บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

Factors Related to Death Anxiety among Family Caregivers of Advanced Cancer Patients

ปองพล คงสมาน* จิราพร เกศพิชญวัฒนา** จรรยา ฉิมหลวง**

Pongphol Khongsaman Jiraporn Kespichayawattana Janya Chimluang

*คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

*Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300 Thailand

**คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

**Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330 Thailand

Corresponding author, E-mail: TJkongsaman@gmail.com

Received: June 4, 2018; Revised: March 12, 2019; Accepted: March 30, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทัศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยใช้กรอบแนวคิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของคอนเต และคณะ กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 199 คน ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทัศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .83, .79, .88, .95 และ .86 ตามลำดับ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ญาติผู้ดูแลร้อยละ 56.90 มีความวิตกกังวลของเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางสูง ($\bar{x}$ = 3.7, S.D = 0.63) (2) การรับรู้อาการผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (3) การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ทัศนคติต่อความตาย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ญาติผู้ดูแล มะเร็งระยะลุกลาม

Abstract

The descriptive correlation research aimed to examine the relationships between caregiver relationships, symptom perceptions, death attitude, practice in the religious activities related to death, knowledge of caring for advanced cancer patients and death anxiety among family caregivers of advanced cancer patients. One hundred ninety-nine family caregivers of advanced cancer patients were selected from three setting. Data were collected by using 8 questionnaire instruments: a patient's demographic data, a family caregiver's demographic data, symptom perceptions, caregiver relationships, death attitude, practice in the religious activities related to death, knowledge of caring for advanced cancer patients and death anxiety among family caregivers of advanced cancer patients. All questionnaires were tested for content validity and reliability which were. 83, .79, .88, .95 and .86 respectively. Data were collected by asking the samples to answer the questionnaires by themselves. Statistical techniques used in data analysis were percentile, mean, standard deviation and Pearson's product moment correlation coefficient.

The research results were as follows: (1) Death anxiety among family caregivers of advanced cancer patients was at middle to high level ($\bar{x}$ = 3.7, S.D = 0.63). (2) Symptom perceptions was negatively and significantly related to Death anxiety among family caregivers of advanced cancer patients at the level of .05. (3) Practice in the religious activities related to death, death attitude and knowledge of caring for advanced cancer patients were positively and significantly related to Death anxiety among family caregivers of advanced cancer patients at the level of .05.

Keywords: Death anxiety, Family caregivers, Advanced cancer patients

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของคนทั่วโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 21.4 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตราว 13 ล้านคน[1] ประเทศไทยพบโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา ตลอดสองทศวรรษโดยในปี พ.ศ. 2561 เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง วันละ 221 คน หรือ 80,665 คนต่อปี และมีคนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ถึงวันละ 336 หรือ 122,757 คนต่อปี[1]

เมื่อกล่าวถึงโรคมะเร็งระยะลุกลาม สิ่งที่ญาติผู้ป่วยนึกถึงอยู่เสมอคือเรื่องความตายของผู้ป่วยส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหวั่นไหว ไม่มั่นคงในชีวิต ญาติผู้ป่วยรับรู้ถึงความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่กำลังใกล้เข้ามา เป็นความคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความสิ้นหวังที่ไม่สามารถยับยั้งการตายของผู้ป่วยได้ เกิดความคิดที่วกวนไม่สามารถสลัดได้พ้น จึงกลายเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย (death anxiety) ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจ หวาดกลัวการตายและกระบวนการของการตาย รวมทั้งการสูญเสียของบุคคลที่ตนเองรักเมื่อรับรู้ได้ว่าความตายกำลังใกล้เข้ามาถึง[2-4] จัดเป็นความวิตกกังวลสูงสุด เป็นรากแห่งความวิตกกังวลทั้งปวง

จากงานวิจัยของ Soleimani และคณะ[4] พบว่าญาติผู้ป่วยมะเร็งจำนวนร้อยละ 53 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับปานกลางค่อนไปทางสูง ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเองของญาติผู้ป่วยลดลง เกิดความบาดหมางทางสัมพันธภาพ จึงแสดงออกด้วยอารมณ์ฉุนเฉียว มีการวิวาทบางครั้ง หลีกเลี่ยงการพูดคุยถึงเรื่องการเจ็บป่วยและความตาย[4] ทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยขาดการเตรียมตัว วางแผนสำหรับวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยบางรายมีความต้องการยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไปเพื่อรอปาฏิหาริย์ โดยไม่สนใจต่อวิธีการในการรักษาและการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น[5-7]

ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต หากการดูแลนั้นเต็มไปด้วยความรัก ความอบอุ่น รวมทั้งญาติผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยจิตใจที่สงบและมั่นคง[6-9] หากความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของญาติผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาแห่งความตายของผู้ป่วยที่กำลังใกล้เข้ามานั้น ได้ถูกเพิกเฉยไม่ได้รับความสนใจ และปล่อยให้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย และตัวของญาติผู้ป่วยเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ผ่านมาเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงพรรณนาเป็นส่วนใหญ่[6-9] ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นการศึกษาในต่างประเทศเพียง 1 งาน คือ การศึกษาในประเทศอิหร่าน[4] ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้มานั้นไม่สามารถนำมาอ้างอิงกับบริบทของสังคมไทยได้ เนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศไทยนิยมศึกษาในมุมมองของผู้ป่วย ไม่มีการศึกษาในมุมมองของญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในช่วงสุดท้ายของชีวิต

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จึงเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลเพื่อใช้เป็นรากฐานในการ

ทำความเข้าใจความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และเป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อเนื่องเพื่อขยายความรู้และพัฒนาการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบกับวาระสุดท้ายของชีวิตที่งดงาม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

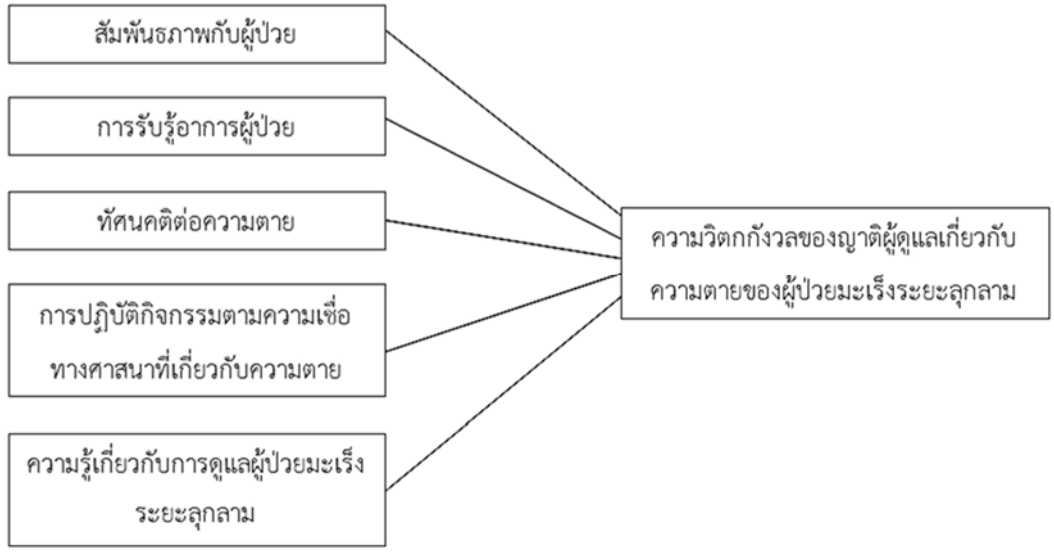
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทัศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

สมมุติฐานการวิจัย

1. สัมพันธภาพกับผู้ป่วย และการรับรู้อาการผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2. ทัศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

กรอบแนวความคิดในการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ญาติผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในระยะที่ 3 เป็นต้นไป ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ได้แก่ (1) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (2) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ (3) โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ จำนวน 195 คน โดยคุณสมบัติของผู้ป่วย (1) อายุระหว่าง 18-59 ปี (2) ป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ในระยะที่ 3 เป็นต้นไป (3) นับถือศาสนาพุทธ คุณสมบัติของญาติผู้ป่วย 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) รับรู้ว่าผู้ป่วยป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม 3) นับถือศาสนาพุทธ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรม Power Analysis and Sample Size: PASS โดยมีค่า r = 0.2 Power of test 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย (n) = 193 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 7 รวมทั้งสิ้น 207 คน จากนั้นสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มเลือกสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิเป็นต้นไป ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ด้วยอัตราส่วน 3 จาก 6 สังกัด ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ แล้วสุ่มเลือกโรงพยาบาล 1 โรงพยาบาลในแต่ละสังกัด ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก ที่แผนกผู้ป่วยนอก ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ทั้งสิ้นจำนวน 207 คน โดยแบ่งอัตราส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 3 โรงพยาบาล ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ต่อ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ต่อ โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ เป็น 1 ต่อ 1 ต่อ 1 ดังนั้น เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 69 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแล จำนวนผู้ช่วยในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน

3. สัมพันธภาพกับผู้ป่วย

แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุปรับปรุงจาก Kaewraya[10] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการยอมรับการเป็นบุคคลของผู้ป่วย 4 ข้อ และ 2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)

4. การรับรู้อาการผู้ป่วย

แบบประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ปรับปรุงจาก Promnoi[11] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงจาก 0–10 (linear analog scale)

5. ทัศนคติต่อความตาย

แบบวัดทัศนคติต่อความตายในพระพุทธศาสนาเถรวาทปรับปรุงจาก Dhammaramo[12] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้คิด 5 ข้อ 2) ด้านความรู้สึก 5 ข้อ และ 3) ด้านพฤติกรรม 5 ข้อ มีเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)

6. การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย

แบบสอบถามสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (rating scales) ไม่เคยปฏิบัติเลย (1) ถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ (5)

7. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

แบบสอบถามสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีลักษณะเป็นเลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ ถ้าตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ให้คะแนน 0 คะแนน

8. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

แบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายปรับปรุงมาจาก the Death Anxiety Questionnaire (DAQ) ของ Conte และคณะ[13] มาแปลภาษาแบบย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นผู้วิจัยนำข้อคำถามมาดัดแปลงให้เข้ากับกลุ่มประชากรตามบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) กลัวความไม่รู้ 4 ข้อ 2) กลัวความทรมาน 3 ข้อ 3) กลัวความเดียวดาย 4 ข้อ และ 4) กลัวการดับสิ้นชีวิต 4 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (rating scales) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยเป็น 5 ชุด ได้แก่ (1) สัมพันธภาพกับผู้ป่วย (2) การรับรู้อาการผู้ป่วย (3) ทัศนคติต่อความตาย (4) การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย และ (5) ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0, 0.8, 1.0, 1.0 และ .87 ตามลำดับ

2. แบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วถูกนำไปทดลองกับญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ .83, .79, .88 และ .86 ตามลำดับ ส่วนค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคนของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช COA 112/2560 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ECOA 022/2017 และโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ รหัสโครงการวิจัยที่ 032/2560 ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายการเก็บข้อมูล วิธีการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและอิสระของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมวิจัยโดยไม่บังคับ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียด และวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ แล้วให้เวลาในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 30-40 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำเสร็จ ผู้วิจัยดำเนินการเช่นนี้จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 207 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยการหาแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าพิสัย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพศชาย ร้อยละ 52.80 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปีร้อยละ 72.30 มีอายุเฉลี่ย 53.13 ปี ชนิดของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด คือ โรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 30.30 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 4 ของโรค ร้อยละ 56.80 และได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด ร้อยละ 62.60

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปีร้อยละ 27.70 อายุเฉลี่ย 46.40 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบคู่สมรส ร้อยละ 41 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 3-6 เดือน ร้อยละ 30.80 จำนวนชั่วโมงในการดูแลใน 1 วัน อยู่ในช่วงมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 50.80 จำนวนผู้ช่วยในการดูแล 1 คน ร้อยละ 43.10 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.10 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 43.60 มีการประกอบอาชีพปกติ ร้อยละ 69.70 มีรายได้เพียงพอในแต่ละเดือน ร้อยละ 83.10

3. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางสูง จำนวนร้อยละ 56.90 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกลัวความทรมาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.47, S.D = 0.57) รองลงมาคือ ด้านกลัวความไม่รู้ ($\bar{x}$ = 3.94, S.D = 0.69) ลำดับถัดมา คือ ด้านกลัวความเดียวดาย ($\bar{x}$ = 3.62, S.D = 0.95) และด้านกลัวการดับสิ้น มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x}$ = 2.96, S.D = 0.82) (ดังตารางที่ 1)

4. การรับรู้อาการผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวม ($r = .45, p < .05$) การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ทัศนคติต่อความตาย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวม ($r = -.49, r = -.26, r = -.23$ $p < .05$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวม และในแต่ละด้านของความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 195)

ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	Max	Min	$\bar{x}$	S.D	**ระดับ**
ด้านกลัวความไม่รู้	5	1.25	3.94	0.69	ปานกลาง
ด้านกลัวความทรมาน	5	1.67	4.48	0.57	สูง
ด้านกลัวความเดียวดาย	5	1	3.62	0.95	ปานกลาง
ด้านกลัวการดับสิ้น	5	1	2.96	0.82	ปานกลาง
โดยรวม	**5.0**	**1.23**	**3.70**	**0.63**	**ปานกลาง**

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient: r) ระหว่างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทัศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (n = 195)

ปัจจัย	**ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)**	**ระดับ**
สัมพันธภาพกับผู้ป่วย	-.05	-
ทัศนคติต่อความตาย	-.26**	ต่ำ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	-.23**	ต่ำ
การรับรู้อาการผู้ป่วย	.45**	ปานกลาง
การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย	-.49**	ปานกลาง

*p < .05, **p < .01

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามร้อยละ 56.90 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระดับปานกลางค่อนไปทางสูง โดยเฉพาะด้านกลัวความทรมานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เป็นผลมาจากประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแต่ละราย เนื่องจากโดยส่วนใหญ่โรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่ปรากฏความผิดปกติ หรืออาการหรือสัญญาณ จนกระทั่งโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม ดังนั้น ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งหลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการต่าง ๆ เช่น อาการหายใจลำบาก อาการปวดคัดตึงเต้านม หรืออาการอุจจาระผิดปกติ ซึ่งอาการผิดปกติเหล่านี้สร้างความทุกข์ทรมานด้านร่างกายแก่ผู้ป่วย แล้วส่งผลทางด้านจิตใจแก่ญาติผู้ดูแล และอาการทุกข์ทรมานเหล่านี้เพิ่มระดับความรุนแรงขึ้นหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม นอกจากความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่เกิดจากตัวโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ แล้ว ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยยังเกิดขึ้นระหว่างการรักษาโดยวิธีต่าง ๆ เช่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้ลดลง การได้รับยาเคมีบำบัด เป็นต้น ประสบการณ์จากความทุกข์ทรมานเหล่านี้จะสร้างความวิตกกังวลของผู้ดูแลเกี่ยวกับความตาย สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศอิหร่าน[4] พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวนร้อยละ 53 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งเป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางสูง และยังสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศสหรัฐอเมริกา[3] พบว่าญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามด้านกลัวความทรมานสูงที่สุด

ด้านกลัวความไม่รู้ เป็นความกลัวที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับความตายที่แตกต่างกัน ญาติผู้ดูแลบางคนเคยได้สัมผัสรับรู้ถึงอาการเพ้อ กระสับกระส่ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติผู้ดูแลคนนั้นจะมีความกลัวเหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นกับคนที่ตนเองรักและห่วงใย สำหรับญาติผู้ดูแลบางคนที่เศรษฐานะต่ำอาจกลัวผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นภาระเนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งในระยะลุกลามนั้นต้องใช้วิธีการรักษาที่หลากหลายและมีค่าใช้จ่ายสูง อีกทั้งความตายของศาสนาพุทธเป็นไปในลักษะการเวียนว่ายตายเกิด มีหลายภพภูมิ ขึ้นอยู่กับผลกรรมที่เคยกระทำมา ความเชื่อนี้ถูกปลูกฝังมาเป็นเวลานาน ญาติผู้ดูแลอาจกลัวว่าผู้ป่วยจะไม่ได้ไปสู่สุขคติหรือไปในภพภูมิที่ตั้งหวังไว้หลังความตาย

ด้านกลัวความเดียวดาย การที่ต้องลาจากกับบุคคลอันเป็นที่รักอย่างไม่มีวันกลับย่อมทำให้เกิดการสูญเสียและโศกเศร้า ในเมื่อความตายเป็นประสบการณ์สุดท้ายที่ผู้ป่วยต้องพบเจอในไม่ช้า ญาติผู้ดูแลจึงอยากแสดงด้วยรัก ความห่วงใยด้วยการอยู่เคียงข้างกับผู้ป่วยไปจนลมหายใจสุดท้าย การที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถอยู่กับผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต หรือผู้ป่วยเสียชีวิตโดยปราศจากคนที่รักรายล้อมอยู่ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกผิดรู้สึกบกพร่องต่อหน้าที่ ญาติผู้ดูแลจึงวิตกกังวลใจ ส่วนความรู้สึกเดียวดายของญาติผู้ดูแลภายหลังการจากไปของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และความเป็นครอบครัว เนื่องจากบริบทครอบครัวของสังคมเมืองส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว การจากไปของคนใดคนหนึ่งในครอบครัวจึงอาจสร้างความเดียวดายไม่มาก เมื่อเทียบกับการสูญเสียของคู่รักที่ไม่มีบุตร หรือครอบครัวในรูปแบบอื่นที่มีการอยู่ร่วมกันเพียง 2 คน เช่น คู่พี่น้อง คู่แม่ลูก คู่พ่อลูก เป็นต้น

รายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านกลัวการดับสิ้นเนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมพุทธ การตายของพุทธศาสนาเป็นการเวียนว่ายตายเกิด จึงไม่มีการดับสิ้น สังคมไทยสอนให้รู้จักความกตัญญูต่อบรรพบุรุษ ญาติผู้ใหญ่ มีประเพณีที่แสดงถึงการระลึกจดจำถึงคนอยู่

และคนตาย เช่น งานรวมญาติ งานสงกรานต์ กิจกรรมวันพ่อ วันแม่ เป็นต้น จึงทำให้การเจ็บป่วย การตาย หรือเหตุการณ์หลังความตายของผู้ป่วยนั้นไม่ได้เผชิญอย่างโดดเดี่ยวหรือขาดการระลึกถึง ด้วยความแตกต่างทางบริบทความเชื่อ วัฒนธรรม สังคม และศาสนาจึงทำให้รายด้านนี้มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

2. สัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทัศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

2.1 การรับรู้อาการผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ($r = .45$, $p < .05$) การวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 5.8$, S.D = 2.25) อาการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายเกิดได้จากอาการ อาการแสดงของโรงมะเร็งชนิดต่าง ๆ ร่วมกับวิธีการรักษา การดูแลที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับจะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลถึงความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้นในตลอดระยะเวลาการรักษาจนถึงวินาทีสุดท้ายในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นผ่านค่าคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยด้านกลัวความทรมานซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความคิดเห็นของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม[14-15] พบว่า ญาติผู้ดูแลที่รับรู้ว่าผู้ป่วยกำลังทุกข์ทรมานถูกคุกคามความมั่นคงในชีวิต ใกล้ชิดกับความตายจะนำพาให้ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย

2.2 ทัศนคติต่อความตาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ($r = -.25$, $p < .05$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40 ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติต่อความตายด้านความรู้คิดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.87$, S.D = 0.30) ซึ่งอยู่ในระดับสูง แสดงว่าการรับรู้เกี่ยวกับความตายของคนในสังคมเมืองไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปจากหลักคำสอนทางพุทธศาสนา ยังคงรับรู้ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกชีวิตต้องเผชิญและไม่มีใครหลีกหนีความตายได้พ้น สำหรับทัศนคติต่อความตายด้านความรู้สึกกลับมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.60$, S.D = 0.64) แสดงให้เห็นว่าทัศนคติต่อความตายเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาว่าด้วยเรื่องวัฏสงสารหรือการเวียนว่ายตายเกิดในภพภูมิต่าง ๆ ของสังคมปัจจุบัน ถูกลดทอนลงด้วยอำนาจความคิดทางวิทยาศาสตร์ที่ต้องพิสูจน์ข้อเท็จจริงได้ทุกสิ่ง ความคิดต่อความตายในปัจจุบันจึงไม่ใช่การดับของขันธ์ 5 (รูป วิญญาณ สัญญา เวทนา และสังขาร) แต่เป็นเพียงการจบกระบวนการทำงานของร่างกาย ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ทัศนคติต่อความตายด้านพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.38$, S.D = 0.76) แสดงว่าการทำความคุ้นเคย การระลึกถึง การกล่าวถึงความตาย หรือ “การเจริญมรณานุสติ” อาจไม่ใช่สิ่งที่คนในสังคมปัจจุบันต้องการกระทำ ด้วยความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ผลักและกีดกันความตายให้ไกลออกจากตัวเรา และบุคคลอันเป็นที่รัก การกล่าวถึงหรือการระลึกถึงความตายจึงถูกเปลี่ยนเป็นการสาปแช่ง เพราะความตายไม่ใช่เรื่องดี ทั้งที่ทุกคนรู้กันว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนและทุกเวลา สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องทัศนคติต่อความตายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย[16-17] พบว่าญาติผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่มีต่อความตายเป็นบวก จะมีระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยต่ำ ขณะที่ญาติผู้ป่วยที่มีทัศนคติต่อความตายเป็นลบจะมีระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยสูง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้

2.3 การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ($r = -.49$, $p < .05$) การกล่าวอำลา การกล่าวขออโหสิกรรม ได้ถูกละไว้ปฏิบัติเป็นลำดับท้าย ๆ เพราะมีความเชื่อว่าการกระทำดังกล่าวหากได้ปฏิบัติแล้วผู้ป่วยอายุจะสั้นลง ทั้งที่ความจริงแล้วการกล่าวอำลา การขออโหสิกรรม รวมทั้งการโน้มนำจิตใจให้ระลึกถึงแก่ความดี เป็นส่วนหนึ่งในวิธีการเจริญสติมรณาที่ช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และยังเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างหมดความกังวล หนึ่งในคุณลักษณะของการตายดีวิถีพุทธ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศอิหร่าน[4] พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาอิสลามที่เกี่ยวกับความตายโดยการขอพรพระเจ้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ($r = -.23$, $p < .05$) การวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 5.08$, S.D = 2.73) ซึ่งความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลที่จะดูแลดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองไม่กล้าดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ต้องพึ่งพิงทีมสุขภาพอยู่ตลอดเวลา สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของญาติผู้ดูแล[18-19] พบว่าการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามแก่ญาติผู้ดูแลส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรนำปัจจัยในงานวิจัยนี้ไปเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเพื่อให้มีความพร้อมทางด้านจิตใจและร่างกายในการส่งผ่านการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขณะเผชิญวาระสุดท้ายของชีวิต ญาติผู้ดูแลสามารถเตรียมความพร้อมเรื่องความตายก่อให้เกิดการตายดี อันเป็นความคาดหวังสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทุกราย

2. พยาบาลควรนำปัจจัยในงานวิจัยนี้ไปพัฒนาในรูปแบบของโปรแกรมการพยาบาลที่สามารถจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ และเสริมทักษะในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจัดการกับปัจจัยดังกล่าวได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยเรื่องปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะลุกลาม การรับรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นต้น มาวิเคราะห์สาเหตุหรือวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis) ซึ่งทำให้เกิดความกระจ่างชัดในแนวคิดการวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาแนวคิดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยในบริบทสังคมวัฒนธรรมไทย แล้วพัฒนาเป็นเครื่องมือในการวัด และประเมินแนวคิดต่อไป

2. ควรเพิ่มข้อคำถามปลายเปิด เช่น ท่านรู้สึกอย่างไรกับการตายของผู้ป่วยที่กำลังใกล้เข้ามา เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ลดความกดดัน

3. หากต้องการนำเครื่องมือการรับรู้อาการผู้ป่วยไปใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ นักวิจัยควรนำเครื่องมือนี้ไปหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการทดสอบซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกสรร เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้อาศัยค่าความเที่ยงที่ทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ไม่ใช่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Hospital-basedcancer register 2018 [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 2]. Available from: http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospital%20Based_2018.pdf (in Thai)
2. Klein DF. Psychopharmacologic treatment of panic disorder. Psychosomatics 1984; 25(10):32-6.
3. Sherman DW, Norman R, McSherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 2010;21(2):99-112.
4. Soleimani MA, Lehto RH, Negarandeh R, Bahrami N, Chan YH. Death anxiety and quality of life in iranian caregivers of patients with cancer. Cancer Nursing 2017;40(1):e1-e10.
5. Duandaw R. Health needs of family caregivers of terminal cancer patients: a phenomenological study. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. (in Thai)
6. Srikasipan P. The nursing roles of the dying patient and family caregiver. 12th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2009. (in Thai)
7. Meecharoen W. Family caregivers of cancer patients: roles' adaptation and quality of life promotion. Ramathibodi Nursing Journal 2014;20(1):10-22. (in Thai)
8. Tongprateep T. Nurse: being with the dying. 2nd ed. Bangkok: V print 1991; 2010. (in Thai)
9. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Thai palliative care guideline 2014 [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 2]. Available from: https://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/perdev/common_form_upload_file/20150316154846_2129601774.pdf (in Thai)
10. Kaewraya K. Relationships between personal factors, ability of elderly to perform daily living activities, elderly and elderly caregiver relationships and role stress of caregiver of the elderly in Petchaburi Municipality, Petchaburi Province [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1997. (in Thai)
11. Promnoi C. Factor predicting caregivers' participation in caring for hospitalized elderly: a case study of the university hospital in Southern Thailand. Songkla: Prince of Songkla University; 2004. (in Thai)

12. Dhammaramo S. The attitude towards death in Theravada Buddhism: a case study of students from the classroom of Wat Chaichumbhonchanasongkhram Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Kanchanaburi Province. Kanchanaburi: Mahachulalongkornrajavidyalaya University; 2011. (in Thai)
13. Conte HR, Weiner MB, Plutchik R. Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. Journal of Personality and Social Psychology 1982;43(4):775-85.
14. Jonsen E, Athlin E, Suhr OB. Family members' experience of familial amyloidotic polyneuropathy disease--an infernal struggle and a fact of life. Journal of Advanced Nursing 2000;31(2): 347-53.
15. Carr D. A "good death" for whom? quality of spouse's death and psychological distress among older widowed persons. Journal of Health and Social Behavior 2003;44(2):215-32.
16. Sigelman CK, Shaffer DR. Life-span human development. Pacific Grove (CA): Brooks/Cole Publishing Company; 1995.
17. Lonetto R, Templer DI. Death anxiety. Washington, D.C.: Hemisphere Publishing Corporation; 1986.
18. Mayurasuwan K. The effect of educative - supportive care combined with progressive muscle relaxation program on anxiety among family caregivers of parents with advanced cancer [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai)
19. Rattanapreechakul B. The development of management of anxiety reduction pattern for family caregivers of stroke patients at the tertiary level hospital in Suphanburi Province. Nakhon Pathom: Christian University of Thailand; 2012. (in Thai)