

ความเหนียวแน่นและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนียวแน่นของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Fatigue and related factors in family caregivers of terminal cancer patients



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความเหนียวล้ำและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนียวล้ำของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
โดย	น.ส.ชลดา แสงนาค
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ดร. นพ.ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชลดดา แสงนาค : ความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. (Fatigue and related factors in family caregivers of terminal cancer patients) อ.ที่
 ปรึกษาหลัก : รศ. พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อศึกษาถึงความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 194 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน 2563 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแผนกผู้ป่วยนอก และที่คลินิกการแพทย์ผสมผสานผู้ป่วยมะเร็งและญาติ ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามภาวะทางสุขภาพกาย แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก แบบสอบถามภาระในการดูแล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาเพื่อนำเสนอลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การแจกแจงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลกับความเหนื่อยล้า และใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ เพื่อหาปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้า โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.1 ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้แก่ ชนิดมะเร็งของผู้ป่วย ชนิดการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย ลักษณะงานที่ช่วยดูแลผู้ป่วย ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งการศึกษายังพบว่า ปัจจัยชนิดมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การรักษาแบบประคับประคอง ชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วย ภาวะทางสุขภาพกาย ปัจจัยภาระในการดูแล และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 6 ตัวแปรสามารถทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 45.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน การลดลงของภาระในการดูแล การเพิ่มขึ้นของการรับรู้ภาวะทางสุขภาพกายของผู้ดูแลรวมไปถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยน้อยลง ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาแนวทางในการจัดการกับความเหนื่อยล้าและวางแผนในการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา สุขภาพจิต
 ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อ นิสิต
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6270076030 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Fatigue, Family caregiver, Sense of Coherence, Caregiving Burden, Social Support

Chonlada Sangnak : Fatigue and related factors in family caregivers of terminal cancer patients.

Advisor: Assoc. Prof. SIRILUCK SUPPAPITIPORN, M.D.

This was a cross sectional descriptive study to determine fatigue and factors associated with fatigue among the family caregivers of terminal cancer patients. The sample groups were 194 family caregivers who had blood relationship with terminal cancer patients. Data were collected between April and June 2020 by selecting the sample groups from both the outpatient departments and the integrative medicine clinic for cancer patients and their relatives at Chulabhorn Hospital, who met the inclusion criteria. The study tools were questionnaires on personal Information, fatigue, self-evaluations of health, sense of coherence, caregiving burden, and social support. The descriptive statistics were used to present the general characteristics of sample groups, number distribution, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics were applied to describe the relationship between personal factor variables and fatigue. Multiple regression analysis was employed to identify factors for the prediction of fatigue. The p-value of 0.05 was considered as statistical significance.

According to the findings, there was a moderate level of overall fatigue, accounting for 71.1 percent among the sample groups. Factors correlated with the fatigue of family caregivers included patient's type of cancer, history of treatment, number of caregiving hours, characteristics of caregiving, caregiving helper, self-evaluations of health, sense of coherence, caregiving burden, and social support. Moreover, it was also found that lymphoma, symptomatic palliative, caregiving hours, self-evaluations of health, caregiving burden, and social support were 6 variables that can predict the fatigue among caregivers of terminal cancer patients, with statistical significance ($R^2 = 0.453$). In particular, the reduction of caregiving hours, caregiving burden, on the other hand the increasing of self-evaluations of health family caregivers and social support can lessen the fatigue of family caregivers. The results of this study can be used as information for healthcare professionals or related units for the development of guidelines in fatigue management and the further plan for appropriate assistance to both patients and their family caregivers.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2020

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาความช่วยเหลือและให้ความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่านและหลายภาคส่วน

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยชี้แนะและให้คำแนะนำ ตลอดจนช่วยเหลือในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และคอยให้กำลังใจตลอดทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.นายแพทย์ชาวิท ต้นวีระชัยสกุล ที่ให้เกียรติเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรต ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบคุณคณาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ รวมถึงให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ธุรการที่คอยให้ความช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มแรกและให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ขอขอบคุณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ และวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารัตน์ ที่สนับสนุนค่าเล่าเรียนสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ อีกทั้งขอขอบคุณแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และบุคลากรสายสนับสนุนทุกท่าน ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย อีกทั้งยังคอยชี้แนะแนวทางในการดำเนินการขั้นตอนต่าง ๆ ตามระเบียบของทางโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน ขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวของผู้วิจัย ที่เป็นกำลังใจสำคัญ และสนับสนุนผู้วิจัยในทุก ๆ ด้านด้วยดีเสมอมา

ชลดา แสงนาค

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย (Research Questions).....	2
วัตถุประสงค์การวิจัย (Research objective)	2
ขอบเขตงานวิจัย	3
ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation).....	3
คำนิยามเชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย (Operational definitions).....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected benefits and application).....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework).....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
1. แนวคิดที่เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า	9
2. แนวคิดที่เกี่ยวกับญาติผู้ดูแล.....	20
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	26
4. แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก	30
5. แนวคิดเกี่ยวกับภาระในการดูแล	33
6. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	36

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
การรวบรวมข้อมูล (Data Collection).....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)	51
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬารัตน์	53
ตอนที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุดของความเหนื่อยล้า ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย.....	62
ตอนที่ 3 การศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนของข้อมูลส่วนบุคคลกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	65
ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	75
ตอนที่ 5 การศึกษาความสามารถของภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	78
สรุปผลการวิจัย.....	79
การอภิปรายผลการวิจัย.....	83
สรุปผลการศึกษา	89
ข้อจำกัดการวิจัย.....	90
การนำผลการวิจัยไปใช้	90
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	92

บรรณานุกรม.....	93
ภาคผนวก.....	100
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	101
ภาคผนวก ข เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ.....	105
ภาคผนวก ค แบบสอบถามสำหรับการวิจัย	114
ภาคผนวก ง เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือสำหรับการวิจัย.....	124
ประวัติผู้เขียน.....	129



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (n = 194)	53
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (n = 194).....	59
ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุดของความเหนื่อยล้า ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (n = 194)	62
ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และร้อยละของความเหนื่อยล้า ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการ มองโลก ภาวะในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (n = 194).....	63
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test (n = 194).....	65
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติทดสอบ One- Way ANOVA และวิเคราะห์เปรียบเทียบความ แตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Scheffe (n = 194).....	71
ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลกภาวะ ในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 194).....	75
ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้วิธีแบบ Forward (n = 194)	76

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งนับว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพของมนุษย์ที่สำคัญของโลก ซึ่งการดำเนินของโรคมะเร็งมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของมนุษย์ โรคมะเร็งเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลาหลายปีในการก่อให้เกิดโรค จึงมีแนวโน้มว่าในปี ค.ศ. 2040 จะพบอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นถึง 27.5 ล้านรายทั่วโลก (American Cancer Society, 2015)⁽¹⁾ และอุบัติการณ์ด้านสุขภาพในประเทศไทยพบว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับต้น ๆ ของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อรวมถึงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)⁽²⁾ และพบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 336 คน หรือ 122,757 คนต่อปี เสียชีวิตวันละ 215 คน หรือ 78,540 คนต่อปี เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 ราย (กรุงเทพมหานคร, 2562)⁽³⁾

ในปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ามากขึ้นและหากผู้ป่วยได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ผู้ป่วยก็สามารถที่จะหายขาดจากโรคมะเร็งนี้ได้ แต่ในผู้ป่วยมะเร็งอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่ามะเร็งอยู่ในระยะลุกลามแล้วและแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ หรือผู้ป่วยที่มีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคแล้วไม่มีวิธีใดที่สามารถรักษาให้หายขาดจากโรคได้ จึงได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จึงต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2556)⁽⁴⁾

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการดำเนินของโรคมามากขึ้น มักจะมีปัญหาในการจัดการกับตัวเอง มีความต้องการความช่วยเหลือและการดูแลจากญาติมากขึ้นเนื่องจากร่างกายเริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบต่าง ๆ มากขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงมักต้องการพึ่งพาและต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมเพราะเกิดปัญหาในการดูแลตนเอง (ปานจิตร โชคพิชิต, 2003)⁽⁵⁾

ญาติผู้ดูแลที่เข้ามาช่วยจัดการในเรื่องต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลายคนอาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ เช่น เมื่อหัวหน้าครอบครัวต้องป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านอาชีพและรายได้ต่าง ๆ สมาชิกในครอบครัวคนอื่นอาจต้องมารับบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้ญาติผู้ดูแลผู้นั้นต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมหรือการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ (Mulsolf, 1991)⁽⁶⁾ บางครั้งญาติผู้ดูแลต้องมารับบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากที่ไม่เคยทำมาก่อน มีการเรียนรู้กับประสบการณ์ใหม่ในการดูแลผู้ป่วย และ

ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ทำให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจของญาติผู้ดูแล และเมื่อญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก็สามารถทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ในที่สุด (ปีนเพชร โปธิ์กุดสัย, 2540)⁽⁷⁾

ความเหนื่อยล้า เป็นอาการที่พบได้บ่อยในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นความรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย รู้สึกขาดพลังงานหรือรู้สึกหมดแรง สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในคนที่มีความเจ็บป่วยและในคนที่มีความสุขภาพดี โดยความเหนื่อยล้าอาจมีสาเหตุได้ทั้งจากทางด้านร่างกายหรือทางด้านจิตใจ อีกทั้งความเหนื่อยล้าอาจเกิดขึ้นได้จากปัจจัยทางสังคมอื่น ๆ ได้อีก เช่น ภาวะในการดูแล หรือการสนับสนุนทางสังคม ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นนี้หากนานกว่า 1 เดือน จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรัง และถ้าเป็นนานมากกว่า 6 เดือน จะทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายได้ ความเหนื่อยล้าจึงเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลได้เสมอ (Campling & Sharpe, 2000)⁽⁸⁾

จะเห็นได้ว่าปัญหาความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดย Jensen & Given (1991)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาถึงภาวะความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 248 ราย พบว่า ร้อยละ 53 มีความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลางถึงระดับสูง เมื่อผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าก็จะมีผลกระทบกับการคิด การตัดสินใจแก้ไขปัญหาและความเหนื่อยล้านี้สามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย (อุษณีย์ แหมแหวน, 2551)⁽¹⁰⁾

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการศึกษานี้จะช่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและวางแผนให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research objective)

1. เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 19 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า จำนวน 22 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะทางสุขภาพกาย จำนวน 1 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาระในการดูแล จำนวน 22 ข้อ และส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ

ประชากรที่ศึกษา คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และที่คลินิกการแพทย์ผสมผสานผู้ป่วยมะเร็งและญาติ ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแล โรคประจำตัวของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล เพศของผู้ป่วยที่ดูแล อายุของผู้ป่วยที่ดูแล ชนิดมะเร็งของผู้ป่วยที่ดูแล โรคร่วมนอกเหนือจากโรคมะเร็งของผู้ป่วยที่ดูแล อาการทางจิตเวชของผู้ป่วยที่ดูแล การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วย ลักษณะงานที่ช่วยดูแลผู้ป่วย จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ภาระการดูแลอื่นที่นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ความเหนื่อยล้า

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ทำให้เกิดข้อจำกัดอ้างอิงถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อื่น และอาจไม่ครอบคลุมถึงการทำกิจกรรมการดูแลอื่นที่ผู้วิจัยไม่ได้พบ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาเท่านั้น ซึ่งหากมีการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่แตกต่างกันอาจจะได้ผลการวิจัยที่แตกต่างออกไป

คำนิยามเชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย (Operational definitions)

1. ความเหนื่อยล้า (Fatigue) หมายถึง อาการไม่สบายที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล การรับรู้ถึงความรู้สึกหมดแรงและศักยภาพในการทำงานและจิตใจของญาติผู้ดูแลลดลง ความเหนื่อยล้าอาจแสดงออกมาเพียงหนึ่งอาการหรือหลาย ๆ อาการก็ได้ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนี้ทำให้แต่ละบุคคลเกิดความรู้สึกไม่สบายแตกต่างกัน โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านร่างกาย 2) ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ 3) ปัจจัยทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper Fatigue Scale ฉบับภาษาไทย ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นตัวเลขตั้งแต่ 1 – 10 ให้เลือกตอบเป็นเส้นตรง (Numeric scale) ซึ่งหากคะแนนมาก หมายถึง ความเหนื่อยล้ามาก

2. ภาวะทางสุขภาพกาย (Self - Evaluations of Health) หมายถึง ระดับการรับรู้ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่มีต่อภาวะทางสุขภาพของตนในขณะนั้นว่ามีสุขภาพดีเพียงใด โดยใช้มาตรวัดในการประเมินตนเองแบบ visual analog scale

3. ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of Coherence) หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งที่ทำลาย สามารถเผชิญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการและควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าได้ด้วยตนเองจนสำเร็จลุล่วงไปได้ การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก (The sense of coherence questionnaire) ฉบับภาษาไทย เป็นมาตราส่วน rating scale 5 ระดับ โดยคะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึง บุคคลยิ่งมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

4. ภาระในการดูแล (Caregiving Burden) หมายถึง เป็นการรับรู้ถึงหรือรู้สึกต่อบทบาทหน้าที่หรือความยากลำบากในการดูแลที่ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่รบกวนสุขภาพร่างกาย หรือจิตใจของญาติผู้ดูแล การศึกษาในครั้งนี้วัดโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลตามแนวคิดของ Zarit & Todd ฉบับภาษาไทย มาตราส่วนแบบ Likert scale 5 อันดับ โดยคะแนนมาก หมายถึง ภาระในการดูแลมาก

5. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจาก เครือข่ายทางสังคมทั้งในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของและการได้รับบริการ ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัด Social Support Questionnaire ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย เป็นมาตราส่วน rating scale 5 ระดับ โดยคะแนนมาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

6. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Family caregiver) หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมายคือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 เดือน และช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

7. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (terminal cancer patients) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 หรือระยะที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และได้รับการรักษาเพื่อประคับประคองตามอาการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected benefits and application)

1. เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพได้ตระหนักถึงความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเป็นแนวทางในการประเมินความเหนื่อยล้า
2. เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าซึ่งได้แก่ ภาวะทางสุขภาพทางกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม และสามารถนำไปจัดการกับความเหนื่อยล้าในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อไป
3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้วิจัยในการศึกษาความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

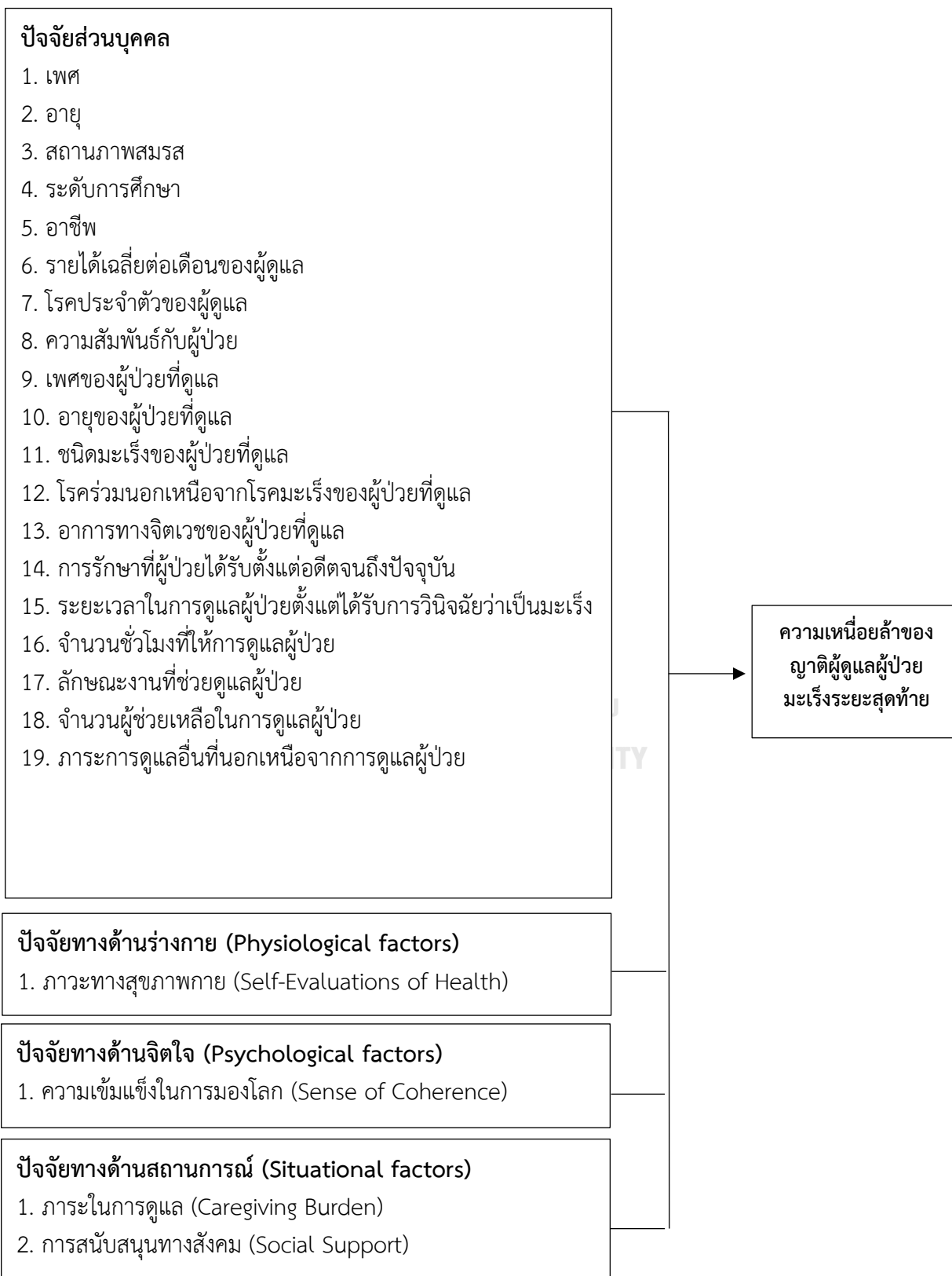
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรอิสระ

(Independent Variables)

ตัวแปรตาม

(Dependent Variables)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Descriptive Qualitative, Cross sectional) เพื่อศึกษาถึงความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหาซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า
 - 1.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า
 - 1.2 ประเภทและชนิดของความเหนื่อยล้า
 - 1.3 กรอบแนวคิดทฤษฎีความเหนื่อยล้า
 - 1.4 ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 1.5 การประเมินความเหนื่อยล้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล
 - 2.1 ความหมายของญาติผู้ดูแล
 - 2.2 ประเภทของญาติผู้ดูแล
 - 2.3 บทบาทของญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 2.4 ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 3.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 3.2 วิธีการรักษาโรคมะเร็ง
 - 3.3 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 3.4 วิถีทางความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง (Trajectory phase)
 - 3.5 การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)
 - 3.6 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลจุฬารัตน์

4. แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก
 - 4.1 ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก
 - 4.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก
 - 4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งในการมองโลก
 - 4.4 ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 4.5 การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

5. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะในการดูแล
 - 5.1 ความหมายของภาวะในการดูแล
 - 5.2 ประเภทของภาวะการดูแล
 - 5.3 การประเมินภาวะในการดูแล

6. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
 - 6.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
 - 6.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม
 - 6.3 แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม
 - 6.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดที่เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า

1.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้าในแต่ละสาขาวิชาซีพีมีความหมายที่แตกต่างกัน เริ่มแรกความเหนื่อยล้าเป็นคำที่มีต้นกำเนิดมาจากภาษาฝรั่งเศสโดยจะใช้คำว่า *Fatiguer* มีความหมายว่าเหนื่อย (*tire*) และในภาษาละตินจะใช้คำว่า *Fatigare* มีความหมายว่าเหน็ดเหนื่อย (*exhaust*) หรือเมื่อยล้า (*wear*) คำว่าเหนื่อยล้าเป็นคำที่ใช้อธิบายถึงความผิดปกติของร่างกาย มักใช้ในความหมายของการเจ็บป่วยเป็นส่วนมาก (Shaver, 2000)⁽¹¹⁾ นอกจากความหมายดังกล่าวแล้ว ยังมีผู้ให้ความหมายและคำจำกัดความของความเหนื่อยล้าไว้หลากหลายดังนี้

พจนานุกรมได้ให้ความหมายของความเหนื่อยล้าไว้ว่า เป็นความเหน็ดเหนื่อยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นผลมาจากการใช้ร่างกายมากเกินไปหรือออกแรงต่อบางสิ่งบางอย่างซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลาานาน ๆ ส่งผลให้ร่างกายมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Webster's New Riverside University Dictionary, 1994)⁽¹²⁾

ความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกอิดโรยหรือเหนื่อย เป็นผลมาจากการใช้งานร่างกายมากเกินไป หรือเกิดจากความเครียดจากการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นระยะเวลายาวนานซ้ำเดิม (Varrichio, 1985)⁽¹³⁾

ความเหนื่อยล้า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้เสมอในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะส่วนบุคคลที่ภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยก็ตาม และเป็นกลไกในการป้องกันตนเองที่จะคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย เป็นสิ่งที่เตือนให้ผู้นั้นต้องทำงานให้น้อยลงเพื่อหลีกเลี่ยงความเครียดและเป็นสัญญาณเตือนว่าร่างกายอาจเกิดโรค (Piper, 1998)⁽¹⁴⁾

ความเหนื่อยล้า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมจากภายในร่างกาย โดยร่างกายจะพยายามรักษาสมดุล ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อพลังงานเริ่มไม่เพียงพอต่อความต้องการ อันเป็นผลมาจากร่างกายใช้พลังงานในการทำงาน (Schaefer & Potylycki, 1981)⁽¹⁵⁾

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การลดลงหรือการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งเชื่อมโยงกับที่สิ่งที่มีผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ นำไปสู่ความสามารถในการทำงานลดลงหรือความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นการขาดแรงขับ (*loss of drive*) (Staub & Bogouslavsky, 2001)⁽¹⁶⁾

Mota and Pimenta (2006)⁽¹⁷⁾ ให้ความหมายของความเหนื่อยล้าไว้ว่าเป็นอาการไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นนี้ไม่สามารถหายได้จากการนอนหลับพักผ่อน โดยจะขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความรุนแรง ซึ่งแต่ละบุคคลมีระดับไม่เท่ากัน ส่งผลให้ความสามารถในการจัดการชีวิตประจำวันแตกต่างกัน

จากคำจำกัดความของความเหนื่อยล้าที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ความเหนื่อยล้าเป็นอาการไม่สุขสบายที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน เป็นความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยจะแสดงออกทางกายภาพหมายถึงไม่มีแรงที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือแสดงออกทางด้านจิตใจ ซึ่งส่งผลให้บุคคลขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป อาการเหนื่อยล้าในแต่ละบุคคลมีระดับไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้นและประสบการณ์ส่วนบุคคลในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น

1.2 ประเภทและชนิดของความเหนื่อยล้า

แนวคิดความเหนื่อยล้ามักที่มีหลากหลายรูปแบบ ในการศึกษาครั้งนี้ได้รวบรวมประเภทของความเหนื่อยล้าในรูปแบบต่าง ๆ โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1 ความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (acute fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดจากทางร่างกายในช่วงเวลาสั้น ๆ และคงอยู่ไม่เกิน 1 เดือน (Skulla & Lacasse, 1992)⁽¹⁸⁾ เป็นการรับรู้ถึงความผิดปกติหรือความไม่สุขสบายของร่างกาย รู้สึกเหนื่อย หดแรงแรง หดพลังงาน มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ความสามารถที่ต้องใช้ร่างกายและสติปัญญาลดลง ส่งผลให้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง (Hubsy & Sears, 1992 อ้างถึงใน ศิริพร ขัมภลิขิต สุภาพ ธีระประทีป และธีรานุช ห้านิรัตติชัย, 2542)⁽¹⁹⁾ ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากทางร่างกายนี้อาจเป็นเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น คอ แขน ไหล่ หรืออาจเกิดขึ้นได้ทุกส่วนของร่างกาย มักเป็นการเตือนให้ร่างกายพักผ่อนและเป็นการป้องกันอันตรายที่เกิดจากการทำงานหนักหรือนานเกินไป (Piper, 1998)⁽¹⁴⁾

1.2.2 ความเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic fatigue) เป็นอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นยาวนานกว่า 1 เดือน (Jacob & Piper, 1996)⁽²⁰⁾ โดยอาการเหนื่อยล้าสามารถเกิดขึ้นได้จากหลากหลายสาเหตุ และไม่สามารถฟื้นฟูได้จากการพักผ่อนหรือนอนหลับ ความเหนื่อยล้านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และหากยาวนานมากกว่า 6 เดือน จะทำให้เกิดอาการที่เรียกว่า “Chronic Fatigue Syndrome” หรือ “CFS” (Campling & Sharpe, 2000)⁽⁸⁾

1.2.3 ความเหนื่อยล้าหลังออกแรง (Exertion Fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่มีสาเหตุมาจากการทำงานหรือการออกแรงใช้ชีวิตประจำวันมากเกินไป มักจะเกิดขึ้นอย่างฉับพลันในระยะเวลาสั้นและรวดเร็ว (rapid onset) ส่งผลให้รู้สึกเหนื่อยได้ แต่ความเหนื่อยล้าดังกล่าวนี้เมื่อได้พักอาการก็จะเบาลงจนกระทั่งหายไปโดยที่สุด

1.2.4 ความเหนื่อยล้าแบบปฐมภูมิ (Primary Fatigue) เกิดจากการที่บุคคลเจ็บป่วยในปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับโรคร่วมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เช่น ความเหนื่อยล้าเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะไม่เกี่ยวข้องกับผลที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ภาวะซึมเศร้า หรือวิตกกังวล เป็นต้น (Giacobbe, 2010)⁽²¹⁾

1.2.5 ความเหนื่อยล้าแบบทุติยภูมิ (Secondary Fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่ไม่ใช่ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากโรคในปัจจุบัน เช่น ความเหนื่อยล้าเกิดจากการภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งไม่ใช่ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง เป็นต้น (Giacobbe, 2010)⁽²¹⁾

1.2.6 ความเหนื่อยล้าของระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral Fatigue) ความเหนื่อยล้านี้เป็นผลมาจากความผิดปกติของกระบวนการหดตัวของกล้ามเนื้อ (Swain, 2000)⁽²²⁾

1.2.7 ความเหนื่อยล้าของระบบประสาทส่วนกลาง (Central Fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยทางด้านร่างกาย (Physical Fatigue) จะแสดงพฤติกรรมออกมาโดยจนทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ อาจต้องใช้แรงจูงใจจากภายนอกกระตุ้น ส่วนทางด้านจิตใจ (Mental Fatigue) บุคคลจะขาดความตั้งใจ แรงจูงใจ รวมไปถึงการขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Chaudhuri & Behan, 2004)⁽²³⁾

โดยสรุปแล้วประเภทและชนิดของความเหนื่อยล้ามีมากมายหลายรูปแบบ สำหรับในกลุ่มญาติผู้ดูแลนี้หากพิจารณาถึงระยะเวลาแล้ว ความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักเป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานต่อเนื่องและสัมพันธ์กับงาน หากงานดูแลผู้ป่วยต้องใช้กำลังมากอาจทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อย หดแรง หดกำลัง หดพลังงานได้ อีกทั้งหากการดูแลของญาติผู้ดูแลมีความต่อเนื่องยาวนาน มักมีผลกระทบกับสภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลร่วมด้วย ทำให้มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ได้ การศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้านี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจและจัดการกับกลุ่มอาการนี้ได้ดียิ่งขึ้น

1.3 กรอบแนวคิดทฤษฎีความเหนื่อยล้า

1.3.1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper, 1993)⁽²⁴⁾ เป็นกรอบแนวคิดที่ถูกสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า กรอบแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยล้า โดยมีรากฐานจากประสบการณ์และรายงานการวิจัยที่ผ่านมา ปัจจัยต่าง ๆ ประกอบด้วย 14 ปัจจัย ซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยทางกายภาพ (physiological factors) ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) และปัจจัยทางจิตสังคม (psychological factors) ความเหนื่อยล้าดังกล่าวนี้มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าทั้งในกลุ่มผู้เจ็บป่วยและกลุ่มคนปกติ โดยระบุไว้ 14 ปัจจัย มีได้แก่

1. ปัจจัยภายในตัวของบุคคลที่มีผลต่อความเหนื่อยล้า โดยพบว่าเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะพบความเหนื่อยล้าได้ง่าย เพราะความสามารถในการทำงานของร่างกายลดลง ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ พบว่าเพศหญิงก่อนมีประจำเดือน ขณะมีประจำเดือน ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด จะมีความเหนื่อยล้าง่ายกว่าเพศชาย (Pugh & Milligan, 1993)⁽²⁵⁾ สำหรับปัจจัยในตัวบุคคลด้านเชื้อชาตินั้นมีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า เนื่องจากความแตกต่างกันด้านพันธุกรรมของบุคคลแต่ละเชื้อชาติที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าแตกต่างกัน

2. การเพิ่มขึ้นของเมตาโบลิซึม โดยปกติเซลล์กล้ามเนื้อของร่างกายจะมีของเสียอยู่น้อยมาก เพราะร่างกายจะรักษาสมดุลอยู่ตลอดเวลา แต่เมื่อใดที่ร่างกายมีการสะสมของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญมากขึ้นอาจเนื่องจากการมีกิจกรรมหรือทำงานมากเกินไป (work overload) ไม่มีการหยุดพักกล้ามเนื้อ จะมีผลทำให้ร่างกายดึงเอาพลังงานที่สะสมไว้มาใช้ซึ่งจะมีผลให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงจนเกิดเป็นความเหนื่อยล้าได้

3. การเปลี่ยนแปลงพลังงานและแบบแผนของพลังงาน ได้แก่ ไกลโคเจน โปรตีน และไขมัน โดยพบว่าจำนวนครั้ง ปริมาณ และชนิดของอาหารมีอิทธิพลต่อการเกิดความเหนื่อยล้า ถ้าบุคคลรับประทานอาหารไม่เพียงพอจะมีผลทำให้ความอดทนต่อความเครียดลดลง เป็นเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้น

4. แบบแผนของกิจกรรมหรือการพักผ่อนมีความสำคัญต่อการเกิดความเหนื่อยล้า หากร่างกายมีกิจกรรมที่ต้องทำมากเกินไปก็จะสามารถทำให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมาได้ ยิ่งหากใช้ร่างกายอย่างหนักต่อไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีการพักผ่อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่างกายจะไม่สามารถปรับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้

5. แบบแผนของการนอนหลับและการตื่น มีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า หากการนอนหลับไม่มีประสิทธิภาพมากพอ อาจเป็นผลทำให้ร่างกายเหนื่อยล้าเนื่องจากไม่สามารถใช้พลังงานในการฟื้นฟูร่างกายได้

6. แบบแผนของโรค ความเหนื่อยล้าสามารถเกิดขึ้นร่วมกับโรคต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นโรคชนิดเฉียบพลันโรคเรื้อรัง หรือความเหนื่อยล้าอาจเกิดจากภาวะเครียดต่อโรคที่เป็นอยู่นอกจากนั้นความเหนื่อยล้ายังขึ้นอยู่กับชนิดและบริเวณที่เป็นโรค

7. แบบแผนการรักษา รูปแบบรักษาที่ได้รับมักจะมีผลต่อความเหนื่อยล้า เช่น ยาแก้ปวดบางชนิดที่อาจทำให้รู้สึกมึนงง รู้สึกง่วง อ่อนเพลีย ซึ่งนำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้

8. แบบแผนของอาการ อาการของโรคสามารถเป็นสาเหตุที่อาจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ เช่น อาการหายใจเหนื่อยหอบ เจ็บปวด จะทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมากขึ้น

9. แบบแผนทางจิตใจ ความผิดปกติทางด้านจิตใจที่เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่สามารถพบได้บ่อยได้แก่ ความเบื่อหน่าย การขาดแรงจูงใจ และการเผชิญกับภาวะเครียด ภาวะเหล่านี้หากมีระยะเวลาที่ติดต่อกันนานจะมีผลต่อการหลั่งสารต่าง ๆ ในร่างกายที่ผิดปกติไปจนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

10. แบบแผนการคงไว้ซึ่งออกซิเจนในร่างกาย เกิดจากความไม่เพียงพอของออกซิเจนในร่างกายไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใด ๆ ก็ตาม จะมีผลทำให้การทำงานของเอนไซม์เอทีพีเอส (Adenosine triphosphatase : ATPase) ลดลง และหากร่างกายไม่สามารถสร้างพลังงานมาใช้งานในร่างกายได้ ร่างกายจะขาดพลังงานและเกิดเป็นความเหนื่อยล้าในที่สุด

11. แบบแผนระบบควบคุม หรือแบบแผนการส่งผ่านปกติศูนย์ควบคุมการหลับและตื่น หากระบบเกิดการเปลี่ยนแปลงจนไม่สามารถทำให้ระบบต่าง ๆ เชื่อมโยงกันได้แล้ว จะทำให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดลงและเกิดความเหนื่อยล้าตามมาได้

12. แบบแผนทางสิ่งแวดล้อม เกิดจากการอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น ที่ที่มีเสียงดังมากเกินไปหรือมีแสงสว่างมากจนเกินไป สถานที่ที่ร้อนมากเกินไปหรือสถานที่ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย อาจมีผลทำให้ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงจึงรู้สึกเหนื่อยล้าได้

13. แบบแผนทางสังคม ได้แก่ วัฒนธรรม ความเชื่อ แรงสนับสนุนทางสังคม และสภาพเศรษฐกิจ หากสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือขาดแรงสนับสนุนทางสังคม อาจมีผลทำให้บุคคลรู้สึกเครียดจนสามารถนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้

14. แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ การทำงานที่มีความหลากหลายของหน้าที่ การดำเนินวิถีชีวิตที่เร่งรีบ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงตามการเจริญเติบโตและตามพัฒนาการ เช่น การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่แต่ละช่วง จากวัยเด็กสู่วัยรุ่น จากวัยกลางคนสู่วัยชรา หรือการเปลี่ยนแปลงจากบุคคลที่มีสุขภาพดีมาเป็นบุคคลที่เจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงนี้อาจทำให้บุคคลเกิดความเครียดนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้

1.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการใช้พลังงานของไรเดน (Ryden, 1977 อ้างถึงใน วาทีนิ ศรีไทย, 2548)⁽²⁶⁾ โดยแนวคิดนี้อธิบายว่า ร่างกายเราเป็นระบบเปิดที่รับพลังงานจากสิ่งแวดล้อมมาเพื่อดำรงชีวิต เมื่อได้รับพลังงานมากขึ้นจะช่วยซ่อมแซมและฟื้นฟูสภาพ ทำให้มีพลังงานเหลือไปทำกิจกรรมอื่น ๆ น้อยลง เช่น ร่างกายต้องการพลังงานมากขึ้นเพื่อต่อสู้กับโรค ทำให้เกิดการสูญเสียพลังงานที่มีอยู่อย่างจำกัด เมื่อพลังงานที่เก็บสะสมไว้หมดไปก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น

1.3.3 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของไอสตาร์ (Aistars, 1987)⁽²⁷⁾ เป็นกรอบแนวคิดที่เชื่อว่า ความเครียดเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความเหนื่อยล้า และปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดมีทั้งปัจจัยทางด้านร่างกาย (physiological factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (situational factors) โดยผลของตัวกระตุ้นความเครียดเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลนั้นต่อความเครียด การต่อต้านความเครียด การมีกลไกการเผชิญความเครียด ระยะเวลาที่เผชิญความเครียด ซึ่งความเครียดตามความหมายของไอสตาร์ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ความเครียดทางด้านร่างกาย (physical stress) และความเครียดทางด้านจิตใจ (mental stress)

1.3.4 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของวินนิงแฮม (Winningham, 1996)⁽²⁸⁾ อธิบายถึงความเหนื่อยล้าและความเกี่ยวข้องของความเหนื่อยล้ากับการทำหน้าที่ (functional status) ของบุคคล โดยอธิบายความเหนื่อยล้าว่าเป็นภาวะขาดพลังงาน ซึ่งเกิดจากเงื่อนไขบางประการหรือเกิดจากภาวะการเป็นโรค เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาโรค อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และความไม่ตื่นตัว ความเหนื่อยล้ามีบทบาทสำคัญที่จะสามารถทำให้เกิดการไร้ความสามารถในบุคคลได้ กรอบแนวคิดนี้ได้แบ่งการจัดการกับความเหนื่อยล้าเป็น 2 ระดับ คือ 1) การจัดการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการกับอาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยล้าใน

ระยะแรก (primary fatigue) 2) การจัดการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดความเหนื่อยล้าในระยะที่ 2 (secondary fatigue) เป็นการปรับสมดุลของการทำกิจกรรม

1.3.5 กรอบแนวคิดความเหนื่อยล้าของ The Theory of Unpleasant Symptoms (TOUS) ได้พัฒนามาจาก The Model of child bearing fatigue ของ Pugh & Milligan (Lens et al., 1995 อ้างถึงใน อุษณีย์ แหมแหวน, 2551)⁽¹⁰⁾ แนวคิดตามทฤษฎีนี้กล่าวถึงอาการ (symptom) ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะบ่งชี้สภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายว่าเป็นภาวะปกติหรือกำลังถูกคุกคาม การปรากฏอาการอาจเกิดขึ้นเพียงอาการเดียวหรือเกิดขึ้นหลายอาการพร้อมกันก็ได้ อาการที่เกิดขึ้นมีลักษณะเฉพาะและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล มีผลทำให้ร่างกายได้รับความไม่สบาย โดยสิ่งที่ทำให้แต่ละคนเกิดความรู้สึกไม่สบายแตกต่างกันนั้นคือ

- 1 ความรุนแรงของอาการ (intensity) ปริมาณหรือจำนวนความรุนแรง
- 2 ระยะเวลาหรือความถี่ที่เกิดอาการ (duration) เป็นตัวบ่งชี้ว่าอาการเหล่านั้นจะเกิดขึ้นแบบเรื้อรังหรือฉับพลัน
- 3 ความรู้สึกยากลำบากเมื่อเกิดอาการ (distress) เป็นอาการที่บุคคลพูดถึงบ่อย ๆ ว่าทำให้เบื่อหรือมีผลทำให้เกิดการรบกวนจิตใจ
- 4 คุณภาพของอาการ (quality) เป็นการบอกถึงลักษณะเฉพาะเจาะจงของอาการและความรุนแรง

ทฤษฎี The theory of unpleasant symptoms (Lens et al., 1995 อ้างถึงใน อุษณีย์ แหมแหวน, 2551)⁽¹⁰⁾ เป็นทฤษฎีที่นำไปใช้อธิบายถึงอาการต่าง ๆ รวมทั้งอาการเหนื่อยล้า โดยได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความเหนื่อยล้าดังนี้

1. ปัจจัยด้านร่างกาย (Physiologic factors) เป็นปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น โครงสร้างของร่างกาย (anatomical /structural) ความเจ็บป่วย (illness – related) การรักษาที่เกี่ยวข้อง (treatment – related variable) อายุ (age) ขั้นพัฒนาการ (developmental stage)
2. ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยที่มีความซับซ้อน มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์และกระบวนการรู้คิด (mood and cognitive) สำหรับปัจจัยทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น ในขณะที่ปัจจัยด้านความรู้คิด ได้แก่ ความรู้และเข้าใจ

ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับอาการตนเอง การเผชิญปัญหา ความเข้มแข็งในการมองโลก ตลอดจนการรับรู้ถึงแหล่งช่วยเหลือเมื่อต้องประสบปัญหา

3. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) เป็นปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้รอบตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านการเงิน การได้รับเครื่องมือที่ใช้เยียวยาอาการ การสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจนมีผลทำให้บุคคลต้องรับมือจัดการกับปัญหา ซึ่งหากจัดการที่ไม่เหมาะสมก็สามารถทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

ดังนั้นแล้ว เมื่อเกิดภาวะไม่สุขสบายหรือความเหนื่อยล้าขึ้น ภาวะเหล่านั้นจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ ความสามารถในการแก้ปัญหา ลดลง หากอาการทวีความรุนแรงมากขึ้นก็สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้

การเกิดอาการไม่สุขสบายอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยทั้ง 3 ประการร่วมกัน หรือมีสาเหตุมาจากปัจจัยเพียง 2 ประการ หรือเพียงปัจจัยเดียวก็ได้ คนส่วนใหญ่สามารถเข้าใจและอธิบายปัจจัยทางด้านร่างกายได้เหมือนกัน แต่ปัจจัยที่จะทำให้เกิดความแตกต่างของอาการคือ ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ อาการไม่สุขสบายสามารถเปลี่ยนแปลงได้หากเกิดการเปลี่ยนแปลงในบางปัจจัย ตัวอย่างเช่น มารดาหลังคลอดที่มีความลำบากในการเลี้ยงทารกจะมีความเหนื่อยล้าน้อยหากมีผู้ช่วยดูแลหรือได้รับแรงสนับสนุนในการช่วยเหลือดูแล ซึ่งในทางกลับกัน หากคนที่เคยช่วยเหลือดูแลไม่สามารถช่วยต่อไปได้ก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ความเหนื่อยล้ามากขึ้นได้ (Lens et al., 1997)⁽²⁹⁾

โดยสรุปแล้วมีกรอบแนวคิดทฤษฎีความเหนื่อยล้ามากมายที่สามารถใช้อธิบายอาการความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ และสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้กรอบแนวคิดของ The Theory of Unpleasant Symptoms (TOUS) เพราะกลุ่มญาติผู้ดูแลนี้เป็นกลุ่มบุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางโรค ดังนั้นแล้วความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นสามารถเกิดได้ทั้งจากทางด้านร่างกาย ด้านสถานการณ์ และด้านจิตใจ ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวก็สามารถอธิบายได้อย่างครอบคลุม เพราะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องมีการพึ่งพาญาติในด้านต่าง ๆ ทำให้ญาติได้รับบทบาทมากขึ้น ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้นได้ ผู้วิจัยมีความสนใจใช้กรอบแนวคิดความเหนื่อยล้าดังกล่าว เพื่อให้สามารถอธิบายความเหนื่อยล้าได้ชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

1.4 ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของญาติผู้ดูแลในครอบครัว นับเป็นการเพิ่มระดับความตึงเครียดให้กับญาติผู้ดูแลในครอบครัวได้ด้วย สิ่งนี้สามารถส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในครอบครัวหลายด้าน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยก็มักจะเพิ่มมากขึ้นในระยะที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต เนื่องจากร่างกายเกิดความบกพร่องและต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวมากขึ้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความตึงเครียดมากยิ่งขึ้นไปด้วย (Cameron et al., 2002)⁽³⁰⁾ ญาติผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีบทบาทหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและตอบสนองต่อเงื่อนไขความต้องการทางด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ ในการดูแลผู้ป่วยญาติผู้ดูแลบางคนทุ่มเทร่างกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไปจนละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ร่างกายทรุดโทรม ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ประกอบกับสภาพจิตใจหรือความเบื่อหน่ายก็สามารถทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Palos et al., 2011)⁽³¹⁾ เมื่อความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยคงอยู่เป็นเวลานาน อาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป เรียกว่า caregiver burnout (สายพิณ หัตถ์รัตน์ และคณะ, 2553)⁽³²⁾

1.5 การประเมินความเหนื่อยล้า

1.5.1 Fatigue Severity Scale (FSS) สร้างโดย Krupp, LaRocca, Muir-Nash และ Steinberg ถูกออกแบบมาเพื่อวัดความเหนื่อยล้าในกลุ่ม multiple sclerosis (Giacobbe, 2010)⁽²¹⁾ ข้อคำถามมีลักษณะเป็น one dimension, self - report ประกอบด้วย 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น Likert scale 1-7 โดยคะแนนที่มากหมายถึงมีความเหนื่อยล้ามาก เครื่องมือ Fatigue Severity Scale เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงสูงโดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .88 test-retest reliability เท่ากับ .84 (อวยพร สวัสดิ์, 2557)⁽³³⁾

1.5.2 Checklist Individual Strength สร้างโดย Vercoulen (Vercoulen et al. 1994 อ้างถึงใน อวยพร สวัสดิ์, 2557)⁽³³⁾ ใช้สำหรับวัดความเหนื่อยล้ากับผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยประกอบไปด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น Likert scale 1-7 เครื่องมือดังกล่าวใช้วัดความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งประกอบไปด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติของความเหนื่อยล้า (CIS -F) การลดลงของ concentrate (CIS -C) การลดลงของแรงจูงใจ (motivation) (CIS -C) การลดลงของกิจกรรม (CIS-A) โดยมีค่าความเที่ยงภายใน (internal

consistency) เท่ากับ 0.96 เครื่องมือยังสามารถ discrimination ในกลุ่มผู้ป่วยที่มี chronic fatigue syndrome และ multiple sclerosis กับกลุ่มประชากรสุขภาพดีได้

1.5.3 Fatigue Assessment Inventory สร้างโดย Schwartz, Jandorf and Krupp (1993 อ้างถึงใน อวยพร สวัสดิ์, 2557)⁽³³⁾ โดยเครื่องมือจะประเมินความรุนแรง ผลกระทบ และปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเหนื่อยล้า เครื่องมือสามารถวัดได้ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ความรุนแรงของ ความเหนื่อยล้า สถานการณ์จำเพาะ ผลกระทบทางด้านจิตใจ และความต้องการการพักผ่อน ข้อ คำถามบางข้อพัฒนามาจาก FSS มีความตรงเชิงโครงสร้างสูง (good convergent validity)

1.5.4 Fatigue Impact Scale เป็นเครื่องมือวัดความเหนื่อยล้าพัฒนาโดย Fisk et al. (1994 อ้างถึงใน นางลักษณ กลินพุดตาล, 2557)⁽³⁴⁾ เดิมเรียกแบบประเมินนี้ว่า Fisk fatigue severity scale เป็นแบบประเมินความเจ็บป่วยชีวิตที่มีอิทธิพลต่ออาการเหนื่อยล้าที่ แตกต่างกันตามหน้าที่ ประกอบไปด้วย 40 ข้อคำถาม มีด้านการรู้คิด ด้านร่างกาย และด้านจิต สังคม เครื่องมือดังกล่าวมีค่าความเที่ยงภายในสูง (internal consistency) โดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .87 ซึ่งต่อมาได้มีการนำมาพัฒนาเครื่องมือเป็น The Daily Fatigue Impact Scale

1.5.5 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Pugh (1993 อ้างถึงใน อาลี แซ่เจียว, 2547)⁽³⁵⁾ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่าจำนวน 30 อาการ ซึ่งเป็นการวัดความเหนื่อยล้าทางด้าน ร่างกาย 20 อาการ และด้านจิตใจ 10 อาการ แบบประเมินแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามอาการเหนื่อยล้า (Fatigue Identification Form) ให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมี ทั้งหมด 30 อาการ มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 30 คะแนน 2) แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Fatigue Continuum Form) มีมาตรวัดประมาณค่าแบ่งออกเป็น 4 ช่วง เกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่มี ความรู้สึกเลย = 1 มีความรู้สึกเป็นบางครั้ง = 2 มีความรู้สึกค่อนข้างมาก = 3 มีความรู้สึกมาก = 4 โดยมีคะแนนรวมช่วง 30-120 คะแนน

1.5.6 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Rhoten (1982 อ้างถึงใน อาลี แซ่เจียว, 2547)⁽³⁵⁾ เป็นแบบประเมินที่มีมาตรวัดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale) จำนวน 1 ข้อ มี คะแนนตั้งแต่ 0 - 10 และเป็นแบบสังเกตพฤติกรรม โดยจะสังเกตจากปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกาย ต่อการเกิดความเหนื่อยล้า 5 ด้าน คือ ลักษณะทั่วไป สีมัว การติดต่อสื่อสาร กิจกรรมหรือการ แสดงออกทางด้านทัศนคติ เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่ไม่ได้เปรียบเทียบใน กลุ่มผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี จึงไม่มีความเฉพาะเจาะจง

1.5.7 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Lee, Hick and Nino-Murcia (Lee et al., 1991 อ้างถึงใน อวยพร สวัสดิ์, 2557)⁽³³⁾ ประกอบด้วย 18 ข้อ ในการประเมินระดับพลังงานและความเหนื่อยล้า โดยประเมินระดับพลังงาน 5 ข้อ และประเมินความเหนื่อยล้า 13 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย โดยพบว่ามีค่าความเที่ยงภายใน (internal consistency) โดยมีค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง .91 - .96

1.5.8 แบบประเมินความเหนื่อยล้า Piper Fatigue Scale (PFS) มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .89 แบบประเมินนี้มีทั้งสิ้น 22 ข้อ โดยแบ่งเป็นระดับคะแนนตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน บนเส้นตรงปลายสุดของทั้งด้านซ้ายและขวาถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน สามารถแปลผลได้เป็น 4 ระดับ คือ 0 คะแนน อยู่ในระดับไม่มีความเหนื่อยล้า, 0.01 - 3.99 คะแนน อยู่ในระดับเหนื่อยล้าเล็กน้อย, 4 - 6.99 คะแนน อยู่ในระดับเหนื่อยล้าปานกลาง และ 7 - 10 คะแนน อยู่ในระดับเหนื่อยล้ามาก (เพียงใจ ตาโลปกรณ์, 2545)⁽³⁶⁾

1.5.9 Chalder Fatigue Scale เป็นเครื่องมือวัดความเหนื่อยล้าพัฒนาโดย Chalder et al. (1993 อ้างถึงใน อวยพร สวัสดิ์, 2557)⁽³³⁾ เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic fatigue syndrome) ประกอบไปด้วยคำถาม 14 ข้อ มีลักษณะเป็น Likert scale เครื่องมือดังกล่าวสามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (physical and mental fatigue) แบบประเมินมีค่าความเที่ยงภายในสูงและมีค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.88 - 0.90 อีกทั้งข้อความเหมาะสมในการศึกษาเชิง epimiological study

1.5.10 Multidimensional Fatigue Inventory เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย Smets, Garssen, Bonke, and De Haes (1995 อ้างถึงใน อวยพร สวัสดิ์, 2557)⁽³³⁾ ประกอบไปด้วยคำถาม 20 ข้อ ประเมินใน 5 มิติ ได้แก่ ด้านทั่วไป ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การลดลงของแรงจูงใจ และการลดลงของการทำกิจกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็น Likert scale 1-5 คะแนนมากหมายถึงมีความเหนื่อยล้า

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินความเหนื่อยล้า Piper Fatigue Scale (PFS) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินความเหนื่อยล้าจากความรู้สึกของญาติผู้ดูแลได้ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมของความเหนื่อยล้า การให้ความหมายความเหนื่อยล้า ความรู้สึก รวมไปถึงสติปัญญาและอารมณ์ ทำให้เห็นถึงความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้แบบหลากหลายมิติ และข้อคำถามสามารถเข้าใจได้ง่าย

2. แนวคิดที่เกี่ยวกับญาติผู้ดูแล

2.1 ความหมายของญาติผู้ดูแล

Hileman et al. (1992)⁽³⁷⁾ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านคือ บุคคลผู้ซึ่งไม่ได้รับค่าจ้าง และได้รับการชี้บอกจากผู้ป่วยว่าเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย หรือการเผชิญกับอาการของโรค

Sherman et al. (2014)⁽³⁸⁾ ญาติผู้ดูแลคือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด หรือเป็น ผู้ดูแลเป็นหลัก 24 ชั่วโมง

Weinland (2009)⁽³⁹⁾ ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลว่า เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแล ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เป็นผู้ให้การดูแลด้วยความสมัครใจและไม่ได้ รับค่าตอบแทน บุคคลเหล่านี้อาจเป็นบิดามารดา บุตร คู่สมรส เพื่อน หรือญาติคนใดคนหนึ่งที่มีความ สำคัญต่อผู้ป่วย

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539)⁽⁴⁰⁾ ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลว่า เป็นบุคคลหรือญาติ ซึ่งอาจเป็นสามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือที่บ้านหรือในชุมชนโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

ศรินยา ฉันทะปรีดา (2549)⁽⁴¹⁾ กล่าวว่าญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ หรือใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยให้ความช่วยเหลือทั้งด้านความเป็นอยู่ ชีวิตประจำวัน อีกทั้งเป็นผู้ที่ใช้เวลา ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

จากคำจำกัดความของญาติผู้ดูแลที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแล ผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

2.2 ประเภทของญาติผู้ดูแล

2.2.1 Parker (1992)⁽⁴²⁾ พิจารณาแบ่งประเภทของผู้ดูแลตามความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

1. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็น วิชาชีพจากสถานพยาบาล หรือองค์กรต่าง ๆ ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน เป็นผู้ดูแลที่ไม่มี

ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น ลูกจ้างดูแล ทีมสุขภาพ พยาบาล องค์กรต่าง ๆ รวมทั้งผู้ช่วยดูแล จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant) โดยอาจจะไม่รับหรือได้รับค่าตอบแทนเป็น ค่าจ้างก็ได้ตามข้อตกลง

2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย อาจยาวถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณ หรือแรงจูงใจของการดูแล อาจมาจากความสัมพันธ์จากการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัว บุตร หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วยเป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็น ค่าจ้างหรือรางวัล โดยในกลุ่มของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Parker, 1992 อ้างถึงใน จิตตินันท์ ส่องแสง จันทร์, 2554)⁽⁴³⁾ ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการตามลักษณะความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย ดังนี้

2.1. ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน อาจประกอบไปด้วย ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความคล่องตัวในการติดต่อประสานงาน

2.2. ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนอกเหนือจากคนในครอบครัว เช่น ญาติอื่น ๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลือโดยไม่คิดค่าตอบแทน การช่วยเหลือมาจากความรัก ความผูกพัน

2.2.2 Horowitz (1985)⁽⁴⁴⁾ แบ่งประเภทของผู้ดูแลในครอบครัวตามปริมาณการช่วยเหลือเป็น 2 ประเภทดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้รับผิดชอบดูแลหลักต่อผู้ป่วยโดยตรงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หรือผู้ที่อาจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแลหลัก (self-identified) ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรให้กับผู้ป่วยและดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น ซึ่งผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่เผชิญกับความเครียดสูงสุด (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549)⁽⁴⁵⁾

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่างแต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอ ระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)⁽⁴⁶⁾

2.3 บทบาทของญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ญาติผู้ดูแลในครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มักถูกมอบหมายภาระหน้าที่หลายด้าน นอกจากการดูแลผู้ป่วยทางกายแล้วจะต้องมีการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมร่วมด้วย รวมถึงมีการให้กำลังใจ ปลอบใจ ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ต่าง ๆ ดังนั้น บทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลในครอบครัวจึงสามารถแบ่งได้ดังนี้ (Blum, 2010 อ้างถึงใน วารุณี มีเจริญ, 2557)⁽⁴⁷⁾

2.3.1 บทบาทของผู้ให้การดูแล (Hands-on care provider) ญาติผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเฉพาะปัญหาความทุกข์ทรมานทางร่างกายของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องทำหน้าที่ให้ยา แก้วปวด รวมถึงการสังเกตเฝ้าระวังอาการข้างเคียง และเป็นญาติผู้ดูแลช่วยเหลือขณะอยู่ในโรงพยาบาลตลอดจนออกจากโรงพยาบาล อีกทั้งยังต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วย เนื่องจากสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ทุกช่วงเวลา ดังนั้น ญาติผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องเข้าใจถึงธรรมชาติสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย เห็นอกเห็นใจและยอมรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือระบายความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

2.3.2 บทบาทในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (Advocate) ญาติผู้ดูแลในครอบครัว มักจะต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในหลายประเด็น เช่น การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค หาแหล่งสนับสนุนทางการรักษาแบบประคับประคอง การดำเนินการเกี่ยวกับสิทธิการรักษา การประกันสุขภาพ การชำระค่าใช้จ่ายด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2.3.3 บทบาทของการเป็นผู้ตัดสินใจ (Decision maker) ญาติผู้ดูแลในครอบครัว จะต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการกับอาการเจ็บป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยมักจะต้องการข้อมูลทางด้านสุขภาพต่าง ๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ ตลอดจนพูดคุยกับญาติ บุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อช่วยในการตัดสินใจ

2.3.4 บทบาทของการเป็นผู้สื่อสาร (Communicator) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายญาติผู้ดูแลในครอบครัวมักจะมุ่งหวังเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้ยังต้องการให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารเกี่ยวกับความต้องการที่จำเป็นหรือ

ปัญหาที่ต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น ดังนั้นญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงต้องทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารกลางและให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาหรือความต้องการผู้ป่วย

2.3.5 บทบาทผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ การเงิน อาชีพ หน้าที่การงาน และแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ญาติผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็งในทุก ๆ ช่วงเวลา เพื่อช่วยผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความเป็นจริงได้ ในบางครั้งจำเป็นต้องให้การสนับสนุนด้านการเงินร่วมด้วย เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายส่วนตัว และต้องค้นคว้าหาข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและด้านสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษา

2.4 ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายญาติผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ทำให้มีภาระหน้าที่เพิ่มขึ้น ต้องช่วยเหลือกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้เอง ทั้งการจัดการอาการด้านร่างกาย การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ การมีส่วนร่วมในการรักษาทางการแพทย์ การหาแหล่งสนับสนุนเพื่อช่วยเหลือ รวมไปถึงการตัดสินใจแทนผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ล้วนอาจมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (1996)⁽⁴⁰⁾ แบ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลออกเป็น 2 ด้านคือ

ผลกระทบทางด้านลบ เป็นความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล ได้แก่ รู้สึกโกรธ ฉุนเฉียว ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง รู้สึกถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม เหนงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม ไม่สามารถวางแผนอะไรล่วงหน้าได้ รู้สึกสูญเสีย โศกเศร้า ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่มีเวลาพักผ่อน รวมไปถึงอารมณ์เบื่อหน่ายในการดูแล

ผลกระทบทางด้านบวก ได้แก่ รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยในอนาคต รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองและผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเป็นที่ต้องการและได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง

Weitzner (1999)⁽⁴⁸⁾ ได้ระบุผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านอื่น ๆ ไว้ดังนี้

1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical functioning) ญาติผู้ดูแลบางคนทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไปจนบางครั้งอาจจะเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง ร่างกายทรุดโทรม มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามร่างกาย ซึ่งเกิดจากช่วยเหลือผู้ป่วยในเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรม ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า

2. การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ (Emotional functioning) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจของญาติผู้ดูแล เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ในด้านลบ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของบุคคลอันเป็นที่รัก วิตกกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ และจัดการมีความกลัวการสูญเสียและกลัวการอยู่คนเดียวเมื่อผู้ป่วยต้องจากไป ความทุกข์ทรมานทางด้านอารมณ์เหล่านี้จะเป็นสาเหตุที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ถึงแม้ว่าจะเป็นภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยแต่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลรวมไปถึงสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้

3. การทำหน้าที่ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and financial) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต มีผลกระทบต่อ อาจต้องขาดงานเนื่องจากต้องรับผิดชอบหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลรอบข้างลดลง หรืออาจต้องลาออกจากงานของตนเองเพื่อมาทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ทำให้สูญเสียรายได้

4. การทำหน้าที่ด้านครอบครัว (Family functioning) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทำให้ญาติผู้ดูแลมีกิจกรรมนันทนาการกับครอบครัวลดลง ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของบุคคลในครอบครัว แต่ยังส่งผลให้ความสุขสบายของทั้งตัวญาติผู้ดูแลในครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวนั้น ๆ ลดลง

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2549)⁽⁴⁵⁾ ได้อธิบายถึงผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ มีดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological Problem) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว การทุ่มเทร่างกายในการดูแลผู้ป่วยอาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายได้ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อย ๆ ได้แก่

1. ปวดหลัง (backache) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักมีอาการปวดคอหรือปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งเกิดจากงานที่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือมีท่าทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่ถูกวิธี เกินพละกำลังตนเอง หรืออาจมีสาเหตุมาจากความเครียดอีกทั้งยังเป็นสัญญาณเตือนว่าต้องหยุดพัก

2. อ่อนเพลียไม่มีแรง (weakness) เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีปัญหาในด้านการนอนหลับ การพักผ่อนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย อาจเกิดเป็นภาวะของโรคแทรกซ้อนและทำให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์

3. มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (increase health problem) ด้วยสถานการณ์ที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลอาจรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจมีผลทำให้โรคประจำตัวที่เป็นอยู่อาจกำเริบมากขึ้น

ผลกระทบทางด้านจิตใจ (psychological problem) เป็นภาวะเครียด โดยความรู้สึกทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย คือ

1. อารมณ์เศร้า (sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้เมื่อเกิดการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป
2. ความรู้สึกผิด (guilt) บางครั้งญาติผู้ดูแลจะรู้สึกโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ และมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง
3. ความโกรธ (anger) ญาติผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วย หรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้
4. ความรู้สึกอับอาย (embarrassment) บางครั้งผู้ป่วยอาจจะมี การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้
5. ความรู้สึกโดดเดี่ยว (lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบเจอเพื่อน ๆ หรือแม้กระทั่งการพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวกเหมือนถูกตัดขาดจากสังคมรู้สึกโดดเดี่ยว

จากบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีผลกระทบต่อการทำงานที่ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ รวมไปถึงด้านครอบครัว ผู้ดูแลจะรู้สึกถึงความเป็นภาระมากขึ้น เกิดการปรับตัวในหลายๆ ด้านพร้อมกัน หากปรับตัวได้ไม่ดีภาระการดูแลต่าง ๆ เหล่านี้จะเข้ามารบกวนวิถีการดำเนินชีวิต ยิ่งหากผลกระทบเกี่ยวกับความเหนื่อยล้านี้เกิดขึ้นเป็นเวลาต่อเนื่อง อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในระยะยาวได้

การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษาของชูซึน ชิ่วพุนผล (2541)⁽⁴⁹⁾ พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล อีกทั้งวิภา วิเสโส (2545)⁽⁵⁰⁾ ศึกษาการให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า เมื่อต้องเข้ามารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ได้รับรู้ว่าจะต้องรับบทบาทและภาระการดูแลกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลลืมนใจตัวเอง ไม่มีเวลาส่วนตัว ลืมนอนพักผ่อน มีความวิตกกังวล กลัวการสูญเสียผู้ป่วย สูญเสียทรัพย์สิน ต้องนำเงินเก็บมาใช้ ขาดรายได้ เหนื่อยกายและหมดกำลังใจจากภาระการดูแลและมีปัญหาสุขภาพหลังการดูแล จากนั้นจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ (2559)⁽⁴³⁾ ศึกษาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ คือ ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเหนียวแน่นสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Buckley (2008)⁽⁵¹⁾ กล่าวว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะต่าง ๆ ไม่มีการรักษาใดที่จะทำให้อาการดีขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการนอน การพยากรณ์การมีชีวิตอยู่โดยประมาณที่ 3 เดือนหรือน้อยกว่า

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2547)⁽⁵²⁾ ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคลุกลามจนถึงขั้นรักษาไม่หาย และไม่มีทางรักษาต่อได้อีก นอกจากการดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนเสียชีวิต

สันต์ หัตถิรัตน์ (2552)⁽⁵³⁾ กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือผู้ป่วยที่เจ็บหนัก เป็นผู้ทั้งหมดหวัง ป่วยด้วยโรคทางกายหรือทางใจที่ไม่มีโอกาสฟื้นทุกซ์ทรมาน โรคกำเริบแพร่กระจายจนไม่สามารถรักษาให้หายได้และเข้าสู่ระยะสุดท้าย

โดยสรุปความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 หรือระยะที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่ได้รับการรักษาเพื่อประคับประคองตามอาการ

3.2 วิธีการรักษาโรคมะเร็ง

ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งแบ่งเป็น 2 วิธีการหลัก คือ การรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และการรักษาทางการแพทย์สนับสนุน (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2548)⁽⁵³⁾ ดังนี้

3.2.1 การรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ประกอบด้วย 3 วิธีการหลัก คือ 1) การผ่าตัด 2) รังสีรักษา และ 3) เคมีบำบัด ซึ่งโดยทั่วไปการรักษามะเร็งในปัจจุบันสามารถใช้หลายวิธีร่วมกันได้นั้นก็เพื่อให้ได้ผลการควบคุมโรคสูงสุดและให้มีผลข้างเคียงน้อยที่สุด

3.2.2 การรักษาทางการแพทย์สนับสนุน หรือในบางการศึกษาเรียก การบำบัดเสริม (Complementary therapy) เป็นการรักษาที่ใช้ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน มีผลในการรักษาช่วยเหลือผู้ป่วยด้านจิตใจ เช่น การทำสมาธิ การฝึกจิต การบำบัดด้วยกลิ่น หรือการออกกำลังกายแบบโยคะต่าง ๆ ซึ่งอาจได้ผลทางด้านจิตใจด้วย ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลควรปรึกษากับแพทย์ที่ทำการรักษาปัจจุบัน เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนมากที่สุด

3.3 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอาจต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย โดยอาการไม่สุขสบายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักเป็นอาการปวด อาการเบื่ออาหาร ผอมแห้ง อาการท้องผูก อาการอ่อนเพลีย รวมไปถึงอาการหายใจลำบาก (Potter et al., 2003 อ้างถึงใน จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์, 2559)⁽⁴³⁾

3.3.1 อาการปวด อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 1) Nociceptive pain เป็นความปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือมีการทำลายของเนื้อเยื่อ เป็นผลจากการที่มีพยาธิสภาพของโรค 2) Neuropathic pain การปวดนี้เป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพของโรคมีการบาดเจ็บของเส้นประสาท และอาจพบว่ามีอาการรับรู้ผิดปกติไปด้วย (Bennett, 2006)⁽⁵⁴⁾

3.3.2 อาการเบื่ออาหาร หรือผอมแห้ง (Anorexia/cachexia syndrome) เป็นกระบวนการเกี่ยวกับการเผาผลาญในร่างกาย โดยเกิดขึ้นในลักษณะของความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด สูญเสียมวลกล้ามเนื้อ

3.3.3 อาการท้องผูก เป็นอาการขับถ่ายอุจจาระลำบาก พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาประเภท opioid รวมทั้งจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การได้รับอาหารและน้ำน้อย หรือได้รับอาหารที่มีกากใยน้อย

3.3.4 อาการอ่อนเพลีย เป็นความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า ขาดกำลังใจ และกำลัง ภาย ซึ่งเป็นสภาวะที่มีอยู่ตลอดเวลา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการมีกิจกรรม และไม่สามารถบรรเทา ได้ด้วยการพักผ่อนหรือนอนหลับ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย

3.3.5 อาการหายใจลำบาก ส่วนใหญ่สาเหตุของอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายเกิดจากสาเหตุหลายประการร่วมกัน ซึ่งอาการนี้จะส่งผลให้ร่างกายมีการทำงาน ที่ผิดปกติจากเดิม

โดยสรุปแล้วอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักมาจากการแพร่กระจาย ของโรคอย่างรวดเร็วไปยังอวัยวะต่าง ๆ โดยรอบ ส่งผลให้อาการเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นอาการเบื่ออาหาร อาการท้องผูก อาการอ่อนเพลีย อาการหายใจลำบาก รวมไปถึงอาการอื่น ๆ อีกมากมาย ซึ่งทั้งนี้ก็ ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง และอาการเหล่านี้จะคงอยู่กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจนกระทั่งเสียชีวิต

3.4 วิธีทางความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง (Trajectory phase)

เป็นช่วงเวลาของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามช่วงเวลาต่าง ๆ รวมทั้งการปฏิบัติตนของ ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพที่จะช่วยชี้นำสู่การวางแผนการจัดการดูแลได้อย่างเหมาะสม ต่อไป โดยระยะการดำเนินความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งประกอบไปด้วย 5 ระยะ (อภิตี ลดาวรรษ์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเขียว และวันธนี วิรุฬห์พานิช, 2548)⁽⁵⁵⁾

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นการดำเนินของโรค เป็นระยะแรกที่อาการปรากฏ ผู้ป่วยรับรู้ ว่าตนเป็นโรคมะเร็ง

ระยะที่ 2 ระยะวิกฤต เจ็บป่วยขั้นรุนแรง อาการมีระยะรุนแรงมากขึ้นทำให้ ชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป

ระยะที่ 3 ระยะคงที่ เป็นระยะที่การดำเนินของโรคมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย สามารถควบคุมได้

ระยะที่ 4 ระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง อาการของโรคกำเริบมากขึ้น ไม่สามารถ ควบคุมได้

ระยะที่ 5 ระยะใกล้เสียชีวิตหรือระยะที่มีอาการทรุดลง ร่างกายเสื่อมลง และจะ ค่อย ๆ ทรุดลงจนเสียชีวิต

3.5 การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานกรณีที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีแนวโน้มที่ทรุดลงหรือเสียชีวิตในอนาคต (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2556)⁽⁴⁾ การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อาการของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตจะเน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการแบ่งระยะของการดูแลแบบประคับประคองไว้เป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะคงที่ (stable phase) อาการที่เจ็บป่วยของผู้ป่วยได้รับการควบคุมอย่างเพียงพอ มีการวางแผนและดำเนินการรักษา สถานการณ์ของครอบครัวคงที่ไม่มีปัญหาขัดแย้ง

ระยะที่ 2 ระยะไม่คงที่ (unstable phase) ผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาใหม่ๆ เกิดขึ้น หรือปัญหาที่มีอยู่แล้วรุนแรงเพิ่มขึ้น มีการปรับแผนเพื่อการดูแลเร่งด่วนประสานกับทีมสหวิชาชีพเข้าดูแล

ระยะที่ 3 ระยะที่กำลังเสื่อมถอย (deteriorating phase) อาการของผู้ป่วยค่อย ๆ แย่ลงเรื่อย ๆ มีการวางแผนเพื่อดูแลเฉพาะและสม่ำเสมอ ครอบครัวหรือผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลมากขึ้นเรื่อย ๆ ต้องมีการวางแผนสนับสนุนและให้คำปรึกษากับญาติผู้ดูแลร่วมด้วย

ระยะที่ 4 ระยะของการดูแลระยะสุดท้าย (terminal care phase) เป็นระยะที่ความตายใกล้มาถึง ผู้ป่วยจะอ่อนเพลียมาก ร่างกายเสื่อมลงมากขึ้น นอนติดเตียงเป็นส่วนใหญ่ ครอบครัวและญาติผู้ดูแลเริ่มเข้าใจถึงความสูญเสียที่ใกล้เข้ามา การดูแลจึงมุ่งเน้นด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 5 ระยะหลังการสูญเสีย (bereaved phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตลงแล้ว ญาติผู้ดูแลอยู่ในช่วงเศร้าโศก อาจมีการให้คำปรึกษาตามความจำเป็น

โดยสรุปแล้วการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของชีวิตเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งกาย ใจ และสังคม ส่วนการจัดแบ่งระยะของการดูแลแบบประคับประคองที่อิงตามทัศนคติของบุคลากรทีมสุขภาพนั้น ก็เพื่อมุ่งเน้นการวางแผนการรักษาที่อาการและการจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเอง

3.6 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลจุฬารณณ์

โรงพยาบาลจุฬารณณ์⁽⁵⁶⁾ เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการทั้งทางวิชาการและการบริหารรักษาผู้ป่วย โดยมีศูนย์การแพทย์มะเร็งวิทยาจุฬารณณ์ เป็นศูนย์เฉพาะทางด้านการตรวจและรักษาโรคมะเร็ง โดยผู้ป่วยมะเร็งทุกรายที่เข้ารับการรักษาก็ได้รับการประเมินผลการตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดแผนการรักษาและพิจารณาตัดสินใจแนวทางการรักษาที่เหมาะสม มีการให้บริการรักษาโรคมะเร็งอย่างครบวงจรด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งการผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด การรักษามะเร็งแบบมุ่งเป้า การรักษามะเร็งด้วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ หัตถการรักษามะเร็ง และการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ภายในศูนย์การแพทย์มะเร็งวิทยาจุฬารณณ์ ยังมีการให้บริการจากคลินิกการแพทย์ผสมผสานผู้ป่วยมะเร็งและญาติ ทั้งนี้ก็เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ครบวงจรมากขึ้น โดยการผสมผสานวิธีการดูแลรูปแบบต่าง ๆ ที่ไม่ใช่การรักษาหลัก ควบคู่ไปกับวิธีการรักษาหลัก เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ผสมผสานทั้งทางกาย ทางใจ และจิตวิญญาณด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการให้การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care) เพื่อจัดการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถรับมือกับปัญหา และความทุกข์ทรมานทางใจได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก

4.1 ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก

Antonovsky (1991 อ้างถึงใน พันธนันท์ พูลละเอียด, 2550)⁽⁵⁷⁾ ให้ความหมายว่าเป็นวิถีการมองโลกและการรับรู้อย่างกว้าง ๆ (global orientation) รับรู้โลกทั้งด้านความคิดและอารมณ์ตามสภาพความเป็นจริง บุคคลมองว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบสามารถเข้าใจ ทำนายและอธิบายได้ มองว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลเป็นความท้าทายและคุ้มค่ากับการเผชิญ

สมจิต หนูเจริญ และคณะ (2532)⁽⁵⁸⁾ กล่าวว่า เป็นการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ และสถานการณ์ ที่เกิดขึ้นสามารถทำนายและจัดการได้

พันธนันท์ พูลละเอียด (2550)⁽⁵⁷⁾ ได้ให้ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลกไว้ว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่จะกล้าเผชิญปัญหา มองว่าปัญหาเป็นความท้าทาย สามารถเข้าใจ และจัดการสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุปความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การรับรู้ของบุคคล ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งที่ทำลาย สามารถเผชิญต่อความผันผวนหรือเผชิญ ต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการและควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าได้ด้วยตนเอง จนสำเร็จลุล่วงไปได้

4.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก

Antonovsky (1987)⁽⁵⁹⁾ ให้นิยามองค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก ประกอบไปด้วย 3 ด้าน ได้แก่

4.2.1. ด้านความสามารถในการทำความเข้าใจ (Comprehensibility) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่มีมุมมองกว้างขวาง มองว่าสิ่งเร้าจากทั้งภายในและภายนอกตัวที่เข้ามา กระตุ้นนั้นไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน สามารถคาดการณ์ จัดลำดับ และทำความเข้าใจได้

4.2.2. ด้านความสามารถในการจัดการ (Manageability) ความสามารถในการ ตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือความเครียดที่กำลังเผชิญ ความสามารถนี้มีผลทำให้บุคคลรับรู้ ว่า เหตุการณ์ที่เข้ามากระทบต่อชีวิตนั้นไม่ได้น่ากลัว และพร้อมเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจ

4.2.3. ด้านความสามารถในการให้ความหมาย (Meaningfulness) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการมองเห็นคุณค่าของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นสิ่งทำลาย สามารถทำความเข้าใจและเผชิญกับสิ่งเหล่านั้นโดยไม่ได้รู้สึกยุ่งยาก

4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งในการมองโลก

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ชีวิตที่จะช่วยพัฒนาและคงไว้ซึ่งความเข้มแข็ง ในการมองโลก (Antonovsky, 1987 อ้างถึงใน จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์, 2559)⁽⁴³⁾ โดยมีปัจจัยดังนี้

4.3.1 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological source) เกิดจากประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล เริ่มตั้งแต่พัฒนาการในวัยเด็กเช่น การได้รับความรักความอบอุ่น การได้รับการ ตอบสนองต่าง ๆ ส่งผลต่อเอกลักษณ์ของตนเอง สามารถเข้าใจและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี สิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลก

4.3.2 ปัจจัยด้านโครงสร้างทางสังคม (Social-structure source) หมายถึง เพศ ระดับชนชั้นทางสังคม ฐานะเปียบ ค่านิยมที่สืบทอดมาจากครอบครัว รวมไปถึงแหล่งสนับสนุนทาง

สังคม หากสิ่งเหล่านี้ได้รับการยอมรับและมีการเอื้อหนุนอย่างเหมาะสมจะช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ

4.3.3 ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและเหตุการณ์ในอดีต (Culture-historical source) หมายถึง ความมั่นคงทางวัฒนธรรม ปรัชญา ศาสนา ความเชื่อ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการเสริมสร้างโครงสร้างบุคลิกภาพพื้นฐานของบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลกจึงเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างบุคลิกภาพพื้นฐานของบุคคลนั้น ๆ

นอกจากนี้ Antonovsky (1987)⁽⁵⁹⁾ ได้กล่าวถึงกลุ่มบุคคลที่มีสุขภาพจิตใจที่ดีขึ้นว่าเป็นบุคคลที่มีการมองโลกในลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) มองว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถอธิบายด้วยเหตุผล คาดการณ์ล่วงหน้าได้
- 2) บุคคลมองว่ามีแหล่งสนับสนุนต่อสถานการณ์หรือความต้องการที่เกิดขึ้นนั้นเสมอ
- 3) มองว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีคุณค่า แก้ปัญหาให้ลุล่วงได้

4.4 ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย เผชิญต่อความผันผวนหรือเผชิญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการและควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าได้ด้วยตนเองจนสำเร็จลุล่วงไปได้ (Antonovsky, 1987)⁽⁵⁹⁾ ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นความเชื่อมั่นต่อสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตนกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งญาติผู้ดูแลอาจมองว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย และจะสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งอาจมองว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นคุ้มค่า จากการศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความแตกต่างกันออกไป แต่มีส่วนหนึ่งที่คล้ายกันคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นความหมายของชีวิตของญาติผู้ดูแล และมีความปรารถนาให้ผู้ป่วยที่ตนเองดูแลคลายจากความทุกข์ทรมาน (อรุทัย โฉมเกิด, 2552)⁽⁶⁰⁾

4.5 การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

Antonovsky (1987)⁽⁵⁹⁾ คิดแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก (the sense of coherence questionnaire) ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ ครอบคลุม 3 องค์ประกอบ คือ ประเมินความสามารถทำความเข้าใจ 11 ข้อ ประเมินความสามารถในการบริหารจัดการ 10 ข้อ และประเมินความสามารถให้ความหมาย 8 ข้อ ซึ่งผ่านการหาความตรงของเครื่องมือและนำเครื่องมือไปหาความเชื่อมั่นในประเทศต่าง ๆ จากรายงาน 26 งานวิจัย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาระหว่าง 0.82 ถึง 0.95 หลังจากนั้น Antonovsky (1987)⁽⁵⁹⁾ ได้สร้างแบบสอบถามที่ลดเวลาในการสัมภาษณ์ โดยลดข้อคำถามจาก 29 ข้อ เหลือ 13 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินความสามารถทำความเข้าใจ 5 ข้อ ความสามารถในการบริหารจัดการ 4 ข้อ และความสามารถในการให้ความหมาย 4 ข้อ ได้มีการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจาก 16 รายการ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาระหว่าง 0.74 ถึง 0.91 จึงกล่าวสรุปจากรายงานการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ว่า แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกที่สร้างขึ้นนั้นได้มาตรฐาน สามารถนำไปใช้ได้ทั้งแบบข้อคำถาม 29 ข้อ และ 13 ข้อ สามารถใช้ได้หลากหลายวัฒนธรรมและสามารถใช้ได้ทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยด้วย (นิตญา ฤทธิ์เพชร, 2554)⁽⁶¹⁾

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความเข้มแข็งตามแนวคิดของ Antonovsky (1987)⁽⁵⁹⁾ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532)⁽⁵⁸⁾ และมีการปรับปรุงโดยนิตญา ฤทธิ์เพชร (2554)⁽⁶¹⁾ ซึ่งได้ปรับระดับการเลือกตอบให้เหลือเพียง 5 ระดับ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกตอบได้ง่ายขึ้น โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83 และเนื่องจากข้อคำถามมีจำนวนไม่มาก ซึ่งมีเพียง 13 ข้อ และสามารถลดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามได้

5. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะในการดูแล

5.1 ความหมายของภาวะในการดูแล

Montgomery, Stull, and Borgatta (1985)⁽⁶²⁾ เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบากในการดูแล โดยมองเป็น 2 มิติคือ ด้านความยากลำบากในการทำกิจกรรมดูแล และด้านทัศนคติในการดูแล

Zarit & Todd (1986)⁽⁶³⁾ ให้ความหมายว่าเป็นปริมาณหรือขอบเขตที่ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคม และสถานะทางเศรษฐกิจที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย

Oberst (1989)⁽⁶⁴⁾ กล่าวว่า ภาระในการดูแลเป็นความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติกิจกรรม และเป็นความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล โดยทำงานหรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก อีกทั้งความต้องการของผู้ป่วยแต่ละโรคมีความแตกต่างกัน ดังนั้นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในการให้การดูแลย่อมแตกต่างกันไป

Platt (1985)⁽⁶⁵⁾ กล่าวว่า ภาระการดูแลเป็นสิ่งที่แสดงถึงปัญหา ความยุ่งยาก ความยากลำบากซึ่งเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

จากคำจำกัดความของภาระในการดูแลข้างต้นสรุปได้ว่า เป็นการรับรู้หรือรู้สึกต่อบทบาทหน้าที่ หรือความยากลำบากในการดูแลที่ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้านต่าง ๆ และอาจเป็นผลกระทบหรืออาจรบกวนสุขภาพร่างกายหรือจิตใจของญาติผู้ดูแลได้

5.2 ประเภทของภาระการดูแล

ภาระการดูแลของผู้ดูแล เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบากในการดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย สามารถอธิบายในเชิงผลกระทบที่เกิดจากการภาระดูแล (Montgomery et al., 1985)⁽⁶²⁾ ได้ 2 มิติ คือ

5.2.1 ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ เป็นผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหลายๆ ด้าน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้จะเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย เช่น ขาดอิสระในการดำเนินชีวิต ขาดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรม

5.2.2 ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น ความเครียด ความกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น

5.3 การประเมินภาระในการดูแล

5.3.1 แบบประเมินภาระการดูแลของ Oberst (1991)⁽⁶⁴⁾ ได้สร้างแบบวัดการดูแล (Caregiving Burden Scale : CBS) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เพื่อใช้วัดภาระการดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีการรวบรวมข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมและจากผู้ดูแลผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งหมด 10 ข้อ นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 47 ราย จากการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 ค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเท่ากับ 0.40

5.3.2 แบบสอบถามภาระการดูแล The Burden Interview สร้างโดย Zarit S.H., Reever K.E., Bach-Peterson J. (1980 อ้างถึงใน สาธิตา แรกค่านวน, 2554)⁽⁶⁶⁾ เดิมเป็นแบบสอบถามที่ออกแบบมาเพื่อวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมองเสื่อม จากนั้นเริ่มมีการพัฒนาและนำมาวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังด้วย โดยมีคำถาม 22 ข้อ และ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.92

5.3.3 แบบประเมินภาระการดูแลของ Montgomery, Gonyea, and Hooyman (1985 อ้างถึงใน นภาพรณ พึ่งเทศสุนทร, 2553)⁽⁶⁷⁾ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85 โดยแบบประเมินชุดนี้ประกอบด้วยแบบวัดภาระ 2 ประเภท ได้แก่ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) มีเนื้อหาครอบคลุมความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงาน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านความเป็นส่วนตัว ด้านหน้าที่การงาน ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) มีเนื้อหาครอบคลุมความรู้สึก ทศนคติ และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแล ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ การประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมของภาระแต่ละประเภทที่ได้จะนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะประเภทนั้น ๆ ผลที่ได้จึงสะท้อนให้เห็นถึงผลของการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อภาระของผู้ดูแลในแง่ที่แตกต่างกัน

โดยสรุปแล้วในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแบบประเมินภาระการดูแล Zarit Burden Interview (ZBI) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย อรวรรณ แผนคง (2547)⁽⁶⁸⁾ เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ฉบับภาษาไทยนี้สอดคล้องกับบริบทของสังคมและเป็นการมองมิติภาระการดูแลอย่างครอบคลุม

6. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

6.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976)⁽⁶⁹⁾ ให้คำนิยามการสนับสนุนทางสังคมคือ ความรู้สึกของบุคคลที่เชื่อว่าได้รับการดูแลได้รับความห่วงใย ได้รับความรัก มีความเชื่อมั่นและมีคุณค่า อีกทั้งยังรู้สึกการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

House (1988)⁽⁷⁰⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของบุคคลประกอบด้วยความรักใคร่ ความช่วยเหลือในด้านวัตถุสิ่งของ แรงงาน และข้อมูลข่าวสาร

Brandt & Weinert (1985)⁽⁷¹⁾ ได้กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรักหรือผูกพันใกล้ชิด 2) การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) การได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาและมีโอกาสที่จะเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น 4) ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง 5) ด้านการได้รับความช่วยเหลือจากคำแนะนำและสิ่งของ สิ่งเหล่านี้ช่วยทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีมีความอบอุ่นใจ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมจนกระทั่งสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้เหมาะสม

Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981)⁽¹⁵⁾ ให้ความหมายว่า เป็นการช่วยเหลือบุคคลใน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ สิ่งเหล่านี้จะช่วยประคับประคองจิตใจของบุคคลได้

พลอยวไล ไกรนรา (2548)⁽⁷²⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมทั้งในด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของ ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่

จากนิยามการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า เป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทั้งในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงานหรือวัตถุสิ่งของต่าง ๆ ทำให้บุคคลรู้สึกผูกพัน รู้สึกว่าคุณค่าได้รับการสนับสนุนและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

6.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

6.2.1 Schaefer, Coyne และ Lazarus (1981)⁽¹⁵⁾ แบ่งประเภทของการสนับสนุนออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง แรงสนับสนุนด้านความผูกพัน ความมั่นใจ ความรู้สึกเชื่อถือ ความใกล้ชิด ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนประเภทนี้จะช่วยให้บุคคลรู้สึกว่ายังเป็นที่รักและได้รับการใส่ใจจากผู้อื่น

2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารหรือการแนะนำ ซึ่งช่วยให้บุคคลแก้ไขปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม การกระทำของบุคคล เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรองจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจได้

3. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (tangible support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการอย่างเช่น การช่วยเหลือดูแลผู้อื่น เป็นต้น

6.2.2 Cobb (1976)⁽⁶⁹⁾ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความใกล้ชิด รวมไปถึงความผูกพันต่อกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ได้ว่าตนเองนั้นมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกว่าตนยังมีความสำคัญ

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or Network) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับความช่วยเหลือ ไม่รู้สึกแปลกแยก

6.2.3 House (1988)⁽⁷⁰⁾ แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นความรู้สึกเห็นใจ การแสดงออกถึงความห่วงใย การให้กำลังใจ การให้การยอมรับแก่บุคคลเพื่อแสดงถึงความผูกพัน

2. การสนับสนุนด้านการประเมินประเมินค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง เป็นการให้ข้อมูลย้อนป้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเอง เช่น การรับรองเพื่อทำให้เกิดความมั่นใจ เป็นต้น

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้คำแนะนำหรือข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือในเรื่องของการเงิน แรงงาน เวลา หรือสิ่งของ เป็นต้น

6.2.4 Thoits (1982)⁽⁷³⁾ ได้แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์ เงินทอง หรือสิ่งที่จะทำให้บุคคลได้รับนั้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ

3. การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Social motional aid) หมายถึง การได้รับความรักความเอาใจใส่ ความช่วยเหลือ การยอมรับ การเห็นคุณค่าและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

6.3 แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

6.3.1 Hogan (2002)⁽⁷⁴⁾ กล่าวว่าแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีหลากหลายเช่น ครอบครัว เพื่อนฝูง คู่ครอง สัตว์เลี้ยง หรือเพื่อนร่วมงาน ครูอาจารย์ ผู้บังคับบัญชา ผู้ให้คำปรึกษา หรือจิตแพทย์ เป็นต้น

6.3.2 Brandt & Weinert (1985)⁽⁷¹⁾ แบ่งประเภทเครือข่ายทางสังคมเป็น 11 กลุ่ม ดังนี้

1. พ่อ แม่
2. ลูก
3. คู่สมรส เพื่อนสนิท และบุคคลสำคัญอื่น ๆ

- 4.ญาติ หรือบุคคลในครอบครัว
5. มิตร สหาย
6. เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน
7. พระ หรือนักบวช
8. บุคคลในวิชาชีพ เช่น พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษา
9. หน่วยบริการที่จัดให้โดยชุมชน
10. กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
11. กลุ่มอื่น ๆ เช่น หัวหน้างาน ลูกจ้าง

6.3.3 จริยาวัตร คมพัยค์ม์ (2531)⁽⁷⁵⁾ ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามความสัมพันธ์ออกเป็น 2 แหล่ง คือ

1. กลุ่มปฐมภูมิ (Primary Group) เป็นกลุ่มขนาดเล็กซึ่งสมาชิกภายในกลุ่มมีความผูกพันใกล้ชิดกัน มีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ เน้นความแนบแน่นทางสัมพันธ์ภาพมากกว่าประสิทธิภาพของการทำงาน เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน เป็นต้น

2. กลุ่มทุติยภูมิ (Secondary Group) ขนาดของกลุ่มจะใหญ่หรือเล็กก็ได้ ซึ่งสมาชิกมีความผูกพันกันไม่มากนัก มีการติดต่อกันอย่างเป็นทางการมากกว่ากลุ่มปฐมภูมิ ซึ่งมักเกิดจากการที่บุคคลมาอยู่รวมกันเพื่อเหตุการณ์เฉพาะ เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมชั้นเรียน สมาคมต่าง ๆ เป็นต้น

ซึ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวตัดสินถึงควมมีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา เช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสที่ดี ครอบครัวที่ดี มักมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดีได้

6.3.4 Pender (1987 อ้างถึงใน ยศยง จันทรวงศา, 2558)⁽⁷⁶⁾ แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 กลุ่ม

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (natural support) ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือกันและกัน

2. กลุ่มเพื่อน (peer support) มักมีการให้คำปรึกษาและแนะนำเนื่องจากเป็นกลุ่มที่ได้รับประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน
3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (organized religious support) เป็นกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือกันในศาสนานั้น ๆ มีความเชื่อที่มุ่งไปสู่จุดหมายเดียวกัน
4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือของกลุ่มผู้ให้การดูแล หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (health professional support) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลทางด้านสุขภาพที่มีทักษะและการให้บริการที่เจาะจงแก่ผู้รับบริการ
5. กลุ่มสนับสนุนจากวิชาชีพอื่น ๆ (organized support not directed by health professional) ได้แก่ กลุ่มบริการอาสาสมัคร หรืออาจเป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ

โดยสรุปแล้วแหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อสัมพันธ์พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการให้ข้อมูลที่เป็นการสอนหรือแลกเปลี่ยนความรู้ต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน โดยลักษณะแหล่งสนับสนุนนั้นก็จะมีความแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ ขนาดของกลุ่มบุคคล ความใกล้ชิด และลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น

6.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือ Personal Resource Questionnaire (PRQ) สร้างโดย Brandt and Weinert (1985)⁽⁷¹⁾ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินแหล่งการสนับสนุนทางสังคมในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่พบในชีวิตประจำวันจำนวน 8 สถานการณ์ ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิด การมีส่วนร่วมรับรู้ในสังคม การอุปถัมภ์ การเห็นคุณค่า การช่วยเหลือ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับที่ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึงระดับ 7 เห็นด้วยอย่างมาก แบบประเมินดังกล่าวมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.89

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย House (1988)⁽⁷⁰⁾ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมที่มีค่าสูง หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ฉบับภาษาไทย สร้างโดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2549)⁽⁷⁷⁾ สามารถใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้ทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.91 ด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.88 และด้านทรัพยากรหรือวัตถุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2549)⁽⁷⁷⁾ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และข้อคำถามสามารถใช้ได้กับกลุ่มบุคคลทั่วไป ทำให้เห็นภาพรวมของการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล และมีความสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Oberst et al. (1989)⁽⁶⁴⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของการดูแลและการประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 47 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประเมินตัดสินใจว่าเป็นสิ่งท้าทายมากกว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย

Gaston - Johansson et al. (2004)⁽⁷⁸⁾ ศึกษาความตึงเครียดด้านจิตใจ ความเหนื่อยล้า ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก จำนวน 102 คน โดยใช้แบบประเมิน Quality of Life Index พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.54$ และ -0.58 ตามลำดับ, $p < 0.01$)

Jensen & Given (1991)⁽⁹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ อาชีพ ระยะเวลาที่ญาติเป็นผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน ผลกระทบต่อตารางเวลาของการให้การดูแลกับความอ่อนล้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 49 คน พบว่า ปัจจัยด้านผลกระทบต่อตารางเวลามีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้า โดยมากกว่าร้อยละ 50 ของญาติผู้ดูแลมีความอ่อนล้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง

จันทร์เพ็ญ แชนท์ (2536)⁽⁷⁹⁾ ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 80 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและเพศ สามารถร่วมทำนายความเหนื่อยหน่ายทางอารมณ์ได้ร้อยละ 15.8

กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539)⁽⁸⁰⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น 50 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้นมีความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.506$) จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันและระดับความพิการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.704, 0.803$ ตามลำดับ) และพบว่าระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น

เพียงใจ ดาโลปการ (2545)⁽³⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด 160 คน พบว่าความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ความทุกข์ทรมานจากอาการและความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.801$ และ 0.699 ตามลำดับ) คุณภาพการนอนหลับ พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมและอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.654, -0.521, -0.411$ และ -0.188 ตามลำดับ)

อุษณีย์ เหมแหวน (2551)⁽¹⁰⁾ ศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า ($r = -0.545, p < 0.01$) ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า ($r = 0.454, p < 0.01$) แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ($r = -0.010, p = 0.932$) และภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนาย ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ร้อยละ 35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ภาวะสุขภาพเป็นตัวทำนายความเหนื่อยล้าได้ดีที่สุด

จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ (2559)⁽⁴³⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 121 คน พบว่าความเหนื่อยล้าและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.64$ และ -0.73) ความเข้มแข็งในการมองโลกและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.61$ และ 0.34) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = 0.11$, $p > 0.05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งรวมไปถึงในโรคอื่น ๆ สามารถสรุปได้ว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าที่แตกต่างกัน โดยมากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมักมีความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางจนกระทั่งรุนแรง และความเหนื่อยล้าดังกล่าวของญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต เนื่องจากอาการที่แสดงและความรุนแรงของอาการผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นตามระยะของโรคมะเร็ง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้อาจมีผลทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ ถูกส่งต่อมายังญาติผู้ดูแล และเกิดเป็นความเครียดหรือความกังวลได้ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวเป็นการรับรู้หรือรู้สึกต่อบทบาทหน้าที่ ความยากลำบากในการดูแลที่ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ มากขึ้น โดยรวมแล้วความเหนื่อยล้านี้เป็นสิ่งที่รบกวนสุขภาพร่างกาย หรือจิตใจของญาติผู้ดูแล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้กรอบแนวคิดของ The Theory of Unpleasant Symptoms (TOUS) (Lens et al., 1995)⁽²⁹⁾ เนื่องจากกลุ่มญาติผู้ดูแลนี้เป็นกลุ่มบุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางโรค ดังนั้นแล้วความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นสามารถเกิดได้ทั้งจากทางด้านร่างกาย ด้านสถานการณ์ และด้านจิตใจ ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวก็สามารถอธิบายได้อย่างครอบคลุม อีกทั้งผู้วิจัยยังได้ทบทวนวรรณกรรมและคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งปัจจัยที่เลือกนำมาศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย (Physiological factors) คือ ภาวะทางสุขภาพกาย (Self-Evaluations of Health) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of Coherence) ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors) คือ ภาระในการดูแล (Caregiving Burden) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อศึกษาถึงความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามเณร หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามเณร หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือน และช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งพ่ผู้ดูแลมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและที่คลินิกการแพทย์ผสมผสานผู้ป่วยมะเร็งและญาติ ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เป็นญาติหรือผู้ดูแลหลัก โดยมีความสัมพันธ์ในฐานะใดฐานะหนึ่งกับผู้ดูแล เช่น คู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง ที่ปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่ทำกิจกรรมการดูแลในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการพยาบาล ด้านการเดินทาง ด้านค่าใช้จ่าย หรือด้านจิตใจ โดยจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่รับค่าตอบแทนใด ๆ ที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล
3. ญาติผู้ดูแลมีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่ สามารถพูดและเขียนภาษาไทยได้รวมทั้งสามารถตอบแบบสอบถามได้

4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size Determination)

คำนวณได้จากสูตร

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \sigma^2}{d^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$Z_{\frac{\alpha}{2}}$ = ค่าวิกฤตระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางการแจกแจงค่าปกติมีค่าเท่ากับ 1.96

σ^2 = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในประชากรอ้างอิง (จากการทบทวนวรรณกรรมพบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเท่ากับ 2.07)⁽⁴³⁾

d^2 = ค่า relative value โดยกำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนร้อยละ 10 และจากการทบทวนวรรณกรรมพบค่าเฉลี่ยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเท่ากับ 3.06⁽⁴³⁾

$$n = \frac{1.96^2 \times 2.07^2}{(0.1 \times 3.06)^2}$$

$$n = 175.80$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 176 คน

เพื่อให้ครอบคลุมความผิดพลาดซึ่งคาดว่าจะมีประมาณร้อยละ 10 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้จึงเท่ากับ 194 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 2 แผนก คือ แผนกผู้ป่วยนอก และที่คลินิกการแพทย์ผสมผสานผู้ป่วยมะเร็งและญาติ ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของญาติผู้ดูแล โรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศของผู้ป่วยที่ดูแล อายุของผู้ป่วยที่ดูแล ชนิดมะเร็งของผู้ป่วยที่ดูแล โรคร่วมนอกเหนือจากโรคมะเร็งของผู้ป่วย อาการทางจิตเวชของผู้ป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ได้รับการ

วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วย ลักษณะงานที่ช่วยดูแลผู้ป่วย จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และภาระการดูแลอื่นที่นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า

เป็นเครื่องมือที่ให้ญาติผู้ดูแลประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการความเหนื่อยล้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของ Piper Fatigue Scale ที่นำมาแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย นารา กุลวรรณวิจิตร⁽⁸¹⁾ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 22 ข้อ มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .89 ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นตัวเลขตั้งแต่ 1 - 10 ให้เลือกตอบเป็นเส้นตรง (Numeric scale) โดยซ้ายมือสุดจะเป็นหมายเลข 1 และด้านขวาสุดจะเป็นหมายเลข 10 ปลายสุดของทางด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน ดังนั้นจะได้คะแนนตั้งแต่ 22 - 220 คะแนน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มารวมกันและหารด้วยจำนวนข้อคำถาม 22 ข้อ จะได้คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้า โดยแปรผลเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน 7 - 10	คะแนน	หมายถึง	เหนื่อยล้ามาก
คะแนน 4 - 6.99	คะแนน	หมายถึง	เหนื่อยล้าปานกลาง
คะแนน 1 - 3.99	คะแนน	หมายถึง	ไม่เหนื่อยล้า

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะทางสุขภาพกาย

เป็นเครื่องมือที่ให้ญาติผู้ดูแลประเมินตนเองว่าตนนั้นมีสุขภาพดีอยู่ในระดับใด โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะสุขภาพที่เป็นเส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร เกณฑ์การให้คะแนนเป็น visual analog scale ผู้วิจัยอธิบายให้ญาติผู้ดูแลทราบว่าด้านซ้ายมือสุดของเส้นตรงหมายความว่า มีระดับภาวะสุขภาพ “ไม่ดี” ให้ 1 คะแนน ส่วนด้านขวาสุดมีระดับภาวะสุขภาพ “ดีมาก” ให้ 100 คะแนน จากนั้นให้ญาติผู้ดูแลขีดเส้นตัดลงไปที่เส้นวัดระดับภาวะสุขภาพในบริเวณที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าเป็นระดับภาวะสุขภาพของตน เมื่อญาติผู้ดูแลประเมินเสร็จผู้วิจัยใช้ไม้บรรทัดอันเดียวกันวัดระยะทุกซุดของแบบสอบถาม โดยความยาวจากจุดซ้ายสุดถึงจุดตัดบนเส้นวัดระดับภาวะสุขภาพ ใช้หน่วยวัดเป็นมิลลิเมตร ความยาวที่วัดได้ หมายถึง ระดับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล โดยมีค่าคะแนนเต็ม 100 คะแนน นำคะแนนมาแบ่งเป็น 3 ระดับเท่า ๆ กัน และแปรผลโดยอิงตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับภาวะสุขภาพ	“ดีเล็กน้อย”	หมายถึง	ค่าคะแนน 1 - 33
ระดับภาวะสุขภาพ	“ดีปานกลาง”	หมายถึง	ค่าคะแนน 34 - 67
ระดับภาวะสุขภาพ	“ดีมาก”	หมายถึง	ค่าคะแนน 68 - 100

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก

เป็นเครื่องมือประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกตามแนวคิดของ Antonovsky (1987)⁽⁵⁹⁾ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532)⁽⁵⁸⁾ และได้มีการนำมาปรับปรุงโดย นิตญา ฤทธิ์เพชร (2554)⁽⁶¹⁾ ซึ่งปรับระดับการเลือกตอบให้เหลือแค่ 5 ระดับ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเลือกตอบได้ง่ายขึ้น มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83

เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะของแบบสอบถามเป็นเส้นตรงที่มีตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 1 – 5 ซึ่งปลายเส้นแต่ละด้านกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยตัวเลข 1 - 5 จะบ่งชี้ความมากน้อยของความรู้สึคนึกคิดของผู้ตอบ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 13 ข้อ แบบประเมินจะประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13 ส่วนข้อความที่เป็นความหมายทางลบจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 7, 10 ซึ่งคะแนนรวมของความเข้มแข็งในการมองโลกมีค่า ตั้งแต่ 13 – 65 คะแนน โดยแต่ละระดับมีการให้ความหมาย ซึ่งข้อที่มีความหมายทางบวก มีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 5	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	เท่ากับ 4	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ 3	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ 2	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 1	หมายถึง	ไม่เคยรู้สึกตามข้อนั้นเลย

การแปลผลและการให้คะแนนในข้อที่มีความหมายทางลบ มีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 1	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	เท่ากับ 2	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ 3	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ 4	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 5	หมายถึง	ไม่เคยรู้สึกตามข้อนั้นเลย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมอยู่ที่ 13 – 65 คะแนน เกณฑ์การแปลผลโดยกำหนดตามพิสัย แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนรวม 13 – 29 คะแนน	หมายถึง	มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ
คะแนนรวม 30 – 46 คะแนน	หมายถึง	มีความเข้มแข็งในการมองโลกปานกลาง
คะแนนรวม 47 – 65 คะแนน	หมายถึง	มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาระในการดูแล

แบบวัดภาระในการดูแลที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้คือ Zarit Burden Interview โดยใช้ฉบับภาษาไทยโดย อรวรรณ แผ่นคง (2547)⁽⁶⁸⁾ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .87 โดยแบบประเมินชุดนี้มีมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยมาตราแต่ละระดับมีการให้ความหมายตามเกณฑ์ดังนี้

4 คะแนน	หมายถึง	ประจำ
3 คะแนน	หมายถึง	บ่อยครั้ง
2 คะแนน	หมายถึง	บางครั้ง
1 คะแนน	หมายถึง	นาน ๆ ครั้ง
0 คะแนน	หมายถึง	ไม่เคยเลย

เกณฑ์การแปลผลโดยกำหนดตามพิสัย แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

0 - 20 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาวะการดูแล
21 - 40 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะการดูแลน้อยถึงปานกลาง
41 - 60 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะการดูแลปานกลางถึงรุนแรง
61 - 88 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะการดูแลรุนแรง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Schaefer โดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ โดยจะแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 7 ข้อ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ 3) ด้านทรัพยากร 5 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วน rating scale 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้คะแนน 1 - 5 ตามลำดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมีความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ อยู่ในเกณฑ์ที่ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient ในด้านอารมณ์เท่ากับ 0.91 ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 0.88 และด้านทรัพยากรและวัตถุเท่ากับ 0.87

สำหรับการแปลผล เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ จึงพิจารณาแปลผล แบ่งกลุ่มตามค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) โดยการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนมากกว่า $mean + 1SD$ การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนระหว่าง $mean \pm 1SD$ และการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ คือผู้ที่ได้ค่าคะแนนต่ำกว่า $mean - 1SD$ เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณะกรรมการจริยธรรมคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลภายใน ณ โรงพยาบาลจุฬาภรณ์

3. ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานติดต่อกับหัวหน้าแพทย์ พยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกการแพทย์ผสมผสานผู้ป่วยมะเร็งและญาติ โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ หัวหน้าแพทย์และพยาบาลจะเป็นผู้แนะนำกลุ่มตัวอย่างให้กับผู้วิจัยเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้ถูกต้องและครบถ้วน โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลตามวันและเวลาที่เปิดให้บริการของโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ซึ่งกำหนดเข้าถึงแผนกผู้ป่วยนอกในช่วงเช้า และคลินิกการแพทย์ผสมผสานผู้ป่วยมะเร็งและญาติในช่วงบ่าย โดยงานวิจัยครั้งนี้เปิดโอกาสให้อาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิไม่ตอบคำถามข้อใดที่ไม่ต้องการตอบได้

4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยดำเนินการเข้าสู่กระบวนการขอความยินยอม โดยมีกระบวนการดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเริ่มแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

4.2 ผู้วิจัยแนะนำขั้นตอนการดำเนินโครงการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับ

4.3 ผู้วิจัยให้รายละเอียดเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัย ซึ่งในงานวิจัยนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คืออาจเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 - 30 นาที หรืออาจเกิดความไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิไม่ตอบคำถามข้อใดที่ไม่ต้องการตอบได้ แต่ไม่มีความเสี่ยงทางด้านร่างกาย

4.4 เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระและเวลาในการตัดสินใจ รวมไปถึงให้เวลาได้ซักถามข้อสงสัย และชี้แจงว่าการรายงานผลการวิจัยนี้จะไม่มีการระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม

4.5 หากญาติผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงเซ็นชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลมีสิทธิที่จะการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย และจะไม่มีผลต่อการรับบริการใด ๆ ที่จะได้รับ ผู้วิจัยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของญาติผู้ดูแล

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สำรับนำมาคิดคะแนนและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistic Package for the Social Science) ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้นำเสนอลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การแจกแจงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลกับความเหนียว ล้าโดยใช้สถิติ Independent t-test และ one-way ANOVA วิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation Coefficient) และใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนียว ล้า โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้า รวมไปถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ทั้งสิ้น 194 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 2 แผนก คือ แผนกผู้ป่วยนอก และที่คลินิกการแพทย์ผสมผสานผู้ป่วยมะเร็งและญาติ ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง 6 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามภาวะทางสุขภาพกาย แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก แบบสอบถามภาวะในการดูแล และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬารัตน์

ตอนที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุดของความเหนื่อยล้า ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตอนที่ 3 การศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนของข้อมูลส่วนบุคคลกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตอนที่ 5 การศึกษาความสามารถของภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬารัตน์
 ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (n = 194)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	56	28.9
หญิง	138	71.1
อายุ (ปี)		
≤ 30 ปี	14	7.2
31-40 ปี	37	19.1
41-50 ปี	54	27.8
51-60 ปี	55	28.4
61 ปี ขึ้นไป	34	17.5
Mean = 48.63, SD = 12.02, Minimum = 21, Maximum = 83		
สถานภาพสมรส		
สมรส	124	63.9
โสด	60	30.9
หม้าย	8	4.1
หย่าร้าง	2	1.0
แยกกันอยู่	0	0
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีขึ้นไปหรือเทียบเท่า	145	74.7
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	39	20.1
มัธยมศึกษา	5	2.6
ประถมศึกษา	3	1.5
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	2	1.0

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (n = 194) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
พนักงานบริษัท	69	35.6
ค้าขาย	50	25.8
ไม่ได้ทำงาน	31	16.0
รับจ้างทั่วไป	17	9.8
รับราชการ	16	8.2
อื่น ๆ	11	4.6
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	2.1
- เกษตรกร	1	0.5
- ครู	1	0.5
- เจ้าของกิจการ	1	0.5
- ทนายความ	1	0.5
- พยาบาล	1	0.5
- นักศึกษา	1	0.5
- อาชีพอิสระ	1	0.5
รายได้		
≤ 5,000 บาท	12	6.2
5,001-20,000 บาท	85	43.8
20,001-35,000 บาท	38	19.6
35,001-50,000 บาท	37	19.1
50,001 บาท ขึ้นไป	22	11.3
Mean = 27,722.73, SD = 19,808.45, Minimum = 0, Maximum = 100,000		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	144	73.7
มีโรคประจำตัว	50	26.3
- กล้ามเนื้ออ่อนแรง	1	0.5
- เข้าเสื่อม	1	0.5

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (n = 194) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว (ต่อ)		
- ความดัน	22	11.3
- เบาหวาน	12	6.2
- ไขมัน	4	2.1
- ภูมิแพ้	3	1.5
- ไมเกรน	2	1.0
- โรคหัวใจ	2	1.0
- โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	1	0.5
- ไทรอยด์	1	0.5
- หอบ	1	0.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	66	34.0
คู่สมรส	58	29.9
พี่ - น้อง	31	16.0
บิดา - มารดา	13	6.7
ญาติ	26	13.4
- หลาน	12	6.2
- ลูกสะใภ้	5	2.6
- น้ำ	4	2.1
- อา	3	1.5
- ลูกเขย	2	1.0
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (เดือน)		
Mean = 15.20, SD = 15.05, Minimum = 2, Maximum = 76		
จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน (ชั่วโมง)		
Mean = 14.31, SD = 8.28, Minimum = 1, Maximum = 24		

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (n = 194) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะงานที่ช่วยดูแลผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ดูแลด้านจิตใจ เช่น การปลอบใจ การให้กำลังใจ	179	92.3
ดูแลเรื่องการเดินทาง	154	79.4
เป็นผู้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น อาการปวด อาการหอบเหนื่อย	154	79.4
การทํากิจวัตรประจำวันต่าง ๆ	153	78.9
- การรับประทานอาหาร	145	74.7
- การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	102	52.6
- การทำความสะอาดร่างกาย	73	37.6
- ดูแลการใช้ห้องน้ำ การปัสสาวะหรือการขับถ่ายให้ปกติ	65	33.5
- การสวมใส่เสื้อผ้า	63	32.5
ดูแลการพยาบาลเช่น การกายภาพ	137	70.6
การดูแลแผลต่าง ๆ หรือการดูแลเรื่องยา		
ดูแลด้านสังคม เช่น การพาผู้ป่วยไปพักผ่อน การช่วยให้ได้พบปะครอบครัวญาติพี่น้อง	126	64.9
ดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ	108	55.7
อื่น ๆ	3	1.5
- ทำงานบ้าน	1	0.5
- พาออกกำลังกาย	1	0.5
- รับอุปการะบุตร	1	0.5
จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่มีผู้ช่วยเหลือ	42	21.6
มีผู้ช่วยเหลือ	152	78.4

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (n = 194) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)		
– จำนวน 1 คน	92	47.4
– จำนวน 2 คน	39	20.1
– จำนวน 3 คน	9	4.6
– จำนวน 4 คน	6	3.1
– จำนวน 5 คน	2	1.0
– จำนวน 6 คน	4	2.1
ภาระงานอื่นนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย		
ไม่มีภาระงานอื่น	152	78.4
มีภาระงานอื่น	42	21.6
– ดูแลครอบครัว	12	6.2
– ดูแลบุตร	8	4.1
– ขายของ	6	3.1
– ดูแลธุรกิจครอบครัว	6	3.1
– ดูแลงานบ้าน	3	1.5
– สอนหนังสือ	2	1.0
– ดูแลมารดา	1	0.5
– ดูแลลูก	1	0.5
– ดูแลสามี	1	0.5
– รับจ้างทั่วไป	1	0.5
– เรียนหนังสือ	1	0.5

จากตารางที่ 1 พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 194 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.1 มีอายุเฉลี่ย 48.63 ปี (SD = 12.02) อายุน้อยสุด 21 ปี และอายุมากที่สุด 83 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 63.9 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 74.7 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 35.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.8 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ

ละ 73.7 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 34.0 รองลงมาคือคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 29.9 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 15.20 เดือน (SD = 15.05) ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 14.31 ชั่วโมง (SD = 8.28) ลักษณะงานที่ช่วยดูแลผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มี 7 กิจกรรม ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 78.9 เป็นผู้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเช่น อาการปวด อาการหอบเหนื่อย คิดเป็นร้อยละ 79.4 ดูแลการพยาบาลเช่น การกายภาพ การดูแลแผลต่าง ๆ หรือการดูแลเรื่องยา คิดเป็นร้อยละ 70.6 ดูแลเรื่องการเดินทาง คิดเป็นร้อยละ 79.4 ดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 55.7 ดูแลด้านสังคม เช่น การพาผู้ป่วยไปพักผ่อน การช่วยให้ได้พบปะครอบครัวญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 64.9 และดูแลด้านจิตใจ เช่น การปลอบใจ การให้กำลังใจ คิดเป็นร้อยละ 92.3 ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 78.4 โดยสูงสุดมีจำนวนผู้ช่วยเหลือจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมาคือมีจำนวนผู้ช่วยเหลือจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.1 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีภาระงานอื่นที่ต้องดูแล คิดเป็นร้อยละ 78.4



ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของ
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (n = 194)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	85	43.8
หญิง	109	56.2
อายุ (ปี)		
≤ 30 ปี	6	3.1
31-40 ปี	6	3.1
41-50 ปี	24	12.4
51-60 ปี	45	23.2
61 ปี ขึ้นไป	113	58.2
Mean = 62.13, SD = 13.67, Minimum = 13, Maximum = 90		
ชนิดมะเร็งของผู้ป่วย		
เต้านม	23	11.9
ต่อมน้ำเหลือง	10	5.2
ตับ	10	5.2
ตับอ่อน	6	3.1
กระเพาะอาหาร	5	2.6
คอ	5	2.6
กระดูก	3	1.5
ต่อมลูกหมาก	3	1.5
ทอนซิล	2	1.0
ท่อน้ำดี	2	1.0
ไทรอยด์	2	1.0
กระเพาะปัสสาวะ	1	0.5
กล่องเสียง	1	0.5
ช่องท้อง	1	0.5
ทางเดินปัสสาวะ	1	0.5

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของ
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (n = 194) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดมะเร็งของผู้ป่วย (ต่อ)		
ลำไส้	47	24.2
ปอด	35	18.0
ปากมดลูก	10	5.2
เม็ดเลือดขาว	6	3.1
สมอง	5	2.6
หลอดอาหาร	5	2.6
โพรงจมูก	4	2.1
รังไข่	3	1.5
หลังโพรงจมูก	2	1.0
ผิวหนัง	1	0.5
อวัยวะเพศชาย	1	0.5
โรคร่วมนอกเหนือจากโรคมะเร็ง		
ไม่มีโรคร่วม	157	81.4
มีโรคร่วม	37	18.6
- ความดัน	13	6.7
- เบาหวาน	6	3.1
- ไขมัน	3	1.5
- กล้ามเนื้ออ่อนแรง	2	1.0
- กระเพาะ	1	0.5
- ซึมเศร้า	1	0.5
- น้ำท่วมปอด	1	0.5
- เนื้องอก	1	0.5
- เนื้องอกในสมอง	1	0.5
- ปอดอักเสบ	1	0.5
- พาร์กินสัน	1	0.5
- ภูมิแพ้	1	0.5

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของ
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (n = 194) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วมนอกเหนือจากโรคมะเร็ง (ต่อ)		
– โรคหัวใจ	3	1.5
– รูมาตอยด์	1	0.5
– อัลไซเมอร์	1	0.5
อาการทางจิตเวชของผู้ป่วย		
ไม่มีอาการทางจิตเวช	186	95.9
มีอาการทางจิตเวช	8	4.1
– เพ้อสับสน	3	1.5
– หลงผิด	2	1.0
– ซึมเศร้า	1	0.5
– นอนไม่หลับ	1	0.5
– อัลไซเมอร์	1	0.5
การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เคมีบำบัด	150	77.3
ประคับประคองตามอาการ	128	66.0
การผ่าตัด	68	35.1
รังสีรักษา	55	28.4
อื่น ๆ	5	2.5
– ทานยามุ่งเป้า	3	1.5
– ฉีดยาลดระดับฮอร์โมน	1	0.5
– ยาแผนโบราณ	1	0.5

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 194 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.2 มีอายุเฉลี่ย 62.13 ปี (SD = 13.67) อายุน้อยสุด 13 ปี และอายุมากที่สุด 90 ปี โรคมะเร็งที่พบส่วนใหญ่คือ มะเร็งลำไส้ คิดเป็นร้อยละ 24.2 รองลงมาคือมะเร็งปอด คิดเป็นร้อยละ 18.0 และมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 11.9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมนอกเหนือจากโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 81.4 และไม่มีอาการทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 95.9 การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่คือ

ประคับประคองตามอาการ คิดเป็นร้อยละ 66.0 รองลงมาคือ เคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 77.3 การผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 35.1 และรังสีรักษา คิดเป็นร้อยละ 28.4

ตอนที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุดของความเหนื่อยล้า ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุดของความเหนื่อยล้า ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (n = 194)

ปัจจัย	\bar{X}	SD	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
ความเหนื่อยล้า	4.43	1.09	1.18	8.95
ภาวะทางสุขภาพกาย	76.85	17.09	16	100
ความเข้มแข็งในการมองโลก	39.85	3.34	29	49
ภาระในการดูแล	28.91	10.63	4	84
การสนับสนุนทางสังคม	59.13	8.32	17	80

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.43$, $SD = 1.09$) โดยมีคะแนนความเหนื่อยล้าต่ำที่สุดเท่ากับ 1.18 คะแนน และคะแนนความเหนื่อยล้าสูงสุดเท่ากับ 8.95 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ถึงภาวะทางสุขภาพเท่ากับ 76.85 คะแนน ($SD = 17.09$) ซึ่งหมายความว่ามีการรับรู้ถึงภาวะทางสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยมีคะแนนการรับรู้ถึงภาวะทางสุขภาพต่ำที่สุดเท่ากับ 16 คะแนน และคะแนนการรับรู้ถึงภาวะทางสุขภาพสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในการมองโลกเท่ากับ 39.85 คะแนน ($SD = 3.34$) ซึ่งหมายความว่ามีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำที่สุดเท่ากับ 29 คะแนน และคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกสูงสุดเท่ากับ 49 คะแนน ส่วนคะแนนเฉลี่ยในการประเมินภาระในการดูแลเท่ากับ 28.91 คะแนน ($SD = 10.63$) ซึ่งหมายความว่ามีการประเมินภาระในการดูแลน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนในการประเมินภาระในการดูแลต่ำที่สุดเท่ากับ 4 คะแนน และคะแนนการประเมินภาระในการดูแลสูงสุดเท่ากับ 84 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 59.13 คะแนน ($SD = 8.32$) ซึ่งหมายความว่ามีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมต่ำที่สุดเท่ากับ 17 คะแนน และคะแนนการประเมินการสนับสนุนทางสังคมสูงสุดเท่ากับ 80 คะแนน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และร้อยละของความเหนื่อยล้า ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (n = 194)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล		
ไม่เหนื่อยล้า	54	27.8
เหนื่อยล้าปานกลาง	138	71.1
เหนื่อยล้ามาก	2	1.0
ภาวะทางสุขภาพกายของญาติผู้ดูแล		
ดีเล็กน้อย	5	2.6
ดีปานกลาง	46	23.7
ดีมาก	143	73.7
ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล		
ความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ	1	0.5
ความเข้มแข็งในการมองโลกปานกลาง	188	96.9
ความเข้มแข็งในการมองโลกสูง	5	2.6
ภาวะในการดูแลของญาติผู้ดูแล		
ไม่มีภาวะในการดูแล	35	18.0
มีภาวะการดูแลน้อยถึงปานกลาง	135	69.6
มีภาวะการดูแลปานกลางถึงรุนแรง	24	12.4
การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล		
การสนับสนุนทางสังคมต่ำ	23	11.9
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	147	75.8
การสนับสนุนทางสังคมสูง	24	12.4

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.1 รองลงมาคือไม่มีความเหนื่อยล้าและเหนื่อยล้ามาก โดยคิดเป็นร้อยละ 27.8 และ 1.0 ตามลำดับ การรับรู้ถึงภาวะทางสุขภาพกายตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 73.7 รองลงมาคือมีการรับรู้ถึงภาวะทางสุขภาพกายตนเองในระดับดีปานกลาง และดีเล็กน้อย โดยคิดเป็นร้อยละ 23.7 และ 2.6ตามลำดับ ญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลาง

คิดเป็นร้อยละ 96.9 รองลงมาคือมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูงและต่ำ โดยคิดเป็นร้อยละ 2.6 และ 0.5 ตามลำดับ คะแนนภาวะในการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.6 รองลงมาคือไม่มีภาวะในการดูแล และมีภาวะในการดูแลระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยคิดเป็นร้อยละ 18.0 และ 12.4 ตามลำดับ และสุดท้ายญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งสุดท้ายส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.8 รองลงมาคือมีการสนับสนุนทางสังคมสูงและมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ โดยคิดเป็นร้อยละ 12.4 และ 11.9 ตามลำดับ



ตอนที่ 3 การศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนของข้อมูลส่วนบุคคลกับความเหนื่อยล้า
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test (n = 194)

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	\bar{X}	S.D.	t	Mean Difference	95%CI of Mean Difference		P-Value
						Lower	Upper	
เพศ								
ชาย	56	4.46	0.89	0.250	0.04	- 0.30	0.38	0.803
หญิง	138	4.42	1.16					
โรคประจำตัว								
ไม่มีโรคประจำตัว	143	4.41	1.00	-0.518	-0.09	- 0.44	0.26	0.605
มีโรคประจำตัว	51	4.50	1.30					
เพศของผู้ป่วย								
ชาย	85	4.46	0.97	0.361	0.06	- 0.25	0.37	0.718
หญิง	109	4.40	1.17					
โรคร่วมนอกเหนือจากโรคมะเร็ง								
ไม่มีโรคร่วม	158	4.51	1.01	1.790	0.42	- 0.05	0.90	0.080
มีโรคร่วม	36	4.09	1.33					
อาการทางจิตเวชของผู้ป่วย								
ไม่มีอาการ	186	4.42	1.10	-0.806	-0.32	- 1.09	0.46	0.421
มีอาการ	8	4.73	0.88					
การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ								
การผ่าตัด								
ไม่ได้รับ	126	4.57	1.06	2.365	0.38	0.06	0.70	0.019*
ได้รับ	68	4.18	1.11					
รังสีรักษา								
ไม่ได้รับ	139	4.51	1.03	1.718	0.30	- 0.04	0.64	0.087
ได้รับ	55	4.22	1.20					

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test (n = 194) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	\bar{X}	S.D.	t	Mean Difference	95%CI of Mean Difference		P-Value
						Lower	Upper	
เคมีบำบัด								
ไม่ได้รับ	44	4.11	1.20	-2.206	-0.41	-0.77	-0.04	0.029*
ได้รับ	150	4.52	1.04					
การปรับคับประคองตามอาการ								
ไม่ได้รับ	66	3.40	1.09	-4.117	-0.66	-0.96	-0.34	< 0.001***
ได้รับ	128	4.65	1.02					
การรักษาอื่น ๆ								
ไม่ได้รับ	189	4.43	1.10	0.345	0.17	-0.80	1.14	0.731
ได้รับ	5	4.26	0.50					
ลักษณะงานที่ช่วยดูแล								
ดูแลการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ								
ไม่ได้ช่วยดูแล	41	4.32	0.76	-0.893	-0.14	-0.44	0.17	0.374
ช่วยดูแล	153	4.46	1.16					
เป็นผู้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย								
ไม่ได้ช่วยดูแล	40	3.95	1.14	-3.197	-0.60	-0.97	-0.23	0.002**
ช่วยดูแล	154	4.55	1.04					
ดูแลการพยาบาล								
ไม่ได้ช่วยดูแล	57	3.97	1.02	-3.917	-0.65	-0.97	-0.32	< 0.001***
ช่วยดูแล	137	4.62	1.06					
ดูแลเรื่องการเดินทาง								
ไม่ได้ช่วยดูแล	40	4.24	1.14	-1.225	-0.24	-0.62	0.14	0.222
ช่วยดูแล	154	4.48	1.07					
ดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ								
ไม่ได้ช่วยดูแล	86	4.23	1.32	-2.237	-0.37	-0.69	-0.04	0.027*
ช่วยดูแล	108	4.59	0.83					

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test (n = 194) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	\bar{X}	S.D.	t	Mean Difference	95%CI of Mean Difference		P-Value
						Lower	Upper	
ดูแลด้านสังคม								
ไม่ได้ช่วยดูแล	68	4.26	1.13	-1.608	- 0.26	- 0.58	0.06	0.110
ช่วยดูแล	126	4.52	1.06					
ดูแลด้านจิตใจ								
ไม่ได้ช่วยดูแล	15	3.34	1.56	-2.887	- 1.18	- 2.05	- 0.31	0.011*
ช่วยดูแล	179	4.52	0.99					
ดูแลด้านอื่น ๆ								
ไม่ได้ช่วยดูแล	191	4.44	1.08	1.546	0.98	- 0.27	2.22	0.124
ช่วยดูแล	3	3.47	1.60					
ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย								
ไม่มีผู้ช่วยเหลือ	42	4.73	0.91	2.010	0.38	0.01	0.75	0.046*
มีผู้ช่วยเหลือ	152	4.35	1.12					
ภาระงานอื่นที่นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย								
ไม่มีภาระงานอื่น	152	4.47	1.08	1.010	0.20	- 0.18	0.56	0.316
มีภาระงานอื่น	42	4.28	1.12					

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ($\bar{X} = 4.57$) มีความเหนื่อยล้าโดยรวมมากกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ($\bar{X} = 4.18$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้า จำแนกตามการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันด้วยวิธีการผ่าตัด โดยใช้สถิติ t-test ได้ค่าเท่ากับ 2.365 มีค่า P-Value เท่ากับ 0.019 ซึ่งมีค่าน้อยกว่านัยสำคัญ 0.05 หมายความว่า ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดสูงกว่าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาโดยวิธีเคมีบำบัด ($\bar{X} = 4.11$) มีความเหนื่อยล้าโดยรวมน้อยกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีเคมีบำบัด ($\bar{X} = 4.52$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้าจำแนกตามการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันด้วยวิธีเคมีบำบัด โดยใช้สถิติ t-test ได้ค่าเท่ากับ - 2.206 มีค่า P-Value เท่ากับ 0.029 ซึ่งมีค่าน้อยกว่านัยสำคัญ 0.05 หมายความว่า ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยวิธีเคมีบำบัดสูงกว่าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาโดยวิธีเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการประคับประคองตามอาการ ($\bar{X} = 4.65$) มีความเหนื่อยล้าโดยรวมมากกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการประคับประคองตามอาการ ($\bar{X} = 3.40$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้า จำแนกตามการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันด้วยวิธีการประคับประคองตามอาการ โดยใช้สถิติ t-test ได้ค่าเท่ากับ - 4.12 มีค่า P-Value เท่ากับ < 0.001 ซึ่งมีค่าน้อยกว่านัยสำคัญ 0.001 หมายความว่า ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยวิธีการประคับประคองตามอาการสูงกว่าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาโดยวิธีการประคับประคองตามอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ได้ช่วยดูแลเป็นผู้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ($\bar{X} = 3.95$) มีความเหนื่อยล้าโดยรวมน้อยกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ช่วยดูแลเป็นผู้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ($\bar{X} = 4.55$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้า จำแนกตามลักษณะงานที่ช่วยดูแลผู้ป่วยเป็นผู้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายโดยใช้สถิติ t-test ได้ค่าเท่ากับ - 3.197 มีค่า P-Value เท่ากับ 0.002 ซึ่งมีค่าน้อยกว่านัยสำคัญ 0.01 หมายความว่า ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ช่วยดูแลเป็นผู้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายสูงกว่าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ได้ช่วยดูแลเป็นผู้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ได้ช่วยดูแลการพยาบาล ($\bar{X} = 3.97$) มีความเหน้อยล้ำโดยรวมน้อยกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ช่วยดูแลการพยาบาล ($\bar{X} = 4.62$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหน้อยล้ำ จำแนกตามลักษณะงานที่ช่วยดูแลการพยาบาลโดยใช้สถิติ t-test ได้ค่าเท่ากับ - 3.917 มีค่า P-Value เท่ากับ < 0.001 ซึ่งมีค่าน้อยกว่านัยสำคัญ 0.001 หมายความว่า ความเหน้อยล้ำของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ช่วยดูแลการพยาบาลสูงกว่าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ได้ช่วยดูแลการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ได้ช่วยดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ($\bar{X} = 4.23$) มีความเหน้อยล้ำโดยรวมน้อยกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ช่วยดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ($\bar{X} = 4.59$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหน้อยล้ำ จำแนกตามลักษณะงานที่ช่วยดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ โดยใช้สถิติ t-test ได้ค่าเท่ากับ - 2.237 มีค่า P-Value เท่ากับ 0.027 ซึ่งมีค่าน้อยกว่านัยสำคัญ 0.05 หมายความว่า ความเหน้อยล้ำของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ช่วยดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ สูงกว่าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ได้ช่วยดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ได้ช่วยดูแลด้านจิตใจ ($\bar{X} = 3.34$) มีความเหน้อยล้ำโดยรวมน้อยกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ช่วยดูแลด้านจิตใจ ($\bar{X} = 4.52$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหน้อยล้ำ จำแนกตามลักษณะงานที่ช่วยดูแลด้านจิตใจโดยใช้สถิติ t-test ได้ค่าเท่ากับ - 2.887 มีค่า P-Value เท่ากับ 0.011 ซึ่งมีค่าน้อยกว่านัยสำคัญ 0.05 หมายความว่า ความเหน้อยล้ำของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ช่วยดูแลด้านจิตใจสูงกว่าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ได้ช่วยดูแลด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหน้อยล้ำ จำแนกตามผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สถิติ t-test ได้ค่าเท่ากับ 2.01 มีค่า P-Value เท่ากับ 0.046 ซึ่งมีค่าน้อยกว่านัยสำคัญ 0.05 หมายความว่า ความเหน้อยล้ำของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้า จำแนกตามปัจจัยเพศมีค่า P-Value เท่ากับ 0.803 ปัจจัยโรคประจำตัวมีค่า P-Value เท่ากับ 0.605 ปัจจัยเพศของผู้ป่วยมีค่า P-Value เท่ากับ 0.718 ปัจจัยโรคร่วมนอกเหนือจากโรคมะเร็งมีค่า P-Value เท่ากับ 0.080 ปัจจัยอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยมีค่า P-Value เท่ากับ 0.421 ปัจจัยการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับด้วยวิธีรังสีรักษามีค่า P-Value เท่ากับ 0.087 ปัจจัยการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับด้วยวิธีอื่น ๆ มีค่า P-Value เท่ากับ 0.731 ปัจจัยลักษณะงานที่ช่วยดูแลด้านกิจวัตรประจำวันมีค่า P-Value เท่ากับ 0.374 ปัจจัยลักษณะงานที่ช่วยดูแลด้านการเดินทางมีค่า P-Value เท่ากับ 0.222 ปัจจัยลักษณะงานที่ช่วยดูแลด้านสังคมมีค่า P-Value เท่ากับ 0.110 ปัจจัยลักษณะงานที่ช่วยดูแลด้านอื่น ๆ มีค่า P-Value เท่ากับ 0.124 และ ปัจจัยการมีภาระงานอื่นนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยมีค่า P-Value เท่ากับ 0.316 ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เมื่อใช้สถิติทดสอบ Independent t-test แล้วมีค่ามากกว่านัยสำคัญ 0.05 หมายความว่า ปัจจัยดังกล่าวไม่พบความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกัน



ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติทดสอบ One- Way ANOVA และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Scheffe (n = 194)

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	\bar{X}	S.D.	95% CL of Mean		F	P-Value	Significant pairwise comparison
				Lower	Upper			
อายุของญาติผู้ดูแล								
(1) ต่ำกว่า 30 ปี	14	4.28	1.33	3.51	5.05	0.989	0.415	
(2) 31 – 40 ปี	37	4.58	1.18	4.18	4.97			
(3) 41 – 50 ปี	54	4.34	1.15	4.02	4.65			
(4) 51 – 60 ปี	55	4.30	1.05	4.02	4.59			
(5) 61 ปีขึ้นไป	34	4.68	0.80	4.41	4.96			
สถานภาพสมรส								
(1) โสด	60	4.31	1.18	4.00	4.61	1.156	0.328	
(2) สมรส	124	4.52	1.04	4.33	4.70			
(3) หม้าย	8	4.22	1.01	3.37	5.06			
(4) หย่าร้าง	2	3.45	1.22	-7.52	14.43			
ระดับการศึกษา								
(1) ไม่ได้ศึกษา	2	3.95	0.51	-0.67	8.57	0.606	0.659	
(2) ประถมศึกษา	3	5.08	0.58	3.65	6.51			
(3) มัธยมศึกษา	5	4.71	0.81	3.70	5.72			
(4) อนุปริญญา	39	4.54	1.00	4.22	4.87			
หรือเทียบเท่า								
(5) ปริญญาตรีขึ้นไป	145	4.38	1.13	4.20	4.57			
หรือเทียบเท่า								
อาชีพ								
(1) ไม่ได้ทำงาน	31	4.78	0.89	4.45	5.10	1.589	0.165	
(2) รับราชการ	16	4.27	1.05	3.71	4.83			
(3) พนักงานบริษัท	69	4.23	1.31	3.92	4.55			
(4) ค้าขาย	50	4.55	0.79	4.33	4.78			

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติทดสอบ One- Way ANOVA และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Scheffe (n = 194) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	\bar{X}	S.D.	95%CI of Mean		F	P-Value	Significant pairwise comparison
				Lower	Upper			
(5) รับจ้างทั่วไป	17	4.60	0.96	4.10	5.09			
(6) อื่น ๆ	11	4.10	1.31	3.22	4.98			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน								
(1) ต่ำกว่า 5,000 บาท	12	4.83	1.11	4.13	5.54	1.839	0.123	
(2) 5,001 ถึง 20,000 บาท	85	4.52	1.14	4.28	4.77			
(3) 20,001 ถึง 35,000 บาท	38	4.18	1.09	3.82	4.54			
(4) 35,001 ถึง 50,000 บาท	37	4.19	0.84	3.91	4.47			
(5) มากกว่า 50,001 บาท	22	4.68	1.15	4.17	5.20			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย								
(1) คู่สมรส	58	4.52	0.93	4.28	4.77	2.089	0.084	
(2) บุตร	66	4.40	1.00	4.16	4.65			
(3) บิดา – มารดา	13	5.05	1.51	4.13	5.96			
(4) พี่ – น้อง	31	4.38	0.84	4.07	4.69			
(5) ญาติ	26	4.03	1.49	3.43	4.64			
อายุของผู้ป่วย								
(1) ต่ำกว่า 30 ปี	6	4.67	0.85	3.78	5.56	0.367	0.832	
(2) 31 – 40 ปี	6	4.56	0.56	3.97	5.15			
(3) 41 – 50 ปี	24	4.30	1.05	3.86	4.75			
(4) 51 – 60 ปี	45	4.55	1.30	4.16	4.95			

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติทดสอบ One- Way ANOVA และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Scheffe (n = 194) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	\bar{X}	S.D.	95%CI of Mean		F	P-Value	Significant pairwise comparison
				Difference				
				Lower	Upper			
(5) 61 ปีขึ้นไป	113	4.39	1.04	4.19	4.58			
ชนิดมะเร็งของผู้ป่วย								
(1) ลำไส้	47	4.46	0.84	4.21	4.71	3.734	0.002**	(1) vs (5)*
(2) ปอด	35	4.40	1.00	4.06	4.74			(2) vs (5)*
(3) เต้านม	23	4.15	1.21	3.62	4.67			(3) vs (5)**
(4) ปากมดลูก	10	3.85	1.25	2.96	4.75			(4) vs (5)**
(5) ต่อม้าน้ำเหลือง	10	5.79	1.62	4.63	6.94			(7) vs (5)*
(6) ตับ	10	4.15	1.18	3.31	5.00			
(7) อื่น ๆ	59	4.45	0.97	4.19	4.70			
ระยะเวลาที่ดูแล								
(1) น้อยกว่า 6 เดือน	68	4.50	1.05	4.25	4.76	1.005	0.406	
(2) 7 – 12 เดือน	57	4.48	0.81	4.26	4.69			
(3) 13 – 18 เดือน	21	4.27	1.32	3.67	4.87			
(4) 19 – 24 เดือน	13	4.78	1.26	4.02	5.54			
(5) 25 เดือนขึ้นไป	35	4.18	1.33	3.73	4.64			
จำนวนชั่วโมงที่ดูแล								
(1) น้อยกว่า 8 ชั่วโมง	67	4.03	1.26	3.72	4.33	8.033	< 0.001***	(1) vs (2)*
(2) 9 - 16 ชั่วโมง	50	4.53	1.06	4.23	4.83			(1) vs (3)**
(3) 17 – 24 ชั่วโมง	77	4.71	0.82	4.53	4.90			

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า ชนิดมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ญาติเป็นผู้ดูแล มีค่าสถิติ F เท่ากับ 3.734 และค่า P-Value เท่ากับ 0.002 ซึ่งพบว่ามีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญ 0.05 หมายความว่า ชนิดมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่แตกต่างกัน พบคะแนนความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลแตกต่างกัน จึงทำการทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี Scheffe พบว่า ความแตกต่างของชนิดมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีผลต่อความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ทั้งนี้พบความแตกต่างกันจำนวน 5 คู่ ได้แก่ มะเร็งลำไส้กับมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีค่า P-Value เท่ากับ 0.043, มะเร็งปอดกับมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีค่า P-Value เท่ากับ 0.037, มะเร็งเต้านมกับมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีค่า P-Value เท่ากับ 0.011, มะเร็งปากมดลูกกับมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีค่า P-Value เท่ากับ 0.011 และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองกับมะเร็งอื่น ๆ มีค่า P-Value เท่ากับ 0.033

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้า จำแนกตามจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีค่าสถิติ F เท่ากับ 8.033 และค่า P-Value เท่ากับ < 0.001 ซึ่งพบว่ามีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญ 0.001 หมายความว่า จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน พบคะแนนความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกัน จึงทำการทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่าง เป็นรายคู่ด้วยวิธี Scheffe พบว่า ความแตกต่างของจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้า ของญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ทั้งนี้พบความแตกต่าง กันจำนวน 2 คู่ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่ำกว่า 8 ชั่วโมง กับจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย 9 – 16 ชั่วโมง ซึ่งมีค่า P-Value เท่ากับ 0.036 และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย 17 – 24 ชั่วโมง กับ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่ำกว่า 8 ชั่วโมง ซึ่งมีค่า P-Value เท่ากับ 0.001

ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้า จำแนกตามปัจจัยอายุของญาติผู้ดูแล มีค่า P-Value เท่ากับ 0.415 ปัจจัยสถานภาพสมรสมีค่า P-Value เท่ากับ 0.328 ปัจจัยระดับ การศึกษามีค่า P-Value เท่ากับ 0.659 ปัจจัยอาชีพมีค่า P-Value เท่ากับ 0.165 ปัจจัยรายได้เฉลี่ยต่อ เดือนมีค่า P-Value เท่ากับ 0.123 ปัจจัยความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีค่า P-Value เท่ากับ 0.084 ปัจจัย อายุของผู้ป่วยมีค่า P-Value เท่ากับ 0.832 และปัจจัยระยะเวลาที่ดูแลมีค่า P-Value เท่ากับ 0.406 ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เมื่อใช้สถิติทดสอบ One - Way ANOVA แล้วมีค่ามากกว่านัยสำคัญ 0.05 หมายความว่า ปัจจัยดังกล่าวไม่พบความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก
ภาวะในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ
สุดท้าย

ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลกภาวะ
ในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
ระยะสุดท้าย (n = 194)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ภาวะทางสุขภาพกาย	1.00				
2. ความเข้มแข็งในการมองโลก	0.04	1.00			
3. ภาวะในการดูแล	- 0.10	- 0.15*	1.00		
4. การสนับสนุนทางสังคม	0.16*	0.18**	- 0.36***	1.00	
5. ความเหนื่อยล้า	- 0.16*	- 0.16*	0.60***	- 0.34***	1.00

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ภาวะทางสุขภาพกาย
มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับต่ำมาก
($r = - 0.16$, $p = 0.029$) ส่วนความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับต่ำมาก ($r = - 0.16$, $p = 0.031$) ปัจจัยภาวะในการ
ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัจจัยความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับต่ำมาก ($r = - 0.15$,
 $p = 0.032$) อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยภาวะทางสุขภาพกายและ
ความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับต่ำมาก ($r = 0.16$, $p = 0.023$ และ $r = 0.18$, $p = 0.014$
ตามลำดับ) อีกทั้งยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ
สุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ได้แก่ ปัจจัยภาวะในการดูแล มีความสัมพันธ์
ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับกลาง ($r = 0.60$,
 $p < 0.001$) และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับต่ำ ($r = - 0.34$, $p < 0.001$) และสุดท้ายปัจจัยการสนับสนุนทาง
สังคมนี้นี้ยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัจจัยภาวะในการดูแลในระดับต่ำ ($r = - 0.36$, $p < 0.001$) ส่วน
ปัจจัยความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล กับภาวะทางสุขภาพกาย ไม่มีความสัมพันธ์

ตอนที่ 5 การศึกษาความสามารถของภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้วิธีแบบ Forward (n = 194)

ตัวแปร	Adjusted b	S.E.(b)	P-Value	95% CI for Adjusted b
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	0.885	0.286	0.002*	0.320 – 1.450
การรักษาแบบประคับประคอง	0.368	0.130	0.005*	0.112 – 0.623
ชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วย	0.030	0.007	< 0.001	0.015 – 0.044
ภาวะทางสุขภาพกาย	- 0.008	0.004	0.034*	- 0.015 - - 0.001
ภาวะในการดูแล	0.042	0.006	< 0.001	0.031 – 0.054
การสนับสนุนทางสังคม	- 0.019	0.008	0.012*	- 0.034 - - 0.004
Constant	4.210	0.574	0.000	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, $R^2 = 0.453$

จากตารางที่ 8 พบว่า ชนิดมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การรักษาแบบประคับประคอง ชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วย ภาวะทางสุขภาพกาย ปัจจัยภาวะในการดูแล และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 6 ตัวแปรสามารถทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นชนิดมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีความสามารถในการทำนายดีที่สุด ซึ่งหากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของญาติผู้ดูแลมีชนิดมะเร็งเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีคะแนนความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น 0.885 คะแนน มีค่า P-Value เท่ากับ 0.002 ปัจจัยต่อไปที่สามารถทำนายได้คือ ปัจจัยการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งหากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของญาติผู้ดูแลได้รับการรักษาในรูปแบบของการรักษาแบบประคับประคอง จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีคะแนนความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น 0.368 คะแนน P-Value เท่ากับ 0.005 ปัจจัยชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน ซึ่งหากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 8 ชั่วโมงขึ้นไป จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีคะแนนความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น 0.030 คะแนน มีค่า $p < 0.001$ ปัจจัยภาวะทางสุขภาพกาย ซึ่งหากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคะแนนภาวะทางสุขภาพกายเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้มีคะแนนความเหนื่อยล้าลดลง 0.008 คะแนน มีค่า P-Value เท่ากับ 0.034 ปัจจัยภาวะในการดูแลซึ่งหากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคะแนนภาวะในการดูแลเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้มีคะแนนความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น 0.042 คะแนน มีค่า $p < 0.001$ ปัจจัยสุดท้ายที่สามารถทำนายความ

เหนื่อยล้าได้แก่ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้มีคะแนนความเหนื่อยล้าลดลง 0.019 คะแนน มีค่า P-Value เท่ากับ 0.012 ส่วนปัจจัยความเข้มแข็งในการมองโลก ไม่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีส่วนร่วมในการทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เป็นการศึกษาความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้า รวมไปถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ทั้งสิ้น 194 คน โดยเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามี ภรรยา หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 เดือน และช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 2 แผนก คือ แผนกผู้ป่วยนอกและที่คลินิกการแพทย์ผสมผสานผู้ป่วยมะเร็งและญาติ ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ โดยใช้เวลารวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ประกอบไปด้วย 6 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 19 ข้อ แบบสอบถามความเหนื่อยล้าจำนวน 22 ข้อ แบบสอบถามภาวะทางสุขภาพกายจำนวน 1 ข้อ แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกจำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามภาวะในการดูแลจำนวน 22 ข้อ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 16 ข้อ

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ใช้นำเสนอลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การแจกแจงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลกับความเหนื่อยล้าโดยใช้สถิติ Independent t-test และ one-way ANOVA วิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation Coefficient) และใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้า โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ทั้งสิ้น 194 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.1 มีอายุเฉลี่ย 48.63 ปี (SD = 12.02) อายุน้อยสุด 21 ปี และอายุมากที่สุด 83 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 63.9 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 74.7 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 35.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.8 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 73.7 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 34.0 รองลงมาคือคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 29.9 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 15.20 เดือน (SD = 15.05) ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 14.31 ชั่วโมง (SD = 8.28) ลักษณะงานที่ช่วยดูแลผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มี 7 กิจกรรม ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 78.9 เป็นผู้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเช่น อาการปวด อาการหอบเหนื่อย คิดเป็นร้อยละ 79.4 ดูแลการพยาบาลเช่น การกายภาพ การดูแลแผลต่าง ๆ หรือการดูแลเรื่องยา คิดเป็นร้อยละ 70.6 ดูแลเรื่องการเดินทาง คิดเป็นร้อยละ 79.4 ดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 55.7 ดูแลด้านสังคม เช่น การพาผู้ป่วยไปพักผ่อน การช่วยให้ได้พบปะครอบครัวญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 64.9 และดูแลด้านจิตใจ เช่น การปลอบใจ การให้กำลังใจ คิดเป็นร้อยละ 92.3 ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 78.4 โดยสูงสุดมีจำนวนผู้ช่วยเหลือจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมาคือมีจำนวนผู้ช่วยเหลือจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.1 ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีภาระงานอื่นที่ต้องดูแล คิดเป็นร้อยละ 78.4

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลพบว่า จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 194 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.2 มีอายุเฉลี่ย 62.13 ปี (SD = 13.67) อายุน้อยสุด 13 ปี และอายุมากที่สุด 90 ปี โรคมะเร็งที่พบส่วนใหญ่คือ มะเร็งลำไส้ คิดเป็นร้อยละ 24.2 รองลงมาคือมะเร็งปอด คิดเป็นร้อยละ 18.0 และมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 11.9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมนอกเหนือจากโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 81.4 และไม่มีอาการทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 95.9 การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่คือเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมาคือการประคับประคองตามอาการ คิดเป็นร้อยละ 66.0 การผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 35.1 และรังสีรักษา คิดเป็นร้อยละ 28.4

3. ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า ส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 4.43, SD = 1.09) โดยมีคะแนนความเหนื่อยล้าต่ำที่สุดเท่ากับ 1.18 คะแนน และคะแนนความเหนื่อยล้าสูงสุดเท่ากับ 8.95 คะแนน

4. ภาวะทางสุขภาพกายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ถึงภาวะทางสุขภาพเท่ากับ 76.85 คะแนน (SD = 17.09) ซึ่งหมายความว่ามีการรับรู้ถึงภาวะทางสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยมีคะแนนการรับรู้ถึงภาวะทางสุขภาพต่ำที่สุดเท่ากับ 16 คะแนน และคะแนนการรับรู้ถึงภาวะทางสุขภาพสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนน

5. ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในการมองโลกเท่ากับ 39.85 คะแนน (SD = 3.34) ซึ่งหมายความว่ามีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำที่สุดเท่ากับ 29 คะแนน และคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกสูงสุดเท่ากับ 49 คะแนน

6. ภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยในการประเมินภาระในการดูแลเท่ากับ 28.91 คะแนน (SD = 10.63) ซึ่งหมายความว่ามีการประเมินภาระในการดูแลน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนในการประเมินภาระในการดูแลต่ำที่สุดเท่ากับ 4 คะแนน และคะแนนการประเมินภาระในการดูแลสูงสุดเท่ากับ 84 คะแนน

7. การสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 59.13 คะแนน (SD = 8.32) ซึ่งหมายความว่ามีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมต่ำที่สุดเท่ากับ 17 คะแนน และคะแนนการประเมินการสนับสนุนทางสังคมสูงสุดเท่ากับ 80 คะแนน

8. จากการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนของข้อมูลส่วนบุคคลกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และการมีงานอื่นนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย พบความเหนื่อยล้าที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยของผู้ป่วยที่แตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ การมีโรคร่วมนอกเหนือจากโรคมะเร็ง และอาการทางจิตเวช พบความเหนื่อยล้าที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ชนิดมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่แตกต่างกัน พบคะแนนความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลแตกต่างกัน จึงทำการทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี Scheffe พบว่า ความแตกต่างของชนิดมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบมีความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ทั้งนี้พบความแตกต่างกันจำนวน 5 คู่ ได้แก่ มะเร็งลำไส้กับมะเร็งต่อมไทรอยด์มีค่า P-Value เท่ากับ 0.043, มะเร็งปอดกับมะเร็งต่อมไทรอยด์มีค่า P-Value เท่ากับ 0.037, มะเร็งเต้านมกับมะเร็งต่อมไทรอยด์มีค่า

P-Value เท่ากับ 0.011, มะเร็งปากมดลูกกับมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีค่า P-Value เท่ากับ 0.011 และ มะเร็งต่อมน้ำเหลืองกับมะเร็งอื่น ๆ มีค่า P-Value เท่ากับ 0.033 นอกจากนี้ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันด้วยวิธีการผ่าตัด เคมีบำบัด และการประคับประคองตามอาการที่แตกต่างกัน พบมีระดับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกัน (P-Value = 0.019, 0.029, 0.000 ตามลำดับ) ส่วนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันด้วยวิธีรังสีรักษา และการรักษาอื่น ๆ ที่แตกต่างกันพบมีความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่ไม่แตกต่างกัน (P-Value = 0.087, 0.731 ตามลำดับ) จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน พบมีความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกัน (P-Value < 0.001) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้าจำแนกตามจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นรายคู่แล้ว พบความแตกต่างของจำนวน ชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 จำนวน 2 คู่ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่ำกว่า 8 ชั่วโมง กับจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย 9 – 16 ชั่วโมง ซึ่งมีค่า P-Value เท่ากับ 0.036 และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย 17 – 24 ชั่วโมง กับจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่ำกว่า 8 ชั่วโมง ซึ่งมีค่า P-Value เท่ากับ 0.001 นอกจากนี้ ลักษณะงานที่ช่วยดูแลผู้ป่วยด้านการเป็นผู้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านการดูแล พยาบาล ด้านการดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ และด้านจิตใจที่แตกต่างกัน พบมีความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกัน (P-Value = 0.002, 0.000, 0.027, 0.011 ตามลำดับ) ส่วนลักษณะงานที่ช่วยดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้านการเดินทาง ด้าน สังคม และด้านอื่น ๆ ที่แตกต่างกัน พบมีความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่ไม่แตกต่างกัน (P-Value = 0.374, 0.222, 0.110, 0.124 ตามลำดับ) นอกจากนี้การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน พบมีความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกัน (P-Value = 0.046)

9. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ภาวะทางสุขภาพกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความ เหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับต่ำมาก ($r = -0.16, p = 0.029$) ส่วน ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายในระดับต่ำมาก ($r = -0.16, p = 0.031$) ปัจจัยภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบ กับปัจจัยความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับต่ำมาก ($r = -0.15, p = 0.032$) อีกทั้งการสนับสนุน ทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยภาวะทางสุขภาพกายและความเข้มแข็งในการมองโลกใน ระดับต่ำมาก ($r = 0.16, p = 0.023$ และ $r = 0.18, p = 0.014$ ตามลำดับ) ส่วนพบว่า ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ปัจจัยภาวะในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับกลาง ($r = 0.60, p < 0.001$) และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับต่ำ ($r = -0.34, p < 0.001$) และสุดท้ายปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมนี้ยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัจจัยภาวะในการดูแลในระดับต่ำ ($r = -0.36, p < 0.001$) ส่วนปัจจัยความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล กับภาวะทางสุขภาพกาย ไม่มีความสัมพันธ์

10. จากการศึกษาความสามารถ ในการทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ชนิดมะเร็งต่อม้าน้ำเหลือง ($p = 0.002$) การรักษาแบบประคับประคอง ($p = 0.005$) ชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วย ($p < 0.001$) ภาวะทางสุขภาพกาย ($p = 0.034$) ปัจจัยภาวะในการดูแล ($p < 0.001$) และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ($p = 0.012$) ทั้ง 6 ตัวแปรสามารถทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 45.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นชนิดมะเร็งต่อม้าน้ำเหลืองมีความสามารถในการทำนายดีที่สุด ส่วนปัจจัยความเข้มแข็งในการมองโลก ไม่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีส่วนร่วมในการทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่า ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.1 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 (SD = 1.09) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jensen & Given (1991)⁽⁹⁾ ที่ว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยิ่งคะแนนสูงความเหนื่อยล้าก็มากยิ่งขึ้น และผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปในทางทิศเดียวกับ จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ (2559)⁽⁴³⁾ ที่พบว่าความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และสามารถส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าจนกระทั่งรบกวนชีวิตประจำวันในที่สุด และความเหนื่อยล้านี้อาจเกิดได้จากการที่ญาติผู้ดูแลต้องรับรู้เกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้รับการคาดหวังจากบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรืออาจเกิดได้จากตัวของญาติผู้ดูแลเองที่ไม่สามารถจะจัดการปัญหาต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลได้ (Groo et al., 2005)⁽⁸²⁾ อีกทั้งการทำงานดูแลเพื่อตอบสนองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อาจมีผลทำให้ญาติผู้ดูแลบางครั้งจะเลยกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ และอาจเป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้งซึ่งกันและกันได้

การที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่ามีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง เนื่องจากญาติผู้ดูแลมักจะเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ถึงแม้การดูแลอาจจะต้องเป็นการเพิ่มภาระหน้าที่ ต้องสูญเสียเวลาในการใช้ชีวิตประจำวัน รวมไปถึงต้องเผชิญกับสภาวะอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วยเองก็ตาม แต่ญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่ความสัมพันธ์ผูกพันกันดีก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินการดูแลดังกล่าวว่าไม่ได้เป็นการคุกคามชีวิตของตนเอง ไม่ได้รู้สึกเครียดหรือกดดันในงานที่ต้องทำ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นในครอบครัวในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร รวมไปถึงด้านทรัพยากรและวัตถุ ก็สามารถทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ไม่เหนื่อยล้ามากนัก รวมไปถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์ก็สามารถช่วยให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น และจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 78.4 โดยสูงสุดมีจำนวนผู้ช่วยเหลือจำนวน 1 คน คิดเป็น

ร้อยละ 47.4 รองลงมาคือมีจำนวนผู้ช่วยเหลือจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 20.1 สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแทนญาติผู้ดูแลหลักได้ในแต่ละลักษณะงานที่ต้องดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาว่างจากการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามที่ตนเองต้องการ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมประจำวันได้ ญาติผู้ดูแลจึงไม่ต้องทำงานในการดูแลเป็นพิเศษเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความเหนื่อยล้าน้อยลง

อีกทั้งในการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่า ระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลในครอบครัวดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีตั้งแต่ 2 เดือนไปจนถึง 76 เดือน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15 เดือน และมีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งสามารถนำมาอธิบายความเหนื่อยล้านี้ได้ว่า เมื่อญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถยอมรับในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ เกิดความชำนาญในการดูแลสามารถจัดการภารกิจต่าง ๆ เข้ากับชีวิตประจำวันได้ อีกทั้งมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลางได้

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบไปด้วย ชนิดมะเร็งของผู้ป่วยซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยชนิดมะเร็งที่แตกต่างกันของผู้ป่วยส่งผลให้มีการดูแลหรือลักษณะงานที่ต้องดูแลแตกต่างกันออกไป เนื่องจากตำแหน่งการเกิดโรคมะเร็งจะส่งผลถึงความแตกต่างกันของอาการที่แสดงออก รวมไปถึงปริมาณความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า มะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าสูงสุด เนื่องจากต่อมน้ำเหลืองสามารถพบได้ทั่วร่างกาย หากเกิดเป็นมะเร็งแล้วมักจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบภายในหลายอย่างเช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติงานหรือมีลักษณะงานที่ช่วยดูแลผู้ป่วยที่ต่างแตกต่างกันออกไป สิ่งเหล่านี้หากมีปริมาณที่มากเกินไปก็ยิ่งเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ในที่สุด

สำหรับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งหมายถึงแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นมักจะมีผลข้างเคียงต่อการรักษาที่ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องรับมือหรือจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น เพราะการรักษาที่แตกต่างกันย่อมมีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็น การเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่าย อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร รวมไปถึงเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ย่อมมีผลต่อตัวผู้ดูแลโดยตรง และหากญาติผู้ดูแลไม่

สามารถรับได้ อาจทำให้รู้สึกท้อแท้จนนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าเนื่องจาก จำนวนชั่วโมงที่มากเกินไปมีผลต่อการนอนหลับพักผ่อน รวมไปถึงรบกวนการทำกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ ของญาติผู้ดูแลได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบอีกว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานอาจทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้า เพราะฉะนั้นแล้วจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยที่มากเกินไปหรือจำนวนชั่วโมงที่ไม่มีความเหมาะสมย่อมนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายได้สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539)⁽⁸⁰⁾ ที่พบว่าจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อีกทั้งจากการศึกษาของนภาพรณ์ แก้วกรรม (2533)⁽⁸³⁾ พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีจำนวนชั่วโมงในการทำงานมากเกินไปทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และนำไปสู่การเกิดความเหนื่อยล้าที่มากขึ้นได้ในที่สุด ลักษณะงานที่ช่วยดูแลผู้ป่วย โดยลักษณะงานด้านการพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้ามากที่สุด เพราะความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองผู้ป่วย อีกทั้งงานด้านการพยาบาลยังเป็นงานที่ใหม่สำหรับญาติผู้ป่วยบางคน ต้องเรียนรู้ในสิ่งที่ไม่เคยเรียนรู้มาก่อน การปรับตัวเช่นนี้ก็อาจมีผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oberst (1989)⁽⁶⁴⁾ ที่ประเมินสถานการณ์การดูแลของญาติผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายแสง พบว่าการจัดการหรือพยาบาลอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยนั้นมีผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้มากที่สุด และผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Desrosier et al., (1992)⁽⁸⁴⁾ ที่พบว่าญาติผู้ดูแลต้องการผู้สนับสนุนหรือผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาว่างจากการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว ได้ปฏิบัติกิจกรรมตามที่ตนเองต้องการ และมีแนวโน้มว่าอาการความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจะลดลงได้ ในทางกลับกันหากญาติผู้ดูแลไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยก็มีแนวโน้มว่าจะเกิดความเหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนานหากไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยแล้วความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นนี้อาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลลดลงได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม โดยญาติผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีการรับรู้ถึงภาวะทางสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ถึงภาวะทางสุขภาพเท่ากับ 76.85 คะแนน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า เนื่องจากผู้ป่วยหลายรายยังสามารถดูแลตัวเองได้ และอาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการเข้ามารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลหลักยังไม่ยาวนานพอที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Gaynor (1989)⁽⁸⁵⁾ ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลายาวนานมักจะมีปัญหาสุขภาพเนื่องจากร่างกายสูญเสียพลังงานในการดูแลมากนั่นเอง

ปัจจัยความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในการมองโลกเท่ากับ 39.85 คะแนน หมายถึงมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tang and Li (2008)⁽⁸⁶⁾ ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลาง ซึ่งอาจหมายความว่า ญาติผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสามารถในการรับรู้ถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ยินดีที่จะทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยมะเร็ง สามารถเผชิญต่อความผันผวนหรือเผชิญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งสามารถจัดการและควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าได้ด้วยตนเองจนสำเร็จลุล่วงไปได้ อีกทั้งผลการศึกษายังเป็นไปในทางเดียวกับ จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ (2559)⁽⁴³⁾ ที่พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเหนื่อยล้า ($r = 0.6$) โดยคะแนนปัจจัยภาวะในการดูแลของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยในการประเมินภาวะในการดูแลเท่ากับ 28.91 คะแนน หมายถึงมีการะในการดูแลน้อยถึงปานกลาง เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ประเมินว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องรับผิดชอบอย่างมาก ทำให้ญาติผู้ดูแลกลัวอนาคตที่เนื่องมาจากความเสื่อมถอยของผู้ป่วย อีกทั้งญาติผู้ดูแลยังคิดว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือการให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหมายความว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีและเข้าใจต่อลักษณะงานที่ต้องดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Mowat & Laschinger (1994)⁽⁸⁷⁾ ที่พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้ดี รวมไปถึงมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยที่ดีหรือไม่ได้รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นก่อให้เกิดเป็นความเครียดหรือภาวะในการดูแล ประกอบกับปัจจัยสถานการณ์ อื่น ๆ ก็จะช่วยให้ความรู้สึกเป็นภาวะนั้นลดลงได้ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรและคู่สมรสของผู้ป่วย จึงมีความรักและความผูกพันกันสูง ทำให้รับบทบาทและภาวะในการดูแลนั้นด้วยความเต็มใจ และด้วยความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้เองจึงส่งผลให้เห็นถึงความสำคัญและตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า โดยญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 59.13 คะแนน หมายถึงการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ซึ่งหมายความว่าญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากสังคมใน

ด้านต่าง ๆ ตามความประสงค์ของญาติผู้ดูแล ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าลดลงได้ รู้สึกมั่นคงกับสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้น สามารถเผชิญกับปัญหาและรู้สึกถึงการได้รับการสนับสนุนจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Pearce et al. (2006)⁽⁸⁸⁾ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต รวมไปถึงมีอิทธิพลกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539)⁽⁸⁰⁾ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการศึกษาของจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ (2559)⁽⁴³⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อความเหนื่อยล้าและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรู้สึกว่ามีผู้คอยช่วยเหลือ ช่วยป้องกันไม่ให้ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และสามารถช่วยให้แก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

ปัจจัยชนิดมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การรักษาแบบประคับประคอง ชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะทางสุขภาพกาย ปัจจัยภาวะในการดูแล และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 6 ตัวแปรสามารถทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 45.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นชนิดมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีความสามารถในการทำนายดีที่สุด ผลการศึกษาพบว่า หากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของญาติผู้ดูแลมีชนิดมะเร็งเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีคะแนนความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นที่ไม่ว่าจะเป็นอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร รวมไปถึงเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ย่อมมีผลต่อตัวผู้ดูแลโดยตรงและหากเกิดต่อเนื่องก็จะนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ในที่สุด ปัจจัยภาวะในการดูแลรวมไปถึงปัจจัยชั่วโมงในการดูแลล้วนมีความสามารถในการทำนายความเหนื่อยล้าได้ เนื่องจากญาติผู้ดูแลแต่ละคนมีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานจนทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อีกทั้งจำนวนชั่วโมงที่มากเกินไปหรือไม่มีความเหมาะสมย่อมนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย รวมไปถึงญาติผู้ดูแลแต่ละคนมีสิ่งที่จะต้องรับผิดชอบที่แตกต่างกันไป การมากขึ้นของภาระย่อมส่งผลต่อความเหนื่อยล้าและความเครียดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Teel & Press (1999)⁽⁸⁹⁾ ที่พบว่า ภาระการดูแลรวมไปถึงความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยนั้น ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องสูญเสียพลังงานเป็นอย่างมากในการดูแล เป็น การรับรู้หรือรู้สึกต่อบทบาทหน้าที่ หรือความยากลำบากในการดูแลที่ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้านต่าง ๆ หากมีการจัดการที่ไม่เหมาะสมจะสามารถเกิดเป็นความเหนื่อยล้าได้ (Montgomery et al., 1985)⁽⁶²⁾ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า หากภาวะในการดูแลมากก็มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ความเหนื่อยล้ามากขึ้นตามเช่นกัน ซึ่งผลการศึกษานี้เป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของอุษณีย์ เหมแหวน (2551)⁽¹⁰⁾ และ

จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ (2559)⁽⁴³⁾ ที่พบว่า ปัจจัยภาวะในการดูแลความสัมพันธ์และสามารถทำนายความเหนื่อยล้ารวมไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยแผนการรักษาแบบประคับประคองยังคงเป็นอีกปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลได้ เนื่องจากการดูแลดังกล่าวมักจะใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและเน้นการดูแลแบบองค์รวมหลากหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมไปถึงจิตวิญญาณ เป็นดูแลในระยะยาวและต่อเนื่อง ถ้าร่างกายหรืออวัยวะของญาติผู้ดูแลเจ็บป่วยก็จะทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายเกิดความเหนื่อยล้าได้ อีกทั้งญาติผู้ดูแลส่วนใหม่มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบมาก ทุ่มเทร่างกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยจนบางครั้งทำให้ละเลยสุขภาพของตนเองส่งผลให้มีสภาพร่างกายที่ทรุดโทรม ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อต่าง ๆ ก็มีแนวโน้มว่าจะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้นเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยภาวะทางสุขภาพกาย พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีความเจ็บป่วยร่วมด้วย ก็มักจะมี ความเหนื่อยล้ามากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี อาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลได้รับพลังงานไม่เพียงพอจนอาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ในที่สุด (Jensen et al., 1991)⁽⁹⁾ การศึกษาค้นคว้ายังสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539)⁽⁸⁰⁾ จันท์เพ็ญ แซ่หุุ่น (2536)⁽⁷⁹⁾ และ อุษณีย์ เหมแหวน (2551)⁽¹⁰⁾ เนื่องจากภาวะทางสุขภาพกายสามารถสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลสุขภาพของญาติผู้ดูแลในการใส่ใจดูแลตนเอง ถ้าร่างกายหรืออวัยวะของญาติผู้ดูแลเจ็บป่วยก็จะทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายเกิดความเหนื่อยล้าได้ อีกทั้งญาติผู้ดูแลส่วนใหม่มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบมาก ทุ่มเทร่างกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วย และอาจต้องดูแลรับผิดชอบสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวร่วมด้วยจนบางครั้งทำให้ละเลยสุขภาพของตนเองส่งผลให้มีสภาพร่างกายที่ทรุดโทรม ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อต่าง ๆ และหากญาติผู้ดูแลประเมินแล้วว่าตนเองมีความสามารถทางสุขภาพกายน้อย ก็มีแนวโน้มว่าจะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้นเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยสุดท้ายที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าได้คือ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนตามความต้องการไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ที่ในบางครอบครัวได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว เมื่อญาติผู้ดูแลไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์ หรือจะเป็นด้านข้อมูลข่าวสารที่มีผลต่องานที่ดูแลผู้ป่วยเช่น การได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง การพยากรณ์การดำเนินโรค แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ผลข้างเคียงจากการรักษา รวมถึงการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรและวัตถุที่มีความจำเป็นตามความเหมาะสมแล้วก็จะสามารถช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึเหนื่อยล้า

ลดลงได้ สามารถทำงานดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีเดียวกันหากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม อาการความเหนื่อยล้าดังกล่าวนี้ก็จะสามารถเกิดขึ้นได้ และอาจเป็นเหตุให้เกิดความท้อแท้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในครอบครัว (Tang, 2008)⁽⁸⁶⁾ อีกทั้งบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะมีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยล้าต่ำกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Piper et al., 1993)⁽²⁴⁾ ในการศึกษาครั้งนี้มีแนวโน้มว่าหากความสนับสนุนทางสังคมน้อยลง ก็เกิดแนวโน้มที่จะส่งผลให้ความเหนื่อยล้าเกิดมากยิ่งขึ้นในญาติผู้ดูแลเอง ทั้งนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ จันทรเพ็ญ แสงห่วน (2536)⁽⁷⁹⁾ และ จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์ (2559)⁽⁴³⁾ ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความเหนื่อยล้ารวมไปถึงคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้แก่ ชนิดมะเร็งของผู้ป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย ลักษณะงานที่ช่วยดูแลผู้ป่วย ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ภาวะทางสุขภาพกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้แก่ ปัจจัยชนิดมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การรักษาแบบประคับประคอง ชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วย ภาวะทางสุขภาพกาย ปัจจัยภาวะในการดูแล และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การลดลงของชั่วโมงที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน การลดลงของภาวะในการดูแล การเพิ่มขึ้นของการรับรู้ภาวะทางสุขภาพกายของญาติผู้ดูแลรวมไปถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ต่างมีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยน้อยลง โดยสรุปอาการความเหนื่อยล้าในแต่ละบุคคลนั้นมีระดับที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้นและประสบการณ์ส่วนบุคคล ดังนั้นแล้วหากมีการควบคุมดูแลปัจจัยเหล่านี้ให้เหมาะสมก็จะสามารถลดอาการไม่สุขสบายหรือความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลได้ในที่สุด

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ทำให้เกิดข้อจำกัดอ้างอิงถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อื่น
2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เก็บข้อมูลช่วงเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน 2563 ซึ่งหากมีการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่แตกต่างกันอาจจะได้ผลการวิจัยที่แตกต่างออกไป
3. อาจมีตัวแปรอื่น ๆ หรือกิจกรรมการดูแลอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม ซึ่งผลการศึกษาที่ได้อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์และการอธิบายความเหนื่อยล้าที่แตกต่างกันออกไปจากการศึกษาในครั้งนี้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยภาวะทางสุขภาพกาย ปัจจัยภาวะในการดูแล และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าและสามารถพยากรณ์ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นควรมีการนำข้อค้นพบนี้มาเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผน และหาวิธีช่วยเหลือญาติผู้ดูแลจัดการกับความเหนื่อยล้า ยกตัวอย่างเช่น ในกรณีที่พบเห็นญาติผู้ดูแลที่ให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยมากเกินไป 8 ชั่วโมงเป็นต้นไป ควรให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลสุขภาพของญาติผู้ดูแลเอง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการดูแลดังกล่าวนี้จะต้องไม่รบกวนกับเวลาส่วนตัวของญาติผู้ดูแลจนเกินไป อีกทั้งต้องชี้ให้เห็นว่าการหาผู้ช่วยเหลือเพิ่มเติมเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเหนื่อยล้าจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ซึ่งข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดนี้ก็จะประโยชน์ทั้งต่อญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยและผู้ป่วยร่วมด้วย
2. บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลร่วมด้วย ทั้งที่เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ชนิดของมะเร็งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนการจัดการหรือทักษะที่ต้องใช้ในการพยาบาลดูแลที่จำเป็น ซึ่งหากญาติผู้ดูแลสามารถเข้าใจสามารถเข้าใจในลักษณะงานที่จะเกิดขึ้น สามารถปรับตัวและฝึกฝนได้ดี ก็จะมีผลกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลเอง การให้การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้และเข้าใจ ส่งผลให้ความเหนื่อยล้าลดลงได้

3. การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันล้วนมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล เพราะการรักษาที่แตกต่างกันย่อมมีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่าย อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร รวมไปถึงเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ย่อมมีผลต่อตัวผู้ดูแลโดยตรง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรมีการประเมิน วางแผนการรักษา และให้ความรู้เพื่อเตรียมพร้อมญาติผู้ดูแลในการรับมือและจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่กำลังจะเกิดเป็นความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

4. ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยภาระในการดูแลสามารถทำนายความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลได้ เนื่องจากญาติผู้ดูแลแต่ละคนจะมีสิ่งที่จะต้องรับผิดชอบที่แตกต่างกันไป ภาระในการดูแลผู้ป่วยซึ่งได้แก่ ดูแลสังเกตอาการ ดูแลการพยาบาล ดูแลค่าใช้จ่าย ดูแลด้านจิตใจ ย่อมส่งผลต่อความเหนื่อยล้าและความเครียดได้ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องควรประเมินความสามารถในการจัดการกับภาระของญาติผู้ดูแล ให้ข้อมูลความรู้และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการภาระด้านการดูแลคนไข้ได้อย่างเหมาะสม

5. ชนิดมะเร็งของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากตำแหน่งการเกิดโรคมะเร็งจะส่งผลถึงความแตกต่างกันของอาการที่แสดงออกรวมถึงปริมาณความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติงานหรือมีลักษณะงานที่ช่วยดูแลผู้ป่วยที่ต่างแตกต่างกันออกไป สิ่งเหล่านี้หากมีปริมาณที่มากเกินไปก็ยิ่งเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ในที่สุด สิ่งสำคัญที่จะสามารถช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้คือการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจถึงการดำเนินของโรคที่เกิดขึ้น ให้การช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือนี้จะทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้ง มีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นต่อไปและจะสามารถลดความเหนื่อยล้าได้ในที่สุด

6. ในด้านการวิจัยทางการแพทย์อาจนำผลการศึกษาไปพัฒนาเป็นโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยที่หลากหลายด้าน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวมีความเหนื่อยล้าที่ลดลง

7. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม เพื่อวัดความต้องการของญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อวางแผนการดูแล และตอบสนองความต้องการได้อย่างครบถ้วน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่แตกต่างกันไปตามชนิดมะเร็งของผู้ป่วย หรือตามการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เป็นต้น เนื่องจากการดำเนินของโรคมะเร็งแต่ละตำแหน่งมีความต้องการในการดูแลจากญาติที่ต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ โดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นจุดแข็งของญาติผู้ดูแลที่มีผลต่อความเหนียวแน่นของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำนายผลลัพธ์ของการดูแลได้มากกว่าปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย

3. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพลวัตรของครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมไปถึงถึงบุคลิกภาพต่าง ๆ ร่วมด้วย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อนำข้อมูลที่มาวิเคราะห์ในเชิงลึก

บรรณานุกรม

1. American Cancer Society. Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition 2015 [Available from: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/global.html>.
2. กระทรวงสาธารณสุข ส. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2561 Public health statistics A.D. 2018 2561 [Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf.
3. กรุงเทพธุรกิจ. 'มะเร็ง' สาเหตุคนไทยตายอันดับ 1 2562 [Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/838695>.
4. กรมการแพทย์ ส. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2556) 2556 [Available from: <http://www.nci.go.th/th/Today/index.html>.
5. ปานจิตร โชคพิชิต. การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
6. Mulsolf JM. Easing the impact of the family caregiver's role. Rehabilitation Nursing. 1991;16:82-4.
7. ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาระในการดูแลผู้ป่วยและความผาสุกในครอบครัวของคู่สมรสของผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
8. Campling F, Sharpe M. Chronic fatigue syndrome (CFS/ME) The facts. Oxford University Press. 2000;51(2):144.
9. Jensen S, Given BA. Fatigue affecting Family caregivers of Cancer Patients. Cancer Nursing. 1991;14:181-7.
10. อุษณีย์ แหมแหวน. ความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
11. Shaver J.F. Managing sleep and walking behaviors and the symptom of fatigue. Handbook of nursing research. Thousand Oaks London: International Educational and Professional Publisher; 2000. p. 435 - 56.
12. Dictionary WsNRU. A Social support measure: PRQ 85. Nursing Research. New York: Riverside Publishing Company; 1994. p. 273-7.
13. Varrichio CG. Selecting a tool for measuring fatigue. Oncology Nursing Forum. 1985;12:122-7.

14. Piper BF. The Revised Piper Fatigue Scale: Psychometric in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1998;25(4):677-84.
15. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*. 1981;4(4):381-406.
16. Staub F, Bogouslavsky J. Fatigue after stroke: a major but neglected issue. *Cerebrovascular Diseases*. 2001;12(2):75-81.
17. Mota DD, & Pimenta, C. A. Self-report instruments for fatigue assessment: a systematic review. *Res Theory Nurs Pract*. 2006;20(1):49-78.
18. Skulla KAaL, C. Patient education for fatigue. *Oncology Nursing Forum* 1992;19(10):1537-41.
19. ศิริพร ขัมภลิขิต, สุภาพ ชีระประทีป, ชีรนุช ห้านิรัตติชัย. คู่มือการวินิจฉัยการพยาบาล Manual of Nursing Diagnosis. 6, editor. กรุงเทพมหานคร: บุคเน็ท จำกัด; 2542.
20. Jacobs L, Piper B. The phenomenon of fatigue and the cancer patient. *Cancer nursing: a comprehensive textbook*. Philadelphia: WB Saunders; 1996.
21. Giacobbe P. Post-Stroke Fatigue: Refining the Concept 2010 [Available from: <https://books.google.co.th/books?id=iUk5MwECAAJ>].
22. Swain MG. Fatigue in chronic disease. *Clin Sci (Lond)*. 2000;99(1):1-8.
23. Chaudhuri A, Behan PO. Fatigue in neurological disorders. *The Lancet Journal* [Internet]. 2004; 363(9413):[978-88 pp.]. Available from: [https://www.the-lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)15794-2/fulltext](https://www.the-lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)15794-2/fulltext).
24. Piper BF. Fatigue. In: Lindsey AM, West GM, editors. *Pathophysiological phenomena in nursing*. Philadelphia: W.B.Saunders; 1993.
25. Pugh LC, Milligan R. A framework for the study of childbearing fatigue. *Advance Nursing Science*. 1993;15(4):60-70.
26. วาทีนี ศรีไทย. ผลของการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดแผนไทยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
27. Aistars J. Fatigue in the cancer patients : A concept approach to clinical problem. *Oncology Nursing forum*. 1987;14(6):25-30.
28. Winningham M. L. Fatigue. *Cancer symptom management*. London: Jones and Bartlett; 1996.

29. Milligan RA, Parks PL, Kitzman H, Lenz ER. Measuring women's fatigue during the postpartum period. *Journal of Nursing Measurement*. 1997;5(1):3-16.
30. Cameron JI, Franche RL, Cheung AM, Stewart DE. Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer Control*. 2002;94(2):521-7.
31. Palos GR, Mendoza TR, Liao KP, Anderson KO, Garcia-Gonzalez A, Hahn K. Caregiver symptom burden: The risk of caring for an underserved patient with advanced cancer. *Cancer*. 2011;117(5):1070-9.
32. สายพิน หัตถ์รัตน, มนตรีธม จินดา, ดาริน จตุรภัทรพร, เบญจมา มานะทวีวัฒน์, ปณิธิ พูนเพชรรัตน์. คู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัว. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2553.
33. อวยพร สวัสดิ์. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
34. นงลักษณ์ กลิ่นพุดตาล. ปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.; 2557.
35. อาลี แซ่เจียว. ผลของการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบต่อความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอด. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
36. เพียงใจ ดาโลปการ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
37. Hileman JW, Lackey NR, Hassanein RS. Identifying the need of home caregivers of patient with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1992;19(5):771-7.
38. Sherman DW, McGuire DB, Free D, Cheon JY. A Pilot Study of the Experience of Family Caregivers of Patients With Advanced Pancreatic Cancer Using a Mixed Methods Approach. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;48(3):385-99.
39. Weinland JA. The lived experience of informal African American male caregivers. *American Journal of Men's Health*. 2009;3(1):16-24.
40. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาชิตีพยาบาลสาร* 2539;2(1):84-94.
41. ศรีนยา ฉันทะปรีดา. ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
42. Parker G. Counting care: Numbers and types of carers. In: (Ed.) IJET, editor. *Carers: Research and Practice*. London: HMSO; 1992.

43. จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
44. Horowitz A. Family caregiving to the frail elderly Annual Review Gerontology Geriatrics. New York: Springer Publishing; 1985.
45. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. . กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
46. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; การสังเคราะห์องค์ความรู้. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547.
47. วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. Rama Nurs J. 2557;20(1):10-22.
48. Weitzner MA, McMillan SC, Jacobsen PB. Family Caregiver Quality of Life: Differences Between Curative and Palliative Cancer Treatment Settings. Journal of Pain and Symptom Management. 1999;17(6):418-28.
49. ชูชื่น ชิวพูนผล. อิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
50. วิภา วิเสโส. การให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต เมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2545.
51. Buckley J. Palliative Care: An Integrated Approach. UK: Wiley-Blackwell; 2008.
52. อุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน. วารสารเกื้อการุณย์. 2547;11(2):47-52. CHULALONGKORN UNIVERSITY
53. สันต์ หัตถิรัตน์. การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2552.
54. Bennett MI. Diagnosing neuropathic pain in clinical practice Neuropathic pain. Oxford: Oxford University Press; 2006.
55. อภิรดี ลดาวรรษ์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียว, นธณี วิรุฬห์พานิช. การสำรวจอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
56. โรงพยาบาลจุฬารณณ์. ข้อมูลโรงพยาบาล 2017 [Available from: https://www.chulabhornhospital.com/Detail_Page/ข้อมูลโรงพยาบาล].
57. พันธรัตน์ พูลละเอียด. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2550.

58. สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, พรรณวดี พุชวัฒน์. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. วารสารพยาบาล 2532;28(23):169-90.
59. Antonovsky A. Unraveling The Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
60. อรุทัย โฉมเฉิด. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอต่อคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
61. นิตญา ฤทธิเพชร, ชนกวพร จิตปัญญา, จรรยา ฉิมหลวง. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2556;5(1):16-34.
62. Montgomery R, Stull D, Borgatta E. Measurement and the analysis of burden. Research on Aging. 1985;71(1):137-52.
63. Zarit S.H., Reever K.E., Bach-Peterson J. Subjective Burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. The Gerontological Nursing. 1986;2(6):245-9.
64. Oberst MT. Caregiving demands and appraisal of stress among persons receiving radiotherapy. Cancer Nursing. 1989;12(4):209-15.
65. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scale. Psychological Medicine 1985;15(2):383-93.
66. สาธิตา แรกค่านวน. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และภาระการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
67. นภาพรณัฏ์ พึ่งเกศสุนทร. ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
68. อรวรรณ แผนคง. ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
69. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976;38:300-14.
70. House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and Processes of Social Support. Annual Review of Sociology. 1988;14:293-318.

71. Brandt PA, Weinert C. PRQ: A social support measure. *Nursing Research*. 1985;30:277-80.
72. พลอยไฉไล ไกรนรา. การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนภาคใต้. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2548.
73. Thoits PA. Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1982;23:145 - 59.
74. Hogan BE, Linden W, B. N. Social support interventions: do they work? *Clin Psychol Rev*. 2002;22:383-442.
75. จริยาวัตร คมพยัคฆ์. แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2531;6:96-105.
76. ยศยง จันทรวงศา. การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมและความผูกพันในงาน กรณีศึกษาพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบนสายการบินแห่งหนึ่ง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
77. Lueboonthavatchai P, Lueboonthavatchai O. Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *J Med Assoc Thai*. 2006;89:13-9.
78. Gaston-Johansson F, Lachica EM, Fall-Dickson JM, Kennedy MJ. Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*. 2004;31(6):1161-9.
79. จันทร์เพ็ญ แซ่หุ่่น. ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล*; 2536.
80. กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2539.
81. นารา กุลวรรณวิจิตร. อัตราความชุกของการเกิดความอ่อนล้าขณะขับรถและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพนักงานขับรถโดยสารประจำทางในเส้นทางภาคเหนือ ภาคกลาง และภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ในสถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ (จตุจักร). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

82. Grov EK, Dahl, A. A., Moum, T., & Fosså, S. D. . Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals Of Oncology: Official Journal Of The European Society For Medical Oncology / ESMO*. 2005;16(7):1185-91.
83. นภาพรณ แก้วภรณ์. ผลของการגיעใจต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.
84. Desrosier MB, Catanzaro, M., & Piller, J. Living with chronic illness: Social support and the well spouse perspective. *Rehabilitation Nursing*. 1992;17:87-91.
85. Gaynor S. When the caregiver becomes the patient. *Geriatric Nursing*. 1989;10:121-3.
86. Tang ST, & Li, C. Y. The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *J Psychosom Res*. 2008;64(2):195-203.
87. Mowat J. L, H. K. Self-efficacy in caregivers of cognitively impaired elderly people: A concept analysis. *Advanced Nursing*. 1994;19:1105-13.
88. Pearce MJ, Singer, J. L., & Prigerson, H. G. Religious coping among caregivers of terminally ill cancer patients: main effects and psychosocial mediators. *J Health Psychol*. 2006;11(5):743-59.
89. Teel SC, & Press, N. A. Fatigue among elders in caregiving and noncaregiving roles. *Western journal of Nursing Research*. 1999;21(4):498-520.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



COA No. 530/2020

IRB No. 247/63

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

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ	: ความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
เลขที่โครงการวิจัย	: -
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาวชลดา แสงนาค
สังกัดหน่วยงาน	: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิธีทบทวน	: แบบเร่งด่วน
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย Version 2 Date 13 April 2020
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1 Date 13 March 2020
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1 Date 13 March 2020
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2 Date 13 April 2020
5. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย Version 1 Date 13 March 2020
6. งบประมาณ

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)




ใบอนุญาตโครงการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

ชื่อโครงการ (ไทย)	ความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย
(English)	Fatigue and related factors in family caregivers of terminal cancer patients
รหัสโครงการวิจัย	015/2563
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวชลดา แสงนาค
สังกัด	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์
การรับรอง	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ได้พิจารณาและมีมติ อนุมัติให้กับโครงการวิจัยนี้
วันที่อนุมัติ	1 พฤษภาคม 2563
ระยะเวลาที่อนุมัติ	1 ปี 6 เดือน
วันที่หมดอายุ	1 พฤศจิกายน 2564


(ลงนาม) Bunthong

(ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ชัยเวช นุชประยูร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์



ภาคผนวก ข
เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 1/7

ชื่อโครงการวิจัย ความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวชลดา แสงนาค
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 099-265-4545

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298


เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคมะเร็งเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับต้น ๆ ของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย โดยพบว่าผู้ป่วยรายใหม่วันละ 336 คน หรือ 122,757 คนต่อปี โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาและดูแล แต่เมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย รักษาไม่หาย ผู้ป่วยมักเกิดอุปสรรคในการดูแลตนเอง มีการต้องการความช่วยเหลือและการดูแลจากญาติมากขึ้น เนื่องจากการขาดพลังงานในการดำเนินชีวิต เริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมเพื่อมาช่วยสนับสนุนการดูแลตนเอง

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 2/7

ญาติผู้ดูแลที่เข้ามาช่วยจัดการในเรื่องต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลายคนต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ซึ่งอาจทำให้ญาติผู้ดูแลสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมหรือการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ หลายครั้งที่ญาติผู้ดูแลต้องมารับบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากที่เคยทำมาก่อน ต้องเรียนรู้กับประสบการณ์ใหม่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจของญาติผู้ดูแล

ความเหนื่อยล้า เป็นอาการที่พบได้บ่อยในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นความรู้สึกของบุคคลว่ารู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สบาย สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในคนที่มีความเจ็บป่วยและในคนที่มีความสุขที่ดี รู้สึกขาดพลังงานหรือรู้สึกหมดแรง โดยความเหนื่อยล้าอาจมีสาเหตุได้ทั้งจากทางด้านร่างกาย เช่น สุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงหรือทางด้านจิตใจ เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก อีกทั้งความเหนื่อยล้าอาจเกิดขึ้นได้จากปัจจัยทางสังคมอื่น ๆ ได้อีก เช่น ภาระในการดูแล หรือการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ สุขภาพร่างกาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม เหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำศาสตร์ถึงความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการศึกษานี้จะช่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและวางแผนให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ อีกทั้งเพื่อหาวิธีลดความเหนื่อยล้าและส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการนี้เป็นการศึกษาความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้คือ


1. เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 194 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. หลังจากที่ท่านได้รับทราบรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน เพื่อให้ท่านตอบแบบสอบถามในการวิจัยทั้งหมด 6 ส่วน

2. ให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามมี 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 19 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า จำนวน 22 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะทางสุขภาพกาย จำนวน 1 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก จำนวน 13 ข้อ,

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 3/7

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะในการดูแล จำนวน 22 ข้อ และส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ

3. ในกรณีที่ท่านมองเห็นไม่ชัดเจนผู้วิจัยจะเป็นผู้ซักถามท่านด้วยตนเอง ทั้งนี้ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใด ๆ ที่ไม่ต้องการตอบก็ได้ โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 20 - 30 นาที

4. ในระหว่างตอบแบบสอบถามท่านและผู้วิจัยยังคงอยู่กับผู้ป่วย หากท่านต้องการบรรยากาศที่เงียบสงบ ผู้วิจัยจะหามสบังให้ท่านตอบแบบสอบถาม โดยมีผู้วิจัยหรือพยาบาล หรือญาติอีกคนอยู่กับผู้ป่วยโดยไม่ปล่อยผู้ป่วยไว้ตามลำพัง จากนั้นเมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยขอให้ท่านตอบแบบสอบถามแต่ละข้อด้วยความสัตย์จริง หรือเป็นข้อที่บ่งบอกถึงความรู้สึที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัยถือเป็นความเสี่ยงเพียงเล็กน้อยคือ อาจเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที หรืออาจเกิดความไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม แต่ไม่มีความเสี่ยงทางด้านร่างกาย

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน


ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไป หรือจะขอถอนตัวออกจากการวิจัย

การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่าย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 4/7

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะช่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะเหนื่อล่าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและวางแผนให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ อีกทั้งเพื่อลดความเหนื่อล่าและส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านรับฟังคำชี้แจงจากผู้วิจัยโดยละเอียดก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามแต่ละข้อด้วยความสัตย์จริง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้งจะได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวชลดา แสงนาค หรือโทร 099-265-4545 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมการวิจัย


การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่ามี)

ไม่มีประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยนี้

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 5/7

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ท่านรับประทานยาที่ไม่อนุญาตให้ใช้ในการศึกษา
- ท่านตั้งครุภระหว่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ท่านเกิดอาการข้างเคียง หรือความผิดปกติของผลทางห้องปฏิบัติการจากการได้รับยาที่ใช้ในการศึกษา
- ท่านแพ้ยาที่ใช้ในการศึกษา
- ท่านต้องการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาตัวที่ไม่ได้รับอนุญาตจากการวิจัยครั้งนี้

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน


จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวชลดา แสงนาค ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่าน จะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 6/7

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย


ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามที่ท่านพึงมี
ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-05/6.0
			หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
วันให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....
ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย
หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและ
โอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดย
ไม่เสียค่าใช้จ่าย


ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิก
การเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก
ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับ
อนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของ
ข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์
ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ
ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ
ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน
กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์
และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้าน
เภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-05/6.0
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



ภาคผนวก ค
แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่อง “ความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” ประกอบไปด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	19	ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า	จำนวน	22	ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะทางสุขภาพกาย	จำนวน	1	ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก	จำนวน	13	ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาระในการดูแล	จำนวน	22	ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	16	ข้อ

ผู้วิจัยจึงขอความอนุเคราะห์ท่านในการศึกษาอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียดจนเข้าใจก่อนลงมือทำ และตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงมากที่สุด แบบสอบถามทั้งหมดนี้ใช้เวลาในการตอบประมาณ 20 – 30 นาที โดยไม่ต้องเขียนชื่อ/นามสกุล ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ และจะถูกนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมในงานวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวชลดา แสงนาค

(ผู้วิจัย)

ส่วนที่ 1

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด หรือเติมคำในช่องว่างที่เกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย
 หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส โสด แยกกันอยู่
 สมรส หย่าร้าง
 หม้าย
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้เข้ารับการศึกษ อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 ประถมศึกษา ปริญญาตรีขึ้นไปหรือเทียบเท่า
 มัธยมศึกษา
5. อาชีพ ไม่ได้ทำงาน ค้าขาย
 รับราชการ รับจ้างทั่วไป
 พนักงานบริษัท อื่น ๆ ระบุ
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท
7. โรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว
 มีโรคประจำตัว ระบุ
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คู่สมรส
 บุตร
 บิดา - มารดา
 พี่ - น้อง
 ญาติ ระบุ

9. เพศของผู้ป่วยที่
ท่านดูแล ชาย
 หญิง
10. อายุของผู้ป่วยที่
ท่านดูแล ปี
11. ชนิดมะเร็งของ
ผู้ป่วยที่ท่านดูแล ระบุ
12. โรคร่วม
นอกเหนือจาก
โรคมะเร็งของผู้ป่วย
ที่ท่านดูแล ไม่มีโรคร่วม
 มีโรคร่วม ระบุ
13. อาการทางจิต
เวชของผู้ป่วย ไม่มีอาการทางจิตเวช
 มีอาการทางจิตเวช ระบุ
14. การรักษาที่
ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่
อดีตจนถึงปัจจุบัน
(ตอบได้มากกว่า 1
ข้อ) การผ่าตัด
 รังสีรักษา
 เคมีบำบัด
 ประคับประคองตามอาการ
 อื่น ๆ ระบุ
15. ระยะเวลาที่
ท่านดูแลผู้ป่วยตั้งแต่
ได้รับการวินิจฉัยว่า
เป็นโรคมะเร็ง ปี เดือน
16. จำนวนชั่วโมงที่ให้การ
ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย ชั่วโมงต่อวัน

17. ลักษณะงานที่
ท่านช่วยดูแลผู้ป่วย
(ตอบได้มากกว่า 1
ข้อ)

- การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ
 - () การรับประทานอาหาร
 - () การทำความสะอาดร่างกาย
 - () การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
 - () การสวมใส่เสื้อผ้า
 - () ดูแลการใช้ห้องน้ำ การปัสสาวะ หรือการขับถ่ายให้ปกติ
- เป็นผู้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเช่น อาการปวด อาการ
หอบเหนื่อย
- ดูแลการพยาบาลเช่น การกายภาพ การดูแลแผลต่าง ๆ หรือการดูแล
เรื่องยา
- ดูแลเรื่องการเดินทาง
- ดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ
- ดูแลด้านสังคม เช่น การพาผู้ป่วยไปพักผ่อน การช่วยให้ได้พบปะ
ครอบครัวญาติพี่น้อง
- ดูแลด้านจิตใจ เช่น การปลอบใจ การให้กำลังใจ
- อื่น ๆ ระบุ
- ไม่มีผู้ช่วยเหลือ
- มีผู้ช่วยเหลือ ระบุ คน
- ไม่มีภาระงานอื่น
- มีภาระงานอื่น ระบุ

18. จำนวนผู้ช่วย
เหลือท่านในการ
ดูแลผู้ป่วย

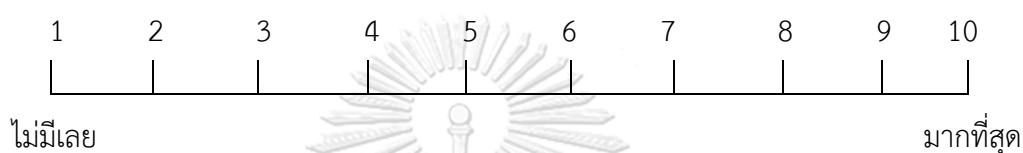
19. ภาระงานอื่นที่
นอกเหนือจาก
การดูแลผู้ป่วยของ
ท่าน

ส่วนที่ 2

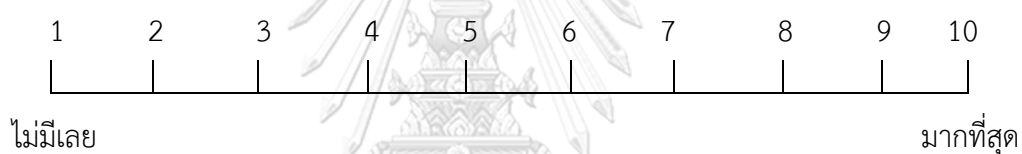
แบบสอบถามความเหนื่อยล้า

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีจำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของท่าน โดยจะอยู่ในช่วง 1-10 คะแนน บนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความด้านซ้ายมือซึ่งเป็นจุดเริ่มต้น และข้อความด้านขวามือซึ่งเป็นข้อความที่จุดสุดท้ายของเส้นตรง และทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านมากที่สุด

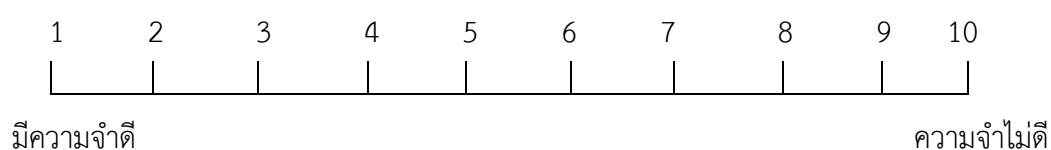
1. ท่านรู้สึกว่าการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทำให้ท่านมีความทุกข์ในระดับใด



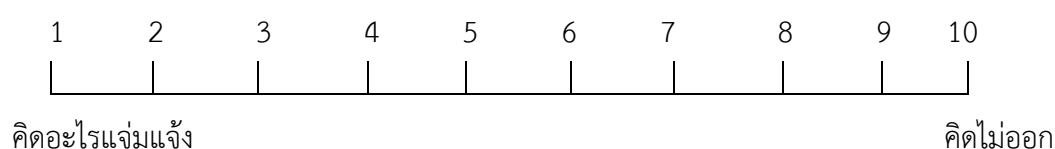
2. ท่านรู้สึกว่าการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีผลรบกวนการทำงานในระดับใด



21. ท่านรู้สึกว่าขณะนี้ท่านเป็นอย่างไร



22. ท่านรู้สึกว่าขณะนี้ท่านเป็นอย่างไร



ส่วนที่ 3

แบบสอบถามภาวะทางสุขภาพกาย

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นกรประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปตามความรู้สึกของท่าน โดยให้ความรู้สึกเป็นคะแนนบนเส้นตรง ตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน ให้ขีดเครื่องหมาย | ลงบนเส้นตรง ตรงจุดที่บอกถึงความรู้สึกของท่านจริง ๆ ไม่ว่าจะท่านจะขีดเครื่องหมายบนเส้นตรงที่ตำแหน่งใด ไม่มีถูกหรือผิด เพราะเป็นเพียงความรู้สึกของท่านที่มีต่อภาวะสุขภาพเท่านั้น ตำแหน่งที่ดีที่สุดมีเพียงตำแหน่งเดียวคือตำแหน่งที่ท่านขีดตรงกับความรู้สึกของท่านจริง ๆ

หลังจากที่ท่านอ่านข้อความนี้แล้วขอให้ท่านขีดเครื่องหมาย | ลงบนเส้นตรงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ใน 6 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านคิดว่าสุขภาพของท่านดีเพียงใด

0 ————— 100
 สุขภาพไม่ดีเลย สุขภาพดีมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 4

แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก

คำชี้แจง ข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ เป็นการมองชีวิตในแง่มุมต่าง ๆ แต่ละข้อคำถามจะมีตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดยตำแหน่ง 1 และ 5 จะมีข้อความที่บ่งบอกลักษณะตรงกันข้าม ส่วนตัวเลขตรงกลางจาก 2 ถึง 4 จะบ่งชี้ถึงความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของท่านในแต่ละคำถาม โปรดวงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ตัวอย่าง **คุณมีความพึงพอใจกับชีวิตในขณะนี้มากน้อยเพียงใด**

ไม่พอใจเลย 1 2 3 4 5 พึงพอใจมาก

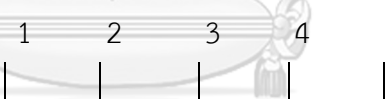


คำอธิบายในที่นี้ ผู้ตอบเลือกเลข 4 ซึ่งแสดงว่า ผู้ตอบรู้สึกพึงพอใจกับชีวิตในขณะนี้ค่อนข้างมาก แต่ยังมีบางส่วนของชีวิตที่เขายังไม่พอใจ

กรุณาวงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านไม่ได้ใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวท่าน

ไม่ผิดหวังเลย 1 2 3 4 5 ผิดหวังเสมอ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

13. บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้

มีบ่อยครั้งมาก 1 2 3 4 5 ไม่มีความรู้สึกเช่นนี้เลย



ส่วนที่ 5

แบบสอบถามภาระในการดูแล

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่ให้ท่านสำรวจความรู้สึกที่มีต่อการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ประจำ
1. ท่านรู้สึกว่าไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง					
2. ท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลเป็นความรับผิดชอบอย่างมาก					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
21. ท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ					
22. ท่านรู้สึกว่าภาระการดูแลส่งผลกระทบต่อความเป็นส่วนตัว					

ส่วนที่ 6

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วพิจารณาว่าแต่ละข้อตรงกับตัวท่านมากน้อยเพียงใด ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ด้านอารมณ์					
1) มีผู้แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย					
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร					
8) มีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ท่านเสมอ					
3. ด้านทรัพยากรและวัตถุ					
12) เมื่อมีปัญหาการเงิน ท่านได้รับความช่วยเหลือเสมอ					
16) ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเสมอ					



ภาคผนวก ง

เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือสำหรับการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามความเหนื่อยล้า

ขออนุญาตใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า จากงานวิจัยของ แพทย์หญิงนารา กุลวรรณวิจิตร



Chonlada Sangnak
Wed 4/15/2020 5:36 PM
To: nara.k@outlook.co.th



เรียน แพทย์หญิงนารา กุลวรรณวิจิตร

เนื่องด้วย นางสาวชลดา แสงนาค นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง ความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมี รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

การนี้ นิสิตจึงใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินความเหนื่อยล้า จากวิทยานิพนธ์เรื่อง อัตราความชุกของการเกิดความอ่อนล้าขณะขับรถและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง ในเส้นทางภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในสถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ (จตุจักร) ของ แพทย์หญิงนารา กุลวรรณวิจิตร เพื่อประโยชน์ในการดำเนินโครงการวิจัยให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ
(นางสาวชลดา แสงนาค)



Translate message to: English | Never translate from: Thai



nara.kulawanwichit <nara.k@outlook.co.th>
Thu 4/16/2020 10:18 AM
To: Chonlada Sangnak



ยินดีค่ะ

พญ.นารา กุลวรรณวิจิตร



แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก

ขออนุญาตใช้แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล



Chonlada Sangnak
Fri 5/8/2020 3:37 PM
To: somchit.han@mahidol.ac.th



เรียน ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

เรียนอาจารย์ที่เคารพ ดิฉันชื่อ นางสาวชลดา แสงนาค เป็นนิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันกำลังดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง ความเหนียวแน่นและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนียวแน่นของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มี รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

การนี้ เพื่อให้งานวิจัยดังกล่าวสามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเกิดประโยชน์สูงสุดในการดำเนินโครงการวิจัย นิสิตจึงใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก จากวิทยานิพนธ์เรื่อง สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ
(นางสาวชลดา แสงนาค)



SOMCHIT HANUCHAREANKUL <somchit.han@mahidol.ac.th>
Fri 5/8/2020 4:13 PM
To: Chonlada Sangnak



Dear Khun Chonlada:

I am willing to let you use the "Sense of coherence Thai version" for your study.
Somchit Hanucharunkul RN, PhD
Editor, Pacific Rim Int. JNR



แบบสอบถามภาระในการดูแล



Chonlada Sangnak
Tue 4/14/2020 11:00 AM
kag251610@gmail.com



เรียน อาจารย์ อรวรรณ แผนคง

เนื่องด้วย นางสาวชลดา แสงนาค นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง ความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมี รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปัดพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ นิสิตจึงใคร่ขออนุญาตใช้แบบสอบถามภาระในการดูแล Zarit Burden Interview ฉบับภาษาไทย โดย อาจารย์ อรวรรณ แผนคง เพื่อประโยชน์ในการดำเนินโครงการวิจัยให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต ให้นิสิต ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ
นางสาวชลดา แสงนาค



Translate message to: English | Never translate from: Thai



Orawan Pankong <kag251610@gmail.com>
Tue 4/14/2020 11:11 AM
Chonlada Sangnak



จะรีบดำเนินการคะ อรวรรณ แผนคง



แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ 277 /2563

วันที่ 26 มีนาคม 2563

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire)

เรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุวัชชัย

เนื่องด้วย นางสาวชลดา แสงนาค นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ กำลังดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง ความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมี รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวชลดา แสงนาค ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ซึ่งพัฒนาขึ้น โดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุวัชชัย และรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุวัชชัย เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ชลดา แสงนาค

(นางสาวชลดา แสงนาค)

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร. อรพรรณ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์/อาจารย์ที่ปรึกษา

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ / นางสาวชลดา แสงนาค

โทรศัพท์/โทรสาร 0-22564298 , 0-22564346 , โทรศัพท์นิสิต 099-2654545

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ชลดา แสงนาค
วัน เดือน ปี เกิด	2 กันยายน 2537
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2560 วิทยาศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) สาขาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY