

ปัจจัยของภาระของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
ที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จังหวัดนครปฐม*
Caregiving Burden Factors Affecting Quality of Life Amongst
Cancers End Stage Patients in Nakhonpathom Province

ภาคินี สุขสถาพรเลิศ**
อุษา ตันเทพงษ์**
สิรินดา ศรีจางใจ**

บทคัดย่อ

วิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของภาระของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลจังหวัดนครปฐม ด้วยตัวแปรภาระการดูแล ประกอบไปด้วย ความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนทั้งหมด 50 ครอบครัว เป็นการตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงทุกรายที่เป็นมะเร็งในระยะสุดท้าย ซึ่งคัดเลือก โดยวิธีสอบถามผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนที่มีผู้ดูแล จากนั้นนำเครื่องมือไปสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วย และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต (WHO-BREF-THAI) จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์

หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และใช้การทดสอบค่าที (t-test) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมลดลงพบว่าผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริงและเมื่อผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณภาพของท่านไม่ค่อยดีเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย และท่านรู้สึกว่าท่านจะไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลมีความเครียด มีรายได้ที่ไม่เพียงพอ มีความยากลำบากในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในครอบครัว จึงต้องมีการพัฒนาการทำวิจัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

*ได้รับทุนวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีการศึกษา 2556

**อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

This thesis endeavors to determine the relationship between care-giving Burden factors and quality of life amongst caregivers of end stage cancers patients at in Nakhon-Pathom province, as well as to frame predictive equation for quality of life on the basic of care-giving burden factors. These care-giving burden factors are as follows: personal strain, privacy conflict, guilt, and uncertain attitude. Investigated were 50 cancers end stage patient caregivers who were selected using stratified random sampling by interview from the sample population of end stage cancers patients who had caregivers. The instruments used for data collection consisted of a Demographic data recording from, care-giving burden questionnaire of

Steven H. Zarit and Judy M. Zarit, and WHOQOL - BREF -THAI. The data was analyzed by applying Pearson's product moment correlation coefficient. The findings were as follows:

The total quality of life decrease when: the caregiver had more score of questionnaire: Do you feel that your relative asks for more help than they needs, Do you feel that your health has suffered because of your involvement with your relative, (A16) .DO you feel can not be caring patient, moderate care level. An administrator with stress have inadequate difficulty in bringing the patient to the hospital. The family members took participation in the family will be development next research.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งถือว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable chronic disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่หลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกใน ค.ศ. 2011 (WHO, 2011: 3) พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก กล่าวคือ ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง 36 ล้านคน โดยมีสาเหตุจากโรคหัวใจและหลอดเลือดถึงร้อยละ 48 โรคมะเร็งร้อยละ 21 โรคทางเดินหายใจร้อยละ 12 และโรคเบาหวานร้อยละ 3

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งดังกล่าว ทำให้แต่ละประเทศต้องสูญเสียงบประมาณและทรัพยากรในการจัดการระบบการดูแลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เพราะแม้ในประเทศที่ประชากรมีรายได้สูงยังมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 8 ในผู้ชายและร้อยละ 10 ในผู้หญิง ส่วนประเทศที่ประชากรมีรายได้ต่ำ อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 22 ในผู้ชายและร้อยละ 35 ในผู้หญิง (Thompson, E. H., & Doll, W, 1982).

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๗

สำหรับประเทศไทย มะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชาชน จากวิถีการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ การเกิดมลภาวะของสิ่งแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม เห็นได้จาก ปี พ.ศ. 2553 อัตราผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 85.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2554 เป็น 87.8 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) ในปี 2554 โรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก (Reinhard, S. C, 1994).) สำหรับจังหวัดนครปฐม ในปี 2555 โรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต รองจากชราภาพคิดเป็นอัตรา 89.3 ต่อประชากร 100,000คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2555) โดยในปี 2553-2555 เพศชาย พบอุบัติการณ์มะเร็งตับมากที่สุด คือ 85 ต่อประชากร 100,000 คน เพศหญิงพบมะเร็งเต้านมมากที่สุด คือ 38.9 ต่อประชากร 100,000 คน ผู้ป่วยมะเร็งส่วนหนึ่งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครปฐม ดังจะได้จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในปี 2012 พบว่า ในเพศชาย จำนวนการเป็นมะเร็งตับมากที่สุด คือ 866 ราย รองลงมาคือมะเร็งปอด 287 ราย ในเพศหญิง จำนวนการเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด คือ 350 ราย รองลงมาคือมะเร็งปากมดลูก 296 ราย (โรงพยาบาลนครปฐม, 2555)

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์มีการพัฒนาอย่างมาก ทำให้สามารถทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีชีวิตรยาวนานมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยมะเร็งจึงมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) ในนโยบายของการบริการสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงทำให้ครอบครัว ชุมชน ได้เข้ามา

มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Poulshock, S.D., & Demling, G.T. ,1984) และการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อตรวจรักษาลดลงกว่าเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องกลับไปรักษาที่บ้านโดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล ในแง่ดีของผู้ป่วย จะได้กลับไปอยู่กับสิ่งแวดล้อมเดิมที่มีความคุ้นเคย ใกล้ชิดกับญาติพี่น้อง เป็นประโยชน์การควบคุม และบรรเทาอาการผิดปกติของผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546)

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่มีอาการอ่อนเพลีย นอนหลับยาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากการที่มีแผลเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนทำให้ไม่สุขสบาย นอกจากปัญหาทางร่างกายแล้วก็มีปัญหาทางด้านจิตใจ จิตสังคม ซึ่งมีภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นหลายอย่างพร้อมกัน มีทั้งความเศร้าโศก ที่สูญเสียภาพลักษณ์ ความมั่นใจ ร่างกายมีความอ่อนแอ มีภาวะซึมเศร้า เก็บกด สิ้นหวังและสูญเสีย กำลังใจในการต่อสู้กับโรค เพราะรู้ว่าไม่มีทางหายเป็นปกติ รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ต้องมีภาวะพึ่งพาสมาชิกในบ้าน ไม่สามารถทำงานหารายได้ได้ทำให้บทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัวเปลี่ยนไป ไม่ได้พบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น ความสามารถเข้าถึงลดลง ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

ภาระงานในความรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย การศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย อายุของผู้ดูแล ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล

รายได้ครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย ในการทำวิจัยครั้งนี้ เป็นการวัดภาระหนักในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นมาตรฐานในระดับสากล เมื่อผู้ดูแลมีภาระงาน การดูแล ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลด้วย เพราะคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นภายหลัง การตระหนักรู้ถึงเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลมี ประสบการณ์ในช่วงเวลาหนึ่ง คุณภาพชีวิตจึงเปลี่ยน ไปตามเวลา สถานที่ และการรับรู้ของบุคคล ซึ่งมี ประสบการณ์ ความสนใจ ประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา จริยธรรม และค่านิยมที่ต่างกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในจังหวัดนครปฐม
2. ศึกษาความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด เจตคติที่ไม่แน่นอนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จังหวัดนครปฐม
3. หาสัมพันธ์ระหว่างความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด เจตคติที่ไม่แน่นอนกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จังหวัดนครปฐม

สมมติฐานการวิจัย

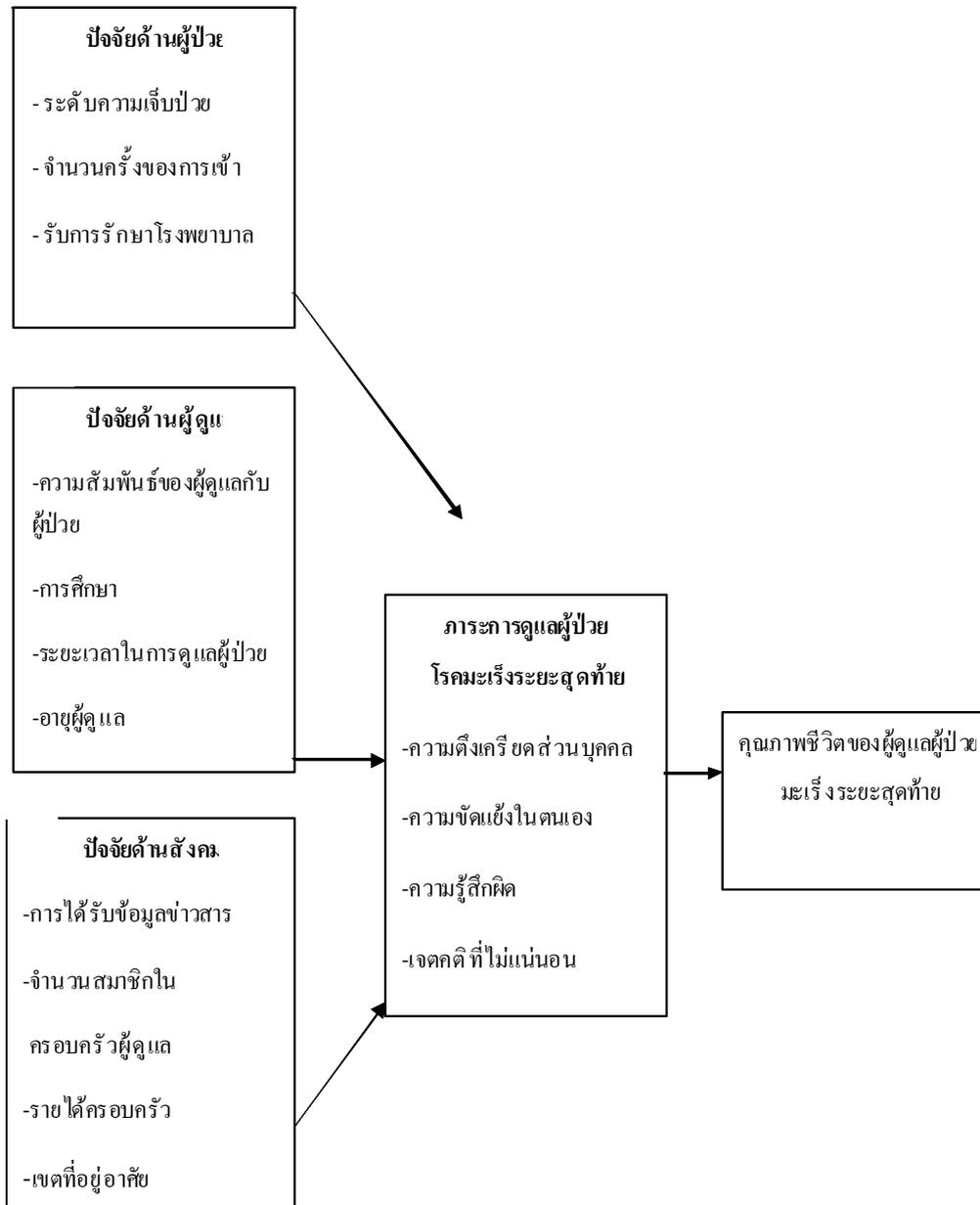
1. ปัจจัยในด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม สังคม และรายได้ มีผลทางด้านลบต่อภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. ความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดภาระการดูแลของ มอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ซึ่งแบ่งความเป็นภาระของผู้ดูแลออกเป็น 2 ด้าน คือ เชิงปรนัย และ เชิงอัตนัย ซึ่งความเป็นภาระของผู้ดูแลนี้ มีทั้งความยากลำบากของการปฏิบัติงานการดูแล และความรู้สึกหรือ การรับรู้ของผู้ดูแลถึง ผลอันไม่พึงปรารถนาที่เกิดจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ซึ่งเครื่องมือนี้ถูกสร้างขึ้นมาให้สามารถประเมินความเป็นภาระของผู้ดูแลในมิติที่แตกต่างกันได้ นอกจากนั้นเครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินความเป็นภาระการดูแลผู้ที่เราสามารถ ในกลุ่มผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะเป็นคู่สมรส บุตร และบุคคลอื่นๆ ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้น่ามากที่สุด ผู้วิจัยเชื่อว่าแบบประเมินความเป็นภาระของผู้ดูแลตามแนวคิดของมอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) น่าจะมีความเหมาะสมที่สุดในการนำมาใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้ นอกจากนั้นตาม การศึกษาของทามาโยและ ยังพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลยังมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย ผู้วิจัยจึงจะทำการศึกษาอิทธิพลของภาระการดูแลในแต่ละด้านและในภาพรวมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลตามแผนภาพกรอบแนวคิดของการวิจัย

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๗



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการดำเนินการ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งอาศัยอยู่กับผู้ป่วยในจังหวัดนครปฐม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบบันทึกและแบบวัด 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ วุฒิการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ชนิดของโรคมะเร็ง ระดับความเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการรับการรักษาในโรงพยาบาล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย การศึกษาของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล การได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล รายได้ครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF -THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2545)

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถ

สามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพาทายต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่นๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าตนได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๗

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ

2,3,4,10,11,12,24

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5,6,

7,8,9,23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ได้แก่ ข้อ 13,14,25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ

15,16,17,18,19,20,21,22

ข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามการวัดภาระหนักในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ อันประกอบไปด้วยประสบการณ์ความเครียด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (Guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude) ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 - 4 ให้เลือกตอบโดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อ

องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 4, 3, 5, 6, 9, 1, 2, 10 และ 16

องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 12, 13, 11 และ 17

องค์ประกอบที่ 3 ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 8, 14, 7, 15 และ 22

องค์ประกอบที่ 4 ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อที่ 20, 19, 21 และ 18

ส่วนที่ 4 กรอกคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

คำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีระดับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้

1) ท่านคิดว่าอะไรเป็นภาระที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และภาระในการดูแลดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

2) ปัจจัยใดที่ส่งเสริมให้เกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว

3) ท่านคิดว่าอะไรจะสามารถช่วยท่านจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาระในการดูแลผู้ป่วยได้

4) ท่านอยากได้รับความช่วยเหลือได้จากบุคลากรสุขภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทางด้านภาวะการดูแลผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จังหวัดนครปฐม โดยคัดเลือกจากประชากรผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสอบถามว่ามีผู้ดูแลหรือไม่ จากนั้นติดตามไปเยี่ยมบ้านสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วยทุกคนที่มีผู้ดูแลซึ่งได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 50 คน เฉพาะเจาะจงทุกรายที่อยู่ในภาวะสุดท้ายในจังหวัดนครปฐม เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระงานกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จังหวัดนครปฐม ด้วยตัวแปรด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลตัวแปรจากกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินงานตามขั้นตอน

2. ทำหนังสือขออนุญาตอธิการบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน โดยแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อขออนุญาตทำการวิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จังหวัดนครปฐม

3. ติดต่อประสานงานกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะสุดท้าย จังหวัดนครปฐมเพื่อนัดหมายวัน เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. นำแบบวัดมาดำเนินการจัดกระทำข้อมูล โดยได้กำหนดขั้นตอนดังนี้

4.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของ แบบวัดที่ได้กลับคืนทั้งหมด

4.2 นำแบบวัดมาตรวจให้คะแนน ตามเกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดลักษณะแต่ละด้าน

5. นำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์โดย คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำผลที่ได้มาวิเคราะห์โดยการ ใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะ สุดท้าย จังหวัดนครปฐม ที่ประกอบไปด้วยข้อมูล จำแนกออกเป็น 3 ด้าน คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสังคม และข้อมูลผู้ป่วยโรค มะเร็ง วิเคราะห์ โดยหา ค่าจำนวน และร้อยละ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นแบบ สอบถามการวัดภาระหนักในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย เรื้อรัง ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ โดยหาค่า คะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และมีเกณฑ์ในการแปลความหมาย ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยของ แบบสอบถามการวัดภาระ กำหนดดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.68-4.00 หมายถึงภาระ ในการดูแลในระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.34-2.67 หมายถึงภาระ ในการดูแลในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 0.00-1.33 หมายถึงภาระ ในการดูแลในระดับน้อย

3. ข้อมูลเกี่ยวกับวัดคุณภาพชีวิต ประกอบ ไปด้วย 4 ด้าน ข้อคำถาม 26 ข้อโดยหาค่าคะแนน เฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และมี เกณฑ์ในการแปลความหมาย ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยของ แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต กำหนดดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึงคุณภาพ ชีวิตอยู่ในระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึงคุณภาพ ชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึงคุณภาพ ชีวิตอยู่ในระดับน้อย

4. การทดสอบสมมติฐาน

4.1 สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยในด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม สังคม และรายได้ มีผลทางด้านลบต่อภาวะ งานของผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย

4.2 สมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า ความ ตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความ รู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน มีความสัมพันธ์ทาง ลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะ สุดท้าย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และใช้การทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะ สุดท้าย

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล จำนวน 50 คน สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

เพศ พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.8 เพศชาย ร้อยละ 28.2 อายุระหว่าง 20-78 ปี อายุเฉลี่ย 45.5 ปี ส่วนใหญ่ เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุระหว่าง 41-59 ปี ร้อยละ 50.5 สถานภาพสมรส พบว่า มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 70.4 รองลงมา โสด ร้อยละ 14.7

ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษา ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.8 รองลงมา จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 20.8 ผู้ดูแล มีรายได้จากการประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 50.0 รองลงมาไม่มีงานทำ ร้อยละ 24.8 ซึ่งได้แก่กลุ่ม

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๗

แม่บ้าน นักเรียน ออกจากงานเพื่อจะมาดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวของผู้ดูแลต่อเดือนพบว่า ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 67.9 รองลงมา อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท สภาพเศรษฐกิจโดยรวมของครอบครัวโดยรวม พบว่า รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและมีหนี้สิน ร้อยละ 82.3

ผู้ดูแลส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 45.8 และอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัว 3-4 คน ร้อยละ 45.5 และพบว่า มี 2 ครอบครัว ที่อาศัยอยู่ด้วยกันเพียงลำพัง 2 คน เป็นคู่สามี ภรรยา

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว ร้อยละ 69.4 จะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอัมพาต โรคกระเพาะอาหาร

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 51.8 มีฐานะภรรยา ร้อยละ 67.3 และเป็นสามี ร้อยละ 32.5 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระหว่าง 3-6 ปี ร้อยละ 50.9

ลักษณะข้อมูลสังคม พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะสุดท้ายเลือกแหล่งสนับสนุนข้อมูลความรู้ จากสื่อทางโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 66.1 รองสถาน การพยาบาลประจำที่รักษาผู้ป่วย ร้อยละ 48.4 และ 66.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย

ร้อยละ 22.4 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 44.4 มีสมาชิกในครอบครัวมาช่วยดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 26 ช่วยเหลือทางด้าน การดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 80 จำนวนสมาชิกของครอบครัวโดยเฉลี่ย 3- 4 คน

ลักษณะข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 67.5 มี ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 2 - 3 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 88.5

จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะสุดท้าย ของจังหวัดนครปฐม อยู่ในอำเภอเมืองเสีย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 30.6

ชนิดของมะเร็งที่พบส่วนใหญ่ ผู้ป่วยเป็น มะเร็งตับ ร้อยละ 33.3 รองลงมาเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 22.1 ทุกรายได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล นครปฐม และอาจจะต้องตัวไปรักษาที่โรงพยาบาล ศิริราช 1 ราย เนื่องจากต้องมีการรักษาที่เพิ่มขึ้น

1. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการดูแลผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามการวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจริง ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ โดยหาค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการแปลผล ประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือ ความตั้งใจเตรียมตัวบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด เจตคติที่ไม่แน่นอน

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปลผล ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายด้านความเตรียมตัวส่วนบุคคล

คำถาม	ภาวะผู้ดูแล	(\bar{x})	S.D	ภาวะ
1	ท่านรู้สึกว่าคุณป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง	3.6	4.1	มาก
2	ท่านรู้สึกว่าคุณไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากว่าใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง	3.7	4.2	มาก
3	ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วย และงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ	3.5	4.0	มาก
4	ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย	0.21	0.51	น้อย
5	ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจหรือโกรธ ขณะที่อยู่ใกล้	0.42	0.48	น้อย

คำถาม	ภาระผู้ดูแล	(\bar{x})	S.D	ภาระ
6	ท่านรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง	0.30	0.40	น้อย
9	ท่านรู้สึกถึงเครียดขณะที่อยู่กับผู้ป่วย	3.5	4.2	มาก
10	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย	3.6	4.4	มาก
16	ท่านรู้สึกว่าคุณจะไม่สามารถอดทน ดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป	0.47	0.51	น้อย

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าระดับคะแนนของ เกณฑ์ภาระในการดูแลอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 1, ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 9, ข้อ 10 ในแต่ละข้อคำถามด้านความเครียดส่วนบุคคล มี

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปลผล ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายด้านความขัดแย้งในตนเอง

คำถาม	ภาระผู้ดูแล	(\bar{x})	S.D	ภาระ
11	ท่านรู้สึกว่าคุณไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ ต้องการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย	3.6	3.8	มาก
12	ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถมี สังคมได้ตามปกติ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย	0.15	0.46	น้อย
13	ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อน เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย	0.14	0.40	น้อย
17	ท่านรู้สึกว่าคุณไม่สามารถควบคุมหรือจัดการ ชีวิตตนเองได้ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย	3.16	1.50	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าระดับคะแนนของ แต่ละข้อคำถามด้านความขัดแย้งในตนเอง มีเกณฑ์ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน ภาระในการดูแลอยู่ในระดับมาก ได้แก่ข้อ 11, 17

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปลผล ภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายด้านความรู้สึกผิด

คำถาม	ภาวะผู้ดูแล	(\bar{x})	S.D	ภาวะ
7	ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่าน	3.69	0.97	มาก
8	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน	3.77	1.12	มาก
14	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมากเกินไปเหมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้	3.67	1.21	มาก
15	ท่านรู้สึกว่าท่านมีรายได้ไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย	3.8	3.4	มาก
22	โดยภาพรวม ท่านรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน	3.29	1.79	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าระดับคะแนนของ ในแต่ละข้อคำถามด้านความรู้สึกผิด มีเกณฑ์ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การดูแลอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปลผล ภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน

คำถาม	ภาวะผู้ดูแล	(\bar{x})	S.D	ภาวะ
18	ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและให้คนอื่นมาดูแลแทน	2.34	0.78	ปานกลาง
19	ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่คุณทำอยู่	2.39	0.80	ปานกลาง
20	ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับ การดูแลช่วยเหลือจากญาติคนอื่น	3.8	3.7	มาก
21	ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านที่ป่วยได้ดีกว่านี้	3.89	0.85	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าระดับคะแนนของ ในแต่ละข้อคำถามด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน มีเกณฑ์ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ภาระในการดูแลอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อ 20, ข้อ 21

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปลผล ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวม 4 ด้าน

ด้าน	ภาระผู้ดูแล	(\bar{x})	S.D	ภาระ
1	ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain)	3.55	3.50	มาก
2	ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy Conflict)	3.59	3.38	มาก
3	ความรู้สึกผิด(Guilt)	0.59	0.77	น้อย
4	เจตคติที่ไม่แน่นอน(Uncertain attitude)	0.39	0.54	น้อย
ภาพรวมภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทั้ง 4 ด้าน				ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าระดับคะแนนของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในแต่ละด้าน มีเกณฑ์ภาระในการดูแลอยู่ในระดับมาก ในด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง

2. ข้อมูลเกี่ยวกับวัดคุณภาพชีวิต ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ข้อคำถาม 26 ข้อโดยหาค่าคะแนนเฉลี่ย (\bar{x}) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการแปลผล ประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปลผล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายด้านสุขภาพกาย

คำถาม	คุณภาพชีวิตผู้ดูแล	(\bar{x})	S.D	คุณภาพ
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด	2.81	0.58	ปานกลาง
3	ท่านมีกำลังมากพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.82	0.56	มาก
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับพักผ่อนของท่านมากนักเพียงใด	0.98	0.49	น้อย
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	0.68	0.74	น้อย

คำถาม	คุณภาพชีวิตผู้ดูแล	(\bar{x})	S.D	คุณภาพ
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	0.42	1.20	น้อย
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่คิดทำมามากน้อยเพียงใด	0.82	0.76	น้อย
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	0.99	0.88	น้อย

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าระดับคะแนนของแต่ละข้อคำถามด้านสุขภาพกาย มีเกณฑ์คุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายใน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปลผล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายด้านจิตใจ

คำถาม	คุณภาพชีวิตผู้ดูแล	(\bar{x})	S.D	คุณภาพ
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต(เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	0.80	0.81	น้อย
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด	2.90	0.58	ปานกลาง
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน	0.86	0.53	น้อย
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้ไหม	3.67	0.69	ปานกลาง
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	0.08	0.01	น้อย
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยเพียงใด	3.97	0.65	มาก

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าระดับคะแนนของแต่ละข้อคำถามด้านจิตใจ มีเกณฑ์คุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายใน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มี ข้อ 2, 23

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปลผล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายด้านสัมพันธภาพทางสังคม

คำถาม	คุณภาพชีวิตผู้ดูแล	(\bar{x})	S.D	คุณภาพ
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้าใกล้กับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	3.95	0.55	มาก
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจาก เพื่อนๆแค่ไหน	0.68	0.75	น้อย
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทาง เพศแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การ ช่วยตัวเองหรือมีเพศสัมพันธ์	2.24	0.10	ปาน กลาง

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าระดับคะแนนของ คุณภาพชีวิต ข้ออยู่ในระดับมาก มีข้อ 13 ในระดับ
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายใน ปานกลางข้อ 25
แต่ละข้อคำถามด้านสัมพันธภาพทางสังคม ตามเกณฑ์

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปลผล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายด้านสิ่งแวดล้อม

คำถาม	คุณภาพชีวิตผู้ดูแล	(\bar{x})	S.D	คุณภาพ
15	ท่านรู้ดีกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมใน แต่ละวัน	1.70	0.86	ปาน กลาง
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มาก น้อยเพียงใด	3.94	0.80	มาก
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อย เพียงใด	0.98	0.17	น้อย
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการ สาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	2.76	0.57	ปาน กลาง
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละ วันมากน้อยเพียงใด	0.50	0.68	น้อย
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนเพื่อผ่อนคลายเครียด มากน้อยเพียงใด	1.52	0.80	น้อย
21	สภาพแวดล้อมดีต่อ สุขภาพของท่านมากน้อย เพียงใด	2.88	0.52	น้อย
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของ ท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	0.72	0.17	น้อย

จากตารางที่ 9 พบว่าค่าระดับคะแนนของ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางรองลงมาอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายใน น้อย แต่ละข้อคำถามด้านสิ่งแวดล้อม มีเกณฑ์คุณภาพชีวิต

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปลผล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแต่ละด้าน

ด้าน	คุณภาพชีวิตผู้ดูแล	(\bar{x})	S.D	คุณภาพ
1	ด้านร่างกาย(Physical domain)	2.80	0.89	ปานกลาง
2	ด้านจิตใจ (Psychological domain)	1.91	0.50	น้อย
3	ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม(Social relationships)	2.62	0.58	ปานกลาง
4	ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	2.68	0.47	ปานกลาง
รวมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้าย		2.76	0.23	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่าค่าระดับคะแนนของ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในแต่ละด้าน มีเกณฑ์คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่าความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเองความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจังหวัดนครปฐม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน Pearson's product moment correlation) และใช้การทดสอบค่าที (t-test)

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านภาวะการดูแลผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จังหวัดนครปฐม

ตัวแปรภาวะการดูแลแต่ละด้าน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(r)
ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain)	- 0.491*
ความขัดแย้งในตนเอง(Privacy Conflict)	-0.234
ความรู้สึกผิด(Guilt)	-0.308
เจตคติที่ไม่แน่นอน(Uncertain attitude)	-0.309

หมายเหตุ : * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 11 พบว่าความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด เจตคติที่ไม่แน่นอน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็น -0.491 , -0.234 , -0.308 และ -0.309 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตโดยรวม **ลดลง** เมื่อผู้ดูแลรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง และเมื่อผู้ดูแลรู้สึกว่าสุขภาพของเขาไม่ค่อยดีเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย มีความตึงเครียด พักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่ได้ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และเมื่อผู้ดูแลรู้สึกว่าเขาจะสามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกแต่อาจจะไม่ดีเท่ากับผู้อื่นได้เข้ามาช่วย

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้ดูแล **ลดลง** เมื่อ : ผู้ดูแลรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคนอนไม่หลับ ผู้ดูแลรู้สึกว่าสุขภาพของเขาไม่ค่อยดีเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถดูแลตนเองได้เท่าที่ควร

3. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแล **ลดลง** เมื่อ : ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองเครียดเมื่อผู้ป่วยมีการ

เรียกร้องเมื่อมีอาการเจ็บปวด ทรมาน มีเจตคติที่ไม่แน่นอน ไม่มีความมั่นคงในอนาคต ไม่สามารถหางานทำได้ เป็นหนี้ ไม่มีการคบหาเพื่อนเพราะต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา หรือส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวัน

4. คุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้ดูแล **ลดลง** ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าตนเองมีการเข้าสังคมน้อยลงจนเกือบไม่มีเลย ไม่ได้การดูแลจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่มีความพึงพอใจในชีวิตของตนเองน้อยลง

5. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแล **ลดลง พบว่า ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง**

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมากในแง่ของทางกาย จิตใจ และเจตคติ เนื่องจากอาจจะต้องดูแลตามลำพัง ขาดการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำมาพัฒนาในการวิจัยในครั้งต่อไป โดยการออกแบบการวิจัยในลักษณะเป็นรายบุคคล เป็นการทดลอง ในการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อฟื้นฟูภาวะจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล จะเป็นผลที่ดีต่อไปสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

บรรณานุกรม

- กองสถิติ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
 ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย”. งามาริบัติ
 พยาบาลวารสาร. 2(1), 84-93.
 โรงพยาบาลนครปฐม. (2555). เวชระเบียนผู้ป่วยนอก. จังหวัดนครปฐม.
 สำนักสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2554). เวชระเบียนและสถิติ. นครปฐม.
 สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย.
 โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ปี พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๗

- Montgomery, R. I. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. P. (1985). "Ceregiving and the experience of subjective and objective burden". *Family Relation*. (34) : 19-26.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. (1985). "Measurement and the analysis of burder." *Research on Agin*. 7(1) : 137-152.
- Reinhard, S. C. (1994). "Living with mental illness: Effects of professional support and personal control on caregiver burden". *Research in Nursing & Health*. (17) : 79-88.
- Thompson, E. H., & Doll, W. (1982). "The burden of families coping with the mentally ill : An invisible cries". *Family Relations*. (31) : 379-388.
- World Health Organization. (2004). *Definition in adolescent pregnancy*. Department of reproductive health and research world health organization. Geneva : 5.

