

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Factors Predicting Quality of Life in Family Caregivers of Terminal Cancer Patients

พว.จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์* รศ.ดร.พว.สุรีพร ธนศิลป์** ดร.พว.นพมาศ พัดทอง***
Chittinan Songsangchan, R.N.,* Sureeporn Thanasilp, R.N., Ph.D.,** Noppamat Pudtong R.N., Ph.D.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พาผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรม จำนวน 121 คน จากโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .87, .98, .92, .76 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 85.96$ SD = 20.71)

2. ความเหนื่อยล้าและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.64$ และ $-.73$) ความเข้มแข็งในการมองโลกและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .61$ และ $.34$) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = .11$, $p > .05$)

3. ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($Beta = -.43$) ความเข้มแข็งในการมองโลก ($Beta = .26$) และความเหนื่อยล้า ($Beta = -.22$) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 62 ($R^2 = .62$)

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Abstract

The purposes of this predictive research were 1) to describe quality of life in family caregivers of terminal cancer patients, 2) to examine the relationships of duration of caring, fatigue, depression, sense of coherence, social support and quality of life of family caregivers of terminal cancer patients, and 3) to examine the factors predicting quality of life in family caregivers of terminal cancer patients. The sample was 121 family caregivers of terminal cancer patients from the outpatient department of 3 tertiary hospitals in Bangkok. The research instruments comprised of demographic data form, quality of life of family caregiver of cancer patient scale, fatigue scale, depression scale, sense of coherence scale and social support scale. The reliability of research instruments were .87, .98, .92, .76 and .91 respectively with Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson correlation coefficient and Stepwise multiple regression. The result showed the following:

1. Quality of life in family caregivers of terminal cancer patients was rated at the moderate level ($\bar{X} = 85.96$, $SD = 20.71$).

2. Fatigue and depression were negative correlation related to quality of life in family caregivers of terminal cancer patients at a statistical significant level of .05 ($r = -.64$ and $-.73$). Sense of coherence and social support were positive correlation related to quality of life in family caregivers of terminal cancer patients at a statistical significant level of .05 ($r = .61$ and $.34$). Duration of caring was not statistical significant related to quality of life in family caregivers of terminal cancer patients ($r = .11$, $p > .05$).

3. The factors predicted quality of life in family caregivers of terminal cancer patients at a statistical significant level of .05 were depression ($Beta = -.43$), sense of coherence ($Beta = .26$) and fatigue ($Beta = -.22$). Predictive factors accounted for 62 percent of quality of life in family caregivers of terminal cancer patients ($R^2 = .62$).

Keywords : quality of life, family caregivers, terminal cancer patients

ความเป็นมาและ ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งพบมากเป็นอันดับต้นๆ ของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย¹ โรคมะเร็งไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย แต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งด้วย² เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เลือกใช้ชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายกับครอบครัว³ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการตอบสนองปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุม ผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ทำให้ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย จนละทิ้งการมีกิจกรรมตามปกติของตนเอง ละเลยความต้องการของตนเอง⁴ ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดด้านจิตใจเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางกาย หากเกิดขึ้นเป็นเวลานานต่อเนื่อง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวลดลง^{5,6}

ผู้ดูแลในครอบครัว คือ ญาติของผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ให้การดูแลด้วยความสมัครใจ ไม่ได้รับค่าตอบแทน⁷ มีหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง รับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด⁸ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะที่ 4 หรือมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องให้การดูแลเพื่อตอบสนองต่อ

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยใช้พลังกำลังในการดูแลทำให้เกิดความเหนื่อยล้า การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และเกิดความเครียด มีความรู้สึกถึงความไม่แน่นอน ความไม่มั่นคงในชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ลึ้นหวัง^{9,10} เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่พามารับการรักษา อยู่เฝ้าจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลในครอบครัวบางรายอาจจะเลยการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง⁴ ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกถึงความยุ่งยากหรือชีวิตประจำวันถูกรบกวน มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยมักเป็นคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยอาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งของสมาชิกภายในครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันลดลง¹¹ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ขาดแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ดูแลในครอบครัวอาจมีการรับรู้ และมีการประเมินการดูแลไปในทางลบ ขาดแหล่งทรัพยากรทางด้านจิตใจที่ช่วยให้มีการตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียด¹² ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวทางบวก ผู้ดูแลในครอบครัวอาจต้องขาดงาน หรือลาออกจากงานของตนเองเพื่อมาทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ต้องรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายหลายด้าน ทำให้สูญเสียรายได้¹³⁻¹⁵ กระทั่งต่อด้านการเงินส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวลดลง และมีผลกระทบทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละระยะของโรคมะเร็งมีความแตกต่างกัน โดยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจจะอยู่ในระดับต่ำ¹⁶ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะให้การรักษา^{17,18} และพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง คือ ปัจจัยเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือการรักษา ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และปัจจัยทางสังคม ผู้วิจัยจึงคิดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสามารถจัดกระทำได้กับผู้ดูแลในครอบครัวโดยตรง ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า และปัจจัยทางสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม นำมาศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อที่จะนำผลลัพธ์เหล่านี้ไปเป็นแนวทางในการจัดบริการด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ส่งเสริมพฤติกรรม การดูแล และประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายวัยผู้ใหญ่ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ที่พาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายวัยผู้ใหญ่ ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่

บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ สามเณร หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย และเป็นผู้ที่เป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ที่พาผู้ป่วยมาเริ่มระยะสุดท้ายมารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่มา 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 82 คน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น 121 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) จากผู้ดูแลในครอบครัวที่พาผู้ป่วยมาเริ่มระยะสุดท้ายมารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็ง โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. คุณสมบัติของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมาเริ่มระยะสุดท้าย คือ มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยมาเริ่มระบุว่า เป็นผู้ดูแลหลัก ให้การดูแลผู้ป่วยมาเริ่มมาเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารโดยใช้ภาษาไทย และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. คุณสมบัติของผู้ป่วยมาเริ่มระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 หรืออยู่ในระยะที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะ

ต่างๆ ของร่างกาย เช่น ต่อมไทรอยด์ ตับ ปอด กระดูก สมอง เป็นต้น และได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ ซึ่งการรักษาที่ได้รับอาจเป็นการรับยาเคมีบำบัด รังสีรักษาเพื่อประคับประคองอาการ หรือการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นจากการแพร่กระจายของโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบประเมินทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ยต่อวัน และจำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแล ส่วนข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดของโรคมะเร็ง ตำแหน่งของอวัยวะที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Functional status : ECOG) รวมทั้งหมด 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมาเริ่มระยะ (The Caregiver Quality of Life Index-Cancer : CQOLC) พัฒนาโดย Weitzner, et al¹⁹ ผู้วิจัยขออนุญาตจาก Dr. Weitzner นำเครื่องมือมาใช้ ซึ่งผู้วิจัยนำมาแปลเป็นภาษาไทยแบบแปลย้อนกลับ (Back - translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เครื่องมือมีจำนวน 35 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมาเริ่มระยะ 5 ด้าน

คือ ด้านภาระการดูแล 10 ข้อ ด้านความยุ่งยาก หรือการถูกรบกวนชีวิตประจำวัน 7 ข้อ ด้าน การปรับตัวทางบวก 7 ข้อ ด้านความกังวลเรื่อง การเงิน 3 ข้อ และด้านทั่วไป 8 ข้อ คำตอบเป็น แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (เลข 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกกับข้อความนั้นเลย เลข 1 หมายถึง มีความรู้สึกกับข้อความนั้นเล็กน้อย เลข 2 หมายถึง มีความรู้สึกกับข้อความนั้นปานกลาง เลข 3 หมายถึง มีความรู้สึกกับข้อความนั้นมาก เลข 4 หมายถึง มีความรู้สึกกับข้อความนั้นมากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 140 คะแนน ค่าคะแนน ยิ่งมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี¹⁹ เกณฑ์การ แปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตระดับต่ำ มาก (0 - 17.50 คะแนน) ระดับต่ำ (17.51 - 52.50 คะแนน) ระดับปานกลาง (52.51 - 87.50 คะแนน) ระดับสูง (87.51 - 122.50 คะแนน) ระดับสูงมาก (122.51 - 140 คะแนน) ในการวิจัยครั้งนี้ค่าสัม ประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ .87

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Piper Fatigue Scale) พัฒนาโดย Piper, et al²⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดยเพ็ญใจ ดาโลปการ²¹ มีจำนวน 22 ข้อ ประเมินความเหนื่อยล้า 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรงของความ เหนื่อยล้า 6 ข้อ ด้านการให้ความหมายความ เหนื่อยล้า 5 ข้อ ด้านความรู้สึกลึก 5 ข้อ และด้าน สติปัญญาหรืออารมณ์ 6 ข้อ คำตอบเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0 - 10 ให้เลือกตอบเป็นเส้นตรง (Numeric scale) แต่ละข้อมีค่าคำตอบตั้งแต่ 0 - 10 นำคะแนนรวมทั้งหมดมาหารด้วยจำนวนคำถาม ทั้งหมดเกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น ไม่มีความ เหนื่อยล้า (0) มีความเหนื่อยล้าระดับต่ำ (0.01 - 3.99 คะแนน) ระดับปานกลาง (4 - 6.99 คะแนน) และระดับสูง (7 - 10 คะแนน) ในการวิจัยครั้งนี้

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือ เท่ากับ .98

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiological Studies Depression Scale : CES-D) พัฒนาโดย Radloff²² แปลเป็นภาษาไทยโดย รัชชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี, สมพร เติริยมชัยศรี²³ มีจำนวน 20 ข้อ ประเมิน ภาวะซึมเศร้า 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ซึมเศร้า 7 ข้อ ด้านอารมณ์ในด้านบวก 4 ข้อ ด้านอาการทางกาย การทำกิจกรรม 7 ข้อ และด้านความล้มพันธ์ ระหว่างบุคคล 2 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ (ไม่เลย นานๆ ครั้ง ค่อนข้าง บ่อย และบ่อยครั้ง) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน ค่าคะแนนต่ำกว่า 16 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า ค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า²⁵ ในการวิจัย ครั้งนี้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือ เท่ากับ .92

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็ง ในการมองโลก พัฒนาโดย Antonovsky²⁴ แปลเป็น ภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล, ประครอง อินทรสมบัติ, พรณวดี พุทธิวัฒน์²⁵ มีจำนวน 13 ข้อ ประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก 3 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการทำความเข้าใจ 5 ข้อ ด้านความสามารถในการจัดการ 4 ข้อ และด้าน ความสามารถในการให้ความหมาย 4 ข้อ คำตอบ เป็นตัวเลข ตั้งแต่ 1 - 5 ระดับ ให้เลือกตอบเป็น เส้นตรง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13 - 65 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความ เข้มแข็งในการมองโลกต่ำ (13 - 29 คะแนน) ระดับปานกลาง (30 - 46 คะแนน) และระดับสูง (47 - 65 คะแนน) ในการวิจัยครั้งนี้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือ เท่ากับ .76

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมพัฒนาโดย Schaefer, Coyne, Lazarus²⁶ แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย สมจิต หนูเจริญกุล²⁷ มีจำนวน 7 ข้อ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร 1 ข้อ ด้านอารมณ์ 4 ข้อ และด้านทรัพยากร 2 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (เลข 0 หมายถึง รับรู้ไม่ได้รับการช่วยเหลือเลย เลข 1 หมายถึง รับรู้ได้รับการช่วยเหลือเล็กน้อย เลข 2 หมายถึง รับรู้ได้รับการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว เลข 3 หมายถึง รับรู้ได้รับการช่วยเหลือค่อนข้างมาก เลข 4 หมายถึง รับรู้ได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด) นำคะแนนทั้งหมดมารวมกันและหารด้วยจำนวนคำถามทั้งหมด เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (0 - 1.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.34 - 2.66 คะแนน) และระดับสูง (2.67 - 4.00 คะแนน) ในการวิจัยครั้งนี้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือ เท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เอกสารเลขที่ 597/2016 (วันที่รับรอง 4 สิงหาคม 2559) โรงพยาบาลตำรวจ เอกสารเลขที่ จว 43/2559 (วันที่รับรอง 15 มิถุนายน 2559) และโรงพยาบาลราชวิถี เอกสารเลขที่ 126/2559 (วันที่รับรอง 15 กรกฎาคม 2559)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ให้เข้าเก็บข้อมูล เข้าพบ

หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็ง เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย และเลือกผู้ดูแลในครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ข้อมูลทุกอย่างถือว่าเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมก่อนการเก็บข้อมูล

3. อธิบายวิธีการทำแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วน และให้ผู้ดูแลในครอบครัวตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่มองเห็นไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้ซักถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 20 - 30 นาที หากผู้ที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยให้ระบุผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก และขออนุญาตติดต่อทางโทรศัพท์ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวยินดีเข้าร่วมการวิจัยความสมัครใจจึงให้แบบสอบถาม พร้อมซองจดหมายติดแสตมป์แก่ผู้ป่วยหรือญาตินำกลับไปให้ผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก อธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามกับผู้ดูแลในครอบครัวทางโทรศัพท์ ให้ตอบแบบสอบถามและส่งกลับทางไปรษณีย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการคำนวณค่าทางสถิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) โดยแปลผล ค่า r เท่ากับ 0.1 - 0.29 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ค่า r เท่ากับ 0.3 - 0.5 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ค่า r มากกว่า 0.5 ขึ้นไป หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูง²⁸

4. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีทั้งหมดจำนวน 121 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.86 มีอายุเฉลี่ย 44.96 ปี ($SD = 11.61$) ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 46 - 60 ปี) คิดเป็นร้อยละ 47.93 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คือ สถานาคู่คิดเป็นร้อยละ 60.33 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 28.93 รายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ยมากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.50 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 73.55 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 47.10 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 20.88 เดือน ($SD = 23.57$) ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 13.34 ชั่วโมงต่อวัน และมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 66.12

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 49.59 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 50.41 มีอายุระหว่าง 34 - 90 ปี อายุเฉลี่ย 62.55 ปี ($SD = 11.30$) โรคมะเร็งที่พบเป็นส่วนใหญ่ คือ มะเร็งปอด รองลงมา คือ มะเร็งระบบทางเดินอาหาร และมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 25.62, 19.83 และ 18.18 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายเฉลี่ย 13.17 เดือน การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ



เคมีบำบัดแบบประคับประคอง (palliative chemotherapy) และการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ คิดเป็นร้อยละ 49.58 และร้อยละ 30.58 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มีอาการแสดงผิดปกติเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 44.63

2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 85.96 (SD = 20.71) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านการดูแลอยู่ในระดับต่ำที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.24 (SD = 0.84) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คุณภาพชีวิต	คะแนน ที่เป็นไปได้	คะแนน ที่เป็นจริง	X	SD	$\bar{X}/$ items	SD	ระดับ
ด้านการดูแล	0 - 40	3 - 40	22.39	8.41	2.24	0.84	
ด้านความยุ่งยากหรือการ ถูกรบกวนชีวิตประจำวัน	0 - 28	4 - 28	17.67	5.63	2.52	0.80	
ด้านการปรับตัวทางบวก	0 - 28	6 - 28	19.75	4.63	2.82	0.66	
ด้านความกังวลเรื่องการเงิน	0 - 12	0 - 12	6.88	3.45	2.29	1.10	
ด้านทั่วไป	0 - 32	2 - 32	19.27	5.49	2.41	0.68	
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-140	34-140	85.96	20.71	2.46	0.59	ปานกลาง

3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ใช้ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 20.88 เดือน (SD = 23.57) มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.06 (SD = 2.07) ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.51 (SD = 9.29) มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 46.55 (SD = 7.60) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.83 (SD = 0.78) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	20.88	23.57	-
ความเหนื่อยล้า	3.06	2.07	ระดับต่ำ
ภาวะซึมเศร้า	15.51	9.29	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
ความเข้มแข็งในการมองโลก	46.55	7.60	ระดับปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	2.83	0.78	ระดับสูง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง ($r = -.64$ และ $-.73$ ตามลำดับ $p < .05$) ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง ($r = .61$, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ($r = .34$, $p < .05$) ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = .11$, $p > .05$) (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	1.00					
2. ความเหนื่อยล้า	-.10	1.00				
3. ภาวะซึมเศร้า	-.04	.69*	1.00			
4. ความเข้มแข็งในการมองโลก	.09	-.48*	-.56*	1.00		
5. การสนับสนุนทางสังคม	-.10	-.31*	-.28*	.43*	1.00	
6. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว	.11	-.64*	-.73*	.61*	.34*	1.00

* $p < .05$

จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรต้น ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อกัน (Multicollinearity) จึงสามารถนำตัวแปรเหล่านี้เข้าการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนได้

5. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเหนื่อยล้า โดยภาวะซึมเศร้ามีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้มากที่สุด รองลงมาคือ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเหนื่อยล้า โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ -.43, .26 และ -.22 ตามลำดับ และสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ร้อยละ 62 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน แสดงปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (constant)	74.31	10.60	-	7.01	.00
ภาวะซึมเศร้า	-.96	.19	-.43	-5.02	.00
ความเข้มแข็งในการมองโลก	.72	.19	.26	3.75	.00
ความเหนื่อยล้า	-2.22	.80	-.22	-2.76	.01
R = .78 R ² = .62 Adjust R ² = .60 F = 7.6					

การอภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งการอภิปรายผลออกเป็น 3 ข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 85.96 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้า²⁹⁻³¹ ที่พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง 67.34 – 89.50 (ค่าคะแนน 0 – 140) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ด้านภาระการดูแลอยู่ในระดับต่ำที่สุด^{30,31} มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.24 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีการรับรู้ถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในรายที่ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ หรือมีอาการแสดงของโรครุนแรง ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะปัญหาความทุกข์ทรมานทางร่างกายของผู้ป่วยในการจัดการความเจ็บปวด และการจัดการกับอาการต่างๆ สังเกตได้ว่าระงับอาการข้างเคียงจากการรักษา และเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือขณะอยู่ในโรงพยาบาลตลอดจนกระทั่งจำหน่าย หรือพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในสถานบริการใกล้บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวยังต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วย เนื่องจากสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวยังมีบทบาทในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เช่น การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการและโรค แหล่งสนับสนุนทางการรักษาประคับประคอง³² ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานอาจส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแล เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้และเกิดความเครียด มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ลี้หน้าง มีความรู้สึกถึงความไม่แน่นอน ความไม่มั่นคงในชีวิต และกลัวการสูญเสียของบุคคลอันเป็นที่รัก^{9,10} เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้มากขึ้น

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในหลายๆ ด้าน ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวบางรายจะเลยการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง⁴ การดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติของตัวผู้ดูแลเอง ทำให้บทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผู้ที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักมักเป็นคู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัวนั้นๆ โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นคู่สมรส ซึ่งต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม เช่น การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน ภาระงาน ความเครียด อาจส่งผลให้บางครอบครัวเกิดความขัดแย้งเพิ่มขึ้น ปฏิสัมพันธ์ การสื่อสารและความร่วมมือการช่วยเหลือซึ่งกันและกันลดลง¹¹ ผู้ดูแลในครอบครัวบางรายอาจต้องขาดงาน หรือลาออกจากงานของตนเองเพื่อมาทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ต้องรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายหลายด้าน ทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการซื้ออุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมหรือสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย อีกทั้งหากผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยง

ครอบครัวการเจ็บป่วยจึงทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ มีผลต่อการเงินและเศรษฐกิจในครอบครัว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวลดลง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = .11, p > .05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานผู้ดูแลในครอบครัวจะประสบความยุ่งยากในการดูแลโดยเฉพาะการจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย มีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวลดลง³³ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหนึ่ง อาจจะมีการปรับตัวซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลมีพฤติกรรมและการแสดงความรู้สึกเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อรักษาความสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัวได้ก็จะไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต³⁴

ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.64, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gaston, Lachica, Fall-Dickson, Kennedy³⁵ และ Cho, Dodd, Lee, Padilla, Slaughter³⁶ ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความเหนื่อยล้ามากจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวมีหลายสาเหตุมีความเกี่ยวข้องกับความเหน็ดเหนื่อยทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ รวมไปถึงความรู้สึกสับสน ความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย เป็นผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลในครอบครัวได้³⁷ และเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมักใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วย ทรมานร่างกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วย จนบางครั้งอาจจะเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้สภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการปวดเมื่อยล้ากล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งเกิดจากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรม ประกอบกับสภาพจิตใจ ความเบื่อหน่ายทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยจากการดูแลผู้ป่วย เมื่อความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นเรื้อรังเป็นเวลานานโดยไม่ได้รับการแก้ไข จึงส่งผลกระทบต่อทางด้านลบต่อคุณภาพชีวิตได้³⁸

ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.73, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gaston, Lachica, Fall-Dickson, Kennedy³⁵ และ Heidari, et al³⁹ เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มักได้รับความทุกข์ทรมานทางอารมณ์เนื่องมาจากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในหลายๆ ด้าน ผู้ดูแลในครอบครัว ได้รับสิ่งร้ายภายนอกมากกระตุ้นทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถจัดการหรือเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางด้านอารมณ์ได้ มักมีความกลัว เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ผิดหวัง ลึกลับในแผนการรักษา ถูกรบกวนทางด้านอารมณ์ เกิดความรู้สึกทางด้านลบ ความคิดเหล่านี้นำไปสู่

ภาวะซึมเศร้า⁴⁰ อารมณ์ทางด้านลบจะไปขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ทำให้เกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม⁴¹ ความซึมเศร้า ถือเป็นผลกระทบที่มีความสำคัญ และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอื่นๆ ส่งผลทำให้แนวโน้มคุณภาพชีวิตลดลง¹² ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า⁴²

ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .61, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khanjari, Oskouie, Langius-Eklöf⁴³ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับต่ำจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับต่ำลงเช่นกัน โดยความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแหล่งประโยชน์ที่อยู่ภายในตัวบุคคล ทำให้มีความสามารถในการประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นสิ่งท้าทาย มีความเข้าใจ สามารถควบคุมหรือจัดการกับสิ่งเร้าและเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ส่งผลให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตด้วยความพึงพอใจ มีความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง มองโลกและสิ่งต่างๆ ในแง่ดี มีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง⁴⁴ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกมากจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแหล่งทรัพยากรทางด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาได้¹²

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pearce, Singer, Prigerson⁴⁵ และ Leow, Chan, Chan³⁰ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 66.12 ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ใช้เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่บนเตียง หรือมีกิจกรรมได้เพียงนั่งเก้าอี้ หากผู้ดูแลในครอบครัวมีญาติหรือบุคคลอื่นมาช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้น³¹ การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (Main effect) การได้รับความช่วยเหลือทางสังคม จะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกถึงความมั่นคงกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง มีพฤติกรรมทางสุขภาพเป็นไปในทางที่ดี จึงมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีความสุขในชีวิต และมีผลต่อการบรรเทาผลกระทบของภาวะเครียด (buffer effect) ผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จะส่งผลต่ออารมณ์ทางด้านบวก และสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ ช่วยให้สามารถประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง ทำให้การรับรู้ถึงความเครียดลดลง มีการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น⁴⁶

3. ความสามารถในการทำนายของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็ง

ในการมองโลก และความเหนื่อยล้า โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ $-.43$, $.26$ และ $-.22$ ตามลำดับ และสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ร้อยละ 62 ($R^2 = .62$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khanjari, Oskoule, Langius-Eklöf⁴³ ศึกษาพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ 0.31 ($p < .05$) ผลการศึกษาของ Yang, Hao, George, Wang⁴⁷ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้ ร้อยละ 25.5 และ 28.2 ตามลำดับ

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มักได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและอารมณ์ เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคล อันเป็นที่รัก ทำให้เกิดความตึงเครียดจากการดูแล เกิดความหดหู่และเศร้าหมอง ความรู้สึกไม่แน่นอน ในอนาคตของตนเองและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว มีความผิดหวัง สิ้นหวังในแผนการรักษา ซึ่งความรู้สึก ทางด้านลบเหล่านี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า⁴⁰ ภาวะซึมเศร้าจะไปขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ทำให้เกิด พฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม⁴¹ ส่งผลให้เกิดความถดถอยทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลทำให้ แนวโน้มคุณภาพชีวิตลดลง¹² นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกลดลง จะมีการรับรู้และประเมินว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก มีผลกระทบทางด้านลบและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ของตนเอง ทำให้ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับปัญหาต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ส่งผลให้ผู้ดูแล ในครอบครัวไม่สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยความพาสึก ประกอบกับการทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องสูญเสียพลังงานไปกับการดูแล เกิดความอ่อนเพลีย ความเครียดและความเบื่อหน่าย จึงเกิดเป็นความเหนื่อยล้า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นตัวแปร ทำนาย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเหนื่อยล้าจึงสามารถร่วมกันทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วย เป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนาน สามารถยอมรับในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการดูแลผู้ป่วย ผสมผสาน หน้าที่การดูแลไว้เป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดทักษะความชำนาญในการดูแล³¹ สามารถปรับตัว ต่อปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น หากผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัวได้ ระยะเวลาในการดูแล ผู้ป่วยจึงไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้³⁴ ส่วนการสนับสนุน ทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ทั้งนี้อาจ เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และได้รับการ สนับสนุนทางสังคมในระดับสูงเหมือนกัน ความแปรปรวนระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงมีน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Tang³¹ ที่ถึงแม้ว่าจะพบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย ($r = 0.40 - 0.45$, $p < .001$) แต่อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถ ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้มีการรับรู้ถึงผลกระทบจากการดูแลลดลง ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวทางบวก ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาภาระของผู้ดูแลในครอบครัวที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากที่สุด ดังนั้นควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกราย ซึ่งการประเมินจะช่วยเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมโดยมุ่งเน้นการพยาบาลที่สามารถป้องกันหรือบรรเทาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวมากที่สุด และพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการปรับตัวในทางบวกเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การศึกษานี้พบว่า ภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเหนียวแน่น สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 62 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 38 แสดงว่ายังคงมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ โดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นจุดแข็งหรืออำนาจภายในของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถเป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ของการดูแลได้มากกว่าปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยหรือลักษณะเฉพาะของผู้ดูแลในครอบครัว



เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. Hospital based cancer registry (2555). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2558]. แหล่งที่มา: http://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html
2. Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psychooncology* 2010;19(10):1013-25.
3. Tang ST, McCorkle R. Determinants of place of death for terminal cancer patients. *Cancer Invest* 2001;19(2):165-80.
4. Schubart JR, Kinzie MB, Farace E. Caring for the brain tumor patient: family caregiver burden and unmet needs. *Neuro Oncol* 2008;10(1):61-72.
5. Sherman DW, Ye XY, McSherry C, Parkas V, Calabrese M, Gatto M. Quality of life of patients with advanced cancer and acquired immune deficiency syndrome and their family caregivers. *J Palliat Med* 2006;9(4):948-63.
6. Wolff JL, Dy SM, Frick KD, Kasper JD. End-of-life care: findings from a national survey of informal caregivers. *Arch Intern Med* 2007;167(1):40-6.
7. Weinland JA. The lived experience of informal African American male caregivers. *Am J Mens Health* 2009;3(1):16-24
8. 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. *J Pain Symptom Manage* 2014;48(3):385-99.
9. Kim Y, Baker F, Spillers RL. Cancer caregivers' quality of life: effects of gender, relationship, and appraisal. *J Pain Symptom Manage* 2007;34(3):294-304.
10. Lafaye A, De Chalvron S, Houédé N, Eghbali H, Cousson-Gélie F. The caregivers quality of life cancer index scale (CQOLC): an exploratory factor analysis for validation in French cancer patients' spouses. *Qual Life Res* 2013;22(1):119-22.
11. Allen SM, Goldscheider F, Ciambone DA. Gender roles, marital intimacy, and nomination of spouse as primary caregiver. *Gerontologist* 1999;39(2):150-8.
12. Tang ST, Li CY, Chen CC. Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill cancer patients in Taiwan. *Qual Life Res* 2008;17(3):387-95
13. Nayak MG, George A, Vidyasagar, Kamath A. Quality of life of family caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of Nursing and Health Science* 2014;3(2):70-5.
14. Song JI, Shin DW, Choi JY, Kang J, Baik YJ, Mo H, et al. Quality of life and mental health in family caregivers of patients with terminal cancer. *Support Care Cancer* 2011;19(10):1519-26.

15. Yun YH, Rhee YS, Kang IO, Lee JS, Bang SM, Lee WS, et al. Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients. *Oncology* 2005;68(2-3):107-14.
16. Morishita M, Kamibeppu K. Quality of life and satisfaction with care among family caregivers of patients with recurrent or metastasized digestive cancer requiring palliative care. *Support Care Cancer* 2014;22(10):2687-96.
17. Weitzner MA, McMillan SC, Jacobsen PB. Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings. *J Pain Symptom Manage* 1999;17(6):418-28.
18. Grov EK, Valeberg BT. Does the cancer patient's disease stage matter? A comparative study of caregivers' mental health and health related quality of life. *Palliat Support Care* 2012;10(3):189-96.
19. Weitzner MA, Jacobsen PB, Wagner HJ, Friedland J, Cox C. The caregiver quality of life index-cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Qual Life Res* 1999;8(1-2):55-63.
20. Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM. The revised piper fatigue scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1998;25(4):677-84.
21. เพียงใจ ดาโลปการ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
22. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977;1(3):385-401.
23. ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน บัณฑิต, สมพร เจริญชัยศรี. คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก* 2533;21(1):26-45.
24. Antonovsky A. Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. 4th ed. San Fransico: Jossey-Bass; 1987.
25. สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, พรณวดี พุทธวัฒน์. ลี้รบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ความสุขในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาล* 2532;38(3):169-90.
26. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *J Behav Med* 1981;4(4):381-406.
27. Hanucharumkul S. Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand. [Doctoral dissertation]. Wayne State University; 1988.
28. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research : conduct, critique, and utilization. (Vol. 5). St. Luis. Missouri: Elsevier Saunders.; 2005.



29. Effendy C, Vernooij-Dassen M, Setiyarini S, Kristanti MS, Tejawinata S, Vissers K, et al. Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds. *Psychooncology* 2015;24(5):585-91.
30. Leow MQ, Chan MF, Chan SW. Predictors of change in quality of life of family caregivers of patients near the end of life with advanced cancer. *Cancer Nurs.* 2014;37(5):391-400.
31. Tang WR. Hospice family caregivers' quality of life. *J Clin Nurs* 2009;18(18):2563-72.
32. วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *Rama Nurs J* 2557;20(1):10-22.
33. Lu L, Pan B, Sun W, Cheng L, Chi T, Wang L. Quality of life and related factors among cancer caregivers in China. *Psychiatry Clin Neurosci* 2010;64(5):505-13.
34. เฟื่องฟ้า สีสวย. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
35. 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. *Oncol Nurs Forum* 2004;31(6):1161-9.
36. Cho MH, Dodd MJ, Lee KA, Padilla G, Slaughter R. Self-reported sleep quality in family caregivers of gastric cancer patients who are receiving chemotherapy in Korea. *J Cancer Educ* 2006;21(1 Suppl):S37-41.
37. Clark MM, Atherton PJ, Lapid MI, Rausch SM, Frost MH, Cheville AL, et al. Caregivers of patients with cancer fatigue: A high level of symptom burden. *Am J Hosp Palliat Care* 2014;31(2):121-5.
38. Piper BF. Fatigue. In Kohlman VC, Lindsey AM, West CM (Eds). *Pathophysiological phenomena in nursing*. Philadelphia: W.B.Suanders; 1993. p. 279-301.
39. Heidari Gorji MA, Bouzar Z, Haghshenas M, Kasaeeyan AA, Sadeghi MR, Ardebil MD. Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. *BMC Research Notes* 2012;5:310.
40. Costa-Requena G, Cristófol R, Cañete J. Caregivers' morbidity in palliative care unit: predicting by gender, age, burden and self-esteem. *Support Care Cancer* 2012;20(7):1465-70.
41. Halm MA. Clinical evidence review. Relaxation: a self-care healing modality reduces harmful effects of anxiety. *Am J Crit Care* 2009;18(2):169-72.



42. Friðriksdóttir N, Saevarsdóttir T, Halfdánardóttir SÍ, Jónsdóttir A, Magnúsdóttir H, Olafsdóttir KL, et al. Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncol* 2011;50(2):252-8.
43. Khanjari S, Oskouie F, Langius-Eklöf A. Lower sense of coherence, negative religious coping, and disease severity as indicators of a decrease in quality of life in Iranian family caregivers of relatives with breast cancer during the first 6 months after diagnosis. *Cancer Nurs* 2012;35(2):148-56.
44. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993;36(6):725-33.
45. Pearce MJ, Singer JL, Prigerson HG. Religious coping among caregivers of terminally ill cancer patients: main effects and psychosocial mediators. *J Health Psychol* 2006;11(5):743-59.
46. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985;98(2):310-57.
47. Yang X, Hao Y, George SM, Wang L. Factors associated with health-related quality of life among Chinese caregivers of the older adults living in the community: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2012 Nov 27;10:143.