

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของ  
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม



นางสาวอรุทัย ไฉมเด็ด

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Caregiving experiences, sense of coherence, and meaning in life among family  
caregivers of patients with invasive cancers



Miss Onruithai Chomchoed

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts Program in Counseling Psychology

Faculty of Psychology

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืน  
ในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย  
โรคมะเร็งระยะลุกลาม

โดย

นางสาวอรุณทัย โฉมเจ็ด

สาขาวิชา

จิตวิทยาการปรึกษา

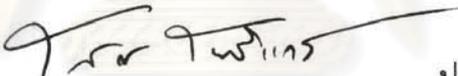
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

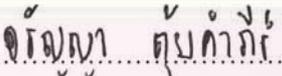
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ต๋วยคำภีร์

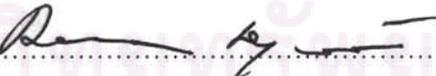
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต

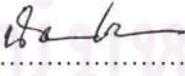
  
..... คณบดีคณะจิตวิทยา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คัดนางค์ มณีศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. โสริช โปธิแก้ว)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ต๋วยคำภีร์)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ นลราชสุวัจน์)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ดร. นิรนาท แสนสา)

อรุณชัย ไฉมเจ็ด : ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม. (Caregiving experiences, sense of coherence, and meaning in life among family caregivers of patients with invasive cancers) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ต๋วยคำภีร์, 198 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสานวิธีประเภทเชิงสามเส้าแบบเกิดพร้อมกัน กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยตึกอำนวยการ ชั้น 3 5 6 7 และศูนย์เคมีบำบัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 ราย เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มาตรฐานวัดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย มาตรฐานวัดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย มาตรฐานวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต มาตรฐานวัดความหมายในชีวิต มาตรฐานวัดความมุ่งหวังในชีวิต และชุดคำถามสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า 1) ญาติผู้ดูแลเพศหญิงจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไม่แตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย 2) ญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต 3) อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทความสัมพันธ์ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์และทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ร้อยละ 29 4) อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทความสัมพันธ์ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีความสัมพันธ์และทำนายความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ร้อยละ 14 ทำนายความมุ่งหวังในชีวิตได้ร้อยละ 43 5) ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 7 ราย สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณที่ว่าแม้ว่าจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสูงแต่กลับมีความรู้สึกเป็นภาระและความรู้สึกกดดันทางด้านร่างกายและจิตใจอันเป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้เป็นผลมาจากการที่ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตและมีความหมายในชีวิตสูง มองว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเป็นความรับผิดชอบที่พึงกระทำและเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของตน

# จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา จิตวิทยาการปรึกษา  
ปีการศึกษา 2552

ลายมือชื่อนิสิต อรุณชัย ไฉมเจ็ด  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อ.อรุณชัย ไฉมเจ็ด

## 5078132538: MAJOR COUNSELING PSYCHOLOGY

KEYWORDS: CAREGIVING EXPERIENCE / SENSE OF COHERENCE / MEANING IN LIFE / A MIXED METHODS DESIGN

ONRUITHAI CHOMCHOED: CAREGIVING EXPERIENCE, SENSE OF COHERENCE, AND MEANING IN LIFE AMONG FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH INVASIVE CANCERS. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. ARUNYA TUICOMEPEE, Ph. D., 198 pp.

This study aimed to examine caregiving experience, sense of coherence, and meaning in life among family caregivers of patients with invasive cancers. The concurrent triangulation mixed methods design was employed. Participants were 200 caregivers of patients with invasive cancers at Wongwanich 3 5 6 7 and Daycare Center Chulalongkorn Hospital. Instruments were demographic questionnaire, Objective Burden Inventory, Caregiving Stress Appraisal, Sense of Coherence Scale, Meaning in Life Questionnaire, Purpose in Life Test and interview protocol. Findings revealed as follow: 1) There were no differences in caregiving experiences between female caregivers and male caregivers 2) Spouse caregivers reported higher numbers of caregiving experiences as compared to blood-relation caregivers 3) Age, sex, duration of caring, amount hours of caring per day, previous caregiving experiences, type of relation, objective caregiving experience, and caregiving stress were able to predict sense of coherence of family caregivers at 29 percent 4) Age, sex, duration of caring, amount hours of caring per day, previous caregiving experiences, type of relation, objective caregiving experience, caregiving stress, and sense of coherence were able to predict the meaning in life and purpose in life of family caregivers at 14 and 43 percent 5) The qualitative data from 7 participants were obtained through interview. Qualitative findings supported the quantitative results that although family caregivers had a high frequency of caring experiences but they did not feel a burden and caring stress because they perceived the sense of coherence and meaning in life. The caregivers perceived caregiving situations as their responsibility and their capability had been challenged by the situations.

Field of Study : Counseling Psychology...

Student's Signature

Onruthai Chomchoed

Academic Year : 2009.....

Advisor's Signature

Arunya Tuicomepee

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรถนฤตา ตัญญา ภัทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่เป็นทั้งผู้ จุดประกายทางด้านความคิด คอยให้ คำแนะนำ คำปรึกษา เป็นแรงผลักดัน เป็นกำลังใจ อีกทั้งยังมีรอยยิ้มอันแสน อบอุ่น และทำให้ ผู้วิจัยสัมผัสได้ถึงจิตวิญญาณของความเป็นครูที่มีให้แก่ผู้วิจัยอย่างเปี่ยมล้นเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. โสรัช โพธิ์แก้ว รองศาสตราจารย์สุภา พรรณ โคตรจรัส ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กวรรณิการ์ นลราชสุวัจน ครูผู้สอนให้ศิษย์ ได้เกิดความเข้าใจใน ศาสตร์ทางด้านจิตวิทยาการปรึกษา ให้โอกาสผู้วิจัยได้เรียนรู้ ผักผ่อน พัฒนาตนเอง และ ส่งเสริมให้ ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ที่ดีระยะเวลา 3 ปีที่อยู่ในครอบครัว Counseling อันแสนอบอุ่น

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์วัชรีย์ ททรัพย์มี ครูที่ให้ศิษย์ได้เข้าใจในทฤษฎี ทางจิตวิทยา อีกทั้งยังกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ภัศรา ศรินทร์ภาณุ คุณนเนตรสุวีร์ เจริญจิตสวัสดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ คำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์นพดล อัศวเมธา อาจารย์ประจำภาควิชารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่ให้ความกรุณาเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ ดร. นิรนาท แสนสา หรือพี่ห้อยที่แสนดีของน้องๆ ที่ให้แง่คิดและข้อเสนอแนะที่ดีเกี่ยวกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณพี่นัท ครูศาสตร์ พี่เล้ง Co'21 ที่ยินดีให้ข้อมูลและตอบข้อสงสัยแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณสภาอากาศชาติไทย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงานของผู้วิจัยทุกท่าน ที่เอื้อเวลาให้ผู้วิจัยได้พัฒนาตนเองและเดินตามเส้นทางแห่ง ความฝัน ขอขอบพระคุณผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทุกท่านที่เปรียบเสมือนครูและชี้ให้ผู้วิจัยมองเห็น และเข้าใจชีวิตได้ตรงตามความเป็นจริง ขอขอบคุณพี่น้องชาว Counseling และเพื่อนๆ รุ่น 23 ที่ ร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมาและทำให้ข้าพเจ้ารู้จักคำว่ากัลยาณมิตร ขอขอบคุณ คุณแป้น คุณไนต์ และพี่อ้อเพื่อนร่วมงานที่แสนดีที่คอยให้การช่วยเหลือทั้งด้านการทำงานและการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อสุทิน คุณแม่ประไพ ผู้ที่มีพระคุณที่สุดในชีวิตที่มอบชีวิตและ ทุกสิ่งทุกอย่างให้แก่ผู้วิจัยเสมอมาโดยมิได้มีเงื่อนไข ขอกราบขอบพระคุณแม่เงาะ-แม่คุณที่คอย ห่วงใยผู้วิจัย ขอขอบพระคุณพี่อุ-พี่บอยพี่ที่เป็นมากกว่าพี่ที่แสนดี ขอขอบคุณคุณคุณวัฒน์ ที่ให้ความ ช่วยเหลือ รั้งพี่ ทั้งยังให้แง่คิด ให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างยามที่ผู้วิจัยเหนื่อยล้า และท้อแท้เมื่อ พบกับอุปสรรคจนผู้วิจัยสามารถข้ามผ่านมาได้ และทำยที่สุดขอขอบคุณโชคชะตาฟ้าลิขิตที่ทำให้ ผู้วิจัยได้มาอยู่ในครอบครัวอันแสนอบอุ่นและทำให้ผู้วิจัยรู้ว่าชีวิตอยู่เพื่อสิ่งใด

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่	
1    บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมุติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2    วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
ความหมายในชีวิต และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	23
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	27
3    วิธีดำเนินการวิจัย.....	30
การออกแบบการวิจัย.....	30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31
ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	42
4    ผลการวิจัย.....	44

บทที่	หน้า
5 การอภิปรายการวิจัย.....	101
6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	122
รายการอ้างอิง.....	137
ภาคผนวก.....	145
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	146
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ผู้เชี่ยวชาญและจดหมายเชิญ..	162
ภาคผนวก ค จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ในการขออนุญาตใช้เครื่องมือ.....	169
ภาคผนวก ง จดหมายขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม และ เอกสารรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคน....	173
ภาคผนวก จ จดหมายขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่เก็บข้อมูล.....	179
ภาคผนวก ฉ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมาตรวัดประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย...	182
ภาคผนวก ช การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมาตรวัดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย..	185
ภาคผนวก ซ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมาตรวัดความหมายในชีวิต.....	187
ภาคผนวก ฌ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิต.....	189
ภาคผนวก ฎ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมาตรวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืน ในชีวิต.....	192
ภาคผนวก ฏ ตารางแสดงค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าคะแนน ต่ำสุด (Min) และค่าคะแนนสูงสุด (Max) ของข้อมูลในมาตรวัดแต่ละ ฉบับเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและภาพรวม (N=200).....	195
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	198

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญญัตราจ

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (N=200).....	45
2 ค่าสถิติเชิงบรรยายของข้อมูลจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (N=200).....	49
3 ค่าสถิติเชิงบรรยายของข้อมูลความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (N=200).....	52
4 ค่าสถิติเชิงบรรยายของข้อมูลความเครียดในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (N =200).....	54
5 ค่าสถิติเชิงบรรยายของข้อมูลความรู้สึกสอคค้ำองกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (N=200).....	56
6 ค่าสถิติเชิงบรรยายของข้อมูลความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลามเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (N=200).....	58
7 ค่าสถิติเชิงบรรยายของข้อมูลความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลามเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (N=200).....	59
8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศและประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (N=200).....	61
9 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามทั้ง 6 ตัวแปร เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศและประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน (N=200).....	65
10 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยวิธี Pairwise Comparisons ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามทั้ง 6 ตัวแปร เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศและประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	68



ตารางที่	หน้า
22	190
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) กับคะแนนรวมของรายข้อที่เหลือของมาตรวัดทั้งหมด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) กับคะแนนรวมของรายข้อที่เหลือของมาตรวัดในแต่ละด้าน และค่าสถิติที (T-test) ของมาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิต (N=200).....	
23	193
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) กับคะแนนรวมของรายข้อที่เหลือของมาตรวัดทั้งหมด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) กับคะแนนรวมของรายข้อที่เหลือของมาตรวัดในแต่ละด้าน และค่าสถิติที (T-test) ของมาตรวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต (N=200).....	
24	196
ค่าสถิติเชิงบรรยายของข้อมูลจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและภาพรวม (N=200).....	
25	196
ค่าสถิติเชิงบรรยายของข้อมูลความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและภาพรวม (N=200).....	
26	196
ค่าสถิติเชิงบรรยายของข้อมูลความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและภาพรวม (N =200).....	
27	197
ค่าสถิติเชิงบรรยายของข้อมูลความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและภาพรวม (N=200).....	
28	197
ค่าสถิติเชิงบรรยายของข้อมูลความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและภาพรวม (N=200).....	

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	29



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ดังจะเห็นได้จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขให้เห็นถึงจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งได้เพิ่มขึ้นมาเป็นอันดับหนึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 โดยมีจำนวน 36,091 ราย ในปี พ.ศ. 2543 มีจำนวน 39,480 ราย ในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวน 42,497 ราย ในปี 2545 มีจำนวน 45,834 ราย ในปี 2546 มีจำนวน 49,682 ราย ในปี 2547 มีจำนวน 50,818 ราย ในปี 2548 มีจำนวน 50,622 ราย และในปี พ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้นเป็น 52,062 ราย จะเห็นได้ว่าในช่วง 7 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นร้อยละ 44.25 (กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ซึ่งในปัจจุบันแนวคิดนโยบายการบริการทางสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่ว่าการดูแลรักษาสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ มาเป็นการให้ประชาชนโดยเฉพาะครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยจึงกลายเป็นหน้าที่หลักของญาติผู้ดูแล (Family caregivers) ซึ่งถือได้ว่าญาติผู้ดูแลเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญยิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับภาวะเจ็บป่วยและมีกำลังใจที่จะเผชิญกับโรคร้ายต่อไป

สภาพจิตใจของญาติผู้ดูแล เช่น ภาวะเครียด เหนื่อยล้า ซึมเศร้า มักเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นควบคู่กับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล ทั้งนี้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย (Caregiving experiences) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลกิจวัตรส่วนตัวของผู้ป่วย การดูแลประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ การเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการจัดการกับสภาพอารมณ์ จิตใจและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (ภารดี ปรินาวิทยากุล, 2545) โดยเฉพาะประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมักมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายจากความทุกข์ทรมานของโรคที่เป็นอยู่ ร่วมกับมีสภาพอารมณ์ที่แปรปรวน (Cassileth, Lusk, Strouse, Miller, Brown, & Cross, 1985) ที่สำคัญการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญกับภาวะเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้น อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งรู้สึกเหมือนถูกแยกออกจากสังคม ต้องกระทำหลายบทบาทพร้อมกัน ก่อให้เกิดความกดดันสะสมในทุกๆ ด้านซึ่งเป็นที่มาของความเครียด ความรู้สึกเหนื่อยล้า (จอม สุวรรณโณ, 2541) งานวิจัยที่ผ่านมาได้ระบุว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติมีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของญาติผู้ดูแลทั้งสิ้น (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541; Cassileth et al., 1985) ดังการศึกษาของ Cassileth และ

คณะได้ทำการศึกษาวิเคราะห์สภาพจิตใจญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 201 คู่ พบว่าสภาพอารมณ์ ระดับความวิตกกังวล และสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์กันสูง นั่นคือ เมื่อผู้ป่วยมีสภาพจิตใจอย่างไรผู้ดูแลก็จะมีสภาพจิตใจเช่นนั้นด้วย และเมื่อมีการติดตามประเมินตามระยะต่างๆ ของการรักษา คือ ระยะรักษา ระยะติดตามการรักษา และระยะประคับประคอง พบว่า ปัญหาทางจิตใจของญาติผู้ดูแลจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต (Cassileth et al., 1985) ดังนั้นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด ซึ่งหากญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ ย่อมเกิดความรู้สึกมั่นคง ยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและมีพฤติกรรมกรมการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อญาติผู้ดูแลเองและต่อตัวผู้ป่วยด้วย (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541)

การศึกษาด้านจิตวิทยาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่า ไม่ว่าจะมีความวิตกกังวลหรือเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกตนเอง ก็สามารถเข้าไปจัดการแก้ไขได้หรือที่เรียกว่า “ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต (Sense of coherence)” นั้น มีอิทธิพลด้านบวกต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ดังการศึกษาของ ชูชื่น ชิวพูนผล (2541) ที่ศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลที่มีผลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะลุกลาม จำนวน 200 ราย ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลพบว่า ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ทัศนคติ และด้านบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา วิเสโส (2545) ที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ต้องอาศัยการทำความเข้าใจ และการปรับตัวเพื่อให้เกิดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแล (ประกอบพร ทิมทอง, 2550) จะเห็นได้ว่า ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตนับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของญาติผู้ดูแล ซึ่งความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตนั้นเป็นการรับรู้ถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่กำลังเผชิญอยู่ มีคุณค่า มีความหมายที่จะรับรู้ทำความเข้าใจ รวมถึงมีแนวทางและแหล่งทรัพยากรที่เหมาะสมเพื่อที่จะใช้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Antonovsky, 1982) นอกจากนี้ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตยังเป็นการรับรู้ของบุคคลในบางสิ่งที่ยิ่งใหญ่กว่าตัวตนของเขา การรับรู้ของบุคคลในมิติของจิตวิญญาณเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการมีสภาพจิตใจที่ดีของญาติผู้ดูแล (ปิยฉัตร สะอาดเอี่ยม, 2544) สำหรับการรับรู้ด้านจิตวิญญาณที่มีการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ ได้แก่ การรับรู้ความหมายในชีวิต (Meaning in life) ซึ่งหมายถึงการรับรู้ของบุคคลที่ว่าตนเองมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร สิ่งใดที่มี

ความหมายและมีความสำคัญต่อชีวิต เป็นการตระหนักได้ถึงสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิตตนและมีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต (Crumbaugh & Maholic, 1969; Fabry, 1988, Stavros, 1991 อ้างใน อรัญญา ตู่ย์คำภีร์, 2536) นอกจากนี้ความหมายในชีวิตยังรวมถึงการมีแรงจูงใจหรือความมุ่งมั่นที่จะค้นหาสิ่งที่มีความหมายในชีวิตของตน (Steger & Frazier, 2006)

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเป็นการประยุกต์ความรู้ทางจิตวิทยาเพื่อช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ตระหนักและเข้าใจในตนเอง รวมถึงเข้าใจโลกและชีวิตมากขึ้น อันก่อให้เกิดความเจริญงอกงาม สามารถพัฒนาตนเองได้เต็มตามศักยภาพของตนอย่างสร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ มีประสิทธิภาพและมีความสุข มีจิตใจที่มั่นคงและมีชีวิตอยู่กับสิ่งต่างๆ ได้อย่างกลมกลืนและสอดคล้องตามความเป็นจริง สำหรับประเทศไทยนั้นพบว่าการศึกษาด้านจิตวิทยาการปรึกษาที่เน้นในเรื่องประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้นยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าว โดยได้ตั้งคำถามการวิจัยคือ (1) ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีมากน้อยเพียงใด และ (2) การรับรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีลักษณะอย่างไร ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธีประเภทเชิงสามเส้าแบบเกิดพร้อมกัน (Concurrent triangulation mixed methods design) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยที่เน้นทั้งวิธีการเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยคาดว่าผลการวิจัยนี้จะก่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้กว้างลึกซึ้ง ครอบคลุม และนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้จัดบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

## สมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีสมมติฐานการวิจัยคือ

1. สมมติฐานที่เกี่ยวกับความแตกต่างของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศ และประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยมีสมมติฐานย่อยดังนี้

1.1 ญาติผู้ดูแลเพศหญิงจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย

1.2 ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

2. อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย - ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และความเครียดในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์และทำนายความรู้สึกสอคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้

3. อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย - ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกสอคล้องกลมกลืนในชีวิตมีความสัมพันธ์และทำนายความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้

## ขอบเขตของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ บิดามารดา พี่น้อง บุตร หลาน หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ คู่สมรสที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) คือ ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน ซึ่งลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติจะมุ่งเน้นที่การดูแลเพื่อสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดแผล ช่วยเหลือในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา การให้กำลังใจ เป็นต้น โดย

ไม่รับค่าตอบแทน ไม่มีอาการทางจิตประสาทและปัญหาในการรับรู้ และมีความสมัครใจในการให้ข้อมูล

2. การศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยคือการศึกษำำนวนและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้มาตรวัดภาระในการดูแลผู้ป่วย (Objective Burden Inventory; OBI) ที่พัฒนาโดย Luttik และคณะ (2008) และการประเมินการรับรู้ การสำรวจความคิดและความรู้สึก ความเชื่อ ที่เกิดจากภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้มาตรวัดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย (Caregiving Stress Appraisal; CSA) ที่พัฒนาโดย Abe (2007) และคณะ

3. การศึกษาระดับความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาตามมาตรวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต (Sense of Coherence Scale; SCS) ของ Antonovsky (1987) โดยผู้วิจัยได้พัฒนาให้เหมาะสมกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

4. การศึกษาความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาตามมาตรวัดความหมายในชีวิต (Meaning in Life Questionnaire; MLQ) ของ Steger และ Frazier (2006) และมาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิต (Purpose in life Test; PIL) ของ Crumbaugh และ Maholick (1964) ที่พัฒนาโดย อรรถัญญา ต้อยคำภีร์ (2542) โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

5. การศึกษาโดยใช้ ชุดคำถามสัมภาษณ์ เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความหมายในชีวิต และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

6. สถานที่ในการวิจัย คือ หอผู้ป่วยตีกว่องวานิชชั้น 3 5 6 7 และศูนย์เคมีบำบัด ตีกว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่

1. เพศ
2. ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
3. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
4. ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต
5. ความหมายในชีวิต

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

**ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย** หมายถึง การรายงานตนเองของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลกิจวัตรส่วนตัวของผู้ป่วย การรักษาพยาบาล การดูแลประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ การเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการจัดการกับสภาพอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังรวมถึงการประเมินความเครียดในการดูแลผู้ป่วย โดยการศึกษาครั้งนี้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยคือ ค่าคะแนนที่ได้จากมาตรวัดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ที่พัฒนามาจากจากมาตรวัด Objective Burden Inventory (OBI; Luttk และคณะ, 2008) และมาตรวัด Caregiving Stress Appraisal (CSA; Abe, 2007)

**ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่าไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอก ตนเอง ก็สามารถรับรู้เข้าใจ คาดการณ์ได้อย่างมีเหตุผล สามารถนำแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มองเห็นคุณค่าและรู้สึกคุ้มค่าในการนำแหล่งทรัพยากรดังกล่าวมาใช้ได้อย่างลงตัว กล่าวคือ มีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจเหตุการณ์ มีความสามารถในการจัดการชีวิตต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และมีการมองโลกอย่างเต็มไปด้วยความหมาย โดยการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงค่าคะแนนที่ได้จากมาตรวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ที่พัฒนามาจากมาตรวัด Sense of Coherence Scale (SCS; Antonovsky, 1987)

**ความหมายในชีวิต** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นดำรงอยู่ และเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมุ่งมั่นเมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือวิกฤตของชีวิต ความหมายในชีวิตเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงบุคคลให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว กระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตอย่างมุ่งมั่น ผ่านสัมพันธ์ภาพต่อผู้คนรอบข้างและผ่านการมีทัศนคติต่อชีวิตที่เข้มแข็งเพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ต่อไปได้ โดยการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงค่าคะแนนที่ได้จากมาตรวัดความหมายในชีวิตที่พัฒนามาจากมาตรวัด Meaning in Life Questionnaire (MLQ; Steger & Frazier, 2006) และค่าคะแนนที่ได้จากมาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิตที่พัฒนามาจากมาตรวัด Purpose in Life Test (PIL; Crumbaugh & Maholick, 1964; ธีรญา ตัญคำภีร์, 2542)

**ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม** หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ บิดามารดา พี่น้อง บุตร หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ คู่สมรส ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) คือ ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน ซึ่งลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติ จะมุ่งเน้นที่การดูแลเพื่อสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ

ของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดแผล ช่วยเหลือในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร/ยา การให้กำลังใจ เป็นต้น โดยไม่รับค่าตอบแทน ไม่มีอาการทางจิตประสาท และปัญหาในการรับรู้ และมีความสมัครใจในการให้ข้อมูล

**ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยพยาธิแพทย์หรือแพทย์วิทยาเนื้องอก (Oncologist) ที่มีใบอนุญาต และตรวจพบเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่มีลักษณะของการเจริญเติบโตและการแพร่ของเซลล์เนื้อร้ายที่ควบคุมไม่ได้ จนมีการลุกลามไปยังเนื้อเยื่อปกติอื่นๆ การวินิจฉัยต้องยืนยันด้วยหลักฐานการตรวจชิ้นเนื้อทางห้องปฏิบัติการ

**ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน)** หมายถึง ระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มที่รู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง และให้การดูแลต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

**จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน** หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่อวัน

**ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น** หมายถึง เหตุการณ์ในอดีตที่ญาติผู้ดูแลเคยให้การดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน หรือเป็นเหตุการณ์ที่ญาติผู้ดูแลเคยประสบที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วยอื่นทั้งร่างกายและจิตใจ

**ประเภทความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม** หมายถึง ญาติผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง บุตร หลาน หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมายคือ คู่สมรส

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อศึกษาและอธิบายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย
2. เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้รวมถึงผลที่ได้จากการศึกษา นำไปเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา รวมถึงการพัฒนารูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่เหมาะสม เพื่อช่วยเพิ่มความรู้สึกสอคล้องกลมกลืนในชีวิตและความหมายในชีวิตต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในลำดับต่อไป
3. เพื่อเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการ ตลอดจนเป็นประโยชน์ในทางจิตวิทยาการปรึกษาทางการพยาบาล รวมถึงผู้ที่สนใจเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยความรู้สึกสอคล้องกลมกลืนในชีวิตและความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ตามลำดับดังนี้

#### 1. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย (Caregiving experiences)

##### 1.1 ความหมาย

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลกิจวัตรส่วนตัวของผู้ป่วย การรักษาพยาบาล การดูแลระดับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ การเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการจัดการกับสภาพอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย หรือที่เรียกว่า จำนวนและความรู้สึกเป็นภาระในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วย (Luttik, Jaarsma, Tijssen, Veldhuisen, & Sanderma, 2008) นอกจากนี้ยังรวมถึงการรับรู้ การสำรวจความคิด และความรู้สึก ความเชื่อ ที่เกิดจากภาระในการดูแลผู้ป่วย หรือที่เรียกว่า ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย (Abe, 2007)

##### 1.2 ผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregivers)

Horowitz ได้แบ่งประเภทของผู้ดูแล โดยแบ่งตามลักษณะการดูแล ได้ 2 ประเภท (Horowitz, 1985 อ้างใน วิภา วิเสโส, 2545) ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล โดยตรงต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าญาติผู้ดูแลคนอื่นๆ ลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติจะมุ่งเน้นที่การดูแลเพื่อสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดแผล ช่วยเหลือในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น

2. ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชน หรือจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา หรือเป็นผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย โดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อญาติผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ แต่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลหลัก

ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย อาจมีทั้งญาติผู้ดูแลหลักและญาติผู้ดูแลรองช่วยกัน ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ส่วนการที่จะกำหนดว่าใครคือญาติผู้ดูแลหลักหรือญาติผู้ดูแลรองนั้น จะพิจารณาถึงปัจจัยหลายด้านประกอบกันเช่น ความพร้อมด้านเวลา ความสามารถ

ในการดูแล หรือความสามารถในการพิจารณาตัดสินใจวางแผนให้คนใดคนหนึ่งหรือหลายๆ คนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแทน เป็นต้น

ส่วน Bell และ Gibbons (1989; Parker, 1992 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2549) แบ่งลักษณะของผู้ดูแล ออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานพยาบาล หรือองค์กรต่างๆ ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น พยาบาล ทีมสุขภาพ ลูกจ้างดูแล องค์กรต่างๆ รวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ ตามข้อตกลง

2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนาน 24 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้รับการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

กลุ่มของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการนี้ Parker (1992 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2549) ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการตามลักษณะความสัมพันธ์และปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้

2.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver) คือ ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) ที่พบบ่อยในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติอาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนดูแลเรื่องการไปพบแพทย์ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความคล่องตัวในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

2.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) คือ ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน การช่วยเหลือที่เกิดขึ้นมาจากความรักความผูกพันหรือการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลมาก่อนในอดีต

### 1.3 ปัจจัยเงื่อนไขในการเข้าสู่บทบาทญาติผู้ดูแล

การที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวจะเป็นญาติผู้ดูแลหรือบุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยนั้น อาจมีปัจจัยเงื่อนไขที่นำเข้าสู่บทบาทการเป็นญาติผู้ดูแล ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและวัฒนธรรมประเพณีที่สืบต่อกันมา  
 พื้นฐานความเชื่อทางสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะเพศหญิงที่ได้รับการ  
 หล่อหลอมทางสังคมให้เป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน  
 (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541) ลูกต้องดูแลพ่อแม่ (บรรลู่ ศิริพานิช, 2521) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่ทำหน้าที่เป็น  
 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดทางสายโลหิตกับผู้ป่วยเป็น  
 การดูแลตามลำดับรุ่น และพัฒนาการของสมาชิกที่เป็นระบบย่อยของครอบครัว (จอม สุวรรณโณ,  
 2541)

2. สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยและการยอมรับของญาติ  
 กล่าวคือ สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดี ญาติผู้ดูแลที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแล  
 ผู้ป่วย ยอมรับผู้ป่วยได้ มักเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะได้รับการดูแลจาก  
 สมาชิกบางคนในครอบครัว ซึ่งบุคคลเหล่านั้นเป็นผู้มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย มีความผูกพัน  
 ใกล้ชิด กับผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

3. ศักยภาพของญาติผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจในตัว  
 ผู้ป่วย การเจ็บป่วยและการดูแล รวมทั้งประสบการณ์หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วยจะมีแนวโน้มเป็น  
 ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ

4. เวลาและความสะดวกของญาติผู้ดูแล อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ  
 เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำที่ทำอยู่ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

5. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ สมาชิกครอบครัวที่ไม่มีรายได้จากงานประจำหรือ  
 เป็นบุคคลที่มีรายได้น้อยที่สุดในครอบครัวมักเป็นผู้มีบทบาทในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย  
 เนื่องจากบุคคลที่มีรายได้สูงกว่าต้องเป็นบุคคลที่เป็นหลักในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนอื่น

#### 1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยนั้น พบว่า  
 ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย มีทั้งประสบการณ์ตรงในการดูแล และความเครียดที่  
 เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามามีบทบาทและส่งผล  
 กระทบต่อการดูแลผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็น  
 ต้น ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

ปิยฉัตร สะอาดเอี่ยม (2544) ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลด้านจิตวิญญาณ  
 ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยเก็บ  
 ข้อมูลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 10 ราย โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์  
 ข้อมูลด้วยวิธีการแบบมีมาติคของโคไลซีซี ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลให้ความหมาย  
 ประสบการณ์ในมิติด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเช่นว่า เป็นความเชื่อ ดังที่ผู้ให้

ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า “เหมือนกับเวรกรรม เค้า(ผู้ป่วย)กับเรา(ญาติผู้ดูแล)มาเจอกัน เราไม่ได้ทำ แต่พ่อเค้าทำมาตกกับลูก เกร่วมกัน คิดว่านั่นนะ” นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้รายงานถึง ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านจิตวิญญาณใน 5 ประเด็นหลักได้แก่ ประเด็นแรกคือ ความเข้าใจในภาวะเจ็บป่วย ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช การปรับเปลี่ยนการดูแลที่เหมาะสม และการยอมรับ รวมถึงการคำนึงถึงความดีของผู้ป่วยจิตเวชและการมีความหวัง ประเด็นที่สองคือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยความรู้สึกว่าเป็นบุคคลอันเป็นที่รักซึ่งทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงแม้ตนจะป่วยอยู่แต่ก็ยังมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัว ประเด็นที่สามคือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ค้นพบความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิตของเขา ประเด็นที่สี่คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ปฏิบัติตนตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของตน เช่น การพาไปทำบุญ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และประเด็นสุดท้ายคือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชให้ดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างมีความสุขโดยการให้กำลังใจและสร้างบรรยากาศที่ดีในครอบครัว ทั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อสรุปเกี่ยวกับการวิจัยว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล มีความสำคัญและมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ภารดี ปรีชาวิทยากุล (2545) ได้ศึกษาประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแล จำนวน 13 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2545 – เดือนเมษายน พ.ศ. 2546 ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คือ หนึ่ง เป็นญาติผู้ดูแลที่พักอาศัยในอาคารเย็นศีรษะ (อาคารที่พักชั่วคราวตามพระราชประสงค์ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สำหรับของผู้ป่วยและญาติที่ยากจนและมาจากต่างจังหวัด) ซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์ สอง สามารถจดจำและเล่าสถานการณ์ต่างๆ ได้ สามารถสื่อสารภาษาได้เข้าใจ ได้ตอบได้ และยินดีให้ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและข้อมูลที่ได้จากการสังเกตมาวิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบธิมมาติคของโคไลซี่ซี่ ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลให้ความหมายของประสพการณ์ในการดูแลว่าหมายถึง การช่วยเหลือผู้ป่วยทุกเรื่องให้สุขสบายทั้งกายและใจ และการช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ ส่วนผลการวิจัยด้านประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล แบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านแรก เป็นการปรับตัวซึ่งญาติผู้ดูแลรายงานถึงการปรับตัวขณะดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำแนกได้ 3 ลักษณะคือการปรับตัวกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การฝึกหัดและเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจากหลายทาง และการสร้างความหวังและกำลังใจแก่ตนเองเพื่อให้สามารถยืนหยัดดูแลผู้ป่วย ด้านที่สองเป็นความรู้สึกของการเป็นผู้ดูแลซึ่งญาติผู้ดูแลสะท้อนความรู้สึก จำแนกได้ 6 ลักษณะคือ ความรู้สึกถูกแยกจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ความรู้สึกวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย ความรู้สึกเป็น

ภาวะในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกเหมือนจนมุมและไม่มีทางเลือก ความคับข้องใจจากการที่ไม่ได้สมัครใจดูแลแต่ต้องทำเพราะเป็นหน้าที่ และความรู้สึกว่าผู้ป่วยไม่ปลอดภัยในการพักที่พักอาศัยชั่วคราวร่วมกับผู้ป่วยและญาติคนอื่นๆ สำหรับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ญาติดูแล รายงานว่าปัญหาหรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย จำแนกได้ 11 ลักษณะคือ ความไม่เข้าใจและขัดแย้งกับผู้ป่วย การสื่อสาร เศรษฐกิจ สุขภาพและอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นของผู้ป่วยระหว่างพักรักษา สภาพร่างกายของผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ สุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้ดูแลในระหว่างดูแลผู้ป่วย ปัญหาส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล เช่น ติดแฟนจึงทอดทิ้งผู้ป่วย ความเครียดของผู้ดูแล ไม่เข้าใจศัพท์ทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล และความไม่สะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาล **ด้านที่สาม** เป็นวิธีการปรับตัวและเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ซึ่งจำแนกได้ 8 ลักษณะคือ การแสวงหาความรู้ ให้ความอดทน ความเข้าใจและการยอมรับ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การมีที่ยึดเหนี่ยวทางศาสนาและมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่พึ่งทางใจ การปรับอารมณ์ และการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมอื่นๆ

วิภา วิเสโส (2545) ได้ศึกษาถึงการให้ความหมายของประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งนับตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่าจะต้องเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จนกระทั่งถึงวันที่ให้ข้อมูล โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวนทั้งหมด 12 รายผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลให้ความหมายของประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จำแนกได้ 4 ลักษณะ คือ (1) เป็นโอกาสตอบแทนบุญคุณ (2) เป็นผู้ดูแลได้ดีกว่าคนที่ไม่ใช่ญาติ (3) เป็นความสงสาร ความเห็นใจและความเต็มใจที่จะให้การดูแล และ (4) เป็นภาระหน้าที่ที่จะต้องดูแล สำหรับลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่าจะต้องเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล จำแนกได้ 5 ลักษณะ คือ (1) ต้องรับบทบาทและภาระในการดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยญาติผู้ดูแลมีวิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวคือ ทำความเข้าใจ ปรับตัว เตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ (2) ลืมสนใจตนเองโดยพยายามลดการใช้เวลาส่วนตัว ลืมนาคต วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงนี้คือ หยุดทบทวนสถานการณ์ กำหนดเป้าหมายในชีวิต พยายามรักษาสุขภาพให้แข็งแรง และจัดสรรเวลาให้เหมาะสม (3) วิตกกังวล กลัวการสูญเสียผู้ป่วย วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงนี้คือ ทำใจ ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย หากิจกรรมทำเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ คิดปลงกับการสูญเสียล่วงหน้าและทำให้สบาย (4) สูญเสียทรัพย์สิน ต้องนำเงินเก็บมาใช้และขาดรายได้ วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงนี้คือ ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์ทางการรักษา แสวงหาแหล่งช่วยเหลือทางการเงินอื่นๆ และ (5) เหน็ดเหนื่อยกายและหมดกำลังใจจากภาระการดูแล วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงนี้คือ ระลึกถึงความดี ประสบการณ์ที่ดีที่เคยทำ

ร่วมกับผู้ป่วย สร้างกำลังใจให้กับตนเอง แสวงหากำลังใจจากญาติคนอื่น พูดคุยกับญาติผู้ดูแลคนอื่นและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

ศศิธร ช่างสุวรรณ (2548) ได้ศึกษาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลเป็นญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ราย ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2545 – กุมภาพันธ์ 2546 ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คือ หนึ่ง เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัว และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย สอง มีภูมิลำเนาหรือที่พักอาศัยอยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สาม มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปไม่จำกัดเพศ การศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ สี่ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษา และ ห้า สามารถฟังพูดและอ่านภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและข้อมูลที่ได้จากการสังเกตมาวิเคราะห์ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลมี 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล 2) การได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากสังคมรอบข้าง และ 3) การดูแลช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวันและที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ซึ่งญาติผู้ดูแลรายงานว่า ความรู้ความเข้าใจถึงธรรมชาติของโรคหลอดเลือดสมองว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ต้องการการพึ่งพาช่วยเหลือ การมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย ความรัก ความผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจ และหน้าที่ความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวได้

Kim, Baker และ Spillers (2007) ได้ศึกษาอิทธิพลของเพศ สัมพันธภาพ และการประเมินประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งคุณภาพชีวิตในที่นี้หมายถึง สุขภาวะด้านร่างกาย จิตสังคม จิตใจและจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสหรือผู้สืบสกุลชาวอเมริกันจำนวน 448 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบประเมินประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัดคือ ระดับความมีคุณค่าในตนเองที่ประเมินได้จากแบบวัด *The Caregiver Reaction Assessment* และระดับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโดยประเมินจากแบบวัด *The Pearlin Stress Scale* สำหรับแบบประเมินคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัดคือ ความเครียด (Psychological stress) การทำหน้าที่ด้านจิตสังคม(Mental/Social functioning), การทำหน้าที่ของร่างกาย(Physical functioning) และการปรับตัวด้านจิตวิญญาณ (Spiritual adjustment) ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชายโดยเฉพาะสามีจะมีการรับรู้ประสบการณ์ในการดูแลว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและสมเหตุสมผล ส่วนเพศหญิงโดยเฉพาะบุตรสาวจะรับรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดความเครียด ทั้งนี้ผลกระทบดังกล่าวขึ้นอยู่กับปัจจัย

ด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ การได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งอื่นและระดับความสามารถในการให้การดูแลของญาติผู้ดูแลรวมทั้งระดับความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้อภิปรายถึงสาเหตุที่ทำให้เพศหญิงมีระดับความเครียดสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากวัฒนธรรมในการดูแล กล่าวคือ เพศหญิงมักจะเป็นตัวเลือกแรกที่จะต้องรับผิดชอบและให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น เพศหญิงจึงเกิดภาวะเครียด เกิดความเหนื่อยล้า และเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าเพศชาย

## 2. ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต (Sense of coherence)

ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญในการปรับตัวของบุคคลต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตามแนวคิดของ Antonovsky (1982, 1987) ที่กล่าวถึงขอบเขตที่บุคคลมีความยืดหยุ่น มีความอดทน มีความรู้สึกเชื่อมั่น รวมถึงมีความเข้าใจ ทำนายและคาดการณ์ได้อย่างมีเหตุผล นอกจากนี้ยังสามารถนำแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ในการเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมลงตัว อีกทั้งยังรู้สึกว่าสิ่งต่างๆ ที่เผชิญอยู่นั้นมีคุณค่า มีความหมายที่จะเข้าไปเผชิญและจัดการกับเหตุการณ์เหล่านั้น

Antonovsky (1982) นักสังคมศาสตร์การแพทย์ชาวอิสราเอล ได้สังเกตและวิเคราะห์บทบาทสำคัญของเซเลสโครมที่ได้รับความบาดเจ็บรุนแรง จำนวน 51 ราย และพบว่า เซเลสโครมกลุ่มที่มีสุขภาพที่ดี เป็นบุคคลที่มองโลกในลักษณะดังนี้ 1) เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของบุคคลนั้น มีระบบระเบียบ ไม่ยุ่งเหยิง สามารถอธิบายเหตุผลและสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ 2) บุคคลมีแหล่งทรัพยากรที่จะตอบสนองต่อความต้องการที่เกิดจากสิ่งเร้าต่างๆ และ 3) สิ่งเร้าที่เข้ามานั้น สร้างความรู้สึกท้าทาย รู้สึกคุ้มค่าที่จะใช้กำลังกายและกำลังทางสติปัญญา แก้ไขให้สำเร็จลงได้ Antonovsky ได้พบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการประเมินความมีสุขภาพดีมากที่สุด ซึ่งเขาเรียกคุณสมบัตินี้ว่า “ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต (Sense of coherence)”

### 2.1 ความหมาย

ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่าไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกตนเอง ก็สามารถรับรู้ เข้าใจ คาดการณ์ได้อย่างมีเหตุผล สามารถนำแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มองเห็นคุณค่าและรู้สึกคุ้มค่าในการนำแหล่งทรัพยากรดังกล่าวมาใช้ได้อย่างลงตัว ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการแก้ปัญหาหรืออุปสรรค และหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่อาจเกิดขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจและมีความสุขในชีวิต โดยการที่

บุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งเร้า ยังคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพกายและใจที่ดีและมีความสุขได้นั้น ต้องอาศัยแหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิตถือเป็นแหล่งทรัพยากรที่มีคุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคลที่ช่วยให้บุคคลมีการจัดการกับสิ่งเร้าหรือปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Antonovsky, 1982)

บุคคลที่มีความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิตสูง จะเป็นบุคคลที่มีความยืดหยุ่นในเรื่องต่างๆ มองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความมุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหา สามารถรับรู้และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และสามารถนำแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ได้อย่างเหมาะสม (Antonovsky, 1982) ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่ระบุว่าบุคคลที่มีความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิตจะสามารถปรับพฤติกรรมทางสุขภาพได้ ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพะที่ดี ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิตต่ำ ซึ่งผู้ที่มีความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิตต่ำจะมองว่าปัญหาที่ต้องเผชิญนั้นเป็นสิ่งที่อันตรายมีความยุ่งยากซับซ้อน ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ รู้สึกเป็นภาระ ทำให้ไม่มีความพยายามที่จะแก้ปัญหา หรือแก้ปัญหาโดยใช้อารมณ์ มีความวิตกกังวล หมดหวัง ไม่มีความสุข ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเฉื่อยชาในการใช้ชีวิตได้

## 2.2 องค์ประกอบของความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิต

ตามแนวคิดของ Antonovsky นั้น ความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิต ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้ (Antonovsky, 1982)

1. ความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์ (Comprehensibility) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่าเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญอยู่นั้นเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีระบบ มีเหตุผล สามารถทำความเข้าใจ อธิบายและทำนายได้ ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน เกินกว่าที่จะรับรู้หรือเข้าใจ

2. ความสามารถในการจัดการ (Manageability) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ามีแหล่งทรัพยากรเพียงพอที่จะเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าได้ หรือมีแนวทางในการจัดการ โดยที่แหล่งทรัพยากรนี้อาจมาจากตนเองหรือผู้อื่นก็ได้

3. การมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย (Meaningfulness) หมายถึง การที่บุคคลให้คุณค่า ให้ความสำคัญต่อเหตุการณ์นั้นๆ มีความยินดี และรู้สึกคุ้มค่าที่จะเผชิญกับเหตุการณ์นั้น มากกว่าที่จะให้ความสำคัญว่าเป็นภาระ หรือก่อให้เกิดความยุ่งยาก การมองโลกอย่างเต็มไปด้วยความหมายนับว่าเป็นแรงจูงใจซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากที่สุด ถ้าส่วนนี้ขาดหายไปหรือมีน้อยจะส่งผลให้ความเข้าใจในเหตุการณ์และความสามารถในการจัดการกับชีวิตตนเองเปลี่ยนแปลงได้

### 2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต

ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต เป็นพื้นฐานที่สำคัญของโครงสร้างบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล มีความเฉพาะในแต่ละวัฒนธรรม บุคคลจะมีความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตต่างกันโดยปัจจัยที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตคือ ประสบการณ์ชีวิต ซึ่งความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตนั้นมีที่มาจากประสบการณ์ชีวิต 3 ลักษณะ (Antonovsky, 1987) กล่าวคือ (1) ประสบการณ์ที่ได้จากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันหรือเกิดในลักษณะที่คงที่สม่ำเสมอ ทำให้บุคคลสามารถคาดการณ์และจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ (2) ประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากการเกิดเหตุการณ์ โดยบุคคลสามารถรับรู้และจัดการได้อย่างเหมาะสมพอดีกับความสามารถของตน และ (3) ประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากการรับรู้ว่าการเผชิญกับเหตุการณ์ดังกล่าวนั้น ตนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือกำหนดผลที่เกิดขึ้นได้เพียงบางส่วนส่วนที่เหลือต้องอาศัยปัจจัยอื่นร่วมด้วย

ประสบการณ์ในชีวิตเหล่านี้เริ่มมีมาตั้งแต่กำเนิด ในวัยทารกและวัยเด็ก หากได้รับการตอบสนองของความต้องการพื้นฐาน การดูแลด้วยความรักความอบอุ่น การได้รับการตอบสนองต่อความหิว ความไม่สุขสบาย ความผูกพันจากบุคคลรอบข้าง สิ่งเหล่านี้จะช่วยพัฒนาความไว้วางใจ ความมั่นใจให้เกิดขึ้นได้ และพัฒนาสู่องค์ประกอบของความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตต่อไป แต่ในวัยนี้บุคคลยังมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่มากนัก สิ่งเร้าที่เข้ามายังไม่หลากหลาย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตที่ถูกสร้างขึ้นมานั้นยังไม่ถาวร และมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงต่อไป เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก มีความเด่นชัดขึ้นจากวัยเด็กซึ่งยังไม่ถาวร เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่มีประสบการณ์มากขึ้น มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น เป็นวัยที่เริ่มหาเอกลักษณ์ในตนเอง และเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ตอนต้น Antonovsky (1987) เชื่อว่า บุคคลวัยนี้จะมีความต่อเนื่องของความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตคงที่มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิต เพราะวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีเหตุการณ์ต่างๆ เข้ามาในชีวิตมากขึ้น เช่น การแต่งงาน การทำงาน การมีส่วนร่วมในสังคม เป็นช่วงวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตที่หลากหลาย เป็นช่วงชีวิตที่ยาวนาน ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต จะมีการพัฒนาขึ้นสู่ระดับที่ค่อนข้างมั่นคงเมื่ออายุประมาณ 30 ปี แต่ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตที่ค่อนข้างมั่นคงนี้ อาจมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ จากประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดในช่วงเวลาอันรวดเร็ว จนบุคคลไม่สามารถที่จะเตรียมตัวเพื่อหาหนทางในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การอพยพ สงคราม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ตกงาน ภัยธรรมชาติ หรือเหตุการณ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน เป็นต้น ประสบการณ์เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ลดลงได้ (Antonovsky, 1982)

จากการที่บุคคลมีความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตที่ต่างกันใน  
Antonovsky (1982) ได้ให้ทัศนะว่า มีปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกสอดคล้อง  
กลมกลืนในชีวิตของบุคคล กล่าวคือ

1. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological source) เป็นผลมาจากประสบการณ์  
ชีวิต และพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็ก เช่น การได้รับการตอบสนองเมื่อหิว เมื่อไม่สุขสบาย การได้รับ  
ความรักความอบอุ่น เป็นต้น ประสบการณ์ชีวิตนี้จะเป็นสิ่งที่เสริมสร้างให้เกิดความรู้สึกสอดคล้อง  
กลมกลืนในชีวิตขึ้น นอกจากนี้การที่บุคคลมีรูปแบบการปรับตัวที่มีความยืดหยุ่น มีเหตุผล มีความ  
ชัดเจนในเอกลักษณ์ของตนเอง ก็จะเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมให้ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต  
สูงขึ้นด้วย ส่วนบุคคลที่ถูกทอดทิ้งตั้งแต่วัยเด็ก มีความรู้สึกหมดหวัง ไม่ได้รับความรักความอบอุ่น  
จะส่งผลให้การเสริมสร้างความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตลดลง

2. ปัจจัยด้านโครงสร้างทางสังคม (Social-structure source) ได้แก่ เพศ ระดับ  
ชนชั้นในสังคม หน้าที่การงาน กฎระเบียบ ค่านิยมที่สืบทอดจากบิดามารดา แหล่งสนับสนุนทาง  
สังคม การรวมตัวของคนในสังคม การมีข้อผูกพันต่อกันในสังคม สิ่งเหล่านี้ช่วยให้บุคคลมี  
ประสบการณ์ของความมั่นใจในการเผชิญปัญหา อันมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้สึก  
สอดคล้องกลมกลืนในชีวิตสูงขึ้น

3. ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและเหตุการณ์ในอดีต (Culture-historical source)  
ได้แก่ ความมั่นคงของวัฒนธรรม ศาสนา ปรัชญา ศิลปะ ความเชื่อเรื่องอำนาจวิเศษ การ  
เปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ในชีวิตอย่างคาดไม่ถึง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการเสริมสร้างโครงสร้าง  
ทางบุคลิกภาพพื้นฐานของแต่ละบุคคล ซึ่งโครงสร้างทางบุคลิกภาพพื้นฐานที่ถูกสร้างขึ้นมานั้น  
ส่วนหนึ่งก็คือ ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตนั่นเอง

นอกจากประสบการณ์ชีวิตที่มีลักษณะข้างต้น จะช่วยพิจารณาความรู้สึก  
สอดคล้องกลมกลืนในชีวิตแล้ว ความสำเร็จในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตยังเป็น  
อีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตสูงขึ้นเช่นกัน

Antonovsky (1982) ได้กล่าวถึงแหล่งด้านความเครียดทั่วไปว่า เป็นแหล่ง  
ทรัพยากรทางจิตสังคมที่ช่วยบริหารจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น และมีส่วนร่วมในการพัฒนา  
ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต สามารถแบ่งเป็น 6 ประเภทดังนี้

1. ด้านกายภาพและชีวเคมี ได้แก่ พันธุกรรม และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย
2. ด้านวัตถุ ได้แก่ เงิน ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น
3. ด้านสติปัญญาและอารมณ์ ได้แก่ ความรอบรู้ ทักษะในการค้นคว้าหาความรู้  
และสติปัญญาที่เกิดจากการศึกษา รวมไปถึงการรู้จักตนเอง การรู้จักยืดหยุ่นผ่อนปรน

4. ด้านค่านิยมและทัศนคติ เป็นแหล่งทรัพยากรที่นำไปสู่การเผชิญความเครียด เพื่อจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่คุกคามต่อบุคคล เช่น การต่อสู้ การหลีกเลี่ยง การเพิกเฉยต่อปัญหา การปฏิเสธ การใช้เหตุผล การพึ่งพาแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นต้น
5. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการให้แหล่งสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เพื่อน คู่สมรส คนใกล้ชิดหรือการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม รวมทั้งลักษณะการให้บริการต่างๆ ของสังคมต่อบุคคลซึ่งจะช่วยให้บุคคลปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. ด้านวัฒนธรรมสังคม ได้แก่ ศาสนา พิธีกรรม ประเพณีวัฒนธรรมต่างๆ ความเชื่อในอำนาจลึกลับ ความศรัทธาของบุคคล รวมทั้งค่านิยมของสังคม เป็นต้น

#### 2.4 ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต เป็นการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามรับรู้และเชื่อมั่นว่า สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตนกำลังเผชิญอยู่นั้น เป็นสิ่งที่อธิบายได้ มีเหตุผล มีแนวทางในการจัดการ หรือมีแนวทางในการใช้แหล่งทรัพยากรเพื่อจัดการได้ และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ตนกระทำอยู่นั้นเป็นสิ่งที่มีความหมาย และคุ้มค่าแก่การดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้น เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ง่าย จากการที่เห็นความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยประสบทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้งปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะประเมินความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริง (Clipp & George, 1992) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการการดูแลสูง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกยากลำบากในการดูแล ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตจึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ ตัดสินใจ ยอมรับ และมีความเข้าใจในการเจ็บป่วยได้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะช่วยทำให้ญาติผู้ดูแล มองเห็นแนวทางและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย โดยสิ่งที่สำคัญที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปนั้น คือ การให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามว่า เป็นสิ่งที่ทำทนายและมีความหมาย สิ่งนี้ย่อมส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพยายามเรียนรู้ ดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ มีความเอาใจใส่ รวมทั้งมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยที่ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และภาวะที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบนั้น จะไม่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของญาติผู้ดูแล หากญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตที่ดี มากกว่าที่จะพิจารณาว่าเป็นภาระ หรือก่อให้เกิดความยุ่งยาก จึงสรุปได้ว่า ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต เป็นเจตคติและความเชื่อของบุคคลในแง่ดี ที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสามารถปรับตัว และใช้ชีวิตอยู่กับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญอยู่นั้นได้ตรงตามความเป็นจริงและมีความสุข

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรูสึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต

ความรูสึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต เป็นตัวแปรทางจิตวิทยาที่ถือได้ว่าเป็นมีความสำคัญ เป็น การรับรู้ของบุคคลทางด้านบวก และมีส่วนช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา เกิดกำลังใจในการ ใช้ชีวิตและดำเนินชีวิตได้อย่างสอดคล้องกลมกลืนตามความเป็นจริงมากขึ้น ดังงานวิจัยใน สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษาและสาขาวิชาอื่นๆ ดังต่อไปนี้

อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ (2539) ได้ศึกษาถึงผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนว โลกอสต่อการเพิ่มความรูสึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของผู้ติดสุรา การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัย เชิงทดลอง (Pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของการ ปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอสต่อการเพิ่มความรูสึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของผู้ติดสุรา โดยมี สมมุติฐานการวิจัยดังนี้ (1) หลังการทดลอง ผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษายอยู่ในโรงพยาบาลที่ ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอสมีคะแนนความรูสึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตสูงกว่า ผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษายอยู่ในโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอส (2) หลังการทดลอง ผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษายอยู่ในโรงพยาบาลที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แนวโลกอสมีคะแนนความรูสึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แนวโลกอส กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดสุราเพศชายที่เข้ารับการรักษายอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย ซึ่งสุ่มจากผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษายอยู่ในโรงพยาบาลที่มีคะแนนความรูสึกสอดคล้อง กลมกลืนในชีวิตที่ค่าเฉลี่ย 82.85 หรือต่ำกว่า แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 รายและกลุ่มควบคุม 10 ราย โดยวิธีการสุ่ม ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอสรายละ 6 ครั้ง เป็น เวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 40 นาที รวม 10 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัยได้แก่ แบบวัดความรูสึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตที่พัฒนามาจากแบบสำรวจ ความรูสึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของแอนโทนอฟสกี วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบความ แตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรูสึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตด้วยวิธีการทดสอบค่าที่ ผล การศึกษาพบว่า (1) หลังการทดลอง ผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษายอยู่ในโรงพยาบาลที่ได้รับการ ปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอสมีคะแนนความรูสึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยติดสุรา ที่เข้ารับการรักษายอยู่ในโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอส อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 และ (2) หลังการทดลอง ผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษายอยู่ในโรงพยาบาลที่ ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอสมีคะแนนความรูสึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตสูงกว่าก่อน ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความรูสึก สอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลและความรูสึกเป็นภาระในการดูแลที่มีผลต่อการปรับตัว ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์

เพื่อ ศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ที่มีผลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 200 ราย ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นกรอบแนวคิด สมมุติฐานการวิจัยมี 5 ข้อ คือ (1) สภาพทางร่างกายของผู้ป่วย มีอิทธิพลในทางบวกต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล (2) ความซึมเศร้าของผู้ป่วยมีอิทธิพลในทางลบต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล (3) ความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีอิทธิพลในทางบวกต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล (4) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมีอิทธิพลในทางลบต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล และ(5) สภาพร่างกายและความซึมเศร้าของผู้ป่วย ความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลสามารถอธิบายการปรับตัวของญาติผู้ดูแลได้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสภาพของผู้ป่วย (*The Karnofsky Performance Status scale; KPS*) แบบวัดความซึมเศร้าของผู้ป่วย (*The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale; CES-D*) แบบวัดความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตของ Antonovsky (1987) แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของ Oberst (1991) และแบบวัดการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมดมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 41.4 ทั้งนี้ความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์และด้านบทบาทหน้าที่ ส่วนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ญาติรับรู้ว่าเป็นภาระ มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกายและด้านบทบาทหน้าที่ นอกจากนี้การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและครอบครัวอาจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้วย กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมาก มีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อย และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเพศหญิงมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลเพศชาย

กาญจนา ขาวนอก (2547) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลหลักที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ จำนวน 250 ราย ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 โดยใช้เป็นแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิต แบบวัดการเผชิญความเครียดและแบบวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ร้อยละ 40 เท่ากัน และการมองสถานการณ์ในแง่ใหม่ร้อยละ 20 มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มี

คะแนนคุณภาพชีวิตสูงจะสูงกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงจะมีคะแนนการเผชิญความเครียดโดยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาสูงกว่าญาติผู้ดูแลที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำจะมีคะแนนการใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงและคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ มีคะแนนการใช้การเผชิญความเครียดโดยวิธีการมองสถานการณ์ในแง่บวกใหม่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พวงแก้ว แสนคำ (2549) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การดูแลสุขภาพ ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 140 ราย ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นต้อน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ส่วนความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้าน เพศ ระดับการศึกษา และการประเมินประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประกอบพร ทิมทอง (2550) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 126 ราย กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนใน

ชีวิตของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Gallagher (1994) ได้ทำการศึกษาการมีบทบาทเกินกำลังในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตสูง รับรู้การมีบทบาทเกินกำลังน้อย มีการกระทำรุนแรงโดยตรงกับผู้ป่วยหรือละทิ้งผู้ป่วยน้อย แม้ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติรุนแรงมากขึ้นก็ตาม ลดการใช้สารเสพติดในการเผชิญปัญหาน้อย และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตเป็นเพียงปัจจัยเดียว สามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้บทบาทเกินกำลังถึงร้อยละ 31 ซึ่งแสดงว่า ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีอิทธิพลในการปกป้องคุ้มครองผู้ดูแลโดยการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่มีผลดีต่อสุขภาพตนเอง

Chumblor และคณะ (2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ภาวะในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน 1 เดือนแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 102 ราย เครื่องมือวิจัยที่ใช้มี 3 ชุดคือ แบบวัดอาการซึมเศร้า แบบวัดภาวะในการดูแล แบบวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต พบว่า ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตระดับสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะในการดูแลและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .01 ภาวะของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .01

Tang และ Li (2008) ได้ศึกษาบทบาทที่สำคัญของความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของญาติผู้ดูแล ชาวไต้หวัน เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหา ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้า และประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบรายสะดวก (Convenient sampling) โดยมีคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ หนึ่ง เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยระบุว่าให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น สอง ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สาม มีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป และ สี่ มีความสนใจและสื่อสารกับผู้วิจัยได้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 67.6 เกือบครึ่งเป็นคู่สมรส มีอายุเฉลี่ย 51.6 ปี (SD=13) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลประชากร แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale; CES-D) แบบ

ประเมินประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (*The Objective Caregiving Experience scale*) ที่วัดการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล และแบบประเมินความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย (*The Subjective Caregiving Experience scale*) ที่วัดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและการประเมินตนเองของญาติผู้ดูแลต่อกิจกรรมการดูแล และแบบวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตทั้ง 3 ด้าน เพื่อวัดความสามารถในการจัดการปัญหาของญาติผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสหรือบุตรจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีโรคเรื้อรังอื่นแทรกซ้อนจะยิ่งมีภาวะซึมเศร้ามาก ญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยม ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมาก และญาติผู้ดูแลที่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลที่มีความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตอยู่ในระดับต่ำจะมีความซึมเศร้าสูง

### 3. ความหมายในชีวิต (Meaning in life)

#### 3.1 ความหมาย

ความหมายในชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นดำรงอยู่และเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นมึกำลังใจดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมุ่งมั่นเมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือวิกฤตของชีวิต ความหมายในชีวิตเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงบุคคลให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว กระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตอย่างมุ่งมั่น ผ่านสัมพันธ์ภาพต่อผู้คนรอบข้างและผ่านการมีทัศนคติต่อชีวิตที่เข้มแข็งเพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ต่อไปได้ (Frankl, 1967; Steger & Frazier, 2006)

Frankl (1967) ระบุว่า การมีชีวิตเป็นผลพลอยได้ของการแสวงหาและการค้นพบความหมายในแต่ละขณะ ดังที่กล่าวมาแล้วว่ามนุษย์มีชีวิตอยู่เพื่ออะไรบางสิ่งและจำเป็นต้องแสวงหาความหมาย ดังนั้นในการดำเนินชีวิตมนุษย์จึงมีความหมายในชีวิตเป็นแรงจูงใจเบื้องต้นในการดำรงชีวิตของมนุษย์

บุคคลที่รับรู้ชีวิตตนมีความหมาย จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ของชีวิตอย่างมุ่งมั่นและกระตือรือร้นเพื่อทำให้กิจกรรมชีวิตนั้นลุล่วง โดยมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า มีความหมาย และมีส่วนร่วมในสิ่งที่เกิดขึ้น รวมถึงมีความซาบซึ้งในคุณงามความดี การเสียสละของผู้คน สัจธรรมต่างๆ มีทัศนคติต่อชีวิตที่เข้มแข็งไว้ยึดเหนี่ยวเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์หรือภาวะวิกฤตต่างๆ ในชีวิต ในทางตรงกันข้าม เมื่อบุคคลขาดความหมายในชีวิต บุคคลนั้นจะไม่วินิจฉัยว่าตนควรมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร ไม่รู้จะต่อสู้เพื่อสิ่งใดและไม่สามารถที่จะค้นหาเป้าหมายใดๆ หรือทิศทางใดๆ ในชีวิตเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ขาดการสร้างสรรค์ ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม มีความรู้สึกด้อยค่า และท้อแท้ใจ มีความรู้สึกหมดหวังในอนาคต มักจะมองโลกในด้านลบและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (อรัญญา ตู่ย์คำภีร์, 2536)

### 3.2 ระดับของความหมายในชีวิต

ความหมายในชีวิตสามารถปรากฏได้ในทุกสิ่งและในทุกสภาพการณ์ โดยเฉพาะท่ามกลางความทุกข์ในชีวิต ความหมายในชีวิตจึงมีรูปแบบที่แตกต่างไปตามแต่ละขณะที่ชีวิตประสบ ซึ่งสามารถจัดความหมายในชีวิตได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ความหมายนิรันดร และความหมายในแต่ละขณะ (Frankl, 1967) ดังนี้

1. ความหมายนิรันดร (Ultimate meaning) หมายถึง การรับรู้ความหมายในชีวิต ในฐานะเป็นกฎจักรวาล (order of universe) หรือกฎควบคุมจักรวาล (the controlling principle of the universe) และความหมายของตนเองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งในกฎนี้ ความหมายนิรันดรเป็นความพยายามของผู้แสวงหาในการเข้าถึงความหมายของชีวิตที่ยิ่งใหญ่ อาจเรียกกันในนามของพระเจ้า (God) ชีวิต (life) ธรรมชาติ (nature) หรือความสัมพันธ์ของสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย (the ecosystem) รวมทั้งความกลมกลืนเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชีวิต (harmony) ตามแต่ละมุมมองของแต่ละบุคคลความหมายนิรันดรทั้ง 5 แสดงให้เห็นว่า มนุษย์แสวงหาและมุ่งเข้าถึงความหมายนิรันดร ซึ่งเป็นความยิ่งใหญ่ของสิ่งเดียวกันตามแต่โลกทัศน์อันแตกต่างของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม มนุษย์ไม่สามารถเข้าถึงความหมายนิรันดรนี้ได้มนุษย์เพียงแต่รู้ได้ถึงการมีอยู่ สิ่งที่ทำได้คือการมุ่งแสวงหาความหมายนิรันดรต่อไป ในทางตรงกันข้ามหากมนุษย์ใดสามารถเข้าถึงความหมายนิรันดรย่อมหมายความว่าจบสิ้นทุกอย่าง ไม่มีอะไรมุ่งหวังอีกต่อไป

2. ความหมายในแต่ละขณะ (Meaning of the moment) แม้ความหมายนิรันดรจะเป็นความหมายที่ยิ่งใหญ่แต่ก็ไม่สามารถจะไปถึง อย่างไรก็ตามมีความหมายอีกระดับหนึ่งซึ่งมนุษย์สามารถค้นพบและเข้าถึงได้ทุกขณะ เพื่อนำตนเองไปสู่ชีวิตที่เต็มไปด้วยความหมาย (meaningful life) คือ ความหมายในแต่ละขณะ ความหมายในแต่ละขณะนี้ไม่ใช่สิ่งพิเศษ (nothing spectacular) แต่เป็นเหตุการณ์ทั่วไปที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและมีการเปลี่ยนแปลงเสมอในแต่ละขณะ แต่ละประสบการณ์ แต่ละวันหรือแต่ละชั่วโมง ความหมายในชีวิตจึงเป็นภาวะที่บุคคลรับรู้และตอบสนองได้ในแต่ละขณะของแต่ละประสบการณ์ เป็นการเฉพาะตัว ดังนั้น ความหมายในชีวิตของแต่ละคนจึงไม่เหมือนกันและผันแปรไปตลอดเวลา สิ่งสำคัญจึงไม่ได้อยู่ที่ความหมายในชีวิตที่เป็นสากล แต่อยู่ที่ความหมายในชีวิตจำเพาะของตนเองในแต่ละเวลา (พรเทพ รุ่งคุณากร, 2542) นอกจากนี้ความหมายในแต่ละขณะยังเป็นสิ่งที่ไม่อาจเข้าใจได้โดยตรง ผ่านกระบวนการอ้างเหตุผล (rationalization) ตรรกวิธี (logic) หรือด้วยระบบการคิดแบบใดๆ การเข้าถึงความหมายในชีวิต บุคคลต้องมุ่งมั่นกระทำการบางอย่างที่มุ่งสู่ความหมายในขณะนั้นด้วยความเชื่อในภาวะ “การมีอยู่” (existence) ของตนที่สามารถใช้ชีวิตสัมพันธ์กับโลกได้ โดยคงเอกลักษณ์ของตนไว้ ภาวะการมีอยู่นี้เป็นสิ่งที่มีความหมายในตนเอง

### 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหมายในชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมายในชีวิต พบว่า ความหมายในชีวิตช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีทิศทางในการดำรงชีวิตและมุ่งมั่นเมื่อเผชิญกับปัญหา หรืออุปสรรคที่เข้ามาในชีวิต ดังงานวิจัยในสาขาจิตวิทยาการศึกษาและสาขาวิชาอื่นๆ ดังต่อไปนี้

อรัญญา ต้อยคำภีร์ (2544) พัฒนามาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิตและศึกษาค่าคะแนนเฉลี่ยมาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิตนักศึกษาไทย โดยการสุ่มนักศึกษาไทยเพื่อตอบมาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิตด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 15 กุมภาพันธ์ 2543 มาตรวัดดังกล่าวประกอบด้วย แบบวัดความมุ่งหวังในชีวิต (*The Purpose in Life; PIL*) และแบบวัดการแสวงหาความหมายในชีวิต (*The Seeking of Noetic Goals; SONG*) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดยผู้วิจัย ผลการวิจัยพบว่า มีนิสิตนักศึกษาไทยตอบมาตรวัดนี้ จำนวน 1,320 ราย และมีอายุเฉลี่ย ( $M \pm SD$ ) เท่ากับ  $20.2 \pm 1.5$  ปี คุณภาพรายข้อส่วนใหญ่ของแบบวัด PIL (ยกเว้นข้อที่ 14 และ 15) และแบบวัด SONG (ยกเว้น ข้อที่ 2, 3 และ 19) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับมาตรรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าความเที่ยงของแบบวัด PIL และแบบวัด SONG ฉบับภาษาไทยอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 และ 0.78 ตามลำดับ การวิเคราะห์ปัจจัยหลักและหมุนแกนแบบเวรีแมกซ์ของแบบวัด PIL พบว่ามี 5 ปัจจัยสำคัญซึ่งอธิบายความแปรปรวนทั้งหมดได้ร้อยละ 53.8 ส่วนแบบวัด SONG พบว่ามี 4 ปัจจัยสำคัญซึ่งอธิบายความแปรปรวนทั้งหมดได้ร้อยละ 45.1 เมื่อรวมข้อของแบบวัด PIL และแบบวัด SONG พบว่ามี 8 ปัจจัยสำคัญซึ่งอธิบายความแปรปรวนทั้งหมดได้ร้อยละ 48.3 ค่าคะแนนเฉลี่ยความมุ่งหวังในชีวิตนักศึกษาไทย ตามแบบวัด PIL และแบบวัด SONG เท่ากับ  $102.8 \pm 16.3$  และ  $86 \pm 13.8$  ตามลำดับ มาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิตทั้งแบบวัด PIL และ SONG ฉบับภาษาไทยสามารถวัดการรับรู้เป้าหมายและความหมายในชีวิตของนักศึกษาไทยได้อย่างมีความตรงและเชื่อถือได้

บุญญรัตน์ ทรงพานิช (2544) ได้ศึกษาผลของจิตบำบัดแบบแสวงหาความหมายต่อความหมายในชีวิตของผู้ลี้ภัย การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดแบบแสวงหาความหมาย (logotherapy) ต่อการเพิ่มความหมายในชีวิตของผู้ลี้ภัย โดยมีสมมุติฐานการวิจัยดังนี้ (1) หลังการทดลอง ผู้ลี้ภัยที่ได้รับจิตบำบัดแบบแสวงหาความหมาย จะมีคะแนนความหมายในชีวิตสูงกว่าผู้ลี้ภัยที่ไม่ได้รับจิตบำบัดแบบแสวงหาความหมาย (2) หลังการทดลอง ผู้ลี้ภัยที่ได้รับจิตบำบัดแบบแสวงหาความหมาย จะมีคะแนนความหมายในชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับจิตบำบัดแบบแสวงหาความหมาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ลี้ภัยในเมืองหลากหลายสัญชาติ ที่อยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยสหประชาชาติประจำประเทศไทย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างคือ *หนึ่ง* เป็นผู้ลี้ภัยเพศชายมีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป *สอง* ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้ายแรงคือไม่ต้องเข้ารับการรักษาจากจิตแพทย์ ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอส เป็นรายบุคคล จำนวน 24 ราย และทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมจำนวน 12 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 12 ราย โดยกลุ่มทดลอง ได้รับจิตบำบัดแบบแสวงหาความหมายเป็นรายบุคคลสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รวม 6 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบวัดความหมายในชีวิต ที่พัฒนามาจากแบบวัด ความหมายของชีวิตจากความทุกข์ (*The Meaning in Suffering Test; MIST*) ของ Patricia L. Strack (1983) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความหมาย ในชีวิตด้วยวิธีการทดสอบค่าที ผลการศึกษาพบว่า (1) หลังการทดลอง ผู้ลี้ภัยที่ได้รับจิตบำบัด แบบแสวงหาความหมาย จะมีคะแนนความหมายในชีวิตสูงกว่าผู้ลี้ภัยที่ไม่ได้รับจิตบำบัดแบบ แสวงหาความหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และ (2) หลังการทดลอง ผู้ลี้ภัยที่ได้รับ จิตบำบัดแบบแสวงหาความหมาย จะมีคะแนนความหมายในชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับจิตบำบัดแบบ แสวงหาความหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

อรัญญา ต้อยคำภีร์ (2545) ทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของความหมายและ ความพึงพอใจในชีวิตของเยาวชนไทยผู้ติดสารเสพติด ตัวแปรในแบบจำลองประกอบด้วย 3 ตัว แปรหลักคือ ภูมิหลัง (อายุ ระยะเวลาการติดสารเสพติด และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษ ในโรงพยาบาล) ความหมายในชีวิต ( การแสวงหาเป้าหมายและความหมายในชีวิต และ ความหมายของชีวิตผ่านความทุกข์) และความพึงพอใจในชีวิต (ความมุ่งหวังในชีวิตและความสุข) กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนไทยผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน เพศชายล้วนที่เข้ารับการรักษ ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 1 พฤษภาคม 2544 จำนวน 370 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีอัตรา การตอบแบบวัดที่สมบูรณ์ร้อยละ 93.8 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ด้วยโปรแกรม LISREL for window version 8.3 ผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนความมุ่งหวังในชีวิต ของผู้ติดสารเสพติด เท่ากับ 92.07 (SD = 20. 14) โดยแบบจำลองเชิงสาเหตุของความหมายและ ความพึงพอใจในชีวิตของเยาวชนไทยผู้ติดสารเสพติดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ( $X=0.93, df=4, p=0.92; GFI=0.99; AGFI=0.99, RMK=0.41$ ) ตัวแปรในแบบจำลองอธิบายความ แปรปรวนของความหมายในชีวิตได้ร้อยละ 30 และ อธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจใน ชีวิตได้ร้อยละ 7 ทั้งนี้ความหมายในชีวิตได้รับอิทธิพลทางตรงจากภูมิหลังและความพึงพอใจใน ชีวิต ได้รับอิทธิพลทางตรงจากความหมายในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความพึงพอใจใน ชีวิตได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากภูมิหลังผ่านความหมายในชีวิตแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Ungar และ Maria (1997, อ้างใน บุญญรัตน์ ทรงพานิช, 2544) นำจิตบำบัดแบบแสวงหาความหมายไปใช้กับผู้รับคำปรึกษาที่มาจากภูมิหลังซึ่งแตกต่างกัน จำนวน 120 คน ที่ประสบกับความรู้สึกหดหู่ใจ มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ คับข้องใจในเรื่องของการตัดสินใจ หรือมีปัญหาในชีวิตสมรส ถูกทำทารุณทางร่างกาย มีปัญหาเรื่องการควบคุมอารมณ์ หรือแม้กระทั่งการติดยาเสพติด Ungar และ Maria ใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาพร้อมกับการดูแลเยียวยาและพบว่า การบำบัดแบบแสวงหาความหมายจะช่วยฟื้นฟูบุคคลเหล่านั้นให้ดีขึ้นได้

ขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นคือ (1) การประเมินชีวิตของผู้เข้ารับการศึกษาในแง่ของ “ของขวัญ” ที่ได้รับ (2) ชี้ให้เห็นถึงความยากลำบากเป็นโอกาสที่เราจะต้องเรียนรู้ (3) เน้นให้เห็นถึงความสามารถของผู้เข้ารับการศึกษาในการตอบสนองสิ่งที่เรียกร้องภายในจิตใจ (4) ให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจและกระตุ้นให้ลงมือกระทำ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนหนุ่มสาวที่ต้องการจัดการกับอดีตและความทรงจำอันเลวร้ายของการถูกทำทารุณ และพบว่า การบำบัดสามารถนำมาใช้เพื่อจูงใจและกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการศึกษาที่มีปัญหาด้านจิตใจได้ตระหนักรับรู้ถึงชีวิตที่มีความหมายมากยิ่งขึ้น

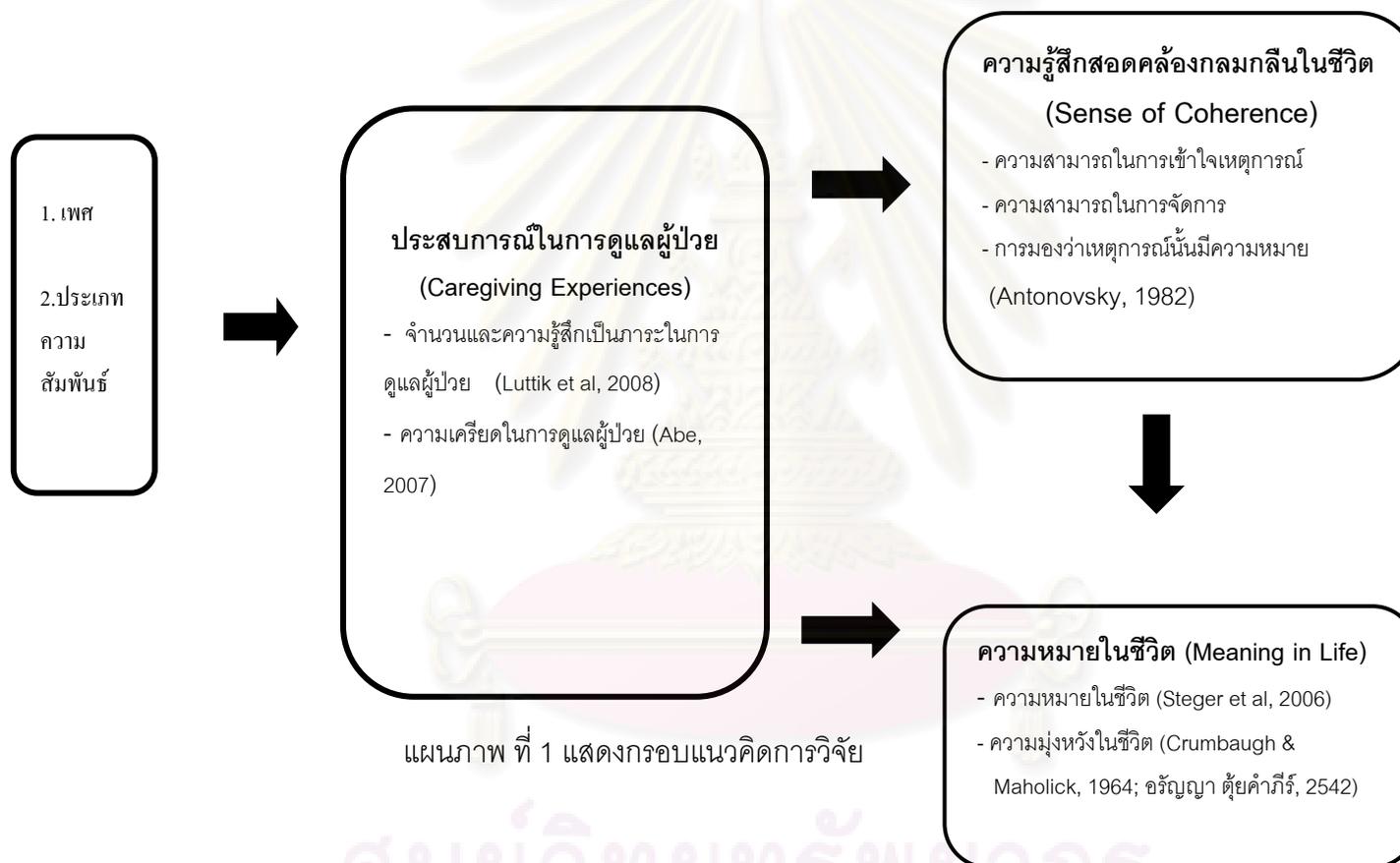
### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยนั้น พบว่า ประสบการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยนั้น มีทั้งประสบการณ์ตรงที่เกิดจากการดูแลและความรู้สึกเป็นภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามามีบทบาทและส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะตัวแปรด้านเพศและประเภทความสัมพันธ์ซึ่งถือได้ว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงนั้นก็ถูกคาดหวังจากสังคมแตกต่างกัน กล่าวคือปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological Factor) เป็นลักษณะทางร่างกายที่สามารถมองเห็นได้และเป็นตัวกำหนดให้เห็นอย่างชัดเจนทางด้านร่างกายของเพศหญิง หรือเพศชาย ซึ่งความแตกต่างนี้จึงเป็นตัวกำหนดให้เกิดการจัดการแบ่งสรรในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เหมาะสมกับลักษณะทางชีวภาพของร่างกาย (Wood & Wood, 1996 อ้างใน นันทกา จุลยพันธ์, 2546) ดังนั้นเมื่อเพศชายมีร่างกายที่แข็งแรงกว่าเพศหญิงในสมัยโบราณเพศชายจึงมีหน้าที่ในการจับอาวุธ ออกไปสู้รบกับศัตรู ส่วนเพศหญิงก็ทำงานบ้าน ดูแลเด็ก ดูแลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว (นันทกา จุลยพันธ์, 2546) ส่งผลมาถึงปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช (2537) ที่ระบุว่าเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือสมาชิกในบ้าน ส่วนเพศชายจะถูกอบรมให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว จะเห็นได้ว่าเพศหญิงเป็นเพศที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีบุคคลในครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น เพศหญิงจึงต้องรับภาระในการดูแลและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าเพศชาย เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Kim และคณะ (2007) ที่ระบุว่า เพศหญิงจะเกิดภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย

มากกว่าเพศชายเนื่องจากวัฒนธรรมในการดูแลบุคคลในครอบครัวส่วนมากจะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของเพศหญิง

นอกจากนี้วรรณกรรมที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดและความรู้พื้นฐานที่ผู้วิจัยนำมาใช้เพื่อศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล ความหมายในชีวิต และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมรวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยนั้น พบว่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องอาศัยการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่ตนกำลังเผชิญอยู่ จากการศึกษารายชื่อของ ภารดี ปรีชาวิทยากุล (2545) พบว่า ประสบการณ์ที่ได้รับจากการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นต้องอาศัยการปรับตัวกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม รวมทั้งจำเป็นต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากหลายทาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) และวิภา วิเสโส (2545) ที่กล่าวว่า ญาติผู้ดูแลต้องอาศัยการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องอาศัยความหวังและกำลังใจจึงจะสามารถยืนหยัดดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าคุณรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ซึ่งเป็นโครงสร้างทางบุคลิกภาพ ทางเจตคติ และความเชื่อของบุคคล ที่เน้นมุมมองในด้านการทำความเข้าใจ การให้ความหมายกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และการมองแนวทางในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ โดยสามารถนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้เพื่อตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสมลงตัว อีกทั้งยังเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของความหมายในชีวิต (Chamberlain & Zika, 1988; อุทัยทิพย์ จันทรเพ็ญ, 2539) รวมถึงการมีความหมายในชีวิตซึ่งเป็นการรับรู้ที่ช่วยให้บุคคลมีสิ่งยึดเหนี่ยวหรือเป็นแรงจูงใจในการดำรงชีวิต น่าจะมีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง พร้อมรับมือกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่จะเข้ามาในชีวิตไม่ว่าเหตุการณ์นั้นจะดีหรือเลวร้าย หากญาติผู้ดูแลมีสภาพจิตใจที่ดีย่อมส่งผลให้สุขภาพร่างกายดีและมีความพร้อมทั้งพลังกายและพลังใจในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งประโยชน์สูงสุดที่เกิดขึ้นก็คือการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั่นเอง

การศึกษาเพื่อค้นหาความชัดเจนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยนั้น ย่อมมีลักษณะแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมตามมุมมองของญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นคนใน โดยเฉพาะการศึกษาภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมไทยจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาและทำความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาเรื่องประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมไทย โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมวิธีเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ทั้งนี้ได้มีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแผนภาพ ที่ 1



แผนภาพ ที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึก สอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

#### การออกแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธีประเภทเชิงสามเส้าแบบเกิดพร้อมกัน (Concurrent triangulation mixed methods design) โดยมีวัตถุประสงค์สำหรับการวิจัยแบบผสมวิธีประเภทเชิงสามเส้าแบบเกิดพร้อมกัน Hanson และคณะได้สรุปว่า เป็นประเภทการออกแบบการวิจัยที่ผู้วิจัยเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน โดยที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลทั้งสองประเภทเท่ากัน การวิเคราะห์ข้อมูลอาจแยกกันและการบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนการตีความข้อมูล การตีความเป็นการอธิบายว่าข้อมูลมาบรรจบกันมากน้อยเพียงใดเพื่อยืนยันความถูกต้องหรือตรวจสอบผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลแต่ละประเภท (Hanson, Creswell, Plano Clark, Petska, & Creswell, 2005) การวิจัยแบบผสมวิธีประเภทเชิงสามเส้าแบบเกิดพร้อมกันนี้มีความเหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ผู้วิจัยเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน ทำให้เกิดการขยายความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่ศึกษาได้กว้างขวาง ซึ่งการใช้วิธีวิจัยมากกว่าหนึ่งวิธีจะช่วยให้เกิดความมั่นใจและสามารถเข้าใจปัญหาตลอดจนตอบคำถามการวิจัยได้ชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยตึกว่องวานิชชั้น 3 5 6 7 และศูนย์เคมีบำบัด ตึกว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลวิจัย (มีนาคม พ.ศ.2552 - มิถุนายน พ.ศ.2552)

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวนทั้งหมด 200 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ (1) ญาติผู้ดูแลจะต้องมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ บิดามารดา พี่น้อง บุตร หลาน หรือเป็นคู่สมรสที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (2) เป็นผู้ดูแลหลัก ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล โดยตรงต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน (3)

มีความสามารถในการสื่อสารที่ดี และ(4) มีความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีทั้งสิ้นจำนวน 200 ราย (ได้แก่ ญาติผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เป็นเพศชายจำนวน 50 ราย เพศหญิงจำนวน 50 ราย และญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเพศชายจำนวน 50 ราย และเพศหญิงจำนวน 50 ราย) ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ จำนวนประมาณ 10 ราย (โดยแบ่งเป็นเพศชาย 5 ราย และเพศหญิง 5 ราย) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ได้มาจากญาติผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถามและสมัครใจให้ข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล จำนวน 16 ข้อคำถาม เป็นการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษา สถานภาพสมรส เป็นต้น

2. มาตรการวัดประสพการณ์การดูแลผู้ป่วย ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย 2 มาตรการย่อย ได้แก่

1.1 มาตรการจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบสามเดือนที่ผ่านมาฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยผู้วิจัยจากมาตรการวัด *The Objective Burden Inventory (OBI: Luttik et al., 2008)* เพื่อใช้วัดจำนวนและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย มาตรการนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 38 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบย่อยกล่าวคือ

องค์ประกอบที่ 1 คือ การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย (Personal care) จำนวน 11 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 17 และ 18 ตัวอย่างข้อคำถามเช่น “การช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การช่วยเหลือเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย และอาบน้ำการช่วยเหลือเรื่องการขับถ่าย เป็นต้น”

องค์ประกอบที่ 2 คือ การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป และการช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (Practical and treatment related) จำนวน 11 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 10 11 12 13 14 15 16 19 20 21 และ 38 ตัวอย่างข้อคำถามเช่น “การช่วยเหลืองานบ้านเพียงเล็กน้อย การช่วยเหลือเกี่ยวกับธุรกรรมการเงิน ช่วยเหลือเรื่องการรับใบสั่งยา เป็นต้น”

องค์ประกอบที่ 3 การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย (Motivational support) จำนวน 10 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 22 23 24 25 32 33 34 35 36 และ 37 ตัวอย่างข้อคำถามเช่น “การดูแลเรื่องอาหารตามแผนการรักษา การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร การสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา เป็นต้น”

องค์ประกอบที่ 4 คือ การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์และความรู้สึก (Emotional support) จำนวน 6 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 26 27 28 29 30 และ 31 ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น “การปลอบโยนให้กำลังใจ การพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล การแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ เป็นต้น”

มาตรวัดนี้จะแบ่งออกเป็นสองส่วน กล่าวคือ

ส่วนแรก เป็นจำนวนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ตอบจะสำรวจกิจกรรมต่างๆ ในการปฏิบัติกรดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ โดยค่า 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ค่า 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และค่า 3 หมายถึง ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ คะแนนรวมของมาตรวัดส่วนนี้อยู่ระหว่าง 38 ถึง 114 คะแนนคะแนนยิ่งมากแสดงว่าญาติผู้ดูแลได้ให้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในด้านต่างๆ มาก

ส่วนที่สอง เป็นความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับเช่นกัน โดยค่า 1 หมายถึง ไม่เป็นภาระ ค่า 2 หมายถึง ค่อนข้างจะเป็นภาระ และค่า 3 หมายถึง เป็นภาระมาก คะแนนรวมของมาตรวัดส่วนนี้อยู่ระหว่าง 38 ถึง 114 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่าญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการกระทำเหล่านั้นเป็นภาระมาก

สำหรับคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงของมาตรวัด Luttik และคณะ (2008) ได้ตรวจสอบความตรงของมาตรวัด โดยนำมาตรวัดนี้ไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวชาวต่างชาติจำนวน 321 ราย โดยการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และได้รายงานค่าความเที่ยงของมาตรวัดทั้งฉบับโดยใช้สูตรการคำนวณหาความสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .81 - .84

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนามาตรวัดจำนวนและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย ฉบับภาษาไทย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตใช้มาตรวัดจำนวนและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย จาก Luttik และคณะ เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงทำการแปลมาตรวัดซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 38 ข้อมาเป็นภาษาไทยโดยระหว่างการแปลผู้วิจัยได้ปรึกษาและให้อาจารย์ที่ปรึกษา (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ตัญคำกวีร์) เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องในการแปลมาตรวัดชุดนี้

2) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของมาตรวัดชุดนี้ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงไว้ในภาคผนวก ข) ทำการพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อว่ามีความตรงและมีความเหมาะสมหรือไม่

3) หลังจากปรับปรุงข้อความเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจึงนำมาตรวจไปทดลองใช้ (try out) กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับการรักษาที่ตึกว่องวานิชชั้น 3 5 6 7 และศูนย์เคมีบำบัด ตึกว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามในมาตรวัด (corrected item-total correlation) เพื่อประเมินว่าข้อคำถามแต่ละข้อนั้นวัดลักษณะเดียวกันกับข้อคำถามที่เหลือหรือไม่โดยผู้วิจัยกำหนดให้มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแต่ละข้อคำถามจะต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เกินกว่า .23 ขึ้นไป

4) ประเมินค่าความเที่ยงแบบวิธีหาความคงที่ภายใน (Internal consistency) ด้วยสูตรการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเที่ยงของมาตรวัดประสพการณ์ตรงด้านกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาทั้งฉบับเท่ากับ .97 และได้ค่าความเที่ยงของมาตรวัดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาทั้งฉบับเท่ากับ .94 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่อยู่ในระดับสูง

2.2 *มาตรวัดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยฉบับภาษาไทย* พัฒนาโดยผู้วิจัยจากมาตรวัด *The Caregiving Stress Appraisal (CSA: Abe, 2007)* เพื่อใช้ประเมินเครียดในการดูแลผู้ป่วย ของญาติผู้ดูแล มาตรวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 12 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามครอบคลุม 2 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 คือ ความรู้สึกที่มีต่อภาวะทางสังคมที่ถูกกดดัน (social constraint) จำนวน 6 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 1 3 5 7 9 และ 11 ตัวอย่างข้อคำถามเช่น “ฉันออกจากบ้านไปไหนไม่ได้เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย ฉันต้องปรับเปลี่ยนการทำงาน หรือเวลาส่วนตัว เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย ฉันรู้สึกว่าเวลาส่วนตัวมีลดลงเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย เป็นต้น”

องค์ประกอบที่ 2 คือ ความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย (physical exhaustion) จำนวน 6 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 2 4 6 8 10 และ 12 ตัวอย่างข้อคำถามเช่น “ฉันรู้สึกอ่อนล้าเพราะต้องดูแลผู้ป่วย ฉันคิดว่าการดูแลผู้ป่วยไปเรื่อยๆ จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพของฉัน ฉันคิดว่าสุขภาพร่างกายของฉันต้องทนทุกข์เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย เป็นต้น”

ข้อคำถามทุกข้อในมาตรวัดนี้เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด มาตรวัดนี้เป็นมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ตั้งแต่เลข 1 ถึง 4 ซึ่งมีข้อคำถามที่บ่งบอกลักษณะตรงกันข้าม โดยค่า 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย ค่า 2 หมายถึง ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย ค่า 3 หมายถึง ค่อนข้างจะเห็นด้วย และค่า 4 หมายถึง เห็นด้วย คะแนนรวมของมาตรวัดทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 12 ถึง 48 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าความเครียดในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม

ความรู้สึกที่มีต่อภาวะทางสังคมที่ถูกกดดัน และความรู้สึกอ่อนล้าทางด้านร่างกายที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยยิ่งสูง

สำหรับคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงของมาตรวัดนี้ Abe (2007) ได้ตรวจสอบความตรงของมาตรวัด โดยนำมาตรวัดนี้ไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยชาวญี่ปุ่นจำนวน 219 ราย โดยการตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์ (Criterion validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และได้รายงานค่าความเที่ยงของมาตรวัดรายด้านความรู้สึกที่มีต่อภาวะทางสังคมที่ถูกกดดัน ด้านความรู้สึกอ่อนล้าทางด้านร่างกาย และค่าความเที่ยงของมาตรวัดทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 .95 และ .96 ตามลำดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนามาตรวัดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยฉบับภาษาไทย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตใช้มาตรวัดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจาก Abe และคณะ เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงทำการแปลมาตรวัดซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อมาเป็นภาษาไทยโดยระหว่างการแปลผู้วิจัยได้ปรึกษาและให้อาจารย์ที่ปรึกษา (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรุณญา ตัญคำภีร์) เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องในการแปลมาตรวัดชุดนี้

2) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของมาตรวัดชุดนี้ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงไว้ในภาคผนวก ข) ทำการพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อว่ามีความตรงและมีความเหมาะสมหรือไม่

3) หลังจากปรับปรุงข้อความเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจึงนำมาตรวัดไปทดลองใช้ (try out) กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับการรักษาที่ตึกว่องวานิช ชั้น 3 5 6 7 และศูนย์เคมีบำบัด (Day care) ตึกว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามในมาตรวัด (corrected item-total correlation) เพื่อประเมินว่าข้อคำถามแต่ละข้อนั้นวัดลักษณะเดียวกันกับข้อคำถามที่เหลือหรือไม่โดยผู้วิจัยกำหนดให้มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแต่ละข้อคำถามจะต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เกินกว่า .23 ขึ้นไป

4) ประเมินค่าความเที่ยงแบบวิธีหาความคงที่ภายใน (Internal consistency) ด้วยสูตรการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเที่ยงของมาตรวัดทั้งฉบับเท่ากับ .85 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่อยู่ในระดับสูง

3. มาตรวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตฉบับภาษาไทย แปลและเรียบเรียงโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) จากมาตรวัด *The Sense of Coherence Scale*

(SCS: Antonvsky, 1987) เพื่อให้สำรวจความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต มาตรฐานนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 29 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามครอบคลุม 3 องค์ประกอบคือ

องค์ประกอบที่ 1 คือ ความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์

(Comprehensibility) จำนวน 11 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 1 3 5 10 12 15 17 19 21 24 และ 26

ตัวอย่างข้อคำถามเช่น “เมื่อฉันพูดกับผู้อื่นฉันรู้สึกว่าผู้อื่นไม่เข้าใจฉัน นอกจากบุคคลที่ใกล้ชิดกับฉันแล้วฉันรู้จักบุคคลอื่นที่ต้องติดต่อในชีวิตประจำวันเป็นอย่างดี ในช่วงเวลาที่ผ่านมาฉันรู้สึกแปลกใจในบางพฤติกรรมของผู้อื่นที่ฉันรู้จักเขาดี เป็นต้น”

องค์ประกอบที่ 2 คือ ความสามารถในการจัดการ (Manageability)

จำนวน 10 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 2 6 9 13 18 20 23 25 27 และ 29 ตัวอย่างข้อคำถามเช่น

“ในช่วงที่ผ่านมาเมื่อฉันต้องการทำอะไรก็ตามที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้อื่นฉันรู้สึกว่างานนั้นต้องสำเร็จอย่างแน่นอน ฉันรู้สึกว่าบุคคลที่ฉันไว้วางใจและเชื่อใจทำให้ฉันผิดหวัง ฉันมีความรู้สึกว่าฉันได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรมจากบุคคลอื่น เป็นต้น”

องค์ประกอบที่ 3 คือ การมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย

(Meaningfulness) จำนวน 8 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 4 7 8 11 14 16 22 และ 28 ตัวอย่างข้อคำถาม

เช่น “ฉันเคยมีความรู้สึกว่าฉันไม่ใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้เป็นสิ่งที่น่าเบื่อ ปัจจุบันนี้ฉันมีเป้าหมายและความมุ่งหวังในชีวิตที่ชัดเจน เป็นต้น”

หากแบ่งข้อคำถามตามความหมายของคำถามแล้ว จะได้ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 3 8 9 10 12 15 17 18 19 21 22 24 26 28 และ 29 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 4 5 6 7 11 13 14 16 20 23 25 และ 27 มาตรฐานนี้ผู้วิจัยได้ปรับให้เป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ตั้งแต่เลข 1 ถึง 4 ซึ่งมีข้อคำถามที่บ่งบอกลักษณะตรงกันข้าม โดยค่า 1 หมายถึง ไม่เคยรู้สึก ค่า 2 หมายถึง รู้สึกบางครั้ง ค่า 3 หมายถึง รู้สึกบ่อยครั้ง และค่า 4 หมายถึง รู้สึกเป็นประจำ คะแนนรวมของมาตรฐานทั้งหมดอยู่ระหว่าง 29 ถึง 116 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตยิ่งสูง

สำหรับคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงของมาตรฐาน Antonvsky (1987) ได้หาความตรงของมาตรฐานนี้โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และนำไปหาเกณฑ์ปกติ (Normative Data) ในกลุ่มตัวอย่างชาวอิสราเอล พนักงานฝ่ายผลิตชาวอเมริกันในนิวยอร์ก นักศึกษาระดับปริญญาตรีชาวเยอรมัน และกลุ่มนายทหารในกองทัพอิสราเอล และได้รายงานค่าความเที่ยงของมาตรฐานทั้งหมดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .84 ถึง .91 Frenz และคณะ (Frenz, Carey, & Jorgensen, 1993 อ้างถึงใน อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ, 2539) ได้ตรวจสอบความตรงของมาตรฐาน

ความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิตของ Antonvsky โดยวิธี Known-groups technique ระหว่างกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วย (นักศึกษาปริญญาตรี) จำนวน 276 ราย อายุเฉลี่ย 23.2 ปี กับกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับจิตบำบัดและผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 98 ราย อายุเฉลี่ย 25.1 ปี ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิต ( $M = 142.42$ ,  $SD = 21.9$ ) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วย ( $M = 115.87$ ,  $SD = 25.0$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ Frenz และคณะ (1993 อ้างถึงใน อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ, 2539) ยังได้ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการหาความคงที่ภายในจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

สำหรับประเทศไทยได้มีผู้นำมาตรวจวัดความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิต จำนวน 29 ข้อ มาศึกษาและพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยดังนี้ สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ได้แปลมาตรวจวัดความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิตเป็นภาษาไทย และนำไปศึกษากับกลุ่มอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัยจำนวน 230 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัยเท่ากับ 148.02 ( $SD=19.88$ ) และได้รายงานค่าความเที่ยงของมาตรวัดทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 ต่อมา สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2543) ได้ทำการวิเคราะห์โครงสร้างและคุณสมบัติของมาตรวัดความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิตของ Antonvsky ฉบับภาษาไทย โดยทำการศึกษาในนักศึกษาพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 464 ราย และนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 60 ราย รวม 524 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิตโดยรวมมีค่าเท่ากับ 132.86 ( $SD=20.70$ ) และได้รายงานค่าความเที่ยงของมาตรวัดทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 กังสดาล สุทธิวิธธรรม (2535) ได้ใช้มาตรวัดนี้กับกลุ่มพยาบาลประจำการในหอพยาบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 146 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

พัชรินทร์ นินทจันทร์ (2538) ได้ใช้มาตรวัดนี้กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาล จำนวน 60 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 จินดาวรรณ อุดมพัฒนาการ (2539) ได้ใช้มาตรวัดนี้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม (2539) ได้ใช้มาตรวัดนี้กับกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 พัทธินันท์ นินทจันทร์ และพิมพ์ สมพงษ์ (2543) ได้ใช้มาตรวัดนี้กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 ร.ต.อ.หญิง ชลิก

บุญประเสริฐ (2543) ได้ใช้มาตรวัดนี้กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ จำนวน 40 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 สุดาภรณ์ วงศ์ใหญ่ (2545) ได้ใช้มาตรวัดนี้กับกลุ่มนักเรียนโรงเรียนนวมินทราชินยา จ. กาฬสินธุ์ จำนวน 50 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 พัชร โขติกพงศ์ (2547) ได้ใช้มาตรวัดนี้กับกลุ่มนักเรียนมัธยมปลาย จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 จุฑาธิป เหมินทร์ (2547) ได้ใช้มาตรวัดนี้กับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการศึกษาในโรงพยาบาลบางบ่อ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และตะวัน วาทกิจ (2547) ได้ใช้มาตรวัดนี้กับกลุ่มนักศึกษาปริญญาตรีที่กำลังศึกษาวิชาจิตวิทยาทั่วไป จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

ผู้วิจัยนำคะแนนจากมาตรวัดที่ได้จากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับการรักษาที่ตึกว่องวานิชชั้น 3 5 6 7 และศูนย์เคมีบำบัด ตึกว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย มาประเมินค่าความเที่ยงแบบวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) ด้วยสูตรการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเที่ยงของมาตรวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ทั้งฉบับเท่ากับ .90 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่อยู่ในระดับสูง

4. มาตรวัดความหมายในชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 มาตรวัดย่อย ได้แก่

4.1 มาตรวัดความหมายในชีวิตฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยผู้วิจัยจากแบบวัด *The Meaning in Life Questionnaire (MLQ: Steger & Frazier, 2006)* เพื่อใช้ประเมินความหมายในชีวิต ความรู้สึกถึงตัว การใช้ชีวิตอย่างมีทิศทางและความมุ่งหวังในชีวิต มาตรวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 10 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามครอบคลุม 2 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบที่ 1 คือ ความเข้าใจถึงความหมายในชีวิต (Meaning in Life Questionnaire-Presence; MLQ-P) จำนวน 5 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 1 4 5 6 และ 9 ตัวอย่างข้อคำถามเช่น “ฉันเข้าใจความหมายในชีวิตของฉัน ชีวิตฉันมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน ฉันรู้ว่าสิ่งใดทำให้ชีวิตฉันมีความหมายเป็นต้น”

องค์ประกอบที่ 2 คือ การค้นหาความหมายในชีวิต (Meaning in Life Questionnaire-Search; MLQ-S) จำนวน 5 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 2 3 7 8 และ 10 ตัวอย่างข้อคำถามเช่น “ฉันกำลังมองหาบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้ชีวิตของฉันมีความหมาย ฉันมองหาเป้าหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิตอยู่เสมอๆ ฉันกำลังค้นหาบางสิ่งที่ทำให้ชีวิตฉันมีความหมายอยู่เสมอๆ เป็นต้น”

หากแบ่งข้อคำถามตามความหมายของคำถามแล้ว จะได้ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 2 3 4 5 6 7 8 และ 10 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

1 ข้อ คือข้อ 9 มาตราวัดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ตั้งแต่เลข 1 ถึง 7 ซึ่งมีข้อความที่บ่งบอกลักษณะตรงกันข้าม โดยค่า 1 หมายถึง ไม่จริง ค่า 4 หมายถึง ความไม่แน่ใจของผู้ตอบ และค่า 7 หมายถึง จริง คะแนนรวมของมาตราวัดทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 10 ถึง 70 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งมีความหมายในชีวิตสูง

สำหรับคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงของมาตราวัด Steger และ Frazier (2006) ได้ตรวจสอบความตรงของมาตราวัด โดยนำมาตราวัดนี้ไปใช้ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมปลายที่กำลังจะศึกษาต่อทางจิตวิทยา จำนวน 402 ราย และศึกษาเปรียบเทียบความตรงของมาตราวัดนี้กับมาตราวัดความหมายในชีวิตอื่นๆ ซึ่งการศึกษานี้สนับสนุนว่า มาตราวัดความหมายในชีวิตจำนวน 10 ข้อนี้มี ความตรงเชิงจำแนก (convergent & discriminant validity) ในการประเมินความหมายในชีวิตได้ดีกว่า และได้รายงานค่าความเที่ยงของมาตราวัดย่อยที่แสดงถึงความเข้าใจถึงความหมายในชีวิต (MLQ-P) และข้อความที่แสดงถึงการค้นหาความหมายในชีวิต (MLQ-S) โดยใช้สูตรการคำนวณหาความสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น .82 และ .87 ตามลำดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนามาตราวัดความหมายในชีวิต ฉบับภาษาไทย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตใช้มาตราวัดความหมายในชีวิต จาก Steger และ Frazier เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงทำการแปลแบบวัดซึ่งมีข้อความจำนวน 10 ข้อมาเป็นภาษาไทยโดยระหว่างการแปลผู้วิจัยได้ปรึกษาและให้อาจารย์ที่ปรึกษา (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรุณญา ตัญคำภีร์) เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องในการแปลมาตราวัดชุดนี้

2) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของมาตราวัดชุดนี้ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงไว้ในภาคผนวก ข) ทำการพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่ามีความตรงและมีความเหมาะสมหรือไม่

3) ผู้วิจัยทำการปรับมาตราวัดนี้ให้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ตั้งแต่เลข 1 ถึง 5 ซึ่งมีข้อความที่บ่งบอกลักษณะตรงกันข้าม โดยค่า 1 หมายถึง ไม่จริง ค่า 3 หมายถึง ความไม่แน่ใจของผู้ตอบ และค่า 5 หมายถึง จริง คะแนนรวมของมาตราวัดทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 10 ถึง 50 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งมีความหมายในชีวิตสูง

4) หลังจากปรับปรุงข้อความเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจึงนำมาตราวัดไปทดลองใช้ (try out) กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับการรักษาที่ตึกอำนวยการชั้น 3 5 6 7 และศูนย์เคมีบำบัด ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อความในมาตราวัด

(corrected item-total correlation) เพื่อประเมินว่าข้อคำถามแต่ละข้อนั้นวัดลักษณะเดียวกัน กับข้อคำถามที่เหลือหรือไม่โดยผู้วิจัยกำหนดให้มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแต่ละข้อคำถามจะต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เกินกว่า .23 ขึ้นไป

5) ประเมินค่าความเที่ยงแบบวิธีหาความคงที่ภายใน (Internal consistency) ด้วยสูตรการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเที่ยงของมาตรวัดความหมายในชีวิตทั้งฉบับเท่ากับ .91 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่อยู่ในระดับสูง

#### 4.2 มาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิตฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย

อรัญญา ต้อยคำภีร์ (2542) จากแบบวัด *The Purpose in Life Test* (PIL: Crumbaugh & Maholick, 1964) เพื่อใช้ประเมินการรับรู้เป้าหมายและความหมายในชีวิตตามแนวทฤษฎีโลโก้ เทอราปี มาตรวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามครอบคลุม 5 องค์ประกอบคือ

องค์ประกอบที่ 1 คือ ด้านคุณภาพชีวิต (Quality of life) เกี่ยวข้องกับการรับรู้การดำรงชีวิตของบุคคล รวมถึงความรู้สึกความพึงพอใจในชีวิตของตนที่เป็นอยู่ จำนวน 10 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 1 2 5 6 8 9 11 12 16 และ 19 ตัวอย่างข้อคำถามเช่น “ฉันมักจะ... (เบื่อหน่ายทุกสิ่งทุกอย่าง/ไม่แน่ใจ/รำเริง กระตือรือร้น) สำหรับฉัน ชีวิตดูเหมือนจะ... (ตื่นเต้นเสมอ/ไม่แน่ใจ/ซ้ำซากจำเจ) ทุกๆ วันจะ... (มีสิ่งใหม่ๆเสมอ/ไม่แน่ใจเหมือนเดิมทุกอย่าง) เป็นต้น”

องค์ประกอบที่ 2 คือ ด้านความหมายของการดำรงอยู่ (Meaning of existence) เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อเป้าหมายของชีวิตหรือความหมายในชีวิต รวมถึงการเล็งเห็นความสำคัญในการค้นหาเป้าหมายหรือความหมายในชีวิตด้วย จำนวน 6 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 3 4 13 17 18 และ 20 ตัวอย่างข้อคำถามเช่น “ชีวิตฉัน... (ไม่มีเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายใดๆ/ไม่แน่ใจ/มีเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายชัดเจน) การดำรงอยู่ของฉัน... (ไม่มีจุดหมายและไร้ความหมาย/ไม่แน่ใจ/มีจุดหมายและมีความหมาย) ฉันเป็นคนที่... (ขาดความรับผิดชอบ/ไม่แน่ใจ/มีความรับผิดชอบ) เป็นต้น”

องค์ประกอบที่ 3 คือ ด้านความตาย (Death) เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อความตาย จำนวน 2 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 10 และ 15 ตัวอย่างข้อคำถามเช่น “ถ้าวันนี้ฉันต้องตายไป ฉันรู้สึกที่ชีวิตฉัน... (มีคุณค่ามาก/ไม่แน่ใจ/ไร้คุณค่า) เป็นต้น”

องค์ประกอบที่ 4 คือ ด้านการเลือก (Choice) เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในความสามารถที่จะกำหนดชีวิตตนเอง รวมถึงความมีเสรีภาพในการใช้ชีวิต จำนวน 1 ข้อคำถามคือ ข้อ 14 “ในเรื่องเสรีภาพของคนที่จะเลือกสิ่งที่เขาต้องการ ฉันเชื่อว่า คนเรา ... (มีเสรีภาพเต็มที่/ไม่แน่ใจ/มีเสรีภาพจำกัด)”

องค์ประกอบที่ 5 คือ ด้านการเกษียณงาน (Retirement) เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการดำเนินชีวิตหลังเกษียณหรือสิ้นสุดงานประจำ จำนวน 1 ข้อคำถามคือ ข้อ 7 “หลังจากเกษียณแล้วฉันปรารถนาที่จะ... (ทำในสิ่งที่เคยอยากจะทำเสมอ/ไม่แน่ใจ/ไม่ทำอะไรเลยในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่)”

มาตรวัดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ตั้งแต่เลข 1 ถึง 7 ซึ่งมีข้อคำถามที่บ่งบอกลักษณะตรงกันข้าม โดยค่า 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ค่า 4 หมายถึง ความไม่แน่ใจของผู้ตอบ และค่า 7 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมของมาตรวัดทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 20 ถึง 140 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าบุคคลนั้นมีการแสวงหาจุดมุ่งหมายและมีความหมายในชีวิตสูง

สำหรับคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงของมาตรวัด Crumbaugh และ Maholick (1968, อ้างถึงใน อรรถนญา ตูย์คำภีร์, 2542) ได้รายงานผลการตรวจสอบความตรง โดยนำมาตรวัดนี้ไปใช้กับกลุ่มคนปกติจำนวน 805 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ย (mean  $\pm$  SD) เท่ากับ  $112.4 \pm 11.1$  และ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตไม่แยกวินิจฉัยจำนวน 346 ราย เท่ากับ  $92.6 \pm 21.4$  และการทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยของมาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิต กลุ่มคนปกติและกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตเวช พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=2.2, p<.01$ ) แสดงให้เห็นว่า มาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิตวัดกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตเวชได้คะแนนต่ำ ขณะเดียวกันวัดกลุ่มคนปกติได้คะแนนที่สูงกว่า ซึ่งสนับสนุนว่ามาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิตมีความตรงสำหรับกลุ่มตัวอย่างคนไทย อรรถนญา ตูย์คำภีร์ (2542) รายงานค่าคะแนนเฉลี่ยความมุ่งหวังในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชาวไทยจำนวน 1,320 ราย เท่ากับ  $102 \pm 16.3$

ด้านความเที่ยง Crumbaugh (1964, อ้างถึงใน อรรถนญา ตูย์คำภีร์, 2542) รายงานค่าความเที่ยงของมาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิตแบบแบ่งครึ่ง (split half reliability) ในกลุ่มคนปกติและกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตเวช รวม 225 ราย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนบราวด์เท่ากับ .90 และ Crumbaugh (1968, อ้างถึงใน อรรถนญา ตูย์คำภีร์, 2542) รายงานค่าความเที่ยงในกลุ่มนักบุญโปรเตสแตนต์จำนวน 120 ราย พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนบราวด์เท่ากับ .92 Reker (1979, อ้างถึงใน อรรถนญา ตูย์คำภีร์, 2542) รายงานค่าความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ (ระยะเวลา 6 สัปดาห์) ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

สำหรับประเทศไทย อรรถนญา ตูย์คำภีร์ (2536) ได้ทำการพัฒนามาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิต โดยสร้างข้อคำถามเพิ่มเติมจำนวน 10 ข้อ รวมเป็น 30 ข้อ และนำมาตรวัดนี้

ไปใช้กับหญิงบ้านพักฉุกเฉินจำนวน 20 ราย และหญิงในสถานสงเคราะห์หญิงบ้านเกร็ด ตระการจำนวน 50 ราย รวม 70 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 ต่อมาในปี พ.ศ. 2542 ได้รายงานค่าความเที่ยงของมาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิตในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาไทยจำนวน 1320 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 ซึ่งการศึกษาที่ได้กล่าวข้างต้นแสดงว่ามาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิตมีความเที่ยงอยู่ในระดับสูง

ผู้วิจัยนำคะแนนจากมาตรวัดที่ได้จากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับการรักษาที่ตึกว่องวานิชชั้น 3 5 6 7 และศูนย์เคมีบำบัด ตึกว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย มาประเมินค่าความเที่ยงแบบวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) ด้วยสูตรการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเที่ยงของมาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิต ทั้งฉบับเท่ากับ .87 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่อยู่ในระดับสูง

5. ชุดคำถามสัมภาษณ์ (Interview protocol) พัฒนาโดยตัวผู้วิจัยจากงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยความรู้สึกสอหดคลั่งกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยข้อคำถามจะประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน กล่าวคือ ส่วนคำถามในขั้นเริ่มการสนทนา ตัวอย่างข้อคำถามเช่น “มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร” “ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานเท่าไร” ส่วนที่สองเป็นคำถามในการเข้าสู่ประเด็นที่ศึกษาโดยแบ่งเป็นแนวคำถามที่เกี่ยวกับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยมีอะไรบ้าง ประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยตามกิจกรรมที่กล่าวมา โดยอาจมีคำถามติดตามประเด็น เช่น “ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย” “เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่นๆ มาก่อนหรือไม่อย่างไร” “กิจกรรมชีวิตอื่นๆ ที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร และการเป็นผู้ดูแลกระทบกระเทือนกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ได้อย่างไร” และข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์เมื่อญาติผู้ดูแลมีปัญหา มีสิ่งที่รบกวนจิตใจ หรือความยากลำบากในชีวิตของคุณที่เป็นผลมาจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย โดยอาจมีคำถามติดตามประเด็น เช่น “คุณมองเหตุการณ์เหล่านั้นอย่างไร คุณคิด และรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับตนเอง” “มีอะไรที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ที่พึ่งทางใจ หรือสิ่งที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ที่มีอยู่หรือเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย” เป็นต้น และในส่วนที่สามเป็นข้อคิดเห็นเพิ่มเติมและขั้นยุติการสนทนา โดยมีตัวอย่างคำถามเช่น “มีอะไรที่คุณอยากจะบอกเพิ่มเติมไหมคะ อย่างไรบ้าง” เป็นต้น ทั้งนี้ผู้วิจัยจะได้นำคำถามเหล่านี้ไปทดลองใช้และได้มีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ความเหมาะสมเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลต่อไป

## ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยจึงติดต่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัยจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยได้กล่าวแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างทุกคน พร้อมใช้เวลาพูดคุยและทักทายเพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการตอบมาตรวัดต่างๆ โดยมีการชี้แจงและแนะนำเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงการตอบมาตรวัดและมีการสัมภาษณ์โดยใช้ชุดคำถามสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน
3. หลังจากได้ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณแล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน โดยรายงานผลการวิจัยของข้อมูลของทั้งสองประเภทแบบแยกกัน สำหรับการบูรณาการข้อค้นพบจากการวิจัยจะเกิดขึ้นในขั้นตอนการอภิปรายผลเพื่อพิจารณาว่าข้อมูลทั้งสองประเภทได้ยืนยันหรือสอดคล้องกันอย่างไรบ้าง
4. ดำเนินการรายงานผลทั้งในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ อภิปรายผล สรุปผลการวิจัย พร้อมทั้งให้การเสนอแนะ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การหาค่าสถิติพื้นฐาน (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (Multivariate Analysis of Covariance; MANCOVA) และการวิเคราะห์การถดถอยแบบหลายตัวแปร (Multiple Regression Analysis) ด้วยการใส่ตัวแปรทำนายพร้อมกัน (Enter)

ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงจะนำมาวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ระหว่างการเก็บข้อมูล หลังจากการเก็บข้อมูลสิ้นสุด ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จากนั้นเป็นการจัดกลุ่มคำย่อยภายใต้คำสำคัญเพื่อตอบคำถามการวิจัย สุดท้ายเป็นการเรียงร้อยเรื่องราวตามประเด็นหลักที่ค้นพบร่วมกับการนำบริบทที่ศึกษามาอธิบายความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness) ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูล ช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม

รวมถึงการตรวจสอบสามเส้าด้านการตีความระหว่างนักวิจัย (Investigator triangulation) รวมทั้งการนำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดการวิเคราะห์ข้อมูล (Member check)

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต่เริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและลักษณะการสัมภาษณ์เชิงลึก ขออนุญาตบันทึกเสียงและนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงไปถอดความ เก็บรักษาไว้เป็นความลับและทำลายข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ส่วนการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมและใช้นามสมมุติแทนชื่อจริง เป็นต้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

(N=200)

ลำดับ ที่	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ค่าร้อยละ
1	<b>อายุ</b>		
	ไม่เกิน 20 ปี	3	1.5
	21 - 30 ปี	39	19.5
	31 - 40 ปี	58	29.0
	41 - 50 ปี	55	27.5
	51 - 60 ปี	33	16.5
	ตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป	12	6.0
2	<b>เพศ</b>		
	ชาย	100	50.0
	หญิง	100	50.0
3	<b>ศาสนา</b>		
	พุทธ	193	96.5
	คริสต์	3	1.5
	อิสลาม	4	2.0
4	<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>		
	<u>ความสัมพันธ์ทางสายโลหิต</u>		
	บิดา	1	0.5
	มารดา	3	1.5
	พี่/น้องชาย	2	1.0
	พี่/น้องสาว	14	7.0
	บุตรชาย	42	21.0
	บุตรสาว	28	14.0
	หลานชาย	5	2.5
	หลานสาว	5	2.5
	<u>คู่สมรส</u> สามี	50	25.0
	ภรรยา	50	25.0
5	<b>ระดับการศึกษา</b>		
	ประถมศึกษา	15	7.5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	13	6.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ค่าร้อยละ
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	18	9.0
	อนุปริญญา	23	11.5
	ปริญญาตรี	111	55.5
	สูงกว่าปริญญาตรี	20	10.0
<b>6</b>	<b>สถานภาพสมรส</b>		
	โสด	65	32.5
	คู่	131	65.5
	หม้าย	1	0.5
	หย่าร้าง	1	0.5
	แยกกันอยู่	2	1.0
<b>8</b>	<b>การทำงาน</b>		
	ทำ	151	75.5
	ไม่ทำ	49	24.5
<b>9</b>	<b>อาชีพ</b>		
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	33	16.5
	นักเรียน/นักศึกษา	10	5.0
	รับจ้าง	61	30.5
	รับราชการ	28	14.0
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	48	24.0
	เกษตรกร	6	3.0
	รัฐวิสาหกิจ	3	1.5
	แพทย์	2	1.0
	เภสัชกร	1	0.5
	พยาบาล	2	1.0
	ข้าราชการบำนาญ	6	3.0
<b>10</b>	<b>รายได้ของครอบครัวต่อเดือน</b>		
	ไม่มีรายได้	3	1.5
	50,00 - 10,000 บาท	30	15.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับ ที่	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ค่าร้อยละ
	10,001 – 30,000 บาท	81	40.5
	30,001 - 50,000 บาท	44	22.0
	50,001 บาทขึ้นไป	42	21.0
11	<b>ความพอเพียงของรายได้ครอบครัวกับรายจ่าย</b>		
	เพียงพอ	167	83.5
	ไม่เพียงพอ	33	16.5
12	<b>ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย</b>		
	น้อยกว่า 1 ปี	92	46.0
	1 - 3 ปี	76	38.0
	3 - 5 ปี	21	10.5
	มากกว่า 5 ปี	11	5.5
13	<b>จำนวนระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน</b>		
	1 – 6 ชั่วโมง	56	28.0
	7 – 12 ชั่วโมง	81	40.5
	12 – 18 ชั่วโมง	12	6.0
	19 – 24 ชั่วโมง	51	25.5
14	<b>โรคประจำตัว</b>		
	มีโรคประจำตัว	39	19.5
	ไม่มีโรคประจำตัว	161	80.5
15	<b>ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น</b>		
	มี	63	31.5
	ไม่มี	137	68.5

ตอนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2  
มาตรฐานย่อย ได้แก่

2.1 จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและความรู้สึกเป็นภาระใน  
การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบสามเดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบย่อย  
กล่าวคือ องค์ประกอบที่ 1 คือการดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย องค์ประกอบที่ 2 คือการช่วยเหลือ

กิจกรรมต่างๆ ไป องค์ประกอบที่ 3 คือการช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย และ องค์ประกอบที่ 4 คือการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ มาตราวัดนี้จะแบ่งออกเป็นสองส่วน กล่าวคือ

ส่วนแรก จำนวนกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้ตอบจะสำรวจจำนวนความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการปฏิบัติกรดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นมาตรฐานประมาณค่า ระดับ โดยค่า 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ค่า 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และ ค่า 3 หมายถึง ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา มีค่าเท่ากับ 98.17 ( $M=98.17$ ,  $SD=14.25$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ ( $M=2.63$ ,  $SD=.57$ ) รองลงมาคือ ให้การช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง ( $M=2.49$ ,  $SD=.63$ ) และให้การช่วยเหลือตอนกลางคืน ( $M=2.41$ ,  $SD=.65$ ) ตามลำดับ ด้านที่ 2 การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ช่วยเหลือเรื่องการรับใบสั่งยา ( $M=2.81$ ,  $SD=.48$ ) ช่วยเหลือเรื่องการรับยา ( $M=2.81$ ,  $SD=.45$ ) รองลงมาคือ จัดให้ได้รับการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องการ ( $M=2.74$ ,  $SD=.50$ ) และติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญ ( $M=2.73$ ,  $SD=.54$ ) มีส่วนร่วมในการพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญ ( $M=2.73$ ,  $SD=.53$ ) ด้านที่ 3 การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ดูแลเรื่องสารน้ำตามแผนการรักษา ( $M=2.78$ ,  $SD=.50$ ) สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา ( $M=2.78$ ,  $SD=.51$ ) รองลงมาคือ สร้างแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร ( $M=2.75$ ,  $SD=.49$ ) และสร้างแรงจูงใจในการรับสารน้ำตามแผนการรักษา ( $M=2.73$ ,  $SD=.55$ ) ตามลำดับ และด้านที่ 4 การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุดคือ ปลอบโยนให้กำลังใจ ( $M=2.89$ ,  $SD=.38$ ) และพูดคุยเพื่อลดความวิตกกังวล ( $M=2.89$ ,  $SD=.33$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของข้อมูลจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (N=200)

จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย	M	SD
<u>ด้านที่ 1 การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย</u>		
1. ช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ	2.63	.57
2. ช่วยเหลือเรื่องการทำความสะดวกร่างกายและอาบน้ำ	2.26	.74
3. ช่วยเหลือเรื่องการแต่งตัว	2.19	.81
4. ช่วยเหลือเรื่องการขยับถ่าย	2.03	.86
5. ช่วยเหลือดูแลรูปร่างหน้าตา(เช่นการแปรงฟัน ตัดเล็บ หวีผม เป็นต้น)	2.16	.83
6. ช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหวในบ้าน	2.32	.74
7. ช่วยเหลือในการพาลูก – เข้านอน	2.36	.72
8. ช่วยเหลือในการพาขึ้นบันได	2.32	.74
9. ช่วยเหลือจัดทำให้สุขสบาย	2.31	.74
10. ให้การช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง	2.49	.63
11. ให้การช่วยเหลือตอนกลางคืน	2.41	.65
<u>ด้านที่ 2 การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป</u>	2.71	.55
12. ช่วยเหลืองานบ้านเพียงเล็กน้อย (เช่น บัดฝุ่น ล้างจาน เป็นต้น)		
13. ช่วยเหลืองานบ้านเป็นส่วนใหญ่ (เช่น การใช้เครื่องดูดฝุ่น การทำความสะอาดพื้น เป็นต้น)	2.65	.58
14. ช่วยเหลือในเรื่องการจับจ่ายซื้อของ	2.71	.49
15. ช่วยเหลือเกี่ยวกับธุรกรรมทางการเงิน	2.63	.62
16. ช่วยในการเขียนใบเบิกค่ารักษาพยาบาล	2.50	.76
17. จัดให้ได้รับการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องการ	2.74	.50
18. จัดให้มีเครื่องช่วยทางกายภาพ	2.36	.80
19. ช่วยเหลือเรื่องการรับใบสั่งยา	2.81	.48
20. ช่วยเหลือเรื่องการรับยา	2.81	.45

ตารางที่ 2 (ต่อ)

จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย	M	SD
21. ติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญ	2.73	.54
22. มีส่วนร่วมในการพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญ	2.73	.53
<u>ด้านที่ 3 การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย</u>		
23. ดูแลเรื่องสารน้ำตามแผนการรักษา	2.78	.50
24. ดูแลเรื่องอาหารตามแผนการรักษา (เช่น จัดเตรียมอาหารที่จำกัดความเค็ม เป็นต้น)	2.70	.54
25. ดูแลเรื่องน้ำหนักตัว	2.63	.60
26. ดูแลเรื่องการออกกำลังกายตามแผนการรักษา	2.59	.61
27. สร้างแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร	2.75	.49
28. สร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่	1.74	.95
29. สร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย	2.64	.58
30. สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา	2.78	.51
31. สร้างแรงจูงใจในการรับสารน้ำตามแผนการรักษา	2.73	.55
32. สร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นทำงานอีกครั้ง	2.62	.62
<u>ด้านที่ 4 การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์</u>		
33. ปลอบโยนและให้กำลังใจ	2.89	.38
34. พุดคุยเพื่อลดความวิตกกังวล	2.89	.33
35. พุดคุยเพื่อลดความรู้สึกซึมเศร้า	2.88	.37
36. พุดคุยเพื่อลดสิ่งที่รบกวนใจ	2.86	.40
37. แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ	2.88	.36
38. อยู่เป็นเพื่อน	2.88	.34

ส่วนที่สอง ความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับเช่นกัน โดยค่า 1 หมายถึง ไม่เป็นภาระ ค่า 2 หมายถึง ค่อนข้างจะเป็นภาระ และ ค่า 3 หมายถึง เป็นภาระมาก

คะแนนรวมของมาตรวัดแต่ละส่วนอยู่ระหว่าง 38 ถึง 114 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่าญาติผู้ดูแลประเมินว่าการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลนั้นเป็นภาระมาก

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา มีค่าเท่ากับ 39.94 ( $M=39.94$ ,  $SD=4.76$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติแล้วรู้สึกเป็นภาระมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ให้การช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง ( $M=1.24$ ,  $SD=.47$ ) รองลงมาคือ ให้การช่วยเหลือตอนกลางคืน ( $M=1.23$ ,  $SD=.46$ ) และช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ ( $M=1.06$ ,  $SD=.25$ ) ช่วยเหลือในการพาขึ้นบันได ( $M=1.06$ ,  $SD=.23$ ) ตามลำดับ ด้านที่ 2 การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติแล้วรู้สึกเป็นภาระมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ช่วยเหลืองานบ้านเป็นส่วนใหญ่ ( $M=1.06$ ,  $SD=.23$ ) ช่วยเหลือเกี่ยวกับธุรกรรมทางการเงิน ( $M=1.06$ ,  $SD=.27$ ) รองลงมาคือ ช่วยเหลืองานบ้านเพียงเล็กน้อย ( $M=1.05$ ,  $SD=.22$ ) ช่วยเหลือในเรื่องการจับจ่ายซื้อของ ( $M=1.05$ ,  $SD=.23$ ) ช่วยในการเขียนใบเบิกค่ารักษาพยาบาล ( $M=1.05$ ,  $SD=.21$ ) และจัดให้ได้รับการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องการ ( $M=1.04$ ,  $SD=.18$ ) จัดให้มีเครื่องช่วยทางกายภาพ ( $M=1.04$ ,  $SD=.18$ ) ช่วยเหลือเรื่องการรับใบสั่งยา ( $M=1.04$ ,  $SD=.21$ ) ตามลำดับ ด้านที่ 3 การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติแล้วรู้สึกเป็นภาระมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ดูแลเรื่องอาหารตามแผนการรักษา ( $M=1.08$ ,  $SD=.28$ ) สร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ ( $M=1.08$ ,  $SD=.32$ ) สร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นทำงานอีกครั้ง ( $M=1.08$ ,  $SD=.28$ ) รองลงมาคือ ดูแลเรื่องสารน้ำตามแผนการรักษา ( $M=1.06$ ,  $SD=.25$ ) ดูแลเรื่องการออกกำลังกายตามแผนการรักษา ( $M=1.06$ ,  $SD=.26$ ) และการดูแลเรื่องน้ำหนักตัว ( $M=1.05$ ,  $SD=.26$ ) ตามลำดับ และด้านที่ 4 การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติแล้วรู้สึกเป็นภาระมากที่สุดคือการอยู่เป็นเพื่อน ( $M=2.89$ ,  $SD=.33$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของข้อมูลความรู้สึกเป็นภาระต่อ  
กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเมื่อ  
พิจารณาเป็นรายข้อ (N=200)

ความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย	M	SD
<u>ด้านที่ 1 การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย</u>		
1. ช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ	1.06	.25
2. ช่วยเหลือเรื่องการทำความสะดวก ร่างกายและอาบน้ำ	1.04	.18
3. ช่วยเหลือเรื่องการแต่งตัว	1.02	.16
4. ช่วยเหลือเรื่องการขับถ่าย	1.04	.18
5. ช่วยเหลือดูแลรูปร่างหน้าตา (เช่น การแปรงฟัน ตัดเล็บ หวีผม เป็นต้น)	1.03	.17
6. ช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหวในบ้าน	1.02	.14
7. ช่วยเหลือในการพาลูก – เข้านอน	1.02	.16
8. ช่วยเหลือในการพาขึ้นบันได	1.06	.23
9. ช่วยเหลือจัดทำให้สุขสบาย	1.03	.17
10. ให้การช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง	1.24	.47
11. ให้การช่วยเหลือตอนกลางคืน	1.23	.46
<u>ด้านที่ 2 การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป</u>		
12. ช่วยเหลืองานบ้านเพียงเล็กน้อย (เช่น ปัดฝุ่น ล้างจาน เป็นต้น)	1.05	.22
13. ช่วยเหลืองานบ้านเป็นส่วนใหญ่ (เช่น การใช้เครื่องดูดฝุ่น การทำความสะอาดพื้น เป็นต้น)	1.06	.23
14. ช่วยเหลือในเรื่องการจับจ่ายซื้อของ	1.05	.23
15. ช่วยเหลือเกี่ยวกับธุรกรรมทางการเงิน	1.06	.27
16. ช่วยในการเขียนใบเบิกค่ารักษาพยาบาล	1.05	.21
17. จัดให้ได้รับการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องการ	1.04	.18
18. จัดให้มีเครื่องช่วยทางกายภาพ	1.04	.18
19. ช่วยเหลือเรื่องการรับใบสั่งยา	1.04	.18
20. ช่วยเหลือเรื่องการรับยา	1.04	.21

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย	M	SD
21. ติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญ	1.02	.14
22. มีส่วนร่วมในการพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญ	1.03	1.71
<u>ด้านที่ 3 การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย</u>		
23. ดูแลเรื่องสารน้ำตามแผนการรักษา	1.06	.25
24. ดูแลเรื่องอาหารตามแผนการรักษา (เช่น จัดเตรียมอาหารที่จำกัดความเค็ม เป็นต้น)	1.08	.28
25. ดูแลเรื่องน้ำหนักตัว	1.05	.26
26. ดูแลเรื่องการออกกำลังกายตามแผนการรักษา	1.06	.26
27. สร้างแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร	1.03	.17
28. สร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่	1.08	.32
29. สร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย	1.04	.21
30. สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา	1.03	.20
31. สร้างแรงจูงใจในการรับสารน้ำตามแผนการรักษา	1.02	.17
32. สร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นทำงานอีกครั้ง	1.08	.28
<u>ด้านที่ 4 การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์</u>		
33. ปลอบโยนและให้กำลังใจ	1.03	.19
34. พุดคุยเพื่อลดความวิตกกังวล	1.03	.19
35. พุดคุยเพื่อลดความรู้สึกซึมเศร้า	1.03	.20
36. พุดคุยเพื่อลดสิ่งที่รบกวนใจ	1.03	.19
37. แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ	1.03	.21
38. อยู่เป็นเพื่อน	1.04	.22

**2.2 ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย** ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 12 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบที่หนึ่งเป็นข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อภาวะทางสังคมที่ถูกต้องดี และองค์ประกอบที่สองเป็นข้อคำถามที่แสดงถึงความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย

มาตรวัดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยนี้เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ โดยค่า 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย ค่า 2 หมายถึง ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย ค่า 3 หมายถึง ค่อนข้างจะเห็นด้วย และค่า 4 หมายถึง เห็นด้วย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12 ถึง 48 คะแนน คะแนนยิ่งสูง แสดงว่ายิ่งมีความกดดันทางด้านสังคมและมีความอ่อนล้าทางร่างกายมากซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมีค่าเท่ากับ 19.15 ( $M=19.15$ ,  $SD=6.95$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 ความรู้สึกที่มีต่อภาวะทางสังคมที่ถูกกดดัน พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านนี้มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ญาติผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนการทำงาน หรือเวลาส่วนตัวเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย ( $M=2.29$ ,  $SD=1.18$ ) รองลงมาคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าเวลาส่วนตัวมีจำกัดเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย ( $M=1.73$ ,  $SD=.92$ ) และญาติผู้ดูแลออกจากบ้านไปไหนไม่ได้เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย ( $M=1.68$ ,  $SD=.87$ ) ตามลำดับ ด้านที่สอง ความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านนี้มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าเพราะการดูแลผู้ป่วย ( $M=1.62$ ,  $SD=.81$ ) รองลงมาคือ ญาติผู้ดูแลคิดว่าการดูแลผู้ป่วยไปเรื่อยๆ จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ ( $M=1.58$ ,  $SD=.84$ ) และญาติผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่จะต้องตื่นตอนเช้าและต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยอีกหนึ่งวัน ( $M=1.68$ ,  $SD=.87$ ) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ ) ของข้อมูลความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ( $N=200$ )

ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย	M	SD
<u>ด้านที่ 1 ความรู้สึกที่มีต่อภาวะทางสังคมที่ถูกกดดัน</u>		
1. ฉันออกจากบ้านไปไหนไม่ได้เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย	1.68	.87
3. ฉันต้องปรับเปลี่ยนการทำงาน หรือเวลาส่วนตัวเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย	2.29	1.18
5. ฉันรู้สึกว่าเวลาส่วนตัวมีจำกัดเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย	1.73	.92
7. ฉันต้องเสียสละเวลาไปเที่ยวพักผ่อนเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย	1.61	.92
9. ฉันไม่มีเวลาที่จะทำในสิ่งต่างๆ ที่ฉันต้องการเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย	1.63	.82
11. ฉันรู้สึกเหน็ดเหนื่อยมากเพราะการดูแลผู้ป่วย	1.38	.65

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย	M	SD
<u>ด้านที่ 2 ความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย</u>		
2. ฉันรู้สึกอ่อนล้าเพราะการดูแลผู้ป่วย	1.62	.81
4. ฉันคิดว่าการดูแลผู้ป่วยไปเรื่อยๆ จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพของฉัน	1.58	.84
6. ฉันคิดว่าสุขภาพร่างกายของฉันต้องทนทุกข์เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย	1.34	.64
8. ฉันรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่จะต้องตื่นตอนเช้าและต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยอีกหนึ่งวัน	1.46	.71
<u>ด้านความเครียดในการดูแลผู้ป่วย</u>		
10. ฉันคิดว่า ฉันไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย	1.39	.66
12. การดูแลผู้ป่วยส่งผลเสียต่อร่างกายของฉัน	1.43	.78

**ตอนที่ 3 ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต**

เป็นการสำรวจความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตใน 3 องค์ประกอบ กล่าวคือ องค์ประกอบที่หนึ่ง ข้อคำถามที่แสดงถึงความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์ องค์ประกอบที่สอง ข้อคำถามที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการ และองค์ประกอบที่สาม ข้อคำถามที่แสดงถึงการมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย

มาตรวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตนี้ เป็นมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยค่า 1 หมายถึง ไม่เคยรู้สึก ค่า 2 หมายถึง รู้สึกบางครั้ง ค่า 3 หมายถึง รู้สึกบ่อยครั้ง และค่า 4 หมายถึง รู้สึกเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29 ถึง 116 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีค่าเท่ากับ 93.50 ( $M=93.50$ ,  $SD=12.16$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ องค์ประกอบที่ 1 ความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เมื่อมีสิ่งใดเกิดขึ้นญาติผู้ดูแลมักจะให้ความสำคัญกับสิ่งนั้นตรงตามความเป็นจริง ( $M=3.32$ ,  $SD=.70$ ) รองลงมาคือ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ยากลำบากอยู่บ่อยครั้ง แต่ญาติผู้ดูแลเองก็มักจะพบวิธีการแก้ปัญหาเหล่านั้นเสมอ ( $M=3.25$ ,  $SD=.75$ ) และเมื่อต้องพูดกับผู้อื่น ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าผู้อื่นเข้าใจในตัวเขา ( $M=3.24$ ,  $SD=.63$ ) ตามลำดับ องค์ประกอบที่ 2 ความสามารถในการจัดการ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าเมื่อคนเราต้องเผชิญกับปัญหาและความเจ็บปวดในชีวิต เขาจะสามารถหาทางออกให้กับปัญหาดังกล่าวได้ ( $M=3.46$ ,  $SD=.61$ ) รองลงมาคือ ญาติผู้ดูแลคิดอยู่บ่อยครั้ง

ว่า มีบุคคลใดที่เข้าใจและไว้วางใจได้ในอนาคต ( $M=3.43$ ,  $SD=.65$ ) และญาติผู้ดูแลรู้สึกอยู่น้อยครั้ง  
ว่า บางสถานการณ์บุคคลที่มีความเข้มแข็งอาจรู้สึกที่ตนเองล้มเหลวเป็นผู้แพ้ ( $M=3.30$ ,  
 $SD=.68$ ) ตามลำดับ และองค์ประกอบที่ 3 การมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย พบว่า ญาติ  
ผู้ดูแลมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมายมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าจะทำอะไร  
ในอนาคตเป็นสิ่งที่ไม่น่าเบื่อ ( $M=3.52$ ,  $SD=.62$ ) รองลงมาคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกและถามตัวเองอยู่  
น้อยครั้งว่า เพราะเหตุใดฉันถึงยังมีชีวิตอยู่ ( $M=3.49$ ,  $SD=.60$ ) และญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าชีวิตนี้เป็น  
สิ่งที่ไม่น่าเบื่อ ( $M=3.39$ ,  $SD=.58$ ), ญาติผู้ดูแลรู้สึกเสมอว่า สิ่งที่ทำทุกวันนี้เป็นสิ่งที่มี  
ความหมาย ( $M=3.39$ ,  $SD=.71$ ) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของข้อมูลความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต  
ชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (N=200)

ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต	M	SD
<b>ด้านที่ 1 ความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์</b>		
1*. เมื่อฉันพูดกับผู้อื่น ฉันรู้สึกว่าผู้อื่นไม่เข้าใจฉัน	3.24	.63
3. นอกจากบุคคลที่ใกล้ชิดกับฉันแล้ว ฉันรู้จักบุคคลอื่นที่ต้องติดต่อในชีวิตประจำวันเป็น อย่างดี	3.12	.78
5*. ในช่วงเวลาที่ผ่านมามี ฉันรู้สึกแปลกใจในบางพฤติกรรมของผู้อื่นที่ฉันรู้จักเขาดี	3.23	.66
10. ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันมีความมั่นคง	3.05	.87
12. ฉันเคยมีความรู้สึกที่ต้องตกอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยแต่ฉันก็รู้ว่าจะต้องทำอะไร ต่อไป	2.87	.86
15. ฉันต้องเผชิญกับปัญหาที่ยากลำบากอยู่บ่อยครั้ง แต่ฉันก็มักจะพบวิธีการแก้ปัญหา เหล่านั้นเสมอ	3.25	.75
17. ฉันคิดว่าชีวิตของฉันในอนาคตมีความชัดเจนและมั่นคง	3.13	.76
19. ฉันไม่เคยมีความรู้สึกและความคิดที่ลังเลสับสน		
21. ฉันมีความคิดอยู่บ่อยครั้งว่าฉันต้องการให้สิ่งที่กำลังคิดอยู่ในใจนั้นเกิดขึ้นจริง	3.16	.77
24. ฉันรู้สึกแน่ใจอยู่บ่อยครั้งว่าจะมีสิ่งใดเกิดขึ้นต่อไป	2.90	.88
26. เมื่อมีสิ่งใดเกิดขึ้นฉันมักจะให้ความสำคัญกับสิ่งนั้นตรงตามความเป็นจริง	3.32	.70
<b>ด้านที่ 2 ความสามารถในการจัดการ</b>		
2. ในช่วงที่ผ่านมามีฉันต้องการทำอะไรก็ตามที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้อื่น ฉันรู้สึกว่า งานนั้นต้องสำเร็จอย่างแน่นอน	3.00	.81

หมายเหตุ: \* คือ ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

ความรู้สึกลักษณะของกลไกในชีวิต	M	SD
6*. ฉันรู้สึกว่าคุณคนที่ฉันไว้วางใจและเชื่อใจทำให้ฉันผิดหวัง	3.27	.64
9. ฉันมีความรู้สึกว่าคุณได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรมจากบุคคลอื่น	3.01	.77
13*. ฉันรู้สึกว่า เมื่อคนเราต้องเผชิญกับปัญหาและความเจ็บปวดในชีวิต เขาจะไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหาดังกล่าวได้	3.46	.61
18. ในอดีตที่ผ่านมา เมื่อมีสิ่งที่ทำให้ฉันไม่สบายใจ ฉันมักจะบอกกับตนเองว่าต้องอยู่กับเรื่องนั้นให้ได้และดำเนินชีวิตต่อไป	3.21	.74
20*. ฉันรู้สึกว่าเมื่อฉันได้ทำในสิ่งที่ทำให้ฉันเกิดความรู้สึกดีแต่กลับต้องมีเหตุการณ์อื่นมาทำให้ความรู้สึกดีนั้นลบล้างไป	3.22	.64
23*. ฉันคิดอยู่บ่อยครั้งว่า ไม่มีบุคคลใดที่เข้าใจและไว้วางใจได้ในอนาคต	3.43	.65
25*. ฉันรู้สึกอยู่บ่อยครั้งว่า บางสถานการณ์บุคคลที่มีความเข้มแข็งอาจรู้สึกว่าตนเองล้มเหลวเป็นผู้แพ้	3.30	.68
27*. เมื่อฉันคิดถึงความยากลำบากที่ต้องพบในชีวิต ฉันไม่มั่นใจในตัวเองว่าจะสามารถเอาชนะอุปสรรคนั้นได้	3.28	.70
29. ฉันรู้สึกว่า ฉันสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้	3.28	.78
ด้านที่ 3 การมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย		
4*. ฉันเคยมีความรู้สึกว่าคุณไม่ใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว	3.29	.71
7*. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้เป็นสิ่งที่น่าเบื่อ	3.39	.58
8. ปัจจุบันนี้ ฉันมีเป้าหมายและความมุ่งมั่นในชีวิตที่ชัดเจน	3.26	.78
11*. ฉันรู้สึกว่า สิ่งที่คุณจะทำในอนาคตเป็นสิ่งที่น่าเบื่อ	3.52	.62
14*. ฉันรู้สึกและถามตัวเองอยู่บ่อยครั้งว่า เพราะเหตุใดฉันถึงยังมีชีวิตอยู่	3.49	.60
16*. ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายและทุกข์ใจกับสิ่งที่ฉันทำในแต่ละวัน	3.40	.63
22. ฉันคาดว่า ชีวิตของฉันในอนาคตจะเต็มไปด้วยความหมาย และความมุ่งมั่นในชีวิต	3.28	.72
28. ฉันรู้สึกเสมอว่า สิ่งที่คุณทำในทุกวันนี้ เป็นสิ่งที่มีความหมาย	3.39	.71

หมายเหตุ: \* คือ ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

ตอนที่ 4 ความหมายในชีวิต ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย 2 มาตรฐานย่อย ได้แก่

4.1 ความหมายในชีวิต เป็นการประเมินความหมายในชีวิต ความรู้สึกลงตัว การใช้ชีวิตอย่างมีทิศทางและความมุ่งมั่นในชีวิต มาตรฐานนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

คำถาม โดยข้อคำถามแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบคือ *องค์ประกอบที่หนึ่ง* ข้อคำถามที่แสดงถึงความเข้าใจถึงความหมายในชีวิต และ*องค์ประกอบที่สอง* ข้อคำถามที่แสดงถึงการค้นหาความหมายในชีวิตมาตรวัด MLQ นี้ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยค่า 1 หมายถึง ไม่จริง ค่า 2 หมายถึงค่อนข้างไม่จริง ค่า 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ ค่า 4 หมายถึง ค่อนข้างจริง และค่า 5 หมายถึง จริง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 ถึง 50 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีค่าเท่ากับ 39.01 ( $M=39.01$ ,  $SD=6.71$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 ความเข้าใจถึงความหมายในชีวิต พบว่าญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจถึงความหมายในชีวิตมากที่สุดคือ ชีวิตฉันมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน ( $M=4.22$ ,  $SD=.97$ ) และด้านที่ 2 การค้นหาความหมายในชีวิต พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการมองหาเป้าหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิตอยู่เสมอๆ ( $M=3.95$ ,  $SD=1.10$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของข้อมูลความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (N=200)

ความหมายในชีวิต	M	SD
<u>ด้านที่ 1 ความเข้าใจถึงความหมายในชีวิต</u>		
1. ฉันเข้าใจความหมายในชีวิตของฉัน	4.06	.86
4. ชีวิตฉันมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน	4.04	.91
5. ฉันรู้ว่าสิ่งใดทำให้ชีวิตฉันมีความหมาย	4.11	.87
6. ฉันค้นพบจุดมุ่งหมายในชีวิตที่น่าพึงพอใจ	3.88	.95
9*. ชีวิตฉันไม่มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน	4.22	.97
<u>ด้านที่ 2 การค้นหาความหมายในชีวิต</u>		
2. ฉันกำลังมองหาบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้ชีวิตของฉันมีความหมาย	3.78	1.11
3. ฉันมองหาเป้าหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิตอยู่เสมอๆ	3.95	1.10
7. ฉันกำลังค้นหาบางสิ่งที่ทำให้ชีวิตฉันมีความหมายอยู่เสมอๆ	3.68	1.14
8. ฉันกำลังค้นหาจุดมุ่งหมายหรือภารกิจในชีวิตของฉัน	3.65	1.18
10. ฉันค้นหาความหมายในชีวิตของฉัน	3.65	1.17

หมายเหตุ: \* คือ ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

**4.2 ความมุ่งหวังในชีวิต** เป็นการประเมินการรับรู้เป้าหมายและความหมายในชีวิตตามแนวทฤษฎีโลกิโกเทอราปี มาตรฐานวัด PIL นี้เป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดย ค่า 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ค่า 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ และค่า 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 ถึง 100 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งมีความมุ่งหวังในชีวิตสูง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีค่าเท่ากับ 81.08 ( $M=81.08$ ,  $SD=11.07$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่เกี่ยวกับความมุ่งหวังในชีวิตที่ญาติผู้ดูแลตอบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายฉันไม่เคยนึกถึงเลย ( $M=4.54$ ,  $SD=.74$ ) รองลงมาคือ หลังจากเกษียณงานแล้วฉันปรารถนาที่จะทำในสิ่งที่อยากทำ ( $M=4.35$ ,  $SD=.81$ ) และฉันเป็นคนที่มีความรับผิดชอบ ( $M=4.33$ ,  $SD=.70$ ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของข้อมูลความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (N=200)

ความมุ่งหวังในชีวิต	M	SD
1. ฉันมักจะรำเริงกระตือรือร้น	3.92	.95
2. สำหรับฉันชีวิตดูเหมือนจะตื่นเต้นเสมอ	3.56	1.15
3. ชีวิตฉันมีเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน	4.15	.87
4. การดำรงอยู่ของฉันมีจุดมุ่งหมายและมีความหมาย	4.28	.80
5. ทุกๆวันจะมีสิ่งใหม่ๆ เสมอ	3.48	1.27
6. ถ้าเลือกได้ฉันอยากเกิดใหม่ให้เหมือนชาตินี้	3.78	1.20
7. หลังจากเกษียณงานแล้วฉันปรารถนาที่จะทำในสิ่งที่อยากทำ	4.35	.81
8. ในการดำเนินชีวิตให้ประสบความสำเร็จฉันสร้างความสำเร็จให้แก่ชีวิต	4.24	.80
9. ชีวิตของฉันอยู่ท่ามกลางสิ่งดีๆ ที่น่าตื่นเต้น	4.13	.78
10. ถ้าวันนี้ฉันต้องตายไป ฉันรู้สึกชีวิตฉันมีคุณค่ามาก	4.00	.94
11. เมื่อคิดถึงชีวิต ฉันมองเหตุผลในการมีชีวิตอยู่เสมอ	4.24	.93
12. เมื่อมองดูโลกรอบตัวที่เกี่ยวข้องกับฉัน โลกนี้ดูลงตัวมีความหมายกับฉัน อย่างพอเหมาะ	3.74	1.07

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความมุ่งหวังในชีวิต	M	SD
13. ฉันเป็นคนที่มีความรับผิดชอบ	4.33	.70
14. ในเรื่องเสรีภาพของคนที่จะเลือกสิ่งที่เขาต้องการ ฉันเชื่อว่าคนเรามีเสรีภาพเต็มที่	3.95	1.11
15. เกี่ยวกับความตายฉันเตรียมพร้อมเสมอไม่กลัวความตาย	3.81	1.28
16. เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายฉันไม่เคยนึกถึงเลย	4.54	.74
17. ฉันเห็นว่าฉันมีความสามารถในการค้นหาบางสิ่งที่เป็นเป้าหมายและความหมายในชีวิตตลอดจนได้ทุ่มเทตนเองเพื่อสิ่งนั้น	3.99	.84
18. ชีวิตของฉัน ฉันกำหนด	4.18	1.01
19. การเผชิญหน้ากับงานในชีวิตประจำวันของฉันเป็นสิ่งที่น่าสนุก น่าพึงพอใจ	4.11	.83
20. ฉันพบว่าชีวิตของฉันมีเป้าหมายชัดเจนน่าพอใจ	4.31	.80

## ตอนที่ 5 ผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

5.1 สมมุติฐานที่เกี่ยวกับความแตกต่างของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศ และประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยมีสมมุติฐานย่อยดังนี้

5.1.1 ญาติผู้ดูแลเพศหญิงจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย

5.1.2 ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

การทดสอบสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 นี้ ผู้วิจัยทดสอบด้วยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรในแต่ละกลุ่มระหว่าง 2 เงื่อนไข (ตัวแปรต้น) คือ เพศของญาติผู้ดูแล และประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ตัวแปรตามคือ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาโดยแบ่งเป็นจำนวนและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือ ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความรู้สึกสอคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายในชีวิตและความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปร อายุ ประสบการณ์ในการดูแล

ผู้ป่วยอื่น และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (Multivariate Analysis of Covariance; MANCOVA) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตั้งรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศและประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (N=200)

ตัวแปร	ชาย				หญิง			
	สายโลหิต		คู่สมรส		สายโลหิต		คู่สมรส	
	(n=50)		(n=50)		(n=50)		(n=50)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย								
1.1 จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมดูแล	93.26	15.11	99.26	12.85	92.74	14.32	107.40	9.02
1.2 ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล	40.10	4.49	40.02	4.82	39.22	3.35	40.42	6.06
2. ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย	19.48	6.53	18.16	6.80	19.90	7.12	19.04	7.40
3. ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต	91.12	11.50	95.02	9.91	90.28	11.40	97.58	11.30
4. ความหมายในชีวิต	39.28	6.74	38.96	6.80	39.06	6.82	38.76	6.66
5. ความมุ่งหวังในชีวิต	80.86	11.84	81.38	10.35	82.56	9.78	79.52	12.24

หมายเหตุ 1. Box' M = 126.13,  $p < 0.05$

2. Levene's test:  $F = 2.94, p = .03$ ;  $F = .16, p = .92$ ;  $F = 0.33, p = .80$ ;  $F = 1.91, p = .13$ ;  $F = .30, p = .83$ ;  $F = .25, p = .86$

ตารางที่ 8 พบว่าเพศหญิงที่เป็นคู่สมรสมีค่าเฉลี่ยจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด (M=107.40, SD=9.02) รองลงมาคือเพศชายที่เป็นคู่สมรส (M=99.26, SD=12.85) เพศชายที่มี

ความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ( $M=93.26$ ,  $SD=15.11$ ) และเพศหญิงที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ( $M=92.74$ ,  $SD=14.32$ ) ตามลำดับ

ส่วนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า เพศหญิงที่เป็นคู่สมรสมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระมากที่สุด ( $M=40.42$ ,  $SD=6.06$ ) รองลงมาคือ เพศชายที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ( $M=40.10$ ,  $SD=4.49$ ) เพศชายที่เป็นคู่สมรส ( $M=40.02$ ,  $SD=4.82$ ) และเพศหญิงที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ( $M=39.22$ ,  $SD=3.35$ ) ตามลำดับ

ด้านความเครียดในดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า เพศหญิงที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตมีค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ( $M=19.90$ ,  $SD=7.12$ ) รองลงมาคือ เพศชายที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ( $M=19.48$ ,  $SD=6.53$ ) เพศหญิงที่เป็นคู่สมรส ( $M=19.04$ ,  $SD=7.40$ ) และเพศชายที่เป็นคู่สมรส ( $M=18.16$ ,  $SD=6.80$ ) ตามลำดับ

ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า เพศหญิงที่เป็นคู่สมรส มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตสูงที่สุด ( $M=97.58$ ,  $SD=11.30$ ) รองลงมาคือ เพศชายที่เป็นคู่สมรส ( $M=95.02$ ,  $SD=9.91$ ) เพศชายที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ( $M=91.12$ ,  $SD=11.50$ ) และเพศหญิงที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ( $M=90.28$ ,  $SD=11.40$ ) ตามลำดับ

ความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า เพศชายที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตมีค่าเฉลี่ยความหมายในชีวิตสูงที่สุด ( $M=39.28$ ,  $SD=6.74$ ) รองลงมาคือเพศหญิงที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ( $M=39.06$ ,  $SD=6.82$ ) เพศชายที่เป็นคู่สมรส ( $M=38.96$ ,  $SD=6.80$ ) และเพศหญิงที่เป็นคู่สมรส ( $M=38.76$ ,  $SD=6.66$ ) ตามลำดับ

ความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า เพศหญิงที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตมีค่าเฉลี่ยความมุ่งหวังในชีวิตสูงที่สุด ( $M=82.56$ ,  $SD=9.78$ ) รองลงมาคือเพศชายที่เป็นคู่สมรส ( $M=81.38$ ,  $SD=10.35$ ) เพศชายที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ( $M=80.86$ ,  $SD=11.84$ ) และเพศหญิงที่เป็นคู่สมรส ( $M=79.52$ ,  $SD=12.24$ ) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Box's Test of Equality of Covariance Matrices พบว่า ประสิทธิภาพตรงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายในชีวิตและความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศและประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า มี

เมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสถิติ Box's M เท่ากับ 126.13 ค่าสถิติ F เท่ากับ 1.89 ค่า p-value เท่ากับ .00

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Levene's Test of Equality of Error Variances พบว่า ประสิทธิภาพด้านจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา มีความแปรปรวนร่วมของความคลาดเคลื่อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสถิติ F เท่ากับ 2.94 ค่า p-value เท่ากับ .03 (df1=3; df2=196) ส่วนประสิทธิภาพตรงด้านความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายในชีวิตและความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศและประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า มีความแปรปรวนร่วมของความคลาดเคลื่อนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยประสิทธิภาพตรงด้านความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา มีค่าสถิติ F เท่ากับ .16 ค่า p-value เท่ากับ .92 (df1=3; df2=196) ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีค่าสถิติ F เท่ากับ .33 ค่า p-value เท่ากับ .80 (df1=3; df2=196) ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีค่าสถิติ F เท่ากับ 1.91 ค่า p-value เท่ากับ .13 (df1=3; df2=196) ความหมายในชีวิตมีค่าสถิติ F เท่ากับ .30 ค่า p-value เท่ากับ .83 (df1=3; df2=196) และความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีค่าสถิติ F เท่ากับ .25 ค่า p-value เท่ากับ .86 (df1=3; df2=196)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย MANCOVA เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลประสิทธิภาพตรงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาโดยแบ่งเป็นจำนวนความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือ ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายในชีวิตและความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศและประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยมีตัวแปรควบคุมได้แก่ อายุ ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอื่น และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพศหญิงและเพศชายไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาโดยแบ่งเป็นจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือ ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายในชีวิต และความมุ่งหวังในชีวิต (Wilks' Lambda=.98, F=.57, df1=6, df2=189, p=.76, Eta Squared=.018)

ทั้งนี้ ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตและเป็นคู่สมรส พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา โดยแบ่งเป็นจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือ ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายในชีวิต และความมุ่งหวังในชีวิต (Wilks' Lambda=.89,  $F=3.75$ ,  $df_1=6$ ,  $df_2=189$ ,  $p=.00$ , Eta Squared=.106)

สำหรับตัวแปรควบคุมได้แก่ อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา โดยแบ่งเป็นจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือ ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายในชีวิต และความมุ่งหวังในชีวิต (Wilks' Lambda=.94,  $F=2.16$ ,  $df_1=6$ ,  $df_2=189$ ,  $p=.05$ , Eta Squared=.064; Wilks' Lambda=.97,  $F=2.10$ ,  $df_1=6$ ,  $df_2=189$ ,  $p=.06$ , Eta Squared=.063; Wilks' Lambda=.97,  $F=.83$ ,  $df_1=6$ ,  $df_2=189$ ,  $p=.55$ , Eta Squared=.026)

ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Tests of Between-Subjects Effects) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา โดยแบ่งเป็นจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือ ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายในชีวิตและความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศและประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน พบว่า เพศและอายุของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่แตกต่างกัน จะไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา โดยแบ่งเป็นจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือ ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายในชีวิตและความมุ่งหวังในชีวิต

ทั้งนี้ ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน พบว่า ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันที่แตกต่างกัน จะมี

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยด้านจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นที่แตกต่างกัน จะมีความมุ่งหวังในชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามทั้ง 6 ตัวแปร เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศและประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม อายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน

แหล่งความแปรปรวน	Wilks's Lambda	Type III SS	df	F	p	Eta Squar ed
<b>เพศ</b>						
1.จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล	.98	346.73	1	2.08	.15	.011
2.ความรู้สึกเป็นภาระ		4.39	1	.19	.66	.001
3.ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย		16.18	1	.34	.56	.002
4. ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต		1.42	1	.01	.92	.000
5. ความหมายในชีวิต		5.08	1	.11	.74	.001
6. ความมุ่งหวังในชีวิต		2.26	1	.02	.89	.000
<b>ประเภทของความสัมพันธ์</b>						
1.จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล	0.89	1,908.11	1	11.46***	.00	.056
2.ความรู้สึกเป็นภาระ		37.33	1	1.65	.20	.008
3.ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย		152.04	1	3.15	.08	.016
4. ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต		463.88	1	3.34	.07	.017
5. ความหมายในชีวิต		2.16	1	.05	.83	.000
6. ความมุ่งหวังในชีวิต		136.36	1	1.21	.29	.006
<b>อายุ</b>						
1.จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล	.94	294.29	1	1.77	.19	.009
2.ความรู้สึกเป็นภาระ		66.37	1	2.93	.09	.015
3.ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย		120.24	1	2.49	.12	.013
4. ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต		224.26	1	1.61	.21	.008
5. ความหมายในชีวิต		3.83	1	.08	.77	.000
6. ความมุ่งหวังในชีวิต		118.20	1	.97	.33	.005

ตารางที่ 9 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	Wilk's Lambda	Type III SS	df	F	p	Eta Squared
<u>ประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอื่น</u>						
1.จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล	.97	79.64	1	.48	.49	.002
2.ความรู้สึกเป็นภาระ		.63	1	.03	.87	.000
3.ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย		41.52	1	.86	.36	.004
4. ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต		310.88	1	2.24	.14	.011
5. ความหมายในชีวิต		73.54	1	1.61	.21	.008
6. ความมั่งหวังในชีวิต		504.64	1	4.14 ***	.04	.021
<u>จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน</u>						
1.จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล	.94	1,223.63	1	7.35***	.01	.037
2.ความรู้สึกเป็นภาระ		47.52	1	2.10	.15	.011
3.ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย		0.29	1	.01	.94	.000
4. ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต		185.34	1	1.33	.25	.007
5. ความหมายในชีวิต		3.56	1	.08	.78	.000
6. ความมั่งหวังในชีวิต		93.25	1	.77	.38	.004

หมายเหตุ \*\*\*  $p < 0.05$

ตารางที่ 9 พบว่ามีตัวแปรอย่างน้อย 1 กลุ่มที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยวิธี Pairwise Comparisons ด้วยวิธีของ Bonferroni ในกรณีความแปรปรวนของแต่ละกลุ่มเท่ากัน (Equal variances assumed)

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาโดยแบ่งเป็นจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายในชีวิต และความมั่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพศชายและเพศหญิงมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาโดยแบ่งเป็นจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ

ลูกกลม ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายในชีวิตและความมุ่งหวังในชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลูกกลม พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลูกกลมที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตและคู่สมรสมีความแตกต่างกันในประสิทธิภาพการดูแลผู้ปวยด้านจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลูกกลมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปร อายุ ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอื่น และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 10



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยวิธี Pairwise

Comparisons ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามทั้ง 6 ตัวแปร เมื่อพิจารณา  
ในกลุ่มเพศและประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตัวแปรตาม	ตัวแปรต้น	M <sup>(a)</sup> (SE)	Mean difference (I-J)	p-value <sup>(b)</sup>	
1. จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล	เพศ	ชาย	96.83 (1.30)	- 2.68	.15
		หญิง	99.50 (1.30)		
	ความสัมพันธ์	สายโลหิต	94.49 (1.42)	- 7.35 ***	.00
		คู่สมรส	101.84 (1.42)		
2. ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล	เพศ	ชาย	40.09 (.48)	.30	.66
		หญิง	39.79 (.48)		
	ความสัมพันธ์	สายโลหิต	39.43 (.52)	- 1.03	.20
		คู่สมรส	40.45 (.52)		
3. ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย	เพศ	ชาย	18.86 (.70)	- .58	.56
		หญิง	19.43 (.70)		
	ความสัมพันธ์	สายโลหิต	20.18 (.76)	2.07	.08
		คู่สมรส	18.11 (.76)		
4. ความรู้สึกอดทนต่อสิ่งกีดขวางในชีวิต	เพศ	ชาย	93.41 (1.19)	- .17	.92
		หญิง	93.59 (1.19)		
	ความสัมพันธ์	ทางสายโลหิต	91.69 (1.30)	- 3.62	.07
		คู่สมรส	95.31 (1.30)		
5. ความหมายในชีวิต	เพศ	ชาย	39.18 (.68)	.32	.74
		หญิง	38.85 (.68)		
	ความสัมพันธ์	สายโลหิต	39.14 (.74)	.25	.83
		คู่สมรส	38.89 (.74)		
6. ความมั่งหวังในชีวิต	เพศ	ชาย	81.19 (1.11)	.22	.89
		หญิง	80.97 (1.11)		
	ความสัมพันธ์	สายโลหิต	82.06 (1.21)	1.97	.29
		คู่สมรส	80.10 (1.21)		

หมายเหตุ: a: covariate value: อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (M=41.36),  
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น (M=1.69) และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย  
ต่อวัน (M=12.85)

b: ใช้วิธีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยวิธีของ Bonferroni

\*\*\*p<.05

ดังนั้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงไม่สนับสนุนสมมุติฐานย่อยข้อที่ 1  
 ที่ว่า “ญาติผู้ดูแลเพศหญิงจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแตกต่างจากญาติ  
 ผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย” แต่สนับสนุนสมมุติฐานย่อยข้อที่ 2 ที่ว่า “ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแล  
 ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง  
 ระยะลุกลามแตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส” โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง  
 สถิติเฉพาะประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยด้านจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย  
 มะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเท่านั้น

**5.2 สมมุติฐานการวิจัยข้อที่สอง:** อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่  
 เริ่มป่วย-ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น  
 ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแล  
 ผู้ป่วย และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์และทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืน  
 ในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้

การทดสอบสมมุติฐานการวิจัยข้อที่สองนี้ ผู้วิจัยทดสอบด้วยการ  
 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ด้วยการใส่ตัวแปรพร้อมกัน (Enter) โดยตัว  
 แปรทำนายมี 9 ตัวแปร ได้แก่

- 1) อายุของญาติผู้ดูแล
- 2) เพศของญาติผู้ดูแล
- 3) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน)
- 4) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน
- 5) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น
- 6) ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
 ลุกลาม
- 7) จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
 ลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา
- 8) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามใน  
 รอบ 3 เดือนที่ผ่านมา
- 9) ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตัวแปรเกณฑ์คือ ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแล  
 ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยคำนวณจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 200 ราย ผลการวิเคราะห์  
 เป็นดังนี้

เมื่อตรวจสอบปัญหาความสัมพันธ์ร่วมกันเชิงเส้นแบบพหุ (Multicollinearity) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย พบว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 9 ตัวแปร มีความคลื่อน (tolerance) มากกว่า .19 และมีค่าปัจจัยปรับตามความแปรปรวนเพื่อ (variance inflation factor; VIF) น้อยกว่า 5.3 ดังนั้น ตัวแปรทำนายทั้ง 9 ตัวแปรเป็นอิสระจากกัน จึงไม่ทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2006)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 9 ตัวแปร มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณกับความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเท่ากับ .54 ( $R=.54, p<.01$ ) และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 9 ตัวแปร สามารถทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ร้อยละ 29 ( $R^2=.29, p<.01$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน ( $\beta$ ) ของแต่ละตัวแปร พบว่า มีตัวแปรทำนาย 3 ตัวแปร ได้แก่ จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ( $\beta=.29, p<.01$ ) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ( $\beta=-.20, p<.01$ ) และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ( $\beta=-.18, p<.01$ ) มีน้ำหนักในการทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังรายละเอียดในตารางที่ 11 และตารางที่ 12

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายทั้ง 9 ตัวแปร กับความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (N=200)

ตัวแปร	T_SCS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิต (T_SCS)	1.00	.22**	.04	.22**	.16**	-.12*	.23**	.40**	-.28**	-.31**
1. อายุ		1.00	.07	.10	.31**	-.05	.53**	.31**	-.06	.06
2. เพศ			1.00	-.03	.16*	-.08	.00	.13*	-.03	-.11
3. ระยะเวลาการดูแล(ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน)				1.00	.20**	.01	.15*	.24**	-.06	.01
4. จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน					1.00	-.06	.26**	.30**	.09	.01
5. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น						1.00	-.03	-.08	.01	.06
6. ประเภทของความสัมพันธ์							1.00	.36**	.06	-.08
7. จำนวนการปฏิบัติกิจกรรม								1.00	-.02	-.13*
8. ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย									1.00	.37**
9. ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย										1.00
M	93.50	41.16	1.50	1.76	12.85	1.69	.50	98.17	39.94	19.15
SD	12.16	11.77	.50	.85	7.16	.47	.50	14.23	4.76	6.95

หมายเหตุ: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายทั้ง 9 ตัวแปร ในการทำนายความรู้สึก  
สอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตัวแปรตามและตัวแปรทำนาย	B	$\beta$	t	F	R <sup>2</sup>	tolerance	VIF
ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต				8.66**	.29		
1. อายุ	.07	.07	.93			.65	1.55
2. เพศ	-.34	-.01	-.22			.95	1.06
3.ระยะเวลาการดูแล(ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน)	1.38	.10	1.52			.91	1.10
4. จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน	.06	.04	.54			.81	1.24
5. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น	-2.03	-.08	-1.26			.98	1.02
6. ประเภทของความสัมพันธ์	1.44	.06	.78			.65	1.55
7.จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	.25	.29	4.15**			.76	1.31
8. ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือ	-.52	-.20	-3.02**			.82	1.22
9. ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย	-.31	-.18	-2.60**			.81	1.24

หมายเหตุ: \*\*p<.01

ดังนั้น ผลจากการทดสอบสมมุติฐานข้างต้น จึงสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่สองที่ว่า “อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์และทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้” ซึ่งตัวแปรทำนาย 3 ตัวแปรได้แก่ จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ( $\beta = .29, p < .01$ ) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ( $\beta = -.20, p < .01$ ) และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ( $\beta = -.18, p < .01$ ) มีน้ำหนักในการทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ส่วนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาและความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

**5.3 สมมุติฐานการวิจัยข้อที่สาม:** อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีความสัมพันธ์และทำนายความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้

โดยความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึงกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามในมาตรวัดความหมายในชีวิตและความมุ่งหวังในชีวิต โดยแบ่งการทดสอบสมมุติฐานการวิจัยเป็น 2 ข้อย่อยดังนี้

5.3.1 การทดสอบสมมุติฐานการวิจัยข้อที่สาม โดยมีความหมายในชีวิตเป็นตัวแปรเกณฑ์

การทดสอบสมมุติฐานการวิจัยข้อนี้ ผู้วิจัยทดสอบด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ด้วยการใส่ตัวแปรพร้อมกัน (enter) โดยคงตัวแปรทำนาย 9 ตัวแปรเดิมได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและเพิ่มตัวแปรความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต รวมมีตัวแปรทำนายทั้งหมด 10 ตัวแปร

ตัวแปรเกณฑ์คือ ความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยคำนวณจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 200 ราย ผลการวิเคราะห์เป็นดังนี้

เมื่อตรวจสอบปัญหาความสัมพันธ์ร่วมกันเชิงเส้นแบบพหุ (Multicollinearity) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย พบว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 10 ตัวแปร มีค่าความคลื่อน (tolerance) มากกว่า .19 และมีค่าปัจจัยปรับตามความแปรปรวนเพื่อ (variance inflation factor; VIF) น้อยกว่า 5.3 ดังนั้น ตัวแปรทำนายทั้ง 10 ตัวแปรเป็นอิสระจากกัน จึงไม่ทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย (Hair et al., 2006)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 10 ตัวแปรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณกับความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเท่ากับ .37 ( $R=.37, p<.01$ ) และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 10 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ร้อยละ 14 ( $R^2=.14, p<.01$ ) ( $F=3.05, df_1=10, df_2=189$ )

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน ( $\beta$ ) ของแต่ละตัวแปร พบว่า ตัวแปรความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน ( $\beta$ ) เท่ากับ .37 ( $p < .01$ ) ดังนั้น ตัวแปรความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามจึงเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 เพียงตัวแปรเดียว ดังรายละเอียดในตารางที่ 13 และตารางที่ 14

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายทั้ง 10 ตัวแปรกับความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (N=200)

ตัวแปร	MIL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ความหมายในชีวิต											
(MIL)	1.00	-.03	-.02	.11	.01	-.09	-.02	.05	-.12*	-.11	.34**
1. อายุ		1.00	.70	.10	.31**	-.05	.53**	.31**	-.06	.06	.22**
2. เพศ			1.00	-.03	.16*	-.08	.00	.13*	-.03	.05	.04
3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย(เริ่มป่วย-ปัจจุบัน)				1.00	.20*	.01	.15*	.24**	-.06	-.11	.22**
4. จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน					1.00	-.06	.26**	.30**	.09	.01	.16**
5. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น						1.00	-.03	-.08	.01	.06	-.12*
6. ประเภทความสัมพันธ์							1.00	.36**	.06	-.08	.23**
7.จำนวนการปฏิบัติกิจกรรม								1.00	-.02	-.13*	.40**
8. ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย									1.00	.37**	-.28**
9. ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย										1.00	-.31**
10.ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต											1.00
M	39.02	41.16	1.50	1.76	12.85	1.69	.50	98.17	39.94	19.15	93.50
SD	6.71	11.77	.50	.85	7.16	.47	.50	14.23	4.76	6.95	12.16

หมายเหตุ: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายทั้ง 10 ตัวแปร ในการทำนายความหมาย  
ในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตัวแปรตามและตัวแปรทำนาย	B	$\beta$	t	F	R <sup>2</sup>	tolerance	VIF
ความหมายในชีวิต							
1. อายุ	-.04	-.06	-.72	3.05**	.14	.64	1.56
2. เพศ	-.24	-.02	-.26			.95	1.06
3.ระยะเวลาการดูแล(ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน)	.48	.06	.85			.90	1.11
4. จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน	-.01	-.01	-.09			.81	1.24
5. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น	-.82	-.06	-.84			.98	1.03
6. ประเภทของความสัมพันธ์	-.79	-.06	-.70			.64	1.55
7.จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	-.03	-.07	-.86			.70	1.43
8. ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือ	-.02	-.02	-.23			.78	1.28
9. ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย	.01	.01	.18			.78	1.28
10. ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต	.21	.37	4.67**			.71	1.41

หมายเหตุ: \*\*p<.01

5.3.2 การทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่สาม โดยมีความมุ่งหวังในชีวิตเป็นตัวแปรเกณฑ์ การทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อนี้ ผู้วิจัยทดสอบด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ด้วยการใส่ตัวแปรพร้อมกัน (enter) โดยคงตัวแปรทำนาย 9 ตัวแปรเดิมได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและเพิ่มตัวแปรความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต รวมมีตัวแปรทำนายทั้งหมด 10 ตัวแปร

ตัวแปรเกณฑ์คือ ความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยคำนวณจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 200 ราย ผลการวิเคราะห์เป็นดังนี้ เมื่อตรวจสอบปัญหาความสัมพันธ์ร่วมกันเชิงเส้นแบบพหุ (Multicollinearity) โดยพิจารณา พบว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 10 ตัวแปร มีค่าความเคลื่อน (tolerance) มากกว่า .19 และมีค่าปัจจัยปรับตามความแปรปรวนเพื่อ (variance inflation factor;

VIF) น้อยกว่า 5.3 ดังนั้น ตัวแปรทำนายทั้ง 10 ตัวแปรเป็นอิสระจากกัน จึงไม่ทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย (Hair et al., 2006)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 10 ตัวแปรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณกับความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเท่ากับ .65 ( $R=.65, p<.01$ ) และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 10 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ร้อยละ 43 ( $R^2=.43, p<.01$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน ( $\beta$ ) ของแต่ละตัวแปรพบว่า มีตัวแปรทำนาย 2 ตัวแปรได้แก่ จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ( $\beta = -.16, p < .05$ ) และความรู้สึกสอคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ( $\beta = -.06, p < .01$ ) มีน้ำหนักในการทำนายความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังรายละเอียดในตารางที่ 15 และตารางที่ 16

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายทั้ง 10 ตัวแปร กับความมั่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตัวแปร	PIL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ความมั่งหวังในชีวิต											
(PIL)	1.00	-.02	-.00	.06	.06	-.14*	-.06	.04	-.27**	-.20*	.59**
1. อายุ		1.00	.07	.10	.31**	-.05	.53**	.31**	-.06	.06	.22**
2. เพศ			1.00	-.03	.16**	-.08	.00	.13*	-.03	.05	.04
3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย(เริ่มป่วย-ปัจจุบัน)				1.00	.20**	.01	.15*	.24**	-.06	-.11	.22**
4. จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน					1.00	-.06	.26**	.30**	.09	.01	.16**
5. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น						1.00	-.03	-.08	.01	.06	-.12*
6. ประเภทความสัมพันธ์							1.00	.36**	.06	-.08	.23**
7.จำนวนการปฏิบัติกิจกรรม								1.00	-.02	-.13*	.40**
8. ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย									1.00	.37**	-.28**
9. ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย										1.00	-.31**
10.ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต											1.00
M	81.08	41.16	1.50	1.76	12.85	1.69	.50	98.17	39.94	19.15	93.50
SD	11.07	11.77	.50	.85	7.16	.47	.50	14.23	4.76	6.95	12.16

หมายเหตุ: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายทั้ง 10 ตัวแปร ในการทำนายความ  
มุงหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ตัวแปรตามและตัวแปรทำนาย	B	$\beta$	t	F	R <sup>2</sup>	tolerance	VIF
ความมุงหวังในชีวิต				13.94**	.43		
1. อายุ	.02	.02	.29			.64	1.56
2. เพศ	-.07	-.00	-.06			.95	1.06
3.ระยะเวลาการดูแล(ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน)	-.25	-.02	-.33			.90	1.11
4. จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน	-.13	-.08	1.34			.81	1.24
5. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น	-1.95	-.08	-1.47			.98	1.03
6. ประเภทของความสัมพันธ์	-3.03	-.14	-2.00			.64	1.55
7.จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	-.12	-1.6	-2.37*			.70	1.43
8. ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือ	-.17	-.07	-1.18			.78	1.28
9. ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย	.00	.00	.03			.78	1.28
10. ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต	.06	.66	10.12**			.71	1.41

หมายเหตุ: \*  $p < .05$ , \*\* $p < .01$

ดังนั้น ผลจากการทดสอบสมมุติฐานข้างต้น จึงสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่สามที่ว่า “อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และ ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีความสัมพันธ์และทำนายความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้” ซึ่งตัวแปรความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 เพียงตัวแปรเดียว ส่วนความมุงหวังในชีวิตนั้น พบว่า มีตัวแปรทำนาย 2 ตัวแปรได้แก่ จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ( $\beta = -.16$ ,  $p < .05$ ) และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ( $\beta = -.06$ ,  $p < .01$ ) มีน้ำหนักในการทำนายความมุงหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมามีความสัมพันธ์ทางลบกับความมุงหวังในชีวิต ส่วนความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมุงหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

## ตอนที่ 6 สรุปผลการทดสอบสมมุติฐานทางการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐานทั้งหมดดังที่ได้กล่าวมา ผู้วิจัย  
จึงขอสรุปผลการทดสอบสมมุติฐาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 สรุปผลการทดสอบสมมุติฐานทางการวิจัย

ข้อ	สมมุติฐาน	วิธีการทดสอบ	ผลการทดสอบ
1	ประกอบด้วยสมมุติฐานย่อย 2 สมมุติฐานคือ 1.1 ญาติผู้ดูแลเพศหญิงจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย 1.2 ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส	MANCOVA  MANCOVA	ไม่สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย  สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย
2	อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์และทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้	Multiple regression (enter)	สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย R = .54, p<.01 R <sup>2</sup> = .29, p<.01 โดยจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ( $\beta$ = .29, p<.01) ความรู้สึกเป็นภาระ ( $\beta$ = -.20, <.01) และ ความเครียดในการดูแล ( $\beta$ = -.18, p<.01) เป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

## ตารางที่ 17 (ต่อ)

ข้อ	สมมุติฐาน	วิธีการทดสอบ	ผลการทดสอบ
3	อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติ ผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีความสัมพันธ์และทำนายความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้	Multiple regression (enter)	<p>สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย <u>ความหมายในชีวิต</u></p> <p><math>R = .37, p=.00</math>  <math>R^2 = .14, p=.00</math></p> <p>โดยความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิต (<math>\beta=.37, p=.00</math>) เป็นตัวแปรเพียงตัวเดียวที่มีน้ำหนักในการทำนายความหมายในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01</p> <p><u>ความมุ่งหวังในชีวิต</u></p> <p><math>R = .65, p &lt;.01</math>  <math>R^2 = .43, p &lt;.01</math></p> <p>โดยจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (<math>\beta=-.16, p&lt;.05</math>) และความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิต(<math>\beta =.66, p &lt;.01</math>) เป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายความมุ่งหวังในชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01</p>

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 5 ตอนดังต่อไปนี้

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยตีกว่องวานิชชั้น 3 5 6 7 และศูนย์เคมีบำบัด (Day care) ตีกว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลวิจัยโดยผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 29 - 58 ปี เป็นเพศชายจำนวน 2 ราย โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นสามีทั้งสองราย และเป็นเพศหญิงจำนวน 5 ราย โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นภรรยา 2 ราย พี่สาว 1 ราย และเป็นบุตรสาว 2 ราย มีการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงปริญญาตรี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และไม่ได้ทำงานประจำ สถานภาพทางการเงินส่วนใหญ่ไม่พอเพียง มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือน - 3 ปี และให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 5 - 24 ชั่วโมงต่อวัน ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน ดังรายละเอียดในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (N=7)

ลำดับที่	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน
1	อายุ	
	21 - 30 ปี	1
	31 - 40 ปี	1
	41 - 50 ปี	2
2	51 - 60 ปี	3
	เพศ	
	ชาย	2
	หญิง	5
3	ศาสนา	
	พุทธ	7
4	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
	พี่น้องสาว	1
	บุตรสาว	2
	สามี	2
	ภรรยา	2

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ลำดับที่	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน
5	<b>ระดับการศึกษา</b>	
	ประถมศึกษา	2
	อนุปริญญา	1
	ปริญญาตรี	4
6	<b>สถานภาพสมรส</b>	
	โสด	2
	คู่	4
	หย่าร้าง	1
7	<b>จำนวนบุตร</b>	
	0 คน	3
	1 คน	3
	2 คน	1
8	<b>การทำงาน</b>	
	ทำ	2
	ไม่ทำ	5
9	<b>อาชีพ</b>	
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5
	รับจ้าง	1
	รับราชการ	1
10	<b>รายได้ของครอบครัวต่อเดือน</b>	
	50,00 - 10,000 บาท	1
	10,001 - 30,000 บาท	5
	50,001 บาทขึ้นไป	1
11	<b>ความพอเพียงของรายได้ครอบครัวกับรายจ่าย</b>	
	เพียงพอ	1
	ไม่เพียงพอ	6
12	<b>ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย</b>	
	น้อยกว่า 1 ปี	2
	1 - 3 ปี	5

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ลำดับที่	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน
13	<b>ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน</b>	
	1 – 6 ชั่วโมง	1
	7 – 12 ชั่วโมง	1
	12 – 18 ชั่วโมง	2
	19 – 24 ชั่วโมง	3
14	<b>โรคประจำตัว</b>	
	มีโรคประจำตัว	2
	ไม่มีโรคประจำตัว	5
15	<b>ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น</b>	
	มี	5
	ไม่มี	2

## ตอนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย เป็นประสบการณ์ตรงที่ญาติผู้ดูแลเคยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ทั้งในเรื่องการดูแลทางด้านร่างกาย การติดต่อเป็นธุระแทนผู้ป่วย การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจหรือเป็นประสบการณ์ที่ญาติผู้ดูแลเคยให้การดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆ และนำประสบการณ์ที่ได้นั้นมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน ทั้งนี้อาจรวมถึงประสบการณ์ทางด้านจิตใจและความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจ 4 ประเด็นคือ

- 2.1 ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นโรคมะเร็ง
  - 2.2 การนำประสบการณ์ที่เคยดูแลผู้ป่วยอื่นในอดีตนั้นมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย
  - 2.3 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจ
  - 2.4 ความรู้สึกเป็นภาระ และความเครียดในการดูแลผู้ป่วย
- โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแต่ละประเด็นที่พบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## 2.1 ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง

ประสบการณ์ด้านความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งนั้น เป็นความรู้สึกที่ยากจะลืม ซึ่งในญาติผู้ดูแลแต่ละรายย่อมมีความรู้สึกรวมถึงการยอมรับและทำใจที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นอาจแฝงไปด้วยความรู้สึกเสียใจ ตกใจ บอกไม่ถูก ปฏิเสธกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น หรือน้อยใจในโชคชะตาชีวิตของตนเอง ดังเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“ตกใจ...ใจหายเลยครับ เพราะว่าช่วงนั้นก็คิดว่าไม่ใช่โรคร้าย...เรื่องการดูแลเลยไม่หนักใจอะไรมาก แต่ตอนนั้นเสียใจมากกว่าที่อะไรมันถึงเกิดขึ้นกับเราได้มากมายขนาดนี้...ลึกๆผมก็คิดนะว่า โชคชะตาทำไมถึงทับบมเรามากมายขนาดนี้...ก็ เกิดขึ้นแล้วอีกเหอ เกิดกับเราอีกแล้ว”

(สามี อายุ 44 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ความรู้สึกตอนแรกที่รู้ว่าลูกเป็นมะเร็ง มันทเหมือน...บอกไม่ถูกคือป่าเองก็ไม่ได้เตรียมใจมา แล้วอีกอย่างคุณลูกก็ไม่ได้มีอาการมาก่อน”

(ภรรยา อายุ 58 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“อึ้งไปเลย ตกใจมาก แล้วก็ต้องตั้งสติให้ไว เพื่อที่จะดูแลพ่อต่อไป”

(บุตรสาว อายุ 39 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็ตกใจเหมือนกัน แต่ตอนหลังก็ต้องทำใจ...คิดไปคิดมาก็ทำใจเพราะแม่ของป้าก็ป่วยเป็นมะเร็งตาย แล้วน้องสาวอีกคนนึงก็เป็น แล้วตอนนี้ก็มาเป็นน้องชายอีก ก็ทั้งครอบครัว”

(พี่สาว อายุ 52 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ตอนแรกที่รู้เลยก็เสียใจ... (เสียงเศร้า)”

(สามี อายุ 49 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน)

“ตอนนั้นเสียใจแล้วก็นึกถึงลูกด้วย แล้วก็มันมืดเลยคิดอะไรไม่ออกพอตั้งสติได้ก็ต้องมา  
รักษา”

(ภรรยา อายุ 55 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ร้องไห้เลย ตอนแรกคิดว่าอาจจะเป็นเนื้องอกที่ตัดออกแล้วหาย พอหมอบอกว่าเป็นมะเร็งระยะ 4 ถ้ามหมอว่ารักษายังไง หมอบอกว่ารักษาไม่ได้แล้ว”

(บุตรสาว อายุ 29 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

## 2.2 การนำประสบการณ์ที่เคยดูแลผู้ป่วยอื่นในอดีตนั้นมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

ประสบการณ์ในอดีตที่เคยให้การดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อนหรือเป็นเหตุการณ์ที่ญาติผู้ดูแลเคยประสบกับความยากลำบากที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลนั้น มีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ การปรับใจให้ยอมรับในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วย รวมถึงการรับรู้แนวทางในการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และนำประสบการณ์นั้นมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันต่อไป ดังเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“มีครับ ก็พ่อแม่เองเป็นเบาหวาน ต้องฉีดยาอินซูลิน ก็เป็นคนดูแลพ่อมาตลอด...มีประสบการณ์มาแล้วประสบการณ์ครั้งนั้นก็เอามาใช้ต่อในการดูแลภรรยา”

(สามี อายุ 44 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็มีค่ะ คุณยายแล้วก็คุณย่า อายุ 99 ปี ก็นำสิ่งที่เคยดูแลมาใช้ดูแลคุณลุงต่อ”

(ภรรยา อายุ 58 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“จ๊ะ มันก็ทำได้เองนะ แบบว่ามันเคยผ่านมาแล้ว ตอนที่แม่เป็นก็ดูแลแม่จนแม่ตาย ส่วนน้องสาวก็ผ่าตัดเรื่องมะเร็งตั้ง 4 รอบแหละ ดูแลตลอดเหมือนกัน อย่างตอนน้องชายเนี่ย ป้าก็ทำใจนะว่าสมมุติว่าถ้าไม่เป็นมากก็อยู่ได้นาน แบบรอดไปประมาณเนี่ยแต่ก็เคยผ่านมา อย่างน้องคนผู้หญิงที่มาด้วยเนี่ย เป็นมะเร็งที่มดลูกผ่าตัด 4 ครั้ง..... (เสียงสั่น).....แต่เค้าก็อยู่ได้ถึงตอนนี้ก็ 7 ปีแล้วที่เค้าอยู่ได้ ป้าก็ดูแลกันมาตลอด... สิ่งที่เคยผ่านมา ช่วยให้ทำใจได้เร็ว แล้วก็ต้องดูแลกันไปให้ถึงที่สุด”

(พี่สาว อายุ 52 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ดีมากเลยคะ โดยเฉพาะเรื่องอาหารการกินทั้งหมด รวมถึงระยะการเจ็บป่วยทั้งหมด อย่างถ้าเค้ามีอาการอย่างงี้ๆ เราจะทำยังไง ก็กินไว้หมดเลย อย่างตอนนั้นให้คีโมครบ 12 ครั้ง ก็ดูแลก็เป็นอย่างดี กำลังใจแถม อ้วนท้วนสมบูรณ์ พาไปเที่ยวไหนต่อไหนได้”

(ภรรยา อายุ 55 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

## 2.3 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามนั้น มักมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย อาจมีภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษาพร้อมด้วย ส่งผลให้มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือมากกว่าผู้ป่วยอื่น ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

ทั้งทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลจัดเตรียมอาหาร ช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น ดังเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“ก็ตั้งแต่อาหารการกิน ให้เค้ากินยา แล้วก็พยายามทำตามคำแนะนำของหมอ พามาตรวจก็ดูแลทุกอย่างเกี่ยวกับเค้า”

(สามี อายุ 44 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“บ้างก็ดูแลทุกอย่างที่เกี่ยวกับลุง แล้วก็งานบ้านด้วย...ก็คุยกับหมอด้วย พามาหาหมอ... เขาก็ต้องเตรียมอาหาร เตรียมอะไรไว้...ดูแลทั้งหมด ตั้งแต่อาหารเช้า อาบน้ำ พามาหาหมอ งานบ้านทั้งหมด เพราะที่บ้านไม่มีคนใช้คะ...ก็มาดูแลให้เค้าทานยา แต่ก็แปลกเหมือนกันนะ ถ้าเค้าปวด บ้างก็จะใช้เบาะรองผสมน้ำขึ้นๆ แล้วก็ชโลมตรงที่ปวด เค้าก็จะหายปวด”

(ภรรยา อายุ 58 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“อาหาร อาบน้ำ ที่อยู่ ทำความสะอาดที่นอน เครื่องใช้ส่วนตัวทั้งหมดเลย ปกติพ่อเค้าจะอยู่เฉยๆ พอถึงเวลาทานข้าว ทานยากก็จะไปดูแลเป็นพิเศษ...แกบอกว่าจะไม่สบายในตัว มันจะร้อน พี่ก็จะเช็ดตัวให้แกตลอด พ่อบอกว่าเวลานอนจะไม่สบายตัว พี่ไม่อยากเห็นตอนแกไม่สบาย พี่ก็จะทำทุกอย่างให้แกรู้สึกดีขึ้น พี่อยากเห็นพ่อสบาย อยากให้เค้าหัวเราะได้”

(บุตรสาว อายุ 39 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็เรื่องข้าวปลาอาหาร เช็ดตัวบ้าง พาไปอาบน้ำบ้าง เรื่องความสะอาด ยิ่งตอนอยู่โรงพยาบาลยิ่งดูแลมากเลย ป้าอยู่กรุงเทพฯ ด้วย สะดวกกว่าคนอื่น เลยมาดูแลเค้าตลอด”

(พี่สาว อายุ 52 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็ตอนที่เค้าไม่มีแรง หลังผ่าตัด ตอนนั้นเค้าแย่มาก อย่างเวลาที่เค้าปวดท้องฉี่ ก็ต้องคอยช่วยเค้า”

(สามี อายุ 49 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน)

“ก็เอายามานวดให้เค้า กลางดึกกลางคืนก็นวด แล้วเดี๋ยวเค้าก็หลับ”

(ภรรยา อายุ 55 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“เช็ดตัว เทภระโณฉี่ หาแปรงสีฟันให้ ดูแลทุกอย่าง อะไรที่ทำให้แม่ได้ก็ทำเลยคะ”

(บุตรสาว อายุ 29 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

นอกจากผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดด้านร่างกาย ช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องได้รับการปฏิบัติกรดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกายจากญาติผู้ดูแลแล้ว สภาพจิตใจของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ดังนั้นนอกจากญาติผู้ดูแลจะให้การดูแลทางด้านร่างกายแล้วย่อมต้องคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงการให้กำลังใจเพื่อต่อสู้กับโรคร้ายต่อไปด้วย ดังเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“เค้ารับไม่ค่อยได้หรอกครับ ผมต้องคอยปลอบใจตลอดเลย เค้าเป็นคนอ่อนไหวมาก...ผมต้องเป็นหลักทางจิตใจให้เค้า”

(สามี อายุ 44 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“แล้วอย่างเวลาที่เค้าปวดเนี่ย ลูกเค้าก็จะยื่นมือมา ป้าก็จะจับมือเค้าไว้ เค้าก็จะดีขึ้น”

(ภรรยา อายุ 58 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“เวลาที่อยู่ในเหตุการณ์ เห็นพ่อ เห็นความทรมานของเค้าตัวเราเองก็คงจะทรมานเหมือนกัน เราไม่อยากจะเห็นเค้าทรมาน อะไรที่ทำให้เค้าสบายใจได้พี่ก็จะทำ แต่ก็ทำใจเพื่อวันระตอนนี้พี่ก็กลัวเหมือนกันพยายามหาอะไรให้เค้าทำแล้วเค้าจะคิดมาก พ่อเค้าชอบนั่งเหม่อ พี่ก็พยายามบอกพ่อว่า พ่ออ่านหนังสือนะ ดูทีวีนะ แต่เค้าก็ไม่ทำ พี่พยายามมากเลย”

(บุตรสาว อายุ 39 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“รู้แล้วคะ เพิ่งบอกวันนี้เลย ซึ่งคุณแม่ก็ทำใจได้แล้ว แม่ก็รู้สึกที่ต้องเป็นเพราะมันหนักตัวไม่เคยเป็นอย่างนี้มาก่อน ช่วงที่ยังไม่ได้บอกก็อ่านหนังสือธรรมะให้เค้าฟัง เพื่อให้แม่เตรียมใจไว้บ้าง”

(บุตรสาว อายุ 29 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

#### 2.4 ความรู้สึกเป็นภาระ และความเครียดในการดูแลผู้ป่วย

การที่ญาติผู้ดูแลได้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเมะเร็งระยะลุกลามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว จากการศึกษาญาติผู้ดูแลได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระและความรู้สึกไม่เป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ญาติผู้ดูแลมักจะยินดี เต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและไม่รู้สึกว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นเป็นภาระแต่อย่างใด ดังเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“พี่ไม่เคยคิดว่าเป็นภาระนะ คิดว่าเป็นหน้าที่ของเราที่เราต้องทำ”

(บุตรสาว อายุ 39 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็...ไม่เป็นภาระค่ะ เพราะเวลาที่เจ็บป่วยก็ต้องดูแลกัน”

(พี่สาว อายุ 52 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ครับ ก็อยู่ดูแลเค้าตลอดไม่เคยทิ้งแต่แฟนผมเค้าบอกว่าเกรงใจ ผมบอกว่าไม่ต้องเกรงใจนะ มันเป็นหน้าที่ที่ผมต้องดูแล...ไม่คิดว่าเป็นภาระเลย ผมทำทุกอย่างให้เค้า ผมพยายามระวังอย่างล้างห้องน้ำทำอะไรให้มันสะอาด ไม่ให้ลื่น เพราะหมอบอกว่าห้ามลื่นล้มเด็ดขาด หกล้มไม่ได้ไม่ฉันกระดุกจะหัก เพราะว่ากระดูกเค้าบางมากเลย มะเร็งมันลุกลามไปที่กระดูกหมดเลย”

(สามี อายุ 49 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน)

“ไม่เลย ไม่เคยคิดว่าเป็นภาระ เป็นสิ่งที่อยากทำ เต็มใจที่จะทำ”

(ภรรยา อายุ 55 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ไม่เป็นภาระหรอก เพราะเราจะทำให้ถึงที่สุด ดูแลให้ถึงที่สุดดีกว่า พออายุเยอะขึ้นไปแล้วรู้สึกผิดที่เราไม่ได้ทำ เต็มใจทำด้วยซ้ำ”

(บุตรสาว อายุ 29 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังได้ระบุความเครียดและความรู้สึกกดดันอื่นๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย เช่นญาติผู้ดูแลอาจมีหน้าที่อื่นหรือมีงานประจำที่ต้องรับผิดชอบ โดยต้องจัดสรรเวลาให้ลงตัวเพื่อที่จะให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ดังเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“ก่อนหน้านี้ผมก็ขายต้นไม้ที่บ้านครับ แล้วก็ดูแลลูกด้วย...หยุดขายมา ตอนนั้นก็เดือนเต็มๆ ไม่ได้ขายเลยครับ จะให้มีเวลามาดูแลเค้าได้เต็มที่...ลูกก็ไม่ได้กลับไปดูแลเลย ปล่อยให้เค้าอยู่กับป้า ส่วนทางนี้ก็ทั้งเค้าไม่ได้เลยเค้าไม่ชอบอยู่คนเดียว อย่างผมชอบกลับบ้าน เค้าก็ไม่ให้ไป”

(สามี อายุ 44 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“คะ เหลืออีก 2 ปีครึ่งก็จะเกษียณ ก็กะว่าจะ early ออกมาก่อน มาดูแลเค้า ป้าจะได้ดูแลเค้าได้เต็มที่...อย่างวันที่มาหาหมอบ ป้าก็ต้องลงงานพามา”

(ภรรยา อายุ 58 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“กลับไปทำงานเป็นแม่บ้านบริษัท พอวันหยุดก็มาดูแลเค้า ทำงานและทั้งเค้าไม่ได้”

(พี่สาว อายุ 52 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ไม่มีครับ ไม่ได้ทำงานแล้ว ผมเลือกที่จะมีเวลาดูแลเค้าให้ดีที่สุดเท่าที่เค้ายังอยู่กับผม”

(สามี อายุ 49 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน)

“ป้า early ออกมาก่อน ตอนนี่ก็ทำงานบ้านอย่างเดียว มีบ้านสองหลังที่บางเขนกับที่รังสิต ก็วิ่งทำความสะอาดสองที่เลย เป็นแจ่ว พอเสร็จก็รีบมาดูแลเค้า เรงรีบตลอดต้องแบ่งเวลาให้ได้ วันๆนึง ต้องจัดสรรเวลาให้ดีเลยแหละ ใช้เวลาให้คุ้มที่สุด”

(ภรรยา อายุ 55 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ปกติก็อยู่บ้านกับแม่ พี่ชายเค้าก็มีครอบครัวแล้ว ตอนนี่ก็ไม่ได้ทำงาน ก็ลาออกเลย เพราะลางานยากเลยตัดสินใจลาออกจะได้มีเวลามาดูแลแม่เต็มที่”

(บุตรสาว อายุ 29 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

จากการที่ญาติผู้ดูแลอาจมีหน้าที่หรือภารกิจอื่นที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อสิ่งที่จะต้องรับผิดชอบหลายอย่างในเวลาเดียวกันนั้นอาจส่งผลให้เกิดความเครียดและความอ่อนล้าทางด้านร่างกายได้ ดังเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“ป้าคิดว่าร่างกายป้าต้องแยแน่นอน เพราะทุกวันมีแต่ความเร่งรีบไปหมดเลย อย่างเช้าๆ เนี่ยเหมือนกับเครื่องจักร แต่ตอนนี่ยังไม่เป็นไร ยังดูแลกันไหว”

(ภรรยา อายุ 58 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“พี่ว่าก็ไม่นะ เพราะพี่ก็พยายามดูแลร่างกายของพี่ให้แข็งแรง ไม่เอาเรื่องไม่เป็นเรื่องมาใส่ใจ พี่ว่าแค่นี้ก็พอแล้ว จะได้มีแรงไว้ดูแลพ่อได้อีกนานๆ”

(บุตรสาว อายุ 39 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ป้าก็เหนื่อยบ้างนะ โชคดีที่ป้าแข็งแรงก็ไม่มีไรหรอก ยังไงก็ต้องมาดูแลเค้า ไม่มีเงินที่จะมา ป้าก็ต้องกลับไปทำงานหาเงินเป็นค่ารถมาดูแลค่านั่นแหละ ไม่มาไม่ได้”

(พี่สาว อายุ 52 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

### ตอนที่ 3 ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต

ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่าไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกตนเอง ก็สามารถรับรู้เข้าใจ คาดการณ์ได้อย่างมีเหตุผล สามารถนำแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มองเห็นคุณค่าและรู้สึกคุ้มค่าในการนำแหล่งทรัพยากร

ดังกล่าวมาใช้ได้อย่างลงตัว ซึ่งจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต พบว่ามีประเด็นหลัก 3 ประเด็น ดังนี้

### 3.1 ด้านความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์

เป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่าเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญอยู่นั้นเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีระบบ มีเหตุผล สามารถทำความเข้าใจ อธิบายและทำนายได้ ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน เกินกว่าที่จะรับรู้หรือเข้าใจ ดังที่ญาติผู้ดูแลสามารถทำความเข้าใจในเหตุการณ์ที่ต้องรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล โดยมีเหตุผลที่แตกต่างกันในการรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ตัวอย่างเช่นผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“ถ้าถามว่าเหนื่อยมั๊ย คือเหนื่อย แต่ถ้าถามว่าป้าจะไม่ดูแลแล้วเค้ามั๊ย ก็ไม่มีทางนะเพราะยังงี้ดีล่ะ...ตอนที่ลุงเค้าแข็งแรง เค้าดีกับเรา ดูแลเรามาตลอด เค้าไปรับไปส่งที่โรงเรียนทุกวันไม่เคยขาด ขนาดอยู่คนละโรงเรียน เค้าก็ไปส่งป้าก่อน คุณลุงสอนที่เตรียมฯ ส่วนป้าสอนที่ราชวินิตบางแก้ว ...มาถึงตอนนี้ป้าก็ต้องดูแลเค้ามั่ง...ถึงเวลาที่ต้องตอบแทนบุญคุณ”

(ภรรยา อายุ 58 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็เร่ว่างงานไง ตอนแรกสมาชิกในบ้านก็ไม่ได้เจาะจงว่าต้องเป็นพี่ แต่พี่คิดว่าในเมื่อเร่ว่างอยู่ก็เลยมาดูแลพ่อ เพราะตอนนั้นที่ทำงานอยู่ก็ไม่ได้มาดูแลใกล้ชิดขนาดนี้จะมาเฉพาะเสาร์ – อาทิตย์ ตอนหยุด แต่ที่นี้พี่ว่าง พี่คิดว่าเราเป็นลูกก็ต้องมาดูแล... “ก็เพราะว่าเราเป็นลูก ก็ต้องดูแลพ่อ แล้วพอดีกับเป็นช่วงที่พี่ไม่ได้ทำงานพอดี ก็เลยมาดูแลเค้านี้แหละ ตอนนั้นก็สมัครงานไว้ด้วย ยังไม่เรียกเลย... คิดว่าเป็นหน้าที่ของเราที่เราต้องทำ เราเป็นลูก อีกอย่างตอนนี้เร่ว่างด้วยถ้าเราไม่ว่างพี่น้องคนอื่นก็ต้องผลัดกันมาดูแล อย่างพี่สาวเค้าทำงานที่บ้าน ก็คิดว่าถ้าเราไม่อยู่จริงๆ อย่างน้อยก็มีพี่สาวที่ดูแลพ่อแทนเรา แต่ถ้าจะให้เค้าดูแลพ่ออย่างที่พี่ดูแลก็คงไม่ใช่ เพราะเค้าก็มีครอบครัว มีสามี มีลูกที่ต้องดูแลแต่พี่โสดด้วยเลยไม่มีปัญหาตรงนี้ พี่ว่าไม่เป็นภาระนะ พี่เต็มใจที่จะดูแล”

(บุตรสาว อายุ 39 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็ความเป็นพี่เป็นน้องกัน ตอนเค้าแข็งแรง น้องชายป้าเค้าดีกับป้ามาก ไปมาหาสู่กันตลอด เมื่อก่อนป้าอยู่บ้านที่ต่างจังหวัด กับพี่ๆ น้องๆ นั้นแหละ พอโตก็แยกย้ายกันทำมาหากิน ก็เลยไปอยู่คนละที่ ก็เลยไม่ค่อยดูแลกันเท่าไร จนได้มาดูแลกันก็ตอนนี้...คิดแต่ว่าตอนนี้เกิดมาเป็นพี่เป็นน้องกัน ก็ต้องดูแลกันและกัน ดูแลกันให้ถึงที่สุดอะไรอย่างนี้ ในความคิดป้านะ...ป้าจะมาดูแลเองทุกวัน เพราะเป็นพี่เป็นน้องกัน มันก็ทิ้งกันไม่ลง”

(พี่สาว อายุ 52 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ครับ ก็อยู่ดูแลเค้าตลอดไม่เคยทิ้งแต่แฟนผมเค้าบอกว่าเกรงใจ ผมบอกว่าไม่ต้องเกรงใจนะ มันเป็นหน้าที่ที่ผมต้องดูแล”

(สามี อายุ 49 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน)

“คิดว่าเมื่อชาติปางก่อน ลุงเค้าเคยเลี้ยงดูเรามา ป้าก็เคยถามพี่สาวเหมือนกันว่าคนตั้งเยอะแยะทำไมถึงต้องมาดูแลเค้าด้วย พี่สาวบอกว่า เค้าอาจจะเป็นพ่อเรามาเกิดในชาตินี้ เลยต้องมาตอบแทนบุญคุณเค้า เหมือนเราไปเอาเสื้อผ้าคนนั้นคนนู้นมาเราจึงต้องใช้เค้าไง จริงๆนะ ใจก็คิดถึงแต่เค้าอยากให้เค้าหาย อยากจะทำทุกอย่างให้...ชาติที่แล้วอาจจะเป็นคนใช้เค้าก็ได้ ที่บางคนสามีชักผ้าให้เราหมด บางที่เป็นศัตรูก็มาตะต่อຍภรรยาเพราะว่าชาติที่แล้วเป็นศัตรูกันนั่นเราก็ได้ใช้กรรมเราแล้วนะ ถ้าคิดอย่างนี้ก็สบายใจขึ้นคะ ล้างให้หมดไป”

(ภรรยา อายุ 55 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ตามหลักพระพุทธศาสนาเราต้องกตัญญูที่สุด คือเค้าเปรียบเสมือนบิดามารดาคือ พระอรหันต์ ถ้าเราทำกับพ่อแม่ก็เหมือนเราทำกับพระอรหันต์ คือ...ก็แม่เรา”

(บุตรสาว อายุ 29 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังระบุถึงประสบการณ์การทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น การที่ญาติผู้ดูแลสามารถทำความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และการที่สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ดังเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“อ่า...ครับ ไม่ได้ทำใจมาก่อน ตกใจ แต่ก็ต้องทำใจให้เร็ว...เพราะผมไม่คิดไม่ฝันว่าจะต้องมาเจออย่างนี้ แต่ภรรยาผมอ่อนแอกว่า ผมต้องเป็นหลักจุดเค้าขึ้นมาให้ได้ คือจุดใจขึ้นมาให้ได้ว่าอะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด อย่าไปคิดมาก...ก็ทำใจแล้วก็ยอมรับมัน เราหลีกเลี่ยงไม่ได้ ต้องสู้กับมัน หมอก็แนะนำว่า ถ้าเกิดเป็นแล้วก็ต้องยอมรับมันให้ได้ ต้องต่อสู้ต้องเข้มแข็ง...ก็เป็นบางเวลา ที่หอรักษาจุดนี้หายแล้วมันก็ไปเกิดจุดใหม่ มันเกิดขึ้นมาอีก บางครั้งผมก็คิดนะว่ามันจะลามไปมากกว่านี้มัย ผมก็วิตกกังวลอยู่ แต่ก็พยายามทำใจ อะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด ทำใจไว้มากๆ...ก็ยอมรับอย่างเดียว มันไม่มีทางเลี่ยงแล้ว ไม่มีหนทางอย่างอื่น นอกจากทำใจให้ได้ ต้องสู้กับมันให้ได้...มีทางเดียวก็คือต่อสู้ ต้องสู้อย่างเดียว...ตอนนี้ก็ไม่มีนะ เราสู้มาถึงขั้นนี้แล้ว อุปสรรคก็ผ่านมาเยอะ ทั้งพ่อแม่พี่น้อง เราก็เจอมาเยอะ เรื่องการเกิดแก่เจ็บตายมันเป็นธรรมชาติ ก็เลยไม่ห่วงแล้ว...ก็ขึ้นอยู่กับการทำใจ แต่ไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย คิดแต่ว่าต้องสู้ตลอด อะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด หนีไม่พ้นแล้ว ก็ต้องสู้ต่อไปจนเค้าจะดีขึ้น ถ้าเค้าไม่ดีขึ้นก็โอเค ยอมรับทำใจอีกแล้ว ต้องอยู่ให้ได้...”

เข้าใจชีวิต เข้าใจสถานการณ์ แล้วถ้าเข้าใจตนเองมันก็มีอะไร แต่ถ้าไม่เข้าใจตนเองแล้วก็  
หมกมุ่นอยู่กับปัญหา ไม่หาทางแก้ มันก็จะจมอยู่อย่างนั้น”

(สามี อายุ 44 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็แล้วแต่บุญแต่กรรมนะ คือตรงนี้เราทำดีที่สุด มันจะเกิดอะไรก็ต้องเกิด ทำใจไว้เวลา  
เสียใจก็น้อยหน่อย มันไม่แน่นอนนะ อย่างคุณแม่ป้า อยู่ดีๆ เลย วันเสาร์เช้ายังใส่บาตร ตอน  
กลางคืนเป็นลมแล้วก็เสีย ไปง่ายตายมากเลย...ไม่นะ มันปลงได้แล้ว แหมชีวิตใครจะราบเรียบไม่  
มีขวากหนามเลย มันก็เป็นไปไม่ได้ใช่ไหม แต่พอผมผ่านไปมันก็จะสดใส...ก็ยอมรับทำใจ”

(ภรรยา อายุ 58 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“จะเกิดอะไรก็เกิด แต่อย่างน้อยป้าก็ทำดีที่สุดแล้ว แล้วที่ป้าบอกว่า “ทำใจ” นั้นแหละ  
เหมือนกับเวลาที่เจอปัญหา ป้าก็ค่อยๆ ยอมรับกับปัญหา แล้วก็อยู่กับปัญหาแล้วก็อยู่กับมันให้ได้  
พร้อมทั้งทำใจยอมรับกับความจริงที่เกิดขึ้น... ก็จะไปให้ถึงที่สุด อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ป้าก็ถือ  
ว่าป้าได้ทำดีที่สุดแล้ว”

(พี่สาว อายุ 52 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ตอนนี้ก็ยอมรับได้ 100% ค่ะ...เหมือนกับว่าเราฟังไว้แต่ก็ไม่ได้เชื่อ 100 % แต่เหมือนกับ  
ว่าพอเราเจออีกหน่อยมันก็น่าจะเป็นอย่างนี้ มันช่วยให้เราทำใจแล้วก็ยอมรับกับเหตุการณ์ที่  
เกิดขึ้นได้ง่ายขึ้น ดีกว่าแบบที่ออยู่ๆ แม่เป็นอะไรขึ้นมา”

(บุตรสาว อายุ 29 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“เพื่อใจไว้ ถ้าเค้าไม่หาย ผมก็ทำใจ ทำใจให้ได้ ถ้าถามว่าเสียใจมั๊ย ก็เสียใจกันทุกคน  
แหละครับ ผมไม่คิดว่าจะมาเกิดกับตัวเรา แต่หากเราเสียใจไป ถามว่ามันจะดีขึ้นมั๊ย มันก็ไม่ดีขึ้น  
มันทำให้เราจมอยู่กับที่ไหม้ครับ ในเมื่อมันเกิดขึ้นแล้วก็ต้องรักษาให้ถึงที่สุด...ก็ทำใจไว้เยอะ  
เยอะเหมือนกันนะ ก็เพื่อไว้บ้าง เพื่อเกิดอะไรขึ้น แต่ก็ต้องมีเสียใจบ้าง มันเกิดขึ้นกับเรา เราก็เสียใจ  
...ก็ทำใจไว้ตรงนั้นแหละครับ”

(สามี อายุ 44 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็เตรียมใจไว้ละ แต่ก็ไม่รู้เหมือนกันว่าถ้าเอาเข้าจริงๆ จะเป็นยังไง เวลาที่อยู่ในเหตุการณ์  
เห็นพ่อ เห็นความทรมานของเค้าตัวเราเองก็คงจะทรมานเหมือนกัน เราไม่อยากจะเห็นเค้าทรมาน  
อะไรที่ทำให้เค้าสบายใจได้พี่ก็จะทำ แต่ก็ทำใจเพื่อไว้ละ ตอนนี้พี่ก็กลัวเหมือนกันพยายามหาอะไร

ให้เค้าทำกลัวเค้าจะคิดมาก พ่อเค้าชอบนั่งเหม่อ พี่ก็พยายามบอกพ่อว่า พ่ออ่านหนังสือนะ ดูทีวีนะ แต่เค้าก็ไม่ทำ พี่พยายามมากเลย”

(บุตรสาว อายุ 39 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็เตรียมใจ ทำใจไว้บ้าง เพื่อวันหนึ่งเค้าตายไป ยังไงมันก็เป็นเรื่องธรรมชาติ...ทุกซี้ใจแต่ก็ต้องทำใจ อย่างตอนที่น้องสาวผ่าตัด นั้นก็มะเร็งเหมือนกัน ผ่าหมดเลยนะ ตัดมดลูก ตัดลำไส้ ทรมานกว่านี้อีกเยอะแยะหลายเท่า”

(พี่สาว อายุ 52 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ใช่ หดหู่มาก กลัวผลที่จะออกมา พอผลออกมาพี่ชายเค้าก็ไปดูแล้วก็บอกว่า ให้ทำใจเลยนะ ทำใจว่าเค้าเป็นมะเร็ง แล้วก็ขึ้นสุดท้ายแล้ว...ทียวนี้เราเผื่อใจไว้แล้ว”

(ภรรยา อายุ 55 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“เตรียมใจแล้ว แม่แกก็บอกนะว่า แกเจ็บและทรมาน ถ้าตายเร็วก็ยิ่งดีกว่าอยู่ทรมานอย่างนี้”

(บุตรสาว อายุ 29 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

### 3.2 ด้านความสามารถในการจัดการ

เป็นการรับรู้ของบุคคลว่ามีแหล่งทรัพยากรเพียงพอที่จะเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าได้ หรือมีแนวทางในการจัดการโดยที่แหล่งทรัพยากรนี้อาจมาจากตนเองหรือผู้อื่นก็ได้ ดังข้อมูลประสบการณ์ความสามารถในการจัดการกับปัญหาตามความเป็นจริงด้วยตนเอง ตัวอย่างเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“ครับ เขาชีวิตคนไว้ก่อน ที่จริงก็สำคัญหมดแต่ผมก็ต้องเลือกสิ่งที่สำคัญที่สุดไว้ก่อน...ทำปัจจุบันให้ดีที่สุด ค่อยคิดกันค่อยหาทางแก้ปัญหา...ก็ต้องหาทางแก้ไปที่ละขั้น ถึงแม้มันจะแก้ไม่หาย ก็โอเค ก็ถือว่าเราได้ดีที่สุดแล้ว ได้ดูแลซึ่งกันและกัน ได้รักษา แล้วก็ได้ดีที่สุด”

(สามี อายุ 44 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ทุกปัญหาย่อมมีทางออก ต้องค่อยๆ แก้ไป ป้าเป็นอาจารย์ฝ่ายปกครอง แก้ปัญหาให้ลูกศิษย์มากมาย แล้วชีวิตของเราเอง เราจะแก้ปัญหามันไม่ได้เหี่ยวเหรอ..... (หัวเราะ).....ช่วยเด็กมาเยอะ ค่อยๆ คิด”

(ภรรยา อายุ 58 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“พอถึงเวลาจริงๆ ก็คงต้องไปทำงาน เพราะไม่มีใครมาเลี้ยงเราได้ ก็ต้องบอกพ่อต้องคุยกัน อย่างเวลาไปสมัครงาน พี่ก็บอกพ่อนะว่าหนูไปสมัครงาน พ่อก็บอกว่าไปเถอะอยู่ได้...พี่ก็กะว่าจะเลือกที่ทำงานใกล้ๆ จะได้มาดูแลได้ ถ้าอยู่ไกลก็จะมาดูแลเสาร์อาทิตย์...ก็หาทางแก้ไข แต่ไม่ต้องเก็บมาคิดมากจนบั่นทอนสุขภาพร่างกายและจิตใจ บางครั้งก็ลืมๆ มันไป ถ้าเอามาคิดมากก็เปลืองสมองทำให้เราขาดสมาธิด้วย”

(บุตรสาว อายุ 39 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ไม่ท้อนะ มันก็ต้องสู้ แต่บางครั้งก็คิดเหมือนกันนะว่าทำไมต้องเป็นแบบนี้ ก็ไม่รู้เหมือนกัน มีปัญหาที่ต้องหาทางแก้กันไป...ก็ทำงานไป สิ้นเดือนก็ได้รับเงินเดือน ป้าไม่ท้อนะ บางครั้งเงินไม่พอก็หาทางแก้ไข”

(พี่สาว อายุ 52 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“สิ่งแรกที่ทำก็คิดก่อน ว่าปัญหามันเกิดจากอะไร ถ้าเป็นปัญหาหนักๆ ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเราเป็นคนทำมัย หรือว่าเกิดจากตัวเรา หรือเกิดจากสภาวะแวดล้อมต้องคิดก่อนแล้วค่อยๆ แก้ไข...ไม่เคยหนีปัญหา”

(บุตรสาว อายุ 29 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังระบุถึงความสามารถในการจัดการกับปัญหาตามความเป็นจริง โดยอาศัยความช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากรอื่น และความสามารถในการจัดการหาแนวทางการแก้ปัญหาและทางออกเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ ดังเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“งานขายต้นไม้ก็ไม่มีหรือครบ ป่านนี้ก็คงมีตายบ้าง ส่วนลูกก็ยังเด็กครบแต่ยังดีที่มีป้า พี่สาวของคนไข้ มาช่วยดู...ป้าเค้ามาช่วยดูแลก็เบาใจเบาแรงขึ้นเยอะ...ถ้าเรื่องค่ารักษาไม่ต้องห่วงเพราะภรรยาผมเป็นข้าราชการ ค่ารักษาเบิกได้หมด ส่วนค่าใช้จ่ายอื่น ก็มีญาติพี่น้องที่ให้การช่วยเหลือ ให้บ้างทีละหมื่นอะไรแบบนี้...ยังดีที่มีพี่น้องคอยช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย”

(สามี อายุ 44 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“เค้าก็มานะ ช่วงแรกเค้าก็มา แต่ตอนนี้กลับบ้านออกไปเดือนครึ่งแล้ว เมียของคนไข้เค้าก็ไม่ค่อยไหว สุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง ป้าแข็งแรงกว่า ก็มาช่วยดูแล อีกอย่างคนไข้ก็น้องชายเรา แต่เมียเค้าบอกว่าวันนี้แหละจะมาผลัดกับป้า วันนี้ป้าก็จะได้กลับบ้าน”

(พี่สาว อายุ 52 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“พี่ชายก็กำลังคุยเรื่องรถอยู่ว่าจะไปยังไง...ค่าใช้จ่ายก็ขอแฟน แฟนให้การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายตลอด”

(บุตรสาว อายุ 29 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ธรรมะอย่างเดียวครับ ใช้ธรรมะเข้ามา ไม่มีวิธีไหนนอกจากธรรมะ...ครับ แล้วผมก็มีภาระหลายอย่างที่ต้องดูแล ผมเสียใจผมก็ร้องไห้...ผมก็เล่าก็บอกกับพี่กับน้อง แล้วก็ร้องไห้กับแฟนนะ พี่น้องเค้าก็ปลอบใจเรา บอกไม่ต้องเสียใจ เดี่ยวก็ดีขึ้น...ครับ ก็เบาใจ ก็มีกำลังใจ ถ้าเค้ามีอาการเปลี่ยนแปลงผมก็โทรบอกพี่น้องตลอด อย่างมีอาการเปลี่ยนแปลงผมก็โทรบอกว่าตอนนี้ไม่ค่อยอยากทานอาหารนะ ตอนนี้อิ่มน้ำลายเริ่มบวมแล้วนะ ก็บอกเค้าตลอด มีที่ระบาย...มันก็ดีว่าการที่เราหมกมุ่นกับปัญหาอยู่คนเดียว เรายังต้องมีที่ระบายออก แล้วก็สบายใจขึ้น...ก็โอเค อย่างน้อยก็ได้ระบาย คือบางทีก็ได้ปลดปล่อย สบายขึ้น ดีกว่าเดิม ดีกว่ามาคิดอยู่คนเดียวว่าหมกมุ่นจะอย่างไร โรคนี้มันเป็นยังไง ได้คำปรึกษาได้กำลังใจจากพยาบาลตลอด”

(สามี อายุ 44 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็ไปไหว้พระ ทำบุญสวดมนต์...ก็มีเพื่อนสนิท มีพี่ๆ ที่โรงเรียน แล้วก็ลูกๆ จะคุยแล้วก็ปรึกษากัน อย่างลูกสาว เค้าก็คอยบอกนะว่าแม่ไม่เป็นไรหรอกที่ทำงานเค้าก็เป็นกัน ญาติเค้าพ่อแม่เค้าก็เป็นกันเยอะแยะเลย เค้าก็หาย”

(ภรรยา อายุ 58 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ใช่ แต่พี่ก็พูดออกไปตรงๆ เลย คือพี่น้องพี่เค้ารู้นิสัยพี่ดีว่าพี่เป็นคนอย่างนี้ เป็นคนพูดตรงพูดแล้วก็จบ พี่ไม่เก็บมาคิดเล็กคิดน้อย ไม่ได้เก็บเอาไว้ในใจ พี่สาวของพี่เค้ายังบอกเลยว่าเบาๆ ก็ได้ คือพี่พูดออกไปในอารมณ์ตรงนั้น พี่ก็รู้ตัวนะว่า เราพูดแรงไป...พี่ก็สวดมนต์ ปกติจะสวดตลอด แต่ช่วงนี้ไม่ค่อยได้ทำ ก็เหนื่อยด้วย แล้วก็ยังไม่มีความตั้งใจที่จะทำ บางครั้งก็ไม่มีสมาธิ คิดหลายเรื่อง ทั้งเรื่องงานด้วย เรื่องดูแลพ่อด้วย แล้วก็ห่วงอนาคตของตัวเองด้วย บางทีก็เครียดแล้วคนอื่นไม่เข้าใจ พี่ก็จะระเบิดออกมาเป็นคำพูดไป...พูดแรง บางทีก็ลงกับพอมั่ง อย่างเรื่องที่พ่อฉี่เลอะ พี่ก็จะบอกว่า ฉี่ดูมั่งชิพอะไรอย่างนี้ แต่พ่อไม่เคยตอบโต้เลย เค้าไม่มีปฏิกิริยาที่จะมาว่าเรา เค้าจะเฉยๆ...รู้สึกผิด ผิดมากเลย พี่ก็พยายามตั้งสติ พยายามข่มใจไว้ว่ามันบาปนะ บาปนะ มันก็ช่วยได้นะ แต่พี่เป็นคนที่มีใจร้อน เวลาอะไรจะออกมาเป็นคำพูด แต่ก็หายเร็ว”

(บุตรสาว อายุ 39 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“เวลาทุกข์เหลือ ก็คิดแต่ว่าจะหาวิธีไหนดีนี่อ หาททางแก้...ก็มีเพื่อนร่วมงานด้วยกัน มีอยู่ คนหนึ่งที่สนิทกันแต่เค้าเป็นรุ่นน้องป่า เค้าดีมากๆเลย มีอะไรป่าก็จะปรึกษาเค้า เพื่อนป่าคนนี้เค้าก็จะปลอบใจ...ก็เรื่องที่ถูกใจ อย่างเรื่องน้องชายป่วยก็คุยก็เล่าให้เค้าฟัง เค้าก็ปลอบใจ”

(พี่สาว อายุ 52 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็ไม่มีนะ ผมไม่ค่อยได้สวดมนต์หรอก แต่แฟนเค้าสวดบ่อย เค้าสวดมนต์สวดนี้ แต่ผมก็เฉยๆ อย่างเวลาเค้านอนไม่หลับเค้าก็ลุกมานั่งสวดมนต์...ผมไม่ได้ระบาย...ไม่ได้บอก ก็อดทนเงียบไว้...ก็ไม่ได้ปรึกษาใคร เพียงแต่บ่นให้ลูกฟัง แต่ผมก็หาทางแก้ได้นะ เพียงแต่ได้บ่นได้พูดแล้วสบายใจ”

(สามี อายุ 49 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน)

“ก็มีพี่สาวของตัวเอง คอยบอกอยู่เสมอว่า จะไปเสียใจมันทำไม เรายังต้องสู้สิ เค้าให้กำลังใจตลอด แล้วก็สวดมนต์ตลอด บางครั้งคิดถึงคนอื่นเลย คือป่าพี่น้องเยอะ มีที่ฟังมีที่ระบายเยอะ แต่คนที่ตัวคนเดียว ไม่มีญาติคงแยะเหมือนกัน พี่สาวให้กำลังใจตลอด...มีพี่คอยรับฟังปัญหา มาโดยตลอด คอยปลอบใจ ทำให้ป่าก็มีกำลังใจขึ้นเยอะเลย ตัวคุณลุงเค้าก็บอกนะว่า เป็นแล้วก็ต้องสู้...ธรรมะมันต้องมีศรัทธานะ พวกเราเนี่ยผ่านมาเยอะเราก็ต้องใช้ธรรมะ แต่พวกคนอายุน้อยๆ เค้ายังไม่ได้เจอ ก็ยังไม่ได้นึกถึง แต่เราได้เจอแล้ว ธรรมะนี้ช่วยเราได้จริงๆนะ ช่วยให้เราพ้นทุกข์ได้ก็เพราะธรรมะ”

(ภรรยา อายุ 55 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“มีปรึกษาเพื่อนบ้าง แฟนบ้าง พอเราคุยกับเค้าแล้วสบายใจที่ได้ปรึกษากัน...ก็ร้องไห้...ก็ดีขึ้นบ้าง เวลาจะช่วยให้เราดีขึ้น”

(บุตรสาว อายุ 29 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

### 3.3 ด้านการมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย

เป็นการที่บุคคลให้คุณค่า ให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้นๆ มีความยินดี และรู้สึกคุ้มค่าที่จะเผชิญกับเหตุการณ์นั้น มากกว่าที่จะให้ความหมายว่าเป็นภาระ หรือก่อให้เกิดความยุ่งยาก ดังเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“ครับ ยังมีหวัง ผมเชื่อในตัวหมอ ตอนนี้ผมก็ดูแลทุกอย่าง อาหาร ถ้าเค้าจะกินอะไร นอกเหนือจากทางโรงพยาบาลจัดให้ ผมก็ไปหาไปซื้อมาให้ตลอด คือไม่ปล่อยไม่ละเลยหน้าที่”

(สามี อายุ 44 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“หน้าใจอยู่อย่างเดียว คืออยากให้เค้าหาย เค้าจะดีขึ้นมั้ยมาให้ยากินยาแล้วจะดีขึ้นอีก ระดับนี้ อะไรอย่างเนี่ยที่หน้าใจ นอกนั้นไม่มีอะไรเต็มใจทำเพื่อเค้า...ก็สบายใจที่ได้ทำให้เค้าทุกอย่าง”

(ภรรยา อายุ 58 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ตอนนั้นเสียใจ แล้วก็นึกถึงลูกด้วย แล้วก็...มันมืดเลยคิดอะไรไม่ออก พอตั้งสติได้ก็ต้องมารักษา รักษาที่ศิริราชมาตลอดเลย หมอเค้าผ่านมทิง ตัดเต้านมทิ้ง แล้วหมอก็นัดทุกเดือนไปตรวจตามนัดตลอด จนผ่านไปได้”

(สามี อายุ 49 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน)

#### ตอนที่ 4 ความหมายในชีวิต

ความหมายในชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นดำรงอยู่ และเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมุ่งมั่นเมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือวิกฤตของชีวิต ความหมายในชีวิตเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงบุคคลให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว กระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตอย่างมุ่งมั่น ผ่านสัมพันธภาพต่อผู้รอบข้างและผ่านการมีทัศนคติต่อชีวิตที่เข้มแข็งเพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ต่อไปได้ ดังเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“ครับ ผมก็ยังมีพันธะอยู่ ยังมีลูกที่ต้องรับผิดชอบ...มีลูกเป็นกำลังใจ...พรุ่งนี้วันเสาร์ อาทิตย์ก็ว่าจะมา ผมเห็นเค้ามีความสุข ผมก็สุขไปด้วย ก็เบาใจ ถึงแม้จะเป็นช่วงหนึ่งก็ยังดีนะ ความสุขเนี่ยดีกว่าไม่มีเลย อย่างน้อยเวลาที่คนไข้มีกำลังใจ ผมก็ดีใจด้วย...ต่างคนต่างเป็นห่วง แล้วก็ให้กำลังใจซึ่งกันและกันครับ”

(สามี อายุ 44 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็อยากให้เค้าดีขึ้น ไม่ทรมาน ก็คิดอย่างนี้แหละเลยตั้งใจทำทุกอย่างให้เค้าสบาย ทำให้ดีที่สุด แล้วลูกชายก็บวชให้พ่อด้วย ทั้งลุงและป้าก็มีกำลังใจจากตรงนั้นแหละคะ...ก็...ครอบครัว คือ ป้าโซคดีตรงที่มีครอบครัวที่ดี มีลูกที่ดี มีสามีที่ดี เพื่อนร่วมงานที่ดี”

(ภรรยา อายุ 58 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“อืม...เวลาหน้าใจจะนึกถึงพ่อแม่ไว้ก่อนเป็นอันดับแรก จะนึกถึงเค้า แคร่ความรู้สึกเค้าว่า ถ้าเราเป็นอะไรไปหรือตัดสินใจอะไรที่ผิดๆ แล้วเค้าจะอยู่อย่างไร จากนั้นก็หาทางออก ค่อยๆ คิด แก้ปัญหา ทุกอย่างมีทางออก”

(บุตรสาว อายุ 39 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็ลูกนั่นแหละ ป้ามีลูก ทุกอย่างก็ทำเพื่อลูก...ก็ไม่หวังนะ ไม่เคยหวัง..... (หัวเราะ).....  
แต่ทุกอย่างก็ทำให้เค้า เค้าขาดเหลืออะไรหรือลำบากป้าก็พยายามหาให้เค้า ถ้าเค้ามีเค้าก็ให้ป้า”  
(พี่สาว อายุ 52 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ลูกเป็นกำลังใจตอนแรกก็ท้อแท้ใจแล้วนะ ตัวเรารู้สึกไม่ค่อยสบาย ถ้าเราตายไปเนี่ย ลูกก็แย่ ลูกเราคนเดียวไม่มีพี่น้อง งั้นต้องคิดบวกหมดเลยไม่ต้องไปคิดลบ...มีอีกคนที่กำลังรอเรา เราท้อแท้ไม่ได้ เราก็ดูแลจนถึงที่สุด”

(ภรรยา อายุ 55 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“นี่ถึงบุญคุณพ่อแม่เป็นอันดับแรกเลย เวลาเราทำอะไรจะนึกถึงคุณแม่ ตอนสมัยที่แม่ยังไม่ป่วยเวลาเรามีปัญหาที่ทำงาน หรือว่าปัญหาอะไรอย่างนี้ ถ้าสมมติว่าเราออกจากงาน เรายังมีคุณแม่ คุณแม่ก็ไม่ได้ทำงาน ถ้าเราออกไปก็ไม่มีเงิน”

(บุตรสาว อายุ 29 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“เวลาที่มีอยู่ก็มาดูแลเค้าทั้งหมด ตอนแรกลูกกับป้าก็วางแผนกันไว้ว่า เรามีบ้านที่แม่กลองที่อัมพวา อยุริมคลอง เป็นสวนลื่นจี ทุกนาทียของลูกเค้าอยากไปที่นั่น (เสียงสั่น) แต่ตอนนี้เค้าเดินไม่ค่อยไหว เค้าเหนื่อยมากขึ้น...เวลาได้ยินลูกพูดก็ทำให้เรามีความหวัง มีกำลังใจขึ้น...คะ ก็วางแผนกันไว้ แล้วดันมาผิดลือคชกนิดหนึ่ง...ป้าก็เตรียมไว้ว่าถ้า early ออกมาก็จะไปขายของ เตรียมไว้ล่วงหน้า...ถ้าเลือกได้จริงๆ ก็ขอให้ดีกว่านี้ซักหน่อย แต่ถึงอย่างนี้ก็ได้ทำให้เราท้อ ป้ากับลูกก็ร่วมสู้กันมาตลอด เพราะกว่าจะมาถึงวันนี้ ก็ช่วยกันเก็บหอมรอมริบกันมาตลอด ก็พูดให้ลูกฟังนะว่าตั้งแต่พ่อกับแม่แต่งงานกันมา ชีวิตยังไม่เคยปลอดภัยเลย ลูกก็เป็นกำลังใจให้ เค้าบอกตลอดว่าไม่เป็นไรหรอก เค้าจะเรียนจบแล้วเค้าจะช่วย...ใช่ เราทำได้ เพื่อมันปลายชีวิตของเรา เพื่อลูก แล้วสิ่งที่เราทำเนี่ย ลูกเห็นลูกก็เอาเป็นตัวอย่าง ลูกก็จะเหมือนป้านะ จะประหยัด อย่างมีเงินเก็บเค้าก็ติดแอร์ให้พ่อ เห็นพ่อขายแสงแล้วร้อน เค้าบอกว่าเดี่ยวเค้าจะทำบ้านให้พ่อ รอให้พ่อหายป่วยก่อน ป้าได้ยินแล้วก็ชื่นใจ มันเป็นกำลังใจซดเซยอย่างหนึ่งนะ ที่จะสู้กับปัญหาที่เข้ามา”

(ภรรยา อายุ 58 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“คะ พี่มีแต่คิดว่าต้องทำวันนี้ให้ดีที่สุด แล้วก็คิดเดินไปข้างหน้า คิดจะทำงาน อยากมีเงินจะได้เอามาดูแลพ่อ นี่แหละประเด็นของเรา อนาคตของเรา เพราะฉะนั้นอะไรที่ไม่สำคัญก็จะได้ไม่เก็บมาคิด...ก็คิดว่าวันหนึ่งต้องเป็นวันของเรา พี่เชื่อนะว่าเราทำในสิ่งที่สมควร สิ่งที่ถูกต้อง ดูแลพ่อ มันเป็นเรื่องที่ดีซักวันหนึ่งคงมีอะไรดี ๆ เข้ามา เราคงไม่ได้อยู่อย่างนี้ไปตลอด”

(บุตรสาว อายุ 39 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ก็มีหวัง หวังจะให้เค้าดีขึ้น ส่วนเรื่องหายก็คงไม่มีทาง เพราะหมอบอก...ก็ยังไม่อยากเกิด อยู่นะ ถ้าเป็นไปได้ก็อยากให้ได้ดีกว่านี้อีกซักหน่อย แต่เป็นอยู่ทุกวันนี้ก็ไม่ได้เดือดร้อนอะไร ก็พอมีพอกิน”

(พี่สาว อายุ 52 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี)

“ตอนนี้อยากจะหาเงินมากกว่า เพราะไม่ได้ทำงานด้วย ค่าใช้จ่ายมันก็ต้องใช้เงินเก็บก็สึกหรอไปเรื่อยๆ...ก็ ใจจริงอยากให้เค้าหาย ถ้าเค้าค่อยยังชั่ว ผมก็จะกลับไปทำงานที่อเมริกา เพราะหาเงินได้ดี ลูกกับเค้าก็ได้สบาย”

(สามี อายุ 49 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน)

“ถ้าเลือกเกิดได้ อยากเกิดแบบนี้ดีกว่า พอใจแล้ว...อันนี้วางแผนไว้แล้วถ้าว่าหมดแม่ มี 2 อย่าง คือ หนึ่งรอวิชา สองวิชาไม่ผ่านก็ไปอยู่บ้านนอก...เป้าหมาย คือ จะต้องทำอันนั้นอันนี้ ตอนนี้อยากเปิดร้านเสริมสวย ทำwedding studio ถ้าวิชาผ่านก็จะไปทำเมืองนอก”

(บุตรสาว อายุ 29 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2ปี)

### ตอนที่ 5 สรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

โดยสรุปแล้วประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย เป็นประสบการณ์ตรงที่ญาติผู้ดูแลเคยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ทั้งในเรื่องการดูแลทางด้านร่างกาย การติดต่อเป็นธุระแทนผู้ป่วย การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจหรือเป็นประสบการณ์ที่ญาติผู้ดูแลเคยให้การดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆ และนำประสบการณ์ที่ได้นั้นมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน ทั้งนี้อาจรวมถึงประสบการณ์ทางด้านจิตใจและความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ด้วย จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจ 4 ประเด็นคือ 1) ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ประสบการณ์ด้านความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งนั้น เป็นความรู้สึกที่ยากจะลืม ซึ่งในญาติผู้ดูแลแต่ละรายย่อมมีความรู้สึกรวมถึงการยอมรับและทำใจที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นอาจแฝงไปด้วยความรู้สึกเสียใจ ตกใจ บอกไม่ถูก ปฏิเสธกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น หรือน้อยใจในโชคชะตาชีวิตของตนเอง 2) การนำประสบการณ์ที่เคยดูแลผู้ป่วยอื่นในอดีตนั้นมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย 3) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามนั้น มักมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย อาจมีภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษาาร่วมด้วย ส่งผลให้มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงมีความต้องการการ

ดูแลช่วยเหลือมากกว่าผู้ป่วยอื่น ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลจัดเตรียมอาหาร ช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น และ 4) ความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดในการดูแลผู้ป่วย เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลได้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาญาติผู้ดูแลได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระและความรู้สึกไม่เป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าญาติผู้ดูแลมักจะยินดี เต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและไม่รู้สึกว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นเป็นภาระแต่อย่างใด

ส่วนความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตนั้น พบว่ามีประเด็นหลักที่น่าสนใจ 3 ประเด็นตามองค์ประกอบของความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต กล่าวคือ 1) ความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์ เป็นการที่ญาติผู้ดูแลสามารถทำความเข้าใจในเหตุการณ์ที่ต้องรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล โดยมีเหตุผลที่แตกต่างกันในการรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เช่น เป็นหน้าที่ที่พึงกระทำ เป็นสายใยแห่งความเป็นพี่น้อง เป็นบุตรที่เคยอาศัยอยู่กับผู้ป่วยและเคยให้การดูแลผู้ป่วยมาก่อน เป็นบุคคลที่ว่างงาน เป็นการตอบแทนบุญคุณ เป็นต้น นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคตได้พร้อมทั้งเตรียมใจยอมรับกับการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น 2) ความสามารถในการจัดการ เป็นการที่ญาติผู้ดูแลรับรู้และสามารถจัดการแก้ไขกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ซึ่งหากเกินกำลังความสามารถของตน ญาติผู้ดูแลก็สามารถนำแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่นอกตนมาใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยงานวิจัยนี้พบว่าญาติผู้ดูแลใช้หลักธรรมทางศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางใจ อีกทั้งยังมีพี่น้อง บุคคลในครอบครัวและกัลยาณมิตรที่คอยให้การช่วยเหลืออีกด้วย และ 3) การมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย โดยญาติผู้ดูแลมองว่าการดูแลผู้ป่วยที่ตนปฏิบัติอยู่นั้นเป็นสิ่งที่มีความหมาย และมีได้เป็นภาระให้กับตนเองแต่อย่างใด

ความหมายในชีวิตเป็นการที่ญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงสิ่งที่เป็นแรงจูงใจและเป็นกำลังใจที่ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไป จากการศึกษาพบว่าความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลนั้นแตกต่างกันออกไปแต่ในความแตกต่างกลับมีส่วนที่คล้ายกันนั่นก็คือ การที่มีผู้ป่วยเป็นความหมายในชีวิตและการปรารถนาให้ผู้ป่วยในการดูแลของตนคลายจากความทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังมีบุตรและบุคคลในครอบครัวที่เป็นความหวังและกำลังใจให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาและใช้ชีวิตอย่างสอดคล้องตามความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

## บทที่ 5

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึก สอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งจากผลการศึกษาทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า มีประเด็นต่างๆ ที่จะนำมาอภิปรายผลดังนี้

#### 1. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิต ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ประเด็นแรก จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งผลการวิจัยจากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 200 ราย มีคะแนนเฉลี่ยของจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบสามเดือนที่ผ่านมา มีค่าเท่ากับ 98.17 (SD=14.23) ทั้งนี้จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 38 – 114 คะแนน ซึ่งถือได้ว่าญาติผู้ดูแลมีจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณาข้อมูลเชิงปริมาณของจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบสามเดือนที่ผ่านมาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีค่าเท่ากับ 25.53 (SD=6.59) จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 11 – 33 คะแนน คะแนนเฉลี่ยด้านการช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไม่มีค่าเท่ากับ 29.38 (SD=4.40) จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 11 – 33 คะแนน คะแนนเฉลี่ยด้านการช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยมีค่าเท่ากับ 25.98 (SD=4.31) จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 33 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยด้านการช่วยเหลือทางอารมณ์มีค่าเท่ากับ 17.27 (SD=1.92) จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-18 คะแนน

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ (M=2.63, SD=.57) รองลงมาคือ ให้การช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง (M=2.49, SD=.63) และให้การช่วยเหลือตอนกลางคืน (M=2.41, SD=.65) ตามลำดับ ด้านที่ 2 การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ช่วยเหลือเรื่องการรับใบสั่งยา (M=2.81, SD=.48) ช่วยเหลือเรื่องการรับยา (M=2.81, SD=.45) รองลงมาคือ จัดให้ได้รับการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องการ (M=2.74, SD=.50)

และติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญ (M=2.73, SD=.54) มีส่วนร่วมในการพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญ (M=2.73, SD=.53) ด้านที่ 3 การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ดูแลเรื่องสารน้ำตามแผนการรักษา (M= 2.78, SD= .50) สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา (M= 2.78, SD= .51) รองลงมาคือ สร้างแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร (M=2.75, SD=.49) และสร้างแรงจูงใจในการรับสารน้ำตามแผนการรักษา (M=2.73, SD=.55) ตามลำดับ และด้านที่ 4 การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุดคือ ปลอดภัยให้กำลังใจ (M=2.89, SD=.38) และพูดคุยเพื่อลดความวิตกกังวล (M=2.89, SD=.33)

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณที่ว่า ญาติผู้ดูแลมีจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้นมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Cassileth et al., 1985) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือมากกว่าผู้ป่วยอื่น ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกด้าน ซึ่งจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลได้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามตั้งแต่การดูแลเรื่องส่วนตัว เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การช่วยเหลืออาบน้ำ-เช็ดตัว ช่วยเหลือเรื่องการแต่งตัวให้กับผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เป็นต้น ให้การดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน การช่วยเหลือเรื่องจ่ายซื้อของ ติดต่อบริการเกี่ยวกับการเงิน ช่วยพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ รวมถึงการติดต่อรับใบสั่งยา-การรับยา เป็นต้น ให้การดูแลช่วยเหลือในการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย เช่น การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร สร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น และให้การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น การปลอดภัยให้กำลังใจ การพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล แสดงถึงความเข้าใจและอยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น โดยเฉพาะการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยนั้นนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะการที่ญาติผู้ดูแลให้กำลังใจผู้ป่วยก็เปรียบเสมือนญาติผู้ดูแลได้ให้กำลังใจตัวเองไปด้วย

ผลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่รับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยนั้นให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมในเรื่องต่างๆ ดังนี้ การดูแลช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกาย การเตรียมอาหาร-เตรียมยา การดูแลเรื่องการขับถ่าย การพักผ่อน การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย การแบ่งเบาภาระงานประจำที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติ การเป็นธุระติดต่อทางด้านการเงิน การติดต่อพูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ (Horowitz, 1985; Krach&Brooks, 1995;

วิภา วิเสโส, 2545) จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีภาวะที่ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลสูง และปฏิบัติในสิ่งที่ตนเคยทำได้ในอดีตไม่ได้เหมือนก่อนแล้ว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสภาพอารมณ์ที่แปรเปลี่ยนง่าย และอาจแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา เช่น โมโห หงุดหงิด เจ้าอารมณ์ เป็นต้น (Cassileth และคณะ, 1985; วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) ซึ่งนอกเหนือจากญาติผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยแล้ว การตอบสนองทางจิตใจก็เป็นสิ่งที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน เพราะการที่ผู้ป่วยมีสภาพอารมณ์และจิตใจที่ดี ย่อมส่งผลดีต่อสภาพร่างกายที่เจ็บป่วยอยู่ เกิดกำลังใจที่จะต่อสู้เผชิญกับโรคร้ายที่คุกคาม และทำที่สุดย่อมส่งผลดีต่อสภาพอารมณ์และจิตใจของญาติผู้ดูแลด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Cassileth และคณะ (1985) ที่ทำการศึกษาวិเคราะห์สภาพจิตใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 201 คู่ พบว่าสภาพอารมณ์ ระดับความวิตกกังวลและสุขภาพจิตโดยรวมของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์กันสูง นั่นคือ เมื่อผู้ป่วยมีสภาพจิตใจอย่างไร ญาติผู้ดูแลก็ย่อมมีสภาพจิตใจเช่นนั้นด้วย ญาติผู้ดูแลจึงเน้นที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านอารมณ์และจิตใจควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านร่างกาย ซึ่งสนับสนุนผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่พบว่า กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมากที่สุด 3 อันดับแรกนั้นเป็นการดูแลช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ทั้งสิ้น ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

*ประเด็นที่สอง* ความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามซึ่งผลการวิจัยจากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 200 ราย มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบสามเดือนที่ผ่านมา มีค่าเท่ากับ 39.94 (SD=4.76) ทั้งนี้จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 38-79 คะแนน ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่าญาติผู้ดูแลแม้จะมีจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสูง แต่กลับมีความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับต่ำ

เมื่อพิจารณาข้อมูลเชิงปริมาณของความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบสามเดือนที่ผ่านมา คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระด้านการดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยมีค่าเท่ากับ 11.78 (SD=1.64) จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 11-25 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระด้านการช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไม่มีค่าเท่ากับ 11.47 (SD=1.43) จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 11-22 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระด้านการช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยมีค่าเท่ากับ 10.50 (SD=1.71) จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-26 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระด้านการ

ช่วยเหลือทางด้านอารมณ์มีค่าเท่ากับ 6.18 (SD=1.02) จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-18 คะแนน

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติแล้วรู้สึกเป็นภาระมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ให้การช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง (M=1.24, SD=.47) รองลงมาคือ ให้การช่วยเหลือตอนกลางคืน (M=1.23, SD=.46) และช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ (M=1.06, SD=.25) ช่วยเหลือในการพาขึ้นบันได (M=1.06, SD=.23) ตามลำดับ ด้านที่ 2 การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติแล้วรู้สึกเป็นภาระมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ช่วยเหลืองานบ้านเป็นส่วนใหญ่ (M= 1.06, SD= .23) ช่วยเหลือเกี่ยวกับธุรกรรมทางการเงิน (M= 1.06, SD=.27) รองลงมาคือ ช่วยเหลืองานบ้านเพียงเล็กน้อย (M=1.05, SD=.22) ช่วยเหลือในเรื่องการจ่ายซื้อของ (M=1.05, SD=.23) ช่วยในการเขียนใบเบิกค่ารักษาพยาบาล (M=1.05, SD=.21) และจัดให้ได้รับการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องการ (M=1.04, SD=.18), จัดให้มีเครื่องช่วยทางกายภาพ (M= 1.04, SD=.18) ช่วยเหลือเรื่องการรับใบสั่งยา (M=1.04, SD=.21) ตามลำดับ ด้านที่ 3 การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติแล้วรู้สึกเป็นภาระมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ดูแลเรื่องอาหารตามแผนการรักษา (M= 1.08, SD=.28) สร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ (M=1.08, SD=.32) สร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นทำงานอีกครั้ง (M=1.08, SD=.28) รองลงมาคือ ดูแลเรื่องสารน้ำตามแผนการรักษา (M=1.06, SD=.25) ดูแลเรื่องการออกกำลังกายตามแผนการรักษา (M=1.06, SD=.26) และการดูแลเรื่องน้ำหนักตัว (M=1.05, SD=.26) ตามลำดับ และด้านที่ 4 การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติแล้วรู้สึกเป็นภาระมากที่สุดคือการอยู่เป็นเพื่อน (M=2.89, SD=.33)

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณที่ว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมองว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้นไม่เป็นภาระ แต่กลับมองว่าเป็นหน้าที่ เป็นสิ่งที่ต้องช่วยเหลือเกื้อกูลดูแลกันและกันยามเจ็บไข้ เป็นสายใยแห่งความสัมพันธ์ของความเป็นพี่เป็นน้องกัน และการดูแลผู้ป่วยนั้นยังเป็นสิ่งที่สมควรทำและให้การดูแลด้วยความเต็มใจ อีกทั้งยังให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลายาวนานทำให้สามารถปรับตัวได้และดูแลผู้ป่วยได้อย่างชำนาญขึ้น ถึงแม้ว่าญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีบทบาทหน้าที่ประจำที่ต้องรับผิดชอบอยู่แล้ว แต่การดูแลผู้ป่วยก็ได้ส่งผลกระทบหรือรบกวนการทำหน้าที่ของตน เนื่องจากญาติผู้ดูแลสามารถจัดสรรเวลาและจัดการกับภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสมลงตัว

ผลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกันและชี้ให้เห็นว่า ขณะที่ญาติผู้ดูแลดำรงบทบาทใดบทบาทหนึ่งนั้น อาจมีบทบาทอื่นๆ ด้วยในเวลาเดียวกัน เช่น ในขณะที่เป็นภรรยาที่ทำหน้าที่ดูแลสามีที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะลุกลามนั้น ในขณะที่เดียวกันอาจดำรงบทบาทเป็นลูกที่ต้องดูแลบิดามารดา เป็นแม่ที่ต้องดูแลลูก เป็นพนักงานที่ต้องรับผิดชอบงานที่ทำ เป็นต้น แต่หากญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่ถือได้ว่าเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดพลังความสามารถ เกิดความภาคภูมิใจ มีกำลังใจ ร่วมกับการใช้ความสามารถในการจัดการกับสิ่งที่ตนกำลังเผชิญอยู่นั้น ย่อมทำให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ตนแบกรับอยู่นั้นเป็นภาระ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mowat และ Laschinger (1994) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองสูงจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้ดี ญาติผู้ดูแลจะมีความรู้สึกและทัศนคติที่ดีต่อการดูแล ไม่รู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยนั้นก่อให้เกิดความเครียดและเป็นภาระ ประกอบกับปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นตัวเสริมที่ช่วยให้ความรู้สึกเป็นภาระนั้นลดลงได้ ยกตัวอย่างเช่น ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 1.76 ปี (SD=.85) และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันมีค่าเท่ากับ 12.85 ชั่วโมง (SD=7.17) ถือได้ว่าเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างนานประกอบกับโรคมะเร็งระยะลุกลามเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษานาน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานขึ้นนั้นเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดี เพราะเมื่อเวลาผ่านไป ญาติผู้ดูแลได้มีโอกาสปรับตัว มีพัฒนาการในการเข้าใจและยอมรับกับสิ่งที่ตนกำลังเผชิญอยู่ได้ดียิ่งขึ้น (Zarit, Todd & Zarit, 1995) ซึ่งความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทของตนเองและความรู้สึกเป็นภาระจะสูงในญาติผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่เกิน 1 ปี และจะค่อยๆ ลดลงแล้วเพิ่มสูงขึ้นเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลามากกว่า 8 ปี (Moen, Robinson, & McChain, 1995) ด้วยเหตุนี้จึงเป็นข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนผลการวิจัยว่า ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าสิ่งที่ตนได้ให้การดูแลผู้ป่วยนั้นไม่เป็นภาระ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Scott-Baer (1993) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานขึ้นส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลน้อยลงเช่นกัน นอกเหนือจากระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระแล้ว ระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลก็มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเช่นกัน กล่าวคือ โดยทั่วไป ญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่าญาติผู้ดูแลที่มีการศึกษาต่ำกว่า (Maserang, 1992) ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปจำนวน 131 ราย (ร้อยละ 65.5) สอดคล้องกับการศึกษาของ Maserang (1992) ที่พบว่าระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแล

ผลการวิจัยเชิงปริมาณทำให้ทราบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือที่ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระมากที่สุดคือ การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilson (1992) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่บ้านตลอด 24 ชั่วโมง เป็นงานที่หนักกว่าการทำงานประจำเต็มเวลา และส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าการให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องอื่นๆ

การอภิปรายข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นเป็นการรับรู้ต่อภาระงานของญาติผู้ดูแลเอง ซึ่งความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลแต่ละรายอาจแตกต่างกันออกไป ถึงแม้ว่าจะเป็นกรปฏิบัติกิจกรรมเดียวกันในเวลาเดียวกันก็ตาม

*ประเด็นที่สาม* ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นการประเมินการรับรู้ การสำรวจความคิดและความรู้สึก ความเชื่อ ที่เกิดจากภาระในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นความรู้สึกกดดันทางด้านร่างกายและจิตใจ ครอบคลุมความรู้สึกที่มีต่อภาวะทางสังคมที่ถูกกดดันและความรู้สึกอ่อนล้าทางร่างกายอันเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยจากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 200 ราย มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมีค่าเท่ากับ 19.15 (SD=6.95) ทั้งนี้จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 12-40 คะแนน ซึ่งถือได้ว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดอันเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยในระดับต่ำ

เมื่อพิจารณาข้อมูลเชิงปริมาณของความเครียดในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สึกที่มีต่อภาวะทางสังคมที่ถูกกดดันมีค่าเท่ากับ 10.32 (SD=4.05) จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-21 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกอ่อนล้าทางด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากการดูแลมีค่าเท่ากับ 8.83 (SD=3.44) ทั้งนี้จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-21 คะแนน

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 ความรู้สึกที่มีต่อภาวะทางสังคมที่ถูกกดดัน พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านนี้มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ญาติผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนการทำงาน หรือเวลาส่วนตัวเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย (M=2.29, SD=1.18) รองลงมาคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าเวลาส่วนตัวมีจำกัดเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย (M=1.73, SD=.92) และญาติผู้ดูแลออกจากบ้านไปไหนไม่ได้เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย (M=1.68, SD=.87) ตามลำดับ ด้านที่สอง ความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านนี้มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าเพราะการดูแลผู้ป่วย (M=1.62, SD=.81)

รองลงมาคือ ญาติผู้ดูแลคิดว่า การดูแลผู้ป่วยไปเรื่อยๆ จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ ( $M=1.58$ ,  $SD=.84$ ) และญาติผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่จะต้องตื่นตอนเช้าและต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยอีกหนึ่งวัน ( $M=1.68$ ,  $SD=.87$ ) ตามลำดับ

จากข้อมูลเชิงปริมาณที่ว่า ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมากที่สุด 3 อันดับแรกที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น ล้วนเป็นความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่มีต่อภาวะทางสังคมที่ถูกกดดันทั้งสิ้น แต่เมื่อพิจารณาคะแนนในภาพรวมแล้วถือได้ว่าอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลที่ว่า ถึงแม้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีหน้าที่อื่นที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 รายพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีงานประจำที่ต้องรับผิดชอบ (ร้อยละ 75.5) และจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ญาติผู้ดูแลบางรายเลือกที่จะลาออกจากงานหรือเสียสละเวลาและความสุขของตนเองเพื่อมาดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจร่วมกับญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าสิ่งที่ตนได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นไม่เป็นภาระแต่อย่างใด ทำให้เห็นถึงข้อเท็จจริงที่ว่า แม้ว่าญาติผู้ดูแลจะต้องรับภาระทั้งงานประจำที่ทำอยู่ควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและบทบาทหน้าที่อื่นที่ต้องรับผิดชอบ แต่เมื่อญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าสิ่งที่ตนเผชิญอยู่นั้นเป็นภาระ ย่อมส่งผลให้ความรู้สึกเครียดและความรู้สึกกดดันต่างๆลดน้อยลงไปด้วย

ทั้งนี้จากข้อมูลเชิงคุณภาพได้สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณที่ว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ถึงแม้ว่าญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีบทบาทอื่นที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย แต่ญาติผู้ดูแลกลับมองว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นความรับผิดชอบ เป็นหน้าที่ที่พึงกระทำ และท้าทายความสามารถของตนเอง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีกำลังใจ และสามารถจัดการเวลาที่ตนมีอยู่และใช้เวลาทุกวินาทีอย่างคุ้มค่า ถึงแม้ว่าญาติผู้ดูแลต้องลาออกจากงานเพื่อที่จะมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่มากขึ้น แต่สิ่งเหล่านั้นก็ไม่ได้ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองต้องตกอยู่ภายใต้ภาวะกดดันทางสังคม ส่วนความรู้สึกอ่อนล้าทางด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยนั้นอาจเกิดได้บ้างเป็นเรื่องปกติแต่ญาติผู้ดูแลมองว่าปัจจุบันตนยังอายุไม่มาก สุขภาพแข็งแรงพยายามดูแลร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอและไม่มีโรคประจำตัว จึงสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่กำลังใจและเต็มความสามารถที่ตนมีอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่า อายุเฉลี่ยของญาติผู้ดูแลในการศึกษาคั้งนี้มีค่าเท่ากับ 41.36 ปี ( $SD=11.77$ ) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 80.5)

ผลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ Mowat และ Laschinger (1994) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยได้สูง จะทำให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ถูกกดดันได้เป็นอย่างดี ส่วนความรู้สึกอ่อนล้าทางด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ

สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการในการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง พยายามหาเวลาในการรักษาสุขภาพร่างกาย เช่น หาเวลาว่างที่มีจากการดูแลผู้ป่วยในการออกกำลังกาย รวมถึงการไปตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคงไว้ซึ่งการรักษาสุขภาพที่แข็งแรงสำหรับการดำเนินชีวิตต่อไป และจะได้ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา วิเสไล (2545) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายเพื่อให้ตนเองมีกำลังกายที่แข็งแรง พร้อมรับกับสภาพการณ์ดูแลและเตรียมใจให้พร้อมรับกับสถานการณ์ที่ตนไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นบ้างระหว่างการดูแล ทั้งนี้การที่ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจที่แข็งแรงนั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสามารถฝ่าฟันปัญหาหรืออุปสรรคที่ตนเผชิญอยู่นั้นได้อย่างดียิ่งขึ้น

*ประเด็นที่สี่* ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต เป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญในการปรับตัวของบุคคลต่อการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งผลการวิจัยจากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 200 ราย มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีค่าเท่ากับ 93.50 (SD=12.16) ทั้งนี้จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 51-116 คะแนน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตอยู่ในระดับสูงแม้ว่าจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามซึ่งถือได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้สูง อีกทั้งโรคมะเร็งยังเป็นโรคเรื้อรังที่ยากต่อการทำนายได้ว่าญาติผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปอีกนานเท่าใด จากการที่ผลการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามรับรู้และเชื่อมั่นว่า สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตนกำลังเผชิญอยู่นั้นเป็นสิ่งที่อธิบายได้ มีเหตุผล มีแนวทางในการจัดการหรือมีแนวทางในการใช้แหล่งทรัพยากรเพื่อจัดการได้ และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมาย และคุ้มค่าแก่การปฏิบัติกรดูแล ดังนั้นจึงขอเสนอการอภิปรายในแต่ละด้านของความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต เพื่อให้เห็นถึงความชัดเจน ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ด้านความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์ เมื่อพิจารณาข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีคะแนนเฉลี่ยด้านความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์มีค่าเท่ากับ 33.85 (SD=5.67) จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 3-44 คะแนน แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการรับรู้อย่างเชื่อมั่นว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ตนเผชิญอยู่นั้นเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีระบบ มีเหตุผล สามารถทำความเข้าใจ อธิบายและทำนายได้ ไม่ยุ่งยากเกินกว่าที่จะรับรู้หรือเข้าใจ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในด้านนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เมื่อมีสิ่งใดเกิดขึ้นญาติผู้ดูแลมักจะให้ความสำคัญกับสิ่งนั้นตรงตามความเป็นจริง (M=3.32, SD=.70) รองลงมาคือ เมื่อต้อง

เผชิญกับปัญหาที่ยากลำบากอยู่บ่อยครั้ง แต่ญาติผู้ดูแลเองก็มักจะพบวิธีการแก้ปัญหาเหล่านั้นเสมอ ( $M=3.25, SD=.75$ ) และเมื่อต้องพูดกับผู้อื่น ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณอื่นเข้าใจในตัวญาติผู้ดูแล ( $M=3.24, SD=.63$ ) ตามลำดับ

ทั้งนี้ประเด็นที่พบในข้อมูลเชิงคุณภาพได้สนับสนุนและ

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ และสามารถอภิปรายในรายละเอียด กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสามารถทำความเข้าใจบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแล โดยมีเหตุผลที่แตกต่างกันในการรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตโดยเป็นบุตรนั้นให้เหตุผลในการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นหน้าที่ที่บุตรพึงมีต่อบุพการี และแสดงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณที่ให้กำเนิด อีกทั้งยังมองว่าบุพการีเปรียบเหมือนพระอรหันต์ของลูก ซึ่งตรงกับลักษณะของสังคมไทยที่มีสภาพความเป็นอยู่ร่วมกันฉันท์เครือญาติ มีความเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกันมีการปลูกฝังค่านิยมให้รู้จักตอบแทนบุญคุณแก่ผู้มีพระคุณ ค่านิยมนี้เป็นค่านิยมทางวัฒนธรรมประเพณีหนึ่งของคนไทยซึ่งถือเป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาช้านาน (สุพัตรา สุภาพ, 2536) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา วิเสโส (2545) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณ ตรงกับลักษณะของสังคมไทยที่มีการปลูกฝังเกี่ยวกับคุณธรรมความกตัญญูต่อบิดามารดา (สุพัตรา สุภาพ, 2536) อีกทั้งยังสอดคล้องกับอิทธิพลจากพุทธศาสนาที่ปลูกฝังเรื่องความกตัญญู เพราะพระพุทธเจ้ารับสั่งว่า บุคคลที่มีความกตัญญู เป็นบุคคลหาได้ยาก ยกตัวอย่างเช่น บุตรที่มีความกตัญญู มีหน้าที่ที่จะต้องสนองคุณของบิดามารดาผู้เลี้ยงสั่งสอนมาจนเติบโตใหญ่ เป็นเจ้าหนี้บุญคุณ บุตรพึงปฏิบัติเลี้ยงดูท่านให้ได้รับความสุขสำราญ เคารพรักใคร่ท่านให้เป็นสนของคุณ (สมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า, 2539 อ้างใน วิภา วิเสโส, 2545) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตโดยเป็นพี่สาวนั้นให้เหตุผลในการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นสายใยความผูกพันของการเป็นพี่น้องกัน ซึ่งตรงกับลักษณะของสังคมไทยอีกเช่นกันที่มีความเป็นอยู่ฉันท์เครือญาติ มีความเอื้ออาทรกันและกันเป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาช้านาน (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536) ส่วนญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสนั้นให้เหตุผลว่าเป็นหน้าที่ที่สามีและภรรยาพึงมีต่อกัน ซึ่งหน้าที่ของภรรยาที่พึงปฏิบัติต่อสามีคือการให้การดูแล ให้กำลังใจทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย สามีก็เช่นกัน (สุพัตรา สุภาพ, 2536) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสยังให้เหตุผลว่าเคยได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากผู้ป่วยครั้งยังมีร่างกายที่แข็งแรง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยต้องการการดูแลจึงเป็นการตอบแทนบุญคุณด้วยความเต็มใจ

ข้อมูลเชิงคุณภาพระบุว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสามารถทำความเข้าใจและ ทำใจให้ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ซึ่งญาติผู้ดูแลยอมรับว่าเมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นโรคมะเร็งย่อมปฏิเสธความรู้สึกตกใจ เสียใจ หรือความรู้สึกอื่นๆ ที่

เกิดขึ้นไม่ได้ แต่ต้องมีการตั้งสติ ปรึบความคิด และทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริงให้เร็วที่สุด เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป โดยใช้ศักยภาพทางความคิดของตนเองโดยการมองปัญหาและปรึบความคิดความรู้สึกทางลบให้เป็นไปในทางบวกและสอดคล้องตามความเป็นจริง เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Kristjanson & Ashcroft, 1994) ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2541) และ วิภา วิเสโส (2545) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลจะอาศัยวิธีพยายามทำความเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วยเป็นมะเร็งของผู้ป่วยความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพยังบ่งชี้ว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสามารถทำความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน สามารถทำนายหรือคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ซึ่งส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลมุ่งประเด็นไปในเรื่องของอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในปัจจุบันที่จะส่งผลให้เกิดการสูญเสียในอนาคต ซึ่งโรคมะเร็งนั้นโรคที่เรื้อรังจำเป็นต้องใช้เวลาในการรักษานาน ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเห็นความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มป่วย ความทุกข์ทรมานจากการรักษาและการดำเนินของโรค สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาในการทำใจยอมรับกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นตามมา ซึ่งญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้กระบวนการคิดเกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักด้วยตนเอง โดยพยายามคิดว่าการสูญเสียเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นความไม่เที่ยงที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งตรงกับหลักทางไตรลักษณ์ อธิบายความเป็นจริงของธรรมชาติ ว่าสรรพสิ่งมีสภาวะ 3 สภาวะ คือมีความผันแปรอยู่เสมอ ประกอบด้วย อนิจจัง หมายถึงความไม่เที่ยง ไม่ยั่งยืน ภาวะที่เกิดขึ้นแล้วเสื่อมสลายไป ทุกขัง หมายถึง ความเป็นทุกข์ ภาวะที่ถูกบีบคั้น กดดัน และขัดแย้งอยู่ในตัว เพราะความเปลี่ยนแปลง อนัตตา หมายถึง ความไม่มีตัวตนที่แท้จริง เมื่อเข้าใจหลักไตรลักษณ์ แล้วก็จะสามารถปฏิบัติและเข้าใจสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง (ป.อ. ปยุตโต, 2547)

2. ความสามารถในการจัดการ เมื่อพิจารณาข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีคะแนนเฉลี่ยด้านความสามารถในการจัดการมีค่าเท่ากับ 32.29 (SD=5.02) จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 3-40 คะแนน แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการรับรู้ว่ามีแหล่งทรัพยากรเพียงพอที่จะเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้า หรือมีแนวทางในการจัดการ โดยแหล่งทรัพยากรนี้อาจมาจากตนเองหรือผู้อื่นก็ได้ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในด้านนี้พบว่าญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคนเราต้องเผชิญกับปัญหาและความเจ็บปวดในชีวิต เขาจะสามารถหาทางออกให้กับปัญหาดังกล่าวได้ (M=3.46, SD=.61) รองลงมาคือ ญาติผู้ดูแลคิดอยู่บ่อยครั้งว่ามีบุคคลใดที่เข้าใจและไว้ใจได้ในอนาคต (M=3.43, SD=.65) และญาติผู้ดูแลรู้สึกอยู่บ่อยครั้งว่า บาง

สถานการณ์บุคคลที่มีความเข้มแข็งอาจรู้สึกกว่าตนเองล้มเหลวเป็นผู้แพ้ ( $M=3.30$ ,  $SD=.68$ ) ตามลำดับ

ทั้งนี้ประเด็นที่พบในข้อมูลเชิงคุณภาพได้สนับสนุนและสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ และสามารถอภิปรายในรายละเอียด กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาตามความเป็นจริงด้วยตนเอง ซึ่งในด้านนี้ เมื่อเกิดปัญหาที่ต้องการแก้ไข ญาติผู้ดูแลมักจะตัดสินใจแก้ไขปัญหาโดยใช้แหล่งทรัพยากรที่มีในตนเองก่อน โดยยึดคติที่ว่า “ทุกปัญหาย่อมมีทางออก” รวมถึงการให้กำลังใจกับตนเอง ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคและไม่ถอยหนี แต่หากญาติผู้ดูแลพิจารณาแล้วว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเกินกำลังความสามารถของตนเองในการที่จะเข้าไปจัดการ ญาติผู้ดูแลก็สามารถเลือกแหล่งทรัพยากรที่อยู่นอกตนเองมาใช้ได้อย่างเหมาะสม

ข้อมูลเชิงคุณภาพยังระบุว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาตามความเป็นจริงโดยอาศัยความช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากรอื่น ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือ ปัญหาด้านการเงิน จากที่กล่าวมาข้างต้นว่าโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังและต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษานาน ถึงแม้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยและญาติจะได้รับสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการรักษาจากทางรัฐบาล แต่ญาติผู้ดูแลต้องหยุดงานหรือทำงานลดลง ทำให้ญาติผู้ดูแลขาดรายได้ และในทางกลับกันค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวย่อมสูงขึ้นเนื่องจากรายจ่ายในครอบครัวส่วนหนึ่งต้องเสียไปกับค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านการเงินตามมา ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือทางด้านการเงินจากญาติพี่น้อง หรือญาติคนอื่นๆ ในครอบครัวที่มีความสนิทสนมกันเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oberest และคณะ (1989) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวคือแหล่งทรัพยากรที่ญาติผู้ดูแลต้องการให้ช่วยเหลือมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Coyne และ DeLongis (1986) ที่พบว่า ความต้องการการช่วยเหลือด้านหนึ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการจากสมาชิกในครอบครัวก็คือ ความช่วยเหลือทางด้านการเงิน

นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพยังบ่งชี้ว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสามารถในการจัดการหาแนวทางการแก้ปัญหาและทางออกเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ ซึ่งแนวทางในการแก้ปัญหาและหาทางออกเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์นั้น พบว่ามีวิธีที่แตกต่างกันออกไป ญาติผู้ดูแลบางรายเลือกที่จะใช้ธรรมชาติมาเป็นแนวทางเพื่อสงบจิตใจให้คลายจากทุกข์ บางรายเลือกที่จะพูดคุยกับผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นญาติพี่น้อง เพื่อน หรือคนรัก โดยที่ไม่ได้คาดหวังว่าจะให้บุคคลเหล่านั้นช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาหรือหาทางออกให้กับปัญหาเหล่านั้น แต่ต้องการเพียงให้มีผู้ที่คอยรับฟังเพื่อเป็นการระบายความรู้สึกเป็นทุกข์และความรู้สึกอัดอั้นตันใจเท่านั้นเอง

### 3. ด้านการมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย เมื่อพิจารณาข้อมูล

เชิงปริมาณพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีคะแนนเฉลี่ย ด้านการมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมายมีค่าเท่ากับ 26.91 (SD=3.92) จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 3-32 คะแนน แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการรับรู้ และให้คุณค่าให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้นๆ มีความยินดีและรู้สึกคุ้มค่าที่จะเผชิญกับเหตุการณ์นั้นมากกว่าที่จะให้ความหมายว่าเป็นภาระหรือก่อให้เกิดความยุ่งยาก ซึ่งถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในด้านนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมายมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่ สิ่งที่จะทำในอนาคตเป็นสิ่งที่ไม่น่าเบื่อ (M=3.52, SD=.62) รองลงมาคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกและถามตัวเองอยู่น้อยครั้งว่า เพราะเหตุใดฉันถึงยังมีชีวิตอยู่ (M=3.49, SD=.60) และญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าชีวิตนี้เป็นสิ่งที่ไม่น่าเบื่อ (M=3.39, SD=.58) ญาติผู้ดูแลรู้สึกเสมอว่า สิ่งที่ฉันทำในทุกวันนี้ เป็นสิ่งที่มีความหมาย (M=3.39, SD=.71) ตามลำดับ

ทั้งนี้ประเด็นที่พบในข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่ตนกระทำอยู่นั้นเป็นสิ่งที่เต็มใจทำ รู้สึกคุ้มค่า และรู้สึกคลายจากความเหน็ดเหนื่อยเมื่อเห็นว่าสิ่งที่ตนให้การดูแลผู้ป่วยนั้นช่วยให้ผู้ป่วยคลายจากความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมีได้รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นก่อให้เกิดความยุ่งยากหรือเป็นภาระให้กับตนเอง

สรุปโดยภาพรวมชี้ให้เห็นว่า ผลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกัน โดยความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถเข้าใจและเชื่อมั่นว่า เหตุการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ตนเผชิญอยู่นั้นมีเหตุผล สามารถอธิบายได้ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลเรียนรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง ไม่กลัว ไม่ตื่นตระหนกหรือวิตกกังวลมากเกินไป ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลจากการที่เห็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง หรืออาการที่ผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ซึ่งสิ่งหนึ่งที่ญาติผู้ดูแลมักปฏิเสธและไม่อยากนึกถึงคือ ความสูญเสีย (ชูทิศย์ ปานปรีชา, 2542) แต่หากญาติผู้ดูแลมีการยอมรับกับผลที่จะเกิดขึ้นจากเหตุการณ์ แม้จะไม่ใช่ไปตามความปรารถนาของตน ก็จะช่วยทำให้ญาติผู้ดูแลมีพลังใจที่เข้มแข็งมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชา วิเสโส (2545) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลมีการจัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะยอมรับกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ยอมรับการสูญเสียที่ตามมา อธิบายได้ว่าวิธีการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งใช้จัดการกับความวิตกกังวล ความกลัวการสูญเสีย นั้นมีผลต่อกระบวนการที่สำคัญของบุคคลคือ การเรียนรู้ การรับรู้ ความมีสติและความนึกคิดของบุคคล การได้ใช้วิธีการต่างๆ ที่ได้กล่าวมาอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยทำให้จิตใจของญาติผู้ดูแลมีความเข้มแข็งและมองโลกได้อย่างสอดคล้องกลมกลืนตามความเป็นจริงมากขึ้น ส่งผลให้

ความสามารถในการควบคุมจิตใจและอารมณ์ให้อยู่ในสภาวะสมดุลและสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชอลดา พันธุเสมา, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mullen และคณะ (1993) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของสภาวะเครียดทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและคู่สมรส พบว่า ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตเป็นปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลโดยตรงในทางลบต่อสภาวะเครียดทางจิตใจทั้งของผู้ป่วยและคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งให้เห็นว่า ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีอิทธิพลในการลดสภาวะเครียดของบุคคลได้โดยตรง นอกจากการเข้าใจ ยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว การมองเห็นแหล่งทรัพยากรมาเป็นตัวช่วยในการจัดการกับเหตุการณ์จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างเชื่อมั่นว่าสถานการณ์นั้นจะคลี่คลายลง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา วิเสโส (2545) ดรุณี บุญเกื้อ และคณะ (2537) จินตนา สมนึก (2540) และสุรีย์พร มาลา (2534) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งพยายามแสวงหาความรู้ด้วยตนเองจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น จากสื่อ จดจำการดูแลของพยาบาล หรือสอบถามจากญาติผู้ดูแลอื่นที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยที่ตนดูแลอยู่ และหากความสามารถในการจัดการอยู่นอกเหนือความสามารถของตน ญาติผู้ดูแลก็จะมองหาแหล่งทรัพยากรอื่นที่อยู่ใกล้ตัวมากที่สุด นั่นก็คือสมาชิกคนอื่นในครอบครัว (Lubkin&Larsen, 1990; Obserst, 1989; Pariard&Ames,1993; Rawlins, 1991; Williams,1994) ซึ่งการแสวงหาแหล่งทรัพยากรต่างๆ ที่มีทั้งภายในตนเองและภายนอกตนเองนั้น เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตด้านความสามารถในการจัดการ ซึ่งการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถรับรู้ ยอมรับ เข้าใจ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง ตลอดจนสามารถวางแผนจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ตนกำลังเผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสมลงตัวยิ่งขึ้น อีกทั้งการที่ญาติผู้ดูแลให้ความหมายและมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย มองว่าการดูแลผู้ป่วยที่ตนกระทำอยู่นั้นเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีความหมาย ทำหายและคุ้มค่า สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดกำลังใจและความตื่นตัวที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป และใช้ชีวิตได้อย่างสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น

*ประเด็นที่ห้า ความหมายในชีวิต โดยความหมายในชีวิตในการวิจัยครั้งนี้ อาจกล่าวรวมถึงความหมายและความมุ่งหวังในชีวิต ซึ่งผลการวิจัยจากข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความหมายในชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 200 ราย มีคะแนนเฉลี่ยของความหมายในชีวิตมีค่าเท่ากับ 39.01 (SD=6.71) ทั้งนี้จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 13-50 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 ความเข้าใจถึงความหมายในชีวิต พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจถึงความหมายในชีวิตมากที่สุด คือ ชีวิตฉันมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน (M=4.22, SD=.97) และด้านที่ 2 การค้นหาความหมายในชีวิต*

พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการมองหาเป้าหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิตอยู่เสมอๆ ( $M=3.95$ ,  $SD=1.10$ ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความหมายในชีวิตอยู่ในระดับสูง ทำให้เห็นประเด็นที่น่าสนใจที่ว่า แม้ว่าญาติผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับปัญหาหรือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งถือได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด แต่หากญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงชีวิตที่มีความหมายที่เป็นแรงบันดาลใจที่จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะใช้ชีวิตไปพร้อมๆ กับปัญหาและอุปสรรคได้อย่างมั่นคงและมุ่งมั่นที่จะเผชิญอุปสรรคหรือภาวะวิกฤตของชีวิต

ทั้งนี้ประเด็นที่พบในข้อมูลเชิงคุณภาพได้สนับสนุนและสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณและชี้ให้เห็นเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามว่า ญาติผู้ดูแลแต่ละรายย่อมมีความหมายในชีวิตที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีบุตรและมีครอบครัวเป็นกำลังใจสำคัญที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีแรงที่จะเผชิญกับเรื่องราวปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ บางรายมีผู้ป่วยเป็นกำลังใจที่จะช่วยทำให้ชีวิตดำเนินต่อไปได้อย่างมีความหมาย มีกำลังใจในการใช้ชีวิตและสู้ชีวิตต่อ ส่วนข้อค้นพบในเรื่องของการค้นหาความหมายในชีวิตนั้น พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าสิ่งใดที่ทำให้ชีวิตตนมีความหมายที่ค่อนข้างชัดเจน จึงไม่ต้องการที่จะค้นหาความหมายในชีวิตเพิ่มเติมแล้ว ข้อค้นพบนี้อาจชี้ให้เห็นถึงความพึงพอใจในชีวิตของตนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันจึงไม่ต้องการที่จะค้นหา หรือแสวงหาสิ่งอื่นใดที่จะมาช่วยให้ชีวิตของตนมีความหมายมากขึ้นก็เป็นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถัญญา ต้อยคำภีร์ (2544) ที่ทำการศึกษาคความหมายและความพึงพอใจในชีวิตของเยาวชนไทยที่ติดสารเสพติด จำนวน 370 ราย พบว่า ความพึงพอใจในชีวิตได้รับอิทธิพลทางตรงจากความหมายในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Adam และคณะ (2000 อ้างถึงใน อรรถัญญา ต้อยคำภีร์, 2544) ที่พบว่าสุขภาพจิตด้านจิตวิญญาณคือความหมายในชีวิตส่งผลต่อสุขภาพจิตด้านจิตใจ คือความพึงพอใจในชีวิตนั่นเอง

ส่วนความมุ่งหวังในชีวิตนั้น ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 200 ราย มีคะแนนเฉลี่ยของความมุ่งหวังในชีวิตมีค่าเท่ากับ 81.08 ( $SD=11.07$ ) ทั้งนี้จำนวนช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 42-100 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่เกี่ยวกับความมุ่งหวังในชีวิตที่ญาติผู้ดูแลตอบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายฉันไม่เคยนึกถึงเลย ( $M=4.54$ ,  $SD=.74$ ) รองลงมาคือ หลังจากเกษียณงานแล้วฉันปรารถนาที่จะทำในสิ่งที่อยากทำ ( $M=4.35$ ,  $SD=.81$ ) และฉันเป็นคนที่มีความรับผิดชอบ ( $M=4.33$ ,  $SD=.70$ ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมุ่งหวังในชีวิตอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน แม้ว่าญาติผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับปัญหาหรือการดูแลผู้ป่วย ซึ่งถือได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้สูงดังที่กล่าวมาข้างต้น แต่ญาติผู้ดูแลกลับมีความมุ่งหวังในชีวิตอยู่ในระดับสูง

ชี้ให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงเป้าหมายและสิ่งที่มุ่งหวังในชีวิต เป็นแรงจูงใจช่วยให้ใช้ชีวิตอย่างกระตือรือร้นเพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายที่ได้วางไว้

ทั้งนี้ประเด็นที่พบในข้อมูลเชิงคุณภาพได้สนับสนุนและสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ และชี้ให้เห็นเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกันกับความหมายในชีวิตที่ผู้วิจัยได้อภิปรายไว้ข้างต้น นั่นคือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแต่ละรายย่อมมีความมุ่งหวังในชีวิตที่แตกต่างกันออกไป แต่ความมุ่งหวังในชีวิตส่วนที่คล้ายกันนั้นก็คือ ประารถนาที่จะให้ผู้ป่วยในความดูแลของตนมีอาการดีขึ้น แต่ในทางกลับกันก็ทำใจยอมรับได้ว่าแม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นแต่ก็ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากการเป็นโรคร้ายนี้ ญาติผู้ดูแลบางรายมีความมุ่งหวังในชีวิตเกี่ยวกับการวางแผนการใช้ชีวิตต่อไปในอนาคตเกี่ยวกับการทำงาน การหารายได้มาจุนเจือครอบครัว การดูแลบุตรรวมถึงการดูแลผู้ป่วยด้วย

นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพยังชี้ให้เห็นถึงทัศนคติของญาติผู้ดูแลที่มีต่อบุคคลที่มีความมุ่งหวังในชีวิตและบุคคลที่ไม่มีความมุ่งหวังในชีวิต โดยญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ให้ทัศนะถึงความแตกต่างนี้ว่า บุคคลที่มีความมุ่งหวังในชีวิตย่อมใช้ชีวิตอย่างมีความหวังและกำลังใจ ผู้ชีวิต ไม่รอให้อโอกาสเข้ามาแต่จะเป็นฝ่ายเดินเข้าหาโอกาสนั้น ก่อให้เกิดความกระตือรือร้นและขวนขวายพยายามในการใช้ชีวิต ส่วนบุคคลที่ใช้ชีวิตโดยขาดความมุ่งหวังย่อมขาดกำลังใจและขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา ตัญคำภีร์ (2536) ที่พบว่า บุคคลที่รับรู้ว่าคุณชีวิตตนมีความหมายจะกระทำกิจกรรมต่างๆ ของชีวิตได้อย่างมุ่งมั่นและกระตือรือร้นเพื่อทำให้กิจกรรมชีวิตนั้นลุล่วง โดยมีความรู้สึกว่าคุณค่า มีความหมาย และมีส่วนร่วมในสิ่งที่เกิดขึ้น รวมถึงมีความซาบซึ้งในคุณงามความดี การเสียสละของผู้คน สังคมต่างๆ มีทัศนคติต่อชีวิตที่เข้มแข็งไว้ยึดเหนี่ยวเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์หรือภาวะวิกฤตต่างๆ ในชีวิต ในทางตรงกันข้ามเมื่อบุคคลขาดความหมายและความมุ่งหวังในชีวิต บุคคลนั้นจะไม่รู้ว่าตนควรมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร ไม่ว่าจะต่อสู้เพื่อสิ่งใด และไม่สามารถที่จะค้นหาเป้าหมายใดๆ หรือทิศทางใดๆ ในชีวิต เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ขาดการสร้างสรรค์ ขาดความสนใจสิ่งแวดลอม มีความรู้สึกด้อยค่าและท้อแท้ใจ มีความรู้สึกหมดหวังในอนาคต มองโลกด้านลบและนำไปสู่ความคิดที่จะทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย เนื่องจากความหมายในชีวิตเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงบุคคลให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดลอมรอบตัว ช่วยให้กระทำการกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตได้อย่างมุ่งมั่นผ่านสัมพันธภาพต่อผู้คนรอบข้าง และผ่านการมีทัศนคติต่อชีวิตที่เข้มแข็งเพื่อให้ชีวิตดำเนินอยู่ต่อไปได้ เปรียบเหมือนเป็นแรงจูงใจเบื้องต้นในการดำรงชีวิตของมนุษย์ (Frankl, 1967)

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Stuart และ Sundeen (1987) และวิภา วิเสโส (2545) ที่พบว่า การสร้างกำลังใจให้กับตนเองและรู้

ว่าสิ่งใดที่ทำให้ตนเองมีกำลังใจในการใช้ชีวิต ถือเป็นแรงจูงใจภายในที่ผลักดันให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเกิดความตั้งใจและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

คำถามการวิจัยที่ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีมากน้อยเพียงใด เมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศและประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยพบว่า ข้อมูลไม่สนับสนุนสมมุติฐานย่อยข้อที่หนึ่ง กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลเพศหญิงจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไม่แตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยงานวิจัยนี้ได้ลดอคติที่อาจเกิดขึ้น โดยการควบคุมจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพศชายและกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงให้มีจำนวนเท่ากัน ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนมากพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539; สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540; ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือกันมานานว่าเพศหญิงเป็นเพศที่ต้องรับผิดชอบงานบ้านและการดูแลสุขภาพของสมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pizutki และคณะ (1987) ที่ว่า เพศหญิงจะได้รับการหล่อหลอมจากสังคมให้เป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน แต่สภาพสังคมไทยในปัจจุบันมีความเจริญทางเทคโนโลยีต่างๆ มากขึ้น การเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้เป็นไปได้ง่าย อีกทั้งบทบาทเพศเกิดจากการผสมผสานระหว่างเงื่อนไขทางธรรมชาติและวัฒนธรรม จึงทำให้ในระยะหลังเกิดการยอมรับกันในวงกว้างว่า บทบาทเพศย่อมสลับสับเปลี่ยนกันได้เสมอระหว่างเพศหญิงและชาย เพราะเป็นบทบาทเพศที่กำหนดโดยสังคม (Gender) มิใช่บทบาทเพศที่เกิดโดยธรรมชาติ (Sex) และในระยะ 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา หลายสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในหลายด้าน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านค่านิยมและวัฒนธรรมที่เคยเป็นตัวกำหนดสำคัญให้เกิดความแตกต่างระหว่างเพศและเกิดการแบ่งบทบาทออกจากกันอย่างชัดเจนนั้น ค่อยลดความสำคัญและเจือจางความเข้มข้นลง ทำให้การสลับปรับเปลี่ยนบทบาทเพศเกิดขึ้นในหลายเรื่องหลายประเด็น (ภัสสร ลิมานนท์, 2544) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยก็เป็นหนึ่งในนั้นด้วยร่วมกับเพศหญิงมีสิทธิเสรีภาพทัดเทียมกับเพศชายมากขึ้น ร่วมกับเพศหญิงมีสิทธิเสรีภาพทัดเทียมกับเพศชาย และที่สำคัญสมาชิกทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำงานเพื่อ

หารายได้มาจากเงินเจ็บครอบครัวมากขึ้นในสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปเช่นนี้ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นปัจจัยที่มีส่วนทำให้เพศหญิงและเพศชายที่จะก้าวมาสู่บทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลนั้นเท่าเทียมกันด้วย ส่งผลให้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลไม่แตกต่างกัน

ทั้งนี้ประเด็นที่พบในข้อมูลเชิงคุณภาพได้สนับสนุนและสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณและชี้ให้เห็นว่า ไม่ว่าจะเป็ญาติผู้ดูแลเพศหญิงหรือเพศชายก็ตามที่ได้รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแล้ว ต่างก็เต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างเต็มความสามารถไม่ว่าจะต้องแบกรับภาระหนักสักเพียงใด ก็มีความพร้อมและเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งญาติผู้ดูแลทั้งเพศหญิงและเพศชายนั้นต่างก็มีเหตุผลที่แตกต่างกันในการรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล แต่มีจุดประสงค์เดียวกันนั่นก็คือ การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในการดูแลของตนให้มีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่อย่างดีที่สุดเท่าที่ตนจะทำได้

ส่วนสมมุติฐานย่อยข้อที่สองนั้น พบว่า ผลที่ได้จากการวิจัยสนับสนุนสมมุติฐานย่อยข้อที่สองเพียงบางส่วน กล่าวคือ ประเภทความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยด้านจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบสามเดือนที่ผ่านมาเท่านั้น

ทั้งนี้ประเด็นที่พบในข้อมูลเชิงคุณภาพได้สนับสนุนและสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณและชี้ให้เห็นว่า ทั้งญาติผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตหรือที่เป็นคู่สมรสก็ตามต่างก็มีความปรารถนาที่ดีและมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดและเต็มกำลังความสามารถ โดยญาติผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตนั้น มีความตั้งใจที่จะหาโอกาสตอบแทนบุญคุณของผู้ป่วยด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง แต่เนื่องจากขาดโอกาสและมีเหตุปัจจัยหลายประการ เช่น หน้าที่การงานที่ทำอยู่ หรือการที่ตนมีหน้าที่ศึกษาหาความรู้ เป็นต้น เป็นเหตุให้ยังไม่มีโอกาสในการตอบแทนบุญคุณของผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจึงเป็นโอกาสอันดีที่จะได้ตอบแทนบุญคุณด้วยการเข้ามาเป็นผู้ดูแล แต่ก็สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยบางอย่าง เช่น การพาอาบน้ำ การดูแลทำความสะอาดหลังจากขับถ่าย ก่อให้เกิดความเขินอาย และผู้ป่วยเองก็สะดวกใจที่จะให้คู่สมรสเป็นผู้ดูแลตนเองในเรื่องดังกล่าวมากกว่า นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพยังชี้ให้เห็นว่า การที่คู่สมรสเข้ามารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลนั้น ได้สร้างความพึงพอใจแก่ญาติผู้ดูแลเองและเกิดกำลังใจดังคำบอกเล่าที่ว่า “ให้ใครทำก็ไม่ถูกใจเหมือนเราทำ” เป็นต้น

ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพนั้นมีความสอดคล้องกัน และสามารถอภิปรายร่วมกันได้ว่า บุคคลที่มีความสำคัญที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้

นั่นก็คือ บุตร แต่บุตรส่วนใหญ่อยู่ในวัยที่กำลังศึกษา และทำงานนอกบ้าน นอกจากนี้บุตรยังมีกำลังร่างกาย และสามารถหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้มากกว่า เป็นเหตุให้บุตรมีเวลาที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้บ้างในช่วงเสาร์อาทิตย์ ส่วนคู่สมรสนั้นย่อมมีความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร และการรับหน้าที่ดูแลซึ่งกันและกันนั้นถือเป็นการร่วมทุกข์ร่วมสุขกับคนที่ตนรัก เป็นหน้าที่ที่จะให้การดูแลยามเจ็บไข้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสโดยเฉพาะภรรยาจะให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยด้วยความรัก ความผูกพัน ความสงสารและเห็นใจ โดยไม่โกรธหรือทุกข์ใจแม้สามีเคยมีความประพฤติไม่ดีมาก่อน อีกทั้งยังสนับสนุนและสอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ที่พบว่า ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือแบ่งเบาภาระของคู่สมรสในการดูแลผู้ป่วยนั้นก็คือ บุตร แต่บุตรส่วนใหญ่มีหน้าที่ในการทำงานหารายได้มาจุนเจือครอบครัว จึงมีโอกาสที่จะให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้น้อย หน้าที่หลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจึงเป็นของคู่สมรส ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและผูกพันทำให้ไม่สามารถละวางไปจากการดูแลได้ เนื่องจากเกรงว่าผู้ดูแลคนอื่นจะไม่รู้ใจหรือไม่สามารถให้การดูแลได้ดีเท่ากับตน ประกอบกับกิจกรรมบางอย่างผู้ป่วยเกิดความเขินอายหากบุตรต้องมาดูแล เช่น การพาอาบน้ำ การช่วยเหลือเรื่องการขับถ่าย เป็นต้น ส่วนเครือข่ายทางสังคมอื่นๆ ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือผู้ร่วมงาน จะให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของญาติผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตและคู่สมรสจึงมีความแตกต่างกัน

สมมุติฐานข้อที่สองที่ว่า “อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย – ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย และความเครียดในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์และทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้” ผลการวิจัยเชิงปริมาณที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่สอง โดยร่วมกันทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งตัวแปรทำนาย 3 ตัวแปรได้แก่ จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ( $\beta = .29, p < .01$ ) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ( $\beta = -.20, p < .01$ ) และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ( $\beta = -.18, p < .01$ ) มีน้ำหนักในการทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ส่วนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาและความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นนี้พบว่า แม้รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแล้วญาติผู้ดูแลเหล่านั้นก็พร้อมที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกด้านด้วยความเต็มใจ ไม่รังเกียจ เพราะเข้าใจว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมักมีข้อจำกัดทางร่างกายทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและมีสภาพอารมณ์ที่แปรปรวน โดยมีได้มองว่ากิจกรรมการดูแลช่วยเหลือที่ตนปฏิบัติอยู่นั้นก่อให้เกิดภาวะแก่ตนเองแต่อย่างไรถึงแม้กิจกรรมการดูแลที่ตนปฏิบัติอยู่อาจทำให้เกิดความอ่อนล้าทางด้านร่างกายบ้าง แต่เมื่อได้พักผ่อนอาการเหล่านั้นก็จะดีขึ้น อีกทั้งญาติผู้ดูแลยังมีการเตรียมสภาพร่างกายและจิตใจให้พร้อมและแข็งแรงอยู่เสมอเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปในระยะยาว

ทั้งนี้ประเด็นที่พบในข้อมูลเชิงคุณภาพได้สนับสนุนและสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ และชี้ให้เห็นว่า แม้ว่าญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมากสักเพียงใด แต่ญาติผู้ดูแลกลับมองว่าสิ่งเหล่านั้นมิได้เป็นภาระหรือสร้างความกดดันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้กับตนเองเลย เนื่องจากญาติผู้ดูแลสามารถเข้าใจกับสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญอยู่ มองเห็นคุณค่าของการดูแลผู้ป่วย มีแหล่งทรัพยากรที่ให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และสามารถจัดการกับสิ่งที่ตนเผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสมลงตัว รวมถึงสามารถทำใจยอมรับและเผื่อใจไว้สำหรับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mowat และ Laschinger (1994) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยได้สูงจะทำให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่หรือสถานการณ์ที่สร้างความกดดันได้เป็นอย่างดี แต่ผลของการวิจัยครั้งนี้มีความแตกต่างจากผลการศึกษาของ Cassileth และคณะ (1985) ที่พบว่า ปัญหาทางจิตใจของญาติผู้ดูแลจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต ทั้งนี้ทำให้สามารถอธิบายให้เห็นถึงความสอดคล้องของข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตอยู่ในระดับสูง กล่าวคือสามารถ เข้าใจยอมรับ เห็นคุณค่าของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย สามารถเลือกแหล่งทรัพยากรที่เหมาะสมมาใช้ในการจัดการกับปัญหาหรือความทุกข์ใจที่ญาติผู้ดูแลเผชิญอยู่ได้อย่างลงตัว เป็นเหตุให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกเป็นภาระ หรือกดดันทางด้านร่างกายและจิตใจแม้จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปจนถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วยก็ตาม

สมมุติฐานข้อที่สามที่ว่า “อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย – ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของ

ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีความสัมพันธ์และ ทำนายความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้” ผลการวิจัยเชิงปริมาณที่ได้ ในการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่สาม โดยร่วมกันทำนายความหมายในชีวิตและความ มุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ร้อยละ 14 และร้อยละ 43 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 เพียงตัวแปรเดียว ส่วนความมุ่งหวังในชีวิตนั้น พบว่า มีตัว แปรทำนาย 2 ตัวแปรได้แก่ จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ( $\beta = -.16, p < .01$ ) และความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ( $\beta = -.06, p < .01$ ) มีน้ำหนักในการทำนายความมุ่งหวังในชีวิตของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยจำนวนการ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาที่มีความสัมพันธ์ ทางลบกับความมุ่งหวังในชีวิต ส่วนความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิตนั้นมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลามแต่ละรายย่อมมีความหมายในชีวิตที่แตกต่างกันออกไป แต่ก็รับรู้ว่ามีสิ่งใดที่ทำให้ตนเองมี ความหมายและรับรู้ว่าตนเองใช้ชีวิตอยู่เพื่อสิ่งใด โดยได้รับกำลังใจที่สำคัญจากครอบครัวยามที่ ท้อแท้เหน็ดเหนื่อย เช่นเดียวกับความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลย่อมแตกต่างกันด้วย แต่ในความ แตกต่างนั้นกลับมีส่วนที่คล้ายกันอยู่นั่นก็คือ ความต้องการให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในความ ดูแลของตนทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่น้อยลง ได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และมีคุณภาพชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตดีขึ้น

ทั้งนี้ประเด็นที่พบในข้อมูลเชิงคุณภาพได้สนับสนุนและสอดคล้องกับ ข้อมูลเชิงปริมาณและชี้ให้เห็นว่าถึงแม้ญาติผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย มากสักเพียงใด อีกทั้งยังต้องรับผิดชอบหน้าที่งานประจำที่ทำอยู่ แต่หากญาติผู้ดูแลรับรู้และเข้าใจ ถึงความหมายในชีวิตของตนรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่เพื่อสิ่งใด และรับรู้ถึงความมุ่งหวังในชีวิตแล้ว ย่อมส่งผลให้ญาติผู้ดูแลใช้ชีวิตด้วยความกระตือรือร้นและมีกำลังใจที่ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆของตนให้ ลุล่วงรวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา ต้อยคำภีร์ (2536) ที่พบว่า บุคคลที่รับรู้ว่ามีชีวิตที่มีความหมาย มีความมุ่งหวังในการใช้ ชีวิต จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความกระตือรือร้นและมีทัศนคติต่อชีวิตที่เข้มแข็งไว้ยึดเหนี่ยวเมื่อ ต้องเผชิญกับความทุกข์หรือภาวะวิกฤติต่างๆ ในชีวิต นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

ยังชี้ให้เห็นถึงความเกี่ยวเนื่องกันที่ว่า การที่ญาติผู้ดูแลใช้ชีวิตอย่างมีความหมายและรับรู้ถึงความมุ่งหวังในชีวิตนั้นย่อมเป็นเหมือนแรงจูงใจที่เกิดขึ้นภายใน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stuart และ Sundeen (1987) และวิภา วิเสโส (2545) ที่พบว่าการสร้างกำลังใจให้กับตนเองและรู้ว่าสิ่งใดที่ทำให้ตนเองมีกำลังใจในการใช้ชีวิต ซึ่งองค์ประกอบหนึ่งของความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตนั้นก็คือ การมองว่าการดูแลผู้ป่วยที่ตนปฏิบัติอยู่นั้นเป็นสิ่งที่มีความหมาย ถ้าวัดว่าเป็นพื้นฐานของการมองเห็นความหมายในชีวิตของตนจึงเป็นแรงจูงใจภายในที่ผลักดันให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเกิดความตั้งใจและพร้อมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นรวมถึงส่งเสริมให้เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตและความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม นั้นมีองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากญาติผู้ดูแลมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง มีความรู้ เข้าใจ ยอมรับกับเหตุการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ รับรู้ถึงสิ่งที่ทำให้ตนเองมีกำลังใจในการใช้ชีวิตแล้ว ไม่ว่าจะต้องพบกับอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่วิกฤตที่ผ่านเข้ามาในชีวิตมากสักเพียงใด ก็จะทำให้สามารถเข้าใจและยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 6

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึก สอดคล้องกลมกลืนในชีวิตและความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธีประเภทเชิงสามเส้าแบบเกิดพร้อมกัน (Concurrent triangulation mixed method designs) ซึ่งเป็นประเภทการออกแบบการวิจัยที่ผู้วิจัยเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน โดยที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลทั้งสองประเภทเท่ากัน การวิเคราะห์ข้อมูลอาจแยกกันและการบูรณาการจะเกิดขึ้นในขั้นตอนการตีความข้อมูล การตีความเป็นการอภิปรายว่า ข้อมูลมาบรรจบกันมากน้อยเพียงใดเพื่อยืนยันความถูกต้องหรือตรวจสอบผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลแต่ละประเภท

### สมมุติฐานในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีสมมุติฐานการวิจัย คือ

1. สมมุติฐานที่เกี่ยวกับความแตกต่างของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศ และประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยมีสมมุติฐานย่อยดังนี้
  - 1.1 ญาติผู้ดูแลเพศหญิงจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย
  - 1.2 ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส
2. อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย - ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และความเครียดในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์และทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้
3. อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย - ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีความสัมพันธ์และทำนายความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้

## วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มา รับการรักษาที่หอผู้ป่วยตีกว่องวานิชชั้น 3 5 6 7 และศูนย์เคมีบำบัด ตีกว่องวานิช โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลวิจัย โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้ (1) มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ บิดามารดา พี่น้อง บุตร หลาน หรือเป็นคู่สมรสที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (2) เป็นผู้ดูแลหลัก ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน และ (3) มีความสามารถในการสื่อสารที่ดี และมีความ ร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีทั้งสิ้นจำนวน 200 ราย แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ ญาติผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เป็น เพศชายจำนวน 50 ราย เพศหญิงจำนวน 50 ราย และญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสเพศชายจำนวน 50 รายและเพศหญิงจำนวน 50 ราย ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์จำนวนประมาณ 7 ราย (โดย แบ่งเป็นเพศชาย 2 ราย และเพศหญิง 5 ราย)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม ตัวอย่าง (เช่น เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว เป็นต้น มาตราวัด ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย มาตราวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต มาตราวัดความหมาย และความมุ่งหวังในชีวิต และชุดคำถามสัมภาษณ์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการตอบ มาตราวัดต่างๆ โดยมีการชี้แจงและแนะนำเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงการตอบมาตร วัด และมีการสัมภาษณ์โดยใช้ชุดคำถามสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพพร้อมกันหลังจากได้ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณแล้ว ผู้วิจัยทำการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน โดยรายงานผลการวิจัยของข้อมูลของทั้งสอง ประเภทแบบแยกกัน สำหรับการบูรณาการข้อค้นพบจากการวิจัยจะเกิดขึ้นในขั้นตอนการอภิปราย ผลเพื่อพิจารณาว่าข้อมูลทั้งสองประเภทได้ยืนยันหรือสอดคล้องกันอย่างไรบ้าง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การหาค่าสถิติพื้นฐาน (ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปร (Multivariate Analysis of Covariance; MANCOVA) และการวิเคราะห์การถดถอยแบบหลายตัวแปร (Multiple Regression Analysis) ด้วยการใส่ตัวแปรทำนายพร้อมกัน (enter) ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงจะนำมาวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ระหว่างการเก็บข้อมูล หลังจากการเก็บข้อมูลสิ้นสุด ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการนำเอาข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของข้อมูลในประเด็น หรือคำสำคัญที่เกิดจากข้อมูล จากนั้นเป็นการจัดกลุ่มคำย่อภายใต้คำสำคัญ เพื่อตอบคำถามการวิจัย สุดท้ายเป็นการเรียงร้อยเรื่องราวตามประเด็นหลักที่ค้นพบร่วมกับการนำบริบทที่ศึกษามาอธิบายความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness) ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูล ช่วยให้ข้อมูลที่ครอบคลุม รวมถึงการตรวจสอบสามเส้าด้านการตีความระหว่างนักวิจัย (Investigator triangulation) รวมทั้งการนำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดการวิเคราะห์ข้อมูล (Member check)

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 5 ตอนดังต่อไปนี้

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยตีก่องวานิชชั้น 3 5 6 7 และศูนย์เคมีบำบัด ตีก่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลวิจัย โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18 – 75 ปี ( $M = 41.36$ ,  $SD = 11.77$ ) ทั้งหมดมีเชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 96.5 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 55.5 มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 65.5 ไม่มีบุตรคิดเป็นร้อยละ 44 ญาติผู้ดูแลส่วนมากทำงานประจำคิดเป็นร้อยละ 75.5 มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 30.5 รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 24 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.5 ส่วนมากมีความพอเพียงระหว่างรายรับกับรายจ่ายคิดเป็นร้อยละ 83.5 สำหรับระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยร้อยละ 46 ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลา 1 ปีหรือน้อยกว่า และ ร้อยละ 38 ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1 – 3 ปี ส่วนจำนวนระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในหนึ่งวันมีตั้งแต่ 3 – 24 ชั่วโมง ( $M = 12.85$ ,  $SD = 7.15$ ) ญาติผู้ดูแลส่วนมาก (ร้อยละ 80.5) ไม่มีโรคประจำตัว และไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 68.5

## ตอนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2

มาตรวัดย่อย ได้แก่

### 2.1 จำนวนและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย

แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบย่อย กล่าวคือ องค์ประกอบที่ 1 คือ การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย องค์ประกอบที่ 2 คือ การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป องค์ประกอบที่ 3 คือ การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย และองค์ประกอบที่ 4 คือ การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ มาตรวัดนี้จะแบ่งออกเป็นสองส่วน กล่าวคือ

ส่วนแรก จำนวนความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้ตอบจะสำรวจกิจกรรมต่างๆ ในการปฏิบัติ การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นมาตรฐานประมาณค่า ระดับ โดยค่า 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ค่า 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และ ค่า 3 หมายถึง ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ คะแนนรวมของมาตรวัดอยู่ระหว่าง 38 ถึง 114 คะแนนคะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งมีจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา มีค่าเท่ากับ 98.17 ( $M=98.17$ ,  $SD=14.25$ ) แสดงว่าญาติผู้ดูแลมีจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ ( $M=2.63$ ,  $SD=.57$ ) รองลงมาคือ ให้การช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง ( $M=2.49$ ,  $SD=.63$ ) และให้การช่วยเหลือตอนกลางวัน ( $M=2.41$ ,  $SD=.65$ ) ตามลำดับ ด้านที่ 2 การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ช่วยเหลือเรื่องการรับใบสั่งยา ( $M=2.81$ ,  $SD=.48$ ) ช่วยเหลือเรื่องการรับยา ( $M=2.81$ ,  $SD=.45$ ) รองลงมาคือ จัดให้ได้รับการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องการ ( $M=2.74$ ,  $SD=.50$ ) และติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญ ( $M=2.73$ ,  $SD=.54$ ) มีส่วนร่วมในการพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญ ( $M=2.73$ ,  $SD=.53$ ) ด้านที่ 3 การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ดูแลเรื่องสารน้ำตามแผนการรักษา ( $M=2.78$ ,  $SD=.50$ ) สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา ( $M=2.78$ ,  $SD=.51$ ) รองลงมาคือ สร้างแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร ( $M=2.75$ ,  $SD=.49$ ) และสร้างแรงจูงใจในการรับสารน้ำตามแผนการรักษา ( $M=2.73$ ,  $SD=.55$ ) ตามลำดับ และด้านที่ 4 การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุดคือ ปลอบโยนให้กำลังใจ ( $M=2.89$ ,  $SD=.38$ ) และพูดคุยเพื่อลดความวิตกกังวล ( $M=2.89$ ,  $SD=.33$ )

ส่วนที่สอง ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับเช่นกัน โดยค่า 1 หมายถึง ไม่เป็นภาระ ค่า 2 หมายถึง ค่อนข้างจะเป็นภาระ และ ค่า 3 หมายถึง เป็นภาระมาก คะแนนรวมของมาตรวัดอยู่ระหว่าง 38 ถึง 114 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยที่ตนปฏิบัติอยู่นั้นเป็นภาระมาก

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา มีค่าเท่ากับ 39.94 ( $M=39.94$ ,  $SD=4.76$ ) แสดงว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกว่ากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ตนปฏิบัติอยู่นั้นเป็นภาระให้กับตนเองน้อยมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติแล้วรู้สึกเป็นภาระมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ให้การช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง ( $M=1.24$ ,  $SD=.47$ ) รองลงมาคือ ให้การช่วยเหลือตอนกลางคืน ( $M=1.23$ ,  $SD=.46$ ) และช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ ( $M=1.06$ ,  $SD=.25$ ) ช่วยเหลือในการพาขึ้นบันได ( $M=1.06$ ,  $SD=.23$ ) ตามลำดับ ด้านที่ 2 การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติแล้วรู้สึกเป็นภาระมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ช่วยเหลืองานบ้านเป็นส่วนใหญ่ ( $M=1.06$ ,  $SD=.23$ ) ช่วยเหลือเกี่ยวกับธุรกรรมทางการเงิน ( $M=1.06$ ,  $SD=.27$ ) รองลงมาคือ ช่วยเหลืองานบ้านเพียงเล็กน้อย ( $M=1.05$ ,  $SD=.22$ ) ช่วยเหลือในเรื่องการจ่ายซื้อของ ( $M=1.05$ ,  $SD=.23$ ) ช่วยในการเขียนใบเบิกค่ารักษาพยาบาล ( $M=1.05$ ,  $SD=.21$ ) และจัดให้ได้รับการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องการ ( $M=1.04$ ,  $SD=.18$ ) จัดให้มีเครื่องช่วยทางกายภาพ ( $M=1.04$ ,  $SD=.18$ ) ช่วยเหลือเรื่องการรับใบสั่งยา ( $M=1.04$ ,  $SD=.21$ ) ตามลำดับ ด้านที่ 3 การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติแล้วรู้สึกเป็นภาระมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ดูแลเรื่องอาหารตามแผนการรักษา ( $M=1.08$ ,  $SD=.28$ ) สร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ ( $M=1.08$ ,  $SD=.32$ ) สร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นทำงานอีกครั้ง ( $M=1.08$ ,  $SD=.28$ ) รองลงมาคือ ดูแลเรื่องสารน้ำตามแผนการรักษา ( $M=1.06$ ,  $SD=.25$ ) ดูแลเรื่องการออกกำลังกายตามแผนการรักษา ( $M=1.06$ ,  $SD=.26$ ) และการดูแลเรื่องน้ำหนักตัว ( $M=1.05$ ,  $SD=.26$ ) ตามลำดับ และด้านที่ 4 การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ พบว่า กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติแล้วรู้สึกเป็นภาระมากที่สุดคือการอยู่เป็นเพื่อน ( $M=2.89$ ,  $SD=.33$ )

## 2.2 ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 12 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบที่หนึ่งเป็นข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อภาวะทางสังคมที่ถูกกดดัน และองค์ประกอบที่สองเป็นข้อคำถามที่แสดงถึงความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย โดยมาตรวัดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย นี้เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ โดยค่า 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ค่า 2 หมายถึง ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย ค่า 3 หมายถึง ค่อนข้างจะเห็นด้วย และค่า 4 หมายถึง เห็นด้วย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12 ถึง 48 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีความเครียดในการดูแลสูง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมีค่าเท่ากับ 19.15 ( $M=19.15$ ,  $SD=6.95$ ) แสดงว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดที่เกิดจากการดูแลอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 ความรู้สึกที่มีต่อภาวะทางสังคมที่ถูกกดดัน พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านนี้มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ญาติผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนการทำงาน หรือเวลาส่วนตัวเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย ( $M=2.29$ ,  $SD=1.18$ ) รองลงมาคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าเวลาส่วนตัวมีจำกัดเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย ( $M=1.73$ ,  $SD=.92$ ) และญาติผู้ดูแลออกจากบ้านไปไหนไม่ได้เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย ( $M=1.68$ ,  $SD=.87$ ) ตามลำดับ ด้านที่สอง ความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านนี้มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าเพราะการดูแลผู้ป่วย ( $M=1.62$ ,  $SD=.81$ ) รองลงมาคือ ญาติผู้ดูแลคิดว่าการดูแลผู้ป่วยไปเรื่อยๆ จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ ( $M=1.58$ ,  $SD=.84$ ) และญาติผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่จะต้องตื่นตอนเช้าและต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยอีกหนึ่งวัน ( $M=1.68$ ,  $SD=.87$ ) ตามลำดับ

### ตอนที่ 3 ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตใน 3 องค์ประกอบ กล่าวคือ องค์ประกอบที่หนึ่ง ข้อคำถามที่แสดงถึงความสามารถในการเข้าใจ เหตุการณ์ องค์ประกอบที่สอง ข้อคำถามที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการ และองค์ประกอบที่สาม ข้อคำถามที่แสดงถึงการมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย มาตราวัดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยค่า 1 หมายถึง ไม่เคยรู้สึก ค่า 2 หมายถึง รู้สึกบางครั้ง ค่า 3 หมายถึง รู้สึกบ่อยครั้ง และค่า 4 หมายถึง รู้สึกเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29 ถึง 116 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีค่าเท่ากับ 93.50 ( $M=93.50$ ,  $SD=12.16$ ) แสดงว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ องค์ประกอบที่ 1 ความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เมื่อมีสิ่งใดเกิดขึ้นญาติผู้ดูแลมักจะให้ความสำคัญกับสิ่งนั้นตรงตามความเป็นจริง ( $M=3.32$ ,  $SD=.70$ ) รองลงมาคือ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ยากลำบากอยู่บ่อยครั้ง แต่ญาติผู้ดูแลเองก็มักจะพบวิธีการแก้ปัญหาเหล่านั้นเสมอ ( $M=3.25$ ,  $SD=.75$ ) และเมื่อต้องพูดกับผู้อื่น ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าผู้อื่นเข้าใจในตัวญาติผู้ดูแล ( $M=3.24$ ,

SD=.63) ตามลำดับ องค์ประกอบที่ 2 ความสามารถในการจัดการ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าเมื่อคนเราต้องเผชิญกับปัญหาและความเจ็บปวดในชีวิต เขาจะสามารถหาทางออกให้กับปัญหาดังกล่าวได้ ( $M=3.46$ ,  $SD=.61$ ) รองลงมาคือ ญาติผู้ดูแลคิดอยู่บ่อยครั้งว่า มีบุคคลใดที่เข้าใจและไว้วางใจได้ในอนาคต ( $M=3.43$ ,  $SD=.65$ ) และญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า บางสถานการณ์บุคคลที่มีความเข้มแข็งอาจรู้สึกว่าตนเองล้มเหลวเป็นผู้แพ้ ( $M=3.30$ ,  $SD=.68$ ) ตามลำดับ และองค์ประกอบที่ 3 การมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย พบว่า ญาติผู้ดูแลมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมายมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า สิ่งที่จะทำในอนาคตเป็นสิ่งที่ไม่น่าเบื่อ ( $M=3.52$ ,  $SD=.62$ ) รองลงมาคือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกและถามตัวเองอยู่บ่อยครั้งว่า เพราะเหตุใดฉันถึงยังมีชีวิตอยู่ ( $M=3.49$ ,  $SD=.60$ ) และญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าชีวิตนี้เป็นสิ่งที่ไม่น่าเบื่อ ( $M=3.39$ ,  $SD=.58$ ) ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า สิ่งที่ทำในทุกวันนี้ เป็นสิ่งที่มีความหมาย ( $M=3.39$ ,  $SD=.71$ ) ตามลำดับ

**ตอนที่ 4 ความหมายในชีวิต** ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 มาตรการย่อย ได้แก่

#### 4.1 ความหมายในชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินความหมายในชีวิต ความรู้สึกลงตัว การใช้ชีวิตอย่างมีทิศทางและความมุ่งหวังในชีวิต มาตรการนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คำถาม โดยข้อคำถามแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ *องค์ประกอบที่หนึ่ง* ข้อคำถามที่แสดงถึงความเข้าใจถึงความหมายในชีวิต และ*องค์ประกอบที่สอง* ข้อคำถามที่แสดงถึงการค้นหาความหมายในชีวิต มาตรการ MLQ นี้ เป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยค่า 1 หมายถึง ไม่จริง ค่า 2 หมายถึงค่อนข้างไม่จริง ค่า 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ ค่า 4 หมายถึง ค่อนข้างจริง และค่า 5 หมายถึง จริง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 ถึง 50 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีค่าเท่ากับ 39.01 ( $M=39.01$ ,  $SD=6.71$ ) แสดงว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีการรับรู้ถึงความหมายในชีวิตของตนอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านที่ 1 ความเข้าใจถึงความหมายในชีวิต พบว่าญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจถึงความหมายในชีวิตมากที่สุดคือ ชีวิตฉันมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน ( $M=4.22$ ,  $SD=.97$ ) และด้านที่ 2 การค้นหาความหมายในชีวิต พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการมองหาเป้าหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิตอยู่เสมอ ( $M=3.95$ ,  $SD=1.10$ )

## 4.2 ความมุ่งหวังในชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินการรับรู้เป้าหมาย และความหมายในชีวิตตามแนวทฤษฎีโลกเทอราปี มาตรฐานนี้เป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดย ค่า 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ค่า 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ และค่า 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 ถึง 100 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่ายิ่งมีความมุ่งหวังในชีวิตสูง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีค่าเท่ากับ 81.08 ( $M=81.08$ ,  $SD=11.07$ ) แสดงว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีการรับรู้ถึงเป้าหมายในชีวิตของตนอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่เกี่ยวกับความมุ่งหวังในชีวิตที่ญาติผู้ดูแลตอบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายฉันไม่เคยนึกถึงเลย ( $M=4.54$ ,  $SD=.74$ ) รองลงมาคือ หลังจากเกษียณงานแล้วฉันปรารถนาที่จะทำในสิ่งที่อยากทำ ( $M=4.35$ ,  $SD=.81$ ) และฉันเป็นคนที่มีความรับผิดชอบ ( $M=4.33$ ,  $SD=.70$ )

## ตอนที่ 5 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

5.1 สมมติฐานที่เกี่ยวกับความแตกต่างของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาในกลุ่มเพศ และประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า

- ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพศหญิงและเพศชายไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา

- ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตมีความแตกต่างในประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยด้านจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์และทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ร้อยละ 29 ซึ่งตัวแปรทำนาย 3 ตัวแปรได้แก่ จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ( $\beta = .29$ ,  $p < .01$ ) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ( $\beta = -.20$ ,  $p < .01$ ) และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ( $\beta = -.18$ ,  $p < .01$ ) มีน้ำหนักในการทำนาย

ความรู้สึกลดลงคล่องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกลดลงคล่องกลมกลืนในชีวิต ส่วนความรู้สึกลดลงคล่องกลมกลืนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกลดลงคล่องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

5.3 อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกลดลงคล่องกลมกลืนในชีวิตมีความสัมพันธ์และทำนายความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ร้อยละ 14 และร้อยละ 43 ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรความรู้สึกลดลงคล่องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 เพียงตัวแปรเดียว ส่วนความมุ่งหวังในชีวิตนั้น พบว่า มีตัวแปรทำนาย 2 ตัวแปรได้แก่ จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ( $\beta = -.16, p < .01$ ) และความรู้สึกลดลงคล่องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ( $\beta = -.06, p < .01$ ) มีน้ำหนักในการทำนายความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความมุ่งหวังในชีวิต ส่วนความรู้สึกลดลงคล่องกลมกลืนในชีวิตนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

## ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 4 ตอนดังต่อไปนี้

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มารับการรักษาที่ หอผู้ป่วยตีกว่องวานิชชั้น 3 5 6 7 และศูนย์เคมีบำบัด ตีกว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลวิจัยโดยผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 29 - 58 ปี เป็นเพศชาย จำนวน 2 ราย โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นสามีทั้งสองราย และเป็นเพศหญิงจำนวน 5 ราย โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นภรรยา 2 ราย พี่สาว 1 ราย และเป็นบุตรสาว 2 ราย มีการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงปริญญาตรี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และไม่ได้ทำงานประจำ สถานภาพทางการเงินส่วนใหญ่ไม่พอเพียง มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่

6 เดือน – 3 ปี และให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 5 – 24 ชั่วโมงต่อวัน ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน

## ตอนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย เป็นประสบการณ์ตรงที่ญาติผู้ดูแลเคยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ทั้งในเรื่องการดูแลทางด้านร่างกาย การติดต่อเป็นธุระแทนผู้ป่วย การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ หรือเป็นประสบการณ์ที่ญาติผู้ดูแลเคยให้การดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆ และนำประสบการณ์ที่ได้นั้นมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน ทั้งนี้อาจรวมถึงประสบการณ์ทางด้านจิตใจและความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจ 4 ประเด็นคือ

### 2.1 ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นโรคมะเร็ง

ประสบการณ์ด้านความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นโรคมะเร็งนั้น เป็นความรู้สึกที่ยากจะลืม ซึ่งในญาติผู้ดูแลแต่ละรายย่อมมีความรู้สึกรวมถึงการยอมรับและทำใจที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นอาจแฝงไปด้วยความรู้สึกเสียใจ ตกใจ บอกไม่ถูก ปฏิเสธกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น หรือน้อยใจในโชคชะตาชีวิตของตนเอง เป็นต้น

### 2.2 การนำประสบการณ์ที่เคยดูแลผู้ป่วยอื่นในอดีตนั้นมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

ประสบการณ์ในอดีตที่เคยให้การดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อนหรือเป็นเหตุการณ์ที่ญาติผู้ดูแลเคยประสบกับความยากลำบากที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลนั้น มีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ การปรับใจให้ยอมรับในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วย รวมถึงการรับรู้แนวทางในการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และนำประสบการณ์นั้นมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันต่อไป

### 2.3 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจ

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเข้าใจและรับรู้ว่าคุณป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามนั้น มักมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย อาจมีภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษารวมถึงมีสภาพอารมณ์ที่แปรปรวน ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือมากกว่าผู้ป่วยอื่นทั้งทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลจัดเตรียมอาหาร ช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดด้านร่างกาย ช่วยเหลือตนเองได้น้อยต้องได้รับการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกายจากญาติผู้ดูแลแล้ว สภาพจิตใจของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ดังนั้นนอกจากญาติผู้ดูแลจะให้การดูแลทางด้านร่างกายแล้วย่อม

ต้องคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงการให้กำลังใจเพื่อต่อสู้กับโรคร้ายต่อไปด้วย ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจด้วยความพร้อมและเต็มใจที่จะปฏิบัติ

#### 2.4 ความรู้สึกเป็นภาระ และความเครียดในการดูแลผู้ป่วย

การที่ญาติผู้ดูแลได้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเมะเร็งระยะลุกลามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว จากการศึกษาญาติผู้ดูแลได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระ และความรู้สึกไม่เป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ญาติผู้ดูแลมักจะยินดี เต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและไม่รู้สึกว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นเป็นภาระแต่อย่างใด แต่คิดว่าเป็นหน้าที่ เป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติในการดูแลกันและกันยามเจ็บไข้ ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นอาจส่งผลให้เกิดความเครียด และความรู้สึกอ่อนล้าทางร่างกายและจิตใจบ้าง แต่ญาติผู้ดูแลก็มีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายจากความรู้สึกนั้น อีกทั้งยังมีการเตรียมร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อไปในระยะยาว

#### ตอนที่ 3 ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต

ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่าไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกตนเอง ก็สามารถรับรู้เข้าใจ คาดการณ์ได้อย่างมีเหตุผล สามารถนำแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มองเห็นคุณค่าและรู้สึกคุ้มค่าในการนำแหล่งทรัพยากรดังกล่าวมาใช้ได้อย่างลงตัว ซึ่งจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต พบว่ามีประเด็นหลัก 3 ประเด็น ดังนี้

3.1 ด้านความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์ ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่าเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญอยู่นั้นเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีระบบ มีเหตุผล สามารถทำความเข้าใจ อธิบายและทำนายได้ ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน เกินกว่าที่จะรับรู้หรือเข้าใจ ดังที่ญาติผู้ดูแลสามารถทำความเข้าใจในเหตุการณ์ที่ต้องรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล และเตรียมใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตรงตามความเป็นจริง

3.2 ด้านความสามารถในการจัดการ ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลว่ามีแหล่งทรัพยากรเพียงพอที่จะเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าได้หรือมีแนวทางในการจัดการ โดยที่แหล่งทรัพยากรนี้อาจมาจากตนเองหรือผู้อื่นก็ได้ ซึ่งแหล่งทรัพยากรที่ให้การช่วยเหลือได้ดีที่สุดนั้นก็คือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลเลือกที่ใช้หลักศาสนาที่ตนนับถือมาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อช่วยจัดการกับความกังวลใจที่เกิดขึ้น ช่วยให้เกิดความสบายใจมากยิ่งขึ้น

3.3 ด้านการมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย เป็นการที่บุคคลให้คุณค่า ให้ ความหมายต่อเหตุการณ์นั้นๆ มีความยินดีและรู้สึกคุ้มค่าที่จะเผชิญกับเหตุการณ์นั้น มากกว่าที่จะให้ ความหมายว่าเป็นภาระหรือก่อให้เกิดความยุ่งยากซึ่งญาติผู้ดูแลมองเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยที่ ตนปฏิบัติอยู่นั้นเป็นสิ่งที่มีความค่า และเต็มใจที่จะปฏิบัติเช่นนี้ต่อไปจนผู้ป่วยก้าวสู่วาระสุดท้ายของ ชีวิต

#### ตอนที่ 4 ความหมายในชีวิต

เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นดำรงอยู่ และเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคล นั้นมีกำลังใจดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมุ่งมั่นเมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือวิกฤตของชีวิต ความหมายในชีวิตเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงบุคคลให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว กระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตอย่างมุ่งมั่น ผ่านสัมพันธภาพต่อผู้คนรอบข้าง และผ่านการมีทัศนคติต่อชีวิตที่เข้มแข็งเพื่อให้ ชีวิตดำรงอยู่ต่อไปได้ โดยที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแต่ละรายต่างมีความหมายและ ความมุ่งหวังในชีวิตที่แตกต่างกันออกไปแต่มีส่วนที่คล้ายกันนั่นก็คือ ความปรารถนาที่ต้องการเห็น ผู้ป่วยในการดูแลของตนมีอาการที่ดีขึ้น หรือมีความทุกข์ทรมานน้อยลง โดยการที่ญาติผู้ดูแลรับรู้ ถึงสิ่งที่ทำให้ตนมีความหมายและรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่เพื่อสิ่งใดนั้น ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดพลังและ เกิดกำลังใจในการใช้ชีวิตและทำหน้าที่ของตนต่อไป

#### ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการวิจัยคือ

1. ข้อจำกัดเกี่ยวกับตัวผู้วิจัยเอง เนื่องจากผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นใน การเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอาจเกิดความ เกรงใจในการให้ข้อมูลก็เป็นได้ ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของข้อจำกัดนี้และลดอคติที่อาจ เกิดขึ้นโดยการให้คำถามปลายเปิดที่มีลักษณะของการคงความหมายเดิมหรือมีความหมายที่ โกล้เคียงกันในการสัมภาษณ์ซ้ำไปมา เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเพื่อ ตรวจสอบความคงเส้นคงวาในการตอบของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. กลุ่มตัวอย่างในข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย ผู้ให้ข้อมูล เพศชายที่มีความสัมพันธ์เป็นสามีของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 2 ราย และเพศหญิงที่มี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในฐานะภรรยาจำนวน 2 ราย พี่สาวจำนวน 1 ราย และ บุตรสาวจำนวน 2 ราย รวมทั้งสิ้นจำนวน 5 ราย จะเห็นได้ว่ามีความหลากหลายของประเภท ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ส่งผลให้การวิเคราะห์ข้อมูลอาจยัง

มองเห็นทัศนะทางด้านความคิด อารมณ์และความรู้สึกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
ลุกลามที่เกิดขึ้นยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

3. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับสูง กล่าวคือ มีการศึกษาระดับ  
ปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 55.5 และมีระดับการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ  
10 ทั้งนี้อาจเห็นถึงความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกับผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า  
ซึ่งอาจมีมุมมองในเชิงทัศนคติ ความคิด การรับรู้ทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ความหมายใน  
ชีวิต และการเผชิญกับความเป็นจริงที่อาจแตกต่างกัน อีกทั้งยังมีปัจจัยอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่นใน  
เรื่องของเศรษฐกิจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้น่าสนใจส่วนใหญ่มีความพอเพียงของรายได้คิดเป็นร้อย  
ละ 83.5 มีงานประจำทำคิดเป็นร้อยละ 75.5 และไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 80.5 จะเห็นได้  
ว่าข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างก็เป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญเช่นกัน ทั้งนี้อาจกล่าวถึงในแง่มุม  
ที่ว่า เมื่อบุคคลมีระดับการศึกษาที่ดี มีงานทำ ไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและปัญหาสุขภาพ มี  
ส่วนทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิจัยที่ได้ออกมาในเชิงบวกทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่บุคคล  
มีปัญญาในเรื่องส่วนตัวน้อยลง ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นลดความวิตกกังวลในเรื่องที่เกี่ยวกับตนเอง  
ไปได้ในระดับหนึ่ง ทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย คิดและแก้ไขปัญหาอื่นๆ ที่เข้ามาได้ดียิ่งขึ้น

สำหรับข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้คือ

#### 1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีจำนวนการ  
ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง มีความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ตนปฏิบัติอยู่นั้น  
ส่งผลให้เกิดความเครียดในด้านความรู้สึกกดดันทางด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน  
ส่วนตัวแปรทางจิตวิทยาในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมี  
ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต มีความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตอยู่ในระดับสูง จะเห็น  
ได้ว่าผลการวิจัยนี้เป็นไปในทิศทางบวก ดังนั้นนักจิตวิทยาการปรึกษาและที่มสุขภาพควรมีการ  
ติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกกดดันทางด้านร่างกาย  
และจิตใจ ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตของญาติ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นระยะ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตนั้น  
เป็นสิ่งที่พัฒนามาจากประสบการณ์ชีวิตที่สั่งสมมาตั้งแต่วัยเด็กจนถึงผู้ใหญ่และเปลี่ยนแปลงได้  
เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต ส่วนความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตก็เช่นกัน  
อาจมีการปรับเปลี่ยนได้ อีกทั้งผู้วิจัยควรจัดให้มีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อนำพาให้ญาติ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้สำรวจและมองตนเองเพื่อให้เข้าใจตนเองและสามารถมองโลก  
และชีวิตได้อย่างสอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น ใช้ชีวิตอย่างรับรู้ถึงความหมายและความ

มุ่งหวังในชีวิตของตนคืออะไรโดยปราศจากความคาดหวัง ซึ่งทำให้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะมิติด้านจิตใจ ให้เป็นใจที่มีสุขภาพจิตที่ดีมีสมรรถนะและกำลัง มีภูมิคุ้มกันจิตใจให้เผชิญกับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตโดยไม่คาดคิดซึ่งเป็นการไม่แน่นอนในชีวิตที่ทุกคนต้องเผชิญ ทั้งนี้ประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นจะช่วยเอื้อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลที่มาร่วมแบ่งปันประสบการณ์ชีวิต แลกเปลี่ยนทัศนคติมุมมองในการดำเนินชีวิตและการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตน เอื้อให้เกิดความองอาจทางด้านจิตใจ และเอื้อให้เกิดการแก้ไขปัญหาหากญาติผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ โดยใช้กระแสมุมช่วยคลี่คลายและหาทางออกจากสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น

1.2 ผลการวิจัยที่ว่า (1) ญาติผู้ดูแลเพศหญิงจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไม่แตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (2) ประเภทความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตจะมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแตกต่างจากญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ผู้วิจัยควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างดังกล่าวด้วย เช่น อาจมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น รวมถึงอาจทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมด้วย เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างที่ชัดเจนและทราบถึงปัจจัยอื่นที่เกื้อหนุน เพื่อนำไปสู่การวางแผนจัดการช่วยเหลือให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของญาติผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

1.3 จากผลการวิจัยที่ว่า (1) อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์และทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ร้อยละ 29 โดยจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นภาระ และความเครียดในการดูแลเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ (2) อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่เริ่มป่วย-ปัจจุบัน) จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น ประเภทของความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตมีความสัมพันธ์และทำนายความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ร้อยละ 14 และร้อยละ 43 ตามลำดับ โดยความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตเป็นตัวแปรเพียงตัวเดียวที่มีน้ำหนักในการทำนายความหมายในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และ

ความรู้สึกสอດคล้องกลมกลืนในชีวิตเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายความมั่งหวังในชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จะเห็นได้ว่าตัวแปรทางจิตวิทยาคือ ความรู้สึกสอດคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายและความมั่งหวังในชีวิตนั้น มีปัจจัยและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กันอยู่ ดังนั้นผู้วิจัยควรจัดให้มีการช่วยเหลือการให้คำปรึกษาทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพื่อให้เกิดการพัฒนาและคงไว้ซึ่ง การมีความรู้สึกสอດคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายและความมั่งหวังในชีวิตให้คงอยู่ต่อไป

2. ในการวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรมีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างรายเดิมในแต่ละช่วงเวลาเพื่อเป็นการประเมินซ้ำและติดตามว่า ญาติผู้ดูแลรายนั้นยังคงมีความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในลักษณะใด มีความรู้สึกสอດคล้องกลมกลืนในชีวิต ความหมายและความมั่งหวังในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ ในทิศทางใด ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การจัดบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่เหมาะสมต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). *ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กั้งสดาล สุทธิวีธีธรรม. (2535). *ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(พยาบาล) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

กาญจนา ขาวนอก. (2547). *การเปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลกและวิถีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน*. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์.

จอม สุวรรณโณ. (2541). *ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาล*, 47, 147-157.

จินดาวรรณ อุดมพัฒน์นากร. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินตนา สมนึก. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จุฑาทิพย์ เหมินทร์. (2547). *ผลการให้คำปรึกษาทางทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความสอดคล้องในการมองโลกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชลิกร บุญประเสริฐ. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความเข้มแข็งในการมองโลก สภาพแวดล้อมของสถาบันและการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ช่อลดดา พันธธุเสมา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ.  
กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของ  
ญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง  
ระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูทิพย์ ปานปรีชา. (2542). การสูญเสียกับภาวะสุขภาพจิต. *ชีวจิต*, 17, 14-15.
- ดรุณี บุญเกิด และคณะ. (2537). การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสาร  
พยาบาลสงขลานครินทร์*, 14, 31-43.
- ตะวัน วาทกิจ. (2547). ผลของโปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคที่มีต่อความหวัง  
และความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร  
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทกา จุลยพันธ์. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาททางเพศ การกล้าแสดงออกและปฏิกริยา  
ทางอารมณ์ต่อภาวะที่อาจก่อให้เกิดความเครียด. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหา  
บัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2521). *คู่มือผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว.
- บุญญรัตน์ ทงพานิช. (2544). ผลของจิตบำบัดแบบแสวงหาความหมายต่อความหมายในชีวิต  
ของผู้ลี้ภัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). ปัจจัยสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปิยฉัตร สะอาดเอี่ยม. (2544). ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหา  
ทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรเทพ รุ่งคนากร. (2542). ผลการฝึกอาณานาปานสติต่อความสงบ ความหมายและความมุ่งหวังใน  
ชีวิตและความจริงแท้ของผู้เริ่มฝึกในโครงการอาณานาปานสติภาวนาประจำเดือน ณ

ธรรมมาศรมานานาชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิต  
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พระธรรมปิฎก(ป.อ. ปยุตฺโต). (2547). *ไตรลักษณ์: อนิจจตา ทุกขตา อนัตตา*. กรุงเทพฯ :  
ธรรมสภา.

พวงแก้ว แสนคำ. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งใน  
การมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมและความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.

พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับความวิตก  
กังวลประจำตัวของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พัชรินทร์ นินทจันทร์ และ พิมพา สมพงษ์. (2543). การศึกษาติดตามระดับความเข้มแข็งในการ  
มองโลกกับความวิตกกังวลประจำตัวของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี  
ระหว่างปีการศึกษา 2537-2540. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 6, 120-129.

พัชรี โชติกพงศ์. (2547). *ความเข้มแข็งในการมองโลกและการปรับตัวด้านจิตสังคมของวัยรุ่น ใน  
อำเภอ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภัสสร ลิมานนท์. (2544). *บทบาทเพศ สถานภาพสตรี กับการพัฒนา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภารดี ปรีชาวิทยากุล. (2545). *ประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับ  
รังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารเย็นศีรษะ อาคารที่พักชั่วคราวของผู้ป่วยและญาติ*. *สงขลา  
นครินทร์เวชสาร* 24 : 71-84.

เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมอง  
โลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน*. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 2, 84-94.

- วิภา วิเสโส. (2545). การให้ความหมายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 12, 33-37.
- ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2548). ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2549). ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางแก้ไขในการดูแล. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุทธิวัฒน์. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. วารสารพยาบาล, 58, 169-190.
- สมนึก สกูลหงส์โสภณ. (2540). ประสิทธิภาพการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียด และเพิ่มความสามารถการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2536). แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, วัฒนา น้ำเพชร และภัสสร ขำวิชา. (2539). แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14, 76-90.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). สถิติสาธารณสุข. คัดมาเมื่อ 3 สิงหาคม 2551 : จาก <http://www.203.157.19.199>.
- สุดาภรณ์ วงศ์ใหญ่. (2545). ผลของโปรแกรมการฝึกตามแนวการพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ต่อความเข้มแข็งในการมองโลก และความวิตกกังวลทางสังคมของเยาวชนในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุพัตรา สุภาพ. (2536). *สังคมและวัฒนธรรมไทย : ค่านิยม ครอบครั้ว ประเพณี*. พิมพ์ครั้งที่

8. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

สุรีย์พร มาลา. (2534). *ความวิตกกังวล ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความต้องการข้อมูล และการได้รับข้อมูลในผู้ป่วยที่กำลังได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรัญญา ต้อยคำภีร์. (2536). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบโลกอสต่อการเพิ่มความมุ่งหวังในชีวิตของหญิงในสถานสงเคราะห์หญิงบ้านเกร็ดตระการ ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรัญญา ต้อยคำภีร์. (2542). *รายงานวิจัยเรื่อง ความหมายและความพึงพอใจในชีวิตของเยาวชนไทยที่ติดสารเสพติด*. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรัญญา ต้อยคำภีร์. (2544). *การพัฒนามาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิตของนักศึกษาไทย*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 9, 18-26.

อรัญญา ต้อยคำภีร์. (2545). *ความหมายและความพึงพอใจในชีวิตของเยาวชนไทยที่ติดสารเสพติด*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 10, 151-160.

อุทัยทิพย์ จันทรพิณ. (2539). *ผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวโลกอส ต่อการเพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดื่มสุรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาต่างประเทศ

Abe, K. (2007). Reconsidering the Caregiving Stress Appraisal scale: Validation and Examination of its association with items used for assessing long-term care insurance in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 287-297.

Antonovsky, A. (1982). *Health stress and coping*. San Francisco : Jossey-Bass Publisher.

- Antonovsky, A. (1987). *Untraveling the mystery of health: How people manage stress and study well*. San Francisco : Jussey-Bass Publisher.
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Strouse, T. B., Miller, D. S., Brown, L. L., & Cross, P. A. (1985). A psychological analysis of cancer patients and their next of kin. *Cancer*, 55, 72-76.
- Chumblor, N. R., Rittman, M., Puymbroeck, M. V., Vogel, W. B., & Quin, H. (2004). The sense of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 944-953.
- Clipp, E. C., & George, L. K. (1992). Patients with cancer and their spouse caregivers: perception of illness experience. *Cancer Care*, 69, 1074-1079.
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). A going beyond social support: The role of social relationships in adaption. *Journal of Continuing and Clinic Psychology*, 54, 452-460.
- Frankl E. Viktor. (1967). *Psychotherapy and Existentialism: selected paper on Logotherapy*. New York : New American Library.
- Gallagher, T. J, Wagenfeld, M. O., Baru, F.,& Haepers, K. (1994). Sense of coherence, coping and caregiver role over load. *Social Science and Medicine*, 39, 1615-1622.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate Data Analysis*. (6 th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Hanson, W. E., Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., Petska, K. S., & Creswell, J. D. (2005). Mixed methods research designs in counseling psychology. *Counseling Psychology*, 52, 224-235.
- Kim, Y., Baker, F., & Spillers L. R. (2007). Cancer caregivers' quality of life: Effects of gender, relationship, and appraisal. *Pain and Symptom Management*, 34, 294-304.
- Kristjanson, L. J., & Asheroft, T. (1994). The family's journey: A literature review. *Cancer Nursing*, 17(1), 1-17.
- Larzarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer Publishing.

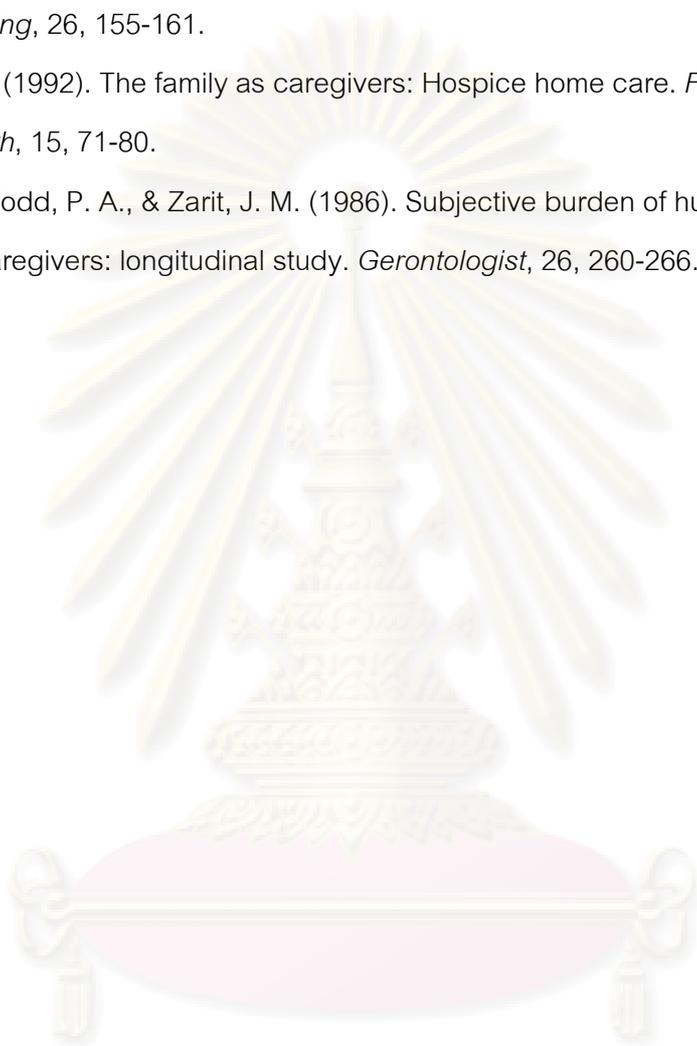
- Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. (1990). *Chronic illness: Impact and interventions*. (3rd ed.). United States : Jones and Bartlett Publishers.
- Luttik, L. M., Jaarsma Tiny, Tijssen G. P. J., Veldhuisen J.van D., & Sanderman Robbert. (2008). The objective burden in partners of heart failure patients; development and initial validation of the Dutch objective burden inventory. *Cardiovascular Nursing*, 7, 3-9.
- Maserang, J. W. S. (1992). A study of coping strategies and feelings of burden among adults who are primary caregivers for their chronically ill parents. Doctoral dissertation of Ph.D Saint Louise University.
- Moen, P., Robinson, J., & McClain, D. D. (1995). Caregiving and women's well-being: A life course approach. *Health and Social Behavior*, 36, 259-273.
- Mowat.J., & Lashinger,H. K. (1994). Self-efficacy in caregivers of cognitively impaired elderly people: A concept analysis. *Advanced Nursing*, 19, 1105-1113.
- Mullen, T., Smith, R. M., Hill, E. W. (1993). Sense of coherence as a mediator of stress for cancer patients and spouses. *Psychosocial Oncology*, 11, 23-26.
- Oberst, M. T., Thomas, S. E., Gass, K. A., & Ward, S. E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*, 12, 209-215.
- Periard, M. E., & Ames, B. D. (1993). Lifestyle changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. *Public Health Nursing*, 10, 252-256.
- Pizurki, H., Mejia, A., Butter, I., & Ewart, L. (1987). *Woman as providers of health care*. Geneva : World Health Organization.
- Rawlins, S. R. (1991). Using the connecting process to meet family caregivers needs. *Professional Nursing*, 7, 213-220.
- Schott-Baer, D. (1993). Dependent care, caregiver burden, and self-care agency of spouse caregivers. *Cancer Nursing*, 16, 230-236.
- Steger F Michael, Frazier Patricia and Oishi Shigeciro. (2006). The Meaning in life Questionnaire: Assessing the Presence of and Search for Meaning in Life. *Counseling Psychology*, 53, 80-93.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (1987). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (3rd ed).. St. Louise : The C.V. Mosby Company.

Tang, T. S. & Li, Y. C. (2008). The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer at the end of life. *Psychosomatic Research*, 64, 195-203.

Williams, A. (1994). What bother caregivers of stroke victim?. *Neuroscience Nursing*, 26, 155-161.

Wilson, S. A. (1992). The family as caregivers: Hospice home care. *Family & Community Health*, 15, 71-80.

Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husband and wives as caregivers: longitudinal study. *Gerontologist*, 26, 260-266.



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เรื่อง

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความหมายในชีวิต และความรู้สึกสออดคล้อง  
กลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม  
: การวิจัยแบบผสม

1. เครื่องมือในการวิจัยนี้มี 6 ชุด คือ
  - ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล จำนวน 16 ข้อคำถาม
  - ชุดที่ 2 มาตรฐานประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย จำนวน 38 ข้อคำถาม
  - ชุดที่ 3 มาตรฐานความเครียดในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อคำถาม
  - ชุดที่ 4 มาตรฐานความหมายในชีวิต จำนวน 10 ข้อคำถาม
  - ชุดที่ 5 มาตรฐานความมุ่งหวังในชีวิต จำนวน 20 ข้อคำถาม
  - ชุดที่ 6 มาตรฐานความรู้สึกสออดคล้องกลมกลืนในชีวิต จำนวน 29 ข้อคำถาม
2. โปรดอ่านคำแนะนำก่อนตอบข้อคำถามแต่ละชุด
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที
4. ข้อมูลทั้งหมดจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่ก่อให้เกิดผลใดๆ ต่อตัวท่านและผู้ป่วย

อรุทัย ไฉมเจ็ด

นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ชุดที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล จำนวน 16 ข้อคำถาม

**คำชี้แจง** โปรดเติมข้อความเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของท่าน โดยเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย  ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับท่าน

1. อายุ .....ปี
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. เชื้อชาติ .....
4. ศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  
 อื่นๆ (ระบุ).....
5. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็น  บิดา  มารดา  พี่ชาย/น้องชาย  
 พี่สาว/น้องสาว  บุตรชาย  บุตรสาว  หลานชาย  
 หลานสาว  สามี  ภรรยา  อื่นๆ(ระบุ).....
6. การศึกษา  ประถม  มัธยมต้น  มัธยมปลาย  
 อนุปริญญา  ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี
7. สถานภาพสมรส  โสด  คู่  หม้าย  
 หย่าร้าง  แยกกันอยู่  อื่นๆ (ระบุ).....
8. จำนวนบุตร .....คน
9. ปัจจุบันท่านทำงานประจำหรือไม่  ทำ  ไม่ทำ  
 อื่นๆ (ระบุ).....
10. อาชีพ  ไม่ได้ประกอบอาชีพ  นักเรียน/นักศึกษา  รับจ้าง  
 รับราชการ  ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  เกษตรกร  
 อื่นๆ (ระบุ).....
11. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน  ไม่มีรายได้  5,000 – 10,000 บาท  
 10,001 – 30,000 บาท  30,001 – 50,000 บาท  50,001 บาทขึ้นไป
12. รายได้ของครอบครัวเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่  เพียงพอ  ไม่เพียงพอ
13. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย .....ปี .....เดือน
14. จำนวนระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน .....ชั่วโมง
15. โรคประจำตัว  มีโรคประจำตัว (ระบุ).....  ไม่มีโรคประจำตัว
16. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น  มี  ไม่มี

## ชุดที่ 2 มาตรการตอบสนองการดูแลผู้ป่วย จำนวน 38 ข้อคำถาม

เป็นการรายงานตนเองของญาติผู้ดูแลในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย และการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ความรู้สึก

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ที่ตรงกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ตามความเป็นจริง

### จำนวนการปฏิบัติ

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวต่อผู้ป่วยเลย  
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวต่อผู้ป่วยเป็นบางครั้ง  
ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

### ความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมที่ปฏิบัติ

ไม่เป็นภาระ หมายถึง ท่านไม่รู้สึกว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ  
ค่อนข้างจะเป็นภาระ หมายถึง ท่านรู้สึกว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้นค่อนข้างจะเป็นภาระ

เป็นภาระมาก หมายถึง ท่านรู้สึกว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้นเป็นภาระมาก

กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา	จำนวนการปฏิบัติ			ถ้าคุณเคยปฏิบัติกิจกรรม ดังกล่าว ความรู้สึก กิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้น เป็นภาระหรือไม่ อย่างไร		
	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ อย่าง สม่ำเสมอ	ไม่ เป็น ภาระ	ค่อนข้าง จะ เป็น ภาระ	เป็น ภาระ มาก
<b>การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย</b>						
1. ช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ						
2. ช่วยเหลือเรื่องการทำความสะดวกสบายร่างกาย (เช่น อาบน้ำ เช็ดตัว เป็นต้น)						
3. ช่วยเหลือเรื่องการแต่งตัว						
4. ช่วยเหลือเรื่องการขับถ่าย						
5. ช่วยเหลือดูแลรูปร่างหน้าตา (เช่น การแปรงฟัน ตัดเล็บ หวีผม เป็นต้น)						
6. ช่วยเหลือพาผู้ป่วยเดินภายในบ้าน หรือรอบๆ บ้าน						

กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา	จำนวนการปฏิบัติ			ถ้าคุณเคยปฏิบัติกิจกรรม ดังกล่าว ความรู้สึกว่า กิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้น เป็นภาระหรือไม่ อย่างไร		
	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ อย่าง สม่ำเสมอ	ไม่เป็น ภาระ	ค่อนข้าง จะเป็น ภาระ	เป็น ภาระ มาก
7. ช่วยเหลือพาผู้ป่วย ขึ้น-ลง จากเตียงนอน หรือ เก้าอี้						
8. ช่วยเหลือในการพาขึ้นบันได						
9. ช่วยเหลือจัดท่านอนให้สุขสบาย						
10. ให้การช่วยเหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง						
11. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยบ่อยครั้งในเวลากลางวัน						
<b>การช่วยเหลือกิจกรรมทั่ว ๆ ไป</b>						
12. ช่วยเหลืองานบ้านที่ออกแรงน้อย (เช่น บัดฝุ่น ล้างจาน เป็นต้น)						
13. ช่วยเหลืองานบ้านที่ต้องออกแรงมาก (เช่น การ ใช้เครื่องดูดฝุ่น การทำความสะอาดพื้น เป็นต้น)						
14. ช่วยเหลือในเรื่องการจับจ่ายซื้อของ						
15. ช่วยเหลือเกี่ยวกับธุรกรรมทางการเงิน						
16. ช่วยในการเขียนใบเบิกค่ารักษาพยาบาล						
17. จัดให้ได้รับการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องการ						
18. จัดให้มีเครื่องช่วยทางกายภาพที่จำเป็นสำหรับ ผู้ป่วย						
19. ช่วยเหลือเรื่องการรับใบสั่งยา						
20. ช่วยเหลือเรื่องการรับยา						
21. ติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีคำถามหรือปัญหาที่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย						
22. มีส่วนร่วมในการพูดคุยกับแพทย์หรือ ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ						
<b>การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย</b>						
23. ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา						
24. ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามแผนการรักษา (เช่น จัดเตรียมอาหารที่จำกัดความเค็ม เป็นต้น)						
25. ดูแลให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ						
26. ติดตามให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย ตามแผนการรักษา						
27. สร้างแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร						

กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา	จำนวนการปฏิบัติ			ถ้าคุณเคยปฏิบัติกิจกรรม ดังกล่าว ความรู้สึกว่า กิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้น เป็นภาระหรือไม่ อย่างไร		
	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ อย่าง สม่ำเสมอ	ไม่เป็น ภาระ	ค่อนข้าง จะเป็น ภาระ	เป็น ภาระ มาก
28. สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเล็ก หรือลดบุหรี่						
29. สร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย						
30. สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา						
31. สร้างแรงจูงใจในการรับสารน้ำตามแผนการรักษา						
32. สร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นทำกิจกรรมหรือทำงานอีกครั้ง						
<b>การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์</b>						
33. ปลอบโยนและให้กำลังใจ						
34. พุดคุยเพื่อลดความวิตกกังวล						
35. พุดคุยเพื่อลดความรู้สึกซึมเศร้า						
36. พุดคุยเพื่อลดสิ่งที่รบกวนใจ						
37. แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ						
38. อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย						

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ชุดที่ 3 มาตรการความเครียดในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อคำถาม

เป็นการประเมินการรับรู้ การสำรวจความคิดเห็นความรู้สึกและความเชื่อของญาติผู้ดูแล ที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ตามความเป็นจริง

- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว
- ค่อนข้างจะไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านค่อนข้างจะไม่เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว
- ค่อนข้างจะเห็นด้วย หมายถึง ท่านค่อนข้างจะเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว
- เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว

ข้อความ	ความรู้สึกที่เกิดขึ้น			
	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างจะ ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้าง จะเห็นด้วย	เห็นด้วย
1. ฉันออกจากบ้านไปไหนไม่ได้เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย				
2. ฉันรู้สึกอ่อนล้าเพราะต้องดูแลผู้ป่วย				
3. ฉันต้องปรับเปลี่ยนการทำงาน หรือเวลาส่วนตัวเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย				
4. ฉันคิดว่าการดูแลผู้ป่วยไปเรื่อยๆ จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพของฉัน				
5. ฉันรู้สึกว่าเวลาส่วนตัวมีลดลงเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย				
6. ฉันคิดว่าสุขภาพร่างกายของฉันต้องทนทุกข์เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย				
7. ฉันต้องเสียสละเวลาไปเที่ยวพักผ่อนเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย				
8. ฉันรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่จะต้องตื่นตอนเช้า และต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยอีกหนึ่งวัน				
9. ฉันไม่มีเวลาที่จะทำในสิ่งต่างๆ ที่ฉันต้องการเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย				
10. ฉันคิดว่า ฉันไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย				
11. ฉันรู้สึกเหน็ดเหนื่อยมากเพราะการดูแลผู้ป่วย				
12. การดูแลผู้ป่วยส่งผลเสียต่อร่างกายของฉัน				

#### ชุดที่ 4 มาตรฐานความหมายในชีวิต จำนวน 10 ข้อคำถาม

เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นดำรงอยู่ และเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมุ่งมั่นเมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือวิกฤตของชีวิต ความหมายในชีวิตเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงบุคคลให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว กระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตอย่างมุ่งมั่น ผ่านสัมพันธ์ภาพต่อผู้คนรอบข้าง และผ่านการมีทัศนคติต่อชีวิตที่เข้มแข็งเพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ต่อไปได้

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความเข้าใจ ถึงความหมายในชีวิตและการค้นหาความหมายในชีวิต ตามความเป็นจริง

ไม่จริง	หมายถึง ท่านไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย
ค่อนข้างไม่จริง	หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นค่อนข้างไม่จริง
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น
ค่อนข้างจริง	หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นค่อนข้างจริง
จริง	หมายถึง ท่านเกิดความรู้สึกเช่นนั้นจริง

ข้อความ	ความรู้สึกที่เกิดขึ้น				
	ไม่จริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างจริง	จริง
1. ฉันเข้าใจความหมายในชีวิตของฉัน					
2. ฉันกำลังมองหาบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้ชีวิตของ ฉันมีความหมาย					
3. ฉันมองหาเป้าหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิตอยู่ เสมอๆ					
4. ชีวิตฉันมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน					
5. ฉันรู้ว่าสิ่งใดทำให้ชีวิตฉันมีความหมาย					
6. ฉันค้นพบจุดมุ่งหมายในชีวิตที่น่าพึงพอใจ					
7. ฉันกำลังค้นหาบางสิ่งที่ทำให้ชีวิตฉันมีความหมาย อยู่เสมอๆ					
8. ฉันกำลังค้นหาจุดมุ่งหมายหรือภารกิจในชีวิตของ ฉัน					
*9. ชีวิตฉันไม่มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน					
10. ฉันค้นหาความหมายในชีวิตของฉัน					

### ชุดที่ 5 มาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิต จำนวน 20 ข้อคำถาม

เป็นการประเมินการรับรู้เป้าหมาย และความหมายในชีวิต

**คำชี้แจง** ในแต่ละข้อ ให้ท่านวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน มากที่สุด ตัวเลขที่อยู่ปลายสุดของแต่ละด้านเป็นค่าที่แสดงความรู้สึกตรงกันข้ามกันเสมอ และค่ากลางหรือค่า “3” แสดงว่าท่านไม่แน่ใจ ขอให้ท่านใช้ค่า “3” ให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้

#### 1. ฉันมักจะ...

1	2	3	4	5
เบื่อหน่าย		ไม่แน่ใจ		รำเริง
ทุกสิ่งทุกอย่าง				กระตือรือร้น

#### 2. สำหรับฉัน ชีวิตดูเหมือนจะ ...

5	4	3	2	1
ตื่นเต้นเสมอ		ไม่แน่ใจ		ซ้ำซากจำเจ

#### 3. ชีวิตฉัน ...

1	2	3	4	5
ไม่มีเป้าหมาย		ไม่แน่ใจ		มีเป้าหมาย
หรือจุดมุ่งหมายใดๆ				หรือจุดมุ่งหมายชัดเจน

#### 4. การดำรงอยู่ของฉัน...

1	2	3	4	5
ไม่มีจุดมุ่งหมาย		ไม่แน่ใจ		มีจุดมุ่งหมาย
และไร้ความหมาย				และมีความหมาย

#### 5. ทุกๆวันจะ...

5	4	3	2	1
มีสิ่งใหม่ๆเสมอ		ไม่แน่ใจ		เหมือนเดิมทุกอย่าง

#### 6. ถ้าเลือกได้ ฉัน...

1	2	3	4	5
ไม่ยอมกเกิดมา		ไม่แน่ใจ		เกิดใหม่ให้
อีกเลยทุกชาติ				เหมือนชาตินี้

#### 7. หลังจากเกษียณงานแล้ว ฉันปรารถนาที่จะ...

5	4	3	2	1
ทำในสิ่งที่เคย		ไม่แน่ใจ		ไม่ทำอะไรเลยใน
อยากจะทำเสมอ				ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่

## 8. ในการดำเนินชีวิตให้ประสบความสำเร็จ ฉัน ...

1	2	3	4	5
ไม่ได้สร้างความก้าวหน้าใดๆเลย		ไม่แน่ใจ		ได้สร้างความสำเร็จให้แก่ชีวิต

## 9. ชีวิตของฉัน...

1	2	3	4	5
ว่างเปล่ามีแต่ความสิ้นหวัง		ไม่แน่ใจ		อยู่ท่ามกลางสิ่งดีๆที่น่าตื่นเต้น

## 10. ถ้าวันนี้ฉันต้องตายไป ฉันรู้สึกว่าคุณชีวิตฉัน...

5	4	3	2	1
มีคุณค่ามาก		ไม่แน่ใจ		ไร้คุณค่า

## 11. เมื่อคิดถึงชีวิต ฉัน...

1	2	3	4	5
สงสัยบ่อยครั้งว่าทำไมจึงมีชีวิตอยู่		ไม่แน่ใจ		มองเห็นเหตุผลในการมีชีวิตอยู่เสมอ

## 12. เมื่อมองดูโลกรอบตัวที่เกี่ยวข้องกับฉัน โลกนี้...

1	2	3	4	5
สร้างความสับสนแก่ฉันเสมอ		ไม่แน่ใจ		ดูลงตัว มีความหมายต่อฉันอย่างพอเหมาะ

## 13. ฉันเป็นคนที่...

1	2	3	4	5
ขาดความรับผิดชอบ		ไม่แน่ใจ		มีความรับผิดชอบ

## 14. ในเรื่องเสรีภาพของคนที่จะเลือกสิ่งที่เขาต้องการ ฉันเชื่อว่า คนเรา ...

5	4	3	2	1
มีเสรีภาพเต็มที่		ไม่แน่ใจ		มีเสรีภาพจำกัด

## 15. เกี่ยวกับความตาย ฉัน.....

5	4	3	2	1
เตรียมพร้อมเสมอ ไม่กลัวความตาย		ไม่แน่ใจ		ไม่ได้เตรียมตัว ไม่อยากนึกถึง

## 16. เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ฉัน.....

1	2	3	4	5
นึกถึงเสมอว่าเป็นการแก้ปัญหา		ไม่แน่ใจ		ไม่เคยนึกถึงเลย

17. ฉันเห็นว่าฉันสามารถค้นหาบางสิ่งที่เป็นเป้าหมายและความหมายในชีวิต ตนเองเพื่อสิ่งนั้น					ตลอดจนได้ทุ่มเท
5	4	3	2	1	
มีความสามารถมาก		ไม่แน่ใจ			ไม่เคยทำได้เลย
18. ชีวิตของฉัน...					
5	4	3	2	1	
ฉันกำหนด		ไม่แน่ใจ			อยู่นอกเหนือการ ควบคุมของฉัน
19. การเผชิญหน้ากับงานในชีวิตประจำวันของฉัน...					
5	4	3	2	1	
เป็นสิ่งที่น่าสนุก น่าพึงพอใจ		ไม่แน่ใจ			เป็นสิ่งที่น่าเบื่อ น่าเจ็บปวด
20. ฉันพบว่าชีวิตของฉัน...					
1	2	3	4	5	
ไม่มีจุดมุ่งหมาย ที่จะทุ่มเทตัวเอง เพื่ออะไรเลย		ไม่แน่ใจ			มีเป้าหมาย ชัดเจนน่าพอใจ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ชุดที่ 6 มาตรการวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต จำนวน 29 ข้อคำถาม

เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่าไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกตนเอง ก็สามารถรับรู้เข้าใจ คาดการณ์ได้อย่างมีเหตุผล สามารถนำแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มองเห็นคุณค่าและรู้สึกคุ้มค่าในการนำแหล่งทรัพยากรดังกล่าวมาใช้ได้อย่างลงตัว

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความรู้สึก สอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ตามความเป็นจริง

ไม่เคยรู้สึก หมายถึง ท่านไม่เคยเกิดความรู้สึกดังกล่าวเลย  
 รู้สึกบางครั้ง หมายถึง ท่านเคยเกิดความรู้สึกดังกล่าวบางครั้ง  
 รู้สึกบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านเคยเกิดความรู้สึกดังกล่าวบ่อยครั้ง  
 รู้สึกเป็นประจำ หมายถึง ท่านเกิดความรู้สึกดังกล่าวเป็นประจำ

ข้อความ	ความรู้สึกที่เกิดขึ้น			
	ไม่ เคย รู้สึก	รู้สึก บาง ครั้ง	รู้สึก บ่อย ครั้ง	รู้สึก เป็น ประจำ
*1. เมื่อฉันพบกับผู้อื่น ฉันรู้สึกว่าผู้อื่นไม่เข้าใจฉัน				
2. ในช่วงที่ผ่านมาเมื่อฉันต้องการทำสิ่งใดก็ตามที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้อื่น ฉันรู้สึกว่างานนั้นต้องสำเร็จอย่างแน่นอน				
3. นอกจากบุคคลที่ใกล้ชิดกับฉันแล้ว ฉันรู้จักบุคคลอื่นที่ต้องติดต่อในชีวิตประจำวันเป็นอย่างดี				
*4. ฉันเคยมีความรู้สึกว่า ฉันไม่ใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว				
*5. ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ฉันรู้สึกแปลกใจในบางพฤติกรรมของผู้อื่นที่ฉันรู้จักเขาดี				
*6. ฉันรู้สึกว่า บุคคลที่ฉันไว้ใจและเชื่อใจทำให้ฉันผิดหวัง				
*7. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้เป็นสิ่งที่น่าเบื่อ				
8. ปัจจุบันนี้ ฉันมีเป้าหมายและความมุ่งหวังในชีวิตที่ชัดเจน				
9. ฉันมีความรู้สึกว่า ฉันได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรมจากบุคคลอื่น				
10. ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันมีความมั่นคง				
*11. ฉันรู้สึกว่า สิ่งที่จะทำในอนาคตเป็นสิ่งที่น่าเบื่อ				

ข้อความ	ความรู้สึกที่เกิดขึ้น			
	ไม่เคยรู้สึก	รู้สึกบ้างครั้ง	รู้สึกบ่อยครั้ง	รู้สึกเป็นประจำ
12. ฉันเคยมีความรู้สึกที่ต้องตกอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย แต่ฉันก็รู้ว่าจะต้องทำสิ่งใดต่อไป				
*13. ฉันรู้สึกว่า เมื่อคนเราต้องเผชิญกับปัญหาและความเจ็บปวดในชีวิต เขาจะไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหาดังกล่าวได้				
*14. ฉันรู้สึกและถามตัวเองอยู่บ่อยครั้งว่า เพราะเหตุใดฉันถึงยังมีชีวิตอยู่				
15. ฉันต้องเผชิญกับปัญหาที่ยากลำบากอยู่บ่อยครั้ง แต่ฉันก็มักจะพบวิธีการแก้ปัญหาเหล่านั้นเสมอ				
*16. ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อใจกับสิ่งที่ฉันทำในแต่ละวัน				
17. ฉันคิดว่า ชีวิตของฉันในอนาคตมีความชัดเจนและมั่นคง				
18. ในอดีตที่ผ่านมา เมื่อมีสิ่งที่ทำให้ฉันไม่สบายใจ ฉันมักจะบอกกับตนเองว่า ต้องอยู่กับเรื่องนั้นให้ได้และดำเนินชีวิตต่อไป				
19. ฉันไม่เคยมีความรู้สึกและความคิดที่ลังเลสับสน				
*20. ฉันรู้สึกว่า เมื่อฉันได้ทำในสิ่งที่ทำให้ฉันเกิดความรู้สึกดี แต่กลับต้องมีเหตุการณ์อื่นมาทำให้ความรู้สึกดีนั้นลบล้างหายไป				
21. ฉันมีความคิดอยู่บ่อยครั้งว่า ฉันต้องการให้สิ่งที่กำลังคิดอยู่ในใจนั้นเกิดขึ้นจริง				
22. ฉันคาดว่า ชีวิตของฉันในอนาคตจะเต็มไปด้วยความหมาย และความมุ่งหวังในชีวิต				
*23. ฉันคิดอยู่บ่อยครั้งว่า ไม่มีบุคคลใดที่เข้าใจและไว้วางใจได้ในอนาคต				
24. ฉันรู้สึกแน่ใจอยู่บ่อยครั้งว่าจะมีสิ่งใดเกิดขึ้นต่อไป				
*25. ฉันรู้สึกอยู่บ่อยครั้งว่า บางสถานการณ์บุคคลที่มีความเข้มแข็งอาจรู้สึกว่าตนเองล้มเหลวเป็นผู้แพ้				
26. เมื่อมีสิ่งใดเกิดขึ้น ฉันมักจะให้ความสำคัญกับสิ่งนั้นตามความเป็นจริง				
*27. เมื่อฉันคิดถึงความยากลำบากที่ต้องพบในชีวิต ฉันไม่มั่นใจในตัวเองว่าจะสามารถเอาชนะอุปสรรคนั้นได้				
28. ฉันรู้สึกเสมอว่า สิ่งที่ฉันทำในทุกวันนี้ เป็นสิ่งที่มีความหมาย				
29. ฉันรู้สึกว่า ฉันสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้				

ขอขอบคุณที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม  
นางสาวอรุทัย โฉมเจ็ด (ผู้วิจัย)

## ชุดคำถามสัมภาษณ์ (Interview Protocol)

**การวิจัยเรื่อง** ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม: การวิจัยแบบผสวนวิธี

แนวคำถามสัมภาษณ์ต่อไปนี้เป็นแนวทางเพื่อสัมภาษณ์ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

### 1. ชั้นเริ่มสนทนา

ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์และสิทธิของผู้ให้ข้อมูล สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยด้วยความเป็นกันเอง ชักถามเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พร้อมทั้งขออนุญาตในการบันทึกเสียงและจดบันทึกอย่างย่อ โดยมีแนวคำถามเริ่มต้นดังนี้

ผู้ดูแลผู้ป่วย...

- มีความสัมพันธ์ หรือเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร มีเหตุผล หรือ สาเหตุที่ทำให้กลายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร
- ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาานเท่าไร โดยเฉลี่ยให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยกี่ชั่วโมงต่อวัน หรือกี่ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่นๆ หรือไม่ อย่างไร
- สมาชิกในครอบครัว (ของผู้ป่วย) มีส่วนในการเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร
- ทำงานประจำหรือไม่/กิจกรรมชีวิตอื่นๆ ที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยมีหรือไม่ อย่างไร
- การดูแลผู้ป่วยส่งผลต่อกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ได้อย่างไร
- เป็นผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวหรือมีผู้อื่นมาสลับสับเปลี่ยนในการดูแล

### 2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ประสบการณ์ของญาติในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย โดยอาจมีคำถามติดตามประเด็นเช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยมี...

- กิจกรรม หรือการช่วยเหลือที่ปฏิบัติโดยทั่วไป และปฏิบัติเป็นประจำแก่ผู้ป่วยมีอะไรบ้าง อาจตามด้วยคำถามเจาะจงมากขึ้นเช่น สิ่งใดหรือกิจกรรมใดที่ปฏิบัติแล้วรู้สึกหนักกายหนักใจหรือเป็นภาระมากกว่ากิจกรรมอื่นๆ สิ่งใดหรือกิจกรรมที่ปฏิบัติแล้วรู้สึกสบายใจ

คิดว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่เพิ่มเข้ามา หรือเป็นภาระให้กับตนเองหรือไม่  
อย่างไร เป็นต้น

- การดูแลผู้ป่วยส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของท่าน หรือไม่ อย่างไรบ้าง
- การดูแลผู้ป่วยส่งผลต่อสภาพจิตใจของท่าน หรือไม่ อย่างไรบ้าง
- ท่านคิดว่า การดูแลผู้ป่วยนั้น ทำให้ท่านต้องปรับเปลี่ยนเวลาชีวิต หรือทำให้ท่านมีเวลาส่วนตัวลดลงหรือไม่ อย่างไร

#### ความหมายในชีวิต และความมุ่งหวังในชีวิต

- การดูแลผู้ป่วยที่ท่านทำอยู่ มีความสำคัญหรือมีความหมายกับตัวท่านอย่างไร
- ในช่วงชีวิตที่ยากลำบากที่สุดในการดูแลผู้ป่วยของท่านคืออะไร
- มีอะไรที่ทำให้ท่านยังมีกำลังใจ และความหวังอยู่ได้
- มีอะไรนำทาง หรือเป็นแรงใจให้ท่านผ่านช่วงชีวิตที่ยากลำบากนั้น
- อะไรที่ทำให้ท่านยังคงดูแลผู้ป่วยต่อไป แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยจะเป็นประสบการณ์ที่หนักหน่วงและเป็นทุกข์ เวลาที่ท่านมีความทุกข์ท่านมักจะนึกถึงอะไร เวลาที่ท่านมีความสุขท่านมักจะนึกถึงอะไร เป็นต้น

- ท่านรู้สึกพึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่มากน้อยเพียงใด
- ท่านเคยเกิดความรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาหรือไม่

#### ความรู้สึกลดคลั่งกลมกลืนในชีวิต

- ในชีวิตทั้งที่ผ่านมาและตอนนี้มีปัญหาอะไรบ้างที่สร้างความหนักใจให้แก่ท่าน ปัญหาหลักคืออะไร ลักษณะของปัญหาและความถี่ที่เกิดขึ้น ความมากน้อยของปัญหา
- ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุของปัญหาหลักที่ท่านเผชิญอยู่ ท่านมีวิธีการทำความเข้าใจกับปัญหาหลักที่เกิดขึ้นหรือไม่ อย่างไร
- สิ่งแรกที่ท่านนึกถึง เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหลักคืออะไร ท่านคิดว่าตนเองจัดการกับปัญหาหลักนั้นได้หรือไม่ ถ้าได้ท่านมีแนวทางอย่างไร
- ท่านเคยมีความรู้สึกท้อแท้ใจกับปัญหาหลักที่เกิดขึ้นหรือไม่ อย่างไร
- หากท่านไม่สามารถที่จะแก้ไขปัญหาหลักด้วยตัวท่านเองแล้ว ท่านมีอะไรคอยช่วยเหลือ หรือมีแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ หรือไม่

- อะไรทำให้ท่านยังคงมีกำลังใจในการพยายามแก้ไขปัญหาลึกที่  
เกิดขึ้น

### 3. ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม และยุติการสัมภาษณ์

มีอะไรที่ท่านต้องการจะบอกเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข  
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ผู้เชี่ยวชาญและจดหมายเชิญ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่านเพื่อพิจารณาความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของมาตรวัดประสพการณ์การดูแลผู้ป่วย มาตรวัดความรู้สึกรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย มาตรวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต มาตรวัดความหมายในชีวิต และมาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิต โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องของการแปล การใช้สำนวนภาษา และการคงความหมายเดิม โดยมีรายชื่อดังต่อไปนี้

1. รองศาสตราจารย์วัชรีย์ ทรัพย์มี ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์ประจำสาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์ภัสรา ศรินทร์ภาณุ ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. นางสาวเนตรสุวีร์ เจริญจิตสวัสดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยตึกอำนวยการ ชั้น 7 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์นพดล อัครเมธา อาจารย์ประจำภาควิชารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 0-2218-9911 โทรสาร 0-2218-9923  
ที่ \_\_\_\_\_ วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2552  
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์อาจารย์ในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวอรุทัย โฉมเจ็ด นิสิตชั้นปีที่ 2 หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความหมายในชีวิต และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม: การวิจัยแบบผสวนวิธี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณญา ต้อยคำภีร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนาเครื่องมือวิจัย เพื่อให้เครื่องมือวิจัยมีความถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ดิฉันจึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์วัชร ทรัพย์มี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางสาวอรุทัย โฉมเจ็ด)

นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา  
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้วิจัยหลัก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.7/ ๒๓๒



คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 16 สยามสแควร์  
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ เมษายน 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์อาจารย์ในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

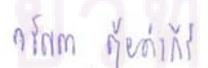
นางสาวอรุทัย โดมเจ็ด นิสิตชั้นปีที่ 2 หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความหมายในชีวิต และความรู้สึกสอคล้องกลมกลืนในชีวิต ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม: การวิจัยแบบผสมวิธี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณญา ต้อยคำภีร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ นิสิตอยู่ในระหว่างการพัฒนาเครื่องมือวิจัย เพื่อให้เครื่องมือวิจัยมีความถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ คณะจิตวิทยาได้ พิจารณาเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัสรา ศิริรินทร์ภาณุ อาจารย์ในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี

ข้าพเจ้าจึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัสรา ศิริรินทร์ภาณุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัยของนิสิต เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ขอแสดงความนับถือ

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณญา ต้อยคำภีร์)

  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต)  
คณบดีคณะจิตวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทร. 0-2218-9925

โทรสาร 0-2218-9923



ที่ ศธ 0512.7/ 671

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 16 สยามสแควร์  
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

2 เมษายน 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

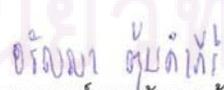
นางสาวอรุทัย โฉมเจ็ด นิสิตชั้นปีที่ 2 หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความหมายในชีวิต และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม: การวิจัยแบบผสานวิธี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ นิสิตอยู่ในระหว่างการพัฒนาเครื่องมือวิจัย เพื่อให้เครื่องมือวิจัยมีความถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ คณะจิตวิทยาได้ พิจารณาเห็นว่านางสาวเนตรสุวีร์ เจริญจิตสวัสดิ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยตึกวอวานิช ชั้น 7 ในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี

ข้าพเจ้าจึงขอเรียนเชิญนางสาวเนตรสุวีร์ เจริญจิตสวัสดิ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัยของ นิสิต เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ขอแสดงความนับถือ

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์)

  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

คณบดีคณะจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทร. 0-2218-9925

โทรสาร 0-2218-9923

ที่ ศธ 0512.7/ 10๒9



คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 16 สยามสแควร์  
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

12 มิถุนายน 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวอรุทัย โนมเจ็ด นิสิตชั้นปีที่ 2 หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา การปรึกษา กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความหมายในชีวิต และความรู้สึกสอดคล้อง กลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม: การวิจัยแบบผสมผสานวิธี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรุณญา ต้อยคำภีร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ นิสิตอยู่ในระหว่างการศึกษาระดับปริญญาโท เพื่อให้การ วิจัยมีความถูกต้องและมีประสิทธิภาพ คณะจิตวิทยาได้ พิจารณาเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์นพดล อัครเมธา อาจารย์ประจำภาควิชารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี

ข้าพเจ้าจึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์นพดล อัครเมธา เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในการวิจัยของนิสิต เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณญา ต้อยคำภีร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต)

คณบดีคณะจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทร. 0-2218-9925

โทรสาร 0-2218-9923



ภาคผนวก ค  
จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ในการขออนุญาตใช้เครื่องมือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Windows Live™

Home Profile People Mail Photos More ▼ MSN ▼

Search the web

--EMMY--  
sign out

## Hotmail

New | Delete Junk | Mark as ▼ Move to ▼ |

Messenger ▼ | Options ▼ ?

emmy\_nurse@hotmail.com

Reply Reply all Forward |

Inbox  
Junk  
**Drafts**  
Sent  
Deleted  
EM Trip\_Informati...  
Emmy Thesis  
Emmy\_General  
Family  
IRBChula Hospital  
JaJa  
Master Degree  
New Thesis  
SCB  
Sushi  
Trip  
การนำเสนอบทค...  
อ.กระแตThesis  
Manage folders  
Add an e-mail  
account

## Re: Thank you so much and I have few questions regarding the scoring

From: **Koji ABE** (kojiabe@nils.go.jp)  
Sent: Friday, March 27, 2009 12:15:43 PM  
To: --EMMY-- @--@@ (emmy\_nurse@hotmail.com)

Dear Emmy,

Thank your for your interest and questions about the scale.

Ans.1:

You can use the scale with two types of the score.  
A total score of all items (12-48) is suitable for simple interpretation and clinical use.  
Sub-scale score (6-24) are able to use separately and may be suitable for study.

Ans.2:

There is no cut-off point or criteria of the scale.  
If you want to use the criteria, it is needed to check the validity of the criteria.

Best regards,

Koji

Koji Abe, PhD.  
Department of Gerontological Policy,  
National Center for Geriatrics and Gerontology,  
36-3, Gengo, Morioka-cho, Obu-shi, Aichi, 474-8522, JAPAN  
E-mail:kojiabe@nils.go.jp



ศูนย์วิจัยทันตวิทยา  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Windows Live™ Home Profile People Mail Photos More ▼ MSN ▼ Search the web

Hotmail New | Delete Junk | Mark as ▼ Move to ▼ | Messenger ▼

emmy\_nurse@hotmail.com Reply Reply all Forward |

**RE: Ask your permission to use the Dutch Objective Burden Inventory (DOBI)**

From: **Luttik, MLA** (m.l.a.luttik@thorax.umcg.nl)  
 Sent: Wednesday, April 01, 2009 2:02:33 PM  
 To: --EMMY-- @--@@ (emmy\_nurse@hotmail.com)  
 2 attachments | [Download all attachments](#) (108.5 KB)  
[Dutch Obj...doc](#) (81.5 KB), [Instructi...doc](#) (27.0 KB)

Dear Emmy,

Attached you find the English version of the DOBI (including instructions about how to analyze the scale). If you are interested in the SPSS syntax as well, please mail me again so I can make this file ready for you to use. I guess you have to adjust especially the domain of the treatment related tasks and the domain of motivational tasks. The procedure for the translation is as follows; after the translation in the Thai language, the scale has to be backtranslated (from Thai into English) by an English native speaker. I would like to receive the Thai version of the scale when it is finished and furthermore I would be interested in your data and results. I kindly ask you to share your data with us, so we can use these to further validate the Scale.

The reference you can use is the paper you mentioned in your mail below.

When you have any questions regarding the scale, please feel free to contact me.

Kind regards,

dr. M.L.A.Luttik  
 Senior Researcher  
 Dep. Cardiology  
 University Medical Center Groningen  
 PO BOX 30001  
 9700 RB Groningen  
 The Netherlands  
 +31 50 3611594

Windows Live™  
 รับผิดชอบ  
 เก็บ  
 พ  
<http://dis>  
 ติง  
 เร็ว

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Windows Live™ Home Profile People Mail Photos More ▾ MSN ▾ Search the web --EMMY sign

Hotmail New | Delete Junk | Mark as ▾ Move to ▾ | Messenger ▾ |

emmy\_nurse@hotmail.com Reply Reply all Forward |

Inbox  
Junk  
**Drafts**  
Sent  
Deleted  
EM Trip\_Informati...  
**Emmy Thesis**  
Emmy\_General  
Family  
IRBChula Hospital  
JaJa  
Master Degree  
New Thesis  
SCB  
Sushi  
Trip  
การนำเสนอบทค...  
อ.กระแตThesis  
Manage folders  
Add an e-mail account

Re: Ask your permission to use the Meaning in Life Questionnaire(MLQ)

From: **Michael Steger** (michael\_f\_steger@yahoo.com)  
Sent: Wednesday, April 08, 2009 2:30:57 AM  
To: --EMMY-- @--@@ (emmy\_nurse@hotmail.com)

Hi Emmy,

I've replied before - I wonder if there are problems with the email? You have permission to use the MLQ. I would ask that you summarize what you find when you're done with your research. If you translate the MLQ, I would request that you send me a copy of your translation, and that this copy have your contact information in it (that way other people who want to use it can contact you instead of re-translating). If you need help trying to publish what you find, please let me know and perhaps we can work together.

As far as the questions you asked about the MLQ, it's pretty straightforward. There is no total score for all 10 items, the Search scale and Presence scale need to be calculated separately. Item #9 is scored by converting 1=7, 2=6, 3=5, and so on, then adding to the other 4 items. I am not aware of any limitations.

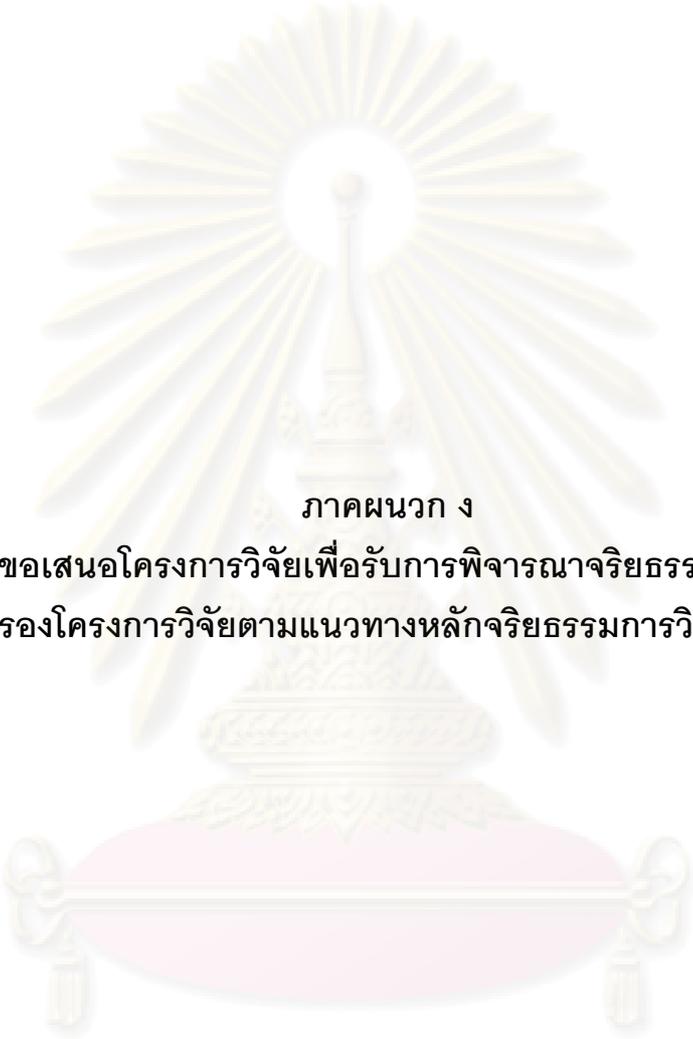
Good luck with your research - I think it sounds very interesting!

Sincerely,

Michael F. Steger, Ph.D.  
Counseling Psychology & Applied Social Psychology  
Colorado State University  
Department of Psychology  
1876 Campus Delivery  
Fort Collins, CO 80523-1876  
Fax: (970) 491-1032

รับ...  
แ...  
เฉพ...  
ที่เขี...  
สมัค...  
ส่มค...

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
วิทยาลัยพยาบาล



ภาคผนวก ง  
จดหมายขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม และเอกสาร  
รับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคน

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ. 0512.7/ 19๗1



คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ชั้น 16 อาคารวิทยกิตติ ถนนพญาไท  
วังใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ ธันวาคม 2551

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม  
เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง วิไล ชินธเนศ)

- สิ่งที่แนบมาด้วย 1. สำเนาหนังสือคำร้องขอสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ฉบับ  
2. สำเนาแบบเสนอขอความเห็นชอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร  
จำนวน 1 ฉบับ

เนื่องด้วย นางสาวอรุทัย โฉมเจ็ด เลขประจำตัว 5078132538 นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาจิตวิทยาการ  
ปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอหัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความหมาย  
ในชีวิต และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม: การวิจัยแบบผสมวิธี  
และได้สอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านแล้ว เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 และได้รับความเห็นชอบจาก  
คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ ในการประชุมครั้งที่ 8/2551 เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 โดยหลักสูตรมีมติให้  
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์จำนวน 4 ท่าน ดังเอกสารแนบ ดังนั้นจึงขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เพื่อให้  
กระบวนการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์และนำผลที่ได้จากการวิจัยมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการจกเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.โสรัช โปธิแก้ว)

ผู้อำนวยการหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-9925 โทรสาร. 0-2218-9923

นิสิต (ผู้วิจัย)

นางสาวอรุทัย โฉมเจ็ด โทร. 081-683-1652



COA No. 201/2009  
IRB No. 494/51

**INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**  
**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University**  
1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

**Certificate of Approval**

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

**Study Title** : Caregiving experiences, meaning in live, and sense of coherence among family caregivers of patients with invasive cancers: a mixed methods research

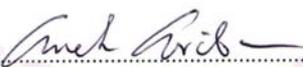
**Study Code** : -

**Study Center** : Chulalongkorn University

**Principal Investigator** : Miss Onruithai Chomchoed

**Document Reviewed** :

1. Protocol
2. Patient Information Sheet and Consent Form
3. CRF

Signature:   
(Emeritus Professor Anek Aribarg, M.D.)  
Chairman of  
The Institutional Review Board

Signature:   
(Associate Professor Sopiit Thamaree)  
Committee and Secretary of  
The Institutional Review Board

**Date of Approval** : March 19, 2009

**Approval Expire Date** : March 19, 2010

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any) bearing the Institutional Review Board's seal of approval ; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for the record;
3. Report to the Institutional Review Board any serious adverse event or any changes in the research activity within five working days;
4. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested;
5. If the study cannot be finished within the expire date of the approval certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration.

\* A list of the Institutional Review Board members (names and positions) present at the meeting of Institutional Review Board on the date of approval of this study has been attached. All approved documents will be forwarded to the principal investigator.

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 201/2009  
IRB No. 494/51

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ : ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความหมายในชีวิต และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม: การวิจัยแบบผสมวิธี

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอรุณทัย โคมเจ็ด

สังกัดหน่วยงาน : คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. Protocol
2. Patient Information Sheet and Consent Form
3. CRF

ลงนาม .....  
(ศาสตราจารย์นายแพทย์เอนก อารีพรรค)

ลงนาม .....  
(รองศาสตราจารย์โสภิต ธรรมอารี)

ประธาน  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

กรรมการและเลขานุการ  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 19 มีนาคม 2552

วันหมดอายุ : 19 มีนาคม 2553

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบบินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนอย่างน้อย 1 เดือน

\* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ  
จดหมายขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่เก็บข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ ศธ 0512.7/ 10๕๐

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 16 สยามสแควร์  
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

15 มิถุนายน 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่แนบมาด้วย
- ใบคำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษา
  - คำรับรองการให้รายงานวิทยานิพนธ์โครงการวิจัย
  - สำเนาเอกสารรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละ 1 ฉบับ
  - โครงการวิจัย ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวอรุณทัย โจมเจ็ด นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอหัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความหมายในชีวิต และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม: การวิจัยแบบผสมวิธี (CAREGIVING EXPERIENCES, MEANING IN LIFE, AND SENSE OF COHERENCE AMONG FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH INVASIVE CANCERS: A MIXED METHODS RESEARCH) และได้สอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านแล้วโดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ ในการประชุมครั้งที่ 8/2551 ในวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 และได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย COA No.201/2009, IRB No.494/51 เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2552 โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ตัญคำภีร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนั้น เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอน บรรลุวัตถุประสงค์และนำผลที่ได้มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัยในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาที่ตึกอำนวยการ ชั้น 3, 5, 6, 7 และศูนย์เคมีบำบัด (Day care) ตึกอำนวยการ ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

ขอแสดงความนับถือ

อรัญญา ตัญคำภีร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ตัญคำภีร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต)

คณบดีคณะจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทร. 0-2218-9925 โทรสาร 0-2218-9923

ที่ จพ.รค. 2736 / 2552



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
1873 ถนนพระรามที่ 4  
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

20 กรกฎาคม 2552

เรื่อง ยินดีให้หนังสือเข้ามาเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0512.7 / 1080 ลงวันที่ 15 มิถุนายน 2552

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า นางสาวอรุทัย โฉมเจ็ด นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา - จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดทำวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยความหมายในชีวิต และความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม : การวิจัยแบบ – ผสานวิธี (CAREGIVING EXPERIENCES , MEANING IN LIFE , AND SENSE OF COHERENCE AMONG – FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH INVASIVE CANCERS:A MIXED METHODS RESEARCH) และในการนี้ ได้ขออนุญาตเข้ามาเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังรายละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พิจารณาแล้ว **ไม่ขัดข้อง** ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมาโดยกรุณาติดต่อประสานงานได้ที่ฝ่ายการพยาบาล 0-2256-4360 ในวันและเวลาราชการ อนึ่ง ก่อนเข้าพบบุคคลดังกล่าว ขอให้ນัมนักศึกษาหรือบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมจดหมายฉบับนี้มาติดต่อขอรับบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูล ณ ฝ่ายเลขานุการ ตึกอำนวยการชั้นล่าง ห้องหมายเลข 2

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

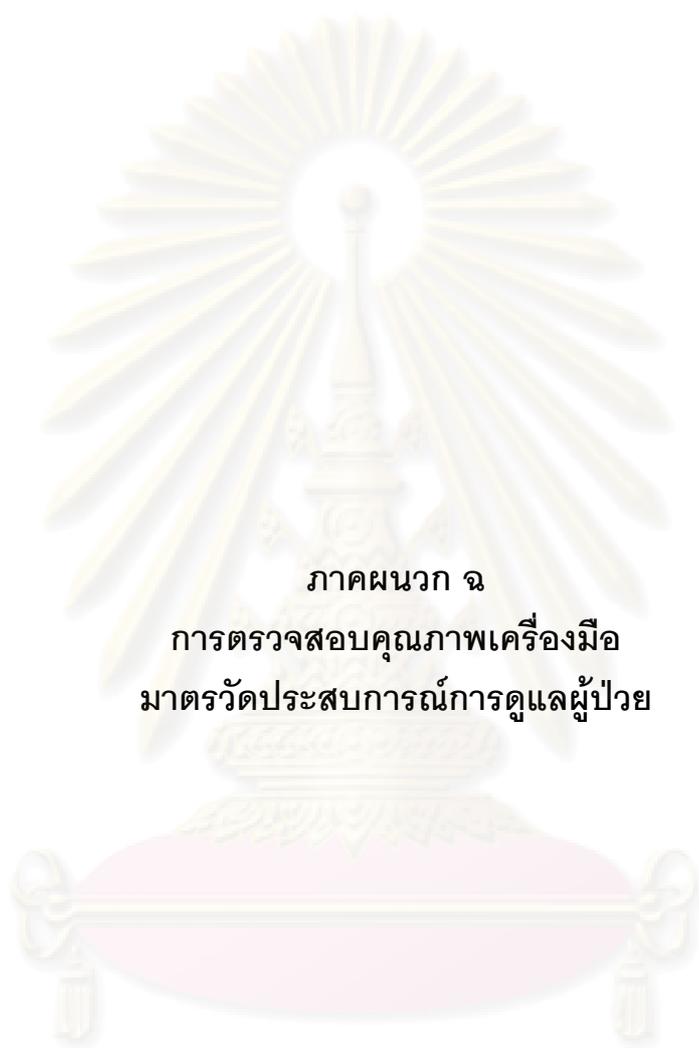
ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ โคธิรานุกัมภ์)  
รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายยุทธศาสตร์และสารสนเทศ  
ปฏิบัติการแทน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มงานร่างโต้ตอบเอกสาร ฝ่ายเลขานุการ

โทรศัพท์ : 0-2256-4312

โทรสาร : 0-2256-4368



ภาคผนวก จ  
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ  
มาตรวัดประสพการณ์การดูแลผู้ป่วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) กับคะแนนรวมของรายข้อที่เหลือของมาตรวัดทั้งหมด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) กับคะแนนรวมของรายข้อที่เหลือของมาตรวัดในแต่ละด้าน และค่าสถิติที (T-test) ของมาตรวัดประสพการณ์การดูแลผู้ป่วย (N=200)

กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา	จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ			ความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ		
	CITC ทั้งฉบับ	CITC รายด้าน	T-test	CITC ทั้งฉบับ	CITC รายด้าน	T-test
<b>การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย</b>						
1. ช่วยเหลือเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ	.64*	.65*	9.08**	.70*	.57*	3.27**
2. ช่วยเหลือเรื่องการทำความสะดวกร่างกาย (เช่น อาบน้ำ เช็ดตัว เป็นต้น)	.70*	.82*	12.84**	.40*	.55*	2.29**
3. ช่วยเหลือเรื่องการแต่งตัว	.70*	.86*	15.16**	.48*	.61*	2.31**
4. ช่วยเหลือเรื่องการขับถ่าย	.70*	.83*	14.50**	.31*	.47*	2.29**
5. ช่วยเหลือดูแลรูปร่างหน้าตา (เช่น การแปรงฟัน ตัดเล็บ หวีผม เป็นต้น)	.72*	.86*	14.52**	.32*	.42*	2.03**
6. ช่วยเหลือพาผู้ป่วยเดินภายในบ้าน หรือรอบๆ บ้าน	.68*	.81*	14.09**	.41*	.50*	1.41
7. ช่วยเหลือพาผู้ป่วย ขึ้น-ลง จากเตียงนอน หรือเก้าอี้	.67*	.80*	12.43**	.48*	.59*	2.31**
8. ช่วยเหลือในการพาขึ้นบันได	.64*	.75*	11.37**	.47*	.46*	2.33**
9. ช่วยเหลือจัดท่านอนให้สุขสบาย	.47*	.56*	7.66**	.49*	.46*	2.55**
10. ให้การช่วยเหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง	.60*	.58*	7.77**	.40*	.52*	5.53**
11. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยบ่อยครั้งในเวลากลางวัน	.71*	.72*	11.19**	.43*	.56*	6.91**
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (รายด้าน) =</b>	<b>.94</b>			<b>.80</b>		
<b>การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป และการช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับการรักษา</b>						
12. ช่วยเหลืองานบ้านที่ออกแรงน้อย (เช่น บัดฝุ่น ล้างจาน เป็นต้น)	.50*	.48*	5.84**	.70*	.64*	3.41**
13. ช่วยเหลืองานบ้านที่ต้องออกแรงมาก (เช่น การใช้เครื่องดูดฝุ่น การทำความสะอาดพื้น เป็นต้น)	.51*	.57*	6.37**	.50*	.55*	2.77**
14. ช่วยเหลือในเรื่องการจ่ายซื้อของ	.60*	.66*	7.35**	.73*	.73*	3.61**
15. ช่วยเหลือเกี่ยวกับธุรกรรมทางการเงิน	.60*	.69*	8.17**	.44*	.53*	3.29**
16. ช่วยในการเขียนใบเบิกค่ารักษาพยาบาล	.60*	.67*	8.17**	.41*	.52*	2.76**
17. จัดให้มีการดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องการ	.60*	.60*	5.82**	.61*	.53*	2.78**
18. จัดให้มีเครื่องช่วยทางกายภาพที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย	.61*	.57*	9.42**	.56*	.56*	2.78**

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  ( $t_{38} = 1.68$ )

ตารางที่ 19 (ต่อ)

กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา	จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ			ความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรม การดูแลช่วยเหลือ		
	CITC ทั้ง ฉบับ	CITC รายด้าน	T-test	CITC ทั้งฉบับ	CITC ราย ด้าน	T-test
19. ช่วยเหลือเรื่องการรับใบสั่งยา	.50*	.68*	4.74**	.54*	.51*	2.78**
20. ช่วยเหลือเรื่องการรับยา	.51*	.68*	4.86**	.45*	.50*	3.20**
21. ติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีคำถามหรือปัญหาที่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	.53*	.65*	6.07**	.43*	.45*	2.05**
22. มีส่วนร่วมในการพูดคุยกับแพทย์หรือ ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ	.52*	.59*	6.17**	.45*	.44*	2.55**
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (รายด้าน) =</b>	<b>.89</b>			<b>.85</b>		
<b>การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย</b>						
23. ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา	.61*	.66*	6.32**	.57*	.68*	3.27**
24. ติดตามให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามแผนการ รักษา(เช่น จัดเตรียมอาหารที่จำกัดความเค็ม เป็นต้น)	.70*	.73*	8.20**	.55*	.65*	3.68**
25. ดูแลให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักรักษาอยู่ในเกณฑ์ปกติ	.67*	.75*	8.50**	.62*	.70*	2.44**
26. ติดตามให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย ตามแผนการรักษา	.75*	.79*	11.24**	.60*	.70*	3.46**
27. สร้างแรงจูงใจในการรับประทานอาหาร	.67*	.71*	8.26**	.64*	.67*	2.55**
28. สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเล็ก หรือลดบุหรี่	.33*	.35*	4.56**	.27*	.24*	3.23**
29. สร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรม/ออกกำลังกาย	.70*	.70*	9.88**	.58*	.75*	1.97**
30. สร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา	.62*	.65*	6.13**	.61*	.77*	2.18**
31. สร้างแรงจูงใจในการรับสารน้ำตามแผนการรักษา	.63*	.70*	6.86**	.51*	.72*	1.65**
32. สร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นทำกิจกรรมหรือ ทำงานอีกครั้ง	.59*	.59*	7.16**	.67*	.60*	4.04**
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (รายด้าน) =</b>	<b>.89</b>			<b>.89</b>		
<b>การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ความรู้สึก</b>						
33. ปลอบโยนและให้กำลังใจ	.50*	.81*	4.17**	.67*	.95	1.93**
34. พุดคุยเพื่อลดความวิตกกังวล	.47*	.81*	3.73**	.67*	.95	1.93**
35. พุดคุยเพื่อลดความรู้สึกซึมเศร้า	.54*	.89*	4.26**	.73*	.85	2.18**
36. พุดคุยเพื่อลดสิ่งที่รบกวนใจ	.55*	.84*	4.20**	.67*	.95	1.93**
37. แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ	.53*	.86*	4.45**	.68*	.90	2.42**
38. อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย	.54*	.71*	4.93**	.65*	.77	2.64**
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (รายด้าน) =</b>	<b>.94</b>			<b>.97</b>		
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของมาตรวัดทั้งฉบับ =</b>	<b>.95</b>			<b>.94</b>		

\* p<.05, \*\* p<.01 ( $t_{38} = 1.68$ )



ภาคผนวก ช  
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ  
มาตรวัดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) กับคะแนนรวมของรายข้อที่เหลือของมาตรวัดทั้งหมด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) กับคะแนนรวมของรายข้อที่เหลือของมาตรวัดในแต่ละด้าน และค่าสถิติที (T-test) ของมาตรวัดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย (N=200)

ข้อความ	CITC ทั้งฉบับ	CITC รายด้าน	T-test
<b>ความรู้สึกที่มีต่อภาวะทางสังคมที่ถูกกดดัน</b>			
1. ฉันออกจากบ้านไปไหนไม่ได้เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย	.55*	.56*	9.32**
3. ฉันต้องปรับเปลี่ยนการทำงาน หรือเวลาส่วนตัวเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย	.52*	.59*	10.14**
5. ฉันรู้สึกว่าเวลาส่วนตัวมีลดลงเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย	.75*	.76*	13.81**
7. ฉันต้องเสียสละเวลาไปเที่ยวพักผ่อนเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย	.62*	.65*	10.88**
9. ฉันไม่มีเวลาที่จะทำในสิ่งต่างๆ ที่ฉันต้องการเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย	.71*	.68*	11.37**
11. ฉันรู้สึกเหน็ดเหนื่อยมากเพราะการดูแลผู้ป่วย	.72*	.54*	9.05**
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (รายด้าน) = .84</b>			
<b>ความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย</b>			
2. ฉันรู้สึกอ่อนล้าเพราะต้องดูแลผู้ป่วย	.68*	.59*	11.19**
4. ฉันคิดว่า การดูแลผู้ป่วยไปเรื่อยๆ จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพของฉัน	.58*	.67*	7.71**
6. ฉันคิดว่าสุขภาพร่างกายของฉันต้องทนทุกข์เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย	.68*	.76*	8.42**
8. ฉันรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่จะต้องตื่นตอนเช้า และต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยอีกหนึ่งวัน	.74*	.69*	10.15**
10. ฉันคิดว่า ฉันไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย	.71*	.63*	9.91**
12. การดูแลผู้ป่วยส่งผลเสียต่อร่างกายของฉัน	.53*	.65*	6.26**
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (รายด้าน) = .86</b>			
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของมาตรวัดทั้งฉบับ = .91</b>			

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  ( $t_{.05, 38} = 1.68$ )



ภาคผนวก ซ  
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ  
มาตรวัดความหมายในชีวิต

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) กับคะแนนรวมของรายข้อที่เหลือของมาตรวัดทั้งชุด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) กับคะแนนรวมของรายข้อที่เหลือของมาตรวัดในแต่ละด้าน และค่าสถิติที (T-test) ของมาตรวัดความหมายในชีวิต (N=200)

ข้อความ	CITC ทั้งฉบับ	CITC ราย ด้าน	T-test
<b>ความเข้าใจถึงความหมายในชีวิต</b>			
1. ฉันเข้าใจความหมายในชีวิตของฉัน	.41*	.58*	5.15**
4. ชีวิตฉันมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน	.58*	.75*	8.08**
5. ฉันรู้ว่าสิ่งใดทำให้ชีวิตฉันมีความหมาย	.56*	.71*	7.47**
6. ฉันค้นพบจุดมุ่งหมายในชีวิตที่น่าพึงพอใจ	.50*	.76*	6.93**
9. ชีวิตฉันไม่มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน	.35*	.49*	6.98**
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (รายด้าน) = .85</b>			
<b>การค้นหาความหมายในชีวิต</b>			
2. ฉันกำลังมองหาบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้ชีวิตของฉันมีความหมาย	.57*	.69*	8.17**
3. ฉันมองหาเป้าหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิตอยู่เสมอๆ	.67*	.66*	8.84**
7. ฉันกำลังค้นหาบางสิ่งที่ทำให้ชีวิตฉันมีความหมายอยู่เสมอๆ	.67*	.80*	10.45**
8. ฉันกำลังค้นหาจุดมุ่งหมายหรือภารกิจในชีวิตของฉัน	.63*	.81*	10.10**
10. ฉันค้นหาความหมายในชีวิตของฉัน	.54*	.69*	8.69**
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (รายด้าน) = .89</b>			
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของมาตรวัดทั้งฉบับ = .85</b>			

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  ( $t_{.05} = 1.68$ )



ภาคผนวก ฅ  
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ  
มาตรวัดความมุ่งหวังในชีวิต

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) กับคะแนนรวมของรายข้อที่เหลือของมาตรวัดทั้งหมด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) กับคะแนนรวมของรายข้อที่เหลือของมาตรวัดในแต่ละด้าน และค่าสถิติที (T-test) ของมาตรวัดความมั่งหวังในชีวิต (N=200)

ข้อความ	CITC ทั้งฉบับ	T-test
1.ฉันมักจะ... (เบื่อหน่ายทุกสิ่งทุกอย่าง/ไม่แน่ใจ/รำเริง กระตือรือร้น)	.63*	7.76**
2. สำหรับฉัน ชีวิตดูเหมือนจะ... (ตื่นเต้นเสมอ/ไม่แน่ใจ/ซ้ำซากจำเจ)	.56*	7.07**
3. ชีวิตฉัน... (ไม่มีเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายใดๆ/ไม่แน่ใจ/มีเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายชัดเจน)	.69*	9.49**
4. การดำรงอยู่ของฉัน... (ไม่มีจุดหมายและไร้ความหมาย/ไม่แน่ใจ/มีจุดหมายและมีความหมาย)	.63*	7.99**
5. ทุกๆ วันจะ... (มีสิ่งใหม่ๆเสมอ/ไม่แน่ใจ/เหมือนเดิมทุกอย่าง)	.51*	7.08**
6. ถ้าเลือกได้ ฉัน... (ไม่อยากจะเกิดมาอีกเลยทุกชาติ/ไม่แน่ใจ/เกิดใหม่ให้เหมือนชาตินี้)	.40*	6.01**
7. หลังจากเกษียณงานแล้ว ฉันปรารถนาที่จะ... (ทำในสิ่งที่เคยอยากจะทำเสมอ/ไม่แน่ใจ/ไม่ทำอะไรเลยในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่)	.55*	9.60**
8. ในการดำเนินชีวิตให้ประสบความสำเร็จ ฉัน... (ไม่ได้สร้างความก้าวหน้าใดๆ เลย/ไม่แน่ใจ/ได้สร้างความสำเร็จให้แก่ชีวิต)	.57*	7.99**
9. ชีวิตของฉัน... (ว่างเปล่ามีแต่ความสิ้นหวัง/ไม่แน่ใจ/อยู่ท่ามกลางสิ่งดีๆที่น่าตื่นเต้น)	.62*	7.91**
10. ถ้าวันนั้นฉันต้องตายไป ฉันรู้สึกชีวิตฉัน... (มีคุณค่ามาก/ไม่แน่ใจ/ไร้คุณค่า)	.55*	7.88**
11. เมื่อคิดถึงชีวิต ฉัน... (สงสัยบ่อยครั้งว่าทำไมจึงมีชีวิตอยู่/ไม่แน่ใจ/มองเห็นเหตุผลในการมีชีวิตอยู่เสมอ)	.49*	7.40**
12. เมื่อมองดูโลกรอบตัวที่เกี่ยวข้องกับฉัน โลกนี้... (สร้างความสับสนแก่ฉันเสมอ/ไม่แน่ใจ/ ดูลงตัว มีความหมายต่อฉันอย่างพอเหมาะ)	.52*	6.57**

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  ( $t_{.05, 38} = 1.68$ )

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

ข้อความ	CITC ทั้งฉบับ	T-test
13. ฉันเป็นคนดี... (ขาดความรับผิดชอบ/ไม่แน่ใจ/มีความรับผิดชอบ)	.49*	6.22**
14. ในเรื่องเสรีภาพของคนที่จะเลือกสิ่งที่เขาต้องการ ฉันเชื่อว่า คนเรา ... (มีเสรีภาพเต็มที่/ไม่แน่ใจ/มีเสรีภาพจำกัด)	.47*	6.83**
15. เกี่ยวกับความตาย ฉัน... (เตรียมพร้อมเสมอ ไม่กลัวความตาย/ไม่แน่ใจ/ ไม่ได้เตรียมตัว ไม่อยากนึกถึง)	.29*	5.21**
16. เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ฉัน... (นึกถึงเสมอว่าเป็นการแก้ปัญหา/ ไม่แน่ใจ/ไม่เคยนึกถึงเลย)	.28*	4.34**
17. ฉันเห็นว่าฉันสามารถค้นหาบางสิ่งที่เป็นเป้าหมายและ ความหมายในชีวิต ตลอดจนได้ทุ่มเทตนเองเพื่อสิ่งนั้น... (มีความสามารถมาก/ไม่แน่ใจ/ไม่เคย ทำได้เลย)	.59*	7.89**
18. ชีวิตของฉัน... (ฉันกำหนด/ไม่แน่ใจ/อยู่นอกเหนือการควบคุมของฉัน)	.46*	6.33**
19. การเผชิญหน้ากับงานในชีวิตประจำวันของฉัน... (เป็นสิ่งนำ สนุก นำพึงพอใจ/ไม่แน่ใจ/เป็นสิ่งน่าเบื่อ น่าเจ็บปวด)	.72*	8.95**
20. ฉันพบว่าชีวิตของฉัน... (ไม่มีจุดมุ่งหมายที่จะทุ่มเทตัวเองเพื่อ อะไรเลย/ไม่แน่ใจ/มีเป้าหมาย ชัดเจนน่าพอใจ)	.65*	9.22**
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของมาตรวัดทั้งฉบับ = .89</b>		

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  ( $t_{38} = 1.68$ )



ภาคผนวก ญ  
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ  
มาตรวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 23 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) กับคะแนนรวมของรายข้อที่เหลือของมาตรวัดทั้งหมด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ (CITC) กับคะแนนรวมของรายข้อที่เหลือของมาตรวัดในแต่ละด้าน และค่าสถิติที (T-test) ของมาตรวัดความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต (N=200)

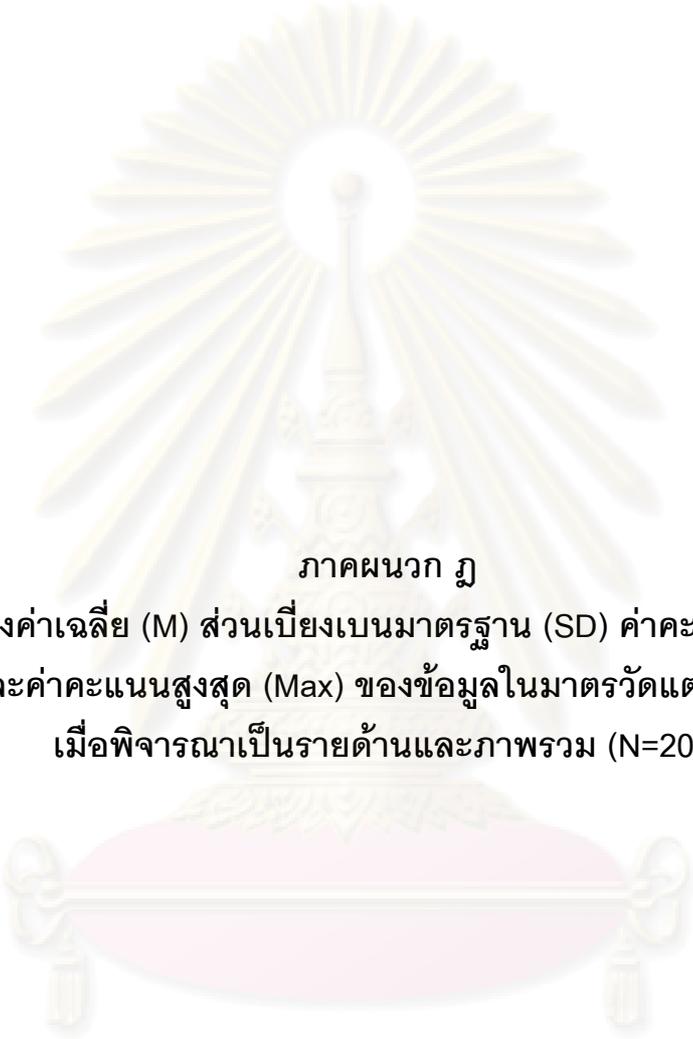
ข้อความ	CITC ทั้งฉบับ	CITC รายด้าน	T-test
<b>ความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์</b>			
1. เมื่อฉันพูดกับผู้อื่น ฉันรู้สึกว่าผู้อื่นไม่เข้าใจฉัน	.36 *	.30 *	4.77 **
3. นอกจากบุคคลที่ใกล้ชิดกับฉันแล้ว ฉันรู้จักบุคคลอื่นที่ต้องติดต่อในชีวิตประจำวันเป็นอย่างดี	.55 *	.50 *	7.31 **
5. ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ฉันรู้สึกแปลกใจในบางพฤติกรรมของผู้อื่นที่ฉันรู้จักเขาดี	.60 *	.50 *	8.14 **
10. ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันมีความมั่นคง	.62 *	.54 *	9.35 **
12. ฉันเคยมีความรู้สึกที่ต้องตกอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย แต่ฉันก็รู้ว่าจะต้องทำสิ่งใดต่อไป	.46 *	.51 *	6.26 **
15. ฉันต้องเผชิญกับปัญหาที่ยากลำบากอยู่บ่อยครั้ง แต่ฉันก็มักจะพบวิธีการแก้ปัญหาเหล่านั้นเสมอ	.54 *	.53 *	8.54 **
17. ฉันคิดว่า ชีวิตของฉันในอนาคตมีความชัดเจนและมั่นคง	.62 *	.55 *	8.02 **
19. ฉันไม่เคยมีความรู้สึกและความคิดที่ลังเลสับสน	.55 *	.59 *	10.15 **
21. ฉันมีความคิดอยู่บ่อยครั้งว่า ฉันต้องการให้สิ่งที่กำลังคิดอยู่ในใจนั้นเกิดขึ้นจริง	.40 *	.40 *	5.58 **
24. ฉันรู้สึกแน่ใจอยู่บ่อยครั้งว่าจะมีสิ่งใดเกิดขึ้นต่อไป	.47 *	.56 *	7.94 **
26. เมื่อมีสิ่งใดเกิดขึ้น ฉันมักจะให้ความสำคัญกับสิ่งนั้นตามความเป็นจริง	.51 *	.44 *	7.33 **
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (รายด้าน) = .83</b>			
<b>ความสามารถในการจัดการ</b>			
2. ในช่วงที่ผ่านมาเมื่อฉันต้องการทำสิ่งใดก็ตามที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้อื่น ฉันรู้สึกว่างานนั้นต้องสำเร็จอย่างแน่นอน	.50 *	.49 *	6.09 **
6. ฉันรู้สึกว่า บุคคลที่ฉันไว้วางใจและเชื่อใจทำให้ฉันผิดหวัง	.56 *	.51 *	8.76 **

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  ( $t_{.05, 38} = 1.68$ )

## ตารางที่ 23 (ต่อ)

ข้อความ	CITC ทั้งฉบับ	CITC รายด้าน	T-test
9. ฉันมีความรู้สึกที่ฉันได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรมจากบุคคลอื่น	.59 *	.53 *	7.56 **
13. ฉันรู้สึกที่เมื่อคนเราต้องเผชิญกับปัญหาและความเจ็บปวดในชีวิต เขาจะไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหาดังกล่าวได้	.59 *	.60 *	8.38 **
18. ในอดีตที่ผ่านมา เมื่อมีสิ่งที่ทำให้ฉันไม่สบายใจ ฉันมักจะบอกกับตนเองว่าต้องอยู่กับเรื่องนั้นให้ได้และดำเนินชีวิตต่อไป	.53 *	.42 *	7.97 **
20. ฉันรู้สึกที่เมื่อฉันได้ทำในสิ่งที่ทำให้ฉันเกิดความรู้สึกดี แต่กลับต้องมีเหตุการณ์อื่นมาทำให้ความรู้สึกดีนั้นลบล้างไป	.60 *	.64 *	8.94 **
23. ฉันคิดอยู่บ่อยครั้งว่า ไม่มีบุคคลใดที่เข้าใจและไว้วางใจได้ในอนาคต	.54 *	.57 *	7.96 **
25. ฉันรู้สึกอยู่บ่อยครั้งว่า บางสถานการณ์บุคคลที่มีความเข้มแข็งอาจรู้สึกที่ตนเองล้มเหลวเป็นผู้แพ้	.58 *	.55 *	9.78 **
27. เมื่อฉันคิดถึงความยากลำบากที่ต้องพบในชีวิต ฉันไม่มั่นใจในตัวฉันว่าจะสามารถเอาชนะอุปสรรคนั้นได้	.60 *	.58 *	9.13 **
29. ฉันรู้สึกที่ฉันสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้	.65 *	.60 *	10.44 **
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (รายด้าน) = .85</b>			
<b>การมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย</b>			
4. ฉันเคยมีความรู้สึกที่ฉันไม่ใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว	.44*	.39*	5.03**
7. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้เป็นสิ่งที่น่าเบื่อ	.59*	.61*	7.95**
8. ปัจจุบันนี้ ฉันมีเป้าหมายและความมุ่งหวังในชีวิตที่ชัดเจน	.59*	.59*	8.27**
11. ฉันรู้สึกที่สิ่งที่ฉันจะทำในอนาคตเป็นสิ่งที่น่าเบื่อ	.43*	.47*	5.79**
14. ฉันรู้สึกและถามตัวเองอยู่บ่อยครั้งว่า เพราะเหตุใดฉันยังมีชีวิตอยู่	.50*	.56*	5.98**
16. ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อใจกับสิ่งที่ฉันทำในแต่ละวัน	.55*	.55*	7.78**
22. ฉันคิดว่า ชีวิตของฉันในอนาคตจะเต็มไปด้วยความหมาย และความมุ่งหวังในชีวิต	.57*	.48*	8.73**
28. ฉันรู้สึกเสมอว่า สิ่งที่ฉันทำในทุกวันนี้ เป็นสิ่งที่มีความหมาย	.61*	.62*	8.50**
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (รายด้าน) = .81</b>			
<b>ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของมาตรวัดทั้งฉบับ = .93</b>			

\* p<.05, \*\* p<.01 ( $t_{.05, 38} = 1.68$ )



ภาคผนวก ก

ตารางแสดงค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าคะแนนต่ำสุด (Min)  
และค่าคะแนนสูงสุด (Max) ของข้อมูลในมาตรวัดแต่ละฉบับ  
เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและภาพรวม (N=200)

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าคะแนนต่ำสุด (Min) และค่าคะแนนสูงสุด (Max) ของข้อมูลจำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและภาพรวม (N=200)

จำนวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย	M	SD	Min-Max
ด้านที่ 1 การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย	25.53	6.59	11-33
ด้านที่ 2 การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป	29.38	4.40	11-33
ด้านที่ 3 การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย	25.98	4.31	10-30
ด้านที่ 4 การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์	17.27	1.92	6-18
รวมทุกด้าน	98.17	14.25	38-114

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าคะแนนต่ำสุด (Min) และค่าคะแนนสูงสุด (Max) ของข้อมูลความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและภาพรวม (N=200)

ความรู้สึกเป็นภาระต่อกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย	M	SD	Min-Max
ด้านที่ 1 การดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย	11.78	1.64	11-25
ด้านที่ 2 การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ไป	11.47	1.43	11-22
ด้านที่ 3 การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย	10.50	1.71	10-26
ด้านที่ 4 การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์	6.18	1.02	6-18
รวมทุกด้าน	39.94	4.76	38-114

ตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าคะแนนต่ำสุด (Min) และค่าคะแนนสูงสุด (Max) ของข้อมูลความเครียดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและภาพรวม (N =200)

ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย	M	SD	Min-Max
ด้านที่ 1 ความรู้สึกที่มีต่อภาวะทางสังคมที่ถูกกดดัน	10.32	4.05	6-21
ด้านที่ 2 ความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย	8.83	3.44	6-21
รวมทุกด้าน	19.15	6.95	12-48

ตารางที่ 27 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าคะแนนต่ำสุด (Min) และค่าคะแนนสูงสุด (Max) ของข้อมูลความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและภาพรวม (N=200)

ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต	M	SD	Min-Max
ด้านที่ 1 ความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์	33.85	5.67	3-44
ด้านที่ 2 ความสามารถในการจัดการ	32.29	5.02	3-40
ด้านที่ 3 การมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย	26.91	3.92	3-32
รวมทุกด้าน	93.50	12.16	29 -116

ตารางที่ 28 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าคะแนนต่ำสุด (Min) และค่าคะแนนสูงสุด (Max) ของข้อมูลความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและภาพรวม (N=200)

ความหมายในชีวิต	M	SD	Min-Max
ด้านที่ 1 ความเข้าใจถึงความหมายในชีวิต	20.30	5.38	5-25
ด้านที่ 2 การค้นหาความหมายในชีวิต	18.72	4.74	5-25
รวมทุกด้าน	39.01	6.71	10-50

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอรุณทัย โฉมเจ็ด เกิดเมื่อวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2524 ที่จังหวัดฉะเชิงเทรา สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปี การศึกษา 2547 เริ่มทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในปี พ.ศ. 2547 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2550



ศูนย์วิทยพัชกร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย