



ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียด
ของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี

ผ่องไพโรจน์ กล้าจน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

พ.ศ. 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

ผ่องไพโรจน์ กล้าจน : ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียด
ของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ปีการศึกษา 2560

อาจารย์ที่ปรึกษา : อาจารย์ ดร.อรรณพ นันถิ์ตรง และรองศาสตราจารย์ธงชัย วงศ์เสนา. 153 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด การเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 310 คน ได้มาจากการสุ่มเป็นระดับชั้นอย่างเป็นสัดส่วน (Stratified Random Sampling) และการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความเข้มแข็งในการมองโลก จำนวน 29 ข้อ แบบทดสอบความเครียด จำนวน 20 ข้อ แบบทดสอบวิธีการเผชิญความเครียด จำนวน 36 ข้อ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.56$, S.D.= 0.55) ได้แก่ ด้านความสามารถให้ความหมายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=5.21$, S.D.=0.91) ด้านทำความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.46$, S.D.=0.75) และด้านการจัดการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.09$, S.D.=0.65)
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง ($\bar{X}=39.26$, S.D.= 11.85)
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีวิธีการการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.57$, S.D.=0.64) ได้แก่ ด้านมุ่งแก้ปัญหาปานกลาง ($\bar{X}=2.96$, S.D.=0.90) ด้านบรรเทาความเครียดปานกลาง ($\bar{X}=2.60$, S.D.=0.69) ด้านการจัดการกับอารมณ์ต่ำ ($\bar{X}=1.95$, S.D.=0.54)

สรุปผลการวิจัย ได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลาง มีระดับความเครียดระดับปานกลาง และมีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง มีความเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถยอมรับความจริงและมีความเข้าใจในเรื่องความเจ็บป่วย ความตาย เป็นสัจธรรมของมนุษย์โลกที่ทุกคนต้องเผชิญ จึงทำให้สามารถปล่อยวางความยึดมั่นถือมั่นได้ ส่งผลให้หมักงำใจในการดูแลมากขึ้น มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น ส่งผลให้ความเครียดลดลงและสามารถเผชิญและแก้ปัญหาได้ดีขึ้น อันจะเป็นประโยชน์สูงสุดทั้งต่อตัวผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

PONGPAITHAM KLAJON : SENSE OF COHERENCES, STRESS AND COPING METHODS OF FAMILY CAREGIVERS FOR BREAST CANCER PATIENTS IN UBON RATCHATHANI PROVINCE
MASTER OF SCIENCE PROGRAM IN PUBLIC HEALTH. SURINDRA RAJABHAT UNIVERSITY.
ACADEMIC YEAR 2017.
ADVISOR : DR. UNNOP NAPTHUETRONG AND ASSOCIATE PROFESSOR THONGCHAI
WONGSENA. 153 P.

ABSTRACT

The purposes of this study were to study the sense of coherences, stress and coping methods of family caregivers for breast cancer patients in Ubon Ratchathani province. This research was descriptive research with cross-sectional survey study. Sample were 310 breast cancer caregivers in Ubon Ratchathani province using stratified random sampling and purposive sampling. Techniques. Tools used to collect data were questionnaires about sense of coherences (29 items), stress (20 items), and coping methods (36 items) Data were analyzed by computer program for frequency, percentage, mean and standard deviation.

The Results showed that

1. The overall sense of coherence in family caregivers for breast cancer patients was at moderate level ($\bar{X}=4.56$ S.D.=0.55) In term of meaningfulness at was at high level ($\bar{X}=5.21$, S.D.=0.91), comprehensibility was at moderate level ($\bar{X}=4.46$, S.D.=0.75), and manageability was at moderate level ($\bar{X}=4.09$, S.D.=0.65).
2. The overall Stress of family caregivers for breast cancer patients was at moderate level ($\bar{X}=39.26$, S.D.= 11.85).
3. The overall coping strategies and styles for handling stressful situations of family caregivers for breast cancer patients were at moderate level ($\bar{X}=2.57$, S.D.=0.64) ; confrontative was at moderate level ($\bar{X}=2.96$, S.D.=0.90), supportive and the palliative were at moderate level ($\bar{X}=2.60$, S.D.=0.69), and emotive was at low level ($\bar{X}=1.95$, S.D.=0.54).

In conclusion, the overall sense of coherences, stress and coping methods of family caregivers for breast cancer patients were at moderate level. It is possible that family caregivers for breast cancer patients can accept and understand the illness and death as the truth of life that everyone must face. Therefore, it can release adherence. This will result in encourage family caregivers for higher sense of coherence, reduced

stress and better coping problems, useful for both family caregivers and breast cancer patients.

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของสตรีทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 16.00 ของโรคมะเร็งในสตรี ในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 570,000 คน (ตรีชฎาภรณ์ ภักดีโพธิ์. 2555 : 1) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า มะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม (42.41%) มะเร็งปากมดลูก (12.15%) มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (8.78%) มะเร็งปอดท่อนมและหลอดลม มะเร็งมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2559 : 2-3) และพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมสูงขึ้นทุกปี จาก 2,724 คนในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นเป็น 3,675 คนในปี พ.ศ. 2558 เฉลี่ยปีละ 3,069 คน หรือเฉลี่ยวันละ 8.4 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2559) ในปี พ.ศ. 2558 ผู้หญิงไทยป่วยเป็นมะเร็งเต้านม 41,612 คน พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงสุด 11,602 คน (28.00%) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2558 : ออนไลน์)

จังหวัดอุบลราชธานี เป็นจังหวัดที่จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับ 1 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวน 1,181 คน และมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศ รองจาก กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และเชียงราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข : 2557) เป็นจังหวัดที่มีความสำคัญอย่างมาก จึงได้รับการจัดตั้งศูนย์มะเร็งอุบลราชธานีขึ้น ปัจจุบัน จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งสิ้น 1,539 คน (ณ วันที่ 10 มีนาคม 2560) (กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2560 : ออนไลน์)

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงในการบำบัดรักษาและใช้เวลาในการรักษายาวนาน โรคมะเร็งจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก หากตรวจพบในระยะแรก และได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันที โรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 80.00 สามารถรักษาให้หายขาดได้ (พัสมณท์ คุ่มทวีพร. 2553 : 88) แต่หากตรวจพบว่าเป็นระยะที่ 4 หรือมีการลุกลามแพร่กระจายของโรคแล้ว โอกาสที่จะรักษาให้หายนั้นมีน้อยมากและโอกาสที่เจ็บป่วยถึงขั้นเสียชีวิตมีสูงสุด ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด และต้องจัดการความเครียด (พฤษชาติ ทบแป. 2557 : ก) ในด้านร่างกาย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีภูมิคุ้มกันต่ำลงและมีสุขภาพแย่กว่าประชากรทั่วไป ส่วนด้านจิตใจ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความเครียดทางอารมณ์ เช่น กังวล นอนไม่หลับเบื่ออาหาร ซึมเศร้า เป็นต้น (วริศรา ลูวีระ. 2556 : 266-269) การถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมไม่ว่าระยะใดก็ตามเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (Mukwato, et al. (2010 : 40-45) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะทำให้ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ คือ ไม่พอใจ โกรธ หงุดหงิด โมโห กลัววิตกกังวลเป็นทุกข์ ห่อเหี่ยว ตื่นตระหนก จำอะไรไม่ค่อยได้ ละเลยการดูแล มีพฤติกรรมถอยหนี ไม่อยู่ในโลกของตนเอง สิ้นหวัง อาจเกิดการฆ่าตัวตายได้ ปฏิกิริยาทางกาย คือ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ตัวสั่นหั่น กรามเกิดการเกร็ง ปากแห้ง ท้องไส้ปั่นป่วน จะเป็นลม อ่อนล้า เพลียเหนื่อยล้า ร่างกายเสียสมดุลอันจะนำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยได้ในที่สุด (พจนา ปิยะปกรณชัย. 2552 : 3)

ความเหนื่อยล้า เป็นความรู้สึกหลาย ๆ ระดับ ตั้งแต่ความเหน็ดเหนื่อยไปจนถึงหมดเรี่ยวหมดแรง หรือหมดกำลังใจ จากการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคนอื่น ๆ (2539 อ้างถึงในศิริวรรณ วรรณศิริ. 2548 : 47) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 42.50 มีการเจ็บป่วยที่สะท้อนถึงผลของความเครียดชัดเจน ได้แก่ ปวดศีรษะ ใช้หัวด อ่อนเพลีย เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ ใจสั่น ผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยล้าจากการดูแลในระดับสูง จะรู้สึกหงุดหงิดและโดดเดี่ยว เมื่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสะสมเป็นระยะเวลานานขึ้น อาจทำให้ผู้ดูแลล้าเกินกำลังและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป เรียกว่า Caregiver Burnout ซึ่งเป็นภาวะเกิดขึ้นโดยที่ผู้ดูแลไม่รู้ตัว โดยผู้ดูแลจะรู้สึกเหนื่อยทั้งร่างกายและจิตใจ จนอาจทำให้ผู้ดูแลละทิ้งผู้ป่วยได้ บูลล์ (Bull. 1990 อ้างถึงในรวี เดือนดาว. 2547 : 2) พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 30.00 จะมีปัญหาสุขภาพจากการดูแล ทำให้มีความจำกัดในการดูแล และอาจจะไม่สามารถรับภาระในการดูแลได้ต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด และวิธีเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี ว่าจะมีความเข้มแข็งในการมองโลก มีความเครียด และมีวิธีเผชิญความเครียดโดยใช้ทั้งอารมณ์และสติปัญญาในการเผชิญปัญหาอย่างไร ในอันที่จะนำมาซึ่งความสามารถในการปรับและให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีพลังกายพลังใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อันจะนำมาเพื่อประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดทั้งต่อตัวผู้ดูแลและประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อเป็นข้อมูลในการนำมาปรับใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา
ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี
2. ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา
จังหวัดอุบลราชธานี
3. ขอบเขตด้านประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
3.1 ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1,538 คน (กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2560 : ออนไลน์)

3.2 กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (Finite Population) (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2551 : 117) ได้จำนวน 307 คน ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนเป็น 310 คน เพื่อกันข้อมูลสูญหายและความเหมาะสมของการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีความสามารถทำความเข้าใจ การจัดการ และการรับรู้สาเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไม่เป็นสิ่งกระตุ้นความเครียด อธิบายเหตุผล คาดการณ์ล่วงหน้าได้ และความสามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ มีแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอ สามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและสามารถให้ความหมายมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่า มีความหมาย เป็นสิ่งที่ท้าทาย มีคุณค่า มีความหวัง และรู้สึกยินดีที่จะเผชิญหรือจัดการแก้ไขโดยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระที่ยุ่งยาก วัดได้จากคะแนนในการตอบแบบทดสอบความเข้มแข็งในการมองโลก 29 ข้อ ในงานวิจัยนี้ใช้แบบทดสอบของ แอนโทโนสกี (Antonovsky, 1987 : 82 อ้างถึงในจรินทร์ รัตนวณิชกุล. 2554 : 44 - 46) แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล

ความเครียดของครอบครัว หมายถึง ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประเมินว่า มีความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หนักใจ วิตกกังวล เป็นทุกข์ เป็นภาระ เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ครอบครัวเจ็บป่วย วัดได้จากคะแนนในการตอบแบบทดสอบความเครียดของกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ

วิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัว หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลในการคิดหรือกระทำเพื่อลดหรือขจัดปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ด้าน คือ ด้านมุ่งแก้ไขปัญหาหรือควบคุมความรู้สึกที่เป็นทุกข์หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ ด้วยการลงมือแก้ไขปัญหา/แสวงหาความช่วยเหลือด้านการจัดการกับอารมณ์ ด้วยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์ เช่น โกรธ ด้านการบรรเทาความเครียดโดยการเรียนรู้และปรับตัวยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น วัดได้จากคะแนนในการตอบแบบทดสอบวิธีการเผชิญความเครียด 39 ข้อ ของจาโลวีก (Jalowiec. 1988 อ้างถึงในรุ่งนภา เตชะกิจโกศล. 2552 : 21 - 22) แปลโดย ปราณี มิ่งขวัญ

ครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดามารดา ญาติ พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย ฯลฯ ที่ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้มีความสุขสบายในทุก ๆ ด้านอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอตลอดเวลาและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ครอบครัวถึงการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรส่วนตัวของผู้ป่วย การดูแลด้านอารมณ์ และการให้ข้อมูล มีความผูกพันกันทางอารมณ์ มีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน มีความรักและความห่วงใยซึ่งกันและกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน และทำหน้าที่เป็นสมาชิกในครอบครัว โดยไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด การแต่งงาน หรืออยู่บ้านเดียวกัน

ปัจจัยส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มปีของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หากมีเศษเกิน 6 เดือนปัดขึ้นเป็น 1 ปี
2. เพศ หมายถึง เพศชาย เพศหญิง
3. สถานภาพสมรส หมายถึง โสด สมรส อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ หม้าย หย่า อื่น ๆ

4. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นคู่สมรส บุตร บิดามารดา ญาติ พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย ฯลฯ

5. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งเป็นต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี หรืออื่น ๆ

6. อาชีพ หมายถึง สถานภาพการประกอบอาชีพและไม่ได้ประกอบอาชีพ ณ วันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

7. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย(บาท/เดือน) หมายถึง ไม่มีรายได้ มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท, 15,001-30,000 บาท, 30,001-45,000 บาท, 45,001-50,000 บาท และมากกว่า 50,000 บาท

8. ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเมื่อเทียบกับรายจ่ายของครอบครัวมีความเพียงพอ พอเหมาะ ไม่เดือดร้อน ไม่เป็นภาระ

สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย หมายถึง ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค ค่ายา ค่าเลือด และส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ค่าห้องและค่าอาหารตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ค่าตรวจสุขภาพประจำปี

โรคประจำตัว/อาการไม่สบาย หมายถึง โรคประจำตัว/อาการไม่สบายของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดอบอุ่น การพูดให้กำลังใจ ทำให้รับรู้ถึงความรักที่ได้รับ ทำให้ชีวิตมีความหวังทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด และการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกและการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

2. เป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus and Folkman) ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีก ได้นำแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส (Lazarus and Folkman, 1984) มาปรับปรุงและเสนอแนวคิดของการเผชิญความเครียดมี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แบบทดสอบวิธีการเผชิญความเครียดที่แปลมาจากแนวคิดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988 อ้างถึงในรุ่งนภา เตชะกิจโกศล, 2552 : 21-22) แปลโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) หมายถึงวิธีการที่บุคคลคิดหรือกระทำเพื่อลดหรือขจัดความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ด้าน คือด้านการมุ่งแก้ปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ ด้านการบรรเทาความเครียดได้มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ครอบครัว ผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก มโนทัศน์ความเครียด มโนทัศน์การเผชิญความเครียด งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
 - 1.1 ความหมายและสาเหตุของมะเร็ง
 - 1.2 ลักษณะของมะเร็ง
 - 1.3 กลไกการเกิดมะเร็ง (Cancer Genesis) และการแพร่กระจายของมะเร็ง
 - 1.4 การแบ่งระยะของมะเร็งและวิธีการรักษา
 - 1.5 การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
 - 1.6 มะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย
2. ครอบครัว
 - 2.1 ความสำคัญและความหมายของครอบครัว
 - 2.2 แนวคิดระบบครอบครัว
 - 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่าง สุขภาพ/การเจ็บป่วย และครอบครัว
 - 2.4 ระยะที่ต่อเนื่องของการปฏิสัมพันธ์ ระหว่างภาวะสุขภาพ/การเจ็บป่วย
 - 2.5 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว
 - 2.6 ลักษณะครอบครัว 13 ลักษณะที่มีปัญหา
3. ผู้ดูแล
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 ประเภทของผู้ดูแล
 - 3.3 องค์ประกอบของการดูแล
 - 3.4 การปรับตัวของผู้ดูแล
 - 3.5 ปัญหา/อุปสรรคในการดูแล
 - 3.6 ผลกระทบของผู้ดูแล

- 3.7 วิธีการปรับตัวและเผชิญปัญหาของผู้ดูแล
4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
 - 4.1 ความเข้มแข็งในการมองโลก
 - 4.2 ความเครียด
 - 4.3 การเผชิญความเครียด
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
 - 5.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 5.2 งานวิจัยต่างประเทศ
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

ความหมายและสาเหตุของมะเร็ง

มะเร็ง (Cancer) หมายถึงก้อนเนื้อชนิดร้ายแรง (Malignant Tumor) ที่สามารถแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงและสามารถแพร่กระจายไปได้ทั่วทั้งร่างกาย เกิดการทำลายเนื้อเยื่อต่าง ๆ จนผู้ป่วยเสียชีวิตได้ มะเร็งเกิดจากความผิดปกติของกลุ่มยีนที่ควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ ทำให้เซลล์แบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างผิดปกติและไม่สามารถควบคุมได้ สาเหตุที่มีผลให้กลุ่มยีนเกิดความผิดปกติหรือที่เรียกว่ากลายพันธุ์ (Mutation) นั้นได้แก่ การถ่ายทอดทางพันธุกรรม รังสี สารเคมี เชื้อไวรัส (วิชาการ พนมเสริฐ และ วาสนา แก้วหล้า. 2556 : 105-106)

มะเร็งเต้านม (Breast Cancer) เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่อยู่ในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม เซลล์เหล่านี้มีการแบ่งตัวผิดปกติ ไม่สามารถควบคุมได้ มักแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลืองไปสู่อวัยวะที่ใกล้เคียง เช่น ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือแพร่กระจายไปสู่อวัยวะที่อยู่ห่างไกล เช่น กระดูก ปอด ตับ และสมอง เช่นเดียวกับมะเร็งชนิดอื่น ๆ เมื่อเซลล์มะเร็งมีจำนวนมากขึ้นก็จะแย่งสารอาหารและปล่อยสารบางอย่างที่เป็นอันตรายและทำลายอวัยวะต่าง ๆ จนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด

มะเร็งเต้านมแบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ

ระยะที่หนึ่ง ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 2 ซม. และยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

ระยะที่สอง ก้อนมะเร็งมีขนาดระหว่าง 2-5 ซม. และ/หรือมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกัน

ระยะที่สาม ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 ซม. แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันอย่างมาก จนทำให้ต่อมน้ำเหลืองเหล่านั้นมารวมติดกันเป็นก้อนใหญ่หรือติดแน่นกับอวัยวะข้างเคียง

ระยะที่สี่ ก้อนมะเร็งมีขนาดโตเท่าใดก็ได้ แต่พบว่าการแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกายที่อยู่ไกลออกไป เช่น กระดูก ปอด ตับ หรือสมอง เป็นต้น

มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก คือ ระยะที่ 1 และ 2 หรือในระยะที่สาม บางรายมีพยากรณ์โรคที่ดี คือมีอัตราการอยู่รอดเกินห้าปีหลังจากการวินิจฉัยประมาณ 80.00-90.00 % (เรื่องที่น่ารู้และข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. 2555 : ออนไลน์)

โอกาสเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านม

ผู้หญิงที่มีโอกาสเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านม ได้แก่ ผู้หญิงที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งเต้านมหรือมีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นญาติใกล้ชิด เช่น แม่ พี่สาวหรือน้องสาว ผู้หญิงที่ไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี ผู้หญิงที่รอบเดือนมาเร็วและหมดช้า หรือใช้ฮอร์โมนทดแทนเป็นเวลานานกว่า 10 ปี และผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป ถ้าพบก้อนที่เต้านมในผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 30 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเพียง 1.40 % แต่ถ้าพบก้อนในผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงถึง 58.00% ให้สังเกตจากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณหน้าอก เช่น มีรอยบุ๋ม ย่น หดตัว หนาผิดปกติคล้ายเปลือกส้มหรือบางส่วนเกิดเป็นสะเก็ด ความเปลี่ยนแปลงของหัวนม เช่น มีการหดตัว หัวนมบอด ค้นหรือแดงผิดปกติ เลือดออกทางหัวนม อาการเจ็บเต้านม หรือ มีก้อนที่รักแร้ การคลำก้อนที่เต้านมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ควรละเลย หากพบอาการ ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย (เรื่องที่นำรู้และข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. 2555 : ออนไลน์)

ผู้หญิงที่อายุ 30 ปีขึ้นไปทุกคนซึ่งมีจำนวน 19 ล้านคน มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม และโรคนี้ถือเป็นภัยเงียบใกล้ตัวเนื่องจากในระยะแรก มะเร็งเต้านมจะไม่แสดงอาการ ไม่เจ็บ ไม่ปวด จะปรากฏอาการผิดปกติให้เห็นเมื่ออยู่ในระยะที่ก้อนมะเร็งมีการอักเสบและลุกลามไปทั่วแล้ว การรักษา มักไม่ได้ผล ส่วนใหญ่จะเสียชีวิต การป้องกันที่ดีที่สุดคือการค้นหาก้อนมะเร็งให้เร็วที่สุด หากพบเร็วจะมีโอกาสรักษาหายและรอดสูง มะเร็งเต้านมร้อยละ 80.00 ตรวจพบได้ด้วยตนเอง ได้มีการรณรงค์ให้ผู้หญิงที่อายุ 20 ปีขึ้นไปตรวจเต้านมค้นหาโรคมะเร็งโดยตรวจหลังประจำเดือนหมดแล้ว 37 วัน ตรวจทุกเดือนซึ่งเป็นวิธีประหยัดเป็นที่ยอมรับในระดับโลกว่าได้ผลดีที่สุดใช้เพียง 3 นิ้วสัมผัสที่นิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางค่าเต้านม 2 ข้างตามเข็มนาฬิกา หากพบมีการผิดปกติให้ไปพบแพทย์ อาการผิดปกติที่สงสัยว่าอาจเป็นมะเร็งเต้านมควรไปพบแพทย์มีดังนี้ พบก้อนที่เต้านม ผิวหนังเต้านมเป็นรอยบุ๋ม ย่นหดตัว หนาผิดปกติ มีสะเก็ดหัวนมหดตัว ค้น แดงผิดปกติ มีเลือดหรือน้ำไหลออกจากหัวนมโดยเฉพาะสีคล้ายเลือด ต้องรีบพบแพทย์ (มะเร็งเต้านม คร่าชีวิตหญิงไทย อันดับ 1 สธ เผยปีละเกือบ 3 พันคน. 2556 : ออนไลน์)

วิธีการรักษามะเร็งเต้านม

การรักษามะเร็งเต้านมมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินของโรคและสภาวะของผู้ป่วย ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี การใช้ยาเคมีบำบัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เฉพาะทางในการรักษา ซึ่งอาจใช้ร่วมกันเพื่อป้องกันการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นและช่วยยืดอายุของผู้ป่วยให้ยาวขึ้น

1. การผ่าตัด (Surgery) เป็นวิธีหลักในการรักษาโรคมะเร็งเต้านม และถ้าเป็นมะเร็งในระยะต้น ๆ การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งและบริเวณข้างเคียงออกก็จะสามารถรักษาโรคมะเร็งให้หายขาดได้ การพิจารณาว่าจะผ่าตัดด้วยวิธีใดขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็ง ขนาดของก้อนมะเร็ง สภาพร่างกายของผู้ป่วย ความชำนาญของศัลยแพทย์

การผ่าตัดบริเวณเต้านม แบ่งได้ 2 วิธี

1. การตัดเต้านมออก

1.1 การตัดเต้านมออกทั้งเต้า (Total or Simple Mastectomy) คือ การผ่าตัดเอเต้านมออกทั้งหมด (รวมผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งและหัวนมด้วย) เดิมการผ่าตัดวิธีนี้เป็นวิธี

มาตรฐานที่ใช้กับผู้ป่วยทุกราย แต่ปัจจุบันแพทย์เลือกใช้กับผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มีก้อนมะเร็งหลายก้อน เต้านมขนาดเล็ก หรือผู้ป่วยที่ไม่สะดวกหรือมีข้อห้ามในการฉายรังสีที่เต้านมหลังผ่าตัด

1.2 การตัดเต้านมออกเพียงบางส่วน (Partial Mastectomy or Breast-Conserving Surgery) คือ การตัดก้อนมะเร็งและเนื้อของเต้านมปกติที่อยู่รอบ โดยตัดห่างจากขอบของก้อนมะเร็งประมาณ 1-2 ซม. โดยมากจะยังคงเหลือหัวนม ฐานหัวนมและส่วนใหญ่ของเนื้อเต้านม

2. การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

2.1 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary Dissection) เป็นมาตรฐานของการผ่าตัดมะเร็งเต้านมเพื่อกำจัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ที่อาจมีการแพร่กระจายของมะเร็ง ทำให้ได้ประโยชน์ทั้งในการควบคุมโรค ทราบระยะที่แท้จริงของโรค และนำมาใช้ในการวางแผนการรักษา แต่หลังผ่าตัดอาจมีอาการเจ็บบริเวณแผล หลายรายจึงไม่พยายามยกแขน และบางรายอาจเกิดแผลเป็นตึงรั้งที่รักแร้ ซึ่งจะทำให้เกิดข้อไหล่ติด ท้ายที่สุดผู้ป่วยจะยกแขนขึ้นได้ไม่เต็มที่หรือบางรายอาจยกแขนไม่ได้เลย การป้องกันการเกิดข้อไหล่ติดที่ดีที่สุด คือ ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบริหารแขนและหัวไหล่เสียตั้งแต่ในระยะแรก ๆ หลังผ่าตัดเพื่อป้องกันข้อไหล่ติดและแขนบวม

2.2 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (Sentinel Lymph Node Biopsy) เป็นวิธีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ที่ได้รับการยอมรับมากในปัจจุบัน เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสน้อยที่มะเร็งจะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

3. การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม (Breast Reconstruction) คือการผ่าตัดเพื่อนำเนื้อเยื่อที่บริเวณอื่นของร่างกายหรือใช้วัสดุที่ทำเลียนแบบเต้านม มาเพื่อเสริมหรือสร้างเต้านมใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจมากขึ้น ลดความสูญเสีย ช่วยให้มีกำลังใจในการกลับไปทำงานและใช้ชีวิตตามปกติ (เรื่องที่นารู้และข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. 2555 : ออนไลน์)

4. รังสีรักษา (Radiation Therapy) เป็นการฉายรังสีที่มีพลังงานสูงเข้าไปทำลายเซลล์มะเร็ง โดยมีหลักการว่ารังสีจะฆ่าเซลล์ที่เติบโตเร็วได้มาก ดังนั้นเซลล์มะเร็งที่แบ่งตัวเร็วจึงถูกทำลายได้ง่าย แต่เซลล์ในร่างกายบางชนิด เช่น เซลล์ผิวหนังและเซลล์เยื่อบุลำไส้ซึ่งแบ่งตัวเร็วก็จะถูกทำลายไปด้วย อย่างไรก็ตามจากความก้าวหน้าทางด้านรังสีรักษา การฉายรังสีสามารถกำหนดรังสีให้ฉายไปยังเฉพาะบริเวณมะเร็ง จึงไม่ค่อยเกิดผลข้างเคียงต่ออวัยวะอื่น ๆ สำหรับการรับการรักษาด้วยการฉายรังสีนั้น แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 2-3 นาที โดยฉายติดต่อกันสัปดาห์ละ 5 วัน และพัก 2 วัน เพื่อให้ร่างกายซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลายไป ระยะเวลาในการให้รังสีรักษาประมาณ 4-6 สัปดาห์ ขึ้นกับชนิดของโรคมะเร็ง ตำแหน่งที่เป็นโรค อายุ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (ชลียา วามะลุน และคนอื่น ๆ. 2559 : 15)

3. การรักษาด้วยยา

3.1 ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ต่อเซลล์ที่กำลังมีการแบ่งตัวแล้วส่งผลให้เซลล์นั้นตาย เซลล์มะเร็งที่มีการแบ่งตัวมากจึงถูกทำลาย แต่เซลล์ปกติที่กำลังมีการแบ่งตัวก็จะถูกทำลายไปด้วย โดยเฉพาะเซลล์รากผมและเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร เนื่องจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์ทั่วทั้งร่างกาย ผลข้างเคียงจึงพบมาก ได้แก่ ผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย หรือท้องผูก เป็นต้น

3.2 การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormonal Therapy) เป็นฮอร์โมนเพศ หรือยาที่ออกฤทธิ์คล้ายฮอร์โมน ซึ่งจะรบกวนการออกฤทธิ์และการสร้างฮอร์โมนเพศของผู้ป่วย จึงมีฤทธิ์ยับยั้งมะเร็งที่ถูกกระตุ้นโดยฮอร์โมน มักใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งมดลูก

3.3 การให้ยาเจาะจงเซลล์มะเร็ง (Targeted Cancer Therapy) เป็นการให้ยาหรือสารบางชนิดที่ยังยั้งการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง โดยไปรบกวนการทำงานของโมเลกุลที่มีความจำเพาะต่อมะเร็ง เช่น เซลล์มะเร็งเต้านมบางชนิดจะมีตัวรับเอสโตรเจน (Estrogen Receptor) ซึ่งเมื่อมีฮอร์โมนเอสโตรเจนเข้ามาจับก็จะกระตุ้นการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งนั้น ยาเจาะจงเซลล์มะเร็งจะไปแย่งจับกับ Estrogen Receptor เซลล์มะเร็งจึงไม่ถูกกระตุ้นให้แบ่งตัว ยาดังกล่าวคือ Selective Estrogen Receptor Modulators (SERMs) เช่น Tamoxifen, Toremifene เป็นต้น

3.4 การรักษาทางชีวภาพ

3.4.1 Immunotherapy เป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันแก่ร่างกาย ซึ่งระบบภูมิคุ้มกันมีบทบาทในการกำจัดเซลล์มะเร็ง การรักษาโดยวิธีนี้ยังอยู่ระหว่างการศึกษาค้นคว้าและต้องการข้อมูลอีกมาก เพื่อยืนยันว่าได้ผลในการรักษามะเร็ง

3.4.2 Gene Therapy เป็นการรักษาที่ใช้กลไกระดับยีนในการกำจัดเซลล์มะเร็ง เป็นแนวคิดที่ยังอยู่ระหว่างการศึกษาค้นคว้าเช่นเดียวกัน (วิชากร พนมเสริฐ และวาสนา แก้วหล้า. 2556 : 113, 115-116)

สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

1. จากมะเร็งโดยตรง มีการแพร่กระจาย (Metastases)
2. จากการรักษามะเร็ง เช่น การผ่าตัดเต้านม Mastectomy ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม Thoracotomy (พัสนนธ์ คุ่มทวีพร. 2553 : 38) ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมเกิดอาการปวดแบบรัดแน่น ปวดแสบปวดร้อนบริเวณด้านหลังรักแร้และอก ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นขณะเคลื่อนไหว

3. ความปวดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น อาจเกิดมีแผลกดทับ มีความวิตกกังวล ปวดศีรษะจากเครียด (Tension Headache) ซึมเศร้า ภาวะท้องผูก ปวดกล้ามเนื้อ (Myofascial Pain)

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง แยกออกตามลักษณะการเกิดเป็น

1. ความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (Nociceptive Pain)
2. ความปวดจากพยาธิสภาพในระบบประสาท (Neuropathic Pain)

อาการเจ็บปวดในโรคมะเร็งแบ่งออกได้ ดังนี้

1. Somatic Pain ความปวดที่เกิดเฉพาะเป็นบริเวณ ซึ่งอาจเกิดเป็นพัก ๆ ปวดแบบตื้อ ๆ ปวดบีบ ๆ เจ็บปวด ได้แก่ ปวดจากเนื้อมะเร็งลุกลามโดยตรงมาที่กระดูก เนื้อเยื่อข้างเคียงถูกกดเบียด
2. Visceral Pain ปวดเสียด ปวดบิด ๆ เป็นพัก ๆ ซึ่งอาจเกิดจากการอุดตันของอวัยวะภายใน (Bowel Obstruction) ปวดร้าวไปผิวหนัง (Refer Pain)

3. Neuropathic Pain ผู้ป่วยจะมีความปวดแบบปวดแสบร้อน ปวดเหมือนเข็มทิ่มตำ การสัมผัสก่อให้เกิดความปวด (Allodynia) การรับรู้ความรู้สึกเจ็บเล็กน้อยเป็นเจ็บปวดมากขึ้น (Hyperalgesia) เมื่อมีการกระตุ้นซ้ำ ๆ ทำให้ปวดมากขึ้น (Hyperpathia) โดยอาจปวดตลอดเวลา (Continuous) หรือปวดเป็นพัก ๆ ขึ้นมาเอง (Paroxysmal, Spontaneous) เกิดเมื่อระบบประสาท

มีพยาธิสภาพหรือทำหน้าที่ผิดปกติ และ/หรือ ระบบประสาทส่วนกลาง เกิดมี Activity ผิดปกติ ขึ้นเอง (Spontaneous) หรือไขสันหลังบริเวณ Dorsal Horn เกิด Hyperexcitability

ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งอย่างรุนแรงมักจะมีอาการปวดมากกว่า 1 ชนิด และต้องการการรักษาที่ซับซ้อน องค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งไว้โดยแบ่งการให้ยาเป็น 3 ขั้น ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 มีอาการปวดเพียงเล็กน้อย ให้การรักษาด้วย NSAIDS เช่น Acetaminophen และ diclofenac และอาจให้ยาชนิดอื่นประกอบด้วย เช่น Antidepressants

ขั้นที่ 2 มีอาการปวดปานกลางให้ยา NSAIDS ร่วมกับยาเข้าฝืนชนิดอ่อน และให้ยาชนิดอื่นประกอบด้วย เช่น Antidepressants และ Anticonvulsants

ขั้นที่ 3 มีอาการปวดรุนแรง ให้ยาเข้าฝืนชนิดแรง คือยามอร์ฟิน ซึ่งมีทั้งรูปแบบยาฉีด ยาเม็ด ยาน้ำและแผ่นแปะผิวหนัง และอาจให้ยาชนิดอื่นประกอบด้วย ดังเช่นขั้นที่ 2 (สมภพ เรืองตระกูล. 2547 : 163)

ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าในปี 2557 มะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของคนไทย 10 อันดับแรก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2559 : 2-3) มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 มะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกในประเทศไทย พ.ศ. 2557

อันดับ	ชนิดของมะเร็ง	%
1	มะเร็งเต้านม (Breast Cancer)	23.35
2	มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colon and Rectum Cancer)	12.17
3	มะเร็งปอดท่อนลมและหลอดลม (Lung, Trachea and Bronchus Cancer)	10.71
4	มะเร็งตับและท่อน้ำดี (Liver & Intrahepatic Bile Duct Cancer)	8.77
5	มะเร็งปากมดลูก (Cervix Uteri Cancer)	7.26
6	มะเร็งริมฝีปากและช่องปาก (Lip & Oral Cavity Cancer)	3.13
7	มะเร็งมดลูก (Corpus Uteri)	2.75
8	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด (Non-Hodgkin's Lymphoma)	2.52
9	มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach Cancer)	2.47
10	มะเร็งหลอดอาหาร (Esophagus Cancer)	2.37

ที่มา : (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2559 : 2)

ตารางที่ 2 มะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของเพศชายในประเทศไทย พ.ศ. 2557

อันดับ	ชนิดของมะเร็ง	(%)
1	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colon and Rectum)	17.21
2	มะเร็งปอดท่อนลมและหลอดลม (Lung, Trachea and Bronchus)	16.96
3	มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี (Liver and Intrahepatic Bile Duct)	16.15
4	มะเร็งหลอดอาหาร (Esophagus)	5.07
5	มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Gland)	4.38
6	มะเร็งฝีปากและช่องปาก (Lip & Oral Cavity)	4.26
7	มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharynx)	4.07
8	มะเร็งคอหอย (Oropharynx)	3.50
9	มะเร็งกระเพาะอาหาร (Stomach)	3.38
10	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด (Non-Hodgkin's Lymphoma)	3.32

ที่มา : (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2559 : 3)

ตารางที่ 3 มะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของเพศหญิงในประเทศไทย พ.ศ. 2557

อันดับ	ชนิดของมะเร็ง	(%)
1	มะเร็งเต้านม (Breast)	42.41
2	มะเร็งปากมดลูก (Cervix Uteri)	12.15
3	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colon and Rectum)	8.78
4	มะเร็งปอดท่อนลมและหลอดลม (Lung, Trachea and Bronchus)	6.50
5	มะเร็งมดลูก (Corpus Uteri)	4.60
6	มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี (Liver and Bile Duct)	3.80
7	มะเร็งรังไข่ (Ovary)	3.46
8	มะเร็งฝีปากและช่องปาก (Lip & Oral cavity)	2.36
9	มะเร็งต่อมไทรอยด์ (Thyroid)	2.24
10	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด (Non-Hodgkin's lymphoma)	1.98

ที่มา : (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2559 : 3)

กรอบครัว

กรอบครัว คือกลุ่มของบุคคลที่สืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษเดียวกัน มีความใกล้ชิดกัน และอาศัยในทีเดียวกัน ความหมายของกรอบครัวในทางพันธุศาสตร์จะพิจารณาถึงความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็นหลัก แต่ในสังคมคนทั่วไปมักจะเข้าใจความหมายของกรอบครัวในทางภาพลักษณ์มากกว่าทางพันธุศาสตร์ กรอบครัวเป็นหน่วยและสถาบันที่เล็กที่สุดแต่มีความสำคัญที่สุดเป็นระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามระบบสังคม เศรษฐกิจ และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี กรอบครัว

ประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป มีความผูกพันกันทางอารมณ์ มีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน มีค่านิยมสัญญาาร่วมกัน กำหนดสมาชิกครอบครัวด้วยตนเอง และทำหน้าที่เป็นสมาชิกใน ครอบครัว โดยไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด การแต่งงาน หรืออยู่บ้านเดียวกัน (พฤษชาติ ทบแป. บรรยาย : 2557)

ความหมายของครอบครัวในทางสังคมศาสตร์ ยึดภาพลักษณ์มากกว่าทางพันธุศาสตร์ เน้น การมีปฏิสัมพันธ์กัน เน้นการร่วมกันทางกิจกรรม ทางความคิด ที่เรียกว่า “มีสายใยรักแห่งครอบครัว” ดังนั้น บุตรบุญธรรม ร่วมสาบาน จึงจัดเข้าอยู่ในระบบครอบครัวในทางสังคมศาสตร์ด้วยในทาง สังคมศาสตร์นั้น ลักษณะของครอบครัวอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามการใช้ชีวิตประจำวันและสภาพ ของสังคมซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างสังคมเมืองกับสังคมชนบท ครอบครัวที่ดี สมาชิกในครอบครัว ต้องมีชีวิตที่มีความสุข มีสุขภาพดีทั้งทางกายและทางจิตใจ โดยมีสิ่งที่จำเป็นเบื้องต้นดังต่อไปนี้ (1) มีความรักและความห่วงใยซึ่งกันและกัน (2) มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน สามารถพูดคุยกันได้อย่าง เปิดเผย ไม่ปิดบัง และรับฟังแลกเปลี่ยนกัน (3) เห็นแก่ประโยชน์ครอบครัวมากกว่าประโยชน์ส่วนตน ต้องรู้จักเสียสละ ไม่เห็นแก่ตัว (4) มีความซื่อสัตย์และไว้วางใจกัน จะต้องให้เกียรติซึ่งกันและกัน และ (5) ทำกิจกรรมร่วมกันอยู่เสมอ (วิโรจน์ ไวนิชกิจ. 2557 : 6-8)

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สมาชิกมีความผูกพันใกล้ชิดยาวนาน โดยเฉพาะใน ยามที่มีบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวก็จะมีหน้าที่ดูแลรักษา และฟื้นฟู สุขภาพของบุคคลในครอบครัว และความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวก็มีผลต่อสมาชิกและ ครอบครัวโดยรวม (ศิริวรรณ วรรณศิริ. 2548 : 17)

ในระบบครอบครัว เมื่อมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย จะมีสมาชิกในครอบครัว ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลไปโดยปริยาย ในรูปแบบของการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) โดยต้องอาศัยความรัก ความผูกพัน และความรู้สึกรับผิดชอบต่อหน้าที่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึก เต็มใจและให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่มีความคาดหวังใด ๆ (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. 2554 : 258)

ครอบครัวถือเป็นสถาบันพื้นฐานของสังคมที่มีความสำคัญที่สุด เมื่อใดที่ครอบครัวประสบ ปัญหาย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุก ๆ คนในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าสมาชิกคนใดคนหนึ่ง มีภาวะของการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ย่อมส่งผลให้สมาชิกที่เจ็บป่วยนั้นขาดหรือบกพร่องในหน้าที่ของตน ไม่สามารถดูแลตนเองได้ สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวจึงต้องทำหน้าที่ทดแทนและให้การดูแลสมาชิก ที่เจ็บป่วยนั้นเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว

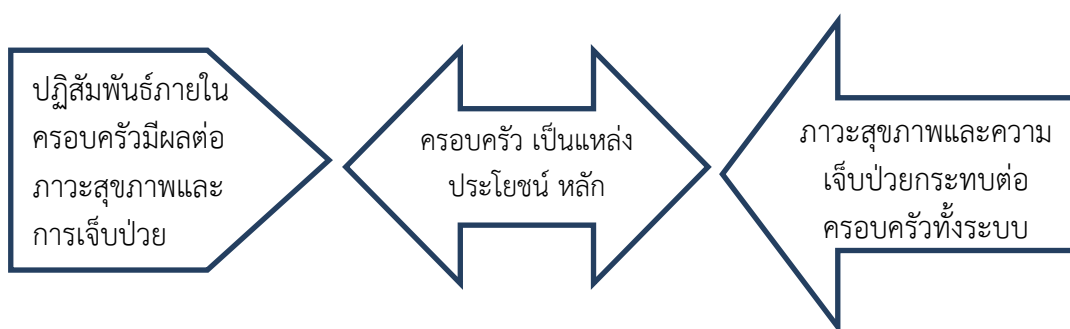
ครอบครัวมีหน้าที่ต่อไปนี้

1. ให้การดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว สามารถสังเกต ภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้
2. ครอบครัวต้องให้การส่งเสริมสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัวทุกคนและช่วยแบ่งเบา ภาระของสมาชิกที่เจ็บป่วยนั้น
3. ครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่าย ๆ ในการดูแลรักษาเบื้องต้น
4. ครอบครัวต้องให้ความรู้และมีทักษะในการดูแลสุขภาพอนามัยต่าง ๆ เช่น สถานบริการ ใกล้บ้าน การอ่านหนังสือ วิทย์และโทรทัศน์ เป็นต้น

5. ครอบครัวสามารถที่จะเลือกและตัดสินใจว่าควรจะให้การดูแลในรูปแบบใดที่ไม่เป็นอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมถูกต้องแก่สมาชิกที่เจ็บป่วยนั้น (อำไพวัลย์ นาครินทร์. 2553 : 29-30)

ความสัมพันธ์ ระหว่างสุขภาพ การเจ็บป่วย และครอบครัว

ครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์หลักของพฤติกรรมสุขภาพทุกมิติ ทุกบทบาท เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขึ้นกับภาวะสุขภาพ ลักษณะความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความร่วมมือเอาใจใส่ของครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีผลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์หลัก ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยกระทบต่อครอบครัวทั้งระบบ



แผนภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ ระหว่างสุขภาพ การเจ็บป่วย และครอบครัว
ที่มา : (พฤษชาติ ทบแพ. บรรยาย : 2557)

ระยะที่ต่อเนื่องของการปฏิสัมพันธ์ ระหว่างภาวะสุขภาพ/การเจ็บป่วยของครอบครัว

1. ระยะการส่งเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วย
2. ระยะประเมินอาการของการเจ็บป่วย ประเมินได้เร็ว ดูแลรักษาทัน
3. ระยะแสวงหาวิธีการดูแลรักษา แสวงหาข้อมูล ต่อรอง ตกลงกัน ภายในครอบครัว
4. ระยะส่งสมาชิกในครอบครัวเข้ารับการรักษ เมื่อครอบครัวไม่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านได้

5. ระยะตอบสนองการเจ็บป่วยเฉียบพลันโดยผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวยอมรับความเชี่ยวชาญและความสามารถของบุคลากรทางสุขภาพ ร่วมมือ ปฏิบัติตามคำแนะนำ

6. ระยะปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและพักฟื้น เมื่อครอบครัวพยายามเผชิญปัญหา จัดการดูแล และปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของบทบาทหน้าที่ และศักดิ์ศรีของครอบครัว

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว

1. การลดขนาดครอบครัว

ปัจจุบันในประเทศไทยพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวตามอิทธิพลของสภาพทางเศรษฐกิจเพราะข้อจำกัดของที่ดินและการต้องออกไปทำงานไกลบ้าน ส่งผลให้ต้องมีการแยกครอบครัวออกไปอยู่ต่างหาก สามารถแบ่งลักษณะของครอบครัวได้ 2 แบบหลัก ๆ คือ

1.1 ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) หมายถึงครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวประกอบไปด้วย พ่อ แม่ และ ลูก ซึ่งครอบครัวลักษณะนี้มักจะพบในสังคมเมืองในปัจจุบัน เป็น

ครอบครัวขนาดเล็ก มีข้อดี คือ จำนวนคนน้อยทำให้อยู่อย่างมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันแต่ก็มีข้อเสียคือคนน้อยและเกิดความเห็นต่างกันได้ง่าย

1.2 ครอบครัวขยาย (Extended Family) หมายถึงครอบครัวที่สมาชิกครอบครัวมีมาแต่เดิม อาจมีปู่ย่า หรือ ตายาย หรือญาติคนอื่น ๆ อาศัยรวมกัน ซึ่งเป็นครอบครัวใหญ่ มักจะพบในสังคมชนบทและชนเมือง เป็นครอบครัวแบบดั้งเดิม มีในอดีตที่เห็นได้ชัด คือ กลุ่มตระกูลแซ่ (Chan) ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่เด่นชัดของจีน โดยจีนจะมีการตั้งกลุ่มหมู่ตามตระกูลแซ่ มีการรวมกันอยู่เป็นครอบครัวขยายที่เรียกว่ากงสี ครอบครัวลักษณะนี้มีคนมาก มีแรงงานมาก รวมกลุ่มเข้มแข็ง แต่เป็นธรรมชาติที่มีคนมากก็มีปัญหามาก (วิโรจน์ ไวกานิชกิจ. 2557 : 6-7)

2. การแต่งงานซ้ำและลดอัตราการแต่งงาน
3. การเพิ่มอัตราการหย่าร้าง
4. การเพิ่มการมีบุตรคนแรกที่อายุมากขึ้น
5. การเพิ่มการมีบุตรในวัยรุ่นมากขึ้น
6. การเพิ่มของครอบครัวที่มีบิดามารดาเดี่ยว
7. การเปลี่ยนแปลงของการแสดงออกทางเพศ
8. การเพิ่มขึ้นของการทำงานนอกบ้านของผู้หญิง
9. การเพิ่มขึ้นของครอบครัวผู้สูงอายุ

ลักษณะครอบครัว 13 ลักษณะที่มีปัญหา

1. ระยะเริ่มต้นและเลี้ยงดูบุตรคนแรก พ่อแม่ยังไม่มีประสบการณ์ มีความกังวลมาก
2. ระยะเลี้ยงดูบุตรก่อนวัยเรียน อายุ 0-5 ปี
3. ระยะเลี้ยงดูบุตรวัยเรียน
4. ระยะเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่น
5. มีสมาชิกวัยชรา ให้คุณค่ากับคนวัยชรา
6. มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง
7. มีสมาชิกเจ็บป่วยคุกคามชีวิต เช่น อุบัติเหตุ เป็นเอ็ดส์ คนไข้ติดเตียง
8. มีสมาชิกเจ็บป่วยวิกฤต สูญเสีย และใกล้ตาย ดูแลจิตใจญาติผู้เจ็บป่วย
9. ครอบครัวคนพิการ แนะนำให้กำลังใจ ให้อาชีพ
10. ครอบครัวเปราะบางด้อยโอกาส ครอบครัวขาดความอบอุ่น ด้อยโอกาสทางสังคม คนต่างด้าวที่มาอยู่ในไทย
11. ครอบครัวมีสมาชิกติดสุรา ควรหาคนที่ศรัทธาเป็นหลักยึดทางใจจะได้สามารถเลิกติดสุราได้
12. ครอบครัวมีวัยรุ่นตั้งครรภ์ การศึกษายังคงมีความสำคัญ
13. มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว (พฤกษชาติ ทบแพ. บรรยาย : 2557)

ผู้ดูแล

ความหมาย

การดูแล เป็นพฤติกรรมระหว่างบุคคลที่ปฏิบัติต่อกันทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการช่วยเหลือตามสภาพปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการดูแลสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างเหมาะสม (สุทวารวรรณ์ ไชยมูล. 2551 : 32)

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทุกเรื่องให้สุขสบายทั้งกายและใจ และช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ (ภารดี ปรีชาวิทยากุล. 2549 : 71 - 84)

ญาติผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539 : 86)

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ตามปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะของการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต บทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เป็นผู้ตัดสินใจทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็นนักสื่อสาร เป็นผู้ให้การดูแล และผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจะเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร เพื่อน หรือญาติ (วารุณี มีเจริญ. 2557 : 10)

โดยสรุปแล้ว ผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดามารดา ญาติ พี่น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย ฯลฯ ที่ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบายในทุก ๆ ด้านอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอตลอดเวลาและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ครอบคลุมถึงการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรส่วนตัวของผู้ป่วย การดูแลด้านอารมณ์ และการให้ข้อมูล มีความผูกพันกันทางอารมณ์ มีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน มีความรักและความห่วงใยซึ่งกันและกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน และทำหน้าที่เป็นสมาชิกในครอบครัว โดยไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด การแต่งงาน หรืออยู่บ้านเดียวกัน

ประเภทของผู้ดูแล

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985. อ้างถึงใน สุทวารวรรณ์ ไชยมูล. 2551 : 34) ได้จำแนกตามระดับความรับผิดชอบในการดูแลเป็น 2 ลักษณะ

1. ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ป้อนอาหาร ทำความสะอาดแผล เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องกว่าคนอื่น ๆ

2. ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึงบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรือสังคม หรืออาจจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่แทนได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

องค์ประกอบของการดูแล

เมเยอร์ออฟ (Mayeroff, 1971. อ้างถึงในสุทวารรณ ไซมุล. 2551 : 32) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการดูแลที่สำคัญมี 8 ประการ คือ

1. ความรู้ (Knowing) ผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคล ความต้องการและวิธีการตอบสนองความต้องการนั้น
2. ความจริงใจ (Honesty) ผู้ดูแลมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงที่จะให้ความช่วยเหลือบุคคล
3. ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ดูแลบุคคลที่ได้รับการดูแลเพื่อก่อให้เกิดความไว้วางใจ ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สุภาพซึ่งกันและกัน
4. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ความรู้สึกอ่อนน้อมถ่อมตนจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากผู้รับการดูแล อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล
5. ความอดทน (Patience) ผู้ดูแลมีความอดทน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ได้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง
6. ความหวัง (Hope) ผู้ดูแลต้องมีความหวังว่าการช่วยเหลือของตนจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาผู้รับการดูแล เป็นการมองโลกไปในอนาคตเพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง
7. ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมเพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล
8. การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล (Alternating Rhythm) เป็นการเรียนรู้ผลของการดูแลจากประสบการณ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการคงไว้หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการช่วยเหลือบุคคล

การปรับตัวของผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องปรับตัวกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ต้องหัดเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจากหลายทาง และอาศัยความหวังและกำลังใจจึงจะสามารถยืนหยัดดูแลผู้ป่วยได้ ความรู้สึกของการเป็นผู้ดูแลญาติสะท้อนความรู้สึกออกมา 5 ลักษณะ คือ (ภารดี ปรีชาวิทยากุล. 2549 : 71-84)

1. รู้สึกถูกแยกจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด
2. วิตกกังวลอาการกำเริบของผู้ป่วย
3. รู้สึกเป็นภาระ
4. เสมือนจนมุมไม่มีทางเลือก
5. ไม่ได้สัมผัสใจดูแลแต่เพราะเป็นหน้าที่

ปัญหา/อุปสรรคในการดูแล

1. ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และการดูแล และมีความต้องการเรียนรู้เรื่องโรค แนวทางในการดูแลและรักษาที่ถูกต้อง
2. ปัญหาทางด้านพฤติกรรม พบว่าอาการกระวนกระวายไม่หยุดนิ่งของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในการดูแลมากที่สุด

3. ระดับความช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Activity of Daily Living หรือ ADL) พบว่า ยิ่งผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยเท่าไร ยิ่งต้องการเวลาในการดูแลมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากยิ่งขึ้น

4. ระดับความเจ็บป่วย (Level of Illness) ในผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น ยังต้องการการดูแลมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากขึ้น

5. ความเชื่อและทัศนคติ (Belief and Attitude) ผู้ดูแลมักจะเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นผลมาจากกรรมเก่าของผู้ป่วยและผู้ดูแล บ้างก็คิดว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำ ในขณะเดียวกันเพื่อนบ้าน และชุมชนก็คิดว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วย

6. ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล จากภาวะปัจจุบันที่ทั้งผู้หญิงและผู้ชายต้องออกไปทำงานนอก บ้านและขนาดของครอบครัวลดลง ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแลรวมทั้งคนทำงานบ้านที่สามารถดูแลผู้ป่วย และหากจ้างเจ้าหน้าที่ช่วยการดูแลจากศูนย์ต่าง ๆ ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง

7. ปัญหาทางการเงิน ผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาที่นานในการรักษาและเป็นการป่วยเรื้อรัง จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงตามไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ญาติต้องรับภาระนี้ด้วยตนเอง และญาติอาจต้องออกจากการงานเพื่อดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2547 อ้างถึงในสุทวารรณ ไซมุล. 2551 : 34-35)

ผลกระทบของผู้ดูแล มี 3 ด้าน ได้แก่

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Physiological Problem) Trouble

1.1 อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียญาติของตนไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไป ทำให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย รู้สึกไม่มีแรง ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ

1.2 ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ และผู้ดูแลมักจะรู้สึกผิดกับการกระทำของตนเอง ในภายหลัง

1.3 ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาล ที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

1.4 ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ผู้ป่วยบางโรค อาจมีปัญหาทางด้านความจำ ส่งผลให้มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้

1.5 ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาวะที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมงทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบเพื่อนฝูง จนเหมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยว

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย มีดังนี้

2.1 ปวดหลัง (Back Age) ปวดต้นคอ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อันเนื่องมาจากการยกและการย้ายผู้ป่วย

2.2 อ่อนเพลียไม่มีแรง เพราะได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย

2.3 มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลอาจมีสุขภาพเดิมอยู่แล้ว ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ ประกอบกับพักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำที่เป็นอยู่แล้วก็อาจมีอาการกำเริบขึ้นได้ และอาจมีสุขภาพอื่น ๆ ตามมาได้

3. ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน ผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเป็นเวลาเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้องเสียสละลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

3.2 รายได้ลดลง ผู้ดูแลบางรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้สูญเสียรายได้ และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องไปหยิบยืมมาเป็นค่ารักษาพยาบาล

3.3 ความขัดแย้งภายในครอบครัว อาจจะมีการผลักระหว่างการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ กระทั่งต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือในผู้ดูแลที่มีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

3.4 รายได้ไม่เพียงพอ บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2547 อ้างถึงในสุทวารรณ ไซมุล. 2551 : 35 - 37)

วิธีการปรับตัวและเผชิญปัญหาของผู้ดูแล จำแนกได้ 8 ลักษณะ คือ

1. แสวงหาความรู้
2. อดทนเข้าไว้
3. พยายามเข้าใจ และยอมรับ
4. สร้างความเข้มแข็งด้วยตนเอง
5. มีแรงสนับสนุนทางสังคมช่วย
6. ยึดถือศาสนาสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่พึ่งทางใจ
7. ปรับอารมณ์ตนเอง
8. หางานทำอย่าให้ว่าง (ภารดี ปรีชาวิทยากุล. 2549 : 71 - 84)

ความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นมโนทัศน์หลักที่สำคัญอย่างยิ่งของทฤษฎีความผาสุกในชีวิต (The Salutogenic Model) ของแอรอน แอนโทโนฟสกี (Aaron Antonovsky) นักสังคมวิทยาการแพทย์ชาวอิสราเอล ได้ศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของบุคคลการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของบุคคล ทฤษฎีความผาสุกในชีวิตเป็นทฤษฎีที่มุ่งอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำรงภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตบุคคลมากกว่าการอธิบายปัจจัยหรือสาเหตุของโรค มองภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นวงจรต่อเนื่อง (Health Continuum) โดยระดับความผาสุกสูงสุดจะอยู่ด้านริมสุดของวงจร เรียกด้านภาวะสุขภาพดี (Salutary End หรือ Health-Ease) และความเจ็บป่วยจะอยู่ริมสุดด้านตรงกันข้ามกับความผาสุก เรียกด้านการเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย (Health Breakdown หรือ Disease) ภาวะสุขภาพของบุคคลจะอยู่ระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับความเครียดเรื้อรังที่ได้รับจาก 23 สิ่งแวดล้อม และความสามารถในการต้านทานความเครียดของแต่ละคน ด้วยเหตุ

ที่ความเครียดหรือสถานการณ์เครียดที่คุกคามชีวิตของบุคคลเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลา หลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงมีการตอบสนองความเครียดเกิดขึ้นโดยธรรมชาติในแต่ละคนที่แตกต่างกันออกไป เพื่อช่วยป้องกันให้บุคคลนั้นคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกในระดับสูงสุดของบุคคล ซึ่งอาศัยแหล่งปัจจัยต้านทานความเครียด (Generalized Resistance Resources) ร่วมกับความเข้มแข็งในการมองโลกที่เป็นคุณลักษณะในตัวบุคคลช่วยส่งเสริมให้เกิดขึ้น แอนโทนอฟสกี ได้ข้อสรุปจากการศึกษาและการตั้งข้อสังเกตในกลุ่มเซลล์สงครามที่ถูกกักกัน ซึ่งต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด พบว่ามีเซลล์บางคนยังคงมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในขณะที่เซลล์อีกหลายคนเกิดความเจ็บป่วยและความเครียด แอนโทนอฟสกีได้สัมภาษณ์เซลล์สงครามที่ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 51 ราย และทำการวิเคราะห์ข้อมูลได้ข้อสรุปว่า เซลล์สงครามกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดีนั้นเป็นกลุ่มบุคคลที่มองโลกหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนในลักษณะ 3 ประการ คือ

1. เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกนั้น มีระบบระเบียบสามารถให้คำอธิบายด้วยเหตุและผลได้ และสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้
2. เมื่อเกิดเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เป็นความเครียด บุคคลสามารถหาแหล่งประโยชน์หรือมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้
3. เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งท้าทาย มีคุณค่า และคุ้มค่าในการตอบสนองหรือแก้ไขให้สำเร็จลงไป

แอนโทนอฟสกี เรียกคุณลักษณะที่พบจากการศึกษาว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก ช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถดำรงภาวะสุขภาพ และความผาสุกระดับสูงสุดไว้ได้ (จรินทร์ รัตนวณิชกุล. 2554 : 23)

แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตว่ามีเกี่ยวข้องกัน โดยความเข้มแข็งในการมองโลกจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพ และภาวะสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับความผาสุกในชีวิต ซึ่งแสดงออกเป็นความรู้สึกเป็นสุข มีความพึงพอใจในชีวิต มีขวัญและกำลังใจตลอดจนความรู้สึกในทางที่ดีของบุคคล ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความผาสุกในชีวิต (Salutogenic Model) ของแอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987 : 129-161) ซึ่งกล่าวไว้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดภาวะสุขภาพของบุคคลซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญในตัวบุคคลและสามารถที่จะพัฒนาให้ดีขึ้นได้ ดังนั้นความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมทุกองค์ประกอบ จะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญความเครียด หรือจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จรินทร์ รัตนวณิชกุล. 2554 : 60)

ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นมโนทัศน์ในรูปแบบจำลองทางสุขภาพซาอูโตเจนิค (Salutogenic Model) ที่เป็นได้ทั้งสาเหตุและผลลัพธ์ของความเป็นสุข/ไม่เป็นสุข (Health Ease/Dis-Ease) คือ ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยสำคัญในการนำแหล่งต้านทานทั่วไปมาใช้ในการจัดการความเครียด และการจัดการกับความตึงเครียดที่ได้ผลสำเร็จจะส่งเสริมให้ความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มสูงขึ้น ป้องกันการเปลี่ยนถ่ายจากความตึงเครียดไปเป็นความเครียด แสดงถึงการที่บุคคลได้เพิ่มพูนความรู้สึกเชื่อมั่นว่า (1) เหตุการณ์ที่เป็นสิ่งแวดล้อมภายในตนและสิ่งแวดล้อมภายนอกตัว เป็นสิ่งที่มิอาจสร้างสามารถทำนายได้ (2) บุคคลมีความคาดหวังอย่างสมเหตุสมผลว่าจะสามารถจัดการให้เหตุการณ์ต่าง ๆ ผ่านไปด้วยดีพร้อมกับมีแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอที่จะใช้ในการ

ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (3) สถานการณ์ที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องด้วยเป็นสิ่งที่ท้าทาย และมีคุณค่า คนที่มีความเข้มแข็งสูงจะมีพฤติกรรมที่ยืดหยุ่น เพราะใช้ทั้งอารมณ์และสติปัญญาในการเผชิญปัญหา และไม่ว่าการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความเครียดจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว ล้วนส่งผลกระทบให้ความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงได้ แอนโทนีฟสกี (Antonovsky, 1987 อ้างถึงในกนกนุช ชื่นเลิศกุล, สุวรรณิ มหากายนันท์ และนุจรินทร์ ลภัญกุล. 2543 : 12-13)

ความเข้มแข็งในการมองโลกพัฒนาขึ้นจากประสบการณ์ชีวิตในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละคน โดยเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก เพิ่มและชัดเจนขึ้นในวัยรุ่น จนกระทั่งค่อนข้างคงที่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ช่วงอายุประมาณ 30 ปี หลังจากนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงได้บ้างตลอดชั่วชีวิต ประสบการณ์ชีวิตที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลมีลักษณะดังนี้

1. เป็นประสบการณ์ชีวิตที่มีความสม่ำเสมอ และมีความสอดคล้องกับความคาดหวังของบุคคล ลักษณะนี้จะช่วยพัฒนาบุคคลให้มีความสามารถในการเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น
2. ประสบการณ์ชีวิตนั้น ๆ บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กระทำ และกำหนดผลที่เกิดขึ้น ลักษณะนี้จะช่วยพัฒนาบุคคลให้เกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นสิ่งที่มีความหมาย มีคุณค่า และคุ้มค่าที่จะเข้าไปเกี่ยวข้อง
3. เป็นประสบการณ์การเผชิญกับสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ในชีวิตที่มีความสมดุลพอดีไม่น้อยเกินไปหรือมากเกินไปจนกว่าที่บุคคลจะจัดการได้ ลักษณะนี้จะช่วยพัฒนาบุคคลให้เกิดการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ และมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ นอกจากนี้ ประสบการณ์ชีวิตที่มีลักษณะดังกล่าวข้างต้นจะช่วยพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลแล้ว การประสบความสำเร็จในการจัดการกับความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต ยังเป็นอีกหนทางหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น (รัชนิ นามจันทร์ และสมจิต หนูเจริญกุล. 2543 : 298 - 299 อ้างถึงในจรินทร์ รัตนวณิชกุล. 2554 : 26-27)

องค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก ความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลมีอยู่ 3 ด้าน

1. ด้านความสามารถทำความเข้าใจ (Comprehensibility) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีความเข้าใจ รับรู้ถึงสิ่งเร้าหรือความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตนนั้น มีลำดับขั้นตอน ชัดเจน ไม่ยุ่งยากซับซ้อน หรือเกิดขึ้นแล้วอธิบายไม่ได้ แต่สิ่งเร้าหรือความเครียดที่เกิดขึ้นนั้น สามารถจัดลำดับ เข้าใจ และทำนายได้ แม้ไม่อาจจะให้คำตอบอย่างชัดเจน แต่สามารถทำความเข้าใจและให้ความรู้สึกกับสิ่งนั้นได้
2. ด้านความสามารถในการจัดการ (Manageability) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะใช้ควบคุม หรือจัดการกับสิ่งเร้าที่รบกวนชีวิต แหล่งประโยชน์เหล่านั้นอาจมาจากตนเอง หรือบุคคลอื่นที่เป็นกลุ่มคนที่ตนคุ้นเคยและไว้วางใจ เช่น คู่สมรส เพื่อนฝูง ผู้ใกล้ชิด ผู้ร่วมงาน พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ผู้นำในสังคมของแต่ละคน หรือแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ทำให้ไม่รู้สึกว่าการเกิดเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่น่ากลัว สามารถเผชิญกับเหตุการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยความมั่นใจ ไม่รู้สึกหวาดกลัวหรือเศร้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

3. ด้านความสามารถให้ความหมาย (Meaningfulness) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่า มีความหมาย เป็นสิ่งที่ท้าทาย มีคุณค่า และรู้สึกยินดีที่จะเผชิญ หรือจัดการแก้ไขโดยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระที่ยุ่งยาก เขาจะทำการค้นหาความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้น และจะทำดีที่สุด เพื่อให้ผ่านพ้นเหตุการณ์นั้น ๆ สามารถค้นหาความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้นแสดงพฤติกรรมหรือกระทำการกิจกรรมที่เอาชนะสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความมั่นใจ (จรินทร์ รัตนวณิชกุล. 2554 : 24)

ตารางที่ 4 คุณลักษณะความเข้มแข็งในการมองโลก Antonovsky, 1987.

องค์ประกอบ	เหตุการณ์/สถานการณ์	รายละเอียด
1. ความสามารถในการเข้าใจ	1. เหตุการณ์ที่เป็นสิ่งแวดล้อมภายในตน และ สิ่งแวดล้อมภายนอกตัวเป็นสิ่งที่มิโครงสร้างสามารถทำนายได้	- รับรู้ปัญหาด้วยความเข้าใจที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง - สามารถเข้าถึงและมีความตระหนักรู้อารมณ์ภายในของตนเอง - สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง
2. ความสามารถในการจัดการ	2. บุคคลมีความคาดหวังอย่างสมเหตุสมผลว่า จะสามารถจัดการให้ เหตุการณ์ต่าง ๆ ผ่านไปด้วยดี พร้อมกับมีแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอที่จะใช้ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาในชีวิต	- มีแหล่งประโยชน์เพียงพอสำหรับเผชิญกับความเครียด - มีความเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้เหมือนอดีตที่ผ่านมา - สามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีความยืดหยุ่น - มีการผสมผสานทั้งสติปัญญาและเจตคติเข้าด้วยกัน - ป้องกันมิให้ภาวะตึงเครียดปรับเปลี่ยนไปสู่ภาวะเครียด
3. ความสามารถในการให้ความหมาย	3. สถานการณ์ที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย เป็นสิ่งที่ท้าทายและมีคุณค่า	- นิยามสิ่งเร้า/สิ่งกระตุ้นความเครียดว่าไม่เป็นสิ่งกระตุ้นความเครียด - มองสิ่งกระตุ้นความเครียดว่าเป็นความสุข ไม่มีความคับข้องใจ ไม่หวั่นอันตราย - มองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความหมาย มีความหวัง

ที่มา : แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987. อ้างถึงในกนกนุช ชื่นเลิศกุล, สุวรรณี มหากายนันท์ และนุจรินทร์ ลภัญกุล. 2543 : 13-14)

บทบาทสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก มีบทบาทสำคัญช่วยให้บุคคล สามารถเผชิญกับปัญหาหรือภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต มองเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตด้วยความเข้าใจมีเหตุผล มีความหมาย สามารถทำนายและคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ หรือสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้บุคคลมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกว้าง ๆ และรอบด้าน ความรู้สึกเชื่อมั่นว่า สิ่งเร้า (Stimuli) หรือความเครียดนั้นมีความหมาย สามารถที่จะให้คำอธิบาย หรือโดยมีแหล่งประโยชน์เอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้มองเห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีคุณค่าสำหรับการเข้าไปเกี่ยวข้องหรือจัดการแก้ไข ความเข้มแข็งในการมองโลก มีบทบาทในการกระตุ้นให้มีการนำเอาแหล่งต้านทานความเครียดทั่วไปมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการเผชิญปัญหา ช่วยส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Effective Coping) ช่วยลดและแก้ไขภาวะเครียดให้บุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพดี และมีความสุขในชีวิต (จรินทร รัตนวานิชกุล. 2554 : 23-24)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบลักษณะคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง และลักษณะคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ

ลักษณะคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง	ลักษณะคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ
1. นิยามสิ่งเร้า/สิ่งกระตุ้นความเครียดว่าไม่เป็นสิ่งกระตุ้นความเครียด มองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความหมายมีความหวัง	1. กล่าวโทษผู้อื่นหรือสิ่งต่าง ๆ
2. รับรู้ปัญหาด้วยความเข้าใจที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง มองสิ่งกระตุ้นความเครียดว่าเป็นความสุข ไม่มีความคับข้องใจ ไม่หวั่นอันตราย สามารถเข้าถึงและมีความตระหนักรู้อารมณ์ภายในของตนเอง สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง	2. โกรธเก็บกด รู้สึกผิด
3. มีแหล่งประโยชน์เพียงพอสำหรับเผชิญกับความเครียดและความเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้เหมือนอดีตที่ผ่านมา	3. มักจะบอกว่าตนเองโชคไม่ดี
4. สามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีความยืดหยุ่น มีการผสมผสานทั้งสติปัญญาและเจตคติเข้าด้วยกัน ป้องกันมิให้ ภาวะตึงเครียดปรับเปลี่ยนไปสู่ภาวะเครียด	4. พร่ำบ่นถึงความยุ่งยาก
5. มีผลต่อสุขภาพในทางบวก	5. ขาดความรับผิดชอบ
	6. ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตน อับอาย
	7. กลัว กังวล สับสน ร้อนรน
	8. สิ้นหวัง ยอมแพ้
	9. เจ็บปวด เศร้า ทุกข์โศก
	10. ถ้าความตึงเครียดปรับเปลี่ยนไป เป็นความเครียดจะนำไปสู่ความเป็นพยาธิสภาพ คือเจ็บป่วย

ที่มา : แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987. อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศกุล, สุวรรณิ มหากายนันท์ และนุชรินทร์ ลภณฑกุล. 2543 : 13-14)

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 3 ประการ ของความเข้มแข็งในการมองโลก

รูปแบบที่ 1 หมายถึง บุคคลที่มีความเข้าใจในตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้น มีความเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งเห็นคุณค่าและความหมายของตนเอง และของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจัดเป็นลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงคองที่

รูปแบบที่ 2 หมายถึง บุคคลที่ไม่มีความเข้าใจในตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้น แต่เชื่อว่าตนเองสามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งเห็นคุณค่าและความหมายของตนเอง และของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีแนวโน้มทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกไม่แน่นอน อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ เนื่องจากการยากที่บุคคลซึ่งมองเห็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างสับสน ไม่สามารถอธิบายหรือคาดการณ์ได้ จะมีความคิดหรือรู้สึกว่ตนเองนั้นสามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ดี

รูปแบบที่ 3 หมายถึง บุคคลที่มีความเข้าใจในตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้น แต่ไม่สามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ แต่บุคคลยังคงเห็นคุณค่าและความหมายของตนเองและของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มสูงขึ้นได้

รูปแบบที่ 4 หมายถึง บุคคลที่ไม่มีความเข้าใจในตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้น และไม่สามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น แต่บุคคลยังคงเห็นคุณค่าและความหมายของตนเองและของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มสูงขึ้นได้

รูปแบบที่ 5 หมายถึง บุคคลมีความเข้าใจในตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้น และเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ แต่ไม่เห็นคุณค่าและการกระทำของตนเอง ไม่เห็นคุณค่าในสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกลดลงได้

รูปแบบที่ 6 หมายถึง บุคคลมีความเข้าใจในตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้น แต่ไม่สามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่เห็นคุณค่าและการกระทำของตนเอง ไม่เห็นคุณค่าในสิ่งที่เกิดขึ้นซึ่งมีแนวโน้มทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกลดลงได้

รูปแบบที่ 7 หมายถึง บุคคลที่ไม่มีความเข้าใจในตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้น แต่เชื่อว่าตนเองสามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ และไม่เห็นคุณค่าและการกระทำของตนเอง ไม่เห็นคุณค่าในสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกไม่แน่นอนอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้

รูปแบบที่ 8 หมายถึง บุคคลที่ไม่มีความเข้าใจในตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้น และไม่สามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และไม่เห็นคุณค่าและความหมายของตนเองและของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจัดเป็นลักษณะของผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำคองที่

ตารางที่ 6 สรุปความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 3 ประการ ของความเข้มแข็งในการมองโลก

รูปแบบ	ความสามารถ ทำความเข้าใจ	ความสามารถ บริหารจัดการ	ความสามารถ ให้ความหมาย	การทำความเข้าใจความคงทนหรือ แนวโน้มของระดับความเข้มแข็ง ในการมองโลก
1	สูง	สูง	สูง	สูงคองที่
2	ต่ำ	สูง	สูง	ไม่แน่นอน
3	สูง	ต่ำ	สูง	มีแนวโน้มสูงขึ้น

ตารางที่ 6 (ต่อ)

รูปแบบ	ความสามารถ ทำความเข้าใจ	ความสามารถ บริหารจัดการ	ความสามารถ ให้ความหมาย	การทำนายความคงทนหรือ แนวโน้มของระดับความเข้มแข็ง ในการมองโลก
4	ต่ำ	ต่ำ	สูง	มีแนวโน้มสูงขึ้น
5	สูง	สูง	ต่ำ	มีแนวโน้มลดลง
6	สูง	ต่ำ	ต่ำ	มีแนวโน้มลดลง
7	ต่ำ	สูง	ต่ำ	ไม่แน่นอน
8	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำคงที่

ที่มา : (จันทิมา ภูวประภาชาติ. 2549 : 28-29. อ้างถึงในจรินทร รัตนวณิชกุล. 2554 : 25-26)

ประโยชน์ของความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลกมีผลต่อการเผชิญหรือรับมือกับสิ่งเร้าและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ ดังนี้

1. บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะประเมินสิ่งเร้าว่ามีใช่เป็นสิ่งที่คุกคามตนเอง แต่เป็นสิ่งที่ท้าทาย คำนวณที่จะจัดการแก้ไขมากกว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ และถ้าบุคคลประเมินสิ่งเร้าว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อตนเองก็จะมี การประเมินในลักษณะที่เป็นจริง หรือประเมินสิ่งเร้าว่าน่าจะส่งผลในทางที่ดีต่อตนเอง เนื่องจากบุคคลมีความเชื่อว่าปัญหานั้นสามารถแก้ไข และคลี่คลายได้

2. บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะรู้สึกต่อปัญหาหรือสิ่งเร้าที่มากหรือนั้นว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความหวัง ตื่นเต้น ในขณะที่บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำจะมีความรู้สึกสิ้นหวังและเฉื่อยชา

3. บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะประเมินสิ่งเร้าอย่างเป็นระบบ มองปัญหาได้ตรงตามความจริง อีกทั้งยังมองเห็นว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการปรับตัวและสามารถเลือกวิธีที่จะใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม ตรงข้ามกับบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ จะมีความสับสน มักหลีกเลี่ยงการแก้ปัญหาและมีแนวโน้มที่จะละทิ้งปัญหาตั้งแต่ต้น

4. บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดี

5. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีผลบวกกับสถานะทางสุขภาพและการรักษาสุขภาพในผู้สูงอายุ

6. บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงนั้น จะสามารถรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบอัน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ โดยบุคคลเหล่านั้นจะสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี (จันทิมา ภูวประภาชาติ. 2549 : 29. อ้างถึงในจรินทร รัตนวณิชกุล. 2554 : 27)

ความเครียด

ความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคล สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมโดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่กดดัน คุกคาม บีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจจะทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ อีกทั้งเป็นการเสริมความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจและไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดความเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคมได้ ความเครียดหมายถึงภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุลซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่คุกคาม (Threat) โดยการรับรู้หรือการประเมินนี้เป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก ลาซารัส (Lazarus. 1971 อ้างถึงในพจนานปิยะปกรณ์ชัย. 2552 : 15-16)

เซลเย (Selye, 1976 อ้างถึงในอังคินันท์ อินทรกำแหง. 2551 : 6) ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดตามแนวของเซลเย (Selye Stress Theory) กล่าวคือ เมื่อร่างกายถูกควบคุมด้วยความเครียดหรือทำให้เกิดความเครียด ทำให้อวัยวะเปลี่ยนแปลงไปขาดสมดุล และเมื่อร่างกายถูกคุกคามจะทำให้เกิดการตอบสนอง มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ชีววิทยาและชีวเคมีของร่างกาย และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าก่อให้เกิดความเครียดในแต่ละบุคคลแตกต่างกันตามปัจจัยภายใน เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม ส่วนปัจจัยภายนอก เช่น การรักษาด้วยฮอร์โมน ยาและอาหาร นอกจากนี้ ความเครียดหลาย ๆ ชนิดที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ซึ่งจะเพิ่มการกระตุ้นความเครียด มีผลทำให้การต้านทานต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดลดลง จะเห็นว่าการศึกษาของเซลเย มุ่งเน้นเฉพาะสาเหตุที่มาจากภายในตัวบุคคล แต่ยังขาดความเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน เป็นผลที่เกิดจากความรู้สึกหลาย ๆ อย่างที่มารวมกัน ซึ่งมีผลต่อชีวิตทั้งในทางลบหรือทางบวกก็ได้ การมีชีวิตที่อยู่ภายใต้ความเครียดจะทำให้เกิดปฏิกิริยา ดังนี้ ปฏิกิริยาทางกาย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ตัวสั่น เหนื่อย หมดแรง เกิดการเกร็ง ปากแห้ง ท้องไส้ปั่นป่วน จะเป็นลม อ่อนล้า เพลีย ปฏิกิริยาทางพฤติกรรมนอนหลับไม่สนิท เบื่ออาหาร ไม่สนใจเรื่องเพศ ไม่สนใจชีวิต รับประทานอาหารมากเกินไป ดิฉันเสพติดและดื่มสุรามากเกินควร ปฏิกิริยาทางอารมณ์ หงุดหงิด กลัว วิตกกังวล เป็นทุกข์ โกรธ โมโห ห่อเหี่ยว ตื่นตระหนก จำอะไรไม่ค่อยได้ รู้สึกตัวเองไร้ค่า ความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกคุกคาม ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ วิตก กังวล สับสน เกิดความไม่สมดุล ทำให้อวัยวะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยผ่านระบบและกลไกต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อที่จะควบคุมความสมดุล ในขณะเดียวกัน ถ้าความเครียดที่เกิดขึ้น บุคคลสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจ จะเกิดพลังในการทำงาน เสริมสร้างความเข้มแข็งทั้งร่างกายและจิตใจ (พจนานปิยะปกรณ์ชัย. 2552 : 15-16)

ความเครียดไม่ถือเป็นโรคแต่เป็นอาการ พบได้ในเกือบทุกโรค ทั้งโรคทางกายและทางจิตใจ อาการเครียดยังเป็นการนำไปสู่การเป็นโรคอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคมะเร็ง ความเครียดคือสิ่งที่ระบบเตือนภัยของร่างกายให้เตรียมพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตซึ่งมีทั้งผลดีและผลเสีย (กุลภา ศรีสวัสดิ์, ชิชณ พันธ์เจริญ และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน. 2554 : 42-44)

ความเครียด เป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้น กดดัน จนทำให้รู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธ หรือ เสียใจ ความเครียดหรือเป็นภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุลซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาด้วยประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่คุกคาม ความเครียดจึงเป็นภาวะตื่นตัวของร่างกายและจิตใจเพื่อเตรียมรับสถานการณ์ซึ่งคาดว่าจะเกินความสามารถที่จะจัดการได้ ระบบประสาทอัตโนมัติและระบบต่อมไร้ท่อจึงสั่งการให้ระบบปฏิบัติการของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ทำหน้าที่เพิ่มขึ้น (พัสมณท์ คุ่มทวีพร. 2553 : 59)

สรุปได้ว่า ความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าการคุกคาม กดดัน เกิดความไม่สมดุล ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนอง ถ้าบุคคลปรับตัวได้จะเกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ เป็นการเสริมความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดความเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคมได้

การประเมินความเครียด

ความเครียดเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระดับเซลล์ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในเนื้อเยื่อจนถึงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มากระทบต่อสุขภาพร่างกายอย่างเป็นองค์รวมจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การประเมินความเครียดมี 3 วิธี (มรยาท รุจิวิชัย. 2556 : 15-16)

1. การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological Measure of Stress) โดยการวัดการเปลี่ยนแปลงภายในของร่างกายของผู้ที่อยู่ในภาวะเครียด เช่น อัตราการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การหดตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อ การทำงานของต่อมเหงื่อ เป็นต้น การวัดนี้ต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เรียกว่าเครื่องมือไบโอฟีดแบค (Biofeedback Instrument) ถูกสร้างและพัฒนาขึ้นให้สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงภายในของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น เครื่องมือไบโอฟีดแบคควบคุมการผ่อนคลายความเครียดกล้ามเนื้อ (Electromyogram (EMG) Biofeedback Instrument เครื่องมือไบโอฟีดแบคควบคุมการทำงานของต่อมเหงื่อ Skin-Conductance (SC) Biofeedback Instrument เครื่องมือไบโอฟีดแบคควบคุมอุณหภูมิของร่างกายที่ผิวหนัง Skin-Temperature (ST) Biofeedback Instrument หรือ เครื่องมือไบโอฟีดแบคควบคุมการทำงานของคลื่นสมอง Electroencephalogram (EEG) Biofeedback Instrument เป็นต้น

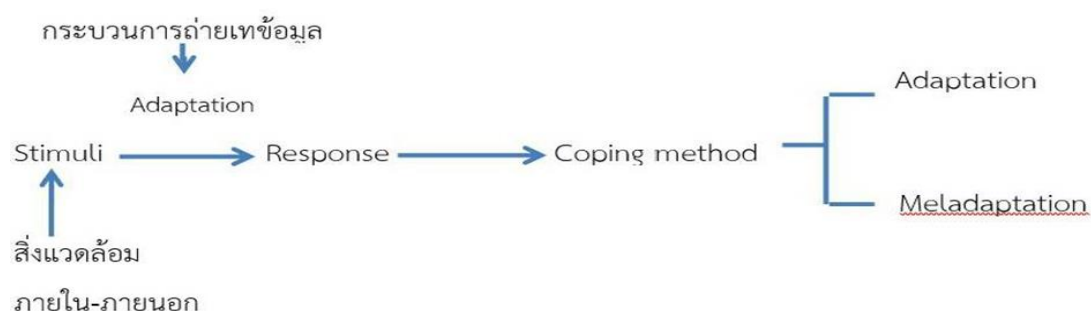
2. การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกที่สามารถสังเกตเห็นได้ (Behavioral Measure of Stress) จะสังเกตถึงความผันแปรในด้านความคิด คำพูด และการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความจำ วิธีการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากความคิด จิตใจและอารมณ์ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น เมื่อคนเรามีอาการคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจที่ทำให้เกิดภาวะเครียด จะแสดงออกมาในลักษณะของอาการสับสนหรือหนีซึ่งเป็นพฤติกรรมที่คนอื่นสามารถสังเกตเห็นและสามารถบันทึกพฤติกรรมนั้นได้ แบบทดสอบนี้ต่อมาถูกพัฒนาและนำมาใช้ในการประเมินภาวะจิตสังคมของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ได้มีผู้สร้างแบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่มีผลมาจากภาวะเครียดและได้นำไปใช้ประโยชน์เพื่อประเมินภาวะเครียดในชีวิตประจำวันและชีวิตการทำงานโดยประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น แบบสังเกตพฤติกรรมของเกรแฮม และคอนลีย์ (Graham & Conley. 1971 : 113-122) เป็นต้น

3. การประเมินโดยใช้แบบทดสอบหรือแบบทดสอบการรับรู้ต่อความเครียด (Perceptive Measure of Stress) เป็นการประเมินภาวะเครียดที่เป็นความรู้สึกของตนเองต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่คน ๆ นั้นสามารถรับรู้หรือบอกได้ แล้วจึงมารวบรวมค่าคะแนนเพื่อประเมินระดับของภาวะเครียด แบบทดสอบหรือแบบทดสอบดังกล่าวนี้ มีผู้สร้างขึ้นมาใช้อยู่หลายประเภทด้วยกัน อาทิ The Cornell Medical Index Health Questionnaire (CMI) Analogies Symptom Distress Check List (SL-90) Health Opinion Survey (HOS) Understanding Your Health เป็นต้น

การเผชิญความเครียด

ภาวะเครียดและการปรับตัว

การปรับภาวะเครียด จะมีองค์ประกอบ ดังนี้ (1) สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดภาวะเครียด (Stressor) (2) กระบวนการถ่ายทอดข้อมูล เป็นกระบวนการภายในบุคคลที่รับสิ่งเร้า ทำให้เกิดภาวะเครียด และอาจเสียความสมดุลในบุคคล (3) ปฏิกริยาของพฤติกรรมตอบสนองของบุคคล เมื่อเกิดภาวะเสียสมดุลและการปรับตัวเข้าสู่สมดุล (Response) (4) วิธีจัดการกับความเครียด (Coping Method) ดังแสดงในไดอะแกรม ดังนี้



แผนภาพที่ 2 วิธีจัดการกับความเครียด (Coping Method)

ที่มา : (พจนานุกรมปิยะปกรณชัย. 2552 : 16)

องค์ประกอบทั้ง 4 อย่าง มีความสัมพันธ์กันเมื่อมีสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดภาวะเครียด และบุคคลรับรู้สิ่งเร้าและนำเข้าสู่ระบบของตนว่าเป็นสิ่งคุกคามความปลอดภัยของตนทำให้เกิดภาวะเครียด บุคคลมีปฏิกริยาของพฤติกรรมตอบสนองโดยระบบประสาทอัตโนมัติ ฮอโมน และอารมณ์ผิดปกติไป ปฏิกริยาตอบสนองทั้งหมดนี้จะเป็นข้อมูลป้อนกลับทางลบให้ระบบมีการลดหรือขจัดอันตรายที่เกิดขึ้น และปรับสภาพเข้าสู่ภาวะสมดุล ความเครียดที่รุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตจำเป็นต้องกำจัด แต่ความเครียดไม่มากนักทำให้เกิดการตื่นตัวและการพัฒนา ไม่จำเป็นต้องกำจัด ในภาวะทั่วไปเมื่อกำจัดความเครียดหนึ่งให้หมดไปความเครียดใหม่จะเข้ามาแทนที่เสมอ เพราะความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ดังนั้น จึงไม่จำเป็นต้องกำจัดความเครียดทุก ๆ อย่างในชีวิตให้หมดไป และหลายครั้งการจัดการกับความเครียดต้องอาศัยการช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วย (พัสมณต์ คุ่มทวีพร. 2553 : 201)

สิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด (Stimuli)

สิ่งเร้าที่เป็นเหตุให้เกิดความเครียดในบุคคล พบได้ทั้งสิ่งแวดล้อมภายในร่างกายและสิ่งแวดล้อมภายนอกในร่างกาย เช่น ยีนผิดปกติ การเผาผลาญสารเคมีในร่างกาย เป็นต้น สำหรับสิ่งเร้าภายนอกมีหลายปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด ดังนี้

1. สิ่งเร้าทางกายภาพ ได้แก่ สารเคมี ยาอันตราย อาหารที่ไม่เหมาะสม ไฟฟ้า แสง เสียง ความร้อน ความเย็น ความกดอากาศ สิ่งของมีคมที่ทำให้ร่างกายบาดเจ็บ เป็นต้น
2. สิ่งเร้าทางชีวภาพ ได้แก่ จุลชีพต่าง ๆ เช่น แบคทีเรีย ไวรัส พยาธิ เชื้อรา เป็นต้น
3. สิ่งเร้าทางจิตใจ ได้แก่ สิ่งขัดขวางการไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ทำให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ ความรู้สึกคับข้องใจ จินตนาการหรือความคิดที่ทำให้รู้สึกท้อแท้ถูกคุกคาม การสูญเสีย การได้รับการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกมาก หรือน้อยเกินไป การเปลี่ยนแปลงในช่วงชีวิตวัยต่าง ๆ
4. สิ่งเร้าทางด้านวัฒนธรรมสังคม ได้แก่ ค่านิยมความเชื่อในสังคมที่ทำให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ การแข่งขัน แก่งแย่งหน้าที่การงาน ความเห็นแก่ตัว ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา เป็นต้น
5. สิ่งเร้าจากการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีในสังคมและทางนิเวศวิทยา ทำให้เกิดมลภาวะที่เกิดจากการผลิตอุตสาหกรรม เกษตรกรรมใหม่ อาหารเป็นพิษ การเกิดสงคราม โรคระบาด อาวุธสมัยใหม่ที่รุนแรง สิ่งเร้าดังกล่าวจะก่อให้เกิดภาวะเครียดที่รุนแรงมากน้อยในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับลักษณะธรรมชาติของสิ่งเร้านั้น ๆ ได้แก่

5.1 ความหมายและความสำคัญเฉพาะของสิ่งเร้านั้น ต่อบุคคลนั้นเพียงใดซึ่งจำเป็นต้องประเมินเฉพาะรายบุคคลไป ไม่อาจทำนายล่วงหน้าได้ เช่น อาชีพนางแบบถูกน้ำร้อนลวกบริเวณใบหน้า แขน ทำให้เป็นแผลเป็น ทำให้มีความสำคัญต่อชีวิตมากกว่าคนอื่น ๆ ทั่วไป

5.2 ปริมาณของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด ถ้ามีปริมาณมากย่อมก่อให้เกิดภาวะเครียดได้มากกว่าสิ่งเร้าที่มีปริมาณน้อย เช่น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเกิดภาวะแทรกซ้อน มีปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ ย่อมทำให้เกิดภาวะเครียดสูง

5.3 ระยะเวลาที่เผชิญสิ่งเร้า ถ้าเกิดขึ้นระยะสั้น ๆ บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่ต้องเผชิญความเครียดระยะยาว เช่น การปวด ถ้าเรื้อรังจะก่อให้เกิดความเครียดสูง

5.4 สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นรู้ล่วงหน้า หรือเกิดขึ้นทันทีทันใด บุคคลที่รู้ว่าจะต้องเผชิญภาวะเครียดล่วงหน้ามักปรับตัวได้ดีขึ้น และมองเห็นความเครียดเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติจะทำให้ความเครียดลดลง

5.5 สิ่งเร้านั้นมีปรากฏจริงหรือไม่จริง ชัดเจนหรือไม่ ถ้าเป็นเพียงจินตนาการสิ่งเร้าไม่ปรากฏให้รับรู้มักก่อให้เกิดความเครียดจากการไม่รู้ ประเมินสถานการณ์ไม่ถูกต้อง และไม่สามารถควบคุมได้ (พจนา ปิยะปรณชัย. 2552 : 17-8)

ระดับความรุนแรงของความเครียด

1. ความเครียดในระดับต่ำ (Mild Stress) หมายถึง ความเครียดขนาดน้อย ๆ และหายไปในช่วงเวลาอันสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล มีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อย เป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่ว ๆ ไปไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูง (Height Stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้น ถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดแรงแควคุมตัวเอง ไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคภัยต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. 2540 : 140)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกคนและทุกระยะมีความเครียดเรื้อรัง และระดับความเครียดจะเพิ่มขึ้นเมื่อเกิดความเจ็บปวด และอาการของโรคไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือรุนแรงขึ้น การถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทำให้ผู้ป่วยเสียขวัญ ทำลายแผนการในอนาคตและเกิดความเครียด นอกจากนี้ความจำเป็นที่จะต้องตัดสินใจเลือกการรักษาซึ่งมีผลข้างเคียงเพื่อหวังผลให้หายจากโรค รวมทั้งความรู้สึกเจ็บปวดและอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งทุกคนและทุกระยะต้องเผชิญกับความเครียดระดับรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

ปฏิกิริยาของบุคคลต่อความเครียด

เมื่อบุคคลมีความเครียดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองที่สามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมหรือสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยผู้อื่น เช่น ปฏิกิริยาทางสรีระของร่างกายภายในความรู้สึกนึกคิด ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองได้แตกต่างกันไปตามผลการประเมินสิ่งเร้าว่ามีความหมายสำคัญต่อตนเองมากน้อยเพียงใด สิ่งเร้าชนิดเดียวกันอาจเกิดปฏิกิริยาตอบสนองได้หลายรูปแบบ เช่น เสียงร้องของเด็ก ทำให้เกิดความรำคาญ วิตกกังวล โกรธ เศร้าซึม พอใจ หรือ เฉย ๆ เป็นต้น ปฏิกิริยาของบุคคลต่อภาวะความเครียดจึงแตกต่างกัน ไม่เฉพาะเจาะจง มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ ทั้งนี้สิ่งเร้าต่าง ๆ ย่อมทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งด้านร่างกายจิตใจ

ปฏิกิริยาตอบสนองด้านพฤติกรรม จำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตใจ

ในภาวะเครียด สภาพอารมณ์ ความรู้สึก ความรับรู้ ความคิด การตัดสินใจ และการปฏิบัติงานมีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ สภาพอารมณ์ ความรู้สึกเป็นไปทางลบ ความรู้สึกที่ปรากฏเด่นชัดในภาวะเครียด

1.1 เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึก

1.1.1 ความวิตกกังวล เกิดขึ้นทันทีที่บุคคลประเมินสิ่งเร้าว่าคุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเอง เป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจภายในจิตใจของบุคคลอันเป็นผลจากความคับข้องใจและความขัดแย้งในใจ มักเกิดร่วมกับความรู้สึกผิด ย้ำคิดย้ำทำ ความวิตกกังวลจะมากขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง แบ่งออกได้ 4 ระดับ ได้แก่ระดับต่ำ ปานกลาง สูง สูงที่สุด ซึ่งระดับต่ำ ปานกลาง ความวิตกกังวล จะให้ประโยชน์ต่อการปรับตัวต่อภาวะเครียดได้ดี แต่ในระดับสูงและสูงสุด มักทำให้การแก้ปัญหาและ การ

ปฏิบัติงานหยุดชะงัก นอนหลับยาก หงุดหงิด มีอาการชาตามส่วนต่าง ๆ กระวนกระวาย ขณะเดียวกัน ก็จะเกิดอาการซึมเศร้า

1.1.2 ความรู้สึกกลัว คล้ายคลึงกับความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกที่รวมความวิตกกังวล ไม่สามารถเพ่งจุดสนใจ ไม่มั่นใจ ร่วมกับความรู้สึกต้องการหลีกเลี่ยงหนีให้พ้นจากสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นกระบวนการนึกคิดและรับรู้ที่เสียไปของบุคคล

1.1.3 การยอมรับและการเผชิญกับภาวะเครียด ในระยะแรกภาวะเครียดก่อให้เกิดการกระตุ้นจากการที่ภาวะตื่นตัวต่อการรับรู้ทำให้บุคคลไวต่อการรับข้อมูล ต่อมาบุคคลจะพยายามทบทวนที่มาของภาวะเครียด พยายามใช้ความคิดเพื่อค้นหาวิธีการจัดการแก้ไขสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด รวมทั้งเพิ่มความอดทนและความเข้มแข็ง การยอมรับและการเผชิญต่อภาวะเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การแก้ไขปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดความเครียด และการแก้ไขหรือสร้างตัวเราเองให้มีความเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญกับภาวะเครียดมากขึ้น

1.1.4 การเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียดในกรณีที่สามารถหนีจากภาวะเครียดหรือไม่สามารถแก้ไขภาวะเครียดได้ เราต้องใช้วิธีการใหม่คือเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเครียด ด้วยกลวิธีต่าง ๆ เช่น การพักผ่อน การแสวงหาความช่วยเหลือ เป็นต้น

1.2 การตอบสนองทางด้านพฤติกรรม

เป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่เตรียมพร้อมหรือถอยหนี พฤติกรรมอาจแสดงออกมาทางสีหน้าท่าทาง มีอาการสั่นเนื่องจากความเครียดของกล้ามเนื้อ อาจมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปชั่วคราวหรือเป็นระยะเวลานาน ๆ เช่น พุดติดอ่าง พุดไม่หยุด เป็นต้น

2. ปฏิกิริยาตอบสนองด้านสรีระของร่างกาย

เมื่อเกิดภาวะเครียดในระบบของบุคคลจากสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดประเภทใดก็ตาม ร่างกายจะมีปฏิกิริยาการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ ซึ่ง เซลเย (Selye. 1933 : 227) เรียกว่า เป็นปฏิกิริยาการปรับตัวเฉพาะที่ และปฏิกิริยาการปรับตัวทั่วไป

2.1 ปฏิกิริยาการปรับตัวเฉพาะที่ (Local Adaptive Syndrome : LAS) มีลักษณะเฉพาะการเกิดการอักเสบและการเสื่อมสลายในเซลล์ร่างกาย เพื่อสกัดกั้นและควบคุมให้สิ่งเร้าของภาวะเครียดมีผลเฉพาะที่

2.2 ปฏิกิริยาการปรับตัวทั่วไป (General Adaptive Syndrome : GAS) เมื่อไม่อาจควบคุมได้เฉพาะที่ จะเกิดปฏิกิริยาการปรับตัวทั่วไปของระบบร่างกาย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

2.2.1 ระยะตื่นตัว หรือระยะสัญญาณอันตราย (Alarm Reaction Stage) มีการเปลี่ยนแปลงของการปรับตัว โดยทั่วไปเกิดขึ้นในช่วงสั้น ๆ เมื่อบุคคลเผชิญความเครียด จะมีปฏิกิริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติของซิมพาเทติก (Sympathetic System) จะเกิดการกระตุ้นระบบต่าง ๆ ในร่างกายให้ทำหน้าที่เพิ่มพลังงานแก่ร่างกายอย่างรวดเร็ว เพื่อตอบโต้ต่อสิ่งกระตุ้นหรือความเครียด ทำให้เกิดปฏิกิริยา “สู้หรือหนี” เพื่อเตรียมการปรับตัวในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก

2.2.2 ระยะต่อต้าน (Resistance State) เกิดปฏิกิริยาชดเชยเพื่อปรับสมดุล เพื่อเป็นการลดปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะตื่นตัวให้กลับสู่ระดับปกติ ถ้าการปรับตัวระยะนี้ใช้เวลานานเช่นเดียวกับภาวะเครียดอยู่นาน ถ้าการปรับตัวระยะนี้ไม่สำเร็จ บุคคลจะเข้าสู่ระยะสุดท้าย

2.2.3 ระยะอ่อนเพลีย (Exhaustion Stage) ร่างกายไม่อาจรักษาสภาพสมดุลไว้ได้ ทำให้เกิดโรคทางกาย มีพยาธิสภาพของอวัยวะร่างกายในส่วนที่เป็นจุดอ่อนของบุคคลนั้นตามพันธุกรรม มีได้หลายโรคแตกต่างกัน เช่น ภาวะอาหาร หัวใจ ปอด ตับ ระบบปัสสาวะ โดยเฉพาะโรคในกลุ่ม Psychosomatic Disease โรคของร่างกายที่เกิดจากภาวะเครียดด้านจิตใจ (พจนา ปิยะปกรณ์ชัย. 2552 : 19-21)

อาการแสดงของความเครียด

อาการแสดงเมื่อมีความเครียด มีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

1. อาการทางกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ปวดตึงกล้ามเนื้อ (ที่พบบ่อย คือ ต้นคอ บ่า และบั้นเอว) ใจสั่น เจ็บหน้าอก เป็นตะคริวที่ท้อง คลื่นไส้ มือ-เท้าเย็น เหงื่อออก และเป็นหวัดบ่อย เป็นต้น สำหรับอาการทางกายอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเครียด คือ หัวใจเต้นแรง เหงื่อออกมากปวดท้อง ท้องเสีย อาเจียน ปากคอแห้งเหมือนมีอะไรติดคอ อยากปัสสาวะบ่อย นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ตกใจง่ายเมื่อได้ยินเสียง เป็นต้น

2. อาการทางจิต ได้แก่ ไม่มีสมาธิ ความจำไม่ดี ลังเล สับสน ไม่มีอารมณ์ขัน ใจร้อน เป็นต้น

3. อาการทางอารมณ์ ได้แก่ วิตกกังวล โกรธ กัดฟัน คับข้องใจ กลัว ตื่นเต้น รำคาญ อารมณ์ร้าย เป็นต้น

4. อาการทางพฤติกรรม ได้แก่ กินจุ อยู่ไม่สุข แทะเลียบ กระดิกเท้า ร้องไห้ ขว้างปาหรือทำลายสิ่งของ นินทาว่าร้าย พุดสบถ สบุนุ่หรี ต้มสุรา เป็นต้น (ทิพวรรณ เรืองขจร. 2550 : 248-249)

การจัดการกับภาวะเครียด (Coping Method) และ รูปแบบการจัดการความเครียด

กลวิธีที่บุคคลใช้เมื่อเผชิญภาวะเครียดซึ่งเป็นทั้งการกระทำใด ๆ หรือเป็นการทำงานภายในจิตใจที่มีเป้าหมายเพื่อรักษาความมั่นคงของร่างกาย จิตใจ จากอันตรายที่มาคุกคาม แต่ละบุคคลมีรูปแบบของวิธีการจัดการภาวะเครียดได้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการประเมินปริมาณและคุณภาพของสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดภาวะเครียด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถและขีดจำกัดของตนเอง ตลอดจนคุณลักษณะภายในของบุคคล ได้แก่ อายุ บุคลิกภาพ สติปัญญา ค่านิยม ความเชื่อ ภาวะอารมณ์

รูปแบบการจัดการความเครียด มี 2 ประเภทคือ

1. วิธีการจัดการกับภาวะเครียดทางร่างกาย

1.1 สิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด เมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือเข้าสู่ร่างกาย บุคคลจะมีกลไกการทำงานเพื่อให้สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้โดยไม่เกิดโรคโดยปรับสมดุล อาศัยวิธีการ 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1.1.1 กลไกการต่อต้านเชื้อโรค (Human Defense Mechanism) ปฏิกริยาที่มีต่อสิ่งเร้าพวกจุลินทรีย์อันเกิดจากกระบวนการทำงานของร่างกาย ตั้งแต่การทำลายเชื้อโรคจากสภาพความเป็นกรดของกระเพาะอาหาร ช่องคลอด

1.1.2 การชะล้างสิ่งแปลกปลอมออกจากอวัยวะ เช่น การหลั่งน้ำตาน้ำมูก น้ำลาย

1.1.3 การขับสิ่งแปลกปลอมออกจากร่างกาย เช่น การไอ การจาม อาเจียน ท้องเดิน

1.1.4 การเก็บสิ่งแปลกปลอมโดยเซลล์เม็ดเลือดขาวด้วยกระบวนการ
Phagocytosis

1.1.5 การสร้างภูมิคุ้มกันโรค

1.2 กลไกทางชีวภาพ (Biological Coping) กลไกเพื่อหลีกเลี่ยงอันตราย ได้แก่

1.2.1 การเคลื่อนไหวร่างกายทุกส่วนไม่ว่าจะเป็นระดับเซลล์ สารเคมีในร่างกาย
อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างมีจุดมุ่งหมาย และมีประสิทธิภาพในระยะเวลาที่
นานเพียงพอ เช่น เมื่อเหยียบตะปูจะยกเท้าหนี ซึ่งความสามารถจะอยู่ในขีดจำกัดต่างกันขึ้นอยู่กับ
อายุและการพัฒนาการของร่างกาย

1.2.2 การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้งหมด

1.2.3 การผลิตพลังงาน ด้วยกระบวนการเผาผลาญพลังงานเพื่อร่างกายทำงาน
ได้ตามปกติ

2. วิธีการจัดการกับภาวะเครียดโดยกลไกทางจิตใจ

เป็นกลไกการทำงานภายในจิตใจทั้งในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก

2.1 กลไกการป้องกันตัวทางจิต เป็นกลไกที่เกิดจากการทำงานของจิตในส่วนอีโก้
(Ego) ในระดับจิตใต้สำนึกเกือบทั้งหมด เช่น การปฏิเสธการรับรู้ความจริง (Denial) การมีพฤติกรรม
ถดถอย (Regression) การเก็บกด (Repression) การเลียนแบบ (Identification) การเพ้อฝัน (Fantasy)
การโยนความผิดให้ผู้อื่น (Projection) การหาเหตุผลเข้าข้างตน (Rationalization) หรือปฏิกิริยาชดเชย
(Compensation) เป็นต้น

2.2 กลไกการแก้ไขปัญห เป็นการทำงานที่บุคคลจัดการกับปัญหาความขัดแย้งภายในใจใน
ระดับจิตสำนึก โดยใช้กระบวนการทำงานการรู้และสติปัญญา (Cognition) หาหนทางปรับตัว
ให้เข้ากับสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนวิเคราะห์จุดที่เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจและ
หาวิธีการที่เหมาะสมในรูปแบบต่าง ๆ (พจนานุกรมศัพท์จิตวิทยา. 2552 : 24 - 26)

วิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัว

กระบวนการเผชิญความเครียดตามแนวความคิดของลาซารัส (Lazarus, 1976 : 74) เป็น
กระบวนการที่ประกอบด้วย สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Event or Stressor) การประเมิน (Appraisal)
และการเผชิญความเครียด (Coping) (รุ่งนภา เตชะกิจโกศล. 2552 : 19-20)

1. เหตุการณ์ (Event or Stressor) สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นสิ่งที่บุคคลเกิด
ความรู้สึกไม่มั่นใจหรือมีผลทำให้ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติ

2. การประเมิน (Appraisal) ในกระบวนการเผชิญความเครียด สิ่งสำคัญคือการประเมิน
ปัญหาซึ่งเป็นกระบวนการทางสติปัญญาที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และ
พฤติกรรม ซึ่งต้องการการทำงานของจิตใจรวมถึงการตัดสินใจ การแยกแยะปัญหา และการเลือกวิธีที่
จะจัดการกับปัญหาโดยใช้ประสบการณ์เดิมเป็นส่วนใหญ่ การประเมินปัญหามี 3 แบบ ได้แก่

2.1 การประเมินปฐมภูมิ (Primary Appraisal) เป็นการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผล
อะไรต่อตนเอง ประเมินได้ 3 แนวทาง

2.1.1 ไม่มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) คือ การที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
ไม่เกี่ยวข้องกับตนเพราะไม่เกิดผลดีหรือผลเสียอะไร

2.1.2 เกิดผลดีหรือได้รับประโยชน์ (Begin Positive) คือ การที่บุคคลเสมือนว่าผลจากเหตุการณ์นั้นมีผลดีกับตน ทำให้ตนเกิดความสุข สนุก และความรัก

2.1.3 เกิดความเครียด (Stress) เป็นภาวะที่บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การประเมินนี้แยกได้เป็น 3 อย่างคือ

2.1.3.1 เกิดอันตรายหรือการสูญเสีย (Harm or Loss) คือ สูญเสียความสามารถ เกิดความเจ็บป่วย ความไม่พึงพอใจต่อตนเองและสังคม การสูญเสียบุคคลที่ตนรักหรือการสูญเสียความผูกพัน

2.1.3.2 การถูกคุกคาม (Threat) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือการสูญเสีย หรือเมื่อสูญเสียแล้วทำให้เกิดถึงความยุ่งยากหรือความลำบากที่จะตามมา

2.1.3.3 การท้าทาย (Challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าจะสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ อาจแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ ความกระตือรือร้น ความตื่นตัว ความร่าเริง การถูกคุกคามและการท้าทายอาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน เพราะการที่รู้สึกถูกคุกคามนั้นอาจมีความรู้สึกท้าทายอยู่ด้วย ทำให้มีความมุ่งหวังที่จะหาวิธีในการเอาชนะหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้

2.2 การประเมินทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) เป็นกระบวนการประเมินที่ซับซ้อนที่จะเลือกตัดสินใจเลือกวิธีที่ได้ผลที่จะจัดการกับความเครียด โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำไปแล้ว

2.3 การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลใหม่หรือข้อมูลเพิ่มเติม ติดตามผลของวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำไปแล้ว

วิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวตามแนวของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984 : 74 อ้างถึงในสุนันฎดา คชนทร์ชัย, 2547 : 18-19) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวคิดหรือกระทำเพื่อลดหรือจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ไม่ใช่การระงับหรือหลีกเลี่ยงความเครียด แต่เป็นการ “ปรับ” และ “เผชิญ” กับความเครียดโดยมีวิธีเผชิญความเครียด 2 แบบ

การเผชิญความเครียดเน้นด้านอารมณ์ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ (Emotional Focused Coping) เป็นการเผชิญความเครียดที่มุ่งลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข โดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริง เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจหรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคลโดยใช้วิธีต่าง ๆ การใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธ (ไม่ยอมรับความจริง) การไม่ได้เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ เช่น การเลือกให้ความสนใจ การหลีกเลี่ยงไม่คิดถึงการเผชิญสถานการณ์ชั่วคราว การใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรม เช่น ทำกิจกรรมที่สามารถปลดปล่อยพลังออกจากร่างกาย เช่น การเล่นกีฬา การออกกำลังกาย การกายบริหาร ทำงานอดิเรก ฟังเพลง อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ พักผ่อนหย่อนใจ การออกจากสิ่งแวดล้อมหรือการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การผ่อนคลายร่างกาย ด้วยการนวด การกดจุด การสวดมนต์ การฟังธรรม การนั่งสมาธิ มีอารมณ์ขันการสะกดจิต การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การระบายอารมณ์โกรธ การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น เป็นการผ่อนคลายจิตใจ เช่น พูดคุยกับเพื่อนระบายความรู้สึกอารมณ์ของตนเองอย่างเหมาะสม รวมถึง การหาค้นหาข้อดีหรือการหาความหมายที่ดีจากสถานการณ์นั้น ๆ (คิดบวก)

การหาความหมายที่ดีจากสถานการณ์ (เหตุการณ์)

เป็นการมองว่าเหตุการณ์นั้นมีความหมาย (Meaningfulness) หมายถึง การที่บุคคลให้คุณค่าให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้น ๆ มีความยินดี และรู้สึกคุ้มค่าที่จะใช้กำลังกายกำลังทางสติปัญญาแก้ไขหรือเผชิญกับเหตุการณ์นั้นให้สำเร็จลุล่วงได้ รวมถึงมีแหล่งทรัพยากรที่จะใช้ตอบสนองต่อการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นมากกว่าที่จะให้ความหมายว่าเป็นภาระ หรือก่อให้เกิดความยุ่งยากได้ เช่น การรับรู้ความหมายในชีวิต รู้ว่าตนเองมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร สิ่งใดที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อชีวิต มีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต สร้างความหวังและกำลังใจแก่ตนเองเพื่อให้สามารถยืนหยัดดูแลผู้ป่วยได้ ช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ ตัดสินใจ ยอมรับ และมีความเข้าใจในการเจ็บป่วยได้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น มองเห็นแนวทางและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย แอนโทโนฟสกี (Antonovsky. 1982. อ้างถึงในอรุทัย โฉมเชิด 2552 : 2-3) ญาติผู้ดูแลสามารถเข้าใจกับสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญอยู่ มองเห็นคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย มีแหล่งทรัพยากรที่ให้การช่วยเหลือและสามารถจัดการกับสิ่งที่ตนเผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสมลงตัว รวมถึงสามารถทำใจยอมรับและเผื่อใจไว้สำหรับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ญาติผู้ดูแลมองว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบ เป็นหน้าที่ที่พึงกระทำและท้าทายความสามารถของตนเอง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีกำลังใจ และสามารถจัดการเวลาที่ตนมีอยู่และใช้ทุกวินาทีอย่างคุ้มค่า (อรุทัย โฉมเชิด. 2552 : 107,119) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยให้ความหมายในการดูแลผู้ป่วยใน 4 ลักษณะ คือ (1) เป็นโอกาสได้ตอบแทนบุญคุณ (2) สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าคนที่ไม่ใช่ญาติ (3) เป็นความสงสารเห็นใจและเต็มใจที่จะให้การดูแล และ (4) เป็นภาระหน้าที่ ๆ จะต้องดูแล (วิภา วิเสโส. 2545 อ้างถึงในอรุทัย โฉมเชิด. 2552 : 12)

สำหรับลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่าจะต้องรับบทบาทเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมี 5 ลักษณะ คือ

1. ต้องรับบทบาทและภาระในการดูแลในชีวิตประจำวัน ญาติผู้ดูแลมีวิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงคือ ทำความเข้าใจ ปรับตัว เตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจให้คงไว้สงวนไว้เพื่อรักษาสุขภาพร่างกายให้ดำเนินต่อไปอย่างปกติ เพื่อจะได้มีกำลังใจกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความเชื่อมั่นว่าสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตนกำลังเผชิญอยู่นั้นเป็นสิ่งที่อธิบายได้ มีเหตุผล มีคุณค่า มีความหมาย เป็นสิ่งที่ท้าทายและคุ้มค่าแก่การดูแล และมีแหล่งทรัพยากรที่สามารถจัดการได้ ได้นำหลักธรรมมาเป็นแนวทางปฏิบัติ มีความเข้าใจเรื่องความกตัญญูเข้าใจหลักไตรลักษณ์ เข้าใจเรื่องกรรมและผลของกรรม ทำให้เข้าใจการเจ็บป่วยได้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อรุทัย โฉมเชิด (2552 : 18) พบว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นการได้ทำความดี การดูแลผู้ป่วยเหมือนการทำบุญ เนื่องจากการทำดีได้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นคนที่รักผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสดูแลผู้ป่วยด้วยความรักความผูกพันที่เคยร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา ส่วนบุตรที่ดูแลผู้ป่วยเป็นการตอบแทนบุญคุณร่วมกับความรัก

2. สิ้นใจตัวเอง สิ้นอนาคต การใช้เวลาส่วนตนน้อยลง ไม่มีเวลาพักผ่อน รับประทานอาหารได้น้อย ขาดการออกกำลังกาย ไม่ได้เข้าร่วมพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น เพราะเวลาส่วนใหญ่ต้องใช้ไปกับการดูแลผู้ป่วย คอยดูแลผู้ป่วย อยู่กับผู้ป่วย ไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังได้ ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เนื่องจากการรับรู้ว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน วิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงคือ หดหู่ทบทวน

สถานการณ์ กำหนดเป้าหมายในชีวิต พยายามจัดสรรเวลาดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง พักผ่อน เพื่อคลายความตึงเครียด หาเวลาผ่อนคลาย หาเวลาทำกิจกรรมส่วนตัว ออกกำลังกาย หรือตรวจสุขภาพ ประจำปี แม้ผู้ดูแลบางรายจะไม่ได้ไปตรวจสุขภาพ แต่ผู้ดูแลก็คิดว่ามีความจำเป็นที่จะต้องดูแลสุขภาพ ร่างกายตนเองไปด้วยควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย พบว่าญาติผู้ดูแลมีความต้องการในการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง พยายามหาเวลาในการรักษาสุขภาพร่างกาย เช่น หาเวลาวางที่มีจากการดูแลผู้ป่วยในการ ออกกำลังกาย รวมถึงการไปตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคงไว้ซึ่งการรักษาสุขภาพที่แข็งแรงสำหรับการ ดำเนินชีวิตต่อไป และจะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างดียิ่งขึ้น (สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. 2541 : อ้างถึงใน อรรถทัย โฉมเกิด. 2552 : 108) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจะเตรียมความพร้อม ทางด้านร่างกายเพื่อให้ตนเองมีกำลังใจที่แข็งแรง พร้อมรับกับสภาพการดูแลและเตรียมใจให้พร้อมรับ ในทุกสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น (วิภา วิเสโส. 2545 อ้างถึงในอรรถทัย โฉมเกิด. 2552 : 108) ผู้ดูแลบางราย พยายามดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง หรือแสดงให้เห็นว่าตนเองนั้นเข้มแข็ง สามารถให้การดูแล ผู้ป่วยได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ สบายใจ ไม่ต้องวิตกกังวลหรือห่วงใยผู้ดูแล ผู้ดูแลคิดว่าจะต้องมีแรงมี กำลังใจที่จะต้องต่อสู้ต่อไปให้ได้ก่อน เพื่อจะได้คอยปลอบใจให้กำลังใจผู้ป่วยต่อไป ผู้ดูแลคิดว่าหาก ร่างกายไม่แข็งแรง สุขภาพไม่ดีก็ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลบางรายจึงพยายามแสวงหาอาหาร ที่มีประโยชน์มาบำรุงร่างกายให้แข็งแรง จะได้มีกำลังใจเพียงพอมาดูแลพยาบาลปรนนิบัติผู้ป่วยได้อย่างมี ประสิทธิภาพ (รวี เดือนดาว. 2547 : 106,78,87) ผู้ดูแลที่คิดทางบวกและมีทัศนคติที่ดีต่อสถานการณ์ที่ เกิดขึ้นจะถ่ายทอดความคิดและพลังงานที่เป็นบวกให้กับคนไข้ จะเหนี่ยวนำให้คนไข้คิดไปทางบวกและมี ทัศนคติที่ดีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเช่นกัน (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. 2554 : 278) แรงเหนี่ยวนำดังกล่าว อธิบายได้ว่าจิตวิญญาณคือพลังงานคลื่นแม่เหล็กแห่งชีวิตชนิดหนึ่ง จึงสามารถสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ ใน มหาจักรวาลได้ เพราะทุกสิ่งทุกอย่างในมหาจักรวาล ล้วนคือพลังงานคลื่นแม่เหล็กทั้งสิ้น ซึ่งธรรมชาติของ แม่เหล็ก จะเหนี่ยวนำให้เหล็กปรับสภาพคลื่นในเหล็กนั้น ให้มีคุณสมบัติเป็นแม่เหล็กตาม นัยเดียวกันจิต วิญญาณซึ่งคือคลื่นแม่เหล็กแห่งชีวิตที่ทรงพลัง (ไปได้ไกล) อนันตัง (ไม่มีที่สุด) ก็จะมีพลังเหนี่ยวนำให้ ชีวิตอื่น ๆ ปรับคลื่นให้มีคุณสมบัติเช่นเดียวกัน ตัวอย่างเช่น อยู่ใกล้คนดีจะมีแรงเหนี่ยวนำให้ทำดี อยู่ใกล้คนชั่วจะมีแรงเหนี่ยวนำให้ทำชั่ว ดังนั้น เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยมีความคิดทางบวกและมีทัศนคติที่ดีต่อ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก็จะมีพลังเหนี่ยวนำให้ผู้ป่วยมีความคิดทางบวกและมีทัศนคติที่ดีต่อสถานการณ์ที่ เกิดขึ้นได้ เพราะมีพลังคลื่นแม่เหล็กแห่งชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความคิดทางบวกและมีทัศนคติที่ดี เหนี่ยวนำ (ใจเพชร กล้าจน. 2558 ข : 680-681)

3. วิตกกังวล กลัวการสูญเสียผู้ป่วย วิธีจัดการกับการเปลี่ยนแปลงคือ ทำใจ ยอมรับสภาพ การเจ็บป่วย หากิจกรรมทำเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ คิดปลงกับการสูญเสียล่วงหน้าและทำใจให้ สบาย ทำปัจจุบันให้ดีที่สุด ใช้ธรรมะทำใจ (อรรถทัย โฉมเกิด . 2552 : 91) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา วิเสโส ที่พบว่าญาติผู้ดูแลมีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลามจะยอมรับกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ยอมรับการสูญเสียที่ตามมาด้วยวิธีการเรียนรู้ การรับรู้ ความมีสติและความนึกคิดของบุคคล ซึ่งจะช่วยให้จิตใจของญาติผู้ดูแลให้มีความเข้มแข็ง และมองโลกได้ตามความเป็นจริงมากขึ้น (วิภา วิเสโส. 2545. อ้างถึงในอรรถทัย โฉมเกิด. 2552 : 112-113) ผู้ดูแลทราบดีว่าใกล้ถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วยแล้ว และรับรู้ถึงความสูญเสียที่จะตามมาในเวลา อันใกล้ แม้ผู้ดูแลไม่ยอมสูญเสียผู้ป่วย แต่ผู้ดูแลก็พยายามทำใจ และมีความรู้สึกที่ไม่อยากทิ้งผู้ป่วย

ไปไหน จึงคอยเฝ้าปรนนิบัติผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อที่จะได้ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้ง การได้อยู่กับผู้ป่วยให้นานที่สุดจึงเป็นความปรารถนาของผู้ดูแลทุกคนเพื่อให้การดูแลที่ดีที่สุด แม้กระทั่งวินาทีสุดท้าย การที่ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงความจริงและพอเข้าใจได้ว่าผู้ป่วยต้องจากไปในวันใดวันหนึ่ง ผู้ดูแลจึงมีความหวังที่จะให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสุข สู่สุคติ ไม่มีอาการที่แสดงออกถึงความทุกข์ทรมาน (รวี เดือนดาว. 2547 : 79,85)

4. สูญเสียทรัพย์สิน ต้องนำเงินเก็บมาใช้และขาดรายได้ วิธีจัดการกับการเปลี่ยนแปลงคือ ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์ทางการรักษา แสวงหาแหล่งช่วยเหลือทางการเงินอื่น ๆ พบว่าการช่วยเหลือทางการเงินของญาติพี่น้องที่ช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจในการดูแล ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับปัญหาหรือความขัดแย้งตามลำพัง (เฟื่องฟ้า สีสวย. 2550 : 22) รวมถึงความต้องการความช่วยเหลือต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัวเอง รวมถึงเครือข่ายทางสังคมต่าง ๆ ทั้งความช่วยเหลือด้านการเงิน วัสดุสิ่งของ และผู้ที่จะมาช่วยสับเปลี่ยนดูแลผู้ป่วยในบางครั้ง

5. เหน็ดเหนื่อยกายและหมดกำลังใจจากภาระการดูแล วิธีจัดการกับการเปลี่ยนแปลงคือ ระลึกถึงความดี ประสบการณ์ที่ดีที่เคยทำร่วมกับผู้ป่วย สร้างกำลังใจให้ตนเอง แสวงหากำลังใจจากญาติคนอื่น พูดคุยกับญาติผู้ดูแลคนอื่น ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดพลังใจในการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือจากเครือข่าย เพื่อน หรือเพื่อนบ้านที่มาช่วยดูแลผู้ป่วยโดยไม่รับค่าตอบแทน เป็นการช่วยเหลือที่เกิดขึ้นมาจากความรักความผูกพันในฐานะพี่น้อง คู่สมรส หรือ การตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลมาก่อนในอดีต ความเข้าใจเรื่องกรรม ความเข้าใจเรื่องความกตัญญู (อรุณทัย โฉมเฉิด . 2552 : 91)

2. การเผชิญความเครียดเน้นด้านแก้ปัญหา (Problem-Focused Coping) คือ การจัดการหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด เป็นความพยายามที่มุ่งกำหนดขอบเขตของปัญหา หาทางเลือก พิจารณาข้อดีข้อบกพร่องของแต่ละทางเลือก ตัดสินใจและเลือกทางเลือก ลงมือแก้ไขปัญหา เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ลดแรงคุกคาม ประเมินสิ่งกีดขวางทรัพยากร และมีเป้าหมายในการช่วยให้สามารถแก้ปัญหา เช่น การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การแสวงหาข้อมูล การแสวงหาแหล่งประโยชน์ การแสวงหาความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารและวัสดุสิ่งของ การพยายามหาวิธีแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม รวมทั้งการเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ ๆ จากการศึกษาของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 อ้างถึงในศิริวรรณ วรรณศิริ. 2548 : 8) พบว่าระดับการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูล ความรู้ต่าง ๆ สามารถทำความเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี และมีการปฏิบัติดูแลที่ถูกต้องกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำ ขณะเดียวกันครอบครัวที่มีรายได้สูงก็มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่าและมีความต้องการทางการเงินน้อยกว่า ทำให้ความต้องการช่วยเหลือวัสดุสิ่งของที่จำเป็นเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ การกำจัดสาเหตุของความเครียดหรือปัญหา ได้แก่ ไม่กระวนกระวาย ตั้งสติให้มั่น และเชื่อมั่นตลอดเวลาว่า “ทุกปัญหามีทางแก้” ค่อย ๆ คิดเพื่อค้นหาและระบุประเด็นหรือปัญหาหรือความเครียดอย่างชัดเจน คือ บอกได้ว่า ปัญหาหรือความเครียดคืออะไร ปัญหาหรือความเครียดอยู่ที่ไหน ปัญหาหรือความเครียดเกิดขึ้นเมื่อใด ปัญหาหรือความเครียดเกี่ยวข้องกับใคร เช่น เป็นเรื่องของตนเองหรือผู้อื่น ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของ

ปัญหาหรือความเครียดและวิธีการแก้ไข ตั้งเป้าหมายการแก้ไขอย่างชัดเจนเป็นขั้นเป็นตอน คือบอกได้ว่า ต้องการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงอะไร ต้องการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงอย่างไร ต้องการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลง เมื่อไหร่ ใช้ประสบการณ์ของตนเองที่เคยพบและการบอกเล่าของผู้อื่น เพื่อวางแผนการแก้ปัญหาตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้ประมาณ 3-5 วิธีคิดพิจารณาแผนการแก้ปัญหาของแต่ละวิธีที่วางแผนไว้อย่างรอบคอบ เกี่ยวกับความเป็นไปได้ ประโยชน์ ข้อดี ข้อด้อย ความยากง่ายในการปฏิบัติและอุปสรรค เลือกวิธีที่ดีที่สุด คือ ทำได้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต สร้างสุขมากกว่าสร้างทุกข์ และไม่สร้างปัญหาใหม่ที่รุนแรง หรือยุ่งยากกว่าเดิมวางแผนการปฏิบัติอย่างชัดเจนเป็นขั้นเป็นตอน คือ บอกได้ว่าปฏิบัติอะไรบ้าง ปฏิบัติ อย่อย่างไร ปฏิบัติเมื่อไร แล้วปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ จากนั้นประเมินผลและแก้ไขให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ วางไว้

แนวคิดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec 1988)

แนวคิดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec. 1988) ในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีก ได้นำแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ ของลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus and Folkman. 1984) มาปรับปรุงและเสนอแนวคิดของการเผชิญความเครียดมี 3 ด้านได้แก่ ด้าน การมุ่งแก้ปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด (รุ่งนภา เตชะกิจโกศล. 2552 : 21-22)

1. ด้านการมุ่งแก้ปัญหา เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีต่าง ๆ เพื่อควบคุมปัญหา อาจจะ ใช้วิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเอง หรือใช้วิธีเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กำลัง คุกคามอยู่นั้น เช่น ตั้งเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา แสวงหาข้อมูลรายละเอียดที่จะแก้ปัญหา การจัดการ กับปัญหาเป็นขั้นตอน การขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เป็นต้น

2. ด้านการจัดการกับอารมณ์ เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์หรือ ความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์ โดยที่เหตุการณ์ หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง เช่น ระบายอารมณ์เครียดไปสู่ผู้อื่น มีอารมณ์โกรธ โทษหรือตำหนิผู้อื่น คิดเพ้อฝัน เป็นต้น

3. ด้านการบรรเทาความเครียด เป็นวิธีจัดการกับความเครียดเมื่อบุคคลไม่สามารถออก จากสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ บุคคลจะเรียนรู้เพื่อปรับตัวและอยู่กับสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้น (ณชนก เอียดสุข, ศุภร วงศ์วัฑฒณ และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. 2556 : 361) เช่น การปลอบใจตัวเองคิดว่าเป็นเพราะเคราะห์กรรม หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น การยอมรับสถานการณ์ การสวดมนต์อ้อนวอน เป็นต้น

ตารางที่ 7 แนวคิดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec 1988)

ด้านมุ่งแก้ปัญหา	ด้านการจัดการกับอารมณ์	ด้านการบรรเทาความเครียด
1. แก้ปัญหา	1. กังวลใจ กระวนกระวาย	1. การยอมรับสถานการณ์
2. แสวงหาข้อมูล	หงุดหงิดใจ	2. ถอยหนีสถานการณ์
3. จัดการกับปัญหาเป็นขั้นตอน	2. อารมณ์เสีย อารมณ์ฉุนเฉียว	3. หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น
4. ขอความช่วยเหลือจากผู้มีประสบการณ์	3. ระบายอารมณ์กับคนและสิ่งของ	4. สวดมนต์เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์
5. ลดความเครียดโดยการทำกิจกรรม หรือ ออกกำลังกาย	4. ปัญหาอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา	5. ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน
	4. การกิน การสูบบุหรี่ การขบเคี้ยว	

ที่มา : จาโลวีก (Jalowiec. 1988 อ้างถึงในรุ่งนภา เตชะกิจโกศล. 2552 : 69-71)

การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียด

วิธีการผ่อนคลายหรือลดความเครียดในระดับสูงที่จิตแพทย์ใช้กับผู้ป่วยและได้ผลดี มีดังต่อไปนี้ (ทิพวรรณ เรื่องขจร. 2550 : 250)

1. ลดหรือหยุดอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน คาเฟอีนออกฤทธิ์กระตุ้นอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเหมือนกับที่ความเครียดกระตุ้น การลดหรือหยุดคาเฟอีนจะช่วยให้ผ่อนคลาย ประสาทแกว่งน้อย หลับได้ดีขึ้น มีพลังมากขึ้น อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อลดลง อาหารและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ช็อกโกแลต และน้ำอัดลมต่าง ๆ

2. รับประทานอาหารที่มีเส้นใยมาก ๆ งดเว้น การรับประทานอาหารที่มีไขมัน อาหารจากเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ อาหารรสจัด ซึ่งในปัจจุบันการแพทย์ทุกแผนยืนยันตรงกันว่าอาหารรสจัดเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ อาหารที่ดีต่อสุขภาพจึงเป็นอาหารที่ไม่มีเนื้อสัตว์และมีรสจืด ต้องเรียนรู้อาหารชนิดใดมีฤทธิ์ร้อนเย็น วิธีปรุง ใช้ไฟปานกลาง ใช้เกลือเป็นหลักในการปรุงเพราะเกลือเป็นความเค็มที่ดีที่สุดของชีวิตเป็นพลังชีวิตที่แท้จริง หลักปฏิบัติ 4 อย่างในการรับประทาน อาหาร เพื่อสุขภาพที่ดี มีดังนี้

2.1 ฝึกรับประทานอาหารตามลำดับ เทคนิคการรับประทานอาหารตามลำดับ คือตามลำดับการย่อยง่าย และคุ่มครองเซลล์ ดังต่อไปนี้

ลำดับที่ 1 ดื่มน้ำสมุนไพรปรับสมดุล น้ำสมุนไพรฤทธิ์เย็นต่าง ๆ คั้นสดจากธรรมชาติ เช่น น้ำย่านาง เป็นต้น

ลำดับที่ 2 รับประทานผลไม้ฤทธิ์เย็น เช่น กล้วยน้ำว้า กล้วยหักมุก แก้วมังกร กระทอน ลูกหิ๊ เซอร์รี่ สมอไทย สับปะรด ส้มโอ ส้มเขียว ส้มซ่า ชมพู่มังคุด แตงโม แตงไทย แคนตาลูป โดยรับประทานเท่าที่รู้สึกสดชื่นสบาย ถ้าเป็นผลไม้หวานให้รับประทานเพียงเล็กน้อยแค่พอรู้สึกสบาย

ลำดับที่ 3 รับประทานผักฤทธิ์เย็นสด เช่น อ่อมแซบ (เบญจรงค์) ผักบุ้ง แดงกวากวางตุ้ง ผักกาดม้ง ผักกาดขาว ผักกาดหอม (สลัด) ถั่วงอก สายบัว หนู่ปักกิ่ง ลิ้นปี่ น้ำมันมะพร้าว บัวบก ผักแว่น เสดดพังพอน มะเขือเปราะ มะเขือลาย มะเขือยาว มะเขือเทศ

ลำดับที่ 4 รับประทานข้าวจ้าวพร้อมกับข้าว โดยรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ พร้อมกับข้าว ให้ใช้ผักฤทธิ์เย็นในการปรุงเป็นผักลวก นึ่ง ต้ม แกงจืด แกงอ่อม ผัดด้วยน้ำมัน ในขณะรับประทานให้ใช้ไฟกลาง ๆ อย่าใช้ไฟแรง ตั้งไฟใช้เวลาแค่พอเริ่มสุกก็พอ อย่าตั้งไฟนานเกินไป ความร้อนจะเข้าไปในอาหารมากเกินไปทำให้รับประทานแล้วไม่สบาย พลังชีวิตตก

ลำดับที่ 5 รับประทานต้มถั่วหรือธัญพืชฤทธิ์เย็น เช่น ถั่วขาว ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลันเตา ถั่วโกลี๋ยขาว ลูกเดือย โดยรับประทานถั่วหรือเมล็ดธัญพืชหมูนึ่งเย็นชนิดไปเรื่อย ๆ จะเป็นประโยชน์ต่อร่างกายเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะทำให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน

ลำดับที่ 6 รับประทานแกงจืด หรือน้ำต้มถั่ว หรือน้ำอุ่น ล้างคอแทนน้ำเปล่า ปิดท้ายมื้ออาหาร หรืออมน้ำเปล่าให้รู้สึกอุ่นแล้วจึงค่อยกลืน ทำให้ระบบการย่อยดี

2.2 เคี้ยวอาหารให้ละเอียดก่อนกลืน

2.3 รับประทานในปริมาณที่พอดีรู้สึกสบาย ตรงกับหลักปฏิบัติที่เป็นต้นเหตุให้อายุยืน

7 ประการในพุทธธรรมในข้อที่ 2 คือ ประมาณในสิ่งที่สบาย

2.4 กลืนลงคอให้ได้ เพราะอาหารสุขภาพมักจะไม่ว่องไว หนึ่บระลึกถึงประโยชน์ของอาหารสุขภาพให้มากและหนึ่บระลึกถึงผลเสียของอาหารที่ไม่สมดุลหรือที่เป็นพิษให้มาก

พระพุทธเจ้าตรัสไว้ว่า “อาหารเป็นหนึ่งในโลก” อาหารที่สมดุลจะทำให้สุขภาพดี อาหารที่ไม่สมดุลก็จะทำให้สุขภาพเสีย กลไกการทำให้สุขภาพดี ก็คือ เมื่อรับประทานอาหารที่สมดุล ร้อนเย็นกับชีวิต สัญญาของชีวิตจะดูดดึงสารและพลังงานของอาหารดังกล่าว ไปหล่อเลี้ยงชีวิต และดับพิษร้อนเย็นไม่สมดุล ทำให้ชีวิตมีพลังมากขึ้นจากการที่สารและพลังของอาหารที่สมดุล ร้อนเย็นไปหล่อเลี้ยงชีวิต และจากการที่ไม่ต้องเสียพลังขับพิษที่ดับได้แล้ว เมื่อชีวิตมีพลังมากขึ้น สัญญาของชีวิตจึงสามารถผลักดันพิษร้อนเย็นที่ไม่สมดุลที่ยังตกค้างอยู่ออกจากร่างกายได้ดียิ่งขึ้น ทำให้โรคร้ายไข้เจ็บลดน้อยลง แข็งแรง และอายุยืน แสดงว่า ถ้าอาหาร ยา สมุนไพรที่รับประทานเข้าไปแล้ว เบาท้องดี รู้สึกเบาสบาย มีกำลัง เป็นอยู่ผาสุก แสดงว่าพลังชีวิตเราได้พลังร้อนเย็นที่สมดุล เขาจึงหลั่งน้ำย่อยออกมาย่อย แสดงว่าอาหาร สมุนไพร ที่เรากินเข้าไปสมดุลกับชีวิตเรา (ใจเพชร กล่าวจน. 2557 : 40)

3. การสูบบุหรี่ ต้องงดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด เพราะการสูบบุหรี่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เป็นโรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด

4. การออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นการระบายพลังที่เกิดจากความเครียด ความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเพื่อสังเคราะห์พลังงานขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่คุกคาม หรือตัวก่อความเครียด ร่างกายจึงเหมือนถูกปลุกหรือกระตุ้นให้ตื่นตัว การออกกำลังกายจึงเป็นวิธีระบายออกที่มีประโยชน์และเป็นวิธีลดความเครียดที่ได้ผลดี ทั้งความเครียดที่เพิ่งเกิดขึ้นและความเครียดที่สะสมมานาน พบว่า การออกกำลังกายด้วยการเดินเร็ว ๆ วันละ 30-60 นาทีทุกวัน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด การวิ่ง ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ เล่นกีฬา ทำสวน จะส่งผลดีอย่างมากต่อหลอดเลือดหัวใจ การหายใจ รูปร่าง โดยเพิ่มมวลของร่างกายส่วนที่เป็นกล้ามเนื้อและลดไขมัน กล้ามเนื้อแข็งแรง ทนทาน และมีความยืดหยุ่นดีขึ้น ขณะออกกำลังกาย ร่างกายจะหลั่งสารเอนโดฟินส์ (Endorphin) ซึ่งทำให้เกิดความสุข ลดอาการเจ็บปวด และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย นอกจากนี้การออกกำลังกายยังมีประโยชน์อื่น ๆ ได้แก่

ลดความเสี่ยงที่เกิดภาวะกระดูกบางในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน เพิ่มความแข็งแรงในผู้สูงอายุ ช่วยรักษาโรคทางจิตเวช เช่น โรคกังวล โรคซึมเศร้า และติดสารเสพติด ป้องกันและรักษาภาวะอ้วน รักษาโรคปวดเรื้อรัง เช่น ข้ออักเสบและปวดหลัง อายุยืน เพิ่มคุณภาพชีวิต (สมภพ เรื่องตระกูล. 2547 : 285)

การออกกำลังกายที่ถูกต้องสมควร เกิดประโยชน์สูงสุด เมื่อทำแล้วต้องได้ 3 อย่างคือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น การเข้าที่เข้าทางของกระดูก เส้นเอ็น และกล้ามเนื้อ การที่จะได้คุณลักษณะทั้ง 3 อย่าง ต้องมีการบริหารกาย 2 ลักษณะ (1) การออกกำลังกายที่มีการใช้แรงกำลัง การออกกำลังกายที่ดีต้องใช้กำลังเคลื่อนไหวต่อเนื่องกันโดยเฉลี่ย 15 - 45 นาที อาจมากหรือน้อยกว่านี้ก็ได้ ตามสภาพร่างกายของบุคคลนั้น ๆ ณ เวลานั้นอาจทำทุกวัน หรือวันเว้นวันก็ได้ เช่น การเดินเร็ว ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน เป็นต้น (2) การกายบริหารที่สร้างความยืดหยุ่นให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็น สร้างการเข้าที่เข้าทางของกระดูก เส้นเอ็นและกล้ามเนื้อ ทำให้เลือดลมไหลสะดวก พลังงานที่ดีก็จะขับเคลื่อนไปหล่อเลี้ยงร่างกายมากที่สุดและเร็วที่สุดทางเส้นลมปราณ ส่วนพลังงานที่ไม่ดีจะถูกขับออกจากร่างกายมากที่สุดและเร็วที่สุดทางเส้นลมปราณ เช่นเดียวกัน และพลังงานทั้งดีและไม่ดีจะเคลื่อนตามข้างกระดูกข้างเส้นเอ็น ข้างเส้นประสาท และตามร่องกล้ามเนื้อ ได้แก่ การกดจุดลมปราณ โยคะ กายบริหาร ถ้าทำอย่างถูกต้อง เมื่อทำเสร็จจะทำให้เกิดสภาพเบาสบายและมีกำลังในตัวเราทันที (ใจเพชร กล้าจน. 2557 : 104-107)

5. เทคนิคการผ่อนคลาย การผ่อนคลายจะให้ผลต่อร่างกายตรงกันข้ามกับความเครียด เพราะซีพจรจะช้าลง ความดันโลหิตลดลง หายใจช้าลง กล้ามเนื้อต่าง ๆ คลายตัว วัตถุประสงค์ของการผ่อนคลาย คือการทำให้ห่างจากการคิด วิธีผ่อนคลายมีหลายวิธี เช่น การหายใจด้วยท้อง การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อสลับกันเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ (5 วินาที) ทำเป็นประจำจะช่วยลดความเครียดลงได้ และช่วยให้นอนหลับสบาย การทำสมาธิ ทำให้จิตสงบ โดยกำหนดลมหายใจ หรือการบริกรรมคำภาวนา เพื่อให้จิตใจจดจ่อ ไม่แผ่สลายไปกับทุกขเวทนา หรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในจิตใจ ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดบรรเทาอาการปวดและรักษาโรคซึมเศร้า โรคนอนไม่หลับ มีผลดีต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจลดลง พลาสมาคอร์ติซอลซึ่งเป็นฮอร์โมนความเครียดลดลง ระดับ Lactate ในเลือดลดต่ำลง ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย เพิ่มคลื่นสมองแอลฟาช่วยเสริมความคิดสร้างสรรค์ ความรู้สึกผิชอบชั่วดีและความสามารถทางปัญญาสูงขึ้น ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น มีการส่งออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อดีขึ้น ทำให้รู้สึกผ่อนคลายทั่วตัว (สมภพ เรื่องตระกูล. 2547 : 297)

6. นอนหลับ เป็นวิธีลดความเครียดตามธรรมชาติ แต่ละคนมีความต้องการนอนหลับไม่เท่ากัน ค่าเฉลี่ยประมาณวันละ 7-8 ชั่วโมง วิธีสังเกตว่านอนหลับเพียงพอหรือไม่ สังเกตได้จากสัญญาณ 3 ประการ คือ รู้สึกสดชื่น มีพลังในการทำกิจกรรมในรอบวัน และตื่นได้เองโดยไม่ต้องปลุก ปัญหาสำคัญของคนที่มีความเครียดโดยเฉพาะความเครียดเรื้อรังก็คือ หลับยาก จึงควรเข้านอนเร็วกว่าปกติประมาณครึ่งชั่วโมง นอกจากการนอนหลับตอนกลางคืนแล้ว การงีบหลับในตอนกลางวันเป็นเวลาสั้น ๆ 5-20 นาที จะช่วยให้กระปรี้กระเปร่ามากขึ้น และต้องไม่งีบเกินครึ่งชั่วโมง การงีบหลับนานเกินไปทำให้รู้สึกอ่อนเพลียได้

7. การหยุดพักระหว่างการเรียนหรือการทำงานและการใช้เวลาว่าง ความเครียดในระดับต่ำทำให้มีพลังในการคิด ทำงาน และเรียน แต่เมื่อความเครียดขึ้นไปถึงระดับหนึ่งจะเกิดความล้าประสิทธิภาพการคิด ทำงาน หรือเรียน ก็ลดลง จึงควรหยุดพักสัก 20 นาทีแล้วเปลี่ยนกิจกรรมหรืออิริยาบถ เช่น จิบน้ำ เดิน ฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ทำงานฝีมือทำสมาธิ ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียดลงได้มาก พบว่าขณะทำสมาธิจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ดังนี้ (1) อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจช้าลง (2) อัตราเมตาบอลิซึมลดลง (3) มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองโดยจะมีลักษณะเหมือนคลื่นสมองของคนนอนหลับ (สมภพ เรื่องตระกูล. 2547 : 285-289)

8. คาดหวังในสิ่งที่เป็นอย่างจริงได้ ความคาดหวังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนา แต่จะต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นไปได้ และจะสำเร็จด้วยการวางแผนที่ดีแล้วลงมือปฏิบัติตามแผนที่ไม่ผลัดวันประกันพรุ่ง การคาดหวังในสิ่งที่เป็นอย่างจริงได้ยากเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดเรื่องที่ยากคาดหวังให้เป็นจริงได้ยาก ได้แก่ เรื่องที่เกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ เรื่องเกี่ยวกับคนอื่น ๆ ทั้งคนในครอบครัว ในที่ทำงาน ในโรงเรียน เป็นต้น รวมทั้งตนเองก็เช่นกัน บางคนมีความเครียดเมื่อทำอะไรผิดพลาด ดังนั้นความคาดหวังว่าไม่มีอะไรผิดพลาดจึงเป็นเรื่องความคาดหวังที่เป็นจริงไม่ได้ ตรงตามพระพุทธเจ้าตรัสว่า “โลกนี้พร่องอยู่เป็นนิตย์” จึงไม่ต้องไปคาดหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างทุกเหตุการณ์จะสมบูรณ์แบบตามดั่งที่ใจเราคาดหวัง

9. เปลี่ยนวิธีคิดหรือมุมมอง ความรู้สึกเกิดจากการคิด ถ้าคิดในทางดีก็ให้ความรู้สึกในทางบวก หรืออย่างน้อยก็เป็นกลาง แต่ถ้าคิดในทางไม่ดีความรู้สึกจะเป็นด้านลบอย่างเดียวและเป็นสาเหตุของความเครียด การเปลี่ยนวิธีคิดหรือการมองต่างมุมเป็นวิธีควบคุมและลดความเครียดได้ดี การปรับวิธีคิดให้ถูกต้อง ด้วยการมองโลกในแง่ดี มีความเอื้อเฟื้อแผ่ ลดความริษยาอาฆาต ให้อภัยต่อผู้อื่น ดำรงตนให้มีคุณธรรม ยึดถือการดำเนินชีวิตตามหลักของพระพุทธศาสนามีความคิดสร้างสรรค์ หาแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหา และไม่ติดยึดกับความเป็นตัวของตัวเองมากเกินไป (สมภพ เรื่องตระกูล. 2547 : 286)

ความเครียด เกิดจากการอยากให้เกิดสิ่งที่ดีตั้งใจหมาย ถ้าเราเข้าใจเรื่องกรรมและผลของกรรมเข้าใจสัจจะชีวิตที่มากขึ้น จะทำให้ความเครียดลดลงความสุขเพิ่มขึ้น เพราะเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งว่าโลกนี้พร่องอยู่เป็นนิตย์ หากเรายึดมั่นถือมั่นว่า “ต้องเกิดดีตั้งใจหมาย” เราก็คงทุกข์ ดังนั้นหลักการทำดีโดยไม่ทุกข์ก็คือ ทำเต็มที่ เหนื่อยเต็มที่ สุขเต็มที่ ไม่มีอะไรคาใจ ไม่เอาอะไร คือสุดยอดแห่งความอัมเิบเบิกบานแจ่มใส

มีหลักในการพิจารณาทำดีอย่างมีสุข 6 ข้อ

1. รู้ว่าอะไรดีที่สุด
2. ประารถนาให้เกิดสิ่งที่ดีที่สุด
3. ปลอ่ยวางความยึดมั่นถือมั่น แล้วลงมือทำให้ดีที่สุด
4. ยินดีเมื่อได้ทำดีที่สุดแล้ว
5. ไม่ติดไม่ยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่ดีที่สุด
6. นั่นแหละคือสิ่งที่ดีที่สุด

พรหม 4 หน้าเพื่อสุขภาพที่ดี (สิ่งเหล่านี้ควรกระทำ)

1. ทำดีไม่มีทุกข์ใจ จิตโปร่ง โล่ง สบายตลอด

2. เป็นที่ปรึกษาคอยช่วยเหลือแก่ผู้อื่น
3. เป็นสุภาพชน ไม่ล่วงละเมิด ไม่จู้จี้จ้าน ไม่วุ่นวาย ให้อิสระเสรีภาพแก่ผู้อื่นในการคิดพูดทำตามความเห็นความต้องการของเขา จะดีจะชั่วก็เป็นสิทธิเสรีภาพของเขา
4. เมื่อคบหามีความสุขสบายใจ อบอุ่น สงบเย็น ผาสุก น่าเข้าใกล้ น่าระลึกถึง
5. คนดีที่โลกรัก รอ และต้องการ
6. อยากให้เกิดสิ่งที่ถูกต้องดีงาม แต่ไม่ทุกข์ใจ ยังมีความสุขสบายใจอยู่ได้แม้จะไม่ได้ดังใจดังความคิดที่ตนต้องการ มุ่งหมายแต่ไม่ปักมัน
7. รู้ความจริงว่าโลกนี้พร่องอยู่เป็นนิตย์
8. เป็นการให้เพื่อให้ ให้ผู้อื่นได้สิ่งที่ดีหรือมีพฤติกรรมดี ๆ โดยไม่อยากได้ ไม่อยากเป็น ไม่อยากมีอะไรตอบแทน แม้แต่รอยยิ้มและคำขอบคุณ อย่าว่าแต่เพียงเท่านั้นเลย จะไม่เสพไม่ติดแม้ดีที่เกิดขึ้น จิตที่คิดจะให้สบายกว่าจิตที่คิดจะเอา
9. รู้ความจริงว่าใครจะได้รับอะไรเท่าไร เวลาใด ตามเหตุปัจจัยของการกระทำ (กรรม) ของคน ๆ นั้นท่ามา จะได้มากไปกว่าที่ตนท่ามาไม่ได้
10. เป็นผู้อยู่เหนือผลการกระทำ ไม่ว่าผลจะออกมาเป็นอย่างไรก็ไม่ทุกข์ใจ เพราะรู้ว่าเมื่อเราได้เพียรพยายามอย่างเต็มที่อย่างพอดีแล้ว ผลที่เกิดขึ้นก็ดีที่สุดแล้วที่เป็นไปได้จริง จึงพอใจในผลนั้น แล้ววางผลนั้นให้โลกได้อาศัย ส่วนตนเองเอาความสงบสบายกับความไม่ได้ไม่เป็นไม่มีอะไร
11. ทำดีด้วยความยินดี เต็มใจ สบายใจ ไม่กังวลกับผล แต่มีความสุขในการตรวจผลว่าทำเหตุอย่างนี้ มีองค์ประกอบอย่างนี้ เกิดผลอย่างนี้ ถ้าคราวต่อไปสามารถทำให้ดีกว่าได้ก็ทำถ้าทำไม่ได้ก็วางใจเรามีหน้าที่ทำให้เกิดสภาพที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้จริงทุกครั้งก็พอ
12. ขยันพอดีอย่างดูตาม้าตาเรือ (ตามสถานการณ์และความพร้อมของตัวเองและผู้อื่น) เท่าที่จะมีสุขภาพดี เพราะรู้ความจริงตามความเป็นจริงว่า ขยันเกินร่างกายก็เสื่อมเร็ว ชี้เกียจเกินร่างกายก็เสื่อมเร็ว ขยันพอดี แข็งแรงที่สุด สบายที่สุด เสื่อมช้าที่สุด เป็นประโยชน์ตนประโยชน์ท่านที่สุด สละผลที่ได้ออกไปอย่างพอดี เพราะรู้ความจริงตามความเป็นจริงว่า ถ้าสละมากก็ขาดแคลนไม่มีทุนขยายกิจการบุญนั้นต่อไป หรือถ้ากักไว้มากเกินหรือสละออกน้อยไปก็จะเป็นภาระเป็นภัย และวิตกกังวลในการดูแลเปล่า ๆ แทนที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นและเป็นกุศลต่อตนเอง กลับกลายเป็นปัญหาต่อตัวเองมิใช่สุขที่แท้จริง แต่การยินดีเต็มที่ที่จะทำดีอย่างเต็มที่ตามเหตุปัจจัยที่ทำได้ด้วยความพอเหมาะพอดี ไม่เบียดเบียน ไม่ทรมาณตนและผู้อื่น แล้วยินดีเต็มใจปล่อยวางดีนั้นให้โลกนั้นแหละคือ ความสุขที่แท้จริง

จัดโรคด้วยการดับพรหม 3 หน้า (สิ่งเหล่านี้ไม่ควรกระทำ)

1. ทำดีมีทุกข์ใจ มีจิตไม่โปร่ง ไม่โล่ง ไม่สบายปะปน
2. เป็นผู้จัดการชีวิตผู้อื่น
3. เป็นเลือกชน ล่วงละเมิด จู้จี้จ้าน วุ่นวาย กัดดัน ปับคั้น บังคับให้ผู้อื่น คิด พูด ทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมดีงามอย่างที่ใจตนคิดและต้องการ แม้ผู้อื่นจะไม่พร้อมและไม่เต็มใจ
4. น่ารำคาญ น่ารังเกียจ น่าเบื่อหน่าย และน่าห่างไกลที่สุด

5. อยากให้เกิดสิ่งที่ถูกต้อง สิ่งที่ดีงาม และจะทุกข์กายใจ หงุดหงิด โมโห พยาบาทน้อยใจ ไม่โกรธ ไม่โล่ง ไม่สบายใจ ไม่ชอบใจ รำคาญใจ อึดอัดขัดเคือง หาเรื่อง เอาเรื่อง กดดัน ผลักดัน ดิดิ้น ชัดสาย เมื่อไม่ได้ตั้งใจต้องการ (มุ่งหมายและปึกมั่น)

6. ยินดีในการทำความดีด้วยความวิตกกังวล กลัวว่าดีจะไม่เกิด หลงเสพดี หลงอัสสาทะ (เอร็ดอรรย ชื่นชอบใจ) สุขสบายใจเมื่อสมใจ แต่ถ้าไม่สมใจก็จะเป็นทุกข์

7. คิดหวังว่าโลกนี้ต้องสมบูรณ์แบบ

8. เป็นการให้เพื่อจะเอา เพื่อเสพพฤติกรรมดี ๆ จากผู้อื่น เหมือนจะให้ผู้อื่นได้ดี หรือมีพฤติกรรมดี ๆ แต่ตนเองก็อาศัยการเสพสิ่งดีนั้นตอบแทนให้สมใจตน จิตที่คิดแต่จะเอา จะเร้าร้อนทุกข์ระทม

9. ไม่รู้ความจริงตามความเป็นจริงว่าใครจะได้รับอะไรเท่าไร เวลาใดตามเหตุผลของการกระทำ (กรรม) ของคน ๆ นั้นทำมา จะได้ดีมากกว่าที่ตนทำมาไม่ได้

10. เป็นผู้หลงผลของการกระทำ ผลออกมาดี สมใจก็จะพอใจ สุขใจ ผลออกมาไม่ดีหรือได้น้อย ก็จะไม่พอใจ ไม่พอใจ

11. ทำดีด้วยความกังวลใจและเปลืองพลังงานในการลุ้น

12. ขยันเกินไปโดยไม่ดูตาม้าตาเรือ ขยันเกินจนตัวเองเสียสุขภาพเป็นประจำ (ใจเพชร กล้าจน. 2558 : 33-34)

10. ระบบความเชื่อ ความเชื่ออาจเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดได้ใน 2 กรณี

กรณีแรก ก็คือพฤติกรรมหรือการแสดงออกเป็นผลของความเชื่อ เช่น ถ้าเชื่อว่าการทำงานหนักจะได้รับผลตอบแทนจากการทำงานสูงด้วย พฤติกรรมที่เป็นผลของความเชื่อก็คือการทำงานอย่างหนัก หรือ บ้างงาน ไม่มีเวลาว่าง พักผ่อนไม่เพียงพอ และคาดหวังผลได้จากการทำงานซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียด

กรณีที่สอง ความเชื่อที่ขัดแย้งกับผู้อื่นหรือสังคมย่อมก่อให้เกิดความเครียดซึ่งพบได้มากในผู้ที่ย้ายไปอยู่อาศัยต่างถิ่น ซึ่งมีขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน วิธีควบคุมหรือลดความเครียด ก็คือตัดสินใจคุณค่าอย่างถูกต้องเหมาะสมด้วยการใช้ปัญญาและการเปิดใจกว้าง

11. การสร้างอารมณ์ขัน ช่วยลดความเครียดและสร้างบรรยากาศที่ดีให้แก่คนรอบข้าง การหัวเราะได้แม้อยู่ในภาวะเครียดจะช่วยลดความเครียด และลดความตึงเครียดของสถานการณ์ลงได้มาก เพราะร่างกายหลั่งสารสุข (เอ็นโดฟินส์) ออกมา

12. เลือกวิธีลดความเครียดที่ให้ผลดีต่อสุขภาพ เช่น ออกกำลังกายแทนการดื่มสุรา ใช้เทคนิคการผ่อนคลายแทนการกินจุบจิบ เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

งานวิจัยในประเทศ

กังสดาล สุทธิวิริสรค์ (2535 : 49) ได้ทำการศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหอผู้ป่วยผู้ป่วยหนัก ผลพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งในการมองโลกค่อนข้างสูง มีคะแนนเฉลี่ย 141.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.83

ภิญญา สังขมณีจินดา (2554 : 3) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด การวิจัยกลุ่มทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มารับบริการและหน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 รายซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ และ 25 รายเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกเกี่ยวกับโรคอาการและการรักษาที่ได้รับ และแบบทดสอบความหวัง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมและเครื่องมือทั้งหมดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของแบบทดสอบความหวังโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนด้วยสถิติที่คู่และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังในวันที่ 21 สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความหวังในวันที่ 1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-17.49, p<.001$) (2) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังในวันที่ 21 สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความหวังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1, 48) = 151.81, p<.001$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความหวังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดในหน่วยเคมีบำบัดต่อไป

กาญจนา ขาวนอก (2547 : 71) ได้ทำการศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก และวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลก และวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักตามคุณสมบัติที่กำหนดและนำผู้ป่วยมารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 250 ราย ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 โดยใช้แบบทดสอบจำนวน 4 ชุด คือแบบทดสอบข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก แบบวัดการเผชิญความเครียด และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรด้วยสถิติ t -test Independent ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}=119.28, S.D.=16.02$) ใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ร้อยละ 40.00 เท่ากัน และการมองสถานการณ์ในแง่บวกใหม่ร้อยละ 20.00 มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง ($\bar{X}=85.57, S.D.=14.01$) คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูง สูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<.05$ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงมีคะแนนการเผชิญความเครียดโดยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาสูงกว่า กลุ่มผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตต่ำมีคะแนนการใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<.05$

และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงและต่ำมีคะแนนการใช้การเผชิญความเครียด โดยวิธีการมองสถานการณ์ในแง่บวกใหม่ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิจัยครั้งนี้ ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาและส่งเสริมวิธีการปรับตัว เพื่อเผชิญความเครียด และจัดโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกพร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ได้

เกษรา แก้วนิล, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล และปรียกมล รัชกุล (2558 : 51) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ความหวังเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการเพิ่มขีดความสามารถในการเผชิญต่อภาวะวิกฤติของชีวิต โดยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งอดทนต่อความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยการทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 131 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความหวังแบบทดสอบความเหนื่อยล้า แบบทดสอบความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85, .94, .89, .91 ตามลำดับ ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.00 มีความหวังระดับสูง ปัจจัยรายได้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.147, p<.05, r=.350, -.350, p<.01$) ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยแบบเชิงชั้น พบว่าปัจจัยความผาสุกทางจิตวิญญาณ และความเหนื่อยล้าสามารถร่วมทำนายความหวังได้ร้อยละ 18.50 ($F_{2,128}=14.547, p<.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และความเหนื่อยล้า สามารถร่วมทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พยาบาลควรส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณและบรรเทาความเหนื่อยล้า เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความหวังที่สูงต่อไป

ครองสิริ ช่างเหล็ก (2559 : 37-38) ได้ทำการศึกษาสภาพการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายและเกิดความเครียดตามมา อย่างไรก็ตามระยะเวลาที่นานในการดูแลก็ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ความเครียดก็น้อยลง จึงไม่อาจสรุปทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลกับความรู้สึกเป็นภาระได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่อบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ย่าตายายพ่อแม่ลูกหลานจะมีความผูกพันทางอารมณ์มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูงทำให้ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระได้

จรินทร์ รัตนวณิชกุล (2554 : 57,60) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรค การศึกษานี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงบรรยายเพื่อศึกษาระดับความเข้มแข็งในการมองโลกและพฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหารและยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการสิ่งแวดล้อม และการจัดการความเครียด ในผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรสาคร เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 153 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบทดสอบ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ และนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในการมองโลกและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.219$, $p\text{-value}<0.5$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.5$ การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.5$ ผลวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคปอด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นหากสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคมีความเข้มแข็งในการมองโลกจะมีส่วนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาลที่ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก เพื่อที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตนและมีส่วนร่วมในการรักษาได้อย่างถูกต้อง และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้

จารุวรรณ ป้อมกลาง และรัตนศิริ ทาโต (2552 : 155) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยทำนาย ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006 : 1-12) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาครบตามแผนการรักษาแล้วเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิน และศูนย์มะเร็งลพบุรี จำนวน 259 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบทดสอบข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต แบบทดสอบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบทดสอบการรับรู้ประโยชน์ แบบทดสอบการรับรู้อุปสรรค แบบทดสอบการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบทดสอบแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบทดสอบภาวะซึมเศร้าซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและมีค่าความเที่ยงภายในเท่ากับ .70, .88, .84, .81, .85, .93 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=80.92$, $S.D.=8.31$) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้อุปสรรคและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 75.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จิรวรรณ จบสุบิน และนันทิกา ทวิชาชาติ (2552 : 429) ได้ทำการศึกษาความชุก ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางกาย เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดอายุ 18 ปีขึ้นไป เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 236 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่ตุลาคม 2551 ถึงกุมภาพันธ์ 2552 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS) แบบทดสอบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของสมจิตร นครพาณิชย์ โดยอาศัยแนวทางของโฮล์มและเรย์ และแบบทดสอบการสนับสนุนทางสังคมของวนิดา รัตนานนท์ ตามแนวคิดของ House วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows Version 16 สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน คือใช้ Chi-Square, One-Way ANOVA and Stepwise Multiple Linear Regression อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะวิตกกังวลเป็นร้อยละ 8.90 และภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 9.30 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลได้แก่สถานภาพสมรส อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ความรุนแรงจากความเจ็บปวด อาการก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ความรุนแรงจากความเจ็บปวด อาการก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล ได้แก่ อาการนอนไม่หลับหลังได้รับยาเคมีบำบัด ความรุนแรงจากความเจ็บปวด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม มีไข้และท้องเสีย หลังได้รับยาเคมีบำบัด สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะวิตกกังวลได้ร้อยละ 23.90 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าได้แก่ อาการอ่อนเพลียก่อนได้รับยาเคมีบำบัด แรงสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต อายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม อายุ และโลหิตจางหลังได้รับยาเคมีบำบัด สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 27.90

ชลียา วามะลุน และคนอื่น ๆ (2559 : 238) ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปร่างของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย 47.1 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลเป็นบิดาหรือมารดา ภรรยาหรือสามีและบุตร ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน และใช้เวลาในการดูแล ผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน

ณชนก เอียดสุย, ศุภร วงศ์ทัญญู และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม (2556 : 349) ได้ทำการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง

ระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส และโพลค์แมนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกสมอง ระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง จำนวน 62 ราย ซึ่งพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความเครียด แบบวัดระดับความเครียด และแบบวัดการเผชิญความเครียด (Jalowiec Coping Scale) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลของญาติผู้ดูแลมี 2 ลักษณะ คือ (1) ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลโดยตรง ได้แก่ ความต้องการการดูแลที่เกิดจากพยาธิสภาพของเนื้องอกสมอง การเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย กังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของการรักษา และ (2) ความเครียดจากผลกระทบต่อนิเวศน์ของผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านอารมณ์จิตใจ การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต และผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดและด้านการจัดการกับอารมณ์ตามลำดับ ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการพยาบาลเพื่อประเมินความเครียดจากการให้การดูแล และช่วยเหลือสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้อย่างเหมาะสม

นุชจรี หยงทอง และคนอื่น ๆ (2556 : 28) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่อการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและทราบผลการวินิจฉัย มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายหลังการผ่าตัดที่ศูนย์เคมีบำบัด โรงพยาบาลแห่งหนึ่งเป็นครั้งแรกหรือครั้งที่สอง จำนวน 56 คน ซึ่งได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นการให้การปรึกษารายบุคคลแบบพบหน้ากันที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง และผ่านทางโทรศัพท์จำนวน 4 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติประเมินด้วยแบบทดสอบอาการซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale : CES-D ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ไคร้สแควร์และการทดสอบที่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า ($\bar{X}$ = 6.607, S.D. = 2.819) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 17.714, S.D. = 7.605) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สรุปและข้อเสนอแนะ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกภายหลังการผ่าตัดได้ บุคลากรทางการพยาบาลจึงควรส่งเสริมการนำโปรแกรม ๓ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมดังกล่าว และพยาบาลควรผ่านการอบรมและฝึกทักษะการให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหา ก่อนนำโปรแกรม ๓ ไปใช้

เบญรัตน์ ชิวพูนผล และสุริพร ธนศิลป์ (2549 : 9) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดโดยใช้กรอบแนวคิดของเนเวล (Newell 1978 : 63-96) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกจำนวน 130 ราย สุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลตติยภูมิ 8 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบทดสอบปัจจัยส่วนบุคคล แบบทดสอบความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ แบบทดสอบการเผชิญความเครียด แบบทดสอบการสนับสนุนทางสังคม และแบบทดสอบภาพลักษณ์ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หาความเที่ยงโดยวิธีของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91, .65, .91 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW โดยการหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์ของสหสัมพันธ์เพียร์สัน สถิติ Eta และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่าความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .56$ และ $.15$) ตามลำดับ ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญและการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 36 ($R^2 = .36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปฐมวดี สิงห์คง และชนกพร จิตปัญญา (2554 : 17) ได้ทำการศึกษาการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต : มุมมองจากญาติผู้ป่วย การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายมุมมองของครอบครัวต่อการดูแลเมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกครอบครัว 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเตรียมคำถามไว้ล่วงหน้าระหว่างเดือนมกราคม 2554 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2554 ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวได้สะท้อนมุมมองต่อการดูแลใน 6 ด้าน ประกอบด้วย (1) การได้รับข้อมูล (2) การดูแลจิตใจและอารมณ์ (3) การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ (4) การได้รับความสะดวกเมื่อเฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาล (5) การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย และ (6) การส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว ทั้งที่เป็นประสบการณ์ที่ตอบสนองและไม่ตอบสนองความต้องการของครอบครัว มีบางครอบครัวเท่านั้นที่จะบอกการดูแลที่ต้องการต่อพยาบาล ดังนั้นการเพิ่มเติมทักษะ การประเมินบทบาทหน้าที่ ปัญหาและความต้องการของครอบครัวแต่ละราย รวมถึงการให้การดูแลอย่างเอื้ออาทรของพยาบาล จะส่งผลให้ครอบครัวกล้านำเสนอปัญหาและสิ่งที่ต้องการให้หน่วยงานช่วยเหลือที่สมเหตุสมผลตามสถานการณ์ที่เผชิญ อันจะส่งผลให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตในภาวะวิกฤตได้อย่างราบรื่น

ประกายทิพย์ ศิริวงศ์, พชณี ศรีสวัสดิ์ และปรมาภรณ์ ปราสาททองโอสถ (2552 : 1) ได้ทำการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและรูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จะเข้ารับการผ่าตัด Mastectomy เป็นครั้งแรกในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 85 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบทดสอบ แบงเปิน 3 ส่วน แบบบันทึกข้อมูล

ส่วนบุคคล แบบวัดระดับความเครียดแบบสัมภาษณ์สถานการณ์และระดับความเครียด แบบวัดเผชิญความเครียด แบบทดสอบปลายปิดแบบเลือกตอบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจริง (Raw Score) และค่าคะแนนสัมพัทธ์ (Relative Score) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 75.00 โดยสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมิน ตัดสินว่าเป็นความเครียด คือ (1) การมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ (2) การรักษาต่อ เช่น การฉายแสงหรือการให้เคมีบำบัด (3) กลัวว่าผลการตรวจชิ้นเนื้อจะเป็นเนื้อร้าย (4) กลัวว่าจะไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ (5) ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน (6) การดูแลแผลหลังผ่าตัด (7) กลัวว่าโรคจะถ่ายทอดไปสู่ลูกหลาน และ (8) ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหาสูงสุด ร้อยละ 42.00 รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความเครียด ร้อยละ 36.00

ปาณิภา เสียงเพระ, ทศนีย์ รวีวรกุล และอรรณณ แก้วบุญชู (2557 : 17) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง เขตภาคกลาง การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งเขตภาคกลาง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 155 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบทดสอบ ประกอบด้วย แบบทดสอบข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบเกี่ยวกับด้านครอบครัว แบบทดสอบเกี่ยวกับปัจจัยในงาน และแบบวัดความเครียดจากการทำงานตามรูปแบบ Demand-Control Model ของคาราสเซก และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติค่าไคสแควร์ การทดสอบของค่าพีเชอร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ มีความเครียดจากการทำงานอยู่ในกลุ่มความเครียดสูง (High Strain) คิดเป็นร้อยละ 27.70 รองลงมา คือ กลุ่มกระตือรือร้น (Active) คิดเป็นร้อยละ 25.20 และน้อยที่สุด คือกลุ่มความเครียดต่ำ (Low Strain) คิดเป็น ร้อยละ 22.60 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยนอกงาน ด้านลักษณะส่วนบุคคล (ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในการทำงาน และการอบรมเฉพาะทางโรคมะเร็ง) ด้านครอบครัว (สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวและการะความรับผิดชอบในครอบครัว) และปัจจัยในงาน (องค์กร สภาพการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคม) นอกจากนี้ยังพบว่า การอบรมเฉพาะทางโรคมะเร็ง สภาพการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายโอกาสการเกิดความเครียดจากการทำงานของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายความผันแปรของความเครียดจากการทำงานได้ ร้อยละ 28.00 ผลการศึกษานี้สามารถนำมาใช้ในการป้องกันและให้ความช่วยเหลือบุคลากรที่มีความเครียดจากการทำงาน โดยส่งเสริมให้มีการอบรมเฉพาะทางโรคมะเร็ง และดูแลสิ่งแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงานให้ได้มาตรฐานตามอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล รวมถึงการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานเพื่อลดภาวะเครียดที่เกิดจากการทำงานของของพยาบาลในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง

ปณรดา พวงสมัย, ทศนา ชูวรรณะปรณ์ และจรรยา นิมหลวง (2558 : 187) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 125 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบทดสอบความเข้มแข็งในการมองโลก แบบทดสอบแรงสนับสนุนทางสังคม แบบทดสอบการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงจากแบบทดสอบได้เท่ากับ .85, .87, .83 และ .72 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง อายุและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.248$ และ $-.404$ ตามลำดับ) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ ($r = -.258$ และ $-.180$ ตามลำดับ)

พรนภา ศรีจินดา, จิราภรณ์จันดา และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2557 : 100,102) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษา ผลพบว่า ค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 67.53 คะแนน S.D. เท่ากับ 9.99 โดยในระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ร้อยละ 50.00 และระดับปานกลางร้อยละ 41.40 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 50.29 ปี (S.D. = 9.12) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางซึ่งอาจส่งผลให้การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วเป็นความเครียดระดับต่ำ เนื่องจากบุคคลในวัยนี้ผ่านภาวะวิกฤตมามากทำให้มีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการวินิจฉัยไตร่ตรอง ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจึงสามารถเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมทำให้ความเครียดที่มีอยู่นั้นลดน้อยลงหรือหมดไป และผู้ป่วยในการศึกษานี้ร้อยละ 42.90 อยู่ในระดับปริวิตกจริต จึงมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ผู้ที่มีการศึกษามากมีการรับรู้และตระหนักในเรื่องโรคที่เป็นอยู่ สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี และเรียนรู้เรื่องโรคและการรักษาได้อย่างถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษามีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงเนื่องจากปัจจัยภายใน เช่น อายุ ระดับการศึกษาและการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น มีการจัดการกับอารมณ์หรือความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการช่วยเหลือให้กำลังใจและการได้รับคำปรึกษาปรึกษาในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ทำให้มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง เมื่อมีการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจผู้ป่วย จึงมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตสูงด้วย

พัชราวลัย เรื่องศรีจันทร์ และศิริลักษณ์ ศุภปิตพร (2554 : 425) ได้ทำการวิจัยเรื่องความเครียดของพยาบาลความคิดเห็นต่อการเตรียมพร้อมเป็นโรงพยาบาลตึงตึงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนระดับอินเตอร์เนชั่นแนล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนระดับอินเตอร์เนชั่นแนล และศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับงานและความรู้สึกที่มีต่องาน และปัจจัยเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการเตรียมพร้อมเป็นโรงพยาบาลตึงตึง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนระดับอินเตอร์เนชั่นแนลแห่ง

หนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพนักงานประจำ โดยปฏิบัติงานในช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม 2553 จำนวน 300 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบทดสอบข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบข้อมูลเกี่ยวกับงานและความรู้สึกที่มีต่องาน แบบทดสอบความคิดเห็นต่อปัจจัยเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ 13 ด้าน และแบบวัดความเครียดสวนปรุง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย 29.40 ปี พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความเครียดระดับสูงถึงสูงมากคิดเป็นร้อยละ 64.30 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับงานและความรู้สึกเกี่ยวกับงานด้านการได้รับการยอมรับนับถือจากผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา ปัจจัยเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการเตรียมพร้อมเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพ ด้านการพัฒนาวิชาชีพ ด้านวัฒนธรรมองค์กร ด้านการคัดเลือกบุคลากรเข้าทำงานและการประเมินผล ด้านการสนับสนุนการทำงานของพยาบาล และด้านการบริหารจัดการค่าตอบแทน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับงาน ความรู้สึกด้านการได้รับการยอมรับนับถือ และปัจจัยเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการเตรียมพร้อมเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ ดังนั้นการตระหนักและให้ความช่วยเหลือเพื่อลดระดับความเครียดและการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจน่าจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาองค์กร

พัสมณท์ คุ่มทวีพร, พุทธวรรณ ชูเชิด และสุจิตรา สุทธิพงศ์ (2557 : 386) ได้ทำการศึกษารเปรียบเทียบผลการสวดมนต์และการฟังเสียงสวดมนต์ต่อความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการสวดมนต์และการฟังเสียงสวดมนต์ต่อความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่พัก ณ บ้านพักฉุกเฉิน แบ่งแบบสุ่มเป็นกลุ่มสวดมนต์และกลุ่มฟังเสียงสวดมนต์ กลุ่มละ 22 คน ใช้เวลาในการวิจัย 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบวัดความเครียดสวนปรุง และแบบวัดคุณภาพการนอนหลับของเวอร์เรนและสไนเดอร์ ฮาล์เฟิร์น ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .84 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบสถิติที่เป็นอิสระจากกัน และเป็นไม่อิสระจากกัน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $< .05$ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มฟังเสียงสวดมนต์ลดลงหลังการสวดมนต์ ($t = 13.73$, $p < .05$) (2) ค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มฟังเสียงสวดมนต์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.59$, $p < .05$) (3) ค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มสวดมนต์ต่ำกว่ากลุ่มฟังเสียงสวดมนต์ ($t = 3.13$, $p < .05$) (4) ค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มสวดมนต์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.54$, $p < .05$) (5) ค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มฟังเสียงสวดมนต์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.82$, $p < .05$) (6) ค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มสวดมนต์และกลุ่มฟังเสียงสวดมนต์ไม่แตกต่างกัน ($t = .28$, $p = .780$) ผลการศึกษาเป็นหลักฐานว่าทั้งการสวดมนต์และการฟังเสียงสวดมนต์ลดความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ คณะผู้วิจัยเสนอแนะว่าในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พยาบาลควรจัดกิจกรรมการสวดมนต์หรือเปิดเสียงสวดมนต์ให้ฟัง เพื่อช่วยลดความเครียดและส่งเสริมการนอนหลับให้แก่ผู้ป่วย

เพ็ญศิริ มรกต (2556 : 90-97) ได้ทำการศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสตูล จำนวน 50 ราย กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยได้ตอบแบบทดสอบซึ่งประกอบด้วยแบบทดสอบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบทดสอบข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล และแบบทดสอบการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยแบบทดสอบผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และความเที่ยงตรงของแบบทดสอบการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีระดับคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 111.66$, S.D. = 8.76) และมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวหลายด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ได้แก่ ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 28.36$, S.D. = 3.85) ด้านความรู้สึกต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) ($\bar{X} = 27.58$, S.D. = 3.18) ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ ($\bar{X} = 26.10$, S.D. = 3.60) และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ($\bar{X} = 29.62$, S.D. = 3.41)

ภารดี ปรีชาวิทยากุล (2549 : 71-84) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาและพักอาศัยในอาคารเย็นศีรษะ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอภิปรายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และพักอาศัยในอาคารเย็นศีรษะ โดยการศึกษาแบบติดตามสัมภาษณ์เจาะลึกญาติที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาและพักอาศัยในอาคารเย็นศีรษะแบบเฉพาะเจาะจง ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2545-เดือนเมษายน พ.ศ. 2546 โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของโคไลซซี่ (Colaizzi) ผลการศึกษาสามารถสรุปได้เป็น 5 ประเด็น คือ (1) การบอกความหมายและวิธีการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของญาติ มี 2 ความหมาย คือ (1) ช่วยเหลือผู้ป่วยทุกเรื่องให้สุขสบายทั้งกายและใจ และ (2) ช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ ส่วนวิธีการดูแลผู้ป่วยนั้น ญาติส่วนใหญ่คำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (2) ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วย ญาติมีประสบการณ์ของการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาใน 3 ลักษณะ คือ 2.1) ต้องปรับตัวกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม 2.2) หัดเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจากหลายทาง และ 2.3) อาศัยความหวังและกำลังใจจึงจะสามารถยืนหยัดดูแลผู้ป่วย (3) ความรู้สึกของการเป็นผู้ดูแลญาติสะท้อนความรู้สึกออกมา 6 ลักษณะ คือ 3.1) รู้สึกถูกแยกจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด 3.2) วิตกกังวลอาการของผู้ป่วย 3.3) รู้สึกเป็นภาระ 3.4) เสมือนจนมุมไม่มีทางเลือก 3.5) ไม่ได้สมัครใจดูแลแต่เพราะเป็นหน้าที่ และ 3.6) รู้สึกว่าผู้ป่วยไม่ปลอดภัยในการพักที่เย็นศีรษะ (4) ปัญหา/อุปสรรคที่ญาติประสบในการดูแลผู้ป่วย จำแนกได้เป็น 11 ลักษณะคือ 4.1) เกิดความไม่เข้าใจและขัดแย้งกับผู้ป่วย 4.2) ปัญหาการสื่อสารเป็นอุปสรรคต่อความเข้าใจ 4.3) ปัญหาการเงินและการงานบั่นทอนจิตใจ 4.4) ผู้ป่วยเกิดอาการฉุกเฉินระหว่างพักอาศัย 4.5) ร่างกายของผู้สูงอายุเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย 4.6) เจ็บป่วยในระหว่างดูแลผู้ป่วย 4.7) ติดแผนจึงทอดทิ้ง

ผู้ป่วย 4.8) เครียดมากหลายเรื่อง 4.9) ภาษาเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ 4.10) ไม่มีหมอท่านอื่นดูแลแทนเมื่อเจ้าของไข้ไม่อยู่ และ 4.11) การเดินทางมาโรงพยาบาลสร้างความทุกข์ต่อผู้ป่วยที่อาการรุนแรง (5) วิธีการปรับตัวและเผชิญปัญหาของญาติสามารถจำแนกได้ 8 ลักษณะ คือ 5.1) แสวงหาความรู้ 5.2) อดทนเข้าใจ 5.3) พยายามเข้าใจ และยอมรับ 5.4) สร้างความเข้มแข็งด้วยตนเอง 5.5) มีแรงสนับสนุนทางสังคมช่วย 5.6) ยึดถือศาสนาสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่พึ่งทางใจ 5.7) ปรับอารมณ์ตนเอง และ 5.8) หางานทำอย่าให้ว่าง

ภูวสิทธิ์ ภูววรรณ และคนอื่น ๆ (2558 : 1) ได้ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของครูในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของครูในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร กลุ่มตัวอย่างเป็นครูที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนครและปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่จังหวัดสกลนครไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 451 คน โดยใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่มสองขั้นตอน (Two-Stage Cluster Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบวัดความเครียดสวนปรุง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอความชุก และสถิติ Multiple Logistic Regression หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ผลการศึกษาพบความชุกของความเครียดของครูเท่ากับ 39.50 เมื่อได้ทำการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของครูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ รายได้ที่ไม่เพียงพอ ($OR_{adj} = 1.57$, 95.00% CI : 1.02-2.42) และสัมพันธ์ภาพคนในครอบครัวค่อนข้างไม่ดี ($OR_{adj} = 3.98$, 95.00% CI : 1.28-12.37) ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา ควรมีการคัดกรองความเครียดและภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มครูอย่างต่อเนื่องและมีการเฝ้าระวังในกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น กลุ่มครูที่มีรายได้ไม่เพียงพอและสัมพันธ์ภาพคนในครอบครัวค่อนข้างไม่ดี นอกจากนี้ควรมีกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพคนในครอบครัวของครู

มฤดี เกษเพชร, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2556 : 277) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังของมิลเลอร์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายที่มารับการรักษาที่หน่วยผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามคำแหงระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2554-มีนาคม พ.ศ. 2555 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 28 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองคือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบวัดการรับรู้ความผาสุกทางใจ และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลัง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติบรรยายการทดสอบวิลคอกซัน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า (1) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกทางใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและ (2) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพ

ชีวิตโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการ ส่งเสริมความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตแก่ญาติผู้ดูแล และช่วยพัฒนาการบริการสุขภาพให้มี คุณภาพยิ่งขึ้น

มัลลิกา ทัดมาลา และบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2555 : 72) ได้ทำการศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือ ตนเองต่อความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย แบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหญิงที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างรอบที่ 2-3 ในหน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 22 คน แต่กลุ่มทดลองคงเหลือ จำนวน 17 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจำนวน 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 3 สัปดาห์และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือคู่มือกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ แบบสัมภาษณ์ความเข้มแข็งในการมองโลกที่มีค่าความเที่ยง .89 ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย สถิติที่และสถิติไคสแควร์เปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลก ด้วยสถิติเครื่องหมายอันดับของ วิลคอกซันและสถิติทดสอบแมนวิทนียู ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความ เข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

วรรณทนา ศุภสีมานนท์ (2539 : 9-10) ได้ทำการศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียด ของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาถึงความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือครอบครัวที่ให้การ ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาล ศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 54 ครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างธันวาคม 2538-เดือน มีนาคม 2539 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความเครียดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยยึดตามแนวคิดของซาลาริส และโฟล์คแมน (Lazarus and Folkman 1984) และแบบทดสอบวิธีการเผชิญความเครียดที่ดัดแปลงจากเครื่องมือประเมินวิธีการ เผชิญความเครียดของจาโลวีส (Jalowiec. 1982) ตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเป็น 0.83 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ประเมินเหตุการณ์โดยรวมว่าก่อให้เกิด ความเครียดระดับปานกลาง (2) เหตุการณ์ที่ครอบครัวประเมินว่าทำให้เกิดความเครียด 5 อันดับแรก คือ การ ที่ครอบครัวต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้นเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย การได้เห็นผู้ป่วยทุกข์ใจวิตกกังวลการกลัวผู้อื่น รังเกียจถ้าทราบผู้ป่วยเป็นเอดส์ การได้เห็นผู้ป่วยมีอาการของโรค และการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับ การ รักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ เป็นระยะ ๆ (ค่าเฉลี่ย=3.22, 3.09, 3.04, 2.98 และ 2.91) (3) วิธีการเผชิญ ความเครียดเน้นการแก้ปัญหาที่ครอบครัวใช้บ่อย 5 อันดับแรก คือเชื่อมั่นไว้วางใจในความสามารถในการ รักษาของแพทย์ ปรีกษาหารือกัน ครอบครัวเกี่ยวกับอาการ การดูแลรักษาผู้ป่วย พยายามติดตามข่าว คราวเกี่ยวกับโรค ขอความช่วยเหลือจากญาติหรือเพื่อนเกี่ยวกับสิ่งของค่าใช้จ่าย การช่วยเหลือดูแลสมาชิก

ในครอบครัว และขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายหรือสิ่งของจากรัฐบาลหรือจากองค์กรเอกชน (ค่าเฉลี่ย=3.81, 3.52, 3.36, 3.28 และ 2.37) ตามลำดับ (4) วิธีการเผชิญความเครียดเน้นด้านอารมณ์ที่ครอบครัวใช้บ่อย 5 อันดับแรก คือ สวดมนต์ไหว้พระ คิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกิดจากเคราะห์กรรม โชคชะตา บอกกับตนเองว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่เป็นความจริง มีความหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น และพยายาม ลืมเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ ($\bar{X}$ =3.09, 3.07, 2.72, 2.63, 2.54) ตามลำดับ (5) ค่าเฉลี่ยของคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดเน้นการแก้ปัญหา ($\bar{X}$ =2.69, S.D.=0.84) สูงกว่าค่าเฉลี่ย ของคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดเน้นด้านอารมณ์ ($\bar{X}$ =1.89, S.D.=0.64)

วันเพ็ญ อังวัฒนศิริกุล (2550 : 4) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การวิจัยเชิงบรรยาย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยนำทฤษฎีความเครียดและเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 87 ราย เป็นญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบทดสอบได้แก่แบบทดสอบข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดแบบทดสอบการเผชิญความเครียด แบบทดสอบแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิตข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดนำมาวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้พบว่า สถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลมี 2 ลักษณะคือสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากผู้ที่เป็นมะเร็ง และสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากตัวญาติผู้ดูแลเอง ญาติผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลาง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 วิธีร่วมกันคือการเผชิญความเครียดด้านจัดการกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความเครียด โดยพบว่า การเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุดตามลำดับคือ การจัดการกับปัญหา การบรรเทาความเครียด และการจัดการกับอารมณ์ ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ญาติผู้ดูแลประเมินว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัวเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ตามลำดับ มีคุณภาพชีวิตในระดับดี เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิตพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=.37, p<.01$) และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r=.23, p<.05$) และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17.70 ($p<.05$) ภายหลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่อายุและระยะเวลาการดูแล ผลการศึกษาสามารถนำมาช่วยในการวางแผนการดูแลญาติผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการให้การดูแล และใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งและญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

วารุณี พลิกบัว และคนอื่น ๆ (2549 : 44) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหวัง ความพร้อมในการดูแล และความวิตกกังวลจากการดูแลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้ทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

อย่างน้อย 1 ครั้ง และเป็นผู้พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร จำนวน 90 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความหวังของเฮิร์ท แบบวัดความพร้อมในการดูแล และแบบวัดความวิตกกังวลจากการดูแลของสจ๊วตและอาร์ชโบลด์ แบบวัดภาวะสุขภาพของแวร์และเซอร์โบลด์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า ความวิตกกังวลจากการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ ($r=-.494, p<.001$) สามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ ร้อยละ 24.50 ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ($r=.433, p<.001$) สามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.20 ทั้งความวิตกกังวลจากการดูแลและความหวังสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ ร้อยละ 34.70 ส่วนความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ($r=.320, p<.001$) แต่ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีการประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพอยู่เดิมร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษาและการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลและให้มีความพร้อมในการดูแล รวมถึงการส่งเสริมให้มีความหวังตามความเป็นจริง

วารุณี มีเจริญ (2557 : 17) ได้ทำการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง : การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตามปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะของการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่วัยแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต บทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เป็นผู้ตัดสินใจ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เป็นนักสื่อสาร เป็นผู้ให้การดูแล และผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการช่วยเหลือญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วารุณี มีเจริญ และคนอื่น ๆ (2556 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย เป็นการทบทวนแบบบูรณาการถึงการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 23 บทความ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 2537-2552 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ 15 บทความ และเชิงคุณภาพ 8 บทความ ทฤษฎีความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดที่นิยมนำมาใช้คือทฤษฎีของซาลารัส และโฟล์คแมน (Lazarus and Folkman) ตัวแปรตามที่พบในการวิจัยเชิงปริมาณประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากสังคม ความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด ภาระของผู้ให้การดูแลผู้ป่วย คุณภาพชีวิตและอื่น ๆ ผลการวิจัยพบว่า มีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น ความหมายของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ความหมายของการดูแล ประสบการณ์ของผู้ดูแล ปัญหาและความต้องการของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในบริบทของไทย หลักฐานเด่นชัดจาก 23 กรณีศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า องค์ความรู้ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในบริบทของไทยยังอยู่ในขั้นเริ่มต้นเมื่อเทียบกับประเทศตะวันตก งานวิจัยจำนวนมากยังมีความจำเป็นที่จะต้องทำเพื่อที่จะเปิดเผยถึงแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านบวกและด้านลบ

สมบัติ รียาพันธ์ และนิยดา ภู่อุณาสัน (2552 : 32) ได้ทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัดสำนัก

การแพทย์ กรุงเทพมหานคร การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียดและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 381 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) เครื่องมือเป็นแบบทดสอบข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าโคสควอร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบเพิ่มตัวแปรแปรเป็นขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.74$, $S.D.=.84$) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=2.84$, $S.D.=.68$) และด้านการพัฒนาและดำรงรักษา ระบบสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=2.54$, $S.D.=.69$) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ หนี้สิน แผนงานที่ปฏิบัติ ระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพพยาบาล โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ยกเว้น ตำแหน่งในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.485$) ความเครียด หนี้สิน และ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 26.00 เขียนสมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้ $Z=-0.479$ (ความเครียด) -0.108 (หนี้สิน) $+ 0.108$ (ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน)

สมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมนันต์ และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ (2556 : 195-196) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาลตามแนวคิดความพึงพอใจทางจิตวิญญาณด้านตะวันออก กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 45 ราย ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ (1) แบบทดสอบข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย (2) แบบทดสอบความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดความพึงพอใจทางจิตวิญญาณด้านตะวันออก เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความพึงพอใจทางจิตวิญญาณด้วยวิธีการทดสอบความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และได้ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการทดสอบข้อมูลทั่วไปและคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาลมีระดับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{X}$ =120.53, S.D.=13.71) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามมีความต้องการการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สุนนมาลย์ พิพัฒน์บวร (2547 : 1-2) ได้ทำการศึกษาการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต บทบาทและสัมพันธภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีบทบาทและสัมพันธภาพต่างกัน การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือ สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต และให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส จำนวน 120 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบ ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) ด้วยค่าเอฟ (F-test) ผลการศึกษพบว่า สมาชิกครอบครัวที่ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.50 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 42.50 อยู่ในครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยายร้อยละ 91.66 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร/หลาน ร้อยละ 48.33 และมีบทบาทการรับผิดชอบในการดูแลด้านอารมณ์-จิตใจ ร้อยละ 55.83 มีสถานภาพสมรสคู่ 93.33 ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.00 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 61.66 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 49.16 ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 เพศชาย ร้อยละ 46.66 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 46.66 เจ็บป่วยด้วยอาการของโรคในระบบหลอดเลือดและหัวใจ ร้อยละ 32.50 มีระดับความรู้สึกรู้ตัว รับรู้ และตอบสนองต่อสิ่งเร้า 81.66 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 3-7 วัน ร้อยละ 75.83 เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักเป็นครั้งแรก ร้อยละ 80.83 และสิทธิในการรักษาพยาบาล ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 91.66 การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยมีการปรับตัวทางด้านจิตใจดีที่สุด ($\bar{X}$ =4.23) รองลงมาคือการปรับตัวด้านร่างกาย ($\bar{X}$ =4.06) ส่วนการปรับตัวด้านสังคม มีการปรับตัวในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.94) บทบาทของสมาชิกในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีบทบาทในการดูแลด้านอารมณ์-จิตใจ ดีที่สุด ($\bar{X}$ =4.28) รองลงมาคือบทบาทในการดูแลด้านความเป็นอยู่ ($\bar{X}$ =3.99) ส่วนบทบาทในการดูแลด้านการรักษาพยาบาล บทบาทในการดูแลเรื่องเศรษฐกิจ และบทบาทในการดูแลด้านสังคม มีระดับบทบาทในการดูแลปานกลาง ($\bar{X}$ =3.56, $\bar{X}$ =2.83 และ $\bar{X}$ =2.79) สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในระดับดี ($\bar{X}$ =3.76) ลักษณะที่แสดงถึงสัมพันธภาพในครอบครัวคือ การพูดให้กำลังใจกับผู้ป่วย เข้าใจและให้อภัยเมื่อผู้ป่วยแสดงกิริยาทำทางที่ไม่เหมาะสมในขณะเจ็บป่วย

โสรัจญา สุริยันต์, วรณีย์ เดียววิเศษ และนุจรี ไชยมงคล (2558 : 131) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด : แบบจำลองเชิงสาเหตุ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดตั้งแต่ครั้งที่ 3 เป็นต้นไปจำนวน 123 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัด ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม และ

โรงพยาบาลมะเร็งอุตรธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบทดสอบอาการทางเคียงจากการรักษา (2) การสนับสนุนทางสังคม (3) ความเครียดจากการпенมะเร็งเต้านม (4) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (5) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ และ (6) แบบทดสอบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ใช้การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป AMOS ผลการศึกษาพบว่าแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=4.42$, $df=5$, $p\text{ value}=.49$, $\chi^2/df=.88$, $GFI=.98$, $AGF\ I=.95$, $CFI=1.00$, $NFI=.98$, $RMSEA=.00$) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับอิทธิพลโดยตรงสูงสุดจากความรุนแรงของอาการทางเคียงของเคมีบำบัด ($\beta=-.24$) รองลงมาคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ($\beta=.24$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.11$) และความเครียดจากการпенมะเร็งเต้านม ($\beta=.07$) โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 8.40 ผลการวิจัยเสนอแนะว่า ในช่วงที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับเคมีบำบัด พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและหาวิธีการเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการทางเคียงของเคมีบำบัด

อรุณศรี ชัยทองสกุล (2558 : 29) ได้ทำการศึกษาผลการให้ข้อมูลตามแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลา การผ่าตัดโดยทั่วไปมักก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะการผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านมซึ่งอาจใช้เวลาในการผ่าตัดค่อนข้างนาน การให้ข้อมูลที่ชัดเจนสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้ข้อมูลตามแนวทางปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่แพทย์นัดมาผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือแบบทดสอบความวิตกกังวลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่น KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติค่าที (Paired t-test) ผลการวิจัยพบว่า ก่อนให้ข้อมูล ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลา มีความวิตกกังวลในระดับมาก ร้อยละ 66.70 และมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 33.30 หลังเข้าโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวทางการปฏิบัติสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดในการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 40.00 และความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 33.30 และมีเพียงร้อยละ 26.70 ที่ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก และเมื่อนำมาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติค่าทีพบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างหลังทดลอง ($\bar{X}=5.40$, $S.D.=2.58$) น้อยกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=7.23$, $S.D.=1.94$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df)=3.748$ (29), $p=.001$) แนวปฏิบัติการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเป็นแนวทางให้พยาบาลห้องผ่าตัดทุกคนได้นำไปใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมทุกราย เพื่อลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจและให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

อวยพร ภัทรภักดีกุล และมัลลิการ์ สุนทรวิภาต (2552 : 17) ได้ทำการศึกษาความเครียดจากงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นวิกฤตของชีวิต พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดภาวะเครียดจากการดูแลได้ง่าย การวิจัย

เชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 181 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบทดสอบระดับความเครียด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบทดสอบความเครียดของกรมสุขภาพจิต มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับความเครียดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 ลำดับแรก ซึ่งมีค่าความเครียดในระดับปานกลาง ได้แก่ ความรู้สึกท้อใจเมื่อพบกับผู้ป่วยที่แน่นอัดหรือเหนื่อยหอบ ความรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมองเมื่อพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีญาติมาดูแล และความรู้สึกกระวนกระวายตลอดเวลาเมื่อพบว่าผู้ป่วยกระสับกระส่าย ไม่สงบก่อนเสียชีวิต ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 ลำดับสุดท้ายได้แก่ รู้สึกไม่มีคุณค่าเพราะไม่ได้รับการยอมรับจากทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่อยากพบปะกับผู้อื่นเมื่อผู้ป่วยในความรับผิดชอบเสียชีวิต และรู้สึกอ่อนเพลียจนไม่อยากทำอะไรหลังจากต้องแต่งร่างกายให้ผู้ป่วยที่เสียชีวิต (2) ปัจจัยด้านการฝึกอบรมและระดับความเชี่ยวชาญมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียดของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยโรงพยาบาลควรจัดระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยและจัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มากขึ้น

งานวิจัยต่างประเทศ

เอเดย์เมียร์ (Akdemir B., Erdem O., Polat S. 2010 : 155-174) ได้ทำการศึกษาความเครียด ความวิตกกังวล และแรงสนับสนุนทางสังคมของพ่อแม่ที่ดูแลเด็กที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง การศึกษานี้เพื่อวัดความเครียด ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง และระดับการได้รับความช่วยเหลือจากสังคม เก็บตัวอย่างจาก 94 ครอบครัวที่มีเด็กป่วยจากโรคมะเร็งในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลด้วยการใช้แบบทดสอบ ผลพบว่ามีความสัมพันธ์ของคะแนนในเชิงบวกระหว่างความเครียดและความสิ้นหวัง และคะแนนความวิตกกังวลของทั้งพ่อและแม่ อย่างไรก็ตามได้พบความสัมพันธ์ในเชิงลบระหว่างการสนับสนุนทางสังคม คะแนนความเครียด และระหว่างความสิ้นหวังกับคะแนนการสนับสนุนจากสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างคะแนนความเครียดและความวิตกกังวล และ ความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างคะแนนความกังวลและสิ้นหวัง ผลจากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์มากในการจัดการ นักจิตวิทยาและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยพ่อแม่ในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้

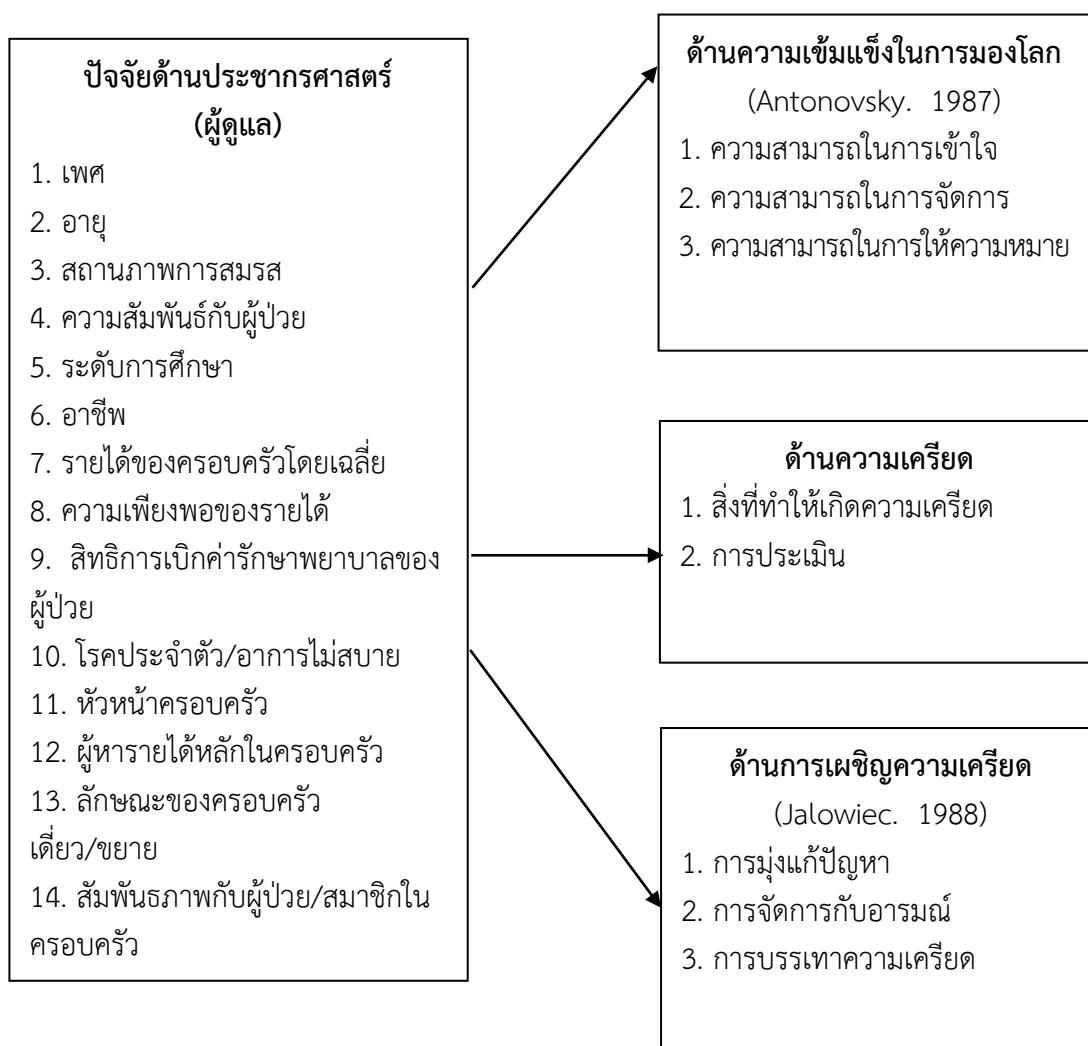
นอร์ทเฮ้าส์ (Northouse. 2001) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อวิเคราะห์ประเภทของความช่วยเหลือที่นำเสนอให้ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และผลกระทบ ได้นำ Meta-Analysis มาใช้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง 29 ราย ผลวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.00%) และเป็นคนผิวขาว (84.00%) มีอายุระหว่าง 18-92 ปี (อายุเฉลี่ย 55 ปี) ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีการเตรียมตัวน้อยไม่ว่าด้านข้อมูล หรือการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อรับมือกับปัญหาในฐานะผู้ดูแล มีการนำเสนอความช่วยเหลือ 3 ประการแก่ผู้ดูแล ได้แก่ สุขภาพจิตศึกษา การฝึกฝนทักษะ และการให้คำปรึกษาด้านการรักษา Meta-Analysis ชี้ให้เห็นว่า แม้ความช่วยเหลือเหล่านี้จะมีเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่มีความสำคัญในการลด

ภาระของผู้ดูแลได้ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาการแก้ปัญหา เพิ่มศักยภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิต ความช่วยเหลือหลายรูปแบบ ได้รับการทดสอบถึงศักยภาพในแต่ละรูปแบบ แพทย์จำเป็นต้องให้มีการทดสอบการวิจัยในรูปแบบความช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาได้ และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

มัวควาโต้ (Mukwato, et al. 2010 : 40-45) ได้ทำการศึกษาการทบทวนวรรณกรรม ความเครียดและการจัดการความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ให้การดูแล ผลพบว่า มะเร็งเต้านม พบได้บ่อยในผู้หญิงทั่วโลก คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 23.00 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในแอฟริกาใต้จากมะเร็งปากมดลูก การถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมไม่ว่าระยะใดก็ตาม เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งผู้ป่วยและครอบครัว วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อทำความเข้าใจในเชิงลึกถึงความเครียดและการจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ดูแล ได้ทบทวนสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ตั้งแต่ในช่วงปี พ.ศ. 2523-2553 ใน Pub Med, Hinari, British National Index และ Internet ต่าง ๆ ผลการวิจัยพบว่าจากการทบทวน 22 งานวิจัย มี 13 งานวิจัยที่มุ่งศึกษาการแก้ปัญหา มะเร็งเต้านม 5 งานวิจัยศึกษาความเครียดและการปรับตัว และ 4 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใน 18 งานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะที่อีก 4 งานวิจัยที่เหลือใช้วิธีผสมผสาน ผลการวิจัยพบลักษณะเด่น 4 ประการในการจัดการแก้ปัญหาทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล คือ แสวงหาการสนับสนุนจากสังคม พี่งพาพระเจ้า มีข้อเสนอแนะหรือมีทัศนคติไปในทางบวก และต้องการข้อมูลและการให้ความรู้

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



แผนภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัยความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อศึกษาความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนและวิธีการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1,538 คน (ณ วันที่ 10 มีนาคม 2560) (กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2560 : ออนไลน์)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดตัวอย่างจากการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบประชากรที่แน่นอน (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2551 : 117) จำนวน 310 คน

$$n = \frac{NZ^2\sigma^2}{Z^2\sigma^2 + Nd^2}$$
$$n = \frac{(1,538) (1.96)^2 (0.5)^2}{(1.96)^2 (0.5)^2 + (1,538)(0.05)^2}$$

$$n = 307.38 = 307 \text{ คน}$$

$$n = 310 \text{ คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มเพื่อกันข้อมูลสูญหายและความเหมาะสมของการวิจัย}$$

$$n \text{ แทน ขนาดตัวอย่าง}$$

$$Z \text{ แทน สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด (1-\alpha) เท่ากับ 1.96}$$

$$\sigma^2 \text{ แทน ความแปรปรวนจากการแปลผลที่ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (ในการวิจัย}$$

$$\text{ครั้งนี้ } \sigma^2 \text{ เท่ากับ 0.5}$$

d แทน ค่ากระชับของการประมาณค่าหรือค่าความต่างที่ยอมรับให้ค่าประมาณห่างจากค่าจริง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 เมื่อได้จำนวนตัวอย่าง 310 รายแล้ว ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสุ่มเป็นระดับชั้นอย่างเป็นสัดส่วน (Stratified Random Sampling) โดยนำประชากรผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มาแบ่งเป็นรายอำเภอ จำนวนทั้งสิ้น 25 อำเภอ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี (แยกรายอำเภอ)

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (คน) (ประชากร)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1. เมือง	303	61
2. วารินชำราบ	121	25
3. พิบูลมังสาหาร	105	21
4. ตระการพืชผล	101	21
5. เดชอุดม	94	19
6. เชื่องใน	92	19
7. บุณฑริก	81	16
8. ม่วงสามสิบ	76	15
9. เขมราฐ	64	13
10. ศรีเมืองใหม่	56	11
11. สำโรง	46	9
12. นาจะหลวย	45	9
13. โพธิ์ไทร	36	7
14. นาตาล	36	7
15. น้ำยืน	34	7
16. กุดข้าวปุ้น	32	6
17. สิรินคร	32	6
18. เหล่าเสือโก้ก	29	6
19. สว่างวีระวงศ์	28	6
20. ตาลชุม	24	5
21. พุ่งศรีอุดม	23	5
22. โขงเจียม	22	4
23. ดอนมดแดง	20	4

ตารางที่ 8 (ต่อ)

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (คน) (ประชากร)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
24. น้ำขุ่น	20	4
25. นาเยีย	18	4
จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมด	1,538	310

ที่มา : (กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2560 : ออนไลน์)

ขั้นตอนที่ 2

จากนั้น เลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอตามสัดส่วนประชากรที่คำนวณได้ โดยเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ให้ตรงตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อการศึกษา ดังนี้

1. ผู้ให้การดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ คู่สมรส บุตร พ่อแม่ ญาติพี่น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย อื่น ๆ
2. เป็นผู้ให้การดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ครอบคลุมถึงการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรส่วนตัวของผู้ป่วย การดูแลด้านอารมณ์ และการให้ข้อมูล
3. มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถสื่อสารพูดและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
4. มีความยินดี สมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ให้ได้จำนวนตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ให้ความเคารพและตระหนักในสิทธิมนุษยชนของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยผู้ให้ข้อมูล/กลุ่มตัวอย่างไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ต่อกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี หากยินดีเต็มใจจะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ ในกรณีที่ต้องมีการบันทึกภาพ/บันทึกเสียง ผู้วิจัยสามารถทำได้หากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย หรือกรณีจำเป็นตามเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึง ความสำคัญของการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก

1. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ E032 ณ วันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

2. โรงพบาลสมะเร็งอุบลราชธานี ตามหนังสือรับรองเลขที่ EC 008/2017 ณ วันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2560

ในกรณีที่เห็นชัดเจนว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใดที่มีความเครียดสูงหรือรุนแรง ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย จะพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการประเมินในเบื้องต้นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความสนใจ สนทนากับผู้วิจัยหรือไม่ ถ้ามีความสนใจ ผู้วิจัยก็จะชวนสนทนาโดยใช้หลักธรรมทางศาสนา เช่น กฎไตรลักษณ์ ทุกอย่างไม่เที่ยง เกิดดับ ๆ กรรมและผลของกรรม ฯลฯ และหากประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถ คลายใจได้ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ก็จะส่งกลับข้อมูลที่ได้ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเข้าสู่กระบวนการคัดกรอง เพื่อหาสาเหตุของความเครียดและให้ความช่วยเหลือต่อไป

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ มีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 10 ท่าน ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติ คือเป็นวัยผู้ใหญ่ที่อ่านออกเขียนได้ มีวุฒิภาวะของความเป็นผู้ใหญ่ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ผู้วิจัยได้อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยฟังอย่างละเอียด และให้ผู้ช่วยวิจัยซักซ้อมและทดลองปฏิบัติการเก็บข้อมูลระหว่างผู้ช่วยวิจัยด้วยกัน เพื่อจะได้เข้าใจในแต่ละข้อคำถามอย่างแท้จริง โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. ในการเข้าหากกลุ่มตัวอย่าง ให้เข้าไปแนะนำตัวกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยความสุภาพ อ่อนน้อมถ่อมตน และเป็นมิตร โดยให้แนะนำตัวว่ามาจากไหน กำลังเก็บข้อมูลวิจัยเรื่องอะไร เพื่อนำไปใช้ประโยชน์อะไร โดยสอบถามความยินดีเต็มใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นหลัก หากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร แต่ถ้าปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม ให้เคารพในการตัดสินใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นหลัก จะไม่รบกวน ไม่ไปเบียดเบียนเป็นอันขาด

2. ภายหลังจากการสัมภาษณ์ ให้ผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ และให้ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบจากแบบทดสอบที่รับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง หากข้อมูลใดไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ให้สอบถามเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

3. ภายหลังจากการสิ้นสุดการเก็บข้อมูลในแต่ละวัน ทีมงานจะมีการประชุมร่วมกัน เพื่อหารือว่าในแต่ละวันมีปัญหาคืออะไรบ้าง และหาทางแก้ไขร่วมกัน มีการตรวจสอบคุณภาพชุดแบบทดสอบที่ได้รับว่ากลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องตามจริงหรือไม่ โดยแนะนำเทคนิคการตรวจ คือข้อคำถามบางข้อ จะมีความเชื่อมโยงสอดคล้องกันหรือมีทิศทางตรงกันข้าม ถ้าพบว่าแบบทดสอบชุดใดที่มีข้อมูลคลาดเคลื่อนไม่สอดคล้องกับหลักความเป็นจริง ก็จะตัดแบบทดสอบชุดนั้นออก แล้วหาเพิ่มใหม่มาทดแทนต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย โรคประจำตัว/อาการไม่สบาย สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ระยะการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความเข้มแข็งในการมองโลก แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987 : 82)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987 : 82 อ้างถึงในจรินทร รัตนวณิชกุล. 2554 : 44-46) แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือดังกล่าว ตามหนังสือที่ ศร 0517.0617/089 ฉบับลงวันที่ 11 มกราคม 2560 จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 7 ระดับ จาก 1 ถึง 7 (Guttman Scale) แต่ละข้อมีคำตอบในลักษณะตรงกันข้ามมีข้อความทางบวก 16 ข้อ และข้อความทางลบ 13 ข้อ (รวม 29 ข้อ) คะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึงบุคคลยิ่งมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987 : 82) ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผ่าน ผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการนำแบบวัดนี้ไปใช้ในงานวิจัย 26 ฉบับ กับกลุ่มตัวอย่างชาวอิสราเอล อเมริกา แคนาดา และอื่น ๆ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคระหว่าง .82-.95 (Antonovsky, 1993 : 725-733) สมจิต หนูเจริญกุล, ประครอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุทธิวัฒน์ (2532 : 169-190) ได้แปลชุดนี้เป็นภาษาไทย แล้วใช้ศึกษาในกลุ่มพยาบาลประจำการ 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และศึกษาในกลุ่มอาจารย์พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ตรวจการจำนวน 230 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 ต่อมา กังสดาล สุทธิวิสิฐวรรค์ (2535) ได้ใช้แบบทดสอบนี้ กับกลุ่มพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 146 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และกนกพร สุคำวัง (2540) ได้ปรับแบบทดสอบ ให้คำตอบมีลักษณะที่เห็นด้วย (1) และไม่เห็นด้วย (7) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตอบได้ง่ายขึ้น โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 150 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .93

ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987 : 82 อ้างถึงในจรินทร รัตนวณิชกุล. 2554 : 44-46) แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล และได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือนี้จากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การให้คะแนนเรียงตามลำดับ 1-7 ตำแหน่งเลข 1 และ เลข 7 จะมีความหมายในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเลข 2-6 จะบ่งชี้ความน้อยหรือมากของความรู้สึกนึกคิด โดยขึ้นอยู่กับข้อความในตำแหน่งเลข 1 และ เลข 7 เป็นหลัก

ข้อความทางบวก 16 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 8, 9, 10, 12, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 26, 28 และ 29 โดยตำแหน่งเลข 1 ให้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และตำแหน่งเลข 7 ให้ 7 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ข้อความทางลบ 13 ข้อ ได้แก่ 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 และ 27 โดยตำแหน่งเลข 1 ให้ 7 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และตำแหน่งเลข 7 ให้ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

คะแนนรวมของแบบทดสอบอยู่ระหว่าง 29-203 คะแนน กำหนดระดับความเข้มแข็งในการมองโลกโดยแบ่งคะแนนแบบอันตรภาคชั้น (Class Interval) ใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนกลุ่มที่ต้องการแบ่ง ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ 2553 : 206)

คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนอันตรภาคชั้น

$$= (203-29)/3 = 58$$

29-87 คะแนน มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ

88-145 คะแนน มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง

146-203 คะแนน มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง

การวัดความเข้มแข็งในการมองโลก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ และใช้คะแนนเฉลี่ยระหว่างคะแนนสูงสุดและคะแนนต่ำสุดมาจัดระดับ โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ 2553 : 206)

คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนอันตรภาคชั้น

$$= (7-1)/3 = 2$$

$\bar{X} = 1.00-3.00$ คะแนน มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ

$\bar{X} = 3.01-5.00$ คะแนน มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง

$\bar{X} = 5.01-7.00$ คะแนน มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง

C หมายถึง ความสามารถทำความเข้าใจ (Comprehensibility) 10 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21 และ 24

MA หมายถึง ความสามารถในการจัดการ (Manageability) 10 ข้อ ได้แก่ 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27 และ 29

ME หมายถึง ความสามารถให้ความหมาย (Meaningfulness) 9 ข้อ ได้แก่ 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22, 26 และ 28

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความเครียดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ชุด 20 ข้อ (สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. 2540 : 140 ภาคผนวก ง)

ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความเครียดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิตชุด 20 ข้อ และได้รับอนุญาตให้ใช้แบบทดสอบความเครียดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต (แบบทดสอบความเครียด ST-20) ตามหนังสือที่ สร 0839.1/1205 ฉบับลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2559 จากสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นเครื่องมือในการทำวิจัยในครั้งนี้

ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

คะแนนความเครียด 1 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด

คะแนนความเครียด 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย

คะแนนความเครียด 3 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง

คะแนนความเครียด 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมาก

คะแนนความเครียด 5 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

การแปลผล

มีคะแนนรวมทั้งสิ้น 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-24 เครียดต่ำ

คะแนน 25-42 เครียดปานกลาง

คะแนน 43-62 เครียดสูง

คะแนน 63 ขึ้นไป เครียดรุนแรง

มีรายละเอียดดังนี้

1. ความเครียดในระดับต่ำ (Mild Stress) หมายถึงความเครียดขนาดน้อย ๆ และหายไปในช่วงเวลาอันสั้นเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัว ต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อยเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือพบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่ว ๆ ไปไม่รุนแรง จนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูง (Height Stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้น ถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดแรงแควคุมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคร้ายต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบวิธีการเผชิญความเครียด 36 ข้อ

ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบวิธีการเผชิญความเครียด (36 ข้อ) ของจาโลวีก (Jalowiec. 1988 อ้างถึงใน รุ่งนภา เตชะกิจโกศล. 2552 : 21-22) แปลโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) และได้รับอนุญาตให้ใช้แบบทดสอบวิธีการเผชิญความเครียด 36 ข้อตามหนังสือที่ ศธ 6593(23)/4471 ฉบับลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2559 จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อเป็นเครื่องมือในการทำวิจัยในครั้งนี้ การเผชิญความเครียด หมายถึง วิธีการที่บุคคลคิดหรือกระทำเพื่อลดหรือขจัดความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ด้าน คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ ด้านการบรรเทาความเครียด แบบทดสอบมี 36 ข้อ

1. ด้านมุ่งแก้ปัญหา 13 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 5, 10, 11, 15, 16, 17, 22, 28, 29, 31, 32, 34
2. ด้านการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 4, 6, 9, 13, 19, 21, 23, 24
3. ด้านการบรรเทาความเครียด 14 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 7, 8, 12, 14, 18, 20, 25, 26, 27, 30, 33, 35, 36

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 36-180 คะแนน ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดจาโลวีก (Jalowiec. 1988 อ้างถึงในรุ่งนภา เตชะกิจโกศล. 2552 : 26) ถ้าเลือก

- ไม่เคย ไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นเลย
- ได้ 1 คะแนน
- นาน ๆ ครั้ง ใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้น 1-3 ครั้งในหนึ่งเดือน
- ได้ 2 คะแนน
- บางครั้ง ใช้ลักษณะเผชิญความเครียดแบบนั้นอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง
- ได้ 3 คะแนน
- บ่อย ใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง
- ได้ 4 คะแนน
- บ่อยมาก ใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นทุกครั้ง
- ได้ 5 คะแนน

แบบทดสอบวิธีการเผชิญความเครียด คะแนนรวมของแบบทดสอบอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน แบ่งคะแนนแบบอันตรภาคชั้น (Class Interval) ใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนกลุ่มที่ต้องการแบ่ง ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ 2553 : 206)

คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนอันตรภาคชั้น

$$= (180-36)/3 = 48$$

36-84 คะแนน แสดงว่า มีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมต่ำ

85-132 คะแนน แสดงว่า มีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมปานกลาง

133-180 คะแนน แสดงว่า มีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมสูง

การวัดวิธีการเผชิญความเครียด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ และใช้คะแนนเฉลี่ยระหว่างคะแนนสูงสุดและคะแนนต่ำสุดมาจัดระดับ โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2553 : 206)

คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนอันตรภาคชั้น

$$= (5-1)/3 = 1.33$$

$\bar{X} = 1.00-2.33$ แสดงว่า วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมต่ำ

$\bar{X} = 2.34-3.67$ แสดงว่า วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมปานกลาง

$\bar{X} = 3.68-5.00$ แสดงว่า มีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก (39 ข้อ) แบบทดสอบความเครียดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต (20 ข้อ) และ แบบทดสอบวิธีการเผชิญความเครียด (36 ข้อ) ที่นำมาใช้ ได้ผ่านการตรวจสอบหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-Objective Congruence : IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ประกอบด้วย

1.1 ดร. สม นาสอ้าน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 ดร. ดวงกมล ภูนวล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

1.3 นางยุพิน คำกร พยาบาลวิชาชีพ

หัวหน้ากลุ่มงานการบริบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์มะเร็งอุดรธานี

1.4 นางสาววิษญา โมฬีชาติ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่

2. นำผลการตรวจสอบมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ได้ค่า ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รายข้อ (IOC)

ค่า IOC ที่ได้อยู่ในช่วง = 0.50-1.00 ได้ปรับปรุงภาษาในบางข้อ เพื่อให้สื่อข้อความได้ตรงมากที่สุดตามข้อเสนอแนะและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ค่า IOC เฉลี่ยทั้งฉบับ = 0.90

แบบทดสอบความเข้มแข็งในการมองโลก รายข้อ (IOC)

ค่า IOC ที่ได้อยู่ในช่วง = 0.50-1.00 ได้ปรับปรุงภาษาในบางข้อ เพื่อให้สื่อข้อความได้ตรงมากที่สุดตามข้อเสนอแนะและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ค่า IOC เฉลี่ยทั้งฉบับ = 0.93

แบบทดสอบความเครียดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต รายข้อ (IOC)

ค่า IOC ที่ได้อยู่ในช่วง = 0.80-1.00 ได้ปรับปรุงภาษาในบางข้อ เพื่อให้สื่อข้อความได้ตรงมากที่สุดตามข้อเสนอแนะและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ค่า IOC เฉลี่ยทั้งฉบับ = 0.98

แบบทดสอบวิธีการเผชิญความเครียด รายข้อ (IOC)

ค่า IOC ที่ได้อยู่ในช่วง = 0.80-1.00 ได้ปรับปรุงภาษาในบางข้อ เพื่อให้สื่อข้อความได้ตรงมากที่สุดตามข้อเสนอแนะและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ค่า IOC เฉลี่ยทั้งฉบับ = 0.94

3. นำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 30 คน (Try Out) แล้วนำข้อมูลมาคำนวณเพื่อหาอำนาจจำแนก (Corrected Total Correlation) ข้อที่มีอำนาจจำแนกใช้ได้ต้องมีค่าเป็นบวก และมีค่าตั้งแต่ 0.02 ขึ้นไป และยังมีค่ามากยิ่งขึ้น (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2553 : 442) และความเที่ยงแบบคงที่ภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดให้ค่าความน่าเชื่อถือได้ของสัมประสิทธิ์แอลฟามีความเที่ยงไม่น้อยกว่า 0.70 จึงจะเป็นชุดคำถามที่ดี (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2553 : 442)

1. แบบทดสอบความเข้มแข็งในการมองโลก

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.81
ได้ค่าอำนาจจำแนก 0.20-0.63

2. แบบทดสอบความเครียดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.94
ได้ค่าอำนาจจำแนก 0.39-0.82

3. แบบทดสอบวิธีการเผชิญความเครียด

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92
ได้ค่าอำนาจจำแนก 0.21-0.68

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 (2 เดือน)
2. เจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ได้นำผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยไปแนะนำตัว ทำความรู้จักกับหัวหน้าพยาบาลในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เช่น ห้องตรวจ ห้องฉายแสง ห้องผ่าตัด หออายุรกรรม ฯลฯ และแจ้งว่าผู้วิจัยมาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ได้หนังสือรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีแล้ว และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในช่วงระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2561 ขอให้แต่ละส่วนงานให้ความร่วมมือด้วย
3. การเก็บข้อมูลในแผนกต่าง ๆ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จะรอสัญญาณจากพยาบาล โดยพยาบาลจะแจ้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้ทราบว่า จะมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมาขอข้อมูลวิจัย และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลตามความสมัครใจ
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมฟังอย่างละเอียด
5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งพิจารณาตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในช่วงเวลาใดก็ได้ โดยอิสระและไม่มีเงื่อนไขใด ๆ หากตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แจกแบบทดสอบแล้วให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตอบแบบทดสอบด้วยตนเอง แต่ละรายใช้เวลาเฉลี่ย 30 นาที ยกเว้นบางรายที่ประสงค์จะให้ช่วยอ่านแบบทดสอบให้
7. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย กล่าวขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ให้ข้อมูลที่จำเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้
8. ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบจากแบบทดสอบที่รับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง หากข้อมูลใดไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่สมบูรณ์
9. ผู้ช่วยวิจัยนำแบบทดสอบมาลงรหัสข้อมูลเพื่อสะดวกในการลงบันทึกข้อมูล
10. ผู้ช่วยวิจัยนำข้อมูลมาคิดคะแนนและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อหาค่าสถิติต่าง ๆ

การจัดทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล
2. วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ข้อมูลความเครียด

3. วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ข้อมูลความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญความเครียด

ตารางที่ 9 คุณลักษณะของข้อมูลและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูล	บุคคลที่ทำการศึกษา	เทคนิคการเก็บข้อมูล	เครื่องมือ
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	1. ครอบครัวผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	แจกแบบสอบถาม	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
2. การทดสอบความเข้มแข็งในการมองโลก	1. ครอบครัวผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	แจกแบบทดสอบ	แบบทดสอบการวัดความเข้มแข็งในการมองโลก
3. การทดสอบระดับความเครียด	1. ครอบครัวผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	แจกแบบทดสอบ	แบบทดสอบความเครียดของกรมสุขภาพจิต
4. การทดสอบการเผชิญความเครียด	1. ครอบครัวผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	แจกแบบทดสอบ	แบบทดสอบวิธีเผชิญความเครียด
4.1 ด้านการมุ่งแก้ปัญหา			
4.2 ด้านการจัดการกับอารมณ์			
4.3 ด้านการบรรเทาความเครียด			

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Study) ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 310 คน ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการบรรยายประกอบตารางตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย โรคประจำตัวหรืออาการไม่สบาย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนในครอบครัว ระยะการเป็นมะเร็งเต้านมของผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษา นำเสนอตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำแนกตามเพศ (n=310)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	97	31.30
หญิง	213	68.70
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.70 รองลงมา เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 31.30

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำแนกตามอายุ (n=310)

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
< 20 ปี	6	1.90
21-30 ปี	41	13.10
31-40 ปี	40	13.00

ตารางที่ 11 (ต่อ)

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
41-50 ปี	90	29.00
51-60 ปี	77	25.00
>60 ปี	56	18.00
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.00 รองลงมา ได้แก่ อายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.00 อายุ >60 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.00

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำแนกตามสถานภาพ (n=310)

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โสด	86	28.00
สมรส	199	64.00
อยู่ด้วยกัน	5	1.60
แยกกันอยู่	5	1.60
หม้าย	10	3.20
หย่า	4	1.30
อื่น ๆ	1	0.30
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 64.00 รองลงมา ได้แก่ โสด คิดเป็นร้อยละ 28.00 หม้าย คิดเป็นร้อยละ 3.20

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำแนกตามความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย (n=310)

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
คู่สมรส	67	21.60
บุตร	77	24.80
พ่อแม่	30	9.70
ญาติพี่น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย	88	28.40
อื่น ๆ	48	15.50
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์เป็นญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 28.40 รองลงมา ได้แก่ บุตร คิดเป็นร้อยละ 24.80 คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 21.60

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำแนกตามระดับการศึกษา (n=310)

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าประถมศึกษา	23	7.40
ประถมศึกษา	87	28.10
มัธยมต้น	36	11.60
มัธยมปลาย	35	11.30
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	16	5.10
ปริญญาตรี	78	25.20
สูงกว่าปริญญาตรี	34	11.00
อื่น ๆ	1	0.30
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.10 รองลงมา ได้แก่ ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 25.20 มัธยมต้น คิดเป็นร้อยละ 11.60

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำแนกตามอาชีพ (n =310)

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ว่างงาน	23	7.40
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	27	8.75
เกษตรกร	103	33.20
รับจ้าง	32	10.30
นักเรียน/นักศึกษา	19	6.10
บริษัทเอกชน	10	3.20
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	46	14.85
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	30	9.70
ข้าราชการบำนาญ/เกษียณอายุ	20	6.50
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 33.20 รองลงมา ได้แก่ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 14.85 รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 10.30

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำแนกตามรายได้ของครอบครัว โดยเฉลี่ย (n =310)

รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย (บาท/เดือน)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีรายได้	32	10.30
ต่ำกว่า 15,000 บาท	137	44.20
15,001-30,000 บาท	75	24.20
30,001-45,000 บาท	30	9.70
45,001-50,000 บาท	7	2.20
มากกว่า 50,000 บาท	29	9.40
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 16 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มีรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่ำกว่า 15,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 44.20 รองลงมา ได้แก่ 15,001-30,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 24.20 ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 10.30

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำแนกตามความเพียงพอของรายได้ (n =310)

ความเพียงพอของรายได้ (บาท/เดือน)	จำนวน	ร้อยละ
เพียงพอ เหลือเก็บ	109	35.00
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	102	33.00
ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้	25	8.00
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	74	24.00
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 17 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มีรายได้ คือ เพียงพอ เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 35.00 รองลงมา ได้แก่ เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 33.00 ไม่เพียงพอ เป็นหนี้ คิดเป็นร้อยละ 24.00

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำแนกตามสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล (n =310)

สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
เบิกได้หมด	207	66.77
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	170	82.13
บัตรประกันสังคม	37	17.87
รวม	310	100.00

ตารางที่ 18 (ต่อ)

สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
เบิกได้บางส่วน	57	18.39
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	38	66.67
บัตรประกันสังคม	19	33.33
รวม	310	100.00
เบิกไม่ได้/จ่ายเอง ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย	46	14.84
ผู้ดูแล	25	54.35
ผู้ป่วย	4	8.70
อื่น ๆ	17	36.96
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 18 พบว่า สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ เบิกได้หมด คิดเป็นร้อยละ 66.77 ส่วนใหญ่เบิกจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 82.13 รองลงมา ได้แก่ เบิกได้บางส่วน คิดเป็นร้อยละ 18.39 ส่วนใหญ่เบิกจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 66.67 และเบิกไม่ได้/จ่ายเอง คิดเป็นร้อยละ 14.84 ค่าใช้จ่ายในส่วนที่เบิกไม่ได้นี้ ส่วนใหญ่รับผิดชอบโดยผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 54.35

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำแนกตามสุขภาพ (n =310)

สุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
แข็งแรง	203	65.48
ไม่แข็งแรง	107	34.52
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 19 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ สุขภาพแข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 65.48 รองลงมา ไม่แข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 34.52

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโรคประจำตัว/อาการไม่สบายที่เป็นก่อนมาดูแลผู้ป่วย (n =310)

โรคประจำตัว/อาการไม่สบายที่เป็นก่อนมาดูแลผู้ป่วย*	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	20	16.90
เบาหวาน	17	14.40
มะเร็ง	17	14.40
เจ็บ-ปวดเมื่อย ปวดข้อ หัวเข่า หลัง เอว ไหล่ คอ	7	5.90

ตารางที่ 20 (ต่อ)

โรคประจำตัว/อาการไม่สบายที่เป็นก่อนมาดูแลผู้ป่วย*	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิแพ้	6	5.10
อื่น ๆ	51	43.30
รวม	118	100.00

*1 คน ระบุได้มากกว่า 1 โรค หรือมากกว่า 1 อาการไม่สบาย

จากตารางที่ 20 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว/อาการไม่สบายที่เป็นก่อนมาดูแลผู้ป่วย คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 16.90 รองลงมา ได้แก่ เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 14.40 มะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 14.40

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โรคประจำตัว/อาการไม่สบายที่เป็นระหว่างมาดูแลผู้ป่วย* (n =310)

โรคประจำตัว/อาการไม่สบายที่เป็นระหว่างมาดูแลผู้ป่วย*	จำนวน	ร้อยละ
ไขมันสูง	4	25.00
ความดันสูง	2	12.50
เบาหวาน	2	12.50
เข้าเสื่อม, ปวดข้อ	2	12.50
ปวดไหล่, คอ	2	12.50
อื่น ๆ	4	25.00
รวม	16	100.00

*1 คน ระบุได้มากกว่า 1 โรค หรือมากกว่า 1 อาการไม่สบาย

จากตารางที่ 21 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว/อาการไม่สบายที่เป็นระหว่างมาดูแลผู้ป่วย คือ ไขมันสูง คิดเป็นร้อยละ 25.00 ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เข้าเสื่อม, ปวดข้อ ปวดไหล่ ปวดคอ สัดส่วนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 12.50

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำแนกตามสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนในครอบครัว (n =310)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ค่อนข้างไม่ดี	4	1.30
ปานกลาง	99	31.90
ดีมาก	207	66.80
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 22 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 66.80 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.90 ค่อนข้างไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.30

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของระยะการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมของผู้ป่วย (n =310)

ระยะการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะที่ 1	96	31.00
ระยะที่ 2	91	29.40
ระยะที่ 3	84	27.10
ระยะที่ 4	39	12.60
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 23 พบว่า ระยะการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ระยะที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 31.00 รองลงมา ได้แก่ ระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 29.40 ระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 27.10

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำแนกตามระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (n =310)

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
< 6 เดือน	108	34.84
6-12 เดือน	82	26.45
13-18 เดือน	22	7.10
19-24 เดือน	19	6.13
>24 เดือน	79	25.48
รวม	310	100.00

จากตารางที่ 24 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย <6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 34.84 รองลงมา ได้แก่ 6-12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.45 13-18 เดือน คิดเป็นร้อยละ 7.10

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ความเข้มแข็งในการมองโลก ประกอบด้วย ความสามารถในการ 3 ด้าน คือ (1) ความสามารถทำความเข้าใจ (Comprehensibility) (2) ความสามารถในการจัดการ (Manageability) (3) ความสามารถให้ความหมาย (Meaningfulness) ผลการศึกษา นำเสนอได้ดังตาราง ต่อไปนี้

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามความเข้มแข็งในการมองโลกในแต่ละด้าน (n=310)

ความเข้มแข็งในการมองโลก	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ความสามารถทำความเข้าใจ (Comprehensibility)	4.46	0.75	ปานกลาง
2. ความสามารถในการจัดการ (Manageability)	4.09	0.65	ปานกลาง
3. ความสามารถให้ความหมาย (Meaningfulness)	5.21	0.91	สูง
ค่าเฉลี่ย	4.56	0.55	ปานกลาง

จากตารางที่ 25 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.56$) เรื่องที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง ได้แก่ ความสามารถให้ความหมาย ($\bar{X}=5.21$) เรื่องที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลาง ได้แก่ ความสามารถทำความเข้าใจ ($\bar{X}=4.46$) และ ความสามารถในการจัดการ ($\bar{X}=4.09$)

ตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้านความสามารถทำความเข้าใจ (n=310)

ความสามารถทำความเข้าใจ (Comprehensibility)	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย
1. เมื่อนึกถึงบุคคลที่ท่านติดต่อด้วยในทุก ๆ วัน ยกเว้นคนที่ท่านใกล้ชิดที่สุด ส่วนมากคนเหล่านั้น ท่านรู้จักพวกเขาเหล่านั้นดีเพียงใด (ท่านรู้จักพวกเขาดีมาก)	5.47	1.67	สูง
2. ท่านมีความรู้สึกที่ท่านตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยและไม่รู้ว่าจะทำอะไรต่อไปหรือไม่ (น้อยมากหรือไม่เคยเลย)	5.20	1.89	สูง
*3. เมื่อท่านพูดคุยกับคนอื่น ท่านมีความรู้สึกที่คนเหล่านั้นไม่เข้าใจสิ่งที่ท่านพูด (มีความรู้สึกเช่นนี้เสมอ)	5.18	2.12	สูง
4. เมื่อท่านเผชิญปัญหาที่ยุ่ยาก ทางเลือกของการแก้ปัญหา มักจะ (ปราศจากอุปสรรคเสมอ)	4.96	1.81	กลาง
*5. ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ท่านเคยรู้สึกแปลกใจกับพฤติกรรมของคนที่ท่านรู้จักดีแล้วหรือไม่ (มีเสมอ)	4.76	2.10	กลาง

ตารางที่ 26 (ต่อ)

ความสามารถทำความเข้าใจ (Comprehensibility)	$\bar{X}$	S.D.	การแปล ความหมาย
6. ชีวิตของท่านในอนาคตอาจจะ (มีแต่ความมั่นคงอย่างสมบูรณ์ และปราศจากอุปสรรคใด ๆ)	4.61	2.08	กลาง
7. ในอดีต 10 ปีที่ผ่านมาชีวิตของท่าน (มีแต่ความมั่นคงอย่างสมบูรณ์ และปราศจากอุปสรรคใด ๆ)	4.35	1.99	กลาง
8. ท่านมีความรู้สึกที่ ท่านไม่รู้จริง ๆ ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นบ้าง (บ่อยมาก)	3.38	1.99	กลาง
9. ท่านมีความรู้สึกและความคิดที่สับสนมากหรือไม่ (มีบ่อยมาก)	3.36	2.10	กลาง
10. เคยหรือไม่ที่ท่านเกิดความรู้สึกเล็กๆ ว่าท่านไม่น่ารู้สึกอย่างนี้ (บ่อยมาก)	3.33	1.96	กลาง
ค่าเฉลี่ย	4.46	0.75	กลาง

หมายเหตุ : * คือข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

ตารางที่ 26 ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการทำความเข้าใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.46$) เรื่องที่มีความสามารถในการทำความเข้าใจสูง ได้แก่ เมื่อนึกถึงบุคคลที่ท่านติดต่อด้วยในทุก ๆ วัน ยกเว้นคนที่ท่านใกล้ชิดที่สุด ส่วนมากคนเหล่านั้น ท่านรู้จักพวกเขาเหล่านั้นดีเพียงใด ($\bar{X}=5.47$) รองลงมา ได้แก่ ท่านมีความรู้สึกที่ท่านตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยและไม่รู้ว่าจะทำอะไรต่อไปหรือไม่ ($\bar{X}=5.20$) เมื่อท่านพูดคุยกับคนอื่น ท่านมีความรู้สึกว่าคนเหล่านั้นไม่เข้าใจสิ่งที่ท่านพูด ($\bar{X}=5.18$) ส่วนเรื่องที่มีความสามารถในการทำความเข้าใจที่มีคะแนนต่ำที่สุด ได้แก่ บ่อยมากที่ท่านเคยเกิดความรู้สึกเล็กๆ ว่าท่านไม่น่ารู้สึกอย่างนี้ ($\bar{X}=3.33$)

ตารางที่ 27 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้านความสามารถในการจัดการ (n=310)

ความสามารถในการจัดการ (Manageability)	$\bar{X}$	S.D.	การแปล ความหมาย
1*. หัวข้อใดที่บรรยายได้ดีที่สุดว่า ท่านมองชีวิตอย่างไร (ไม่มีทางออกสำหรับเรื่องราวที่น่าเจ็บปวดในชีวิต)	5.98	1.59	สูง
2. เมื่อมีสิ่งที่ไม่น่ายินดีเกิดขึ้นในอดีตท่านมักจะ (พูดว่า “ไม่เป็นไรช่างมันเถอะฉันต้องอยู่กับมันให้ได้” และดำเนินชีวิตต่อไป)	5.69	1.68	สูง

ตารางที่ 27 (ต่อ)

ความสามารถในการจัดการ (Manageability)	$\bar{X}$	S.D.	การแปล ความหมาย
3. ท่านมีความรู้สึกที่ท่านถูกกระทำอย่างไม่ยุติธรรมหรือไม่ (น้อยมาก)	5.49	1.88	สูง
4. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เมื่อท่านต้องทำงานร่วมกับผู้อื่น ท่านมีความรู้สึกอย่างไรหรือไม่ (สำเร็จแน่นอน)	5.40	1.93	สูง
5*. ในอดีตท่านเคยรู้สึกว่ามีหลายคนที่มีบุคลิกดูเข้มแข็ง แต่บางครั้งจะรู้สึกว่าเป็นผู้แพ้ในบางสถานการณ์ (บ่อยมาก)	4.26	1.94	กลาง
6. บ่อยแค่ไหนที่ท่านมีความรู้สึกที่ท่านไม่แน่ใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ (บ่อยมาก)	3.02	2.02	กลาง
7*. ท่านเคยคาดหวังกับผู้อื่นที่ท่านไว้วางใจ (มีเสมอ)	2.98	2.08	ต่ำ
8*. เมื่อท่านนึกถึงความยุ่งยากลำบากที่ท่านมักจะเผชิญในเรื่องราวต่าง ๆ ที่สำคัญในชีวิตของท่าน ท่านมีความรู้สึกกว่า (ท่านจะประสบความสำเร็จในการพิชิตความยุ่งยากนั้น)	2.72	1.86	ต่ำ
9*. เมื่อท่านทำอะไรที่ทำให้ท่านมีความรู้สึกดี (แน่นอนว่าท่านจะยังคงมีความรู้สึกดีต่อไป)	2.67	1.96	ต่ำ
10*. ท่านคาดว่า ท่านจะมีแต่คนที่ท่านสามารถไว้วางใจได้ในอนาคตหรือไม่ (ท่านแน่ใจว่าจะมี)	2.65	1.96	ต่ำ
ค่าเฉลี่ย	4.09	0.65	กลาง

หมายเหตุ : * คือข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

จากตารางที่ 27 ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการจัดการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 4.09) เรื่องที่มีความสามารถในการจัดการสูง ได้แก่ หัวข้อใดที่บรรยายได้ดีที่สุดว่า ท่านมองชีวิตอย่างไร ($\bar{X}$ = 5.98) รองลงมาคือ เมื่อมีสิ่งที่ไม่น่ายินดีเกิดขึ้นในอดีตท่านมักจะพูดว่า “ไม่เป็นไรช่างมันเถอะฉันต้องอยู่กับมันให้ได้” และดำเนินชีวิตต่อไป ($\bar{X}$ = 5.69) และท่านมีความรู้สึกที่ท่านถูกกระทำอย่างไม่ยุติธรรมหรือไม่ ($\bar{X}$ = 5.49) ส่วนเรื่องที่มีความสามารถในการจัดการต่ำที่สุด คือท่านแน่ใจว่าจะมีแต่คนที่ท่านสามารถไว้วางใจได้ในอนาคต ($\bar{X}$ = 2.65)

ตารางที่ 28 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้านความสามารถให้ความหมาย (n=310)

ความสามารถให้ความหมาย (Meaningfulness)	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย
1*. เมื่อท่านนึกถึงเรื่องราวในชีวิตของท่าน ท่านมักจะ (ถามตัวเองว่า ทำไมถึงยังมีชีวิตอยู่)	5.95	1.58	สูง
2. ท่านคาดว่าชีวิตส่วนตัวของท่านในอนาคตจะ (เปี่ยมไปด้วยความหมายและจุดมุ่งหมาย)	5.87	1.51	สูง
3*. การกระทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ก่อให้เกิดความเจ็บปวด)	5.62	1.63	สูง
4*. มุมมองในอนาคต ท่านคาดหวังว่าจะพบกับเรื่องต่าง ๆ เป็นอย่างไร (น่าเบื่อหน่ายอย่างยิ่ง)	5.58	1.66	สูง
5. มาถึงบัดนี้ชีวิตของท่าน (มีจุดหมายหรือเป้าประสงค์ที่ชัดเจน)	5.39	2.04	สูง
6*. มุมมองชีวิตของท่านเป็นอย่างไร (มีแต่สิ่งที่เกิดขึ้นซ้ำซาก)	5.23	1.92	สูง
7. เมื่อมีบางอย่างเกิดขึ้น ท่านมักจะพบว่า (ท่านได้มองแล้วว่า สิ่งเหล่านั้นมีความสอดคล้องถูกต้องที่ถูกต้อง)	5.09	1.83	สูง
8*. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณไม่สนใจเลยจริง ๆ กับเรื่องราวต่าง ๆ รอบตัวท่านหรือไม่ (บ่อยมาก)	4.96	2.05	กลาง
9. บ่อยแค่ไหนที่ท่านมีความรู้สึกว่าคุณทำในสิ่งที่ท่านทำในชีวิตประจำวันมีความหมายเพียงน้อยนิด (บ่อยมาก)	3.20	2.20	กลาง
ค่าเฉลี่ย	5.21	0.91	สูง

หมายเหตุ : * คือข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ

จากตารางที่ 28 ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถให้ความหมายโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=5.21$) เรื่องที่มีความสามารถให้ความหมายระดับสูง ได้แก่ เมื่อท่านนึกถึงเรื่องราวในชีวิตของท่าน ท่านมักจะ (ถามตัวเองว่าทำไมถึงยังมีชีวิตอยู่) ($\bar{X}=5.95$) รองลงมา คือท่านคาดว่าชีวิตส่วนตัวของท่านในอนาคตจะ (เปี่ยมไปด้วยความหมายและจุดมุ่งหมาย) ($\bar{X}=5.87$) และ การกระทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ก่อให้เกิดความเจ็บปวด) ($\bar{X}=5.62$) ส่วนเรื่องที่มีความสามารถในการให้ความหมายต่ำที่สุด คือท่านแน่ใจว่าจะมีแต่คนที่ท่านสามารถไว้วางใจได้ในอนาคต ($\bar{X}=3.20$)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ความเครียด สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ คือ (1) ความเครียดในระดับต่ำ (2) ความเครียดในระดับปานกลาง (3) ความเครียดในระดับสูง และ (4) ความเครียดในระดับรุนแรง ผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม นำเสนอได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละ ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามระดับความเครียด

ระดับความเครียด	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดในระดับต่ำ	0-24	29	9.35
ความเครียดในระดับปานกลาง	25-42	175	56.45
ความเครียดในระดับสูง	43-62	96	30.96
ความเครียดในระดับรุนแรง	63 ขึ้นไป	10	3.24
รวม		310	100.00

จากตารางที่ 29 ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 56.45 รองลงมา ได้แก่ ความเครียดในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 30.96 ความเครียดในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 9.35

ตารางที่ 30 ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามระดับความเครียด

	ไม่รู้สึกละ เครียด	รู้สึก เครียด เล็กน้อย	รู้สึก เครียด ปาน กลาง	รู้สึก เครียด มาก	รู้สึก เครียด มากที่สุด	$\bar{X}$	S.D.
1. กลัวทำงานผิดพลาด	30.97	39.68	24.19	4.19	0.97	2.05	0.90
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่ วางไว้	23.23	41.61	25.81	7.42	1.94	2.23	0.95
3. ครอบครัวมีความ ขัดแย้งกันในเรื่องเงิน หรือเรื่องงานในบ้าน	37.74	34.84	19.03	5.16	3.23	2.01	1.03
4. เป็นกังวลกับเรื่อง สารพิษ หรือมลภาวะ ในอากาศ น้ำ เสียง และดิน	25.16	31.61	25.16	9.68	8.39	2.45	1.20
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขัน หรือเปรียบเทียบ	47.10	28.39	19.35	4.19	0.97	1.84	0.95

ตารางที่ 30 (ต่อ)

	ไม่รู้สีก เครียด	รู้สึก เครียด เล็กน้อย	รู้สึก เครียด ปาน กลาง	รู้สึก เครียด มาก	รู้สึก เครียด มากที่สุด	$\bar{X}$	S.D.
6. เงินไม่พอใช้จ่าย	30.65	34.19	22.90	9.35	2.90	2.20	1.07
7. กล้ามเนื้อตึงหรือ ปวด	30.97	37.10	23.23	7.74	0.97	2.11	0.96
8. ปวดหัวจากความ ตึงเครียด	37.10	38.06	19.68	4.19	0.97	1.94	0.91
9. ปวดหลัง	37.10	39.68	18.71	3.87	0.65	1.91	0.88
10. ความอยากอาหาร เปลี่ยนแปลง	38.39	36.45	20.32	4.19	0.65	1.92	0.90
11. ปวดศีรษะ ข้างเดียว	48.06	32.58	14.52	3.55	1.29	1.77	0.91
12. รู้สึกวิตกกังวล	33.55	41.61	18.71	5.81	0.32	1.98	0.89
13. รู้สึกคับข้องใจ	40.65	39.35	14.19	5.16	0.65	1.86	0.89
14. รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด	35.81	42.58	17.10	3.87	0.65	1.91	0.86
15. รู้สึกเศร้า	44.19	37.74	12.90	4.19	0.97	1.80	0.89
16. ความจำไม่ดี	36.45	36.77	20.00	5.81	0.97	1.98	0.94
17. รู้สึกสับสน	43.23	38.06	15.16	2.90	0.65	1.80	0.85
18. ตั้งสมาธิลำบาก	39.38	35.08	19.08	5.54	0.92	1.94	0.98
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย	35.48	40.65	19.35	3.55	0.97	1.94	0.88
20. เป็นหวัดบ่อย ๆ	64.66	10.15	21.43	2.63	1.13	1.64	0.85
					รวม	39.26	11.85

ผลรวมคะแนนที่ได้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-24 เครียดต่ำ

คะแนน 25-42 เครียดปานกลาง

คะแนน 43-62 เครียดสูง

คะแนน 63 ขึ้นไป เครียดรุนแรง

จากตารางที่ 30 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีความเครียดระดับปานกลาง ($\bar{X}=39.26$, S.D.=11.85) โดยมีความเครียด ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.45 รองลงมา ได้แก่ ความเครียดระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 30.96 เครียดน้อย คิดเป็นร้อยละ 9.35

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

วิธีการเผชิญความเครียดประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านมุ่งแก้ปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ ด้านการบรรเทาความเครียด ผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม นำเสนอได้ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 31 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน (n=310)

วิธีการเผชิญความเครียด	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย
1. ด้านมุ่งแก้ปัญหา	2.96	0.90	ปานกลาง
2. ด้านการจัดการกับอารมณ์	1.95	0.54	ต่ำ
3. ด้านการบรรเทาความเครียด	2.60	0.69	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	2.57	0.64	ปานกลาง

จากตารางที่ 31 ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวมปานกลาง ($\bar{X}=2.57$) วิธีการเผชิญความเครียดระดับปานกลาง ได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียด ด้านมุ่งแก้ปัญหา ($\bar{X}=2.96$) และ ด้านบรรเทาความเครียด ($\bar{X}=2.60$) ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดระดับต่ำ ได้แก่ การจัดการกับอารมณ์ ($\bar{X}=1.95$)

ตารางที่ 32 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามด้านการมุ่งแก้ปัญหา (n=310)

ด้านมุ่งแก้ปัญหา	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย
1. พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่ทุกมุม	3.31	1.33	ปานกลาง
2. พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจ ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	3.19	1.27	ปานกลาง
3. พยายามแก้ไขปัญหโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วน ๆ	3.18	1.25	ปานกลาง
4. กำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา	3.15	1.27	ปานกลาง
5. พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้	3.09	1.26	ปานกลาง
6. พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น	3.05	1.21	ปานกลาง

ตารางที่ 32 (ต่อ)

ด้านมุ่งแก้ปัญหา	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย
7. ลองแก้ปัญหาหลายๆ วิธีเพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด	3.02	1.21	ปานกลาง
8. พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา	3.02	1.22	ปานกลาง
9. คิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์	2.99	1.29	ปานกลาง
10. ลดความเครียดโดยการทำกิจกรรม หรือออกกำลังกาย	2.84	1.31	ปานกลาง
11. ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์แบบเดียวกัน	2.68	1.20	ปานกลาง
12. พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง	2.52	1.24	ปานกลาง
13. พยายามทำอะไรก็ได้แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้	2.40	1.19	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	2.96	0.90	ปานกลาง

จากตารางที่ 32 ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีวิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.96$) เรื่องที่มีการเผชิญความเครียดปานกลาง ได้แก่ พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่ทุกมุม ($\bar{X}=3.31$) พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ($\bar{X}=3.19$) พยายามแก้ไขปัญหโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วน ๆ ($\bar{X}=3.18$) ส่วนเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ พยายามทำอะไรก็ได้แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้ ($\bar{X}=2.40$)

ตารางที่ 33 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามด้านการบรรเทาความเครียด (n=310)

ด้านการบรรเทาความเครียด	$\bar{X}$	S.D.	การแปลความหมาย
1. บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น	3.37	1.33	ปานกลาง
2. มองสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด	3.34	1.33	ปานกลาง
3. ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง	3.26	1.33	ปานกลาง
4. หวังว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้น	3.14	1.30	ปานกลาง
5. สวดมนต์เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่เชื่อถือ	2.95	1.38	ปานกลาง
6. เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้น	2.74	1.30	ปานกลาง
7. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่นแทน	2.63	1.23	ปานกลาง
8. เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุด ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้	2.59	1.22	ปานกลาง
9. ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน	2.59	1.07	ปานกลาง
10. ปลอมใจให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้	2.28	1.19	ต่ำ

ตารางที่ 33 (ต่อ)

ด้านการบรรเทาความเครียด	$\bar{X}$	S.D.	การแปล ความหมาย
11. อยู่เฉยๆ โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายได้เอง	2.27	1.16	ต่ำ
12. ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือ ควบคุมสถานการณ์	1.90	1.05	ต่ำ
13. ถอยหนีจากสถานการณ์	1.70	0.91	ต่ำ
14. เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นเพราะคิดว่าหมดหนทางแก้ไข	1.66	0.89	ต่ำ
ค่าเฉลี่ย	2.60	0.69	ปานกลาง

จากตารางที่ 33 ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีวิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.60$) เรื่องที่มีการบรรเทาความเครียดในระดับปานกลางคือ บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น ($\bar{X}=3.37$) มองสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด ($\bar{X}=3.34$) และยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง ($\bar{X}=3.26$) ส่วนเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น เพราะคิดว่าหมดหนทางแก้ไข ($\bar{X}=1.66$)

ตารางที่ 34 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำแนกตามด้านการจัดการกับอารมณ์ (n=310)

ด้านการจัดการกับอารมณ์	$\bar{X}$	S.D.	การแปล ความหมาย
1. ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่าง ๆ อาจเลวร้ายได้	2.99	1.33	ปานกลาง
2. กังวลใจ	2.17	0.87	ต่ำ
3. กระทบกระวายเป็นเหตุหงุดหงิดใจ	2.03	0.88	ต่ำ
4. คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อย	1.93	1.06	ต่ำ
5. แยกตัวอยากอยู่คนเดียวตามลำพัง	1.87	1.09	ต่ำ
6. การกิน การสูบบุหรี่ การชกเคี้ยว	1.85	1.08	ต่ำ
7. อารมณ์เสีย ฉุนเฉียวสาปแช่ง สบถ	1.69	0.86	ต่ำ
8. ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา	1.60	0.86	ต่ำ
9. ระบายอารมณ์กับคนและสิ่งของ	1.47	0.73	ต่ำ
ค่าเฉลี่ย	1.95	0.54	ต่ำ

จากตารางที่ 34 ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=1.95$) เรื่องที่มีวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ระดับปานกลางคือ ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่าง ๆ อาจเลวร้ายได้ ($\bar{X}=2.99$) รองลงมา เรื่องที่มีวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ระดับต่ำ ได้แก่ กังวลใจ ($\bar{X}=2.17$) กระทบกระวายเป็นเหตุหงุดหงิดใจ ($\bar{X}=2.03$) ส่วนเรื่องที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ ระบายอารมณ์กับคนและสิ่งของ ($\bar{X}=1.47$)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษารังนี้ เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อศึกษาความเครียดของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.70 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.00 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.00 ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 28.40 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.10 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็น ร้อยละ 33.20 มีรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยส่วนใหญ่มากกว่า 15,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 44.20 ด้านความเพียงพอของรายได้มีความเพียงพอและเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 35.00 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ เบิกได้หมด คิดเป็นร้อยละ 66.77 ส่วนใหญ่เบิกจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 82.13 ส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 65.48 มีโรคประจำตัว/อาการไม่สบายที่เป็นก่อนมาดูแลผู้ป่วย คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 16.90 มีโรคประจำตัว/อาการไม่สบายที่เป็นระหว่างมาดูแลผู้ป่วย คือ ไขมันสูง คิดเป็นร้อยละ 25.00 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 66.80 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 31.00 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย น้อยกว่า 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 34.84

1. ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มีความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.56$, S.D.=0.55) เรื่องที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง ได้แก่ ความสามารถให้ความหมาย ($\bar{X}=5.21$, S.D.=0.91) เรื่องที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลาง ได้แก่ ความสามารถทำความเข้าใจ ($\bar{X}=4.46$, S.D.=0.75) และ ความสามารถในการจัดการ ($\bar{X}=4.09$, S.D.=0.65)

ด้านความสามารถในการทำความเข้าใจ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.46$, S.D.=0.75) เรื่องที่มีความสามารถในการทำความเข้าใจสูง ได้แก่ เมื่อนึกถึงบุคคลที่ท่านติดต่อกับใน ทุก ๆ วัน ยกเว้นคนที่ท่านใกล้ชิดที่สุด ส่วนมากคนเหล่านั้น ท่านรู้จักพวกเขาเหล่านั้นดีเพียงใด ($\bar{X}=5.47$, S.D.=1.67) รองลงมา ได้แก่ ท่านมีความรู้สึกที่ท่านตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยและ ไม่รู้ว่าจะทำอะไรต่อไปหรือไม่ ($\bar{X}=5.20$, S.D.=1.89) เมื่อท่านพูดคุยกับคนอื่น ท่านมีความรู้สึกว่าคุณเหล่านั้นไม่เข้าใจสิ่งที่ท่านพูด ($\bar{X}=5.18$, S.D.=2.12)

ด้านความสามารถในการจัดการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=4.09$, $S.D.=0.65$) เรื่องที่มีความสามารถในการจัดการสูง ได้แก่ หัวข้อใดที่บรรยายได้ดีที่สุดว่า ท่านมองชีวิตอย่างไร ($\bar{X}=5.98$, $S.D.=1.59$) รองลงมาคือ เมื่อมีสิ่งที่ไม่น่ายินดีเกิดขึ้นในอดีตท่านมักจะพูดว่า “ไม่เป็นไรช่างมันเถอะฉันต้องอยู่กับมันให้ได้” และดำเนินชีวิตต่อไป ($\bar{X}=5.69$, $S.D.=1.68$) และ ท่านมีความรู้สึก ว่าท่านถูกกระทำอย่างไม่ยุติธรรมหรือไม่ ($\bar{X}=5.49$, $S.D.=1.88$)

ด้านความสามารถให้ความหมายโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=5.21$, $S.D.=0.91$) เรื่องที่มีความสามารถให้ความหมายระดับสูง ได้แก่ เมื่อท่านนึกถึงเรื่องราวในชีวิตของท่าน ท่านมักจะ (ถามตัวเองว่าทำไมถึงยังมีชีวิตอยู่) ($\bar{X}=5.95$, $S.D.=1.58$) รองลงมา คือท่านคาดหวังชีวิตส่วนตัวของท่านในอนาคตจะ (เปี่ยมไปด้วยความหมายและจุดมุ่งหมาย) ($\bar{X}=5.87$, $S.D.=1.51$) และ การกระทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ก่อให้เกิดความเจ็บปวด) ($\bar{X}=5.62$, $S.D.=1.63$)

2. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.45 รองลงมา ได้แก่ ความเครียดในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 30.96 ความเครียดในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 9.35 มีคะแนนรวมค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 39.26$ และคะแนนรวมส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $S.D. = 11.85$

3. การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวมปานกลาง ($\bar{X}=2.57$, $S.D.=0.64$) วิธีการเผชิญความเครียดระดับปานกลาง ได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียด ด้านมุ่งแก้ปัญหา ($\bar{X}=2.96$, $S.D.=0.90$) และ ด้านบรรเทาความเครียด ($\bar{X}=2.60$, $S.D.=0.69$) ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดระดับต่ำ ได้แก่ การจัดการกับอารมณ์ ($\bar{X}=1.95$, $S.D.=0.54$)

ด้านมุ่งแก้ปัญหาโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.96$, $S.D.=0.90$) เรื่องที่มีการเผชิญความเครียดปานกลาง ได้แก่ พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่ทุกมุม ($\bar{X}=3.31$, $S.D.=1.33$) พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจ ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ($\bar{X}=3.19$, $S.D.=1.27$) และ พยายามแก้ไขปัญหโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วน ๆ ($\bar{X}=3.18$, $S.D.=1.25$)

ด้านการบรรเทาความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.60$, $S.D.=0.69$) เรื่องที่มีการบรรเทาความเครียดในระดับปานกลาง คือ บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น ($\bar{X}=3.37$, $S.D.=1.33$) มองสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด ($\bar{X}=3.34$, $S.D.=1.33$) และ ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง ($\bar{X}=3.26$, $S.D.=1.33$)

ด้านการจัดการกับอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=1.95$, $S.D.=0.54$) เรื่องที่มีวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ระดับปานกลาง คือ ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่าง ๆ อาจเลวร้ายได้ ($\bar{X}=2.99$, $S.D.=1.33$) รองลงมา เรื่องที่มีวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ระดับต่ำ ได้แก่ กังวลใจ ($\bar{X}=2.17$, $S.D.=0.87$) และ กระวนกระวายหงุดหงิดใจ ($\bar{X}=2.03$, $S.D.=0.88$)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ตามลำดับ ดังนี้

1. ความเข้มแข็งในการมองโลกของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี

จากผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมแล้ว ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถทำความเข้าใจ ความสามารถในการจัดการ และความสามารถให้ความหมายอยู่ในระดับปานกลาง อาจสืบเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ที่ผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมากมายทำให้เข้าใจถึงความจริงของชีวิต มีวุฒิภาวะ มีความสามารถในการวินิจฉัยไตร่ตรองดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า เพราะความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นสิ่งที่พัฒนามาจากประสบการณ์ชีวิตที่สั่งสมมาตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ ทำให้สามารถทนต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และพิจารณาเหตุการณ์และตัดสินใจได้อย่างสุขุมรอบคอบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่สมรสแล้ว ซึ่งถูกสังคมคาดหวังให้ผู้หญิงต้องทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว เมื่อยามเจ็บป่วย จึงคุ้นเคยกับการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย และมีคู่สมรสซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน และมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงจะคุ้นเคยกับบทบาทเป็นผู้ดูแลในหลายลักษณะ เช่น ดูแลพ่อ แม่ ญาติพี่น้อง สามี หรือบุตร เป็นต้น ทำให้มีความเข้าใจหรือเห็นใจผู้ป่วยได้สูงกว่าเพศชาย และมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกร และมีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ซึ่งระดับการศึกษาที่ต่ำจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้น้อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับที่สูงกว่า ขณะเดียวกันครอบครัวที่มีรายได้สูงก็มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่า ทำให้ความต้องการช่วยเหลือวัสดุสิ่งของที่จำเป็นที่ใช้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ น้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ อย่างไรก็ตาม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวก็อยู่ในระดับที่ดีมาก เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเครียดน้อย และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น จากเหตุผลข้างต้นส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของชูชื่น ชีวพูนผล (2541 : 92) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของแอนโทนอนอฟสกี (Anntonovsky, 1982 อ้างถึงในชูชื่น ชีวพูน. 2541 : 84) ที่เชื่อว่าการศึกษาคือแหล่งประโยชน์ด้านสติปัญญา ที่จะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ สติปัญญา ความคิดอ่านที่มีเหตุผล และนำมาใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของพรนภา ศรีจินดา, อธิราภรณ์จินดา และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2557 : 100,102) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษามากมีการรับรู้และตระหนักในเรื่องโรคที่เป็นอยู่ สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี และเรียนรู้เรื่องโรคและการรักษาได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526. อ้างถึงในศิริวรรณ วรรณศิริ. 2548 : 8) พบว่าระดับการศึกษาที่สูงทำให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูล ความรู้ต่าง ๆ สามารถทำความเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และการปฏิบัติดูแลที่ถูกต้องได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณทัย โฉมเจ็ด (2552 : 47) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงจะทำให้ผู้ดูแลสามารถใช้ข้อมูล ความรู้

เหตุผล ทำให้สามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น ทำให้แก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำกว่า สอดคล้องกับที่ลาซาลัสและโพล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984 อ้างถึงในรุ่งนภา เตชะกิจโกศล, 2552 : 53) ได้กล่าวไว้ว่า การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้มีทางเลือกในการเผชิญปัญหามากกว่าผู้ที่ไม่มียาหรือมีทรัพย์สินเงินทองน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ขาวนอก (2547 : 71) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณทัย โฉมเฉิด (2552 : 108) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง (ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 55.50 และมีรายได้ส่วนใหญ่ 10,000-30,000 บาท/เดือน)

เมื่อพิจารณาความเข้มแข็งในการมองโลกในแต่ละด้าน พบว่า

1.1 ด้านความสามารถให้ความหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถให้ความหมายอยู่ในระดับสูง อาจสืบเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความยินดีที่ตนยังมีชีวิตอยู่ทำให้ได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วย ทำให้รู้สึกว่าเป็นชีวิตในทุกวันเปี่ยมไปด้วยคุณค่า และมีความหมาย ซึ่งเป็นไปตามหลักพระพุทธศาสนาที่เชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการแสดงความกตัญญู เป็นการตอบแทนบุญคุณ นอกจากนี้ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีมาก ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณทัย โฉมเฉิด (2552 : 87,132) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีความหมาย มีความยินดีเต็มใจดูแลผู้ป่วยโดยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ เพราะคิดว่าเป็นหน้าที่ ๆ ควรดูแลกันยามเจ็บป่วย รวมถึงให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อต่อสู้กับภาวะโรคที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภารดี ปรีชาวิทยากุล (2549 : 71-73) ที่พบว่าญาติมองว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เป็นหน้าที่ที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในทุกเรื่องให้สุขสบายทั้งกายและใจ สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณทัย โฉมเฉิด (2552 : 23) ที่พบว่า บุคคลที่รับรู้ว่ามีชีวิตที่มีความหมาย จะกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมุ่งมั่นและกระตือรือร้น โดยมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า มีความหมาย ทำให้มีกำลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทวารรณ ไชยมูล (2551 : 161) ที่พบว่า ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะมีการดูแลผู้ป่วยดีกว่าครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน

1.2 ด้านความสามารถทำความเข้าใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถทำความเข้าใจ อยู่ในระดับปานกลาง อาจสืบเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการตอบแทนบุญคุณ เป็นการแสดงความกตัญญู เป็นหน้าที่ เป็นสายใยความผูกพันแห่งความเป็นพี่น้องจึงเตรียมพร้อมทั้งกายใจในการดูแลเต็มที่ด้วยความยินดี สอดคล้องกับการศึกษาของณชนก เอียดสุย, ศุภร วงศ์ทัญญู และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม (2556 : 359) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกด้านบวกจากการดูแลผู้ป่วย เพราะเป็นการตอบแทนบุญคุณ ได้ใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วยที่ได้เลี้ยงดูตนเองมาหรือเคยให้ความช่วยเหลือแก่ตนเอง และให้ความหมายในการดูแลผู้ป่วย 4 ลักษณะ คือ (1) เป็นโอกาสได้ตอบแทนบุญคุณ (2) สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าคนที่ไม่ใช่ญาติ (3) เป็นความสงสารเห็นใจและเต็มใจที่จะให้การดูแล และ (4) เป็นภาระหน้าที่ ๆ จะต้องดูแลซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทางสังคมไทยที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร ปานผดุง, กิตติกร

นิลมานัต และลัพณา กิจรุ่งโรจน์. 2556 : 200) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาลมีความสุขเมื่อได้ดูแลผู้ป่วย และพร้อมที่จะอภัยให้ผู้ป่วยที่ในบางครั้งแสดงอาการโมโห และก้าวร้าวต่อผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของปฐมวดี สิงห์ตง และชนกพร จิตปัญญา (2554 : 17) ที่พบว่า ผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องดูแลจิตใจและตอบสนองอารมณ์ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของบุญมาศ จันศิริมงคล (2550 : 2) พบว่า ผู้ดูแลต้องดูแลจิตใจของผู้ป่วยด้วยการให้กำลังใจ ปลอบโยน พุดคุยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังในการต่อสู้กับภาวะโรค สอดคล้องกับการศึกษาของภารดี ปรีชาวิทยากุล (2549 : 71-73) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาต้องพยายามเข้าใจ ยอมรับ อุดหนุน และปรับอารมณ์ของตนให้ได้

1.3 ด้านความสามารถในการจัดการ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถในการจัดการอยู่ในระดับปานกลาง อาจสืบเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมองว่าทุกปัญหามีทางออก ปัญหามีไว้แก้ โดยมีแหล่งทรัพยากรที่สำคัญที่สุดคือครอบครัว เพื่อน ญาติพี่น้อง การได้พุดคุยปรึกษา การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสบายใจมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541 : 58, 84) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว และญาติ ๆ ในการแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาด้านการเงิน ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคุณค่า ได้รับความเห็นใจ มีผู้เข้าใจตน และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมแล้ว ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มีระดับความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.45 รองลงมาคือ ความเครียดในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 30.96 อาจสืบเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 41-50 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ที่ผ่านเหตุการณ์ในชีวิตและผ่านภาวะวิกฤตมามากทำให้มีเข้าใจถึงความจริงของชีวิต มีวุฒิภาวะมีความสามารถในการวินิจฉัยไตร่ตรอง จึงสามารถปรับตัวเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวมาก่อน จัดเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือแก้ปัญหาในด้านต่าง ๆ รวมทั้งส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 โอกาสในการหายมีสูง และผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคลายความวิตกกังวลและภาระในการดูแลไปได้มาก อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นญาติพี่น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งความรักความผูกพันความห่วงใยความใกล้ชิดผูกพันมีน้อยกว่าคู่ที่มีความสัมพันธ์แบบอื่น เช่น คู่สมรส คู่มารดา-บุตร ที่จะมีความรักความผูกพันความห่วงใยในคู่สมรส-บุตรของตน และกล่าวว่าผู้ป่วยจะจากไป ก็จะมี ความเครียดน้อยกว่า ประกอบกับส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า 6 เดือน จึงยังไม่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าหรือเครียดจากการดูแลมากนัก จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีระดับความเครียดระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ลาซาลัสและฟอล์คแมน (Lazarus and Folkman. 1984 อ้างถึงในรุ่งนภา เตชะกิจโกศล. 2552 : 53) ได้กล่าวไว้ว่า การมีทรัพย์สินเงินทอง เป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยต่อการเผชิญความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของชูชื่น ชีวพูนผล (2541 : 92) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มจะ

ปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งช่วยให้มีทางเลือกและวิธีเผชิญปัญหามากกว่าผู้ที่ไม่มีหรือมีทรัพย์สินเงินทองน้อยกว่า ทำให้เครียดน้อยกว่า ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จึงสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี นาคสุขุม และคนอื่น ๆ (2560 : 958) ที่พบว่า มารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีระดับความเครียดปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ อังวัฒนศิริกุล (2550 : 4) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีความเครียดระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของบุญมาศ จันศิริมงคล (2550 : ง) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษามีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ณชนก เอียดสุข, ศุภร วงศ์วัณญู และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม (2556 : 349) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมองมีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูง แตกต่างจากการศึกษาของพัชราวลัย เรืองศรีจันทร์ และ ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร (2554 : 425) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน ระดับอินเตอร์เนชั่นแนล มีความเครียดระดับสูงถึงสูงมาก (อายุเฉลี่ย 29.40 ปี) แตกต่างจากการศึกษาของสมบัติ ธิยาพันธ์ และนิยดา ภู่อุณสาสน์ (2552 : 32) ที่พบว่า ความเครียดของพยาบาลวิชาชีพโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และแตกต่างจากการศึกษาของอรุณทัย โฉมเฉิด (2552 : 106) ที่พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับต่ำ

อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเครียดในระดับสูงและระดับรุนแรง มีสัดส่วนรวมกันสูงถึงร้อยละ 34.20 อาจสืบเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์เป็นบุตรและคู่สมรสของผู้ป่วย เป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 46.40 มีรายได้ไม่พอเพียง ไม่เหลือเก็บ เป็นหนี้สูงถึงร้อยละ 65.00 และมีภาระรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในส่วนที่เบิกไม่ได้ ประกอบกับมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและเบาหวานซึ่งเป็นก่อนมาดูแลผู้ป่วย และระหว่างมาดูแลผู้ป่วย มีภาวะเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นคือโรคไขมันสูง เช่าเสื่อม ปวดข้อ ปวดไหล่ ปวด คอ นอกจากนี้ยังมีภาวะเครียดจากระยะการป่วยเป็นมะเร็งของผู้ป่วยในระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ที่มีสัดส่วนรวมกันสูงถึงร้อยละ 69.00 ซึ่งภาวะเครียดดังกล่าวหากยังดำเนินต่อไปและไม่ได้รับการบรรเทา จะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลัง ตลอดจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดแรงแทบควบคุมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคภัยต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. 2540 : 140) สอดคล้องกับการศึกษาของ ระวี เดือนดาว (2547 : 79-80) ที่พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะไม่อยากให้ชีวิตของตนจากไป ยังมีความผูกพันห่วงใยต่อกัน เนื่องจากเป็นคู่ทุกข์คู่ยากที่อยู่ด้วยกันมาหลายปี เช่นเดียวกันกับผู้ดูแลที่เป็นบุพการีที่ต้องดูแลบุตร จะมีอาการเศร้าโศกเสียใจ ร้องไห้อย่างรุนแรง เพราะไม่ต้องการให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นบุตรจากไป สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวภา พราวตะคุ (2549 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าคู่สมรสที่ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดโดยรวมสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ และคนอื่น ๆ (2558 : 1) ที่พบว่า รายได้ที่ไม่เพียงพอส่งผลต่อความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของภารดี ปริชาวิทยากุล (2549 : 71-84) ที่พบว่าปัญหาด้านการเงินบั่นทอนจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณทนา ศุภสีมานนท์ (2539 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า การที่ครอบครัวต้องใช้จ่ายเงินเพิ่มขึ้นเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของชูชื่น ชีวพูนผล (2541 : 42) ที่พบว่า การดำเนินของภาวะโรคที่มากขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกุลภา ศรีสวัสดิ์, ชิณณพันธ์เจริญ และสิรินทร

ฉันทศิริกาญจน. 2554 : 42-44) ที่พบว่า ความเครียดนำไปสู่การเป็นโรคต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคมะเร็ง สอดคล้องกับ การศึกษาของบูลล์ (Bull. 1990 อ้างถึงใน รวี เดือนดาว. 2547 : 2) ที่พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 30.00 จะมีปัญหาสุขภาพจากการดูแล ทำให้ไม่สามารถรับภาระในการดูแลได้ต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา และคนอื่น ๆ (2539. อ้างถึงในศิริวรรณ วรรณศิริ. 2548 : 47) พบว่า ผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยล้าจากการดูแลในระดับสูง จะรู้สึกหงุดหงิดและโดดเดี่ยว เมื่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสะสมเป็นระยะเวลานานขึ้น อาจทำให้ผู้ดูแลล้าเกินกำลังและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป เรียกว่า Caregiver Burnout ซึ่งเป็นภาวะเกิดขึ้นโดยที่ผู้ดูแลไม่รู้ตัว โดยผู้ดูแลจะรู้สึกเหนื่อยทั้งร่างกายและจิตใจ จนอาจทำให้ผู้ดูแลละทิ้งผู้ป่วยได้

3. การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมปานกลาง อาจสืบเนื่องจาก ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ที่ผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมามากทำให้เข้าใจถึงความจริงของชีวิต มีวุฒิภาวะ จึงตัดสินใจเลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดได้เหมาะสม ทำให้สามารถลดความเครียดได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของพรนภา ศรีจินดา, ธีราภรณ์จินดา และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2557 : 100,102) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นวัยผู้ใหญ่ที่ผ่านภาวะวิกฤตมามาก ทำให้มีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการวินิจฉัยไตร่ตรอง ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจึงสามารถเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมทำให้ความเครียดที่มีอยู่นั้นลดน้อยลงหรือหมดไป สอดคล้องกับ การศึกษาของณชนก เอียดสุข, ศุภร วงศ์ทัญญู และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม (2556 : 349) ที่ศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง ใช้การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของบุญมาศ จันศิริมงคล (2550 : ง) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาใช้การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล (2550 : 4) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดใช้การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน

3.1 ด้านมุ่งแก้ปัญหา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาเหมาะสมระดับปานกลาง อาจสืบเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ที่ผ่านเหตุการณ์ในชีวิตและผ่านภาวะวิกฤตมามาก ทำให้มีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น มีวุฒิภาวะ มีความสามารถในการวินิจฉัยไตร่ตรอง จึงมีมุมมองกระบวนการตัดสินใจ ทำให้สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาน้อย จึงทำให้มองปัญหาที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน สามารถทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและแก้ไขปัญหาได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้วิธีเผชิญปัญหาด้านมุ่งแก้ปัญหาที่มากที่สุดเพราะได้ประเมินแล้วว่า การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อยู่ในระยะที่ 1 จึงมีความกระตือรือร้นหาทางแก้ปัญหาในทุกวิถีทางที่จะทำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของณชนก เอียดสุข, ศุภร วงศ์ทัญญู และ สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม (2556 : 361) ที่พบว่าผู้ดูแลจะพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีต่าง ๆ เพื่อควบคุมปัญหา ตั้งเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา แสวงหาข้อมูลรายละเอียดที่จะแก้ปัญหา การจัดการกับปัญหาเป็นขั้นตอน การดึงแหล่งประโยชน์ทั้งภายนอกและภายในครอบครัวมาใช้ทั้งด้านสิ่งของ ค่าใช้จ่าย และด้านข้อมูลข่าวสาร

เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของสุภาวดี นาคสุขุม และคนอื่น ๆ. (2560 : 958) ที่ศึกษาพบว่า มารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัด ส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของณชนก เอียดสุข, ศุภร วงศ์วัฑฒณ และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม (2556 : 349) ที่ศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกในสมองในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง ใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของบุญมาศ จันศิริมงคล (2550 : ง) ที่ศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษารักษาใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ อังวัฒนศิริกุล (2550 : 4) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดเลือกใช้การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ขาวนอก (2547 : 71) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด

3.2 ด้านบรรเทาความเครียด ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านบรรเทาความเครียดระดับปานกลาง อาจสืบเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ผ่านประสบการณ์ผ่านชีวิตมามาก เป็นชาวชนบทที่เป็นชาวพุทธ จึงใช้หลักพุทธศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีการสวดมนต์ นั่งสมาธิ ทำให้จิตใจสงบเกิดความสบายใจขึ้น มองว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ได้เป็นเรื่องแปลกอะไร สามารถปรับใจยอมรับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง จึงทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด แล้วสิ่งดี ๆ ก็จะมีเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของณชนก เอียดสุข, ศุภร วงศ์วัฑฒณ และ สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม (2556 : 361) ที่พบว่าเมื่อบุคคลไม่สามารถออกจากสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ บุคคลจะเรียนรู้และปรับตัวเพื่ออยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรุทัย โฉมเฉิด (2552 : 91) ที่ผู้ดูแลทำใจ ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย หากิจกรรมทำเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ คิดปลงกับการสูญเสียล่วงหน้าและทำใจให้สบาย ทำปัจจุบันให้ดีที่สุด ใช้ธรรมะทำใจ

3.3 ด้านการจัดการกับอารมณ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด อาจสืบเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามาก มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เมื่อพบกับสถานการณ์การเจ็บป่วยจึงสามารถตั้งสติได้ดี ไม่ตกใจ นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังเป็นชาวชนบทที่เป็นชาวพุทธ จึงได้ใช้หลักพุทธศาสนาคือกฎไตรลักษณ์ คือ ทุกอย่างล้วนเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป ไม่เที่ยง จึงมีสติพร้อมยอมรับปัญหา รู้ว่าสิ่งดีสิ่งร้ายเกิดขึ้นได้เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของณชนก เอียดสุข, ศุภร วงศ์วัฑฒณ และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม (2556 : 349) ที่ศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง ใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด สอดคล้องกับ การศึกษาของวันเพ็ญ อังวัฒนศิริกุล (2550 : 4) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด แตกต่างจากการศึกษาของกาญจนา ขาวนอก (2547 : 71) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ความเข้มแข็งในการมองโลก

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมระดับปานกลาง โดยมีความเข้มแข็งในการมองโลกด้านความสามารถให้ความหมายสูงสุด ส่วนความสามารถทำความเข้าใจและความสามารถในการจัดการอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้าใจและมีความสามารถในการจัดการเพิ่มขึ้น เช่น

1.1 การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อเป็นศูนย์กลางในการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม โดยพยาบาลรับฟังปัญหาของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย ชักถามข้อสงสัย ความกังวลต่าง ๆ พูดคุยให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษา ให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนข่าวสาร แลกเปลี่ยนประสบการณ์

1.2 ควรมีช่องทางให้ผู้ดูแลเข้าถึงการให้บริการคำปรึกษาที่เข้าถึงได้ง่ายในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สายตรง (Hot Line) ทางไลน์กลุ่ม

1.3 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดด้วยการจัดกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ ใส่บาตร ฟังธรรม นั่งสมาธิ ฯลฯ

2. ความเครียด

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมระดับปานกลาง และเนื่องจากความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีหลายประการที่สำคัญ โดยเฉพาะความเครียดจากเงินไม่พอใช้จ่าย ซึ่งมีสาเหตุมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร มีรายได้น้อย ผลิตและรายได้ขึ้นอยู่กับฤดูกาล จากการที่การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้ครอบครัวต้องใช้จ่ายเงินเพิ่มขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมถึงค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่าที่พัก จึงทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการคำนึงถึงฐานะทางการเงินของครอบครัวผู้ดูแล หากมีฐานะยากจน ควรส่งต่อให้แผนกสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล หรือขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐและเอกชน เพื่อขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายหรือสิ่งของจากรัฐบาลหรือองค์กรการกุศลต่าง ๆ ตลอดจนการให้บริการและอำนวยความสะดวกในการรับ-ส่งผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล รวมถึงการจัดหาที่พักให้โดยไม่คิดมูลค่า

3. การเผชิญความเครียด

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมปานกลาง โดยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด รองลงมาคือใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านบรรเทาความเครียด ผู้เกี่ยวข้องควร

3.1 สนับสนุน ให้กำลังใจ ยกย่อง ชมเชยว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นความดี เป็นการแสดงความกตัญญูตามหลักพระพุทธศาสนา เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

3.2 ส่งเสริมสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ให้มีการดูแลเอาใจใส่ อำนวยความสะดวก และให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมต่อไป

4. ข้อจำกัดในการวิจัย

4.1 การใช้เครื่องมือสำเร็จรูปที่มาจากต่างประเทศ อาจมีข้อจำกัดที่ไม่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงที่กำลังศึกษา ณ ปัจจุบัน จึงควรมีการสร้างเครื่องมือขึ้นใหม่ให้มีเนื้อหาสอดคล้องกับบริบทของขอบเขตเนื้อหาที่กำลังศึกษาวิจัย เช่น ภาวะ/ระยะโรคที่เป็นอยู่ ภาวะเครียดที่เป็นอยู่จริง ณ ปัจจุบัน รวมถึงการปรับคำพูดในแบบทดสอบให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่ายสำหรับทุกคน เพื่อลดปัญหาการตีความในข้อคำถามบางข้อ จะส่งผลให้ได้งานวิจัยที่มีข้อมูลที่ชัดเจนตรงประเด็นมากที่สุด

4.2 เพื่อเป็นการลดปัจจัยกวน ควรมีการจำแนกความเครียดที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนว่า ความเครียดของผู้ดูแล เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย หรือ เป็นความเครียดที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการจากการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะอื่น เช่น ระยะที่ 2, 3 หรือ 4
2. ควรมีการศึกษาความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งปอดท่อนมและหลอดลม มะเร็งมดลูก
3. ควรมีการเปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียดระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เช่น ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น
4. ควรศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเก็บข้อมูลในเชิงคุณภาพ เพื่อเสริมข้อมูลเชิงปริมาณให้มีความชัดเจนลึกซึ้งมากขึ้น

บรรณานุกรม

- กนกนุช ชื่นเลิศกุล, สุวรรณี มหาภานันท์ และนุจรินทร์ ลภณฑกุล. (2543). “ความเข้มแข็งในการมองโลกกับสุขภาพและเครื่องมือในการวัด.” วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 8(1) : 12-21.
- กฤษณา สังขมณีจินดา. (2554). **ผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด.**
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2560). “รายงานจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://203.157.166.6/chronic/rep_ptcabreat.php สืบค้น 10 มีนาคม 2560.
- กังสดาล สุทธิวิสิตรศ. (2535). **ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก.**
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา ขาวนอก. (2547). “เปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลก และวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน”.
ผลงานวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2547.
วันที่ 24-27 สิงหาคม 2547. หน้า 71. โรงแรมรอยัลภูเก็ต ซิตี้ จังหวัดภูเก็ต.
- กุลภา ศรีสวัสดิ์, ชิณุ พันธุ์เจริญ และสิรินทร์ ฉันทศิริกาญจน. (2554). **Live & Strong** วิจัยทำงาน.
กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์.
- เกษรา แก้วนิล, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล และปรียกมล รัชกุล. (2558). “ปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด”. **พยาบาลสาร.** 42(3) : 51-60.
- ครองสิริ ช่างเหล็ก. (2559). **สภาพการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแล.**
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- จรินทร์ รัตนวานิชกุล. (2554). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรค.** ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จารุวรรณ ป้อมกลาง และ รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมระยะหลังการรักษาครบ”. **วารสารพยาบาลเกื้อการุณ.** 21(2) : 155-167.
- จีรวรรณ จบสุบิน และ นันทิกา ทวีชาติ. (2552). “ความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด”. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร.** 53(5) : 427-440.

- ใจเพชร กล้าจน. (2557). **ไช้หัตถ์ลับสุดขอบฟ้า 2 ผ่าตัดโรคร้ายโดยใช้สมดุร้อนเย็น**.
กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี.
- _____. (2558ก). **คู่มือค่ายสุขภาพวิถีธรรม**.
- _____. (2558ข). **จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติ. ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค (สาธารณสุขชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์**.
- ชลียา วามะลุน และคนอื่น ๆ. (2559). **การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี .**
- ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). **อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล**.
- ณชนก เอียดสุข, ศุภร วงศ์ทัญญู และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2556). “ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง”. **วารสารพยาบาลรามา**. 19(3) : 349-364.
- ตรีขุภากรณ์ รักดีโพธิ์. (2555). “มะเร็งเต้านมมีจรรยาเจียบ พบได้ 1 ใน 8 ของผู้หญิง”. **วารสารเพื่อนสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5**. 6(5) : 1-9.
- ทิพวรรณ เรืองขจร. (2550). **สุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน. โครงการตำราวิชาการราชภัฏเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงครองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์**.
- นุชจรี หयोगทอง และคนอื่น ๆ. (2556). “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม”. **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 31(3) : 27-36.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2551). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : จามจุรี โปรดักส์**.
- _____. (2553). **สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์**.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). **ความเครียดและการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล**.
- เบญรัตน์ ชีวพูนผล และ สุริพร ธนศิลป์. (2549). “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญการเผชิญความเครียดการสนับสนุนทางสังคมและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด”. **วารสารการพยาบาลขอนแก่น**. 13(2) : 9-36.
- ปฐมวดี สิงห์ตง และชนกพร จิตปัญญา. (2554). “การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต : มุมมองจากญาติผู้ป่วย”. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์**. 3(3) : 17-32.

ประกายทิพย์ ศิริวงศ์, พัทนี ศรีสวัสดิ์ และปรมาภรณ์ ปราสาททองโอสถ. (2552).

“การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด”.

วารสารพยาบาลศิริราช. 3(1) : 1-14.

ปาณิภา เสี่ยงเพราะ, ทศนีย์ รวีวรกุล และอรรณพ แก้วบุญชู. (2557). “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งเขตภาคกลาง”. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 8(1) : 17-27.

ปุนรดา พวงสมัย, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และจรรยา ฉิมหลวง. (2558). “ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด”. วารสารพยาบาลตำรวจ. 7(2) : 187-200.

พจนา ปิยะปรณชัย. (2552). การตอบสนองของบุคคลต่อความเครียด. นนทบุรี :

สถาบันพระบรมราชชนก.

พรนภา ศรีจินดา, อธิภรณ์ จันดา และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2557). “คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษา”. วารสารโรคมะเร็ง. 34(2) : 92-103.

พฤกษชาติ ทบแป. (2557). การดูแลสุขภาพครอบครัวที่บ้าน. บรรยายวิชาสุขภาพชุมชน.

วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2557. กลุ่มสาธารณสุขชุมชน : มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.

“มะเร็งเต้านมคร่าชีวิตหญิงไทยอันดับ 1 สถ. เผยปีละเกือบ 3 พันคน”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก :

<http://www.thairath.co.th/content/331173> สืบค้น 2 ตุลาคม 2559.

“เรื่องที่น่ารู้และข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม”. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

[ออนไลน์]. เข้าถึงจาก : www.si.mahidol.ac.th/th/department/

สืบค้น 9 ตุลาคม 2559.

พัชรวัลย์ เรื่องศรีจันทร์ และศิริลักษณ์ ศุภปิติพร. (2554). “ความเครียดของพยาบาลความคิดเห็นต่อการเตรียมพร้อมเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนระดับอินเตอร์เนชั่นแนล”.

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 56(4) : 425-436.

พัสมณห์ คุ่มทวีพร. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ฮายาบุสะ.

พัสมณห์ คุ่มทวีพร, พุทธวรรณ ชูเชิด และสุจิตรา สุทธิพงศ์. (2557). “การเปรียบเทียบผล การสวดมนต์และการฟังเสียงสวดมนต์ต่อความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม”. วารสารการพยาบาลทหารบก. 15(2) : 386-394.

เพ็ญศิริ มรกต. (2556). “การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง”.

บทความวิจัยเสนอในการประชุมหาญวิชาการ. ครั้งที่ 4 วันที่ 10 พฤษภาคม 2556. หน้า 718. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เพ็ญฟ้า สีสวย. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ภารดี ปรีชาวิทยากุล. (2549). “ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารเย็นศีรษะ อาคารที่พักชั่วคราวของผู้ป่วยและญาติ”. **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 24(2) : 71-84.
- ภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ และคนอื่น ๆ. (2558). **ความเครียดของครูในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มรรยาท รุจิวิซชญ์. (2556). **การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มลฤดี เกษเพชร, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2556). “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย”. **วารสารการพยาบาลรามา**. 19(2) : 277-290.
- มัลลิกา ทัดมาลา และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2555). “ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด”. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**. 35(2) : 72-82.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย”. **วารสารพยาบาลรามา**. 2(1) : 84-94.
- รวี เตื่อนดาว. (2547). **ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา**. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งนภา เตชะกิกโกศล. (2552). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลศิริราช**. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. (2554). **การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง**. สงขลา : โรงพิมพ์خانเมืองการพิมพ์.
- วรรณทนา ศุภสีมานนท์. (2539, พฤษภาคม-สิงหาคม). “ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์”. **วารสารคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา**. 5(2) : 9-18.
- วริศรา ลูวิระ. (2556). “การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”. **ศรีนครินทร์เวชสาร**. 28(2) : 260-270.
- วันเพ็ญ อังวัฒนศิริกุล. (2550). **ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด**. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วารุณี พลิกบัว และคนอื่น ๆ. (2549). “ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด”. **วารสารสภาการพยาบาล**. 21(4) : 44-55.
- วารุณี มีเจริญ และคนอื่น ๆ. (2556). “Family Caregivers for Cancer Patients in Thailand”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://sgo.sagepub.com/> สืบค้น 15 เมษายน 2557.

- วารุณี มีเจริญ. (2557). “ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง : การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต.” **วารสารพยาบาลรามา**. 20(1) : 10-22.
- วิชาการ พนมเสริม และวาสนา แก้วหล้า. (2556). **พยาธิสรีรวิทยา สำหรับการดูแลสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สุรินทร์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- วิโรจน์ ไวนิชกิจ. (2557). **ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว**. พิมพ์ครั้งที่ 1. สุรินทร์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- ศิริวรรณ วรรณศิริ. (2548). **การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง**. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2559). **ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2557**. กรุงเทพมหานคร : พรทรีพีการพิมพ์.
- สมบัติ รียาพันธ์ และ นิยดา ภู่อุสาสน์. (2552). “ปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด และพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร”. **วารสารกองการพยาบาล**. 36(3) : 32-46.
- สมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมานัต และลัพณากิจรุ่งโรจน์. (2556). “ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล”. **การประชุมหาใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 เรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย**. วันที่ 10 พฤษภาคม 2556. หน้า 195-204. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2547). **ความเครียดและอาการทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). “จำนวนผู้ป่วยในกับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน รวมทุกการวินิจฉัยโรค จำแนกตามสาเหตุการป่วย 298 กลุ่มโรค เพศ รายภาค และกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2557.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://bps.moph.go.th/new_bps/. สืบค้น 5 ตุลาคม 2559.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2558** จำนวนผู้ป่วยในกับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน รวมทุกการวินิจฉัยโรคจำแนกตามสาเหตุการป่วย 298 กลุ่มโรค เพศ รายภาค และกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). “จำนวนและอัตราตายด้วยโรคมะเร็งต่อนานต่อประชากร 100,000 คน เพศหญิง ปี 2553-2558 จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสุขภาพ และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร).” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php/> สืบค้น 14 กันยายน 2559.

- สุทวารวรรณ์ ไชยมูล. (2551). **สัมพันธภาพของครอบครัวที่มีผลต่อการจัดการปัญหา เนื่องจาก การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. ปรินญาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต**
สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุณัฏดา คเชนทร์ชัย. (2547). **ความเครียด วิธีเผชิญความเครียด และความหวังของมารดา ที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัด.**
ปรินญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสารคาม.
- สุภาวดี นาคสุขุม และคนอื่นๆ. (2560). “ความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และความหวังของมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด”. **การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2. “การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” ปี 2560 หน้า 945-967. อุบลราชธานี :**
มหาวิทยาลัยราชธานี.
- สุนนมาลย์ พิพัฒน์นวร. (2547). **การปรับตัวของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต.**
ปรินญาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). **รายงานการวิจัย เรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรง จังหวัดเชียงใหม่.**
- เสาวภา พรราวตะคุ. (2549). **การเปรียบเทียบความต้องการความช่วยเหลือและความเครียดใน บทบาทของญาติผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่ สมรส บุตร และพี่น้องของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวช ปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- โสรัจญา สุริยนต์, วรณีย์ เดียววิเศษ และนุจรี ไชยมงคล. (2558). “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด : แบบจำลองเชิงสาเหตุ.
“วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 33(4) : 131-140.
- อรุณทัย โฉมเฉิด . (2552). **ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย.**
ปรินญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณศรี ชัยทองสกุล. (2558). “ผลการให้ข้อมูลตามแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดโรงพยาบาล สงขลา”. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.**
2(2) : 29-40.

- อวยพร ภัทรภักดีกุล และมัลลิการ์ สุนทรวิภาต. (2552). ความเครียดจากงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. 29(3) : 17-27.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2551). **การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อำไพวัลย์ นาครินทร์. (2553). **ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานสถานีอนามัยบ้านโพธิ์น้อย ตำบลกระหว่น อำเภอบางบาล จังหวัดศรีสะเกษ**. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- Akdemir B., Erdem O., Polat S. (2010). Characteristics of High Performance Organizations. **The Journal of Faculty of Economics and Administrative Sciences**. Vol.15, No.1, 155-174.
- Laurel L. Northouse et al. (2010). Interventions With Family Caregivers of Cancer Patients. **CANCER J CLIN**. 2010 ; 60 : 317-339. American Cancer Society. Inc.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1988). **Stress, Appraisal, Coping and Adaptation Outcome**. New York : Springer.
- Graham, L. E., and Conley, E. M. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical pateint. **Nursing Research**. 20(2) : 113-122.
- Jalowiec, A. and others. (1982). Coping, Expectatancies and Alcohol Abuse. **Journal Abnormal Psychology**.
- Mukwato, et al. (2010). Stress and Coping Mechanisms Among Breast Cancer Patients and Family Caregivers : A Review of Literature. **Medical Journal Medical Journal of Zambia**, Volume 37 Number 1 (2010).
- Newell, P. C. (1978). Genetics of the Cellular Slime Molds. **Annual Review of Genetics** ,12, 69-93.
- Northouse, Peter G. (2001). **Leadership : Theory and Practice**. (2nded). California : Sage Publications.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., and Parsons, M. A. (2006). **Health Promotion in Nursing Practice** (5 ed.). New Jersey : Upper Saddle River.
- Price, J.L. (1968). **Organizational Effectiveness : An Inventory of Propositions**. Homewood, Ill : Richard D Irwin, Inc.
- Selye, Hans M.D. (1983). **The Stress of Life**. McGraw-Hill Book Company.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

ชื่องานวิจัย **ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียดของ
ครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี**
วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของ
การวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
โดยสมัครใจ

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่
เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นตามเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ในกรณีที่ต้องมีการบันทึกภาพ/บันทึกเสียง ผู้วิจัยสามารถทำได้หากได้รับความยินยอม
จากข้าพเจ้าเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ภาคผนวก ข

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

(สำเนา)

E 032

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ได้รับการแต่งตั้งตามคำสั่งมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ที่ ๐๕๖๓/๒๕๕๗ ได้พิจารณาขอเสนอหัวข้อ เรื่อง ความเข้มแข็งในการมองโลก.ความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนวัยผู้ใหญ่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย.....

ของ.....นางสาวสุมาลี ปริชาติรินทร์.....รหัสนักศึกษา.....๕๖๐๕๔๑๕๐๑๖๙.....

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ มีมติ

- ☐ ไม่ผ่าน การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- ☒ ผ่าน การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- ☐ ผ่าน การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยมีเงื่อนไข ดังนี้.....

.....ประธานกรรมการ
(ผศ.ดร.กชนิกา อุดมทวี)

.....กรรมการและเลขานุการ
(รศ.ดร.วาสนา แก้วหล้า)

จึงขอประกาศ ณ วันที่ ๒๙ เดือน พฤศจิกายน พุทธศักราช ๒๕๕๙

ภาคผนวก ค
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

(สำเนา)



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

เอกสารรับรอง

จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ชื่อโครงการ	ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียดของครอบครัว ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย
รหัสโครงการ	EC 008/2017
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวสุมาลี ปรีชาศิริพันธุ์
หน่วยงานที่สังกัด	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
เอกสารที่รับรอง	แบบเสนอโครงการวิจัย
วันที่รับรอง	28 สิงหาคม 2560

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ได้พิจารณาและมีมติรับรอง
เอกสารดังที่ระบุไว้ข้างต้นโดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงชื่อ.....

(นายธนูธรรม ก้วยเจริญพานิชก์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ.....

(นายพงศธร ศุภอรรถกร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

(สำเนา)


 DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES
 UBONRATCHATHANI CANCER HOSPITAL
Certificate of Approval
From
Ethics Committee of Ubonratchathani Cancer Hospital, Thailand

Protocol Title *SENSE OF COHERENCES, STRESS AND COPING METHODS OF FAMILY CAREGIVERS FOR BREAST CANCER PATIENTS IN THAILAND*

Protocol Number *EC 008/2017*

Principal Investigator *Miss.Sumalee Preechasiripan*

Affiliation *Faculty of Science and Technology, Surindra Rajabhat University*

Research Site *Ubonratchathani Cancer Hospital*

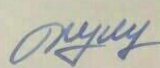
Document Approved *Research Protocol*

Date of Approval *August 28, 2017*

The prior mentioned documents have been reviewed and approved by Ethics Committee, Ubonratchathani Cancer Hospital, Thailand, based on the Declaration of Helsinki and Good Clinical Practice

THANUT KHUAYJARERNPANISHK

 (Dr.Thanut Khuayjarernpanishk)
 Chairman, Ethics Committee



 (Dr.Pongsatorn Supaattakorn)
 Director, Ubonratchathani Cancer Hospital

Ethics Committee of Ubonratchathani Cancer Hospital, Thailand. Tel. 045-317133 ext. 8401

ภาคผนวก ง
หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก
โรงพยาบาลรามาริบัติ

(สำเนา)



คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
 เลขที่: ๐๕๓
 ๑๖ ม.ค. ๒๕๖๐
 ๑๕.๐๐

สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
 โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑๑๗๐๑

ที่ ศธ ๐๕๓๗.๐๖๑๗/ ๐ จ.๑
 วันที่ 11 มกราคม ๒๕๖๐
 เรื่อง อนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์
 เรียน คณบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

อ้างถึง หนังสือคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ที่ ศธ ๐๕๔๖.๐๖/๗๕๔
 ลงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นางสาวสุมาลี ปรีชาศิริพันธุ์ รหัสนักศึกษา ๕๖๐๕๔๑๕๐๑๖๔ นักศึกษา
 ระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และ
 เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ มีความประสงค์จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเข้มแข็งในการมองโลก
 ความเครียดและภาวะสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศ” โดยขออนุญาต
 ใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ของ ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวและ
 สามารถติดต่อขอข้อมูลได้ที่ ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท์
 ๐๘๑-๗๗๔-๙๓๑๓ อีเมล somchit.han@mahidol.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน คณบดี

☐ เพื่อโปรดทราบ

☒ เพื่อโปรดพิจารณา

เห็นสมควร ลงนามให้ทราบ

ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

นายณัฐพงษ์ มีคุณติ

๑๖ ม.ค. ๖๐

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

- นางฉวีพร นพ

(๕)

๑๖ ม.ค. ๖๐

มุ่งเรียนรู้ ถูกระดม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

ภาคผนวก จ
หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยแบบทดสอบความเครียดมาตรฐาน
กรมสุขภาพจิต

(สำเนา)

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
เลขที่รับ ๙๙๐๑
วันที่รับ ๒๕ พ.ย. ๒๕๕๙
เวลา ๑๑:๐๑
ส่ง ๒๐ พ.ย. ๒๕๕๙



ที่ สธ ๐๘๓๙.๑/ ๑๒๐๕

สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้แบบวัดความเครียดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต (แบบประเมินความเครียด ST-5)
เรียน คณะบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
สิ่งที่ส่งมาด้วย ไม่มี

ตามหนังสือคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ที่ ศธ ๐๕๔๖.๐๖/๗๕๗ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๙ ขออนุญาตใช้แบบวัดความเครียดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต โดย นางสาวสมาลี ปรีชาศิริพันธุ์ รหัสนักศึกษา ๕๖๐๕๔๑๕๐๑๖๙ มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้แบบวัดความเครียดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต (แบบประเมินความเครียด ST-5) เป็นเครื่องมือการทำวิจัย นั้น

สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต อนุญาตให้ใช้แบบวัดความเครียดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต (แบบประเมินความเครียด ST-5) เพื่อเป็นเครื่องมือในการจัดทำวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

@นางสาว ดุจกัน

(นางอรรณณ ดวงจันทร์)

นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน
ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

เรียน คณะบดี

☐ เพื่อโปรดทราบ

☒ เพื่อโปรดพิจารณา

เห็นควรว่า พร.ต้นสังกัด

ดร.ม. สังขสิทธิ์ ปภัสร์

ประธานหลักสูตร

กลุ่มอำนวยการ
โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๙ ๕๕๕๐
โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๕๕๙

๑๕ พ.ย. ๕๙

- สอ.สท. ๐๓๐๘-๕๕๕๕๕๕ -

๒๐ พ.ย. ๕๙

ภาคผนวก ฉ
หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยแบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียด
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

(สำเนา)



คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
 เลขที่รับ ๙๙๐๖
 วันที่รับ ๑๙ พ.ย. ๒๕๕๙
 เวลา ๑๗.๐๐ น.
 ส่ง ๒๐ พ.ย. ๒๕๕๙

ที่ ศธ ๖๕๙๓(๒๓)/๔๔๑๑
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
 อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

อ้างถึง ที่ ศธ ๐๕๕๖.๐๖/๓/๕๔ ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๙

ตามที่ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ มีความประสงค์ จะขออนุญาตให้นางสาวสุมาลี ปรีชาศิริพันธ์ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของคุณปรานี มิ่งขวัญ ไปใช้ ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินดียินยอม ให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน คณะบดี

☐ เพื่อโปรดทราบ

☒ เพื่อโปรดพิจารณา

นาย ดร. พงษ์ ปรอดนพคุณ

คณบดี - สำนักคณบดี

ประธาน - สำนักคณบดี

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๑๐

โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล)

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

- นพ.สมานพนา

๑๕ พ.ย. ๕๙

๒๐ พ.ย. ๕๙

ภาคผนวก ข
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. ดร.สม นาสอ้าน นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
2. ดร.ดวงกมล ภูนวล นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานสุขศึกษา
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
3. นางยุพิน คำกรู พยาบาลวิชาชีพ
หัวหน้ากลุ่มงานการบริบาลผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลศูนย์มะเร็งอุดรธานี
4. นางสาววิชญา โมฬีชาติ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ
กลุ่มงานจิตเวช
โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่

ภาคผนวก ซ
แบบสอบถาม 4 ส่วน

แบบสอบถามงานวิจัย
เรื่อง ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียด
ของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่องความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือการวิจัยมี 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ชุด 29 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความเครียดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ชุด 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียด 36 ข้อ

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง ผู้ให้ข้อมูลสามารถพิจารณาตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในช่วงเวลาใดก็ได้โดยอิสระ และไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการตอบของท่านเป็นทศนะ ความคิดเห็นบางประการ จากการสำรวจประชาชนที่มีครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย จะนำไปใช้ประโยชน์ในงานวิจัยเท่านั้น

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวผ่องไพโรธรรม กล้าจน
 นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

หัวข้อ	NO	□□□
10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือมีอาการไม่สบาย ☐ 1.ไม่มี ☐ 2. มี (โปรดระบุ) ☐ 2.1โรคประจำตัว/อาการไม่สบายที่เป็น“ก่อนมาดูแลผู้ป่วย” (โปรดระบุชื่อโรคและระยะเวลาที่ป่วย) 1..... 2..... ☐ 2.2โรคประจำตัว/อาการไม่สบายที่เป็น“ระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย” (โปรดระบุชื่อโรคและระยะเวลาที่ป่วย) 1..... 2..... ☐ 2.3 รักษาต่อเนื่องหรือไม่ ☐ ต่อเนื่อง ☐ ไม่ต่อเนื่อง เพราะ.....	DIS-1	☐
11. ท่านเป็นหัวหน้าครอบครัวใช่หรือไม่ ☐ 1.ไม่ใช่ ☐ 2. ใช่	HoF	☐
12. ลักษณะของครอบครัว ☐ 1.ครอบครัวเดี่ยว (พ่อแม่ลูก) ☐ 2.ครอบครัวขยาย (พ่อ แม่ ลูก ญาติพี่น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย) ☐ 3.อยู่คนเดียว ☐ 4.อื่นๆระบุ.....	FAM	☐
13. สัมพันธภาพระหว่างท่านกับคนในครอบครัว ☐ 1.ค่อนข้างไม่ดี ☐ 2.ปานกลาง ☐ 3.ดีมาก โปรดระบุคนที่ท่านสนิทที่สุด.....	RoF	☐
14. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งตั้งแต่เริ่มระยะที่ ระยะเวลาที่ท่านดูแลผู้ป่วยปี.....เดือน	DIS-2	☐

ส่วนที่ 2 : แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

แอนโทนอนอฟสกี (Antonovsky, 1987)

คำชี้แจง คำถามชุดนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับชีวิตของบุคคลในมุมมองต่างๆ แต่ละคำถามมีคำตอบที่เป็นไปได้ โปรดเขียนวงกลม O ล้อมรอบตัวเลขที่เป็นคำตอบของท่านโดยที่

⇒ เลข 1 และเลข 7 อาจจะเป็นคำตอบที่มากที่สุดหรือน้อยที่สุด

⇒ ถ้าข้อความได้เลข 1 ถูกต้องสำหรับท่านให้ท่านเขียนวงกลมรอบเลข 1

⇒ ถ้าข้อความได้เลข 7 ถูกต้องสำหรับท่าน ให้ท่านเขียนวงกลมรอบเลข 7

แต่ถ้าไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ขอให้เลือกรวงกลมรอบตัวเลขที่คิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด มีทั้งหมด 29 ข้อ (มีข้อความทางบวก 16 ข้อ และข้อความทางลบ 13 ข้อ)

คะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึงบุคคลยิ่งมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

หมายเหตุ C หมายถึง ความสามารถทำความเข้าใจ (Comprehensibility) 10 ข้อ

MA หมายถึง ความสามารถในการจัดการ (Manageability) 10 ข้อ

ME หมายถึง ความสามารถให้ความหมาย (Meaningfulness) 9 ข้อ

ข้อ	เนื้อหา	CODE						
1	เมื่อท่านพูดคุยกับคนอื่น ท่านมีความรู้สึกว่าคุณเหล่านั้นไม่เข้าใจสิ่งที่ท่านพูด	C1-1						
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
ไม่เคยมีความรู้สึกนี้	มีความรู้สึกเช่นนี้เสมอ							
2	ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เมื่อท่านต้องทำงานร่วมกับผู้อื่นท่านมีความรู้สึกอย่างไรหรือไม่	MA1-2						
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
ไม่สำเร็จแน่ๆ	สำเร็จแน่นอน							
3	เมื่อนึกถึงบุคคลที่ท่านติดต่อด้วยในทุกๆ วัน ยกเว้นคนที่ท่านใกล้ชิดที่สุด ส่วนมากคนเหล่านั้น ท่านรู้จักพวกเขาเหล่านั้นดีเพียงใด	C2-3						
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
ท่านรู้สึกว่าพวกเขาเป็นคนแปลกหน้า	ท่านรู้จักพวกเขาดีมาก							
4	ท่านมีความรู้สึกที่ท่านไม่สนใจเลยจริงๆ กับเรื่องราวต่างๆ รอบตัวท่านหรือไม่	ME1-4						
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
น้อยมากหรือไม่เคยเลย	บ่อยมาก							

ข้อ	เนื้อหา	CODE
5	ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ท่านเคยรู้สึกแปลกใจกับพฤติกรรมของคนที่ท่านรู้จักดีแล้วหรือไม่	C3-5 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	ไม่เคยมี มีเสมอ	
6	ท่านเคยคาดหวังกับผู้อื่นที่ท่านไว้วางใจ	MA2-6 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	ไม่เคยมี มีเสมอ	
7	มุมมองชีวิตของท่านเป็นอย่างไร	ME2-7 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	มีแต่สิ่งที่น่าสนใจ มีแต่สิ่งที่เกิดขึ้นซ้ำซาก	
8	มาถึงบัดนี้ชีวิตของท่าน	ME3-8 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	ยังไม่มีจุดหมาย มีจุดหมาย หรือเป้าประสงค์ที่ชัดเจน หรือเป้าประสงค์ที่ชัดเจน	
9	ท่านมีความรู้สึกที่ท่านถูกกระทำอย่างไม่ยุติธรรมหรือไม่	MA3-9 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	บ่อยมาก น้อยมาก	
10	ในอดีต 10 ปีที่ผ่านมาชีวิตของท่าน	C4-10 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	มีแต่การเปลี่ยนแปลง มีแต่ความมั่นคงอย่างสมบูรณ์ ที่ท่านไม่รู้ว่าต่อไปจะเกิดอะไรขึ้น และปราศจากอุปสรรคใดๆ	
11	มุมมองในอนาคต ท่านคาดหวังว่าจะพบกับเรื่องต่างๆ เป็นอย่างไร	ME4-11 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	น่ายินดีอย่างยิ่ง น่าเบื่อหน่ายอย่างยิ่ง	
12	ท่านมีความรู้สึกที่ท่านตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยและไม่รู้ว่าจะทำอะไรต่อไปหรือไม่	C5-12 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	บ่อยมาก น้อยมากหรือไม่เคยเลย	

ข้อ	เนื้อหา	CODE							
13	หัวข้อใดที่บรรยายได้ดีที่สุดว่าท่านมองชีวิตอย่างไร	MA4-13							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	เราสามารถหาทางออก สำหรับเรื่องราวที่น่าเจ็บปวดในชีวิตได้ เสมอ ไม่มีทางออกสำหรับเรื่องราว ที่น่าเจ็บปวดในชีวิต								
14	เมื่อท่านนึกถึงเรื่องราวในชีวิตของท่าน ท่านมักจะ	ME5-14							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	รู้สึกว้าวังเป็นเรื่องดีที่ยังมีชีวิตอยู่ ถามตัวเองว่าทำไมถึงยังมีชีวิตอยู่								
15	เมื่อท่านเผชิญปัญหาที่ยุ้งยาก ทางเลือกของการแก้ปัญหา มักจะ	C6-15							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	สับสนเสมอและยากที่จะค้นพบ ปราศจากอุปสรรคเสมอ								
16	การกระทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน	ME6-16							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	ก่อให้เกิดความยินดี และความพอใจอย่างลึกซึ้ง ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และความน่าเบื่อ								
17	ชีวิตของท่านในอนาคตอาจจะ	C7-17							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	มีแต่การเปลี่ยนแปลง ที่ท่านไม่รู้ว่าจะต่อไปจะเกิดอะไรขึ้น มีแต่ความมั่นคงอย่างสมบูรณ์ และปราศจากอุปสรรคใดๆ								
18	เมื่อมีสิ่งที่ไม่น่ายินดีเกิดขึ้นในอดีตท่านมักจะ	MA5-18							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	รู้สึกอารมณ์เสียอย่างมาก พูดว่า “ไม่เป็นไรช่างมันเถอะ ฉันต้องอยู่กับมันให้ได้” และ ดำเนินชีวิตต่อไป								
19	ท่านมีความรู้สึกและความคิดที่สับสนมากหรือไม่	C8-19							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	มีน้อยมากหรือไม่เคยเลย มีบ่อยมาก								
20	เมื่อท่านทำอะไรที่ทำให้ท่านมีความรู้สึกดี	MA6-20							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	แน่นอนว่าจะมีบางอย่างเกิดขึ้นมาทำลาย ความรู้สึกนั้น แน่นอนว่าท่านจะยังคงมี ความรู้สึกดีต่อไป								

ข้อ	เนื้อหา	CODE							
21	เคยหรือไม่ที่ท่านเกิดความรู้สึกเล็กๆ ว่าท่านไม่น่ารู้สึกอย่างนี้	C9-21							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	น้อยมากหรือไม่มีเลย	บ่อยมาก							
22	ท่านคาดว่าชีวิตส่วนตัวของท่านในอนาคตจะ	ME7-22							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	ปราศจากความหมาย	เปี่ยมไปด้วยความหมาย							
	และจุดมุ่งหมายโดยสิ้นเชิง	และจุดมุ่งหมาย							
23	ท่านคาดว่า ท่านจะมีแต่คนที่ท่านสามารถไว้วางใจได้ในอนาคตหรือไม่	MA7-23							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	ท่านสงสัยว่าจะมี	ท่านแน่ใจว่าจะมี							
24	ท่านมีความรู้สึกที่ท่านไม่รู้จริงๆ ว่าอะไรจะเกิดขึ้นบ้าง	C10-24							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	น้อยมากหรือไม่มีเลย	บ่อยมาก							
25	ในอดีตท่านเคยรู้สึกว่ามีหลายคนที่มีบุคลิกดูเข้มแข็งแต่บางครั้งจะรู้สึกว่าเป็นผู้แพ้ในบางสถานการณ์	MA8-25							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	ไม่เคยเลย	บ่อยมาก							
ข้อ	เนื้อหา	CODE							
26	เมื่อมีบางอย่างเกิดขึ้น ท่านมักจะพบว่า	ME8-26							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	ท่านประเมินความสำคัญของมัน	ท่านได้มองแล้วว่าสิ่งเหล่านั้นมีความสอดคล้องถูกต้องที่ถูกต้อง							
	สูงหรือต่ำเกินไป								
27	เมื่อท่านนึกถึงความยุ่งยากลำบากที่ท่านมักจะเผชิญในเรื่องราวต่างๆ ที่สำคัญในชีวิตของท่าน ท่านมีความรู้สึก	MA9-27							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	ท่านจะไม่ประสบความสำเร็จ	ท่านจะประสบความสำเร็จ							
	ในการพิชิตความยุ่งยากนั้น	ในการพิชิตความยุ่งยากนั้น							
28	บ่อยแค่ไหนที่ท่านมีความรู้สึกว่าคุณค่าที่ท่านทำในชีวิตประจำวัน มีความหมายเพียงน้อยนิด	ME9-28							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	น้อยมากหรือไม่เคยเลย	บ่อยมาก							

ส่วนที่ 3 : แบบทดสอบความเครียดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ชุด 20 ข้อ

(สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล , วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ พิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540 : 140 ภาคนวกรง)

คำชี้แจง : ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับตัวท่านบ้าง ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับตัวท่านให้ประเมินว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น แล้วทำเครื่องหมายให้ตรงช่องตามที่ท่านประเมิน โดย

คะแนนความเครียด 1 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด

คะแนนความเครียด 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย

คะแนนความเครียด 3 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง

คะแนนความเครียด 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมาก

คะแนนความเครียด 5 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	รู้สึกเครียด					CODE
	ไม่รู้สึก เครียด (1)	เล็กน้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)	
1. กลัวทำงานผิดพลาด						STR1 ☐
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้						STR2 ☐
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน						STR3 ☐
4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน						STR4 ☐
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบกับ						STR5 ☐
6. เงินไม่พอใช้จ่าย						STR6 ☐
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด						STR7 ☐
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด						STR8 ☐
9. ปวดหลัง						STR9 ☐
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง						STR10 ☐
11. ปวดศีรษะข้างเดียว						STR11 ☐
12. รู้สึกวิตกกังวล						STR12 ☐

ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	รู้สึกเครียด					CODE
	ไม่รู้สึก เครียด (1)	เล็กน้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)	
13. รู้สึกคับข้องใจ						STR13 ☐
14. รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด						STR14 ☐
15. รู้สึกเศร้า						STR15 ☐
16. ความจำไม่ดี						STR16 ☐
17. รู้สึกสับสน						STR17 ☐
18. ตั้งสมาธิลำบาก						STR18 ☐
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย						STR19 ☐
20. เป็นหวัดบ่อย ๆ						STR20 ☐

ส่วนที่ 4 : แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียด 36 ข้อ (Jalowiec. 1988)

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดที่แปลมาจากแนวคิดการเผชิญความเครียดของจาโลวียค (Jalowiec. 1988 อ้างถึงในรุ่งนภา เตชะกิจโกศล. 2552 : 21-22) หมายถึง วิธีการที่บุคคลคิดหรือกระทำเพื่อลดหรือขจัดความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ด้าน คือ

1. ด้านมุ่งแก้ปัญหา 13 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2 , 5 , 10 , 11 , 15 , 16 , 17 , 22 , 28 , 29 , 31 , 32 , 34
2. ด้านการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 , 4 , 6 , 9 , 13 , 19 , 21 , 23 , 24
3. ด้านการบรรเทาความเครียด 14 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3 , 7 , 8 , 12 , 14 , 18 , 20 , 25 , 26 , 27 , 30 , 33 , 35 , 36

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้เลย

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ประมาณ 1-3 ครั้ง
ในหนึ่งเดือน

บางครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง

บ่อย หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้อาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง

บ่อยมาก หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ทุกครั้ง

คำชี้แจง : เมื่อท่านมีความเครียด ท่านจะเผชิญกับความเครียดด้วยการแสดงออก หรือมีวิธีจัดการอย่างไร เพื่อลดความเครียด หรือขจัดความเครียด

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง (1-3 ครั้ง ในหนึ่ง เดือน)	บางครั้ง (1-2 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย (3-4 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย มาก	CODE
1. กังวลใจ						MAN1-1 ☐
2. ลดความเครียดโดยการทำ กิจกรรมหรือออกกำลังกาย						RED1-2 ☐
3. หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น						REL1-3 ☐
4. ยอมรับปัญหา คิดเสียว่า สิ่งต่าง ๆ อาจเลวร้ายได้						MAN2-4 ☐
5. คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อ แก้ปัญหาหรือควบคุม สถานการณ์						RED2-5 ☐

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง (1-3 ครั้ง ในหนึ่ง เดือน)	บางครั้ง (1-2 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย (3-4 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย มาก	CODE
6.การกิน การสูบ การขบ เคี้ยว						MAN3-6 ☐
7.พยายามลืมปัญหาและ คิดถึงเรื่องอื่นแทน						REL2-7 ☐
8.ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหา หรือ ควบคุมสถานการณ์						REL3-8 ☐
9.คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อย						MAN4-9 ☐
10.พยายามทำอะไรก็ได้ แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วย แก้ปัญหาได้						RED3-10 ☐
11.ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคย ผ่านประสบการณ์แบบ เดียวกัน						RED4-11 ☐
12.เตรียมการสำหรับความ เลวร้ายที่สุด ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้						REL4-12 ☐
13.อารมณ์เสียฉุนเฉียว สาปแช่ง สบถ						MAN5-13 ☐
14.ยอมรับสถานการณ์ ตามที่เป็นจริง						REL5-14 ☐
15.พยายามมองปัญหาที่ เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่ ทุกมุม						RED5-15 ☐
16.พยายามควบคุม สถานการณ์บางอย่างไว้						RED6-16 ☐
17.พยายามค้นหา เป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่ เกิดขึ้น						RED7-17 ☐
18.สวดมนต์เชื่อในสิ่ง ศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่เชื่อถือ						REL6-18 ☐

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง (1-3 ครั้ง ในหนึ่ง เดือน)	บางครั้ง (1-2 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย (3-4 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย มาก	CODE
19.กระวนกระวายหงุดหงิดใจ						MAN6-19 ☐
20. ถอยหนีจากสถานการณ์						REL7-20 ☐
21.ตำหนิคนอื่นว่าเป็น ตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา						MAN7-21 ☐
22.พยายามที่จะ เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ อย่างจริงจัง						RED8-22 ☐
23.ระบายอารมณ์กับคน และสิ่งของ						MAN8-23 ☐
24.แยกตัวอยากอยู่คนเดียว ตามลำพัง						MAN9-24 ☐
25.เลิกยุ่งเกี่ยวกับ สถานการณ์นั้นเพราะคิดว่า หมดหนทางแก้ไข						REL8-25 ☐
26.อยู่เฉยๆ โดยหวังว่าเมื่อ ถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลาย ได้เอง						REL9-26 ☐
27.ขอกำลังใจหรือความ ช่วยเหลือจากครอบครัว หรือเพื่อน						REL10-27 ☐
28.พยายามหาข้อมูล เกี่ยวกับสถานการณ์ เพิ่มเติมเพื่อให้สามารถ จัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น						RED9-28 ☐
29.ลองแก้ปัญหามากมายวิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด						RED10-29 ☐
30.ปล่อยให้สถานการณ์ เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของ โชคชะตาที่เปลี่ยนแปลง ไม่ได้						REL11-30 ☐

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง (1-3 ครั้ง ในหนึ่ง เดือน)	บางครั้ง (1-2 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย (3-4 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย มาก	CODE
31.พยายามนำ ประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา						RED11-31 ☐
32.พยายามแก้ไขปัญห โดยแยกแยะปัญหาเป็น ส่วน ๆ						RED12-32 ☐
33.เข้านอนโดยคิดหวังว่า สิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้น						REL12-33 ☐
34.กำหนดเป้าหมายให้ เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา						RED13-34 ☐
35.บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น						REL13-35 ☐
36.มองสิ่งใหม่ที่ต้องการ อย่างแท้จริง และดีที่สุด						REL14-36 ☐

.....ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ให้การอนุเคราะห์ข้อมูล.....
อนุโมทนา สาธุ

ภาคผนวก ซ
แบบสอบถาม 4 ส่วน

แบบสอบถามงานวิจัย
เรื่อง ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียด
ของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจังหวัดอุบลราชธานี

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยวิทยานิพนธ์เรื่องความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือการวิจัยมี 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ชุด 29 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความเครียดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ชุด 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียด 36 ข้อ

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง ผู้ให้ข้อมูลสามารถพิจารณาตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในช่วงเวลาใดก็ได้โดยอิสระ และไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการตอบของท่านเป็นทศนะ ความคิดเห็นบางประการ จากการสำรวจประชาชนที่มีครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย จะนำไปใช้ประโยชน์ในงานวิจัยเท่านั้น

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวผ่องไพโรธธรรม กล้าจน
 นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
 มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

หัวข้อ	NO	□□□
10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือมีอาการไม่สบาย ☐ 1.ไม่มี ☐ 2. มี (โปรดระบุ) ☐ 2.1โรคประจำตัว/อาการไม่สบายที่เป็น“ก่อนมาดูแลผู้ป่วย” (โปรดระบุชื่อโรคและระยะเวลาที่ป่วย) 1..... 2..... ☐ 2.2โรคประจำตัว/อาการไม่สบายที่เป็น“ระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย” (โปรดระบุชื่อโรคและระยะเวลาที่ป่วย) 1..... 2..... ☐ 2.3 รักษาต่อเนื่องหรือไม่ ☐ ต่อเนื่อง ☐ ไม่ต่อเนื่อง เพราะ.....	DIS-1	☐
11. ท่านเป็นหัวหน้าครอบครัวใช่หรือไม่ ☐ 1.ไม่ใช่ ☐ 2. ใช่	HoF	☐
12. ลักษณะของครอบครัว ☐ 1.ครอบครัวเดี่ยว (พ่อแม่ลูก) ☐ 2.ครอบครัวขยาย (พ่อ แม่ ลูก ญาติพี่น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย) ☐ 3.อยู่คนเดียว ☐ 4.อื่นๆระบุ.....	FAM	☐
13. สัมพันธภาพระหว่างท่านกับคนในครอบครัว ☐ 1.ค่อนข้างไม่ดี ☐ 2.ปานกลาง ☐ 3.ดีมาก โปรดระบุคนที่ท่านสนิทที่สุด.....	RoF	☐
14. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งตั้งแต่เริ่มระยะที่ ระยะเวลาที่ท่านดูแลผู้ป่วยปี.....เดือน	DIS-2	☐

ส่วนที่ 2 : แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

แอนโทนอนอฟสกี (Antonovsky, 1987)

คำชี้แจง คำถามชุดนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับชีวิตของบุคคลในมุมมองต่างๆ แต่ละคำถามมีคำตอบที่เป็นไปได้ โปรดเขียนวงกลม O ล้อมรอบตัวเลขที่เป็นคำตอบของท่านโดยที่

⇒ เลข 1 และเลข 7 อาจจะเป็นคำตอบที่มากที่สุดหรือน้อยที่สุด

⇒ ถ้าข้อความได้เลข 1 ถูกต้องสำหรับท่านให้ท่านเขียนวงกลมรอบเลข 1

⇒ ถ้าข้อความได้เลข 7 ถูกต้องสำหรับท่าน ให้ท่านเขียนวงกลมรอบเลข 7

แต่ถ้าไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ขอให้เลือกรวงกลมรอบตัวเลขที่คิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด มีทั้งหมด 29 ข้อ (มีข้อความทางบวก 16 ข้อ และข้อความทางลบ 13 ข้อ)

คะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึงบุคคลยิ่งมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

หมายเหตุ C หมายถึง ความสามารถทำความเข้าใจ (Comprehensibility) 10 ข้อ

MA หมายถึง ความสามารถในการจัดการ (Manageability) 10 ข้อ

ME หมายถึง ความสามารถให้ความหมาย (Meaningfulness) 9 ข้อ

ข้อ	เนื้อหา	CODE						
1	เมื่อท่านพูดคุยกับคนอื่น ท่านมีความรู้สึกว่าคุณเหล่านั้นไม่เข้าใจสิ่งที่ท่านพูด	C1-1						
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
ไม่เคยมีความรู้สึกนี้	มีความรู้สึกเช่นนี้เสมอ							
2	ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เมื่อท่านต้องทำงานร่วมกับผู้อื่นท่านมีความรู้สึกอย่างไรหรือไม่	MA1-2						
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
ไม่สำเร็จแน่ๆ	สำเร็จแน่นอน							
3	เมื่อนึกถึงบุคคลที่ท่านติดต่อด้วยในทุกๆ วัน ยกเว้นคนที่ท่านใกล้ชิดที่สุด ส่วนมากคนเหล่านั้น ท่านรู้จักพวกเขาเหล่านั้นดีเพียงใด	C2-3						
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
ท่านรู้สึกว่าพวกเขาเป็นคนแปลกหน้า	ท่านรู้จักพวกเขาดีมาก							
4	ท่านมีความรู้สึกที่ท่านไม่สนใจเลยจริงๆ กับเรื่องราวต่างๆ รอบตัวท่านหรือไม่	ME1-4						
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
น้อยมากหรือไม่เคยเลย	บ่อยมาก							

ข้อ	เนื้อหา	CODE
5	ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ท่านเคยรู้สึกแปลกใจกับพฤติกรรมของคนที่ท่านรู้จักดีแล้วหรือไม่	C3-5 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	ไม่เคยมี มีเสมอ	
6	ท่านเคยคาดหวังกับผู้อื่นที่ท่านไว้วางใจ	MA2-6 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	ไม่เคยมี มีเสมอ	
7	มุมมองชีวิตของท่านเป็นอย่างไร	ME2-7 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	มีแต่สิ่งที่น่าสนใจ มีแต่สิ่งที่เกิดขึ้นซ้ำซาก	
8	มาถึงบัดนี้ชีวิตของท่าน	ME3-8 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	ยังไม่มีจุดหมาย มีจุดหมาย หรือเป้าประสงค์ที่ชัดเจน หรือเป้าประสงค์ที่ชัดเจน	
9	ท่านมีความรู้สึกที่ท่านถูกกระทำอย่างไม่ยุติธรรมหรือไม่	MA3-9 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	บ่อยมาก น้อยมาก	
10	ในอดีต 10 ปีที่ผ่านมาชีวิตของท่าน	C4-10 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	มีแต่การเปลี่ยนแปลง มีแต่ความมั่นคงอย่างสมบูรณ์ ที่ท่านไม่รู้ว่าต่อไปจะเกิดอะไรขึ้น และปราศจากอุปสรรคใดๆ	
11	มุมมองในอนาคต ท่านคาดหวังว่าจะพบกับเรื่องต่างๆ เป็นอย่างไร	ME4-11 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	น่ายินดีอย่างยิ่ง น่าเบื่อหน่ายอย่างยิ่ง	
12	ท่านมีความรู้สึกที่ท่านตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยและไม่รู้ว่าจะทำอะไรต่อไปหรือไม่	C5-12 ☐
	1 2 3 4 5 6 7	
	บ่อยมาก น้อยมากหรือไม่เคยเลย	

ข้อ	เนื้อหา	CODE						
13	หัวข้อใดที่บรรยายได้ดีที่สุดว่าท่านมองชีวิตอย่างไร	MA4-13						
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
เราสามารถหาทางออก สำหรับเรื่องราวที่น่าเจ็บปวดในชีวิตได้ เสมอ ไม่มีทางออกสำหรับเรื่องราว ที่น่าเจ็บปวดในชีวิต								
14	เมื่อท่านนึกถึงเรื่องราวในชีวิตของท่าน ท่านมักจะ	ME5-14						
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
รู้สึกว้าวังเป็นเรื่องดีที่ยังมีชีวิตอยู่ เสมอ ถามตัวเองว่าทำไมถึงยังมีชีวิตอยู่								
15	เมื่อท่านเผชิญปัญหาที่ยุ่งยาก ทางเลือกของการแก้ปัญหา มักจะ	C6-15						
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
สับสนเสมอและยากที่จะค้นพบ ปราศจากอุปสรรคเสมอ								
16	การกระทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน	ME6-16						
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
ก่อให้เกิดความยินดี และความพอใจอย่างลึกซึ้ง ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และความน่าเบื่อ								
17	ชีวิตของท่านในอนาคตอาจจะ	C7-17						
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
มีแต่การเปลี่ยนแปลง ที่ท่านไม่รู้ว่าจะต่อไปจะเกิดอะไรขึ้น มีแต่ความมั่นคงอย่างสมบูรณ์ และปราศจากอุปสรรคใดๆ								
18	เมื่อมีสิ่งที่ไม่น่ายินดีเกิดขึ้นในอดีตท่านมักจะ	MA5-18						
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
รู้สึกอารมณ์เสียอย่างมาก พูดว่า “ไม่เป็นไรช่างมันเถอะ ฉันต้องอยู่กับมันให้ได้” และ ดำเนินชีวิตต่อไป								
19	ท่านมีความรู้สึกและความคิดที่สับสนมากหรือไม่	C8-19						
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
มีน้อยมากหรือไม่เคยเลย มีบ่อยมาก								
20	เมื่อท่านทำอะไรที่ทำให้ท่านมีความรู้สึกดี	MA6-20						
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7		
แน่นอนว่าจะมีบางอย่างเกิดขึ้นมาทำลาย ความรู้สึกนั้น แน่นอนว่าท่านจะยังคงมี ความรู้สึกดีต่อไป								

ข้อ	เนื้อหา	CODE							
21	เคยหรือไม่ที่ท่านเกิดความรู้สึกเล็กๆ ว่าท่านไม่น่ารู้สึกอย่างนี้	C9-21							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	น้อยมากหรือไม่มีเลย	บ่อยมาก							
22	ท่านคาดว่าชีวิตส่วนตัวของท่านในอนาคตจะ	ME7-22							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	ปราศจากความหมาย	เปี่ยมไปด้วยความหมาย							
	และจุดมุ่งหมายโดยสิ้นเชิง	และจุดมุ่งหมาย							
23	ท่านคาดว่า ท่านจะมีแต่คนที่ท่านสามารถไว้วางใจได้ในอนาคตหรือไม่	MA7-23							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	ท่านสงสัยว่าจะมี	ท่านแน่ใจว่าจะมี							
24	ท่านมีความรู้สึกว่าคุณไม่รู้จักจริงๆ ว่าอะไรจะเกิดขึ้นบ้าง	C10-24							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	น้อยมากหรือไม่มีเลย	บ่อยมาก							
25	ในอดีตท่านเคยรู้สึกว่ามีหลายคนที่มีบุคลิกดูเข้มแข็งแต่บางครั้งจะรู้สึกว่าเป็นผู้แพ้ในบางสถานการณ์	MA8-25							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	ไม่เคยเลย	บ่อยมาก							
ข้อ	เนื้อหา	CODE							
26	เมื่อมีบางอย่างเกิดขึ้น ท่านมักจะพบว่า	ME8-26							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	ท่านประเมินความสำคัญของมัน	ท่านได้มองแล้วว่าสิ่งเหล่านั้นมีความสอดคล้องถูกต้องที่ถูกต้อง							
	สูงหรือต่ำเกินไป								
27	เมื่อท่านนึกถึงความยุ่งยากลำบากที่ท่านมักจะเผชิญในเรื่องราวต่างๆ ที่สำคัญในชีวิตของท่าน ท่านมีความรู้สึกว่าคุณ	MA9-27							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	ท่านจะไม่ประสบความสำเร็จ	ท่านจะประสบความสำเร็จ							
	ในการพิชิตความยุ่งยากนั้น	ในการพิชิตความยุ่งยากนั้น							
28	บ่อยแค่ไหนที่ท่านมีความรู้สึกว่าคุณทำในชีวิตประจำวัน มีความหมายเพียงน้อยนิด	ME9-28							
	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	☐
1	2	3	4	5	6	7			
	น้อยมากหรือไม่เคยเลย	บ่อยมาก							

ส่วนที่ 3 : แบบทดสอบความเครียดมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ชุด 20 ข้อ

(สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล , วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ พิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540 : 140 ภาคนวกร)

คำชี้แจง : ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับตัวท่านบ้าง ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับตัวท่านให้ประเมินว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น แล้วทำเครื่องหมายให้ตรงช่องตามที่ท่านประเมิน โดย

คะแนนความเครียด 1 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด

คะแนนความเครียด 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย

คะแนนความเครียด 3 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง

คะแนนความเครียด 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมาก

คะแนนความเครียด 5 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	รู้สึกเครียด					CODE
	ไม่รู้สึก เครียด (1)	เล็กน้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)	
1. กลัวทำงานผิดพลาด						STR1 ☐
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้						STR2 ☐
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน						STR3 ☐
4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน						STR4 ☐
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบกับ						STR5 ☐
6. เงินไม่พอใช้จ่าย						STR6 ☐
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด						STR7 ☐
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด						STR8 ☐
9. ปวดหลัง						STR9 ☐
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง						STR10 ☐
11. ปวดศีรษะข้างเดียว						STR11 ☐
12. รู้สึกวิตกกังวล						STR12 ☐

ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	รู้สึกเครียด					CODE
	ไม่รู้สึก เครียด (1)	เล็กน้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)	
13. รู้สึกคับข้องใจ						STR13 ☐
14. รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด						STR14 ☐
15. รู้สึกเศร้า						STR15 ☐
16. ความจำไม่ดี						STR16 ☐
17. รู้สึกสับสน						STR17 ☐
18. ตั้งสมาธิลำบาก						STR18 ☐
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย						STR19 ☐
20. เป็นหวัดบ่อย ๆ						STR20 ☐

ส่วนที่ 4 : แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียด 36 ข้อ (Jalowiec. 1988)

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดที่แปลมาจากแนวคิดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec. 1988 อ้างถึงในรุ่งนภา เตชะกิจโกศล. 2552 : 21-22) หมายถึง วิธีการที่บุคคลคิดหรือกระทำเพื่อลดหรือขจัดความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ด้าน คือ

1. ด้านมุ่งแก้ปัญหา 13 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2 , 5 , 10 , 11 , 15 , 16 , 17 , 22 , 28 , 29 , 31 , 32 , 34
2. ด้านการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 , 4 , 6 , 9 , 13 , 19 , 21 , 23 , 24
3. ด้านการบรรเทาความเครียด 14 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3 , 7 , 8 , 12 , 14 , 18 , 20 , 25 , 26 , 27 , 30 , 33 , 35 , 36

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้เลย

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ประมาณ 1-3 ครั้ง
ในหนึ่งเดือน

บางครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง

บ่อย หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้อาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง

บ่อยมาก หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ทุกครั้งที่

คำชี้แจง : เมื่อท่านมีความเครียด ท่านจะเผชิญกับความเครียดด้วยการแสดงออก หรือมีวิธีจัดการอย่างไร เพื่อลดความเครียด หรือขจัดความเครียด

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง (1-3 ครั้ง ในหนึ่ง เดือน)	บางครั้ง (1-2 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย (3-4 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย มาก	CODE
1. กังวลใจ						MAN1-1 ☐
2. ลดความเครียดโดยการทำ กิจกรรมหรือออกกำลังกาย						RED1-2 ☐
3. หวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น						REL1-3 ☐
4. ยอมรับปัญหา คิดเสียว่า สิ่งต่าง ๆ อาจเลวร้ายได้						MAN2-4 ☐
5. คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อ แก้ปัญหาหรือควบคุม สถานการณ์						RED2-5 ☐

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง (1-3 ครั้ง ในหนึ่ง เดือน)	บางครั้ง (1-2 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย (3-4 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย มาก	CODE
6.การกิน การสูบ การขบ เคี้ยว						MAN3-6 ☐
7.พยายามลืมปัญหาและ คิดถึงเรื่องอื่นแทน						REL2-7 ☐
8.ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหา หรือ ควบคุมสถานการณ์						REL3-8 ☐
9.คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อย						MAN4-9 ☐
10.พยายามทำอะไรก็ได้ แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วย แก้ปัญหาได้						RED3-10 ☐
11.ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคย ผ่านประสบการณ์แบบ เดียวกัน						RED4-11 ☐
12.เตรียมการสำหรับความ เลวร้ายที่สุด ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้						REL4-12 ☐
13.อารมณ์เสียฉุนเฉียว สาปแช่ง สบถ						MAN5-13 ☐
14.ยอมรับสถานการณ์ ตามที่เป็นจริง						REL5-14 ☐
15.พยายามมองปัญหาที่ เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่ ทุกมุม						RED5-15 ☐
16.พยายามควบคุม สถานการณ์บางอย่างไว้						RED6-16 ☐
17.พยายามค้นหา เป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่ เกิดขึ้น						RED7-17 ☐
18.สวดมนต์เชื่อในสิ่ง ศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่เชื่อถือ						REL6-18 ☐

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง (1-3 ครั้ง ในหนึ่ง เดือน)	บางครั้ง (1-2 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย (3-4 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย มาก	CODE
19.กระวนกระวายหงุดหงิดใจ						MAN6-19 ☐
20. ถอยหนีจากสถานการณ์						REL7-20 ☐
21.ตำหนิคนอื่นว่าเป็น ตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา						MAN7-21 ☐
22.พยายามที่จะ เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ อย่างจริงจัง						RED8-22 ☐
23.ระบายอารมณ์กับคน และสิ่งของ						MAN8-23 ☐
24.แยกตัวอยากอยู่คนเดียว ตามลำพัง						MAN9-24 ☐
25.เลิกยุ่งเกี่ยวกับ สถานการณ์นั้นเพราะคิดว่า หมดหนทางแก้ไข						REL8-25 ☐
26.อยู่เฉยๆ โดยหวังว่าเมื่อ ถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลาย ได้เอง						REL9-26 ☐
27.ขอกำลังใจหรือความ ช่วยเหลือจากครอบครัว หรือเพื่อน						REL10-27 ☐
28.พยายามหาข้อมูล เกี่ยวกับสถานการณ์ เพิ่มเติมเพื่อให้สามารถ จัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น						RED9-28 ☐
29.ลองแก้ปัญหามากมายวิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด						RED10-29 ☐
30.ปล่อยใหสถานการณ์ เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของ โชคชะตาที่เปลี่ยนแปลง ไม่ได้						REL11-30 ☐

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง (1-3 ครั้ง ในหนึ่ง เดือน)	บางครั้ง (1-2 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย (3-4 ครั้ง ในหนึ่ง สัปดาห์)	บ่อย มาก	CODE
31.พยายามนำ ประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา						RED11-31 ☐
32.พยายามแก้ไขปัญห โดยแยกแยะปัญหาเป็น ส่วน ๆ						RED12-32 ☐
33.เข้านอนโดยคิดหวังว่า สิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้น						REL12-33 ☐
34.กำหนดเป้าหมายให้ เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา						RED13-34 ☐
35.บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น						REL13-35 ☐
36.มองสิ่งใหม่ที่ต้องการ อย่างแท้จริง และดีที่สุด						REL14-36 ☐

.....ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ให้การอนุเคราะห์ข้อมูล.....
อนุโมทนา สาธุ

ภาคผนวก ฅ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ลงพื้นที่เก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

(สำเนา)



ที่ ศธ.๐๕๔๖/ว ๐๙๐๐

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ๓๒๐๐๐

๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ให้นักศึกษาลงพื้นที่เก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ ในระดับบัณฑิตศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ด้วย นางสาวสุมาลี ปรีชาศิริพันธุ์ รหัสประจำตัว ๕๖๐๕๔๑๕๐๑๖๙ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ กำลังจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด และการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย โดยมีกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คือ อาจารย์ ดร.ตรีคม พรหมมาบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.สุธีรา อินทเจริญสานต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งอยู่ในช่วงทำการศึกษาวินิจฉัยเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ จึงใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษาลงพื้นที่เก็บข้อมูลเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ โดยนักศึกษาจะเป็นผู้ประสานงานกับท่านโดยตรง (โทรศัพท์ ๐๘-๑๓๔๖-๖๖๑๗) และขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรูญ ถาวรจักร์)
ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

โครงการบัณฑิตศึกษา
โทร. ๐ ๔๔๐๔ ๑๕๙๗

ภาคผนวก ญ
ขั้นตอนขอเสนอโครงการวิจัย
เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ขั้นตอนขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ พร้อมแนบใบรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ เลขที่ E032 ออก ณ วันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 และแนบบทพิทักษ์สิทธิ์ในกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำหนังสือไปใช้ติดต่อ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในการขออนุญาตให้ใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลมีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

15 พฤษภาคม 2560

ผู้วิจัยได้รับหนังสือราชการขออนุญาตให้ใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

6 มิถุนายน 2560

ผู้วิจัยเดินทางไปโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อแนะนำตัวและนำเสนอจดหมายขออนุญาตให้ใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล ได้พบ ดร.ชลิตา วามะลุน รองผู้อำนวยการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ได้ให้การต้อนรับและพาชมสถานที่ที่จะให้เก็บข้อมูลและได้รับคำแนะนำให้ยื่นขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เสนอต่อ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

8 มิถุนายน 2560

ผู้วิจัยได้ยื่นขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เสนอต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี พร้อมเอกสารแนบ ส่งถึง กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 12 ชุด คณะกรรมการพิจารณา มี 11 ท่าน ต้องมีมติเห็นชอบ 9 ท่าน ใน 11 จึงจะได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล เอกสารแนบ มี 6 รายการ ดังนี้

1. หนังสือขออนุญาตให้นักศึกษาลงพื้นที่เก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

2. ใบรับรองจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

3. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

5. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6. ประวัติผู้วิจัย

21 มิถุนายน 2560

ผู้วิจัยได้รับแจ้งจากกลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ให้ชำระค่าธรรมเนียมในการดำเนินการพิจารณาจริยธรรม 1,000 บาท ผู้วิจัยได้ดำเนินการชำระเรียบร้อยแล้ว

25 สิงหาคม 2560

ผู้วิจัยได้รับหนังสือข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ฉบับลงวันที่ 18 สิงหาคม 2560 ให้พิจารณาปรับแก้โครงร่างการวิจัยตามข้อเสนอแนะ 7 ข้อ

1 กันยายน 2560

ผู้วิจัยได้ปรับแก้โครงร่างการวิจัยตามข้อเสนอแนะ 7 ข้อ และนำเสนอให้ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ตรวจทานจากนั้นได้นำส่งโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 11 ชุด

4 กันยายน 2560

ผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เลขที่ EC 008/2017 ฉบับลงวันที่ 4 กันยายน 2560 อนุญาตให้ลงพื้นที่เก็บข้อมูลได้

18 กันยายน 2560

ผู้วิจัยเดินทางไปโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อแนะนำตัวและนำเสนอจดหมายขออนุเคราะห์ใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล ได้พบ ดร.ชลิดา วามะลุน รองผู้อำนวยการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ให้การต้อนรับและพาชมสถานที่ที่จะให้เก็บข้อมูล

20 กันยายน 2560

ผู้วิจัยเดินทางไปโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อลงพื้นที่เก็บข้อมูล ระหว่างเดือน กันยายน 2560 ถึง เดือนตุลาคม 2560

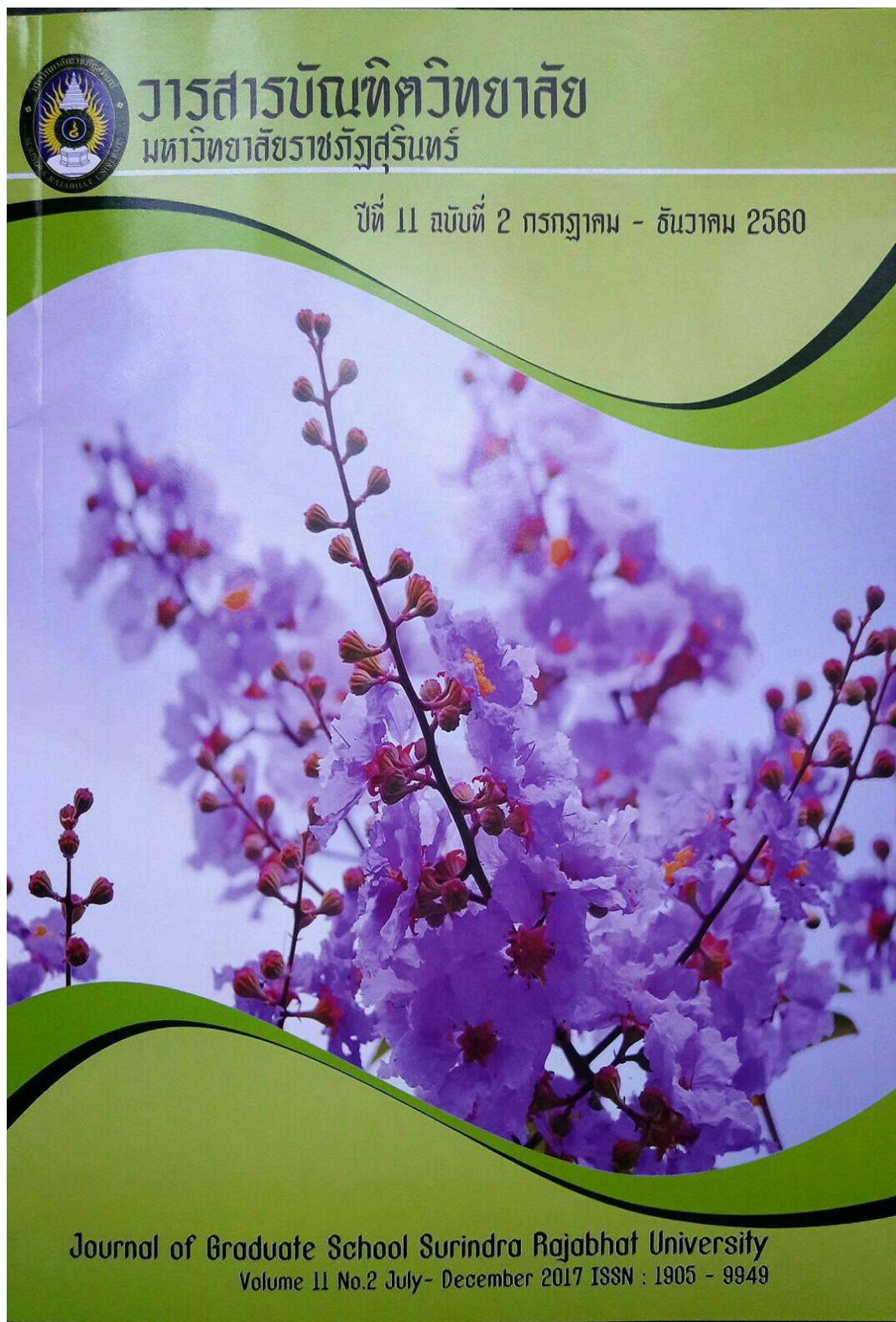
ภาคผนวก ก

ลงตีพิมพ์บทความวิชาการวารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (หน้า 57-68) เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2560

เรื่อง ความเข้มแข็งในการมองโลกของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ในจังหวัดอุบลราชธานี

(สำเนา)



ภาคผนวก ฅ
ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูลโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
จังหวัดอุบลราชธานี เดือนกันยายน-ตุลาคม 2560
พบผู้บริหารและทีมพยาบาลเพื่อวางแผนเก็บข้อมูล



ภาพที่ 1 ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล
ที่มา : (ผ่องไพรัชธรรม กล้าจน , ภาพถ่าย. 2560 , กันยายน 18)

ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูลโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
จังหวัดอุบลราชธานี
เดือนกันยายน-ตุลาคม 2560 ทีมพยาบาลพาแนะนำและเยี่ยมชมพื้นที่



ภาพที่ 2 ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

ที่มา : (ผ่องไพโรธรรม กล้าจน , ภาพถ่าย. 2560 , กันยายน 18)

ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
จังหวัดอุบลราชธานี กันยายน-ตุลาคม 2560



ภาพที่ 3 ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

ที่มา : (ผ่องไพโรธรรม กล้าจน , ภาพถ่าย. 2560 , กันยายน 22)

ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
จังหวัดอุบลราชธานี กันยายน-ตุลาคม 2560



ภาพที่ 4 ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล (3/6)

ที่มา : (ผ่องไพรัชธรรม กล้าจน , ภาพถ่าย. 2560 , กันยายน 22)

ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูลชุมชนบ้านดงคำอ้อ จังหวัดอุบลราชธานี
กันยายน-ตุลาคม 2560



ภาพที่ 5 ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล
ที่มา : (ผ่องไพฑรธรรม กล้าจน , ภาพถ่าย. 2560 , ตุลาคม 12)

ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล (6/6) โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
จังหวัดอุบลราชธานี กันยายน-ตุลาคม 2560



ภาพที่ 6 ภาพการลงพื้นที่เก็บข้อมูล
ที่มา : (ผ่องไพโรธรรม กล้าจน, ภาพถ่าย. 2560 , ตุลาคม 15)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวผ่องไพโรธธรรม กล้าจน
วันเดือนปีเกิด	9 พฤษภาคม 2513
สถานที่เกิด	อำเภอเบตง จังหวัดยะลา
ที่อยู่ปัจจุบัน	ศูนย์เรียนรู้สุขภาพพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง สวนป่านาบุญ 1 อำเภอตอนตาล จังหวัดมุกดาหาร 49120
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2529 จบการศึกษาหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2532 จบการศึกษาหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2536 จบการศึกษาหลักสูตรเศรษฐศาสตรบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์การเงินและการคลัง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2561 จบการศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาผู้ประกอบการสังคม สถาบันอาศรมศิลป์ พ.ศ. 2561 จบการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พ.ศ. 2530-2537 เศรษฐกร ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) พ.ศ. 2537-2545 เจ้าหน้าที่การตลาดอาวุโส บริษัท ศูนย์วิจัยไทยพาณิชย์ จำกัด พ.ศ. 2545-2552 เจ้าหน้าที่วางแผนและติดตาม ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) พ.ศ. 2554-ปัจจุบัน วิทยาการแพทย์วิถีธรรมแห่งประเทศไทย จิตอาสาแพทย์วิถีธรรมแห่งประเทศไทย นักศึกษาสถาบันวิชาราม มูลนิธิแพทย์วิถีธรรมแห่งประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี” ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ ขอกราบขอบพระคุณ ดร.อรรณพ นันทิบุตร ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ธงชัย วงศ์เสนา กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รวมถึงคณาจารย์ทุกท่านที่เมตตาให้กำลังใจ แนะนำ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ

ขอขอบพระคุณ ดร.สม นาสอ้าน, ดร.ดวงกมล ภูนวล, นางยุพิน คำกร และนางสาววิชา โมฬีชาติ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต และคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ที่อนุเคราะห์ให้ใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่มีคุณค่าประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติ

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาผู้ให้กำเนิดทางโลก กราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ใจเพชร กล้าจน (หมอเขียว) ผู้ให้กำเนิดทางจิตวิญญาณแก่ผู้วิจัย แปรเปลี่ยนให้ผู้วิจัยมีจิตวิญญาณแห่งการเอื้อเพื่อแบ่งปันและเสียสละเพื่อความผาสุกของมวลมนุษยชาติ และขอขอบคุณพี่น้องจิตอาสาแพทย์วิถีธรรมทุกท่านทั่วประเทศที่ให้กำลังใจ ช่วยเหลือเอื้อเพื่อเกื้อกูลผู้วิจัยในทุกมิติจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ผู้วิจัยขอน้อมแด่องค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้าทุกพระองค์ พระโพธิสัตว์เจ้า ครูบาอาจารย์ บิดา มารดา เพื่อนจิตอาสาแพทย์วิถีธรรม ท่านที่บำเพ็ญคุณความดีตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ผองชนและมวลมนุษยชาติ

ผ่องไพโรธรรม กล้าจน

มีนาคม 2561