393-399.
- Molter, N.C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients : A descriptive study. **Heart and Lungs** 8 (3-4) : 332-339.
- Montgomery, R.J.V. (1989). Investigate caregiver burden. In K.S. Markides & C.L. Cooper (Eds.), **Aging, stress, and health**. (pp. 201-218). New York : John Wiley.

- Muhlenkamp, A.F. & Sayles, J.A. (1986). Self-Esteem, Social Support and Positive Health Care Practices. **Nursing Research**, 35 (November-December) : 334-338.
- Nataro, C. (1982). The family : A dynamic, open system. In M.J. Smith and S.B. Pasternack (Eds.) **Child and Family: Concepts of Nursing Practice**, pp. 5-16. New York : McGraw-Hill
- Newman, D.M.L. (1997). Responses to caregiving : A reconceptualization using the Roy Adaptation Model. **Holistic Nursing Practice** 12 (1) : 80-88.
- Nicoll, L.H. 1997. **Perspectives on nursing theory**. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott-Raven.
- Norbeck, J. S. (1981). Social support : A model for clinical research and application. *Advance in Nursing Science*, 2: 43-59.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V.L. (1982). Further development of the Norbeck Social Support Questionnaire normative data and validity testing. **Nursing Research**, 32 : 4-9.
- Nowotny, M.L. (1989). Assessment of hope in patient with cancer development of an Instrument. **Oncology Nursing Forum** 16 (1) : 57-61.
- Nydevik, I. & Eller, B. (1994). Stroke patients in long-term care : the relatives conception of functional capacity and appropriate care. **Scandinavian Journal of caring Sciences**, 8 : 155-161.
- Oberst, M.T. (1990). **Caregiving burden scale**. Madison : University of Wisconsin.
- Oberst, M. T., Thomas, S. E., Gass, K.A., & Ward, S.E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. **Cancer Nursing**, 12 (4) : 209-215.
- Orem, D. E. (2001). **Nursing: concepts of practice**. 6 ed. St. Louis : Mosby
- Periard, M.E. & Ames, B.D. (1993). Lifestyle Changes and Coping Patterns Among Caregivers of Stroke Survivors. **Public Health Nursing**, 10 (December): 252-256.
- Pickare-Holley, S. (1991). Fatigue in cancer patients. **Cancer Nursing** 14 : 13-19.
- Pieree, L. L. (1994). Fear held by caregivers of people with stroke : a concept analysis. **Rehabilitation Nursing Research**, 3 (Summer) : 69-74.
- Piper, B. F. (1986). Fatigue. In V.K. Carrieri, A. M. Lindsey & G. M. West (Eds.), **Pathophysiological phenomena in nursing**. (pp. 219-223). Philadelphia : W.B. Saunders.

- Piper, B.F., Lindsey, A.D., & Dodd, M.J. (1987). Fatigue mechanisms in cancer patients : Developing nursing theory. **Oncology Nursing Forum** 14 : 17-23.
- Piper, B. F., (1993). Fatigue. In A. M. Lindsey & G. M. West (Eds.), **Pathophysiological phenomena in nursing**. (pp. 273-302). Philadelphia : W. B. Saunders.
- Poulshock, S. W. & Deimling, G. T. (1984). Families caring of elders in residence : issue in the measurement of burden. **Journal of Gerontol**, 39 (2) : 230-239.
- Ragsdale, D., Yarbrough, S. & Lasher, A.T. (1993). Using Social Support Theory to care for CVA Patients. **Rehabilitation Nursing**, 18 (May/June) : 154-161.
- Rawlins, S.R. (1991). Using the connecting Process to Meet Family Caregiver Needs. **Journal of Professional Nursing**, 7 (July-August): 213-220.
- Rodgers, C.D. (1983). Need of relatives of cardiac surgery patients during the critical care phase. **Focus on Critical Care**, 10 (10) : 50-53.
- Schott-Baer, D. (1993). Dependent care, caregiver burden, and self-care agency of spouse caregivers. **Cancer Nursing**, 16 (3) : 230-236.
- Rhoten, D. (1982). Fatigue and the postsurgical patient. In C.M. Norris (Ed.) , **concept clarification in nursing**. (pp. 277-299). Rockville : An Aspen Publication.
- Skulla, K.A., & Lacasse, C. (1992). Patient education for fatigue. **Oncology Nursing Forum** 19 : 1537-1541.
- Stetz, K. (1987). Caring demand during advanced cancer. **Cancer Nursing** 10 (5) : 260-268.
- Taylor, C., Lillis, C., and Mone, P.L. (1997). Fundamentals of nursing : **The art and science of nursing care**. 3rd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as – coping assistance. **Journal of Consulting and clinical Psychology**, 54 : 416-423.
- Vanetzian, E. A Corrigan, B.A. (1995). A comparison of the educational wants of family caregivers of patients with stroke. **Rehabilitation Nursing**, 20 (May-June) : 149-154.
- Walker, N. (1995). Providing for the needs of a dependent patient at home. **Nursing Times**, 91 (February) : 22-28.

- Williams, A. (1994). What Bother caregivers of Stroke Victims? **Journal of Neuroscience Nursing**, 26 (June) : 155-161.
- Wilson, S.A. (1992). The family as caregiver : Hospice home care. **Family and Community health**. 15 (July) : 71-81.
- Wingate, A. L. & Lackey, N. R. (1989). A description of the needs of noninstitutionalized cancer patients and their primary care givers. **Cancer Nursing**, 12 : 216-224.
- Yang, C.T., et al. (1992). Exploration of factors related to direct care and outcomes of caregiving : Care givers of terminally ill person. **Cancer Nursing** 15 (6) : 173-181.
- Yoshitake, H. (1971). Relations between the symptoms and the feeling of fatigue. **Ergonomics** 17 : 175-186.
- Zarit, S.H., Todd, P.A., and Zarit, J.M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregiver : longitudinal study. **Gerontologist** 26 (3) : 260.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง / สถานะทำงาน
1. นายแพทย์ธงชัย ลักษมีจันทร์พร	อาจารย์ประจำภาควิชา โสิต ศอ นาสิก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามธิบดี
2. รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชื่น ชีวพูนผล	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. นางสาวแม่นมนา จิระจรัส	พยาบาลเฉพาะทางอายุรกรรม- ศัลยกรรม ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามธิบดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถาม

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อที่จะศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยภาพรวมและรายด้าน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาของโรค ความเหนื่อยล้า ภาระการดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อนำข้อมูลที่ได้เหล่านี้ ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งให้ดีขึ้น จึงขอความร่วมมือโดยให้ท่านตอบแบบสอบถามนี้ ตามความเป็นจริง คำตอบของท่านจะไม่นำไปเปิดเผยที่ใดๆ เป็นรายบุคคล นอกจากแสดงข้อมูลในลักษณะส่วนร่วมเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของท่านทั้งสิ้น

แบบสอบถามนี้มี 4 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาระการดูแล
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับที่.....

วันที่.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน และผู้ป่วย โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () และเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () 1. หญิง () 2. ชาย
3. สถานภาพสมรส () 1. คู่ () 2. โสด
() 3. หม้าย () 4. หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
() 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา () 2. ประถมศึกษาตอนต้น
() 3. ประถมศึกษาตอนปลาย () 4. มัธยมศึกษาตอนต้น
() 5. มัธยมศึกษาตอนปลาย () 6.ปริญญาตรี
() 7. สูงกว่าปริญญาตรี () 8. อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. รายได้ของครอบครัว
() 1. 0 – 5,000 บาท () 2. 5,001 – 10,000 บาท
() 3. 10, 1 – 15,000 บาท () 4. 15,001 – 20,000 บาท
() 5. 20,000 ขึ้นไป
6. ความเพียงพอของรายได้
() 1. มีพอใช้และมีเงินเหลือเก็บ
() 2. มีพอใช้ แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ
() 3. ไม่พอกับค่าใช้จ่าย แต่ไม่มีภาระหนี้สิน
() 4. ไม่พอกับค่าใช้จ่าย และมีภาระหนี้สิน
7. อาชีพ
() 1. รับราชการ () 2. รัฐวิสาหกิจ
() 3. รับจ้าง () 4. กสิกรรม
() 5. งานบ้าน () 6. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

8. รูปแบบการทำงานของ ท่านเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่

เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดูแลผู้ป่วย

() 1. ทำงานเต็มเวลาเหมือนเดิม (Full time)

() 2. ทำงานบางเวลา (Part time)

() 3. ลาออกจกงานเพื่อมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

9. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน

10. จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ยที่ชั่วโมงใน 1 วัน.....ชั่วโมง

11. สุขภาพของผู้ดูแล ณ ปัจจุบันเมื่อเทียบกับก่อนดูแลผู้ป่วย ท่านมีสุขภาพ

() 1. ดีขึ้น

() 2. คงเดิม

() 3. แย่ลง

12. โรคประจำตัว

() 1. เบาหวาน

() 2. ความดันโลหิตสูง

() 3. หัวใจ

() 4. อื่นๆ (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 1 () 2. ระยะที่ 2

() 3. ระยะที่ 3 () 4. ระยะที่ 4

6. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า

คำชี้แจง : กรุณาตอบข้อคำถามในแต่ละข้อต่อไปนี่ว่าท่านมีความรู้สึกต่อข้อคำถามนั้นมากน้อยเพียงใด โดยใช้เครื่องหมาย O วงกลม ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะนี้มากที่สุด

0 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย
ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

1) ในขณะนี้ ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเหนื่อยล้ามากน้อยเพียงใด

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

2) ในขณะนี้ ท่านรู้สึกว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับท่าน รบกวนความสามารถของท่านในการทำงานให้สำเร็จ หรือปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้มากน้อยเพียงใด

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

3) ในขณะนี้ ท่านรู้สึกว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รบกวนความสามารถของท่านในการพบปะพูดคุยหรือมีกิจกรรมในสังคมร่วมกับเพื่อนฝูงมากน้อยเพียงใด

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

4) ในขณะที่ ท่านรู้สึกว่าคุณเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ครอบคลุมชีวิตทางเพศของท่านมากน้อยเพียงใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่ครอบคลุมเลย ครอบคลุมมากที่สุด

5) โดยรวมแล้ว ท่านรู้สึกว่าคุณเหนื่อยล้าที่ท่านประสบอยู่ในขณะนี้ ครอบคลุมความสามารถของท่านในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ท่านชอบมากน้อยเพียงใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่ครอบคลุมเลย ครอบคลุมมากที่สุด

6) ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะนี้ มีระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่รุนแรงเลย รุนแรงมากที่สุด

7) กรุณาอธิบายลักษณะของความเหนื่อยล้าที่ท่านกำลังประสบอยู่ในขณะนี้ ว่าเป็นอย่างไร

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
เป็นสิ่งที่สนุกสนาน เป็นสิ่งที่ไม่สนุกสนาน

8) กรุณาอธิบายลักษณะของความเหนื่อยล้าที่ท่านกำลังประสบอยู่ในขณะนี้ ว่าเป็นอย่างไร

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
เป็นที่น่าสนใจ เป็นสิ่งที่ไม่น่าพอใจ

9) กรุณาอธิบายลักษณะของความเหนียวล้าที่ท่านกำลังประสบอยู่ในขณะนี้ ว่าเป็นอย่างไร

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
เป็นสิ่งที่ปกป้องฉัน เป็นสิ่งที่ทำลายฉัน

10) กรุณาอธิบายลักษณะของความเหนียวล้าที่ท่านกำลังประสบอยู่ในขณะนี้ ว่าเป็นอย่างไร

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
เป็นสิ่งที่ที่ดี เป็นสิ่งที่ไม่ดี

11) กรุณาอธิบายลักษณะของความเหนียวล้าที่ท่านกำลังประสบอยู่ในขณะนี้ ว่าเป็นอย่างไร

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
เป็นสิ่งที่ปกติ เป็นสิ่งที่ผิดปกติ

12) ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
แข็งแรง อ่อนแอ

13) ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
มีความตื่นตัว ง่วงซึม

19) ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ร่าเริง ซึมเศร้า

20) ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 สามารถรวบรวม
สมาธิได้ ไม่สามารถรวบรวม
สมาธิได้

21) ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

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

22) ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

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

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาระการดูแล

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับงานที่ท่านทำระหว่างดูแลผู้ป่วย งานแต่ละอย่างอาจใช้เวลาและความยากลำบากที่ต่างกัน แต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบที่ดีที่สุด คือ คำตอบที่ตรงหรือใกล้เคียงกับการปฏิบัติหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด โปรดอ่านแต่ละข้อแล้ว O วงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับปริมาณเวลาที่ท่านใช้และระดับความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้					ระดับความยากลำบาก				
	ไม่ ใช้ เลย	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	ไม่ มี เลย	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1. การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น ฉีดยา ให้ยา รับประทาน ทำแผล ให้อาหาร ทางสายยาง ดูแลเสมหะ สอนปัสสาวะ สอนอุจจาระ และอื่นๆ	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และอื่นๆ	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
.										
.										
14.การติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ เช่น สถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือองค์กรต่างๆ ที่ช่วยเหลือด้านอุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็น	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15.การติดต่อกับแพทย์และพยาบาล เพื่อสอบถามเกี่ยวกับอาการ ปัญหา คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย และอื่น ๆ	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้เป็นความต้องการของท่านเมื่อรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

โปรดพิจารณาว่าท่านมีความต้องการตรงกับข้อความนั้นหรือไม่ และมากน้อยเพียงใด และทำ

เครื่องหมาย O วงกลม ล้อมรอบตัวเลขในช่องที่ตรงกับความต้องการ

ความต้องการ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ต้องการ
ด้านข้อมูลในการดูแล					
1. ท่านต้องการทราบวิธีการทำความสะอาดปากฟันของผู้ป่วย	5	4	3	2	1
2. ท่านต้องการทราบวิธีการอาบน้ำหรือเช็ดตัวของผู้ป่วย	5	4	3	2	1
.					
.					
19.ท่านต้องการทราบวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับต่อไป	5	4	3	2	1
20.ท่านต้องการคำแนะนำแหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือเวลาเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	5	4	3	2	1
ด้านประคับประคองจิตใจ					
21.ท่านต้องการให้คนในครอบครัวให้เวลาร่วมรับรู้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย	5	4	3	2	1
22.ท่านต้องการให้คนในครอบครัวช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	5	4	3	2	1
.					
.					
27.ท่านต้องการให้แพทย์และพยาบาลมีเวลารับฟังปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาตรวจ	5	4	3	2	1
28.ท่านต้องการแพทย์และพยาบาลให้เวลาท่านได้ซักถามได้อย่างเต็มที่	5	4	3	2	1
ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย					
29.ท่านต้องการมีเวลาเพื่อดูแลตนเอง	5	4	3	2	1
.					
.					
35.ท่านต้องการทราบคำแนะนำในการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง	5	4	3	2	1

ความต้องการ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ต้องการ
ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ					
36. ในการดูแลผู้ป่วย ท่านต้องการกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง	5	4	3	2	1
37. ท่านต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าท่านรักและเอาใจเขาอย่างเต็มความสามารถ	5	4	3	2	1
.					
.					
42. ท่านต้องการมีความหวังในชีวิต	5	4	3	2	1
43. ท่านต้องการทำความดีโดยการดูแลผู้ป่วย	5	4	3	2	1
ด้านการจัดการภายในบ้าน					
44. ท่านต้องการความช่วยเหลือในการจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยและคนในครอบครัว	5	4	3	2	1
45. ท่านต้องการความช่วยเหลือในการซักผ้า	5	4	3	2	1
.					
.					
50. ท่านต้องการผู้ที่สามารถดูแลผู้ป่วยแทนท่านบ้างในบางเวลาที่ท่านต้องไปทำธุระนอกบ้าน	5	4	3	2	1
51. ท่านต้องการให้คนในครอบครัวพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตรวจตามนัด	5	4	3	2	1
ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ					
52. ท่านต้องการความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายประจำวันของผู้ป่วย	5	4	3	2	1
.					
.					
55. ท่านต้องการความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว	5	4	3	2	1
56. ท่านต้องการคำแนะนำแหล่งที่ท่านสามารถขอความช่วยเหลือในการจัดหาอุปกรณ์ต่างๆ ให้กับผู้ป่วย	5	4	3	2	1



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะของโรค ความเหนื่อยล้า ภาวะการดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.สุวิพร ธนศิลป์

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/..... ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยในเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ และความไม่สะดวกที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยโดยละเอียด
2. ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใดๆ ที่ข้าพเจ้าไม่สะดวกหรือสะเพีอนใจ โดยจะไม่มีผลต่อบริการ การรักษาที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับ
3. ข้าพเจ้าได้รับทราบคำรับรองของผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับข้าพเจ้าไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยในรูปแบบที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

.....

สถานที่/วันที่

ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่/วันที่

(นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ)

ลงนามผู้ทำวิจัย

.....

สถานที่/วันที่

(.....)

ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

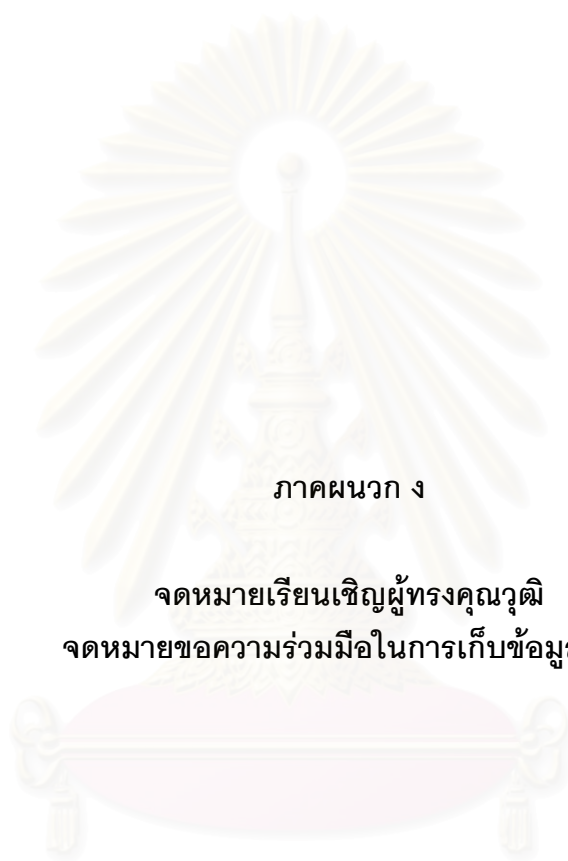
1. ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะของโรค ความเหนื่อยล้า ภาวะการดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน แผนกจักษุ-โสตฯ สามัญชาย ชั้น 6 โรงพยาบาลรามคำแหงดี โทรศัพทเคลื่อนที่ 01-3814222 E-mail : Siriwan_Wannasiri@yahoo.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่น ๆ ที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการวิจัย
 - 4.1 โครงการนี้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 4.3 เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ที่ผู้วิจัยคาดว่าความสะดวที่อาจเกิดขึ้นคือการใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 1 ชั่วโมง
 - 4.4 ผู้ที่เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้มีคุณสมบัติคือเป็นเพศชายและหญิงอายุ 20-59 ปีเป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

ผู้ที่เข้าร่วมในงานวิจัยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 1 ครั้ง ประมาณ 1 ชั่วโมง โดยตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามภาวะการดูแลและแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง
6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ตามที่อยู่ของผู้วิจัยที่ให้ไว้ข้างต้น และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
7. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้ท่านมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่ มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับอยู่

8. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย
9. ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น
10. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 130 คน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/124

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 มกราคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ระยะของโรค ความเหนื่อยล้า ภาวะการดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยโรคมะเร็ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใน การนี้จึงขอเรียนเชิญอาจารย์นายแพทย์ธงชัย ลักษณะมีจันทร์พร อาจารย์ประจำภาควิชาโสต ศอ นาสิก เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็น อย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ นายแพทย์ธงชัย ลักษณะมีจันทร์พร

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ที่อนินิต นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ โทร. 0-1381-422

ที่ ศธ 0512.11/124

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 มกราคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ระยะของโรค ความเหนื่อยล้าและภาระการดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทาง วิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็น อย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ที่อนินิต นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ โทร. 0-1381-422

ที่ ศธ 0512.11/124

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 มกราคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติ บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ระยะของโรค ความเหนื่อยล้าและภาวะการดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวแมนมนา จิระจรัส พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขา อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์โรคมะเร็ง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวแมนมนา จิระจรัสงานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802ชื่อนิสิต นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ โทร. 0-1381-422

ที่ ศธ 0512.11/124

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 มกราคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติ บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ระยะของโรค ความเหนื่อยล้าและภาวะการดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชื่น ชิวพูนผล อาจารย์พยาบาลภาค วิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชื่น ชิวพูนผล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ที่อนิสิต นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ โทร. 0-1381-422

ที่ ศธ 0512.11/124

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 มกราคม 2549

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ระยะของโรค ความเหนื่อยล้าและภาวะการดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และ ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ชื่อนิสิต นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ โทร. 0-1381-422

ที่ ศธ 0512.11/215

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

14 กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มหาวชิราลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะของโรค ความเหนื่อยล้าและภาวะการดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 30 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็ง และแผนกผู้ป่วยในโรคมะเร็ง โดยใช้แบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามภาวะการดูแล และแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ที่อนิสิต นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ โทร. 0-1381-4222

ที่ ศธ 0512.11/216

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

14 กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วย นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาของโรค ความเหนื่อยล้าและภาวะการดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 40 คน ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ศัลยกรรม หู คอ จมูก และนารีเวชวิทยา โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามภาวะการดูแล และแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ โทร. 0-1381-4222

ที่ ศธ 0512.11/216

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

14 กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

เนื่องด้วย นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะของโรค ความเหนื่อยล้าและภาวะการดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 40 คน ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ศัลยกรรม หู คอ จมูก และนารีเวชวิทยา โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามภาวะการดูแล และแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ โทร. 0-1381-4222

ที่ ศธ 0512.11/216

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

30 กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาของโรค ความเหนื่อยล้าและภาวะการดูแลกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 50 คน ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ศัลยกรรม หู คอ จมูก และนารีเวชวิทยา โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามภาวะการดูแล และแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9802

ชื่อนิสิต

นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ โทร. 0-1381-4222



ภาคผนวก จ

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 การหาค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของโรค กับความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ตัวแปร	ความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว						G	X ²	P-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. ระดับการศึกษา									
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	3	2.30	32	24.80	6	4.70	-.217	5.791	.215
มัธยมศึกษา	11	8.50	40	30.78	10	7.80			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	8	6.20	16	12.40	4	3.10			
2. รายได้ของครอบครัว									
< 5,000 บาท	4	3.10	13	10.10	3	2.30	-.141	5.654	.463
5,001-10,000 บาท	1	0.80	22	16.92	4	3.10			
10,001-15,000 บาท	6	4.70	26	20.20	7	5.40			
> 15,000 บาท	11	8.50	27	20.90	6	4.70			
3. ระยะของโรค									
ระยะที่ 1	4	3.10	9	7.00	0	0.00	.496	13.953	.030
ระยะที่ 2	5	3.90	16	12.31	0	0.00			
ระยะที่ 3	11	8.50	49	38.00	12	9.30			
ระยะที่ 4	2	1.60	14	10.90	8	6.20			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 การหาค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของโรค กับความต้องการด้านการปรับระดับประคองจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ตัวแปร	ความต้องการด้านการปรับระดับประคองจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว						G	X ²	P-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. ระดับการศึกษา									
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	5	3.80	27	20.80	9	6.90	-.220	7.055	.133
มัธยมศึกษา	8	6.20	44	33.80	9	6.90			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	9	6.90	14	10.80	5	3.80			
2. รายได้ของครอบครัว									
< 5,000 บาท	4	3.10	13	10.00	3	2.30	-.083	3.602	.730
5,001-10,000 บาท	4	3.10	15	11.50	8	6.20			
10,001-15,000 บาท	6	4.60	27	20.80	6	4.60			
> 15,000 บาท	8	6.20	30	23.10	6	4.60			
3. ระยะของโรค									
ระยะที่ 1	5	3.80	7	5.40	2	1.50	.306	11.568	.072
ระยะที่ 2	5	3.80	13	10.00	2	1.50			
ระยะที่ 3	8	6.20	53	40.80	11	8.50			
ระยะที่ 4	4	3.10	12	9.20	8	6.20			

ตารางที่ 13 การหาค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของโรค กับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ตัวแปร	ความต้องการด้านสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลในครอบครัว						G	X ²	P-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. ระดับการศึกษา									
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	1	0.80	32	24.60	8	6.20	-.386	12.316	.015
มัธยมศึกษา	4	3.10	45	34.60	12	9.20			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	5.40	19	14.60	2	1.50			
2. รายได้ของครอบครัว									
< 5,000 บาท	3	2.30	15	11.50	2	1.50	.101	3.327	.767
5,001-10,000 บาท	1	0.80	22	16.90	4	3.10			
10,001-15,000 บาท	3	2.30	29	22.30	7	5.40			
> 15,000 บาท	5	3.80	30	23.10	9	6.90			
3. ระยะของโรค									
ระยะที่ 1	3	2.30	10	7.70	1	0.80	.075	5.953	.428
ระยะที่ 2	0	0.00	17	13.10	3	2.30			
ระยะที่ 3	6	4.60	52	40.00	14	10.80			
ระยะที่ 4	3	2.30	17	13.10	4	3.10			

ตารางที่ 14 การหาค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของโรค กับความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ตัวแปร	ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัว						G	X ²	P-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. ระดับการศึกษา									
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	0	0.00	31	23.80	10	7.70	-.431	10.507	.033
มัธยมศึกษา	10	7.70	43	33.10	8	6.20			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6	4.60	19	14.60	3	2.30			
2. รายได้ของครอบครัว									
< 5,000 บาท	2	1.50	16	12.30	2	1.50	-.220	7.408	.285
5,001-10,000 บาท	2	1.50	17	13.10	8	6.20			
10,001-15,000 บาท	4	3.10	28	21.50	7	5.40			
> 15,000 บาท	8	6.20	32	24.60	4	3.10			
3. ระยะของโรค									
ระยะที่ 1	4	3.10	7	5.40	3	2.30	.159	5.790	.447
ระยะที่ 2	3	2.30	14	10.80	3	2.30			
ระยะที่ 3	7	5.40	55	42.30	10	7.70			
ระยะที่ 4	2	1.50	17	13.10	5	3.80			

ตารางที่ 15 การหาค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของโรค กับความต้องการด้านการจัดการภายในบ้านของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ตัวแปร	ความต้องการด้านการจัดการในบ้านของผู้ดูแลในครอบครัว						G	X ²	P-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. ระดับการศึกษา									
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	5	3.80	25	19.20	11	8.50	-.416	10.441	.034
มัธยมศึกษา	10	7.70	43	33.10	8	6.20			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	9	6.90	18	13.80	1	0.80			
2. รายได้ของครอบครัว									
< 5,000 บาท	4	3.10	11	8.50	5	3.80	-.274	10.685	.099
5,001-10,000 บาท	3	2.30	16	12.30	8	6.20			
10,001-15,000 บาท	6	4.60	30	23.10	3	2.30			
> 15,000 บาท	11	8.50	29	22.30	4	3.10			
3. ระยะของโรค									
ระยะที่ 1	4	3.10	7	5.40	3	2.30	.087	4.102	.663
ระยะที่ 2	4	3.10	12	9.20	4	3.10			
ระยะที่ 3	13	10.00	51	39.20	8	6.20			
ระยะที่ 4	3	2.30	16	12.30	5	3.80			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 การหาค่าสัมประสิทธิ์ Goodman and Kruskal's Gamma (G) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของโรค กับความต้องการด้านการเงินและวัสดุสิ่งของของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ตัวแปร	ความต้องการด้านการเงินและวัสดุของผู้ดูแลในครอบครัว						G	X ²	P-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. ระดับการศึกษา									
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	3	2.30	30	23.10	8	6.20			
มัธยมศึกษา	7	5.40	46	35.40	8	6.20			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	9	6.90	19	14.60	0	0.00			
							-4.98	13.149	.011
2. รายได้ของครอบครัว									
< 5,000 บาท	1	0.80	15	11.50	4	3.10			
5,001-10,000 บาท	2	1.50	19	14.60	6	4.60			
10,001-15,000 บาท	6	4.60	29	22.30	4	3.10			
> 15,000 บาท	10	7.70	32	24.60	2	1.50			
							-4.14	9.674	.139
3. ระยะของโรค									
ระยะที่ 1	3	2.30	8	6.20	3	2.30			
ระยะที่ 2	4	3.10	13	10.00	3	2.30			
ระยะที่ 3	8	6.20	58	44.60	6	4.60			
ระยะที่ 4	4	3.10	16	12.30	4	3.10			
							.024	5.224	.515



ภาคผนวก ฉ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยทำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและทำการปรับปรุง แก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำผลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุดด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal consistency) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่มีสูตรดังนี้

$$\text{สูตร} \quad \alpha = \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[\frac{1 - \sum Si^2}{St^2} \right]$$

เมื่อ α = สัมประสิทธิ์ค่าความเที่ยง

n = จำนวนข้อความ

Si^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

2. คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ รูปแบบการทำงาน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ดูแลเฉลี่ยต่อวัน สุขภาพของผู้ดูแล โรคประจำตัวและความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วย

$$\text{สูตร} \quad p = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ p = ค่าร้อยละ

f = ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n = จำนวนรวมทั้งหมด

3. การคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความเหนื่อยล้า ภาวะการดูแลและความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยรวมและรายด้าน โดยใช้สูตร

สูตรคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต

$\sum X$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

N = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

สูตรคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$S.D. = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum X^2$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง

N = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

4. หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความเหนื่อยล้า ภาวะการดูแลและความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ใช้สูตรดังนี้

สูตร

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

- เมื่อ r_{xy} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร X และ y
 X = คะแนนของตัวแปรที่ 1
 y = คะแนนของตัวแปรที่ 2
 N = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

5. หาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและระยะของโรค กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้สถิติ ไคสแควร์ (Chi-square)

สูตร
$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

χ = ค่าสถิติไคสแควร์

O_{ij} = ความถี่ที่ได้จากการสังเกตในแถวที่ i สดมภ์ที่ j

E_{ij} = ความถี่ที่คาดหวังในแถวที่ i สดมภ์ที่ j

$$\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c =$$
 ผลรวมของแถวและสดมภ์

df = ค่า $(r - 1)(c - 1)$

r = จำนวนแถว (Row)

c = จำนวนสดมภ์ (Column)

6. ค่าสัมประสิทธิ์ Gamma (G)

สูตร
$$G = \frac{NS - ND}{NS + ND}$$

NS = จำนวนคู่ที่มีอันดับเหมือนกันทั้ง 2 ตัวแปร

ND = จำนวนคู่ที่มีอันดับต่างกันทั้ง 2 ตัวแปร

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวศิริวรรณ วรรณศิริ เกิดเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2522 ที่จังหวัดลพบุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปี พ.ศ. 2544 และเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2547 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประเภทพนักงานมหาวิทยาลัย ประจำหอผู้ป่วย จักษุ โสต ศอ นาสิก สามีญชาย โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย