

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียด
ของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียด
ของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

นางสาวนันท์นภัส บุทธโรสงค์

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แสงทอง ชีระทองคำ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

นางสาวธีราภรณ์ จันทร์ดา,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดิ์,
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียด
ของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2552

นางสาวนันท์นภัส ยุทธไชยสงค์
ผู้ศึกษา

รองศาสตราจารย์สุติ ทองวิเชียร,
Dr.P.H. (Public Health Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

นางสาวธีรภรณ์ จันทร์คำ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แสงทอง ชีระทองคำ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
M.D., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ธีระทองคำ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดร.ธีราภรณ์ จันทร์ดา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน และ รองศาสตราจารย์ ดร. สุธิ ทองวิเชียร ประธานกรรมการและกรรมการ สอบสารนิพนธ์ ที่ได้ให้ความกรุณาอุทิศเวลา ให้คำแนะนำ ปรึกษา ตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุง ข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่านที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทความรู้ และชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ตลอด ระยะเวลาที่ศึกษา และครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชามาตั้งแต่เด็ก

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการ ศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2 และสถาบันราชประชาสมาสัยทุกท่าน ที่ให้ ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี และเป็นกำลังใจให้ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอขอบคุณ เจ้าของงานวิจัยและบทความทุกเรื่องที่มีโอกาสได้ศึกษาหาข้อมูล ความรู้ใน การศึกษาในครั้งนี้ จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ท้ายสุด ขอกราบขอบพระคุณ บิดา-มารดา คุณน้ำ พี่ ๆ น้อง ๆ ทุกคนในครอบครัว ที่ให้ ความรัก ความห่วงใย และให้การสนับสนุนผู้ศึกษาในทุกด้าน และเป็นกำลังใจอันสำคัญให้ผู้ศึกษามี ความมุ่งมั่นในการศึกษาตลอดมา และขอบคุณเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี รหัส 49 ทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือ จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

นันทน์ภัต ยูทรโรสงค์

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง
A RESEARCH SYNTHESIS TO HELP FAMILY CAREGIVERS OF PEOPLE WITH
CANCER IN STRESS MANAGEMENT

นันทน์ภัท ยูทรโธสงค์ 4937537 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : แสงทอง ชีระทองคำ, Ph.D. (Nursing), ชีราภรณ์ จันทร์ดา,
Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

มะเร็งเป็นปัญหาสำคัญที่ซับซ้อนก่อให้เกิดผลกระทบแก่ผู้ที่เป็นมะเร็งและครอบครัว ญาติผู้ดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้าน จึงอาจก่อให้เกิดความเครียดต่อ ญาติผู้ดูแล การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการ จัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐาน เชิงประจักษ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศซึ่งตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996-2008 จำนวน 16 เรื่อง จาก 540 เรื่อง

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน วิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมี 6 โปรแกรม จำแนก ตามวิธีการช่วยเหลือเป็น 5 วิธี ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียดโดยการทำให้สมาธิวิธียานาปานสติ ร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ การสอนทักษะต่างๆ ในการเผชิญความเครียด การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา และการให้ความรู้ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ส่วนผลลัพธ์ของการช่วยเหลือ พบว่าสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกทางบวก ความสามารถในการ ปรับตัว และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง การศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการ พัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง และโรค เรื้อรังอื่นๆ

คำสำคัญ : ญาติผู้ดูแล /การจัดการความเครียด / ผู้ที่เป็นมะเร็ง

A RESEARCH SYNTHESIS TO HELP FAMILY CAREGIVERS OF PEOPLE WITH CANCER IN STRESS MANAGEMENT

NUNNAPAT YUTTAISONG 4937537 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : SANGTHONG TERATHONGKUM, Ph.D. (Nursing), TIRAPORN JUNDA, Ph.D. (Nursing)

ABSTRACT

Cancer is a complex problem affecting both people with cancer and their families. Family caregivers takes an important role in caring for people with cancer at home, and this role can induce stress. This research synthesis aimed to study helpful methods of stress management for family caregivers of people with cancer. Empirical research in related literature published both in Thailand and abroad from 1996-2008 was analyzed and synthesized. In total, 16 full texts were drawn from 540 titles.

The results revealed that during stress, family caregivers use emotional-focus coping, problem-focus coping or both. Stress management techniques were applied by caregivers. The research synthesis recommends the use of five methods drawn from six stress management programs. These methods are the Anapanasati relaxation technique together with Ariyasacca's problem-solving, teaching, teaching of stress management skills, home visits, counselling, and using the knowledge of caring persons. These techniques have assisted family caregivers to increase positive emotion, adaptation ability, and quality of life, and to decrease stress and anxiety. The study suggests a way to develop a stress management program to help family caregivers of people with cancer and other chronic illnesses.

KEY WORDS: FAMILY CAREGIVER / STRESS MANAGEMENT / PERSONS WITH CANCER

121 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	7
1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง	8
1.1 ความหมาย สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็ง	8
1.2 ลักษณะอาการ และอาการแสดงของโรคมะเร็ง	9
1.3 ภาวะแทรกซ้อน	10
1.4 การรักษา	11
2. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล	13
2.1 ความหมายและความสำคัญของญาติผู้ดูแล	13
2.2 ลักษณะของญาติผู้ดูแล	14
2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของญาติผู้ดูแล	14
2.4 ผลกระทบจากการเป็นญาติผู้ดูแล	18

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3. ความเครียดและการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง	20
3.1 ความหมายของความเครียด	21
3.2 สาเหตุของความเครียด	22
3.3 ระดับของความเครียด	24
3.4 กลไกและผลของความเครียด	25
3.5 ลักษณะและความหมายของการจัดการความเครียด	28
3.6 บทบาทของพยาบาลต่อการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียด	32
ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง	
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	35
บทที่ 4 ผลการศึกษา	41
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	54
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	62
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	65
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	76
เอกสารอ้างอิง	88
ภาคผนวก	96
ประวัติผู้ศึกษา	121

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	ตารางแสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 37
2	ตารางแสดงงานวิจัยที่นำมาใช้ในการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของ ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง 42
3	ตารางแสดงงานวิจัยที่นำโปรแกรมมาใช้ในการช่วยเหลือในการจัดการกับ ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง 45
4	ตารางแสดงงานวิจัยที่จำแนกวิธีการช่วยเหลือจากโปรแกรมในการจัดการกับ ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง 48

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับชาติและนานาชาติ เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2003-2008 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจากโรคหัวใจ (American Cancer Society, 2008) สำหรับประเทศไทยนับจากปี พ.ศ. 2542-2549 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มสูงขึ้นจากอัตราการตาย 36.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2542 (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) เป็น 83.1 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2549 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) โดยพบว่าอัตราการตายในเพศชาย 97.7 และในเพศหญิง 68.9 ต่อประชากรแสนคน โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในเพศหญิง คือ โรคมะเร็งที่ตับ ปอด เต้านม ปากมดลูก ช่องปากและคอ ส่วนโรคมะเร็งที่พบในเพศชาย คือ โรคมะเร็งที่ตับ ปอด ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ช่องปาก และต่อมลูกหมาก (กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

ภาวะเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นมะเร็งและครอบครัวโดยตรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคนี้อาจเปลี่ยนแปลง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งซึ่งมีการแพร่กระจายของเซลล์ไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย ก่อให้เกิดปัญหาซับซ้อนและยากลำบากในการดูแล โดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ก่อปรกับผลลัพธ์ของการรักษาที่ไม่แน่นอน จึงส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เข้ามารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล (วิภา วิเสโส, 2550)

ผู้ดูแลแบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือต่อผู้ที่เป็นมะเร็งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง ผู้ดูแลหลัก คือ ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นมะเร็งสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่า ผู้อื่น โดยทำหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวันต่อผู้ที่เป็นมะเร็งโดยตรง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลการรับประทานอาหารและยา ทำแผล และช่วยเหลือการขับถ่าย เป็นต้น ส่วนผู้ดูแลรอง คือ บุคคลที่มีหน้าที่จัดการด้านอื่นหรือการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นครั้งคราว อาทิ เช่น การพาผู้ป่วยไป

ตรวจรักษา หรือมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างแต่ไม่สม่ำเสมอ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) จากการศึกษาของสุริภรณ์ สุวรรณโอสถ (2547) เกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กที่เป็นมะเร็ง พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับปานกลาง ในขณะที่ รุจา ภูโพนุลย์และคณะ (2543) ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการมีบุตรป่วยเป็นมะเร็งต่อครอบครัว พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักมีความรู้สึกเป็นภาระมาก ทั้งนี้ภาระในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งของสมาชิกในครอบครัวจะมากหรือน้อยขึ้นกับความก้าวหน้า อาการและความรุนแรงของโรค ที่ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงเป็นการเพิ่มภาระให้ผู้ดูแล (วารุณี พลิกบัว, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2543) พบว่า หากผู้ที่เป็นมะเร็งมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลงความต้องการเวลาจากญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องปรับบทบาทหน้าที่ และปรับตัวตลอดเวลาเพื่อรองรับกับสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งต้องใช้พลังและทุ่มเทเวลา แรงกายและแรงใจ ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งอย่างต่อเนื่อง (อัจฉรา เอ็นซ์ และปริยา รุ่งโสภาคกุล, 2541) จึงอาจทำให้ญาติผู้ดูแลเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย มีความวิตกกังวลและความเครียดสูง เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องประสบปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง อาทิ การขาดความรู้และทักษะในการดูแล ไม่มีเวลา เหนื่อย และปัญหาการสื่อสารกับผู้ที่เป็นมะเร็ง จากภาระงานที่ต้องเผชิญร่วมกับความเหนื่อยล้าด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง จึงอาจกล่าวได้ว่าญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งเป็นเสมือนผู้ป่วยซ่อนเร้น (invisible patient) (Lubkin & Larsen, 1998: 258)

ผลกระทบจากการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งต่อญาติผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ผลกระทบด้านบวก และผลกระทบด้านลบ ผลกระทบในด้านบวกพบว่า การดูแลทำให้ญาติผู้ดูแลได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำ ส่วนผลกระทบด้านลบพบว่า เกิดผลกระทบต่อจิตใจ ร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ จากการศึกษาของสมนึก สุกุลหงส์โสภณ (2540) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีความเครียดในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 46.7 และมีปัญหาสุขภาพ คิดเป็น ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่คือ ความดันโลหิตสูง รองลงมา คือโรคหัวใจและโรคกระเพาะอาหาร บางครอบครัวประสบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสีย ญาติผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแล เนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของวารุณี พลิกบัว (2549) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 66.7 และพบว่า ร้อยละ 38.9 มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นระหว่างการดูแลอันเนื่องมาจากความเครียด ได้แก่ วิตกกังวล ปวดศีรษะ น้ำหนักลด และนอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ ญาติผู้ดูแลร้อยละ 43.3 มีโรคประจำตัวก่อนเข้ารับการดูแล เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร และไมเกรน

หากญาติผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับความเครียด จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือทำให้อาการของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น ความเครียดดังกล่าวเป็นผลมาจากภาระงานที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งการถูกคาดหวังจากตนเอง ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ที่มุ่งเน้นให้ญาติผู้ดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ที่เป็นมะเร็ง ทำให้ญาติผู้ดูแลขาดโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีร่วมกับสภาวะจิตใจที่รู้สึกท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าคับข้องใจ และความเครียด หากไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้อง จะทำให้ญาติผู้ดูแลเสียสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดปฏิกิริยาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม รวมทั้งการใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตนเอง เพื่อลดความเครียด หากสำเร็จญาติผู้ดูแลจะกลับสู่ภาวะสมดุล แต่ถ้าไม่สำเร็จ อาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด และปัญหาสุขภาพได้ (วาริ กังใจ, 2550)

จากปัญหาดังกล่าว ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อจัดการกับความเครียด ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อม ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตน และบุคคลต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวเพื่อให้เกิดความสมดุลและสวัสดิภาพของชีวิต จึงเห็นได้ว่าความเครียดของบุคคลขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโยชน์ (Resources) ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น โดยผ่านกระบวนการความรู้สึกกึ่งคิดที่จะประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal) เหตุการณ์นั้นว่า ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) มีผลในทางที่ดีกับตนเอง (Benign positive) หรือเป็นภาวะเครียด (Stressful) ที่ทำลาย สุขภาพ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย ร่วมกับการประเมินหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญกับความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) หรือการจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) (Lazarus & Folkman, 1984) การเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ เป็นการแก้ไขที่สาเหตุหรือปัญหาโดยตรง ส่วนการเผชิญความเครียดที่มุ่งการจัดการกับอารมณ์ เป็นความพยายามที่จะบรรเทาความไม่สบายใจที่เกิดจากความเครียด โดยอาจใช้กลไกป้องกันทางจิต หรือวิธีผ่อนคลายความเครียดต่างๆ อาทิ การฟังเพลง สวดมนต์ นั่งสมาธิ เป็นต้น

บุญมาศ จันศิริมงคล (2550) ศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ โดยญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา และเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ร่วมกัน ทั้งนี้หากผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งเลือกใช้การเผชิญความเครียดในทางสร้างสรรค์ โดยการเผชิญกับปัญหา หรือเปลี่ยนการมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย จะก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในการเผชิญกับความเครียด ส่งผลให้

เกิดผลลัพธ์ของการปรับตัว 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ ทำให้สามารถคลี่คลายปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ หากผู้ดูแลไม่สามารถที่จะเผชิญกับความเครียด และภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและครอบครัว อาทิ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยของผู้ดูแล ค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียเวลา และรายได้ของครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540)

การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งให้สามารถจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะช่วยลดความเครียดแก่ญาติผู้ดูแล ส่งผลให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งในประเทศอังกฤษระหว่างปี ค.ศ. 1975 ถึง ค.ศ. 1999 จำนวน 29 เรื่อง โดย พาสาคริตาและแมคคอร์เคิล (Pasacreta & McCorkle, 2000) พบว่ารูปแบบของการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษา และการบำบัดทางจิตใจ และ 3) การให้การดูแลที่สถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและที่บ้าน โดยพบการให้ความรู้ จำนวน 7 เรื่อง การบำบัดทางจิตใจ จำนวน 10 เรื่อง การให้ความรู้และการบำบัดทางจิตใจ จำนวน 8 เรื่อง และการให้การดูแลที่สถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและที่บ้านจำนวน 4 เรื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของโฮเนีย และคณะ (Honea & et al., 2007) ที่ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการลดความรู้สึกล้มเป็นภาระในการดูแลและความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ในประเทศอังกฤษระหว่างปี ค.ศ. 1995 ถึง ค.ศ. 2006 จำนวน 29 เรื่อง พบกิจกรรมทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับการประเมิน ช่วยลดความเครียดและภาระในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมี 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรค 2) การสนับสนุนด้านจิตใจ 3) การสร้างสัมพันธภาพ 4) การสอนการจัดการกับปัญหา 5) การฝึกคิดเชิงบวก 6) การผ่อนคลายความเครียดโดยการนวด 7) การใช้สัมผัสหรือพลังบำบัด 8) การให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาได้พักผ่อน และบางครั้งอาจใช้หลายวิธีรวมกัน ซึ่งทำให้เกิดผลดีต่อการช่วยลดความเครียดและภาระในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

สำหรับประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีหลายวิธี อาทิ การเพิ่มความสามารถในการปรับตัว การให้ความรู้ การฝึกผ่อนคลาย และการปฏิบัติสมาธิ เป็นต้น จากการศึกษาประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียด และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของสมนึก สกุลหงส์โสภณ (2540) พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้านจำนวน 30 ราย ที่ได้รับการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยโดยติดตามเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ลดลงกว่า

สัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) พรทิพย์ อนันตกุล (2544) ศึกษาผลของการฝึกอานาปนสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งพบว่า ความเครียดของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็ง ภายหลังการฝึกอานาปนสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ ต่ำกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่มีบทบาทในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลและผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้าน พบว่าญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง และส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งนี้งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งในการจัดการความเครียด ทั้งในและต่างประเทศมีหลายวิธีการ อาทิ เช่น การคำปรึกษา การให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน การสอนทักษะการเผชิญความเครียด เป็นต้น อย่างไรก็ตามการสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อศึกษาวิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่เหมาะสมตามบริบทของสังคมไทยและเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งญาติผู้ดูแลและผู้ที่เป็นมะเร็ง ทั้งนี้ยังขาดการวิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อเสนอแนวทางในการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง
2. เพื่อศึกษาลักษณะการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง
3. เพื่อศึกษาวิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบวิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง
2. พยาบาลสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

นิยามศัพท์

ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยอาจเป็นผู้สืบสายโลหิต สามิหรือภรรยา หรือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับสามิหรือภรรยา และเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางด้านร่างกายและจิตใจ และการดูแลในภาวะที่เจ็บป่วยแก่ผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้าน รวมทั้งการช่วยเหลือในด้านอื่นๆ เป็นครั้งคราวหรือต่อเนื่องโดยไม่รับค่าตอบแทน

ญาติผู้ดูแลหลักผู้ที่เป็นมะเร็ง หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยอาจเป็นผู้สืบสายโลหิต สามิหรือภรรยา หรือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับสามิหรือภรรยา และเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง สม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าญาติผู้ดูแลคนอื่นๆ โดยทำหน้าที่สนับสนุนทางด้านร่างกายและจิตใจ และการดูแลในภาวะที่เจ็บป่วยแก่ผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้าน ตลอดจนการช่วยเหลือผู้ที่เป็นมะเร็งในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลกิจวัตรประจำวัน สุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานยา การทำแผล เป็นต้น

ญาติผู้ดูแลรองผู้ที่เป็นมะเร็ง หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยอาจเป็นผู้สืบสายโลหิต สามิหรือภรรยา หรือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับสามิหรือภรรยา และผู้ที่ทำหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยในด้านอื่นๆ อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น การดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวแทนญาติผู้ดูแลหลัก การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ หรือเป็นผู้ช่วยของญาติผู้ดูแลหลัก

ความเครียด หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลประเมิน คาดการณ์ ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง

การจัดการกับความเครียด หมายถึง วิธีการที่ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อที่จะเผชิญกับความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ หรือทั้งสองวิธี

การช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง หมายถึง วิธีการที่พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพให้การสนับสนุนและส่งเสริมญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ในการจัดการความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีทั้งในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์เกี่ยวกับการช่วยเหลือญาติในการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยนำความรู้และทฤษฎีต่างๆ รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ในประเด็นดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

- 1.1 ความหมาย สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็ง
- 1.2 ลักษณะ อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็ง
- 1.3 ภาวะแทรกซ้อน
- 1.4 การรักษา

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับญาติผู้ดูแล

- 2.1 ความหมายและความสำคัญของญาติผู้ดูแล
- 2.2 ลักษณะของญาติผู้ดูแล
- 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของญาติผู้ดูแล
- 2.4 ผลกระทบจากการเป็นญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 ความเครียดและการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

- 3.1 ความหมายของความเครียด
- 3.2 สาเหตุของความเครียด
- 3.3 ระดับของความเครียด
- 3.4 กลไกและผลของความเครียด
- 3.5 ความหมาย และลักษณะของการจัดการกับความเครียด
- 3.6 บทบาทของพยาบาลต่อการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และส่งผลกระทบทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อผู้ที่เป็นมะเร็งและครอบครัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนค่ารักษาพยาบาล ภาระในการดูแล และความสูญเสียชีวิต

1.1 ความหมาย สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็ง

มะเร็ง หมายถึง เซลล์ หรือกลุ่มเซลล์ที่มีการแบ่งตัว และเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มากกว่าเซลล์ปกติของร่างกาย กดเบียดทับ หรือแพร่กระจายไปเนื้อเยื่อใกล้เคียงอื่นๆ ผ่านต่อมน้ำเหลือง และกระแสโลหิต โดยอยู่เหนือการควบคุมของร่างกาย ทำให้อวัยวะสำคัญถูกทำลาย และผู้ที่เป็นจะเสียชีวิตในที่สุด (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2543; พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2549; วัลภา ผิวทน, 2546)

สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็ง

สาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยส่งเสริมทั้งภายในและภายนอก ร่างกาย ปัจจัยภายใน เช่น พันธุกรรม และความเครียด โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงของสารพันธุกรรมหรือดีเอ็นเอมีบทบาทสำคัญในการเกิดมะเร็ง อาทิ บุคคลที่มีความผิดปกติของโครโมโซมแบบ Trisomy 21 จะมีโอกาสเกิดเป็นมะเร็งของเม็ดโลหิตขาว (Leukemia) เพิ่มขึ้น และพบว่าในผู้ที่มีประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 3 เท่า (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2543: 18)

สำหรับปัจจัยภายนอกพบว่าสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ รังสี สารเคมีต่างๆ และไวรัส ซึ่งสามารถกระตุ้นเนื้อเยื่อทุกชนิดให้เป็นมะเร็ง ทั้งนี้ขึ้นกับความไวในการเกิดมะเร็งของเนื้อเยื่อร่างกายของแต่ละบุคคล เนื้อเยื่อที่ไวต่อการกระตุ้นมากที่สุดคือ ไขกระดูก เต้านม และต่อมธัยรอยด์ ในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาโรคมะเร็ง และกระดูกไขสันหลังอักเสบ จะมีโอกาสเกิดเป็นมะเร็งเม็ดโลหิตขาวมากกว่าปกติ รังสีอัลตราไวโอเลตจากแสงแดด มีส่วนทำให้เกิดมะเร็งผิวหนัง การประกอบอาชีพอุตสาหกรรม และมลพิษทางอากาศ บุหรี่ แอลกอฮอล์ ยา และอาหารที่มีสารพิษปนเปื้อนหรือสารก่อมะเร็ง อาจทำให้บุคคลได้รับสารเคมี อาทิ ตะกั่ว สารหนู สารประกอบไฮโดรคาร์บอนต่างๆ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ เช่น มะเร็งปอด ตับ ลำไส้ เป็นต้น นอกจากนี้จากการศึกษาบทบาทของไวรัสชนิดต่างๆ พบว่า

ไวรัสตับอักเสบบอาจเป็นสาเหตุของมะเร็งตับ และมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับไวรัสชนิด Herpes Simplex Virus II (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2543: 18-23; พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2549: 15-16)

ดังนั้นการหลีกเลี่ยงปัจจัยส่งเสริมการเกิดมะเร็ง จะช่วยให้บุคคลสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ส่วนผู้ที่เป็มะเร็งแล้วอาจช่วยชะลอการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ทำให้ชะลอการดำเนินของโรค และภาวะแทรกซ้อน

1.2 ลักษณะ อาการและการแสดงของโรคมะเร็ง

ผู้ที่เป็นมะเร็งมีลักษณะอาการและการแสดงแตกต่างกันไป ตามพยาธิสภาพของโรค อวัยวะที่เป็นโรค และระยะการดำเนินของโรค ความผิดปกติที่พบส่วนใหญ่คือความไม่สุขสบายของร่างกาย ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายที่ผิดปกติ ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจ ความผิดปกติทางร่างกายที่พบ ได้แก่ (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541; ปาริฉัตร กุลยาบาล, 2550; วัลภา ผิวทน, 2546)

1.2.1 อาการเจ็บปวด เกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ เช่น ไปที่กระดูกไขสันหลังทำให้ปวดหลัง อุดตันที่ลำไส้ ทำให้ลำไส้ถูกยืดขยายและปวดท้อง อาการปวดมักเกิดจากการอุดตัน การขาดเลือดไปเลี้ยง เนื้อเยื่อถูกทำลาย การอักเสบ และการกดทับ นอกจากนี้ความกลัวอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการปวด (ปาริฉัตร กุลยาบาล, 2550:18)

1.2.2 อาการคลื่นไส้และอาเจียน เกิดจากความผิดปกติในทางเดินอาหาร ในสมองและสารเคมีในเลือด ตลอดจนผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด ยาบางชนิด นอกจากนี้อาจเกิดจากความไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความกลัว วิดกกังวล เห็นภาพหรือการได้กลิ่นรบกวน เป็นต้น

1.2.3 การขับถ่ายผิดปกติ เกิดจากสาเหตุหลายประการทั้งจากความผิดปกติของโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และพฤติกรรมสุขภาพ อาการท้องผูกพบประมาณร้อยละ 50 และเป็นปัญหาที่รักษาได้ยากกว่าการบรรเทาอาการเจ็บปวด (Twycross, 1986 อ้างใน ชูชื่น ผลชีวิน, 2541: 15) รวมทั้งยาเคมีบำบัดกลุ่มวินคาร์อัลคาลอยด์จะมีผลต่อเส้นประสาทบริเวณลำไส้ ทำให้ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ นอกจากนี้การวิตกกังวลและซึมเศร้าอาจทำให้เกิดอาการท้องผูก (ปาริฉัตร กุลยาบาล, 2550: 25)

1.2.4 การหายใจลำบาก เกิดจากพยาธิสภาพของโรค และภาวะแทรกซ้อน เช่น การคั่งของสารน้ำในช่องท้อง เยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น

1.2.5 การติดเชื้อ เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ อาจเป็นผลจากการได้รับรังสีรักษา หรือ เคมีบำบัด ที่มีผลข้างเคียงในการกดภูมิคุ้มกันของร่างกาย หรือผู้ป่วยที่มีคลื่นไส้ อาเจียน

เบื่ออาหาร ทำให้เกิดภาวะพร่องโภชนาการ โดยเฉพาะโปรตีน ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของภูมิคุ้มกันของร่างกาย

1.2.6 การพอมเหงื่อ เกิดจากการรับประทานอาหารและการดูดซึมอาหารได้น้อยลง รวมทั้ง อาการเบื่ออาหารและการรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง โดยมีความทนต่อรสหวานเพิ่มขึ้น แต่ทนรสขมลดลง จึงรู้สึกว่าการรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารพวกเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง

1.2.7 ภาวะช็อคและเลือดออกง่าย พบว่าประมาณร้อยละ 6 เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยมะเร็ง เกิดจากการกดการทำงานของไขกระดูกจากการบุกรุกของเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดการเสียเลือดจากเม็ดเลือดแดงแตกง่ายและอายุสั้น ในบางรายอาจมีแผลมะเร็งเรื้อรัง ทำให้เสียเลือดเช่นกัน

1.2.8 อาการอ่อนเพลีย พบได้มาก ร้อยละ 82 ของผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือการได้รับยาบางชนิด เป็นต้น

1.2.9 การนอนไม่หลับ สับสน เพื่อ เกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปที่สมอง มีความผิดปกติของสารเคมีในเลือด หรือความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด วิดุกกังวล เป็นต้น

ลักษณะอาการที่แตกต่างกันในผู้ที่เป็นมะเร็ง ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งต้องเรียนรู้และเข้าใจภาวะต่างๆ เพื่อให้สามารถดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่เกิดจากโรคมะเร็ง

1.3 ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็ง แบ่งตามอาการที่สำคัญในอวัยวะที่สำคัญ (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541; ปาริฉัตร กุลยาบาล, 2550; วัลภา ผิวทน, 2546) ดังนี้

1.3.1 ระบบผิวหนัง เริ่มจากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ปาน หรือจุดด่างกระในผู้สูงอายุ โดยจะมีอาการคัน แดงเป็นแผลแล้วไม่หายขาด ขอบแผลอาจมีสีดำในระยะหลังจะโตเร็วมากและมีเลือดออก

1.3.2 ระบบทางเดินอาหาร ในช่องปากจะเริ่มมีฝ้าขาว และแตกเป็นแผล บริเวณหลอดอาหารจะเริ่มเจ็บเวลากิน กลืนลำบาก บริเวณกระเพาะอาหารเริ่มเป็นแผล ปวดท้อง ท้องอืดแน่น ท้อง อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระมีสีดำ ท้องผูกสลับท้องเดิน อุจจาระเป็นมูกเลือด

1.3.3 ระบบทางเดินหายใจ มีอาการเสียงแหบ ไอ มีเสมหะปนเลือด เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย หน้าและคอววม

1.3.4 ระบบต่อมน้ำเหลือง จะมีก้อนจากการโตของต่อมน้ำเหลืองโดยเฉพาะบริเวณขาหนีบ และช่องท้อง

1.3.5 ระบบเลือด จะมีอาการชีดจากเลือดออกง่าย โดยเฉพาะผิวหนังจะเป็นจ้ำๆ ได้ง่าย

1.3.6 ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ในเพศหญิง เริ่มจากมีแผล หรือคันบริเวณอวัยวะเพศ มีตกขาว หรือมีเลือดออกจากช่องคลอด มีอาการผิดปกติของประจำเดือน ในเพศชายจะมีแผลที่อวัยวะเพศคล้ายแผลจากกามโรค มีปัสสาวะขัด พบก้อนที่อัณฑะ เป็นต้น

มะเร็งนอกจากจะลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จึงส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นมะเร็ง ทำให้ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลรักษา

1.4 การรักษา

การรักษาโรคมะเร็งมีจุดมุ่งหมาย 2 ประการคือ

1.4.1 เพื่อหวังให้โรคหายขาด สามารถรักษาได้เฉพาะมะเร็งบางชนิดในระยะแรก หรือมะเร็งที่เกิดเฉพาะที่ ยังไม่ลุกลามไปอวัยวะอื่น การผ่าตัดและการใช้รังสีเป็นการรักษาที่สำคัญ ต้องกระทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หากสามารถเอาออกได้หมดอาจหายขาดได้ โดยเฉพาะตำแหน่งที่ศีรษะ คอ และผิวหนัง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544: 14)

1.4.2 เพื่อประคับประคองหรือบรรเทาอาการชั่วคราว ในรายที่เป็นมากแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาด การรักษาแบบประคับประคองจึงเป็นเป้าหมายหลัก เพื่อให้ผู้ที่เป็นมะเร็ง และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยต้องเลือกวิธีที่สอดคล้องกับความต้องการและเหมาะสมกับผู้ที่เป็นมะเร็งแต่ละราย อาทิ รังสีรักษา เคมีบำบัด และการผ่าตัด (Butler et al., 1993 อ้างใน ชูชื่น ผลชีวิน, 2541: 16)

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมี 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา

การผ่าตัด หมายถึง การตัดชิ้นเนื้อ หรือส่วนของอวัยวะที่เกิดเซลล์มะเร็ง เพื่อลดการเจริญเติบโต หรือการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น (วัลภา ผิวทน, 2546: 23)

การให้ยาเคมีบำบัด หมายถึง การรักษาโรคด้วยยา หรือสารเคมีที่ยับยั้งการเจริญเติบโต หรือการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น โดยการฉีด หรือรับประทานเข้าสู่ร่างกาย (วัลภา ผิวทน, 2546: 23; ปาริฉัตร กุลยาบาล, 2550: 20)

การใช้รังสีรักษา หมายถึง การใช้รังสีเพื่อการรักษาที่แหล่งกำเนิดอยู่ชนิดเดียวโรค ทำให้ได้ปริมาณรังสีสูงที่บริเวณรอยโรค โดยการใช้สารกัมมันตรังสีต่างๆกัน ได้แก่ สาร

กัมมันตรังสีเรเดียม สารกัมมันตรังสีซีเซียม ในปัจจุบันใช้สารรังสีที่มีความจำเพาะของรังสีสูง มีอัตราการให้ปริมาณรังสีต่อหน่วยเวลาสูง ได้แก่ โคบอลต์-60 ทำให้เวลาที่ใช้ในการรักษาลดลง ซึ่งให้ผลดี มีความสะดวกมากขึ้น เช่น การสอดใส่แร่ในโพรงหลังจมูกและหลอดอาหาร เป็นต้น (วัลภา ผิวทน, 2546: 23)

อย่างไรก็ตามการรักษาโรคมะเร็งโดยวิธีดังกล่าว ส่วนใหญ่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

1.4.1 การผ่าตัด อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อาทิ ช็อคจากการเสียเลือด คลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดมีการติดเชื้อ การสูญเสียอวัยวะในการผ่าตัดบางอย่าง เช่น ตา ในผู้ที่เป็นมะเร็งที่ตา (Retinoblastoma) (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544: 14-15)

1.4.2 รังสีรักษา พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง คอแห้ง ท้องเดิน การติดเชื้อเนื่องจากเม็ดเลือดขาวต่ำ ผمร่วง ซึ่งพบว่าการรักษาระยะยาวมีผลต่อระบบต่อมไร้ท่อในส่วนที่ติดต่อระหว่างฮอโมนจากต่อมฮัยโปทาลามัสกับต่อมใต้สมอง ต่อมไทรอยด์ และอวัยวะสืบพันธุ์ การฉายรังสีบริเวณช่องท้องทำให้เป็นหมันหรือมีความผิดปกติของฮอโมน (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2543: 55-64; พรทิพย์ อนันตกุล, 2544: 19)

1.4.3 การให้ยาเคมีบำบัด ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผمร่วง การระคายเคืองเฉพาะที่จากการอักเสบของหลอดเลือดดำ หรือเซลล์ในตำแหน่งที่ฉีดยา และทำให้เนื้อตายถ้ายาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดทุกชนิดยังกดการทำงานของไขกระดูก ก่อให้เกิดการติดเชื้อง่ายเนื่องจากเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะเลือดหยุดยากเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ โลหิตจางเนื่องจากเม็ดเลือดแดงต่ำหรือแตกง่าย ผลกระทบในระยะยาวคือพิษต่อตับ ระบบประสาท หัวใจ และปอด (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544: 19-20)

โรคมะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่มักได้รับผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียาดีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่พร่องและปรับประคับประคองจิตใจแก่ผู้ที่เป็นมะเร็ง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลที่บ้านมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยทำหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวัน สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ที่เป็นมะเร็งอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลดังกล่าวอาจก่อให้เกิดภาวะเครียดและผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล จนอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแล

2.1 ความหมายและความสำคัญของญาติผู้ดูแล

ในปัจจุบันสถานดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีจำกัด เนื่องจากสถานพยาบาลของรัฐสามารถรองรับผู้ที่เป็นมะเร็งเฉพาะที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ที่ต้องให้การดูแลรักษาเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤติ เมื่อมีอาการดีขึ้นหรือคงที่ ผู้ที่เป็นมะเร็งจะได้รับการจำหน่ายจากสถานพยาบาล เพื่อให้ญาติและครอบครัวดูแลต่อไป ขณะเดียวกันนโยบายทางด้านสาธารณสุขและสังคม ได้มีการส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Community care) เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ตนคุ้นเคย ลดการย้ายเข้ามาอยู่ในสถานพยาบาล และช่วยลดต้นทุนในการให้บริการสุขภาพ ดังนั้นผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีอาการคงที่หรือไม่รุนแรง แม้ว่าบางรายอาจช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ จึงต้องได้รับการดูแลจากญาติผู้ดูแลและครอบครัวที่บ้าน ทั้งการช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีสุขภาพปกติตามภาวะของโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิต トラาจนระยะสุดท้ายของชีวิต จึงเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ที่เป็นมะเร็ง ทั้งนี้มีผู้ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลไว้หลายความหมายดังนี้

เดวิส (Davis, 1992 อ้างใน ศิริพรรณ ปีติมานะอารี, 2550: 15) กล่าวว่าญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลผู้ซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้าง แต่มีความสำคัญในการดูแลผู้ซึ่งเจ็บป่วย อ่อนแอ หรือต้องการการพึ่งพาที่บ้านหรือในชุมชน เช่นเดียวกับ แคร่ (Carers, 2005: 1 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2543: 285) ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลว่าเป็น บุคคลที่ให้การดูแลญาติ หรือเพื่อนที่เจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ญาติผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตใจ และการดูแลเฉพาะโรค (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) ทั้งนี้ ศิริพันธุ์ สาสัคย์ (2543) กล่าวเพิ่มเติมว่า ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์

กับผู้ป่วยในลักษณะเครือญาติ ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่เจ็บป่วย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น และไม่ได้รับค่าจ้างหรือรางวัลตอบแทน

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยอาจเป็นผู้สืบสายโลหิต สามีหรือภรรยา หรือผู้ที่เป็นญาติทางสามีหรือภรรยา และเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางด้านร่างกายและจิตใจ และการดูแลในภาวะที่เจ็บป่วยแก่ผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้าน รวมทั้งการช่วยเหลือในด้านอื่นๆ เป็นครั้งคราวหรือต่อเนื่อง โดยไม่รับค่าตอบแทน

2.2 ลักษณะของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลแบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้แก่ผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภท (Horowitz, 1985: 201 อ้างใน วิภา วิเสโส, 2550: 8) ดังนี้

2.2.1 ญาติผู้ดูแลหลัก (main /major/primary family caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง สม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าญาติผู้ดูแลคนอื่นๆ โดยทำหน้าที่สนับสนุนทางด้านร่างกายและจิตใจ และการดูแลในภาวะที่เจ็บป่วยแก่ผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้าน ตลอดจนการช่วยเหลือผู้ที่เป็นมะเร็งในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลกิจวัตรประจำวัน สุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานยา การทำแผล เป็นต้น

2.2.2 ญาติผู้ดูแลรอง (secondary family caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยในด้านอื่นๆ อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวแทนญาติผู้ดูแลหลัก การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก

ญาติผู้ดูแลหลักจึงเป็นผู้รับภาระต่างๆ ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมากกว่าญาติผู้ดูแลรอง และอาจเกิดความเครียดและรับผลกระทบต่างๆ มากกว่าญาติผู้ดูแลรอง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543)

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของญาติผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นสิ่งที่ท้าทาย เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ และภาระทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ภาระดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) ดังนี้

2.3.1 ลักษณะส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ระดับการศึกษา และความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าญาติผู้ดูแลมักเป็นผู้ที่อายุมาก และเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เช่น ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) พบว่า ญาติ

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.5 มีอายุระหว่าง 18-73 ปี ญาติผู้ดูแลที่อายุน้อยกว่าจะมีประสบการณ์ในชีวิตมาก ส่งผลให้กระบวนการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา การอดทนต่อภาวะเครียดดีกว่าและมีปัญหาทางจิตใจน้อยกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อย และการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งอาจดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลที่อายุน้อยกว่ามีสุขภาพเสื่อมไปตามวัย จึงมักประสบปัญหาทางด้านสุขภาพ (Carey et al, 1991 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543: 308) เช่นเดียวกับวรรณรัตน์ ลาวัณ (2548) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออก มีอายุระหว่าง 12-82 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.1 เนื่องจากผู้หญิงเป็นเพศที่ถูกคาดหวังว่ามีหน้าที่หลักในการดูแลผู้อื่น และเพศหญิงจะทำหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย รวมทั้งญาติผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้ดูแลงานบ้าน และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน เช่น เด็กเล็ก หรือ ผู้สูงอายุ ดังนั้นการรับบทบาทของญาติผู้ดูแลจึงปรับตัวได้ง่ายกว่าเพศชาย ซึ่งถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้เพื่อเลี้ยงดูครอบครัว หากต้องรับบทบาทของญาติผู้ดูแลจะก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวมากกว่าเพศหญิง

ด้านฐานะเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น บางครอบครัวต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย หรือทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มรายได้ของครอบครัว จากการศึกษาของออร์โรเดนเกอร์ (Orodenker, 1990: 58-69 อ้างใน สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540: 121) พบว่าญาติผู้ดูแลที่รับบทบาทในการหารายได้ของครอบครัวและดูแลผู้ป่วยจะเกิดภาวะเครียด เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทำให้ไม่สามารถออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ ส่วนญาติผู้ดูแลที่ต้องหยุดทำงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยจะทำให้สูญเสียรายได้

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยพบว่าญาติผู้ดูแลมักเกิดความไม่แน่ใจต่อความเจ็บป่วย (Uncertainly in illness) หรือในสิ่งที่ปฏิบัติกับผู้ที่เป็นมะเร็งเนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ก่อให้เกิดความไม่แน่ใจว่าดูแลผู้ป่วยถูกต้องหรือไม่ ทำให้เกิดภาวะเครียด และความคับข้องใจ หากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลที่เป็นความรู้ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งอย่างถูกต้องและเพียงพอ ทำให้เกิดความรู้สึกลำบากในการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น (นุจนิษฐ์ มณีรัตน์, 2550) ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง จะมีการใช้เหตุผล และวิธีการแก้ปัญหาได้ดี ตลอดจนรู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของแอนโทนอนอฟสกี (Antonovsky, 1982: 124-5 อ้างใน ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541: 85) ที่พบว่าการศึกษช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ สติปัญญา ความคิดอ่านอย่างมีเหตุผล และนำสิ่งที่ได้รับรู้มาใช้ในสถานการณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้เพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลก เช่นเดียวกับการศึกษาของกิฟเวนและคณะ (Given et al., 1993

อ้างใน ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541: 86) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่มองโลกในแง่ดี รับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์ มีความซึมเศร้าต่ำ ประเมินผลกระทบของการดูแลต่อภาระงานประจำวันและสุขภาพของตนเองน้อยกว่าญาติผู้ดูแลที่มองโลกในแง่ร้าย

2.3.2 ภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบต่อผู้ที่เป็นมะเร็ง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) ที่มีข้อจำกัดหรือความพร่องทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical or functional impairment) ปัญหาความพร่องทางความคิดและสติปัญญา (Cognitive impairment) หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น และการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ของผู้ที่เป็นมะเร็ง ก่อให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการแก้ไขปัญหา สาเหตุดังกล่าวจึงเป็นผลนำไปสู่กิจกรรม หรือภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องกระทำแก่ผู้ที่เป็นมะเร็ง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) ได้แก่

1) การให้การดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ การดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย การทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้าและที่อยู่อาศัย การพักผ่อน รวมทั้งปัญหาทางพฤติกรรม เป็นต้น

2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and psychology support) เช่น ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงประสบการณ์หรือเหตุการณ์ ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

3) การประสานงานในการติดต่อเจรจา หรือติดต่อกับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อการรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงาน เพื่อลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาตามการแพทย์สมัยใหม่ และการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ที่เป็นมะเร็ง การรับส่งผู้ที่เป็นมะเร็งไปรักษา โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากสถานบริการทางสุขภาพต่างๆ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลบางรายอาจต้องช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้ป่วย

ภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบต่อผู้ที่เป็นมะเร็งจะแตกต่างกันตามลักษณะความพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ที่เป็นมะเร็ง บทบาทของญาติผู้ดูแล และบทบาทในครอบครัวของญาติผู้ดูแล ที่อาจมีหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน อาทิ ต้องทำหน้าที่บุตรในการดูแลบิดาหรือมารดาที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องทำหน้าที่แม่ดูแลบุตรและหน้าที่ภรรยาในขณะเดียวกัน รวมทั้งความต้องการของสมาชิกแต่ละคนอาจไม่สอดคล้องกัน ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการกิจตลอดวัน เพื่อสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคน จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กที่เป็นมะเร็ง ของ สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ (2547) พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับปานกลาง ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการมีบุตรที่เป็นมะเร็งต่อครอบครัวของ รุจา ภูไพบูลย์

และคณะ (2543) พบว่า ญาติผู้ดูแลหลักมีความรู้สึกละเป็นภาระมาก นอกจากนี้วารุณี พลิกบัว (2549) พบว่าภาระในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งของสมาชิกในครอบครัวจะมากหรือน้อย ขึ้นกับความก้าวหน้าของโรคและอาการของโรคที่ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีภาระเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธุ์ สารัตย์ (2543) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลงเท่าไร ยิ่งต้องการเวลาจากญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือเพิ่มขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องปรับบทบาทหน้าที่ และปรับตัวตลอดเวลาเพื่อรองรับสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งต้องใช้พลังและทุ่มเทเวลา แรงกายและแรงใจในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งอย่างต่อเนื่อง (อัจฉรา เอ็นซ์ และ ปรียา รุ่งโสภาคกุล, 2541)

2.3.3 ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ที่เป็นมะเร็ง สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อภาระของญาติผู้ดูแล หากมีความสัมพันธ์ที่ดี ญาติผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจในการดูแล และไม่รู้สึกละเป็นภาระ แต่ถ้าสัมพันธภาพไม่ดี ญาติผู้ดูแลจะเกิดความเครียดได้ เนื่องจากการเป็นไปตามหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ จึงรู้สึกเหมือนเป็นภาระ ส่วนญาติผู้ดูแลที่แต่งงานแล้วและต้องดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ที่เป็นบิดาหรือมารดาของกลุ่มสมรส ทำให้ต้องรับภาระหน้าที่ต่างๆ เพิ่มขึ้น จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น (ศิริพันธุ์ สารัตย์, 2543) ทั้งนี้การศึกษาของชูชื่น ชีวพูนผล (2541) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งเป็นกลุ่มสมรส คิดเป็น ร้อยละ 53 ประกอบด้วยภรรยา ร้อยละ 46 และสามีร้อยละ 7 มีสัมพันธภาพระหว่างกันดี มีความรู้สึกละเป็นภาระในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีความรู้สึกละมุ่งมั่นและเต็มใจที่จะช่วยเหลือกลุ่มสมรสของตน

2.3.4 ระยะของโรคมะเร็ง ผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะแรกจะส่งผลต่อภาระในการดูแลน้อยกว่าผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม จากการศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลามจะมีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่างๆ ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง จึงเป็นการเพิ่มภาระในการดูแล และก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลเพิ่มมากกว่าการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะแรก

ลักษณะของผู้ที่เป็นมะเร็ง สภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ที่เป็นมะเร็ง ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ดูแล มี 2 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านร่างกายและพฤติกรรมด้านจิตใจ และอารมณ์

1) พฤติกรรมด้านร่างกาย ได้แก่ ปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การกลืน ลำบาก การพูดลำบาก ลำคัก อาการปวด ชัก ความรู้สึกละอ่อนแรง ท้องผูก ท้องร่วง

2) พฤติกรรมด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีพฤติกรรมแบบเด็กๆ สับสน ร้องขอความช่วยเหลือตลอดเวลา การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ที่เป็นมะเร็ง ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแล การที่ต้องเผชิญกับภาระงานที่หนักและสภาพปัญหาอย่างต่อเนื่อง เป็นประจำทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย รู้สึกเครียดและพยายามแสวงหาความช่วยเหลือต่างๆ ทั้งจากเพื่อนและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ

2.3.5 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง ญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับของความเครียดต่างกัน ญาติผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพเปราะบางหรือมีความเจ็บป่วย จะรู้สึกว่ามีการละเลยในการดูแลผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งมากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี จากการศึกษาของวรรณรัตน์ ลาวัณ (2548) พบว่า 1 ใน 4 ของญาติผู้ดูแลมีโรคประจำตัว อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน รองลงมา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบ คือ อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของวารุณี พลิกบัว (2549) พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 43.3 มีโรคประจำตัวก่อนเข้ารับการดูแล ส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร และไมเกรน สอดคล้องกับการศึกษาของลักกินและเพย์นี (Lubkin & Payne, 1998: 264 อ้างใน ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนมากเป็นเพศหญิง และป่วยเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งร้อยละ 38.9 มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นระหว่างการดูแลอันเนื่องมาจากความเครียด ได้แก่ วิดกกังวล ปวดศีรษะ น้ำหนักลด และนอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลที่มีสุขภาพไม่ดี ที่ต้องรับภาระดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งในครอบครัว ทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความเครียด

2.4 ผลกระทบจากการเป็นญาติผู้ดูแล

การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้านนั้น เป็นภาระที่หนัก มีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจของญาติผู้ดูแล จนญาติผู้ดูแลอาจกลายเป็นผู้ป่วย โดยที่ผู้อื่นอาจมองไม่เห็น เรียกว่า ผู้ป่วยแฝง (invisible/hidden patient) (Lubkin & Larsen, 1998: 258) ทั้งนี้ Department of Social Change and Mental Health ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) แบ่งผลกระทบจากการเป็นญาติผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.4.1 ด้านจิตใจ (psychological problems) การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระและความเครียดอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน จึงส่งผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เศร้า (sad) ความโกรธ (angry) ความรู้สึกผิด (guilt) ความรู้สึกอับอาย (embarrassment) ความเครียด (stress and strain) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (lonely) เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ และรู้สึก

ไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง หรือมีความพร่องในการทำกิจกรรม มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไป หรือเกิดความรู้สึกว่าสูญเสียของรักต่างๆ ที่ผู้ที่เป็นมะเร็งยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากโรคมะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จากการศึกษาของสายพิน ลิขิตเลิศล้ำ (2542) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นพิษสุราเรื้อรังมีอารมณ์เศร้า ร้องไห้ คิดเป็นร้อยละ 63 และมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธโมโห คิดเป็น ร้อยละ 67 เนื่องจากญาติผู้ดูแลอาจรู้สึกโกรธผู้ป่วย โกรธตนเอง หรือโกรธพยาบาล แพทย์ หรือสถานพยาบาล ที่ไม่สามารถรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเอื้ออารีย์ สาริกา (2543) ซึ่งพบญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นจิตเภทร้อยละ 81.9 มีอารมณ์โกรธ และหงุดหงิดง่าย นอกจากนั้นญาติผู้ดูแลร้อยละ 32.3 มีความรู้สึกผิดบาป เนื่องจากบางครั้งญาติผู้ดูแลอาจโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ได้รับความร่วมมือในการดูแลกิจกรรมหรือทำกิจกรรมต่างๆ และรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง ในกรณีผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีอาการสับสนทางสมอง มีปัญหาด้านความจำ หรือมีปัญหาด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ จึงทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกอับอาย นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกเครียดจากภาระงาน บทบาทหน้าที่ที่ต้องเผชิญ และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีโอกาสพบปะเพื่อนจึงเสมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ล้วนส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของญาติผู้ดูแล

2.4.2 ด้านร่างกาย (Physical problems) ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ไม่เพียงได้รับผลกระทบทางจิตใจ ยังได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ จากการศึกษาของรวี เดือนดาว (2547) พบว่าภาระในการดูแลส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (increase in health problems) ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่มักมีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัวร่างกาย เนื่องจากการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้อง และเกินกำลังตนเอง นอกจากนี้ปัญหาปวดหลังอาจแสดงถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุจากภาวะเครียด จึงเป็นสื่อหรือเตือนว่าญาติผู้ดูแลต้องการหยุดพักหรือผ่อนคลายจากการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง เช่นเดียวกับการศึกษาของชูชื่น ชีวพูนผล (2541) พบว่า ภาระการดูแลผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกาย โดยญาติผู้ดูแล ร้อยละ 46 มีปัญหาทางสุขภาพ ได้แก่ หัวใจ มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดเข่า แผลในทางเดินอาหาร ใจสั่น เป็นลม และความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของคาร์ทและแซง (Carte & Chang, 2000 อ้างใน รวี เดือนดาว, 2547: 96) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 95 มีปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอ ทำให้ญาติผู้ดูแลร่างกายทรุดโทรม มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เป็นต้น ส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาและผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ การดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานอาหารและยาไม่เป็นเวลา ส่งผลให้เพิ่มความรุนแรงของโรคประจำตัว และอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ เพิ่มขึ้น

2.4.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socio - economic problems) การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ก่อให้เกิดผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ อาทิ การเปลี่ยนแปลงทางรูปแบบการทำงาน (Change in working pattern) รายได้ลดลง (lower income) ความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) เนื่องจากญาติผู้ดูแลบางรายอาจต้องปรับลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับการในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นมะเร็งทำให้ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ถ้าครอบครัวนั้นไม่มีเงินออมไว้ใช้เวลาเจ็บป่วย ย่อมมีผลกระทบต่อรายจ่ายในครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียดได้ อาทิ การเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา ต้องหยุดงานบ่อย กลับบ้านก่อนเวลา เหนื่อยล้าที่จะทำงาน (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547) หรือ บางรายต้องลาออกจากการประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา ทำให้มีการสูญเสียรายได้ และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเอง อาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัว อย่างไรก็ตามผลกระทบจากการดูแลเหล่านี้ย่อมมีมากน้อยแตกต่างกัน ตามลักษณะอาการและความรุนแรงของโรค (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543)

ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้าน เพื่อให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีความผาสุก รู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข ครอบคลุมวันสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลอาจได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจากบทบาทที่กระทำ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย วิตกกังวล และมีความเครียด หากญาติผู้ดูแลไม่สามารถหาวิธีการในการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ย่อมส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้ที่เป็นมะเร็ง จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง อันจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและผู้ที่เป็นมะเร็ง

ส่วนที่ 3 ความเครียดและการจัดการความเครียด

ความเครียดเกิดได้กับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ของชีวิต หากบุคคลไม่สามารถจัดการกับความเครียด จะส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนคุณภาพการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังนั้นการจัดการกับความเครียดทั้งในด้านการจัดการสาเหตุหรือการจัดการกับอารมณ์ของญาติผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยลดความเครียด เพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

3.1 ความหมายของความเครียด

ความเครียดเป็นประสบการณ์และกระบวนการที่ซับซ้อนของมนุษย์ที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น และอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ จึงเห็นได้ว่าความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ ได้มีผู้ให้ความหมายของความเครียดแตกต่างกันไป อาทิ

ความเครียดในฐานะที่เป็นสิ่งเร้า (Stress as stimulus) ของ ลัคแมนและซอเรนเสน (Luckman & Sorensen, 1984: 10 อ้างใน เกรือวัลย์ ทรัพย์เจริญ, 2542: 13) ซึ่งให้ความหมายความเครียดว่าเป็นสิ่งใดก็ตามที่รบกวนความต้องการขั้นพื้นฐาน หรือคุณภาพสถานะสมดุลของร่างกาย

ความเครียดในฐานะที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย (Stress as Response) ของ เซลเย่ (Selye, 1974: 36-38 อ้างใน สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542: 18) ซึ่งกล่าวว่าความเครียดเป็นสภาวะร่างกายที่เสียสมดุล ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายแบบไม่เฉพาะเจาะจง (non-specific response of the body) ผ่านทางระบบต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกันและระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการทั่วไป (General Adaptation Syndrome: GAS) ได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร

ความเครียดในฐานะที่เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม (Stress as Transaction) ของลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 21) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์เป็นอันตรายต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ ซึ่งการประเมินตัดสินภาวะเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการความรู้สึนึกคิด ที่ขึ้นกับคุณลักษณะของบุคคล เช่น ประสบการณ์ ความคิด ความจำ เมื่อบุคคลประเมินว่ามีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตน และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อการปรับตัว ถ้าเกินกำลังความสามารถ บุคคลก็จะเกิดความเครียด

การประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal) เป็นกระบวนการคิดพิจารณาตัดสินความหมายและความสำคัญของเหตุการณ์นั้นๆ ต่อสวัสดิภาพของตน ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนี้

- 1) การประเมินชนิดปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินความสำคัญ และความรุนแรงของเหตุการณ์ต่อสวัสดิภาพของตนเอง แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) มีผลในทางที่ดีกับตนเอง (Benign positive) และเป็นภาวะเครียด (Stressful) ซึ่งเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm or Loss) คุกคาม (Threat) หรือท้าทาย (Challenge)

- 2) การประเมินชนิดทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น การประเมินชนิดทุติยภูมิ อาจเกิดพร้อมกับการประเมินชนิดปฐมภูมิ

3) การประเมินตัดสินใจใหม่ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมิน เมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ หรือประเมินผลการเผชิญความเครียดที่กระทำแล้ว

จากนิยามดังกล่าวจะเห็นได้ว่า บุคคลจะมีความเครียดเมื่อได้รับสิ่งเร้ามากระตุ้น ที่อาจเกิดจากภายในตัวบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล โดยบุคคลจะให้ความหมายต่อความเครียด โดยการประเมินด้วยสติปัญญาลงถึงว่าสิ่งเร้าดังกล่าว ส่งผลต่อตนเองอย่างไร จากนั้นบุคคลจะใช้กลไกการปรับตัว และดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการรักษาสมดุลของตนเอง ทั้งนี้ความเครียดมีความหมายที่ใกล้เคียงกับ ความวิตกกังวล ซึ่งหมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่นหวาดกลัว อึดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545) แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลกับความเครียดเป็นความรู้สึกที่ใกล้เคียงกันมาก บุคคลอาจเกิดความวิตกกังวลก่อนเกิดความเครียด ทำให้แยกความรู้สึกวิตกกังวลออกจากความเครียดได้ยาก เนื่องจากเป็นเหตุการณ์หรือสภาวะอารมณ์ของบุคคลที่ต่อเนื่องกัน

ความเครียดในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลประเมินการคาดการณ์ หรือวิตกกังวลว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง

3.2 สาเหตุของความเครียด

สาเหตุของความเครียดแบ่งเป็น 2 สาเหตุ ได้แก่ สาเหตุจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคล (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2550) ดังนี้

3.2.1 สาเหตุจากปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ สาเหตุทางกายและสาเหตุทางจิตใจ

สาเหตุทางกาย พบว่าสภาวะทางกายบางประการ ทำให้เกิดความเครียดได้ในลักษณะที่เรียกว่า “ร่างกายเครียด” จากการที่ร่างกายกับจิตใจมีความเกี่ยวข้องกัน ไม่แยกจากกัน ความเครียดทางร่างกายจึงส่งผลให้จิตใจเกิดภาวะเครียด ซึ่งปัจจัยทางร่างกายที่ก่อให้เกิดความเครียดได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางร่างกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ การเจ็บป่วย ลักษณะท่าทางที่ปรากฏเกี่ยวกับโครงสร้างของกล้ามเนื้อผิวหนังและการทรงตัว และภาวะโภชนาการ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุทางกายที่ทำให้เกิดภาวะเครียด โดยความเหนื่อยล้าจากการทำงานอย่างหนัก และการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะอ่อนเพลียเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย ทั้งการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน เช่น การมีไข้สูง อุบัติเหตุ และการเจ็บป่วยเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ลักษณะท่าทางที่ปรากฏเกี่ยวกับโครงสร้างของกล้ามเนื้อผิวหนัง และการทรงตัว เช่น การเดินเขิน วิ่ง นั่ง นอน หากอยู่ในลักษณะที่ไม่เหมาะสม ย่อมก่อให้เกิดความเครียดได้ นอกจากนี้ภาวะโภชนาการได้แก่ ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหารที่จะมีผลต่อ

ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน ไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่เพียงพอหรือมากเกินไป การบริโภคสารบางประเภท อาทิ สุรา บุหรี่ ชา และกาแฟ ตลอดจนสารเสพติดต่างๆ ล้วนทำให้เกิดความเครียด (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543: 13-18)

สาเหตุทางจิตใจ เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ ลักษณะบุคลิกภาพ (Personal Type) การเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต (Life Event) ความขัดแย้งในใจ (Conflict) และ ความคับข้องใจ (Frustration) ลักษณะบุคลิกภาพ (Personal Type) ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย ได้แก่ บุคลิกภาพแบบเอาจริงเอาจังกับชีวิต (Perfectionist) บุคลิกภาพแบบพึ่งพิงผู้อื่น (Dependence) และบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (Impulsive) บุคคลที่มีลักษณะของบุคลิกภาพแบบเอาจริงเอาจังกับชีวิต (Perfectionist) เป็นคนที่ต้องการความสมบูรณ์แบบให้กับทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิต เจาะระเบียบ ขยัน ยึดมั่นต่อกฎเกณฑ์ข้อบังคับ บุคลิกภาพแบบนี้ทำให้บุคคลผู้นั้นต้องทำงานหนักและต้องทำทุกอย่างด้วยตนเอง ส่วนบุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบพึ่งพิงผู้อื่นจะมีลักษณะขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่เข้มแข็ง รู้สึกว่าตนไม่เก่ง ไม่กล้าตัดสินใจ ทำให้เป็นคนวิตกกังวลง่าย มีความวิตกกังวลหวั่นกับอนาคต จะทำอะไรต้องอาศัยผู้อื่นอยู่เสมอ สำหรับลักษณะบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น จะเป็นผู้ที่ใจร้อน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ส่งผลกระทบไปถึงภาวะสมดุลของร่างกายด้วย (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543: 13-26)

การเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต (Life Event) ที่มีผลต่อการทำกิจกรรมของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ การเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว โดยเฉพาะการเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดผลทางลบ ทำให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต จะก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัวและความเครียด เช่น การรักษาโรคมะเร็งที่ไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ ส่งผลกระทบทางลบต่อญาติผู้ดูแลทำให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง เพราะจะต้องคอยปรับตัวต่อปัญหาและภาระในการดูแลตลอดเวลา ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด สำหรับความขัดแย้งในใจ (Conflict) เกิดจากอาการที่บุคคลต้องเผชิญทางเลือกตั้งแต่สองทางเลือกขึ้นไป แต่ต้องเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือการเลือกกระทำในสิ่งที่ไม่ต้องการ แต่ต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543: 13-26) ส่วนความคับข้องใจ (Frustration) หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ ซึ่งอาจเกิดจากความรู้สึกละเลย เช่น ละเลยคนรัก เกียรติยศ ชื่อเสียง ความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกหมดหวัง ไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ ความคับข้องใจอาจเกิดจากความล่าช้าของการไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ความคับข้องใจจากการขาดคุณสมบัติบางประการ ซึ่งเชื่อว่ามีผลเป็นอุปสรรคต่อสถานะ หรือความรู้สึกมีคุณค่าของบุคคล เช่น การขาดทักษะในการทำงานที่รับผิดชอบ เป็นต้น นอกจากนี้สภาวะอารมณ์ที่ไม่ดี อาทิ ความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเศร้า ความทุกข์ใจ ส่งผลให้เกิดอารมณ์เครียด (สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542: 11-16)

3.2.1 สาเหตุจากปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ และสังคมและวัฒนธรรม (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2540)

สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และชีวภาพ ได้แก่ สภาพแวดล้อมและสิ่งมีชีวิตที่อยู่รอบตัว ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่โรงพยาบาลที่แตกต่างจากสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่แตกต่างกัน เช่น การใช้ยาเคมีบำบัด การผ่าตัด ฯลฯ เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อวิถีการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลและทำให้ต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลา ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด

สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม อาจส่งผลให้เกิดภาวะเครียด เนื่องจากญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งต้องปรับบทบาทตามความเชื่อทางสังคม ศาสนาและวัฒนธรรม จากการศึกษาของรุจา ภูไพบูลย์ และคณะ (2543) พบว่า ญาติผู้ดูแล หรือครอบครัวส่วนใหญ่เชื่อว่าโรคมะเร็งมีความรุนแรงอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 80 แสดงให้เห็นว่าครอบครัวทั่วไปจะรู้สึกตระหนกเมื่อทราบว่าบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง ระบุว่าโรคมะเร็ง เป็นโรคที่รุนแรง จึงแสวงหาข้อมูลต่างๆ เพื่อช่วยเหลือบุตร ซึ่งหากความเชื่อไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดอันตราย นอกจากนี้ความเชื่อของสังคมในการรักษาโรคมะเร็งที่แตกต่างกันของสมาชิก อาจทำให้เกิดความขัดแย้งในการดูแล ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด

3.3 ระดับของความเครียด

การรับรู้ความเครียดของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน แม้ว่าจะเผชิญเหตุการณ์เดียวกัน ทั้งนี้ขึ้นกับพื้นฐานของบุคคล ทั้งด้านความสามารถในการปรับตัว ปัจจัยพื้นฐานทางด้านอารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

เจนิส (Janis, 1984: 217 อ้างใน สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542: 21) แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- 1) ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นและจบลงในเวลาอันสั้นเพียงนาทียหรือชั่วโมง ส่วนใหญ่เกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน
- 2) ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) ความเครียดระดับนี้จะรุนแรงเพิ่มขึ้น อาจอยู่นานหลายชั่วโมงหรือเป็นวัน
- 3) ความเครียดระดับสูง (Severe stress) ความเครียดระดับนี้รุนแรงมาก มีอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรืออาจเป็นปี เกิดจากสาเหตุที่รุนแรง หรือหลายสาเหตุร่วมกัน

Sutterley (1981) แบ่งระดับของความเครียดออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่

- 1) ภาวะที่ไม่มีมีความเครียด เป็นภาวะที่จิตสงบ เช่น ภาวะที่บุคคลได้รับยานอนหลับ การนั่งสมาธิระดับลึก
- 2) ภาวะเครียดน้อยที่สุด เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย เช่น การนั่งสมาธิระดับตื้น
- 3) ภาวะเครียดเล็กน้อย เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นเป็นปกติในชีวิตประจำวัน สามารถคาดการณ์ได้ ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต แต่เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัว ทำกิจกรรมและเรียนรู้ได้ดี มีความพร้อมในการปรับตัว
- 4) ภาวะเครียดปานกลาง ภาวะที่บุคคลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ หรือสถานการณ์ที่เป็นอันตราย จะทำให้การรับรู้แคบ ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงอาจมีอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ รู้สึกริษัย
- 5) ภาวะเครียดรุนแรง เป็นภาวะเครียดที่เกิดจากบุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เสริม สับสน มีอาการเจ็บป่วยทางกาย และมีภาวะเหนื่อยล้าทั้งกายและใจ (Burn out)
- 6) ภาวะเครียดสูงสุด เป็นภาวะที่ระบบร่างกาย จิตใจ และอารมณ์เกิดความสูญเสียอย่างสิ้นเชิง บุคคลรับรู้เหตุการณ์ในลักษณะของอันตรายที่หมดทางสู้ ทำให้เกิดภาวะหมดแรง เกิดอาการต่างๆ ของโรคจิต หัวใจอาจหยุดเต้นทันที (Cardiac arrest)

ความเครียดในระดับเล็กน้อยเป็นภาวะของความเครียดที่ไม่มีผลเสียต่อการดำรงชีวิต และเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตเพราะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนอง และมีการปรับตัวที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต ความเครียดในระดับปานกลางนั้นถือเป็นสัญญาณเตือนภัย ซึ่งต้องรีบหาทางขจัดสาเหตุหรือผ่อนคลายความเครียด หากทำได้ในระยะเวลาอันสั้น ร่างกายก็กลับเข้าสู่ภาวะปกติ ถ้าทำไม่ได้จะนำไปสู่ระยะเครียดสูงสุด ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต

3.4 กลไกและผลกระทบของความเครียด

ความเครียดเป็นสิ่งที่คนเราต้องพบเจอในชีวิตประจำวัน ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญต่อสิ่งนั้นๆ และบุคคลจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อความเครียดในด้านต่างๆ ตามมิติทางจิตสังคม 5 ด้าน (Rawlins et al., 1993: 141-148 อ้างใน เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543: 15) ได้แก่

ด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย การหายใจ ชีพจร ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหน้าอกตึง หายใจลำบาก

ด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ทางลบต่างๆ เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด ถูกคุกคาม สูญเสีย โศกเศร้า กลัว โกรธ ไม่ไว้วางใจและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง

ด้านกระบวนการคิด ได้แก่ การรับรู้ ความจำ ขาดสมาธิ ตัดสินใจไม่ดี ความคิดสับสน คิดกลับไปกลับมาในเรื่องเดิม

ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล บทบาททางสังคม ซึ่งแสดงออกในทางตรงข้าม เฉื่อยชา ไม่สนใจ

ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อ แนวคิดเกี่ยวกับศาสนาที่ยึดถือ แสดงออกโดยรู้สึกหมดหวังในชีวิต ท้อแท้ รู้สึกผิด

เซเย่ (Selye, 1976 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544: 96-99) กล่าวว่า การตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดเป็นกลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome: GAS) โดยมีอาการและอาการแสดง 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเตือน (Alarm Reaction) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า หรือ ตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในระยะแรก เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ ไม่เกิน 48 ชั่วโมง ขึ้นกับความรุนแรงของตัวกระตุ้น (Erickson & Swain, 1982 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544: 96) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก และต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะช็อก (Shock phase) และ ระยะต้านช็อก (Countershock phase) โดยระยะช็อก คือระยะแรกที่มีการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของร่างกาย เมื่อบุคคลถูกรบกวนด้วยสิ่งเร้าสมองส่วนคอร์เทกซ์ ส่งคลื่นประสาทไปกระตุ้นพิทูอิทารีส่วนหน้า ผ่านประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก และต่อมหมวกไตให้มีการผลิตฮอร์โมนแกลติโคลามีน คอร์ติคอยด์ คอร์ติโคโทรฟิค และโกนาโดโทรฟิคเข้าสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น ในระยะนี้มีการสลายโปรตีนกล้ามเนื้อ มีการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นและเซลล์ตับมีการหลั่งฮิสตามีนเพิ่มขึ้น มีน้ำและเกลือโซเดียมคั่งระหว่างเซลล์ ระดับ โปแตสเซียมในเลือดสูงขึ้น ส่งผลต่อสมองส่วนกลาง ทำให้การตั้งตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อขยายตัว ในขณะที่หลอดเลือดฝอยส่วนปลายตามผิวหนังและช่องท้องหดตัว ความดันโลหิตจะลดลง ถ้าปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นรุนแรง อาจเกิดอาการช็อกหรือหัวใจหยุดเต้นได้ ถ้าร่างกายไม่พร้อมที่จะปรับตัว ร่างกายก็จะถูกใช้พลังงานหมดภายใน 24-48 ชั่วโมง แต่ถ้าร่างกายมีกลไกป้องกันตนเองก็จะเข้าสู่ระยะต้านช็อก ในระยะนี้ร่างกายเริ่มปรับตัวกลับสู่ภาวะสมดุล โดยดึงกลไกการต่อสู้ของร่างกายมาช่วยเหลือ ต่อมพิทูอิทารีจะขับฮอร์โมนคอร์ติโคโทรฟิคเพิ่มขึ้น ส่วนต่อมหมวกไตจะหลั่งฮอร์โมนสีกูโคคอร์ติคอยด์เพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกาย ร่วมกับการกระตุ้นประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ระบบต่างๆ ของร่างกายเริ่มประสานงานกันอย่างมีระบบ อาการแสดงที่พบ คือ อัตราการเต้นของ

หัวใจเร็วและแรง หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูง คลื่นไส้ อาเจียน ม่านตาขยาย และเหงื่อออกมากผิดปกติ

2) ระยะต่อต้าน (Stage of Resistance) สิ่งมีชีวิตจะปรับตัวอย่างเต็มที่ต่อตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด และผลที่ตามมาคืออาการจะดีขึ้นหรือหายไป ในระยะนี้ต่อมหมวกไตส่วนนอก (Adrenal cortex) จะมีฮอร์โมนเก็บไว้มาก เลือดจะจาง คลอโรไซด์สูง และเซลล์มีการซ่อมแซมทำให้น้ำหนักกลับเข้าสู่ปกติ แต่อย่างไรก็ตามการกระตุ้นจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ร่างกายจะสูญเสียการปรับตัว เข้าสู่ระยะหมดกำลัง (The Stage of Exhaustion)

3) ระยะหมดกำลัง (The Stage of Exhaustion) ในระยะนี้บุคคลมีความเครียดรุนแรง ไม่สามารถจัดการกับความเครียด และร่างกายใช้แหล่งประโยชน์หมด จึงส่งผลให้หมดกำลัง อาการต่างๆ ในระยะเดือนก็จะกลับมา หากไม่ได้รับความช่วยเหลือ กลไกการปรับตัวล้มเหลว จะเกิดอันตรายต่อร่างกาย ภาวะเครียดต่อเนื่องและเรื้อรังทำให้ประสาททั่วสถูกกระตุ้น กลูโคคอร์ติคอยด์หลั่งนาน เพิ่มการหลั่งกรดและน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร เกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Pelletier, 1977 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544: 96-97)

ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดในระดับต่ำ และในระยะเวลาที่ไม่ยาวนานเกินไป จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลทำสิ่งต่างๆ อย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกที่จะแก้ไขปัญหามีความคิดสร้างสรรค์ ภาวะในร่างกามีโอกาสที่จะรับมือกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในในทักษะความสามารถของตนเอง มีความรู้สึกเชื่อมั่น และภาคภูมิใจในตัวเองมากขึ้น ในทางกลับกันถ้าความเครียดรุนแรง หรือเกิดขึ้นเป็นเวลานาน จะก่อให้เกิดผลเสียต่างๆ (ประครอง สุขนจิตต์, 2550) ดังนี้

1) ผลเสียทางด้านร่างกาย เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมลง เนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย เจ็บปวด หรือทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic Disease) เช่น หน้ามืดเป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน แผลในกระเพาะอาหาร โรคหอบหืด ภูมิแพ้ โรคผิวหนัง ผอมร่างและโรคกระเพาะ หรืออาจทำให้บุคคลเสียชีวิต รวมทั้งทำให้โรคที่มีอยู่เดิมแล้วกำเริบ

2) ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์ บุคคลที่มีความเครียดจะเต็มไปด้วยการหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ และความระมัดระวังในการทำงานเสียไป เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว ขี้โมโห โกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เสรีซึม คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง ในบางรายที่มีภาวะเครียดเป็นเวลานาน อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิตโรคประสาท

3) ผลเสียทางด้านความคิด ความเครียดมีผลกระทบต่อความคิด เช่น คิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองหรือผู้อื่นในทางลบ คิดท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือนไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเองและโทษผู้อื่น คิดแปลความหมายสภาพการณ์นั้นผิดพลาด หรือมีความคิดที่บกพร่องในด้านต่างๆ เป็นต้น

4) ผลเสียด้านพฤติกรรม บุคคลที่มีความเครียดจะเบื่ออาหาร นอนหลับยาก ปลีกตัวจากสังคม ซึ่งจะทำให้ตนเองตกอยู่ในปัญหา และความเครียดอย่างใดเดี๋ยวก้าวร้าวไม่อดทน พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่น ทำงานได้น้อยลง และบ่อยครั้งบุคคลจะมีการปรับตัวในทางที่ผิด เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดื่มยา เล่นการพนัน หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย ซึ่งการกระทำเหล่านี้ก็จะก่อให้เกิดผลกระทบด้านอื่นๆ เพิ่มขึ้น

5) ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการขาดงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงานลดลง นอกจากนี้เมื่อบุคคลเจ็บป่วยทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

เมื่อบุคคลเกิดความเครียด ร่างกายจะตอบสนองต่อความเครียด โดยใช้กลไกต่างๆ ของร่างกาย หากบุคคลไม่สามารถกำจัดความเครียด จะทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ รวมทั้งสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นบุคคลจึงจำเป็นต้องมีวิธีการในการจัดการความเครียด

3.5 ลักษณะและความหมายของการจัดการกับความเครียด

เมื่อเกิดภาวะเครียด บุคคลจะใช้วิธีการต่างๆ เพื่อลด บรรเทา หรือจัดการความเครียดที่กำลังเผชิญ ลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ลักษณะคือ การเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping) ซึ่งการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ คือ การแก้ไขที่สาเหตุ หรือปัญหาของความเครียด โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น จัดการกับแหล่งความเครียด หรือจัดการกับตนเอง เพื่อแก้ไขปัญหา ส่วนการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึก รวมทั้งการใช้กลไกทางจิต (defensive reappraisal) เช่น การปฏิเสธความจริง การโทษผู้อื่น การโทษตัวเอง การถดถอย อารมณ์ขึ้น การชดเชย และการพยายามลืม (Barry, 1998: 159-160 อ้างใน เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543: 20) เพื่อไม่ให้ความเครียดบั่นทอนกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการจัดการกับความเครียดนั้นบุคคลมักใช้ทั้งการมุ่งจัดการกับปัญหา และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ ในสถานการณ์ที่รุนแรงบุคคลจะเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยมุ่ง

จัดการกับอารมณ์ ในทางตรงกันข้าม หากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นผ่านกระบวนการประเมินตัดสิน (Cognitive Appraisal) ว่ามีความรุนแรงน้อย บุคคลจะเลือกใช้พฤติกรรมที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหา มากกว่าการจัดการกับอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984: 81-94) ทั้งนี้มีผู้ให้ความหมายของการจัดการกับความเครียดไว้หลายประการ อาทิ

เอื้ออารีย์ สาริกา (2543: 19) ให้ความหมายของการจัดการกับความเครียด ว่าเป็นวิธีการต่างๆ รวมทั้งกระบวนการทางจิตใจ ในการพยายามที่จะกำจัด ควบคุม หรือบรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียด เพื่อลดความกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ ลดความขัดแย้งภายในและภายนอก ทำให้จิตใจกลับสู่สภาวะสมดุลตามปกติ

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2550: 6) ให้ความหมายของการจัดการกับความเครียด ว่าเป็นการแก้ปัญหาโดยใช้ความคิดและการกระทำ เพื่อจัดการหรือแก้ไขสาเหตุของปัญหาหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มที่จะใช้สถานการณ์ที่บุคคลสามารถควบคุมผลที่ตามมาได้ (personal control) มากกว่าสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้

ดังนั้นการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแล หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อที่จะเผชิญกับความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ตามแนวคิดทฤษฎีของลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) โดยจากการศึกษาของเกศรา เสนงาม (2550) และ บุญมาศ จันศิริมงคล (2550) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) รองลงมาคือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping) ร่วมกับการเผชิญกับความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

ทั้งนี้บุคคลจะนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการเผชิญความเครียด อย่างไรก็ตาม บุคคลไม่สามารถนำแหล่งประโยชน์ที่มีมาใช้อย่างเต็มที่ เนื่องจากข้อจำกัดทั้งด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม ระดับความเครียดที่คุกคาม ซึ่งพบว่าความรู้สึกลึกๆ ในระดับสูง จะขัดขวางกระบวนการประเมินตัดสิน ทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง ดังนั้นการที่บุคคลจะเลือกใช้วิธีการใดในการเผชิญกับความเครียด ขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อม (Coping resources) (Lazarus & Folkman, 1984: 157-170) ได้แก่

- 1) ภาวะสุขภาพและพลังงาน จะช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ คนที่สุขภาพดีมีพลังกำลังจะช่วยให้มีการเผชิญความเครียดได้ดี
- 2) ความเชื่อในทางที่ดีว่าตนสามารถควบคุมผลที่ตามมาได้ ทำให้เกิดความหวัง และเอื้อต่อการเผชิญความเครียดเพิ่มขึ้น

3) ทักษะในการแก้ปัญหา ผู้ที่มีความสามารถในการแสวงหาข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ และปัญหา คิดหาทางเลือก คิดหาผลดีผลเสียของทางเลือก จะสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี

4) ทักษะด้านสังคม ความสามารถที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ช่วยในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

5) แรงสนับสนุนทางสังคม การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม รวมทั้งครอบครัว ในด้านข้อมูล อารมณ์ หรือวัตถุจะส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหา และความยากลำบาก

6) แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ ผู้ที่มีทรัพย์สินเงินทอง จะมีทางเลือกในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น

จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ไม่ว่าจะอยู่ในบทบาทของบิดา มารดา หรือคู่สมรส ก็พบว่ามีความเครียด และเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีความคล้ายคลึงกัน 3 ด้าน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต โดยการกระทำโดยตรง การหยุดยั้งการกระทำ แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การรู้จักบริหารเวลา การดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์ โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ในปริมาณที่เพียงพอเหมาะสม ให้ครบ 3 มื้อทุกวัน งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ นอนหลับให้เพียงพอในแต่ละวัน และออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายแข็งแรง กรณีมีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและเพื่อน และการระบายความรู้สึกกับสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนที่คอยให้ความช่วยเหลือ นอกจากจะทำให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยวแล้ว ยังช่วยให้สามารถจัดการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมาชิกในครอบครัวและเพื่อน รวมทั้งแหล่งสนับสนุนในชุมชน การใช้บริการสถานดูแลชั่วคราว เช่น โรงพยาบาล ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อญาติผู้ที่เป็นมะเร็งแทนญาติผู้ดูแลชั่วคราว เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้พักผ่อน หรือจัดการกับภารกิจที่สำคัญและจำเป็นบางประการ อาจช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งในบางเวลา จากการศึกษาของสมใจ เนวชื่น (2547) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ระดับความเครียด ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

2) การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตน โดยการยืนยันความคิดที่ถูกต้อง รู้จักมอง และประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง กำหนดเป้าหมายในสิ่งที่เป็นไปได้ แยกเหตุการณ์ว่าสถานการณ์ใดทำได้หรือไม่ได้ โดยไม่ทำให้เหตุการณ์ปกติกลายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างที่มีผลต่อความเครียด เรียนรู้ขีดจำกัดของตนเอง และ

สัญญาณในตนเองที่บ่งบอกความเครียดที่มากเกินไป หากเมื่อใดที่มีข้อตำหนิเกิดขึ้น ควรรับฟังอย่างมีสติ ระลึกว่าข้อตำหนินั้นเป็นสิ่งที่ดีที่เราต้องปรับปรุง และเปลี่ยนแปลงการดูแล จากการศึกษาโปรแกรมการสอนทางจิตวิทยาด้วยเทคนิคการปรับการรับรู้ และพฤติกรรมของบิดา มารดาของเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งในประเทศเนเธอร์แลนด์ของวีเบอร์และคณะ (Weeber et al, 1998) พบว่า การให้กิจกรรมตามโปรแกรมสามารถลดความเครียดได้ทุกช่วงของการประเมิน โดยพบว่าการสนับสนุนทางจิตวิทยา การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สามารถลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

3) การเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดโดยใช้วิธีการต่างๆ อาทิ วิธีการผ่อนคลาย (Relaxation) การทำสมาธิ (Meditation) การฝึกการหายใจ (Breathing exercise) การใช้จิตควบคุมการตอบสนองของร่างกาย (Biofeedback) และการควบคุมร่างกายของตนเองให้ผ่อนคลาย (Autogenic training) จากการศึกษาของพรทิพย์ อนันตกุล (2543) โดยให้มารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งจำนวน 30 คน ฝึกทำสมาธิวิธีอานาปานสติ 30 นาที หลังจากนั้นให้ฝึกคิดแก้ปัญหาแนวริยสัจสี่โดยการศึกษาตัวปัญหาทำความเข้าใจกับปัญหา หาสาเหตุของปัญหา ตั้งเป้าหมาย และหาแนวทางปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาโดยใช้เทคนิคกลุ่มช่วย พบว่า ความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งภายหลังการฝึกอานาปานสติรวมกับการแก้ปัญหาแนวริยสัจสี่ ต่ำกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา กระจ่างแดน (2540) พบว่า การผ่อนคลายด้วยวิธีต่างๆ มีผลดีในบุคคลที่มีปัญหาเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เป็นต้น (Hyman et al, 1989 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:114) นอกจากนี้การผ่อนคลายความเครียดโดยใช้เสียงหัวเราะ เป็นการยกระดับอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ทางบวกให้กับญาติผู้ดูแลและผู้ที่เป็นมะเร็ง สร้างความมีคุณค่าในตนเอง การคงรักษา กิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับสังคมทำสิ่งที่รู้สึกสนุก เช่น ดูภาพยนตร์ ฟังเพลง เดินเล่นกับเพื่อน โดยการจีดวางตารางการทำงาน และการพักผ่อน เพื่อให้รางวัลแก่ชีวิต ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับญาติผู้ดูแลและผู้ที่เป็นมะเร็ง การเข้าร่วมกลุ่มผู้ดูแล การเข้าร่วมกลุ่มกับสมาชิกที่มีประสบการณ์เดียวกัน จะได้รับความรู้ใหม่ๆ การสนับสนุนทางอารมณ์ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่โดดเดี่ยว เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแก้ไขปัญหา และยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (ศิริรัตน์ กุ่มสิน, 2546).

จากการศึกษาของจรรยา ศรี สุวรรณภู (2539) พบว่า มารดาที่บุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งได้ใช้วิธีเผชิญกับความเครียด 15 วิธี เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ เชื่อเรื่องโชคชะตาและหาที่ยึดมั่นทางจิตใจ พุดคุยหรือปรึกษาหารือ ตำหนิตนเอง ระบายความทุกข์โดยการร้องไห้ พิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย แสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ตั้ง

ความหวังที่ว่าทุกอย่างจะดีขึ้น ใช้เวลาใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นมะเร็งให้มากที่สุด หันหน้าเผชิญกับปัญหาให้ผู้อื่นช่วยรับรู้ข้อมูล คำหนิผู้อื่น พยายามลืมความเจ็บป่วยของบุตรและแยกตนเอง สอดคล้องกับวิธีการจัดการความเครียดของสมจิต หนูเจริญกุล (2544) พบว่ามี 5 วิธี ได้แก่ การแสวงหาข้อมูล การกระทำโดยตรง การหยุดยั้งการกระทำ การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคม และการใช้กลไกทางจิต นอกจากนี้สุริภรณ์ สุวรรณโอสธ (2547) พบว่าผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งใช้วิธีการเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธี วิธีที่ใช้มากที่สุดคือการเผชิญกับปัญหา คิดเป็นร้อยละ 44 และวิธีที่ใช้น้อยที่สุดคือการจัดการกับอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 22 นอกจากนี้การศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มสมรสของพรรณราย เอี่ยมหน่อ (2546) พบว่าวิธีที่เลือกใช้มากที่สุด 3 วิธี คือ การแสวงหาสิ่งเกื้อหนุนทางสังคม การวางแผนแก้ปัญหา และการประเมินค่าทางบวก

3.6 บทบาทของของพยาบาลต่อการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

หากบุคคลเลือกใช้ในการเผชิญความเครียดในทางสร้างสรรค์ โดยพยายามที่จะเผชิญกับปัญหาและสามารถเปลี่ยนการมองหรือเผชิญปัญหานั้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย จะก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของตนในการเผชิญปัญหา ผลลัพธ์ที่ได้คือเกิดการปรับตัว 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ ทำให้สามารถคลี่คลายปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความสามารถในการปรับตัวได้ดีย่อมรักษาสภาวะสมดุลได้ในเวลาอันรวดเร็ว แต่บางรายต้องเผชิญกับสภาวะเครียดในระดับสูงและไม่สามารถปรับตัวได้ ระดับความเครียดอาจเพิ่มสูงขึ้นจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ในการจัดการความเครียด วิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ปฏิบัติกันโดยทั่วไปอย่างง่าย ๆ คือการให้กำลังใจ เป็นการช่วยให้จิตใจของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีความเข้มแข็ง ให้ความสนใจ มีความเข้าใจ ยอมรับปัญหาและสภาพที่เกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีแนวทางในการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่หลากหลาย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ อาทิ การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนทางจิตวิทยาด้วยเทคนิคการปรับการรับรู้ และพฤติกรรมของบิดามารดาของเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ของวีเบอร์และคณะ (Weeber et al, 1998) พบว่า การสนับสนุนทางจิตสังคม และทางจิตวิทยา การสนับสนุนทางอารมณ์สามารถลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของพาซาคเรตาและแมคคอร์เกิล (Pasacreta & McCorkle,

2000) ที่ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งในประเทศอังกฤษระหว่างปี ค.ศ. 1975 ถึง ค.ศ. 1999 จำนวน 29 เรื่อง พบว่ารูปแบบของการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การให้การสนับสนุนให้คำปรึกษา และการบำบัดทางด้านจิตใจ และ 3) การให้การดูแลที่สถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและที่บ้าน โดยพบการให้ความรู้จำนวน 7 เรื่อง การบำบัดทางจิตใจจำนวน 10 เรื่อง การให้ความรู้และการบำบัดทางจิตใจจำนวน 8 เรื่อง และการให้การดูแลที่สถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและที่บ้านจำนวน 4 เรื่อง

การศึกษาของคาร์ซัคและคณะ (Kazak et al, 2005) พบว่าการให้ความรู้ในเรื่องการปรับตัว การรับรู้และพฤติกรรม ความเชื่อและประสบการณ์การดูแล และการให้คำปรึกษาสามารถลดความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ แมคมิลแลนและคณะ (McMillan, et al., 2005; McMillan & Small., 2007) พบว่ากิจกรรมการสอนการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง และการสนับสนุนช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการเผชิญปัญหาประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ พยาบาลและญาติผู้ดูแลร่วมกันค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง การให้คำปรึกษา และการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยเพิ่มทักษะการเผชิญความเครียด เพิ่มคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การศึกษาของเบนสิคและคณะ (Bensink, et al., 2007) พบว่าการใช้วิดีโอเทปและโทรศัพท์ เพื่อสนับสนุนการดูแลเด็กของครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในครั้งแรก เพื่อการสอนทักษะการดูแล การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของครอบครัว และลดความเครียดของญาติผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมของโฮเนียและคณะ (Honea et. al, 2007) ในประเทศอังกฤษระหว่างปี ค.ศ. 1995 ถึง ค.ศ. 2006 จำนวน 29 เรื่อง พบกิจกรรมทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับการประเมินและช่วยลดความเครียดและภาระในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมี 8 กิจกรรม จาก 20 กิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรค การสนับสนุนด้านจิตใจ การสร้างสัมพันธภาพ การสอนการจัดการกับปัญหาและการฝึกคิดเชิงบวก การผ่อนคลายความเครียดโดยการนวด การใช้สัมผัสหรือพลังบำบัด การให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาได้พักผ่อน และบางครั้งอาจใช้หลายวิธีรวมกัน จะก่อให้เกิดผลดีต่อการช่วยลดความเครียดและภาระในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

สำหรับประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีหลายวิธี อาทิ การให้ความรู้ การฝึกผ่อนคลาย การปฏิบัติสมาธิ เป็นต้น จากการศึกษาประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียด และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของสมนึก สกุดหงส์โสภณ

(2540) พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้านจำนวน 30 ราย ที่ได้รับการพยาบาลตาม แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยโดยติดตามเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ลดลงกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับพรทิพย์ อนันตกุล (2544) พบว่า ความเครียดของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็ง ภายหลังการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ ต่ำกว่าก่อนการฝึกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้บุญมาศ จันศิริมงคล(2550) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับ รังสีรักษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียด ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการบรรเทา ความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด รวมกันทุกด้าน

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น อาจกล่าวสรุปได้ว่า ความเครียดและการจัดการ ความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งนั้นเป็นสิ่งสำคัญ ที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะต้อง เข้าไปให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริมในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ให้ สามารถเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งทั้งนี้อาจใช้ วิธีการช่วยเหลือที่แตกต่างกันตามบริบทของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่มีความเครียด เพื่อป้องกัน หรือลดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง และสามารถเพิ่ม คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและผู้ที่เป็นมะเร็ง

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม (Systematic review) เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์วิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง โดยการสืบค้นข้อมูล และแหล่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง รวมทั้งระยะเวลา และจำนวนครั้งในการจัดกิจกรรมช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง ผลลัพธ์ของการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง สำหรับเนื้อหา สำหรับในบทนี้จะนำเสนอวิธีการสืบค้นข้อมูล ได้แก่ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย การวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลงานวิจัยต่างๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการนำเสนอวิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง

วิธีการสืบค้นข้อมูล

กลวิธีในการสืบค้นข้อมูลให้ครอบคลุม ปฏิบัติดังนี้

1. สืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (literature search) จาก
 - 1.1 หลักฐานอ้างอิง (data source)
 - 1.2 หนังสือและคำร่าที่เกี่ยวข้อง (text terms)
2. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลมาใช้ (inclusion criteria)
3. หลักเกณฑ์การคัดเลือกข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการประเมินระดับคุณภาพงานวิจัย
4. การสังเคราะห์หลักฐานงานวิจัย

1. สืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (literature search)

ขั้นตอนแรก การใช้งานข้อมูลสืบค้นมุ่งประเด็นไปที่ วิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ กำหนดระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2551 – 30 กรกฎาคม 2551 การเลือกระยะเวลาการสืบค้นนั้นต้องเป็น

ระยะเวลาที่ต่อเนื่อง โดยได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญและพิจารณาจากงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับเนื้อหาที่ศึกษา คือ วิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ในช่วงระยะเวลา 13 ปีที่ผ่านมา โดยใช้ฐานข้อมูลต่างๆ ร่วมกันดังนี้

1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา (Lib. BUU) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Lib. Car. Chula) และห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Lib. Cmu)

2) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์ และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ PubMed, Medscape Nursing, CINAHL, ScienceDirect, Evidence Base Nursing และ Blackwell Synergy และกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น (Key words) ได้แก่ Cancer Caregiver and Coping, Cancer Caregiver and Stress management, Cancer Family and Stress Intervention, Cancer Family and Stress Management, Reduce stress and family, Helping and stress, help stress and family cancer

2. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลมาใช้ (inclusion criteria) ดังนี้

1) เลือกเรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งและวิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งทุกช่วงอายุทั้งเด็กและผู้ใหญ่

2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งทุกเพศทุกวัย

3) เลือกเรื่องที่ศึกษาที่เป็นการทดลองในคลินิก การวิจัยแบบกึ่งทดลอง และการวิจัยเชิงบรรยายหรือพรรณนา

4) เลือกเรื่องที่ศึกษาที่เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full text) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

5) ระยะเวลาการตีพิมพ์อยู่ในช่วง ค.ศ. 1996-2008 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปประยุกต์อย่างเหมาะสมในปัจจุบัน

6) ผลลัพธ์ของงานวิจัย คัดเลือกงานวิจัยที่มีผลการศึกษาเกี่ยวกับ ลักษณะการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลของผู้ที่เป็นมะเร็ง โปรแกรม/ วิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง และผลการศึกษาในด้านการลดความเครียด หรือวิตกกังวล แต่ไม่รวมภาวะซึมเศร้า

โดยรายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้น แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ เข้าตามเกณฑ์
Pub Med	Cancer Caregiver and Coping	8	1
	Cancer Caregiver and Stress management	13	1
	Cancer Family and Stress Intervention	14	0
	Cancer Family and Stress Management	6	0
	Reduce stress and family	10	0
	Helping and stress	9	0
	help stress and family cancer	13	0
Blackwell	Cancer Caregiver and Coping	25	0
Synergy	Cancer Caregiver and Stress management	12	0
	Cancer Family and Stress Intervention	0	0
	Cancer Family and Stress Management	5	0
	Reduce stress and family	3	0
CINAHL	Cancer Caregiver and Coping	1	0
	Cancer Caregiver and Stress management	0	0
	Cancer Family and Stress Intervention	0	0
	Cancer Family and Stress Management	5	0
	Reduce stress and family	9	1
Science Direct	Cancer Caregiver and Coping	96	0
	Cancer Caregiver and Stress management	18	0
	Cancer Family and Stress Intervention	6	0
	Cancer Family and Stress Management	2	0
	Reduce stress and family	18	0
Medscape	Cancer Caregiver and Coping	5	0
Nursing	Cancer Caregiver and Stress management	6	0
	Cancer Family and Stress Intervention	2	0
	Cancer Family and Stress Management	10	1

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ เข้าตามเกณฑ์
Evidence	Cancer Caregiver and Coping	4	0
Base Nursing	Cancer Caregiver and Stress management	5	0
	Cancer Family and Stress Intervention	15	1
	Cancer Family and Stress Management	35	1
มหาวิทยาลัย	Cancer Caregiver and Coping	26	3
มหิดล	Cancer Caregiver and Stress management	13	1
	Family Cancer and Coping	15	1
	Family Cancer and Stress	7	2
มหาวิทยาลัย	Cancer Caregiver and Coping	12	1
เชียงใหม่	Cancer Caregiver and Stress management	5	1
	Family Cancer and Coping	1	1
	Family Cancer and Stress	13	0
มหาวิทยาลัย	Cancer Caregiver and Coping	12	0
จุฬาลงกรณ์	Cancer Caregiver and Stress management	5	0
	Family Cancer and Coping	11	0
	Family Cancer and Stress	15	0
มหาวิทยาลัยบูรพา	Cancer Caregiver and Coping	9	0
	Cancer Caregiver and Stress management	32	0
	Family Cancer and Coping	5	0
	Family Cancer and Stress	4	0
รวม		540	16

งานวิจัยที่สืบค้นเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลได้จำนวน 540 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากหลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้า และคิดเรื่องที่ไม่ซ้ำกัน ในแต่ละฐานข้อมูลแล้วมีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ และมี Full text ที่สามารถสังเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 16 เรื่อง

โดยการสืบค้นได้จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ห้องสมุดต่างๆ จำนวน 540 เรื่อง ได้แก่ Pub Med จำนวน 2 เรื่อง CINAHL จำนวน 1 เรื่อง Medscape Nursing จำนวน 1 เรื่อง และ Evidence Base Nursing จำนวน 2 เรื่อง, ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยมหิดลจำนวน 7 เรื่อง และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งงานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง มีผลการวิจัยที่ครอบคลุมประเด็นด้านผลลัพธ์ในการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ลักษณะการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง วิธีการ ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

2. หลักเกณฑ์การคัดเลือกข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การคัดเลือกงานวิจัยเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง พบว่ามีเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยหลายวิธี อาทิ Melnyk & Fineout-Overholt, 2005 แบ่งคุณภาพงานวิจัยเป็น 7 ระดับโดยระดับ 1 หลักฐานที่ได้จาก Systematic Review, Meta-analysis จากงานวิจัย RCT, ระดับ 2 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มี RCT ระดับ 3 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัย non RCT, ระดับ 4 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัย case controlled and cohort studies, ระดับ 5 หลักฐานที่ได้จาก Systematic Review ของงานวิจัย descriptive and qualitative study, ระดับ 6 หลักฐานที่ได้จากวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ, ระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และคณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544 โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้เกณฑ์การประเมินระดับของคุณภาพงานวิจัย ซึ่งอ้างอิงจากคณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) เนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่เข้าใจง่าย และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายโดยแบ่งคุณภาพหลักฐานงานวิจัยออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-Analysis ของงานวิจัยที่มี design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น RCT
2. ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-Analysis ของงานวิจัยที่มี design เป็น Randomized controlled trials (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม อาจเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม
3. ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการเปรียบเทียบ การหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

4. ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้ความเห็นหรือฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากในการปฏิบัติอื่นๆ ยังไม่มีข้อค้นพบจากการทำวิจัยทางคลินิกเลย หรือมีงานวิจัย แต่เมื่อพิจารณาแล้วไม่มีความสอดคล้องกับบริบทของการปฏิบัติ

จากระดับคุณภาพงานวิจัยทั้ง 4 ระดับ เห็นได้ว่าหลักฐานงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับ A จะเป็นหลักฐานที่มีเหตุผลและสมบูรณ์ที่สุดที่จะนำมาประกอบการวินิจฉัยข้อมูล

การสังเคราะห์หลักฐานงานวิจัย

การสังเคราะห์หลักฐานงานวิจัยที่สืบค้นได้สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษาวิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ขั้นตอนและข้อกำหนดการนำหลักฐานงานวิจัยไปใช้ในการอ้างอิง ผู้ศึกษาใช้รูปแบบหลักเกณฑ์การประเมินที่พัฒนาและปรับแก้โดยโพลิต และเบค (Polit & Beck, 2004) ดังนี้

- 4.1 บทความต้องตรงประเด็นกับการนำไปใช้ (clinical-relevance)
- 4.2 ครอบคลุมถึงหลักความเป็นจริง (scientific merit)
- 4.3 ความสามารถในการนำไปใช้และผลสำเร็จที่ได้รับ (implementation potential)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวนทั้งหมด 16 เรื่อง ได้แสดงผลงานวิจัย การวิเคราะห์งานวิจัย การประเมินความสำคัญ และความสามารถของการนำไปใช้เป็นข้อมูลในการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งสำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยนำเสนอไว้ในตารางภาคผนวก ก

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์และห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ การนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง
2. การช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ประกอบด้วย
 - 2.1 คุณภาพงานวิจัย
 - 2.2 ลักษณะการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง
 - 2.3 วิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง
 - 2.4 ผลลัพธ์ของการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

1. การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง จำนวน 16 เรื่อง แสดงไว้ในภาคผนวก ก

2. การช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

2.1 คุณภาพงานวิจัย จากการศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง จำนวน 16 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยดังแสดงไว้ในตารางที่ 2 ระดับงานวิจัยที่สืบค้นส่วนใหญ่เป็นระดับ C (Descriptive research) จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50 และรองลงมาอยู่ในระดับ A (Randomized control trial) จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.5 และระดับ B (Quasi- experimental research) จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงงานวิจัยที่นำมาใช้ในการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

ชื่อผู้แต่ง/ปี	ชื่อเรื่อง	ระดับงานวิจัย
1. Weeber, et al. (1998)	Brief report: An intervention program for parents of pediatric cancer patients: A randomized controlled trial	A
2. Kazak et al. (2005)	Feasibility and preliminary outcomes from a pilot study of a brief psychological intervention for families of children newly diagnosed with cancer	A
3. Mc Millan et al. (2005)	Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer.	A
4. Mc Millan & Small (2007)	Using the COPE intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: A clinical trial	A
5. Bensink et al. (2007)	Investigating the cost-effectiveness of videophone base support for newly diagnosed pediatric oncology patients and their families: Design of randomized controlled trial	A
6. Honea et al. (2007)	Putting evidence into nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden	A
7. สมนึก สกุลหงส์โสภณ (2540)	ประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียด และเพิ่มความสามารถการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	B
8. พรทิพย์ อนันตกุล (2544)	ผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวริยาสัจสี่ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง	B
9. จริญญา สุวรรณบุญ (2539)	ความกังวลห่วงใย วิธีเผชิญปัญหาและอารมณ์ทุกข์โศกของมารดาที่บุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง	C
10. พรรณราย เอี่ยมหน่อ (2546)	วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มสมรสผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	C
11. สุริภรณ์ สุวรรณโอสธ (2547)	ความรู้สึกลึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง	C

ตารางที่ 2 แสดงงานวิจัยที่นำมาใช้ในการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปี	ชื่อเรื่อง	ระดับงานวิจัย
12. สมใจ เนวชื่น (2547)	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	C
13. บุญมาศ จันศิริ มงคล (2550)	ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา	C
14. เกศรา เสนางาม และคณะ (2550)	ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย	C
15. วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล (2550)	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	C
16. ศิริพรรณ ปิติมานะอารี (2550)	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	C

2.2 ลักษณะการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 16 เรื่อง พบว่าลักษณะการจัดการกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีดังนี้

2.2.1 การมุ่งแก้ปัญหา โดยการหันหน้าเผชิญหน้ากับปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา และการพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม การแสวงหาข้อมูล การหาที่ปรึกษา การแสวงหาสิ่งเกื้อหนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม การหาที่ปรึกษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ จำนวน 13 เรื่อง (เกศรา เสนางาม, 2550; จรูญศรี สุวรรณภู, 2539; บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; พรทิพย์ อนันตกุล, 2544; พรรณราย เอี่ยมหน่อ, 2546; วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล, 2550; ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550; สมใจ เนวชื่น, 2547; สมนึก สกุดหงส์โสภณ, 2540; สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ, 2547; Bensink et al, 2007; Honea et al, 2007; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007)

2.2.2 การมุ่งจัดการกับอารมณ์ โดยการพยายามลืมความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็ง การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย การดำเนินตนเอง การดำเนินผู้อื่น แยกตนเอง การเชื่อเรื่องโชคชะตา และหาที่ยึดมั่นทางจิตใจ การระบายความทุกข์โดยการร้องไห้ การตั้งความหวังว่าทุกอย่างจะดี และการประเมินค่าทางบวก จำนวน 12 เรื่อง (จรูญศรี สุวรรณภู, 2539; บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; พรทิพย์ อนันตกุล, 2544; พรรณราย เอี่ยมหน่อ, 2546; วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล, 2550; ศิริพรรณ

ปีติมานะอารี, 2550; สุริภรณ์ สุวรรณโอสธ, 2547; Honea et al, 2007; Kazak et al, 2005; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007; Weeber et al., 1998)

2.3 วิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตรงประเด็นจำนวน 16 เรื่อง พบว่างานวิจัยที่ศึกษาทั้งหมดเป็นโปรแกรมซึ่งแต่ละโปรแกรมมีกิจกรรม / วิธีการช่วยเหลือที่คล้ายคลึงกัน (ตารางที่ 3) โดยวิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งเป็น บิดา มารดา คนในครอบครัว พี่ น้อง และคู่สมรส ส่วนใหญ่เป็นบิดาและมารดา วัยผู้ใหญ่หรือวัยสูงอายุ และเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย รวมทั้งผู้ที่เป็นมะเร็งทุกเพศ ทุกวัย พบวัยเด็กมากกว่าวัยผู้ใหญ่ โปรแกรมที่นำมาใช้ในงานวิจัยได้แก่

1. โปรแกรมการสอนทางจิตวิทยาด้วยเทคนิคการปรับการรับรู้ และพฤติกรรม (Weeber et al, 1998.)
2. โปรแกรมการพยาบาลเพื่อการอยู่รอดของผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่-(SCCIP-ND) (Kazak et al, 2005)
3. โปรแกรมการสอนทักษะการเผชิญความเครียด (McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007)
4. การใช้วิดีโอเทป และโทรศัพท์ (Bensink et al, 2007)
5. การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540)
6. การฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544)

ตารางที่ 3 แสดงงานวิจัยที่นำโปรแกรมมาใช้ในการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง

โปรแกรม/วิธีการช่วยเหลือ	การสะท้อนทักษะ	การให้คำปรึกษา	การเยี่ยมบ้าน	การผ่อนคลายความเครียด	กลุ่มที่ศึกษา	เครื่องมือการประเมินผล	ผลลัพธ์
1.โปรแกรมการสอนทางจิตวิทยาด้วยเทคนิคการปรับการรับรู้และพฤติกรรม (Weeber et al., 1998.)	✓	✓	✓	ระยะเวลา 90 นาที ต่อครั้ง / จำนวน 8 ครั้ง	บิดา / มารดา และ เด็กที่เป็นมะเร็ง	- แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตทั่วไป (GHQ-12) ของ โกลด์บอร์ก - แบบสอบถามเกี่ยวกับการทางจิต (The Symptom Check List - SCL) - แบบวัดความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory-state ของ Spielberger) - แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support List-Discrepancies - SSL-SSL-D) ของ Sonderen (1991) - แบบวัดทางด้านความรู้สึกลึกทาง บวก และ ความรู้สึกทางลบ	- ญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดและความวิตกกังวลลดลงในทุกช่วงของการประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - แรงสนับสนุนทางสังคม ความคิดเห็น และ ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลเป็นความรู้สึกลึกทางบวกพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2.โปรแกรมการพยาบาลเพื่อการอยู่รอดของผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่-(SCCIP-ND) (Kazak et al., 2005)	✓	✓	✓	ระยะเวลา 120 นาทีต่อ ครั้ง/ จำนวน 1 ครั้ง	บิดา – มารดา / เด็กที่เป็นมะเร็ง	- แบบประเมิน The Acute Stress Disorder - แบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory	- ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 แสดงงานวิจัยที่นำโปรแกรมมาใช้ในการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง (ต่อ)

โปรแกรม/ วิธีการช่วยเหลือ	การสอน ทักษะ	การให้ ความรู้	การให้ คำปรึกษา	การเยี่ยม บ้าน	การผ่อนคลาย ความเครียด	กลุ่มที่ศึกษา	เครื่องมือการประเมินผล	ผลลัพธ์
3. โปรแกรมการ สอนทักษะการ เผชิญความเครียด (McMillan et al., 2005; McMillan & Small, 2007)	✓	✓	✓	✓		ญาติผู้ดูแล และ ผู้ที่เป็นมะเร็งวัย ผู้ใหญ่	- The Brief COPE เพื่อประเมิน ความเครียด - The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOL-C) -The Memorial Symptom Assessment Scale เพื่อประเมินความเครียด - The Hospice Quality-of-Life Index (HQLI) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต	- หลังการทดลอง 16 วันพบว่าผลของการ ให้กิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อเผชิญ ความเครียด และคุณภาพชีวิตทั้ง 3 กลุ่มไม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 30 วันพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตาม มาตรฐานการเชื่อมบ้าน และการสอนทักษะ การเผชิญความเครียด สามารถเผชิญกับ ความเครียด และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)มากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มที่ ติดตามเยี่ยม
4. การสอน และ ให้ความรู้โดยใช้ วิดีโอเพลงและ โทรศัพท์ (Bensink et al.,	✓	✓	✓			บิดา มารดา/ เด็กที่เป็นมะเร็ง	แบบประเมิน Perceived Stress Scale (PSS)	หลังการทดลอง 4,8,12 สัปดาห์พบว่าญาติ ผู้ดูแล ในกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ตารางที่ 3 แสดงงานวิจัยที่นำโปรแกรมมาใช้ในการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง (ต่อ)

โปรแกรม/วิธีการช่วยเหลือ	การสอนทักษะ	การให้คำปรึกษา	การเยี่ยมบ้าน	การผ่อนคลายความเครียด	กลุ่มที่ศึกษา	เครื่องมือการประเมินผล	ผลลัพธ์
5. การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (สมนึก สกุดหงส์โสภณ, 2540)	✓	✓	✓	การผ่อนคลายความเครียด	ญาติผู้ดูแลและผู้ที่เป็นมะเร็งอายุ 20 ปีขึ้นไป	- แบบประเมินความเครียด (Health Opinion Survey : HOS) - แบบสอบถามประเมินความสามารถในการปรับตัวสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย	หลังการทดลองพบว่า ในสัปดาห์ที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และคะแนนเฉลี่ย 3 - ความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)
6. ผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ต่อความเครียด (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544)	✓	✓	✓	✓ 30 นาที / 1 ครั้ง	มารดาและเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง	- แบบประเมินความเครียดของผู้วิจัยที่ประยุกต์มาจาก PSS: PICU	- ความเครียดของการเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งภายหลังการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ต่ำกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) - ความเครียดของการเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 แสดงงานวิจัยที่จำแนกวิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งจากโปรแกรม

วิธีการช่วยเหลือ	การปฏิบัติกรพหยา
1. การผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิวิธี อานปานสติ จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544)	การนำเอาวิธีหนึ่งใบในชุด 10 คือการกำหนดลมหายใจเข้า-ออกมาสอนญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง โดยเริ่มจาก ● การหาสถานที่ที่เงียบสงบ ● การนั่งในท่าที่ผ่อนคลายหรือสบาย ● กำหนดลมหายใจเข้าออก เมื่อลมหายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 2 ไปเรื่อยๆ ● มีสติระลึกรู้ลมหายใจเสมอทั้งขณะทำสมาธิ และก่อนออกจากสมาธิ ใช้ระยะเวลารวม 30 นาที ติดตามผล 1 สัปดาห์
2. การสอนทักษะในการเผชิญความเครียด จำนวน 5 เรื่อง แบ่งเป็น - การสอนการคิดแก้ปัญหาตามแนววิธี 4 โดยการทำกลุ่มจำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544)	● การสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์ (15 นาที) ● เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มเล่าประสบการณ์ ปัญหาความเครียด และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ● กลุ่มช่วยกันเสนอแนวคิดถึงลักษณะของปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด ● ช่วยกันหาสาเหตุของปัญหา ● ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการแก้ปัญหา ● เสนอวิธีการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา และสรุปกระบวนการแก้ปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด ใช้ระยะเวลารวม 60 นาที ติดตามผล 1 สัปดาห์
- การสอนทางจิตวิทยาด้วยเทคนิคการปรับกระบวนการคิด หรือการรับรู้ จำนวน 1 เรื่อง (Weeberts, et al, 1998.) - การสอนทักษะการเผชิญกับความเครียด จำนวน 3 เรื่อง	โดยการสอนการใช้ทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปัญหา ทักษะการติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตั้งแต่หลังได้รับการวินิจฉัย จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ห่างกัน 3 สัปดาห์ นาน 6 เดือน
- McMillan, et al, 2005 - McMillan & Small, 2007 - Bensink, et al, (2007).	การสอนและสนับสนุนญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งให้สามารถแก้ปัญหาได้ด้วย 3 วิธีคือ การเขียนปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้าน และวิธีจัดการกับปัญหานั้น โดยการพัฒนารูปแบบมาจากปัญหาและการสัมภาษณ์ของผู้ที่เป็นมะเร็ง 23 ปัญหาและให้ญาติผู้ดูแลคิดหาวิธีการช่วยเหลือ จากนั้นพยาบาลจะเข้าไปเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ โดยใช้เวลา 30 นาที จำนวน 3 ครั้ง โดยการสอนการใช้ทักษะการติดต่อสื่อสาร การดูแล โดยใช้วิดีโอเทป

ตารางที่ 4 แสดงงานวิจัยที่จำแนกวิธีการช่วยเหลือนักเรียนที่มีความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งจากโปรแกรม (ต่อ)

วิธีการช่วยเหลือ	การปฏิบัติการพยาบาล
3. การให้คำปรึกษา จำนวน 7 เรื่อง - สมนิก สกลหงส์ โสภณ, 2540. - Weeber et al, 1998. - Kazak et al, 2005 - McMillan et al, 2005 - McMillan & Small, 2007 - Bensink et al., 2007)	การให้คำปรึกษาโดยพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกลดแรงใจ เห็นคุณค่าของการช่วยเหลือดูแล และให้คำแนะนำในการบริหารจัดการต่างๆ ในการดูแล การให้คำปรึกษาโดยพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกลดแรงใจ เห็นคุณค่าของการช่วยเหลือดูแล และให้คำแนะนำในการบริหารจัดการต่างๆ ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง แต่ละครั้งไม่ได้รับเวลาที่ใช้ จำนวน 4 ครั้ง การให้คำปรึกษาโดยนักจิตวิทยาในห้องที่เป็นส่วนตัวทุก 3 สัปดาห์ต่อครั้ง โดยการประชุม 8 ครั้ง แต่ละครั้งนาน 90 นาที การให้คำปรึกษาโดยนักจิตวิทยา และจิตแพทย์ โดยใช้เวลา 45 นาที จำนวน 2 ครั้ง การให้คำปรึกษาโดยพยาบาลในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการจัดการกับความเครียด การให้คำปรึกษาโดยผู้ช่วยเฉพาะทางจากทีมสหวิชาชีพทางโทรศัพท์ร่วมกับการดูวิดีโอเทป และพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งจะให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 12 สัปดาห์ การให้คำปรึกษาโดยพยาบาลในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง
- พรทิพย์ อนันตกุล, 2544 4. การเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 เรื่อง - สมนิก สกลหงส์ โสภณ, 2540	- การประเมินปัญหาการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ทัศนคติ บทบาทหน้าที่ การพึ่งพา ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 จากนั้นนำปัญหาที่มีอยู่ทั้งหมดมาสรุปร่วมกับญาติผู้ดูแล เพื่อการวางแผนแก้ปัญหา โดยการช่วยเหลือด้วยบทบาทพยาบาลสาธารณสุข ได้แก่ การให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล การให้คำปรึกษา การสนับสนุนช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเป็นผู้ประสานแหล่งประโยชน์ และติดตามประเมินผลโดยการติดตามเยี่ยมบ้านอีกในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 แต่ละครั้งไม่ได้รับเวลาที่ใช้ จำนวน 4 ครั้ง
- McMillan et al., 2005 - McMillan & Small., 2007	การประเมินปัญหาในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และวางแผนแก้ปัญหาหารือกับผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ในสัปดาห์ที่ 1 และจากนั้นติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ในครั้งที่ 3 โดยใช้เวลา 30 นาที จำนวน 3 ครั้ง

ตารางที่ 4 แสดงงานวิจัยที่จำแนกวิธีการช่วยเหลือนำเสนอในการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งจากโปรแกรม (ต่อ)

วิธีการช่วยเหลือ	การปฏิบัติทางพยาบาล
5. การให้ความรู้ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง จำนวน 7 เรื่อง - สมนึก สกลหงส์โสภณ, 2540 - Kazak et al., 2005 - Bensink et al., 2007 - Weebbers, et al., 1998. - McMillan et al., 2005 - McMillan & Small., 2007 - พรทิพย์ อนันตกุล, 2544	คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล การสอนและสาธิตเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะการดูแล ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล การใช้วิถีชีวิตในการสอนในเรื่องการปรับตัว การรับรู้และพฤติกรรม ความเชื่อและประสบการณ์การดูแล โดยใช้เวลา 2 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง การใช้วิดีโอเทปในการสอนทักษะการดูแล เช่น ความรู้ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง การจัดการกับความเจ็บปวด เป็นต้น ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยประเมินความเครียด และคุณภาพชีวิต โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล และการรักษา ซึ่งแต่ละครั้งได้รับการวินิจฉัย การให้ความรู้โดยพยาบาลในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง การให้ความรู้โดยพยาบาลในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง การให้ความรู้โดยพยาบาลในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

จากตารางที่ 3 และ 4 พบว่าวิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ประกอบด้วย 5 วิธี ดังนี้

- 1) การผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิวิธีอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544)
- 2) การสอนทักษะต่างๆ ในการเผชิญความเครียด จำนวน 5 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544; Bensink et al, 2007; McMillan et al., 2005; McMillan & Small, 2007; Weeber, et al, 1998)
- 3) การเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 เรื่อง (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007)
- 4) การให้คำปรึกษา จำนวน 7 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2543; สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540; Bensink, et al, 2007; Kazak, et al, 2005; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007; Weeber et al, 1998)
- 5) การให้ความรู้ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง จำนวน 7 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544; สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540; Bensink et al, 2007; Kazak et al, 2005; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007; Weeber et al, 1998)

และระยะเวลา ความถี่เฉลี่ยที่ใช้ในแต่ละโปรแกรมการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งแตกต่างกัน ดังนี้

1. โปรแกรมการสอนทางจิตวิทยาด้วยเทคนิคการปรับการรับรู้ และพฤติกรรม (Weeber et al, 1998) ใช้ระยะเวลา 90 นาทีต่อครั้ง จำนวน 8 ครั้ง สอนทักษะ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา
2. โปรแกรมการพยาบาลเพื่อการอยู่รอดของผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่ - (SCCIP-ND) (Kazak et al., 2005) ในการทำโปรแกรมใช้ระยะเวลา 120 นาทีต่อครั้งในการให้ความรู้ จำนวน 1 ครั้ง และการให้คำปรึกษาใช้ระยะเวลา 45 นาทีต่อครั้ง จำนวน 2 ครั้ง
3. โปรแกรมการสอนทักษะการเผชิญความเครียด (McMillan et al, 2005) ใช้ระยะเวลา 30 นาทีต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้ง โดยใช้วิธีการสอนทักษะ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้าน
4. โปรแกรมการเผชิญความเครียด (McMillan & Small, 2007) ใช้ระยะเวลา 30 นาทีต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ในการทำโปรแกรมโดยใช้วิธีการสอนทักษะ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้าน

5. การสอน และให้ความรู้โดยใช้วิดีโอเทปและโทรศัพท์ (Bensink et al., 2007) ไม่ได้ระบุระยะเวลาต่อครั้งในการทำโปรแกรม จำนวน 24 ครั้งโดยใช้วิธีการสอนทักษะ การให้ความรู้ และการให้คำปรึกษา

6. การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540) ไม่ได้ระบุระยะเวลาต่อครั้งในการทำโปรแกรม จำนวน 4 ครั้ง โดยใช้วิธีการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้าน

7. การฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544) ประกอบด้วยการผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิวิธีอานาปานสติ อยู่ในช่วง 30 นาทีต่อครั้ง จำนวน 1 ครั้ง และใช้วิธีการสอนทักษะ การให้ความรู้ และการให้คำปรึกษาใช้ระยะเวลา 60 นาทีต่อครั้ง จำนวน 1 ครั้ง

2.4 ผลลัพธ์ของการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ประกอบด้วย

1) ลดความเครียดจำนวน 7 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544; สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540; Kasak, et al., 2005; Bensink, et al., 2007; McMillan, et al., 2005; McMillan & Small., 2007; Weeber et al., 1998.) ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียด ได้แก่ แบบประเมินความเครียด PSS แบบสอบถามประเมินความเครียดของ HOS แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตทั่วไป (GHQ-12) ของ โกลด์เบอร์ก แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการทางจิต (The Symptom Check List - SCL) แบบประเมิน The Acute Stress Disorder และ The Brief COPE

2) ลดความวิตกกังวล จำนวน 2 เรื่อง (Kasak, et al., 2005; Weeber et al., 1998) ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory-state ของ Spielberger)

3) เพิ่มความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก จำนวน 1 เรื่อง (Weeber et al., 1998) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการวัดทางด้านความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก และความรู้สึกลึกซึ้งทางลบ

4) เพิ่มคุณภาพชีวิต จำนวน 3 เรื่อง (Bensink, et al., 2007; McMillan, et al., 2005; McMillan and Small., 2007) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต The Quality of Life (QOL) และ The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOL-C)

5) เพิ่มความสามารถในการปรับตัว จำนวน 1 เรื่อง (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามประเมินความสามารถในการปรับตัวของพันเอกแพทย์หญิงบรรจง สืบสมาน (ดัดแปลงจาก HOS, 1950)

ผลการศึกษาพบว่า การช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วยวิธีหรือกิจกรรมต่างๆ โดยกิจกรรมที่นำมาใช้มากที่สุด คือ การให้ความรู้และการให้คำปรึกษา



บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง การอภิปรายผลการศึกษามีดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานวิชาการ
2. การช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง
 - 2.1 ลักษณะการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง
 - 2.2 โปรแกรม / วิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง
 - 2.3 ผลลัพธ์ของการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานวิชาการ

สำหรับการศึกษานี้มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ทั้งหมด 16 เรื่อง จากทั้งหมด 540 เรื่อง เมื่อนำผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของคณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544). พบว่างานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง มีคุณภาพโดยเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง อยู่ในระดับ A (Randomized control trial) จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.5 เป็นงานที่ศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด งานวิจัยกึ่งทดลอง อยู่ในระดับ B (Quasi- experimental research) จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.5 เป็นงานที่ศึกษาในประเทศไทย และงานวิจัยเชิงบรรยาย อยู่ในระดับ C (Descriptive research) จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50 เป็นงานที่ศึกษาในประเทศไทย ซึ่งการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) สอดคล้อง กับเกณฑ์ของเมลินซ์และไฟเอท์-โอเวอร์ฮอลท์ (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่แบ่งเป็น 7 ระดับโดยระดับ 1 หลักฐานที่ได้จาก Systematic Review, Meta-analysis จากงานวิจัย RCT ระดับ 2 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มี RCT ระดับ 3 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัย non RCT ระดับ 4 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัย case controlled and cohort studies ระดับ 5 หลักฐานที่ได้จาก Systematic Review ของงานวิจัย descriptive and

qualitative study ระดับ 6 หลักฐานที่ได้จากวิจัยเดี่ยวที่เป็นงาน วิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ

ดังนั้นองค์ความรู้ในเรื่องการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งทั้ง 16 เรื่อง จัดว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ

2. การช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 16 เรื่อง พบว่าการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง สามารถอภิปราย ดังนี้

2.1 ลักษณะการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง จากการวิเคราะห์งานวิจัย จำนวน 16 เรื่อง พบว่าลักษณะการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ การมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 13 เรื่อง จาก 16 เรื่อง และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ จำนวน 12 เรื่อง จาก 16 เรื่อง จึงเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลใช้การจัดการความเครียดทั้งการมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ สอดคล้องกับลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าจัดการความเครียดสามารถนำมาใช้ได้ทั้งสองลักษณะขึ้นกับบริบทของปัญหาหรือสถานการณ์ โดยการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาและ/หรือสถานการณ์ คือ การแก้ไขที่สาเหตุ หรือปัญหาของความเครียด กล่าวคือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น จัดการกับแหล่งความเครียด หรือจัดการกับตนเอง เพื่อแก้ไขปัญห ส่วนการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึก รวมทั้งการใช้กลไกทางจิต (defensive reappraisal) เช่น การปฏิเสธความจริง การโทษผู้อื่น การโทษตัวเอง การถดถอย อารมณ์ขัน การชดเชย และการพยายามลืม (Barry, 1998: 159-160 อ้างใน เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543: 20) เพื่อไม่ให้ความเครียดบั่นทอนกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความสามารถในการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ในเรื่องความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพาพบว่า ญาติผู้ดูแลที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.2 โปรแกรม / วิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาจำนวนโปรแกรมทั้งหมด 16 เรื่อง พบว่ามีจำนวน 6 โปรแกรม ซึ่งแต่ละโปรแกรมส่วนใหญ่มีกิจกรรม/วิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่คล้ายคลึงกัน อย่างน้อย 2 วิธี จาก 5 วิธี และระยะเวลา จำนวนครั้งในการทำกิจกรรมแตกต่างกัน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1) วิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง ใช้เครื่องมือในการประเมินผลที่แตกต่างกันไป แต่พอสรุปได้เป็น 5 วิธีการ ประกอบด้วย

1.1 การผ่อนคลายความเครียดใช้หลักทางศาสนาพุทธโดยการปฏิบัติสมาธิวิธีอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544) โดยการนำเอาวิธีหนึ่งในอนุสติ 10 คือการกำหนดลมหายใจเข้า-ออกสอนญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง พบว่าสามารถช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดในญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งได้ เนื่องจากขณะที่จิตใจสงบเป็นสมาธินั้น ร่างกายหลังสารเอนเคอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารในกลุ่มนิวโรเปปไทด์ มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ทำให้ผู้ฝึกมีจิตใจผ่อนคลาย หายเครียด (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544: 40) สอดคล้องกับคำสอนของท่านพุทธทาสภิกขุ และพระอาจารย์ทูล (พุทธทาสภิกขุ, 2544; พระอาจารย์ทูล จิปาถะ, 2535 อ้างใน พรทิพย์ อนันตกุล, 2544: 83) ที่กล่าวว่า “สิ่งสำคัญของการทำสมาธิ คือ การกำหนดจิตให้ทันการเคลื่อนไหว เพื่อให้จิตสงบ มีสติ นอกจากนี้ผลการศึกษาของสุนันทา กระจำแดน (2540) ได้ศึกษาผลของการทำสมาธิแบบอานาปานสติในการลดความเครียดและความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า สามารถลดความเครียดและความดันโลหิตได้ ในทำนองเดียวกันสมภาร ทวีรัตน์ (2543) ได้ศึกษาถึงการนำหลักวิปัสสนากรรมฐานมาใช้ในการทดลองภาวะความแปรปรวนทางอารมณ์ในสตรีวัยทอง ผลการวิจัยพบว่าสามารถลดความแปรปรวนด้านร่างกายและจิตใจของสตรีวัยทองได้ และสมทรง เฟ่งสุวรรณ (2538) ได้ศึกษาถึงผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อการลดความวิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสี ผลการศึกษาพบว่า ช่วยทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและซึมเศร้า

1.2 การสอนทักษะต่างๆ ในการเผชิญความเครียด จำนวน 5 เรื่อง ประกอบด้วย การสอนการคิดแก้ปัญหาตามแนวอริยสัจสี่ ได้แก่ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ และมรรค ซึ่งเป็นเหตุแห่งทุกข์ และแนวทางการดับทุกข์ จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544) การสอนทางจิตวิทยาด้วยเทคนิคการปรับกระบวนการคิด หรือการรับรู้ จำนวน 1 เรื่อง (Weeber et al, 1998) การสอนทักษะการเผชิญกับความเครียด จำนวน 2 เรื่อง (McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007) การสอนทักษะในการติดต่อสื่อสาร และการดูแลโดยใช้วิดีโอเทป จำนวน 1 เรื่อง (Bensink, et al, 2007) พบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งมีความเครียดและความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของอาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร, สุรินทร์ กลัมพากร และพจนา หันจางสิทธิ์ (2550) ที่ศึกษาทักษะการจัดการความเครียดของพนักงานสตรีโรงงานอุตสาหกรรม พบว่าหลังการสอนทักษะในการจัดการความเครียดจากการทำงานของพนักงานสตรีมีความเครียดลดลง และด้านการปรับเปลี่ยนวิธีคิดดีกว่าการผ่อนคลายร้อยละ 47.9 และจากการทบทวนวรรณกรรมของโฮเนย์ และคณะ (Honea, et al, 2007) ยังพบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่พบได้แก่ การให้ความรู้ทางจิตวิทยา การสนับสนุนใน

ลักษณะบุคคล หรือกลุ่ม โดยเน้นการสอนทักษะในการจัดการกับปัญหา การบำบัดทางจิต การปรับเปลี่ยนการรับรู้และพฤติกรรม การติดต่อสื่อสาร การใช้พลังบำบัด การใช้บริการศูนย์ดูแล การใช้หลายวิธีร่วมกัน สามารถลดภาระการดูแล และความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

1.3 การเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 เรื่อง (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540 McMillan et al., 2005; McMillan & Small., 2007) เพื่อประเมินปัญหา วางแผนร่วมกับญาติในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งและแนะนำแหล่งประโยชน์ พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีความเครียดลดลง และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์กาเร็ทและคณะ (Margaret et al., 2004) ที่ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความวิตกกังวล และความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในขณะที่แอนนา สุมะโน (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ที่เป็นวัณโรคปอด โดยประเมินปัญหา วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ที่เป็นวัณโรคปอด และแนะนำแหล่งประโยชน์ พบว่า การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

1.4 การให้คำปรึกษา จำนวน 7 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544; สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540; Bensink, et al., 2007; Kazak, et al., 2005; McMillan et al., 2005; McMillan & Small., 2007; Weeber, et al., 1998) พบว่าช่วยลดความเครียด และความวิตกกังวล เพิ่มความสามารถในการปรับตัว และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัต์ เพื่อลดความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังได้รับคำปรึกษาญาติผู้ดูแลมีความเครียดลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ชลาลัย คงพะจิต, 2547) ในขณะการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์และการให้คำปรึกษาในคลินิกนิรนามที่มีการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีการปรับตัวดีกว่าก่อนการได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (นันทิพย์ เพ็ชรดี, 2544)

1.5 การให้ความรู้ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง จำนวน 7 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544; สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540; Bensink, et al., 2007; Kazak, et al., 2005; McMillan et al., 2005; McMillan & Small., 2007; Weeber, et al., 1998) ช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับตัว และคุณภาพชีวิต รวมทั้งลดความเครียด และความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของบุศรินทร์ รัตนาสีห์ (2546) ที่ใช้งานวิจัยกึ่งทดลองศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และความเครียดจากความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ความสามารถตนเอง เพิ่มขึ้น และความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในแต่ละโปรแกรมมีหลากหลายเทคนิค เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ของความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สามารถช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่มีประสิทธิภาพ

2) ระยะเวลา และจำนวนครั้งในการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การผ่อนคลายความเครียดด้วยสมาธิวิธีอานาปานสติ ใช้เวลาเฉลี่ย 30 นาทีต่อครั้ง และจำนวนครั้งเฉลี่ยในการฝึกทำสมาธิวิธีอานาปานสติ 1 ครั้ง สอดคล้องกับคำสอนของท่านพุทธทาสภิกขุ (2544) ที่กล่าวว่า “การกำหนดจิตให้ทันการเคลื่อนไหว ควรทำอย่างน้อย 30 นาที” นอกจากนี้พระอาจารย์พุทธ จิปปัญโญ (พระอาจารย์พุทธ จิปปัญโญ, 2535 อ้างใน พรทิพย์ อนันตกุล, 2544: 83) กล่าวว่า การฝึกทำสมาธิวิธีอานาปานสติเพื่อให้จิตสงบ มีสติ ควรฝึกบ่อยๆ ต่อเนื่องกัน การแก้ปัญหาต่างๆ ก็จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ และการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีผลต่อความเครียดของพนักงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรม โดยใช้เวลาทั้งโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ หรือโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม โปรแกรมละ 10 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที พบว่า หลังการทดลองพนักงานหญิงทั้ง 2 โปรแกรมมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (อุไรวรรณ พานิชเจริญผล, 2550)

การสอนทักษะต่างๆ ในการเผชิญความเครียด ไม่สามารถระบุเวลา และจำนวนครั้งของการสอนทักษะต่างๆ ได้ เนื่องจากทำร่วมกันหลายวิธี จากการศึกษาเกี่ยวกับการสอนทักษะการเผชิญความเครียดในผู้ที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ (Charles et al, 2003) พบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการสอนทักษะการเผชิญความเครียด จำนวน 21 ครั้ง (ไม่ได้ระบุระยะเวลาของการสอน) มีความเครียดลดลง และนอนหลับได้ดีมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การเยี่ยมบ้านไม่สามารถระบุระยะเวลา และจำนวนครั้งของการทำในแต่ละโปรแกรมได้ จากการศึกษาของมาร์กาเร็ตและคณะ (Margaret et al., 2004) ที่ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยใช้เวลาในการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งต่อเดือน จำนวน 4 ครั้ง พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความวิตกกังวล และความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในขณะที่แอนนา สุมะโน (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นวัณโรคปอด โดยใช้เวลาเยี่ยมบ้าน 1 สัปดาห์ รวม 4 ครั้งติดต่อกัน ใช้เวลาครั้งละ 30-

45 นาที พบว่า การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การให้คำปรึกษา ไม่สามารถระบุระยะเวลา และจำนวนครั้งของการทำในแต่ละโปรแกรมได้ จากการศึกษาของชลาลัย คงพะจิต (2547) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัต์ เพื่อลดความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เวลาให้คำปรึกษาคนละ 8 ครั้งๆละ 50 นาทีต่อคน พบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ต่างกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปรับตัว และลดความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท โดยใช้เวลาครั้งละ 60 นาที จำนวน 3 ครั้งติดต่อกันทุก 2 สัปดาห์ พบว่าญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวดีขึ้น ความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ดาวรุ่ง หนูแก้ว, 2550) นอกจากนี้การให้คำปรึกษาต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลที่มีความวิตกกังวลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ระดับมาก จำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ และความวิตกกังวลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (คลดาว ปุณณานนท์, 2544)

การให้ความรู้ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งไม่สามารถระบุระยะเวลา และจำนวนครั้งของการทำในแต่ละโปรแกรมได้ จากการศึกษาของบุศรินทร์ รัตนาสีทธิ์ (2546) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และความเครียดจากความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสนับสนุนให้ความรู้จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ภายใน 8 วันพบว่าความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

โปรแกรม/วิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง ส่วนใหญ่ใช้วิธีการให้คำปรึกษา และให้ความรู้ ทั้งนี้ใช้ระยะเวลา และจำนวนครั้งในการช่วยเหลือแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับวิธีที่เลือกใช้ สถานการณ์ของความเครียด ความรู้และความสามารถในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง ซึ่งจำเป็นต้องเลือกใช้มากกว่าหนึ่งวิธี และประยุกต์ใช้ระยะเวลา และจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งเพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2.3 ผลลัพธ์ของการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง จากการวิเคราะห์ผลการศึกษานี้ทั้งหมด 16 เรื่อง พบจำนวน 7 เรื่อง ที่เป็นผลลัพธ์ของการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียด ดังนี้

- 1) ลดความเครียดจำนวน 7 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544; สมนึก สุกุลหงส์โสภณ, 2540; Kasak et al, 2005; Bensink et al, 2007; McMillan, et al, 2005; McMillan & Small, 2007;

Weeber et al, 1998.) สอดคล้องกับการศึกษาของชลาชัย คงพะจิต(2547) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัท์ เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2) ลดความวิตกกังวล จำนวน 2 เรื่อง (Kasak et al, 2005; Weeber et al, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของบุศรินทร์ รัตนาสีทธิ์ (2546) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้ และความเครียดจากความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ความเครียดและความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3) เพิ่มความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก จำนวน 1 เรื่อง (Weeber et al, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของวอลสท์และคณะ (Walsh et al, 2007) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้การพยาบาลแบบให้ความรู้ด้านจิตวิญญาณในครอบครัวผู้ป่วยระยะระยะสุดท้ายที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลสามารถนำความรู้จากโปรแกรมไปใช้เป็นประสบการณ์ในทางบวก และเพิ่มความรู้สึกลึกซึ้งทางบวกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

4) เพิ่มคุณภาพชีวิต จำนวน 3 เรื่อง (Bensink et al, 2007; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของวอลสท์และคณะ (Walsh et al, 2007) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลเพื่อลดความเครียดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระยะสุดท้ายในศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ให้การพยาบาลเพื่อลดความเครียดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

5) เพิ่มความสามารถในการปรับตัว จำนวน 1 เรื่อง (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา คงหอม (2546) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว การประเมินสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วย ความรู้ และความต้องการในการดูแล สามารถร่วมกันทำนายนการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 52 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงบรรยาย (เกศรา เสงงาม, 2550; ภารดี ปรีชาวิทยากุล , 2549) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนอย่างมากในการช่วยให้ญาติสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ สามารถลดความเครียด และช่วยให้ญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งสามารถปรับตัวและจัดการกับความเครียดได้

โปรแกรมการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง มีหลายวิธี ซึ่งการช่วยเหลืออาจต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อให้ญาติผู้ดูแลผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง



บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม (Systematic review) เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์วิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาข้อมูลในเรื่อง ระดับคุณภาพวิจัย แหล่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งระยะเวลาและจำนวนครั้งในการจัดกิจกรรมช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ประสิทธิภาพของการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยการสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (literature search) เริ่มสืบค้นตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2551 – 30 กรกฎาคม 2551 จากฐานข้อมูล PubMed, Medscape Nursing, CINAHL, Science Direct, Evedence Base Nursing, Blackwell Synergy และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยบูรพา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อมูลมาใช้ (inclusion criteria) และกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น (Key words) ได้แก่ Cancer Caregiver and Coping, Cancer Caregiver and Stress management, Cancer Family and Stress Intervention, Cancer Family and Stress Management, Reduce stress and family, Helping and stress, help stress and family cancer ใช้หลักฐานที่เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ วิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง มีระยะเวลาการตีพิมพ์อยู่ในช่วง 13 ปี (ค.ศ. 1996-2008) เป็นหลักฐานที่มีการเผยแพร่ฉบับเต็ม (Full text) และไม่จำกัดคุณภาพของหลักฐาน

โดยเรียงระดับของคุณภาพงานวิจัย (Level of evidence) จากคณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) โดยแบ่งคุณภาพหลักฐานงานวิจัยออกเป็น 4 ระดับ และใช้รูปแบบหลักเกณฑ์การประเมินงานวิจัยที่พัฒนา และปรับแก้โดยโพลิต และเบค (Polit & Beck, 2004) ซึ่งบทความต้องตรงประเด็นกับการนำไปใช้ (clinical-relevance) ครอบคลุมถึงหลักความเป็นจริง (scientific merit) และความสามารถของการนำไปใช้ และผลสำเร็จที่ได้รับ (implementation potential)

ผลการศึกษามีข้อสรุปและข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ระดับคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นส่วนใหญ่เป็นระดับ C (Descriptive research) จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50 และรองลงมาอยู่ในระดับ A (Randomized control trial) จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.5 และระดับ B (Quasi- experimental research) จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.5

2. แหล่งงานวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็น Experimental research และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด จำนวน 6 เรื่อง อยู่ในระดับ A งานวิจัยที่เป็น Quasi experimental research และศึกษาในประเทศไทย จำนวน 2 เรื่อง อยู่ในระดับ B และงานวิจัยที่เป็น Descriptive research เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งหมด จำนวน 8 เรื่องอยู่ในระดับ C

3. ผลการศึกษวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยสามารถสรุปสาระสำคัญ ได้แก่ ลักษณะการจัดการความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง โปรแกรม/วิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง และ ผลลัพธ์ของการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา หรือการมุ่งจัดการกับอารมณ์ หรือใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน

โปรแกรม/วิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ประกอบด้วย 6 โปรแกรม แต่ละโปรแกรมมีวิธีการอย่างน้อย 2 วิธี จาก 5 วิธี ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการให้ความรู้ และให้คำปรึกษา รองลงมา ได้แก่ การสอนทักษะต่างๆ ในการเผชิญความเครียด การเยี่ยมบ้าน และการผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิวิธีอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่

การนำวิธีการช่วยเหลือไปประยุกต์ใช้ในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแล อาจใช้วิธีเดียว หรือใช้หลายวิธีร่วมกัน ขึ้นกับปัญหาหรือสถานการณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ส่วนระยะเวลา และจำนวนครั้งในการช่วยเหลือพบว่าแตกต่างกันไปในแต่ละวิธี อย่างน้อย 30 นาที ต่อครั้ง และเพิ่มมากขึ้นตามสถานการณ์ของความเครียด ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องถึงโปรแกรม/วิธีการช่วยเหลือในบริบทของสังคมไทย

4. ผลลัพธ์ของการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ ลดความเครียดและความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก ความสามารถในการปรับตัว และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

ข้อเสนอแนะ

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ควรประยุกต์การจัดการความเครียด และวิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง อาทิ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การสอนทักษะการเผชิญความเครียด การให้ความรู้ และการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ เพื่อดูแลครอบครัวและชุมชน ทั้งในผู้ที่เป็นมะเร็งและโรคเรื้อรังต่างๆ
2. **ด้านการศึกษาวิจัย** ควรศึกษาโปรแกรมการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย โดยประยุกต์จากผลการศึกษา และขยายการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ
3. **ด้านการศึกษา** ผู้บริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ควรนำวิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียด ได้แก่ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การสอนทักษะการเผชิญความเครียด การให้ความรู้ และการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ ประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษางานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปใช้ในสถานการณ์การดูแลบางสถานการณ์ ซึ่งบางวิธีการช่วยเหลืออาจไม่เหมาะสมกับบางสังคมที่มีวัฒนธรรม ประเพณี วิถีชีวิต และการนับถือศาสนาที่แตกต่างไปจากการศึกษา ดังนั้นการนำวิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดไปประยุกต์ใช้กับญาติผู้ดูแล ต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็น
มะเร็ง

A RESEARCH SYNTHESIS TO HELP FAMILY CAREGIVERS OF PEOPLE WITH
CANCER IN STRESS MANAGEMENT

นันทน์ภัต ยูทธิงศ์ 4937537 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: แสงทอง ชีระทองคำ, Ph.D (Nursing), ชีราภรณ์ จันทร์ดา,
Ph.D (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับชาติและนานาชาติ และเป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจากโรคหัวใจของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2003-2008 (American Cancer Society, 2008) เช่นเดียวกับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2542-2549 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากอัตราการตาย 36.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2542 (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) เป็น 83.1 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2549 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ทั้งนี้ผู้ที่เป็นมะเร็งจะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งซึ่งมีการแพร่กระจายของเซลล์ไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำลายอวัยวะ กดเบียด หรือลุกลามอวัยวะใกล้เคียง ทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายที่ผิดปกติ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคมเศรษฐกิจ (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541; ปาริฉัตร กุลยาบาล, 2550; วัลภา ผิวทน, 2546) รวมทั้งปัญหาซับซ้อนต่างๆ และผลลัพธ์ของการรักษาที่ไม่แน่นอน ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งต้องเข้าโรงพยาบาล เมื่อมีอาการป่วยที่เฉียบพลัน และกลับบ้านเมื่ออาการนั้นคงที่ แต่ยังคงรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษา จึงส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นมะเร็งและสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่เข้ามารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล (วิภา วิเสโส, 2550)

ผู้ดูแลแบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือต่อผู้ที่เป็นมะเร็งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง ผู้ดูแลหลัก คือ ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นมะเร็งสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยทำหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวันต่อผู้ที่เป็นมะเร็งโดยตรง ส่วนผู้ดูแลรอง คือ บุคคลที่มีหน้าที่จัดการด้านอื่นหรือการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นครั้งคราว หรือมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างแต่ไม่สม่ำเสมอ (ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2543) ญาติผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระมาก ทำให้ต้องปรับบทบาทหน้าที่ และปรับตัวตลอดเวลาเพื่อรองรับกับสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งต้องใช้พลังและทุ่มเทเวลา แรงกายและแรงใจในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งอย่างต่อเนื่อง (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543; อัจฉรา เอ็นซ์ และ ปรียา รุ่งโสภาคกุล, 2541) จึงอาจทำให้เหนื่อยล้า เบื่อหน่าย ความวิตกกังวลและความเครียดสูง เนื่องจากต้องประสบปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง อาทิ การขาดความรู้ในการดูแล ไม่มีเวลา เหนื่อย และปัญหาการสื่อสารกับผู้ที่เป็นมะเร็ง จากภาระงานที่ต้องเผชิญกับความเหนื่อยล้าด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งจึงเป็นเสมือนผู้ป่วยที่ซ่อนเร้น (invisible patient) (Lubkin & Larsen, 1998: 258)

จากการศึกษาของสมนึก สกฤตหงส์โสภณ (2540) พบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีความเครียดในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 46.7 และมีปัญหาสุขภาพ คิดเป็น ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ คือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคหัวใจและโรคกระเพาะอาหาร ตลอดจนบางครอบครัวประสบปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ที่เป็นมะเร็ง หากญาติผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ก็จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อจัดการกับความเครียด Lazarus และ Folkman (1984) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อม ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตน และบุคคลต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวเพื่อให้เกิดความสมดุลและสวัสดิภาพของชีวิต ทั้งนี้การเผชิญกับความเครียดแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ แบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) หรือ การจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) (Lazarus & Folkman, 1984) การเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ เป็นการแก้ไขที่สาเหตุหรือปัญหาโดยตรง และการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ เป็นความพยายามที่จะบรรเทาความไม่สบายใจที่เกิดจากความเครียด โดยการใช้กลไกป้องกันทางจิต หรือวิธีผ่อนคลายความเครียดต่างๆ อาทิ การฟังเพลง สวดมนต์ นั่งสมาธิ เป็นต้น ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลอาจเลือกใช้การเผชิญความเครียดแบบใดแบบหนึ่ง หรือทั้งสองแบบขึ้นกับสถานการณ์ของความเครียดในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง (Lazarus & Folkman, 1984) เช่นเดียวกับการศึกษาของบุญมาศ จันศิริมงคล (2550) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา รองลงมาคือ วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบรวมกัน และวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งการจัดการกับอารมณ์

อย่างไรก็ตามหากญาติผู้ดูแลไม่สามารถที่จะเผชิญกับความเครียด และภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ครอบครัว และคุณภาพในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง (สมนึก สกฤตหงส์โสภณ, 2540) ดังนั้นการส่งเสริมญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งให้สามารถจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะช่วยลดความเครียดแก่ญาติผู้ดูแล ส่งผลให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้พาซาคริตาและแมคคอร์เคิล (Pasacreata & McCorkle, 2000) ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งในประเทศอังกฤษระหว่างปี ค.ศ. 1975 ถึง ค.ศ. 1999 จำนวน 29 เรื่อง พบว่ารูปแบบของการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ 1) การให้ความรู้ 2) การให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษา และการบำบัดทางด้านจิตใจ และ 3) การให้การดูแลที่สถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและที่บ้าน เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่าการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีหลายวิธี อาทิ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียด และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (สมนึก สกฤตหงส์โสภณ, 2540) รวมทั้งการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544) พบว่าความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

การช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลและผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้าน เป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่จะช่วยเหลือให้ผู้ที่เป็นมะเร็งและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลและผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้าน มีหลากหลายวิธีในบริบทที่แตกต่างกัน จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญในการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลและผู้ที่เป็นมะเร็งอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ผู้ศึกษาจึงสนใจสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อเสนอแนวทางในการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง อันจะก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งญาติผู้ดูแลและผู้ที่เป็นมะเร็ง

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

2. เพื่อศึกษาลักษณะการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง
3. เพื่อศึกษาวิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบวิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง
2. พยาบาลสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วิธีการดำเนินการศึกษา (Methodology)

การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการสังเคราะห์ มีขั้นตอนดังนี้

1. สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา (Lib. BUU) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Library. Car. Chula) และห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Lib. Cmu)
2. สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์ และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ PubMed, Medscape Nursing, CINAHL, Science Direct, Evidence Base Nursing และ Blackwell Synergy คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Cancer Caregiver and Coping, Cancer Caregiver and Stress management ,Cancer Family and Stress Intervention, Cancer Family and Stress Management, Reduce stress and family, Helping and stress, help stress and family cancer
3. การคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้
 - 3.1 เลือกเรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง และวิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งทุกช่วงอายุทั้งเด็กและผู้ใหญ่
 - 3.2 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งทุกเพศทุกวัย
 - 3.3 เลือกเรื่องที่ศึกษาที่เป็นการทดลองในคลินิก การวิจัยแบบกึ่งทดลอง และการวิจัยเชิงบรรยายหรือพรรณนา
 - 3.4 เลือกเรื่องที่ศึกษาที่เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full text) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

3.5 ระยะเวลาการตีพิมพ์อยู่ในช่วง ค.ศ. 1996-2008 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปประยุกต์อย่างเหมาะสมในปัจจุบัน

3.6 ผลลัพธ์ของงานวิจัย คัดเลือกงานวิจัยที่มีผลการศึกษาเกี่ยวกับ ลักษณะการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลของผู้ที่เป็นมะเร็ง โปรแกรม/วิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง และผลการศึกษาในด้านการลดความเครียด หรือวิตกกังวล แต่ไม่รวมภาวะซึมเศร้า

4. ประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์ของคณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). โดยแบ่งคุณภาพหลักฐานงานวิจัยออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

4.1 ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-Analysis ของงานวิจัยที่มี design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น RCT

4.2 ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-Analysis ของงานวิจัยที่มี design เป็น randomized controlled trials (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม โดยอาจเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

4.3 ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการเปรียบเทียบ การหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

4.4 ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้ความเห็นหรือฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากการปฏิบัติอื่นๆ ยังไม่มีข้อค้นพบจากการทำวิจัยทางคลินิกเลย หรือมีงานวิจัย แต่เมื่อพิจารณาแล้วไม่มีความสอดคล้องกับบริบทของการปฏิบัติ

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์ศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง จำนวน 16 เรื่อง จากทั้งหมด 540 เรื่อง พบว่า ระดับงานวิจัยที่สืบค้นส่วนใหญ่เป็นระดับ C (Descriptive research) จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอยู่ในระดับ A (Randomized control trial) จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.5 และระดับ B (Quasi-experimental research) จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 12.5 นอกจากนี้เป็นงานวิจัยในประเทศไทย 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 62.5 และเป็นงานวิจัยจากต่างประเทศ 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.5 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงงานวิจัยที่นำมาใช้ในการสังเคราะห์การช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง

ชื่อผู้แต่ง/ปี	ชื่อเรื่อง	ระดับงานวิจัย
1. Weeber et al, (1998)	Brief report: An intervention program for parents of pediatric cancer Patients: A randomized controlled trial	A
2. Kazak et al, (2005)	Feasibility and preliminary outcomes from a pilot study of a brief psychological intervention for families of children newly diagnosed with cancer	A
3. Mc Millan et al, (2005)	Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer.	A
4. Mc Millan and Small (2007)	Using the COPE intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare Patients: A clinical trial	A
5. Bensink et al, (2007)	Investigating the cost-effectiveness of videophone base support for newly diagnosed pediatric oncology patients and their families: Design of randomized controlled trial	A
6. Honea et al, (2007)	Putting evidence into nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden	A
7. สมนึก สกูลหงส์ โสภณ (2540)	ประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียด และเพิ่มความสามารถการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	B
8. พรทิพย์ อนันตกุล (2544)	ผลของการฝึกอานาปนสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนววิธีสัจสี ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง	B
9. จรูญศรี สุวรรณภูมิ (2539)	ความกังวลห่วงใย วิธีเผชิญปัญหาและอารมณ์ทุกข์โศกของมารดาที่บุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง	C
10. พรรณราย เอี่ยมหน่อ (2546)	วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มสตรีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	C
11. สุริภรณ์ สุวรรณโอสธ (2547)	ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง	C

ตารางที่ 1 แสดงงานวิจัยที่นำมาใช้ในการสังเคราะห์การช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง (ต่อ)

ชื่อผู้แต่งปี	ชื่อเรื่อง	ระดับงานวิจัย
12. สมใจ เนวชื่น (2547)	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	C
13. บุญมาศ จันศิริมงคล (2550)	ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุน ทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา	C
14. เกศรา เสงงามและคณะ (2550)	ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย	C
15. วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล (2550)	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	C
16. ศิริพรรณ ปิติมานะอารี (2550)	ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	C

ลักษณะการจัดการกับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมี 2 ด้าน คือ การมุ่งแก้ปัญหาโดยการหันหน้าเผชิญหน้ากับปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา และการพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม การแสวงหาข้อมูล การหาที่ปรึกษา การแสวงหาสิ่งเกื้อหนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม การหาที่ปรึกษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ มีจำนวน 13 เรื่อง (เกศรา เสงงาม, 2550; จรูญศรี สุวรรณกฎ, 2539; บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; พรทิพย์ อนันตกุล, 2544; พรรณราย เอี่ยมหน่อ, 2546; วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล, 2550; ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550; สมใจ เนวชื่น, 2547; สมนึก สกุดหงส์โสภณ, 2540; สุริภรณ์ สุวรรณโอสธ, 2547; Bensink et al, 2007; Honea et al, 2007; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007) และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ โดยการพยายามลืมความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นมะเร็ง การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย การดำเนินตนเอง การดำเนินผู้อื่น แยกตนเอง การเชื่อเรื่องโชคชะตาและหาที่ยึดมั่นทางจิตใจ การระบายความทุกข์โดยการร้องไห้ การตั้งความหวังว่าทุกอย่างจะดี และการประเมินค่าทางบวก มีจำนวน 12 เรื่อง (จรูญศรี สุวรรณกฎ, 2539; บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; พรทิพย์ อนันตกุล, 2544; พรรณราย เอี่ยมหน่อ, 2546; วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล, 2550; ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550; สุริภรณ์ สุวรรณโอสธ, 2547; Honea et al, 2007; Kazak et al, 2005; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007; Weeber et al, 1998)

สำหรับโปรแกรมการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมี 6 โปรแกรม ดังนี้

1. โปรแกรมการสอนทางจิตวิทยาด้วยเทคนิคการปรับการรับรู้และพฤติกรรม (Weeber et al., 1998)
2. โปรแกรมการพยาบาลเพื่อการอยู่รอดของผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่-(SCCIP-ND) (Kazak et al., 2005)
3. โปรแกรมการสอนทักษะการเผชิญความเครียด (McMillan et al., 2005; McMillan & Small., 2007)
4. การใช้วิดีโอและโทรศัพท์ (Bensink et al., 2007)
5. การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540)
6. การฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544)

ทั้งนี้ในแต่ละโปรแกรมประกอบด้วยวิธีการช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งอย่างน้อย 2 วิธีการ จาก 5 วิธีการ ดังนี้

1. การผ่อนคลายความเครียด โดยการทำสมาธิวิธีอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544)
2. การสอนทักษะต่างๆ ในการเผชิญความเครียด จำนวน 5 เรื่อง จำนวน 5 เรื่อง ประกอบด้วย การสอนการคิดแก้ปัญหาตามแนวอริยสัจสี่ จำนวน 1 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544) การสอนทางจิตวิทยาด้วยเทคนิคการปรับกระบวนการคิด หรือการรับรู้ จำนวน 1 เรื่อง (Weeber et al, 1998) การสอนทักษะการเผชิญกับความเครียด จำนวน 2 เรื่อง (McMillan et al, 2005; McMillan & Small., 2007) การสอนทักษะในการติดต่อสื่อสาร และการดูแลโดยใช้วิดีโอเทป จำนวน 1 เรื่อง (Bensink et al, 2007)
3. การเยี่ยมบ้าน จำนวน 3 เรื่อง (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007)
4. การให้คำปรึกษา จำนวน 7 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544; สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540; Bensink et al, 2007; Kazak et al. ,2005; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007; Weeber et al, 1998)
5. การให้ความรู้ในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง จำนวน 7 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544; สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540; Bensink et al, 2007; Kazak et al, 2005; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007; Weeber et al, 1998)

ทั้งนี้ระยะเวลาและจำนวนครั้งของโปรแกรม / วิธีการช่วยเหลือมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับการนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละโปรแกรม และสถานการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยพบตั้งแต่ 1-24 ครั้ง ใช้เวลาตั้งแต่ 30 – 165 นาทีต่อครั้ง ส่วนผลลัพธ์การช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง พบว่าช่วยให้ญาติผู้ดูแลลดความเครียด 7 เรื่อง (พรทิพย์ อนันตกุล, 2544; สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540; Bensink et al, 2007; Kasak et al, 2005; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007; Weeber et al, 1998.) ลดความวิตกกังวล จำนวน 2 เรื่อง (Kasak et al, 2005; Weeber et al, 1998) เพิ่มความรู้สึกทางบวก จำนวน 1 เรื่อง (Weeber et al, 1998) เพิ่มคุณภาพชีวิต จำนวน 3 เรื่อง (Bensink et al, 2007; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007) และเพิ่มความสามารถในการปรับตัว จำนวน 1 เรื่อง (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540)

การอภิปรายผล

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 16 เรื่อง จาก 540 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง อยู่ในระดับ A จำนวน 6 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง อยู่ในระดับ B จำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยเชิงบรรยาย อยู่ในระดับ C จำนวน 8 เรื่อง ซึ่งมีความน่าเชื่อถือที่จะนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ โดยพิจารณาตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของคณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544).

ลักษณะการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง พบว่าประยุกต์การเผชิญความเครียดแบบการมุ่งแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ หรือทั้งสองอย่าง สอดคล้องกับลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าจัดการความเครียดสามารถนำมาใช้ได้ทั้งสองลักษณะขึ้นกับบริบทของปัญหาหรือสถานการณ์ โดยการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาและ/หรือสถานการณ์ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ที่เป็นจิตเภทและจิตเวชที่เผชิญความเครียดทั้งการมุ่งแก้ปัญหา และจัดการกับอารมณ์ โดยการแสวงหาข้อมูลในการแก้ไขปัญหา การใช้กลไกทางจิต การหลีกหนีสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การผ่อนคลายความเครียดด้วยการดูหนัง ฟังเพลง หรือการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543; ขวัญพนมพร ธรรมไทย, 2546)

โปรแกรมการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีทั้งสิ้น 6 โปรแกรม ซึ่งแต่ละโปรแกรมประกอบด้วยวิธีการช่วยเหลืออย่างน้อย 2 วิธีการ จาก 5 วิธีการ ส่วนใหญ่ใช้วิธีการให้คำปรึกษาและให้ความรู้ รองลงได้แก่ การสอนทักษะต่างๆ ในการเผชิญความเครียด การเยี่ยมบ้าน และการผ่อนคลายความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของน้ำทิพย์

เพ็ชรดี (2544) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล และอารมณ์ มีการปรับตัวดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมของโฮเนีย และคณะ (Honea et al, 2007) ที่พบว่าการสอนทักษะต่างๆ ในการเผชิญความเครียดร่วมกัน อาทิ การให้ความรู้ทางจิตวิทยา แรงสนับสนุนทางสังคม การบำบัดทางจิต การปรับเปลี่ยนการรับรู้และพฤติกรรม และการสื่อสาร สามารถลดภาระการดูแล และความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น ($P < 0.5$) และความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (บุศรินทร์ รัตนาลิทธิ, 2546) และการเยี่ยมบ้านและการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติช่วยในการลดความเครียดและความดันโลหิต (สุนันทา กระจำเณ, 2540; สุนันทา บุญรักษา, 2548)

สำหรับระยะเวลาและจำนวนครั้งของโปรแกรม/ วิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับโปรแกรม/ วิธีการช่วยเหลือ สถานการณ์การเผชิญความเครียด และความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง แต่อย่างน้อยควรมีการช่วยเหลือ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องถึงโปรแกรม/ วิธีการช่วยเหลือในบริบทของสังคมไทย

ผลลัพธ์ของการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง พบว่าสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึทางบวก เพิ่มคุณภาพชีวิต และความสามารถในการปรับตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลาลัย คงพะจิต (2547) ที่ทำให้ความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองลดลง เช่นเดียวกับความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดลดลง (วารุณี พลิกบัว, 2548) เพิ่มความรู้สึทางบวกและเพิ่มคุณภาพชีวิตในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน (Walsh et al, 2007) รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กรรณิกา คงหอม, 2546)

สรุปผลการศึกษา

การช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง ควรเลือกให้เหมาะสมกับปัญหาหรือสถานการณ์ของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง ซึ่งอาจใช้การเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหา หรือการจัดการกับอารมณ์ หรือใช้ทั้งสองอย่างร่วมกัน โปรแกรมการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งมีทั้งสิ้น 6 โปรแกรม ซึ่งแต่ละโปรแกรมประกอบด้วยวิธีการช่วยเหลืออย่างน้อย 2 วิธี จาก 5 วิธี ซึ่งถูกจำแนกจากโปรแกรมทั้งหมด ส่วน

ใหญ่วิธีการช่วยเหลือ คือ การให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ ร่องลงมา ได้แก่ การสอนทักษะต่างๆ ในการเผชิญความเครียด การเยี่ยมบ้าน และการผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิวิธีอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ การนำวิธีการช่วยเหลือไปประยุกต์ใช้ในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแล ควรใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อให้เหมาะสมกับปัญหาหรือสถานการณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ส่วนระยะเวลา และจำนวนครั้งในการช่วยเหลือพบว่าแตกต่างกันไปในแต่ละโปรแกรม/วิธี แต่อย่างน้อยควรมีการช่วยเหลือ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และเพิ่มมากขึ้นตามสถานการณ์ อันจะทำให้ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึทางบวก สามารถในการปรับตัว และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

ข้อเสนอแนะ

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ควรประยุกต์การจัดการความเครียด และวิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง อาทิ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การสอนทักษะการเผชิญความเครียด การให้ความรู้ และการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ เพื่อดูแลครอบครัวและชุมชน ทั้งในผู้ที่เป็นมะเร็งและโรคเรื้อรังต่างๆ
2. **ด้านการศึกษาวิจัย** ควรศึกษาโปรแกรมการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย โดยประยุกต์จากผลการศึกษา และขยายการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ
3. **ด้านการศึกษา** ผู้บริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ควรนำวิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียด ได้แก่ การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การสอนทักษะการเผชิญความเครียด การให้ความรู้ และการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ ประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาทั้งงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปใช้ในสถานการณ์การดูแลบางสถานการณ์ ซึ่งบางวิธีการช่วยเหลืออาจไม่เหมาะสมกับบางสังคมที่มีวัฒนธรรม ประเพณี วิถีชีวิต และการนับถือศาสนาที่แตกต่างกันไปจากการศึกษา ดังนั้นการนำวิธีการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดไปประยุกต์ใช้กับญาติผู้ดูแล ต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์

A RESEARCH SYNTHESIS TO HELP FAMILY CAREGIVERS OF PEOPLE WITH CANCER IN STRESS MANAGEMENT

NUNNAPAT YUTTAISONG 4937537 RACN/M

M.N.S.(COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: SANGTHONG TERATHONGKUM, PH.D (NURSING), TIRAPORN JUNDA, PH.D (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and significance of problem

Cancer is a serious epidemic that has taken lives of many people from all over the world. According to statistics from 2003-2008 by the American Cancer Society, cancer was the second leading cause of death in the United States American Cancer Society, 2008). Moreover, it was the first cause of death in Thailand during 1999-2006. The number of patients who have died from cancer in Thailand rose from 36.8/100,000 people in 1999 to 83.1/100,000 people by 2006 (Ministry of Public Health, 2006), and these numbers are expected to rise in the future. Patients suffering from cancer are affected in all facets of their lives, for it is a disease in which uncontrolled growth of cells invade and destroy organs within the host's body. It affects a patient's physical, psychological, emotional as well as economical well-being (Chucheun Chivaponpol, 1998; Parichud Kulasabarn, 2007; Wallapa Pewtonn, 2003). Cancer patients have to face stressful uncertainties and endless treatments. All these complications not only affect the patients, but they also inadvertently affect the relatives who are the family caregivers of the patient.

Family caregivers of persons with cancer can be divided into 2 main groups: the first group is the 'primary caregiver'; these are ones who continuously and

consistently take care of the patient's needs on a daily basis. While the next group is called the 'secondary caregiver', they help out with other miscellaneous duties and take care of the patients periodically (Siripun Sasutt, 2000). Most primary caregivers who are caretakers often feel burdened with responsibility towards their ill family member, on top of that, they have to frequently adjust and change their roles of duty accordingly to the state of the patient's condition (Ruja Poopibool et al., 2000; Achara Entz & Preeya Rungsopakul, 1998). This requires a lot of mental and physical energy from the family caregivers, often leaving them fatigued, worried and highly-stressed. Other factors that contribute to a family caregiver's stress level are: the lack of knowledge on the disease itself, how to deal and communicate with the patient, lack of time and exhaustion. These stressors affect the family caregivers vicariously, and in many make the family caregivers become ill themselves, they are known as the 'invisible patient'. (Lubkin & Larsen, 1998: 258)

Studies from people like Somnuk Sakunhongsohon (1997) showed that family caregivers of person with cancer had high stress levels of up to 46.7%, and a decline in health of up to 66.7%. The most notable side effects caused by this kind of stress were hypertension, heart disease and stomach problems, respectively. Cancer can be very costly, and many families are confronted with a lot of financial challenges. It is essential that family caregivers learn how to cope with these stressors in order to lead a healthy constructive life, otherwise they too, will eventually become very ill and unhealthy. Stress, according to Lazarus & Folkman (1984), occurs through consequences of failure 'to find balance' between a being and its environment. There are two ways of coping with stress (Lazarus & Folkman, 1984) : problem-focused coping, which focuses on fixing the root of the problem itself, and emotional-focused coping, in which one tries to cope by soothing one's own emotions. This can be done in a variety of ways such as listening to music, praying or meditating. A family caregivers can choose one particular method or adopt both methods simultaneously depending on the situation (Lazarus & Folkman, 1984). Boonmas Junsirimongkol's research (2007) showed that the majority of family caregivers preferred to use the problem-focused method, then a combination of the two methods, and that the emotional-focused coping method came last.

If a family caregiver fails to cope with the stress, it will dramatically effect his/her own health, the well-being of those around them and even the quality of care they give to the person with cancer (Somnuk Sakunhongsohon, 1997). It is crucial for both the family caregivers and patient to learn how to cope with stress, in order to provide proper care for the patient. Pasacreata & McCorkle (2000) reviewed on 29 articles related to family caregivers of person with cancer in England from 1975-1999, found that family caregiver's support involved: 1) Supplying them with vital knowledge on the disease; 2) Providing them with professional counseling and psychological therapy; and 3) Availability in assistance within the hospital or at the patient's home. Similar studies performed in Thailand also showed that counseling, home visitation and application of Roy's adaptation model on stress management, has helped to reduce stress and increase adaptation of the family caregiver of person with end stage of cancer (Somnuk Sakunhongsohon, 1997). Mediation such as Apanasati and combination with coping methods like Ariyasacca, have also reduced a mother's stress level as she took care of her child with cancer ($p < .05$) (Porntip Anantakul, 2001).

Another important role for nurse practitioners is to care family caregivers and persons with cancer at home in order to increase ability of self care. It has been evident in both Thailand and abroad, that additional nursing assistance at home, will improve the quality of care and reduce the stress level of both the family caregiver and person with cancers. There are a variety of ways to help them at home, but it is important to choose and adopt the right methods best suited to Thai culture. I am interested in studding a research synthesis to help family caregiver of person with cancer in stress management in order to present a stress management's suggestion of family caregiver of person with cancer leading to improve their quality of life.

Objectives

1. To gather, analyze and synthesize information on how to help in stress management of family caregivers of person with cancer.
2. To study the stress coping behavioral patterns of family caregivers of person with cancer.

3. To study how to help in stress management of family caregivers of person with cancer.

Expected Benefits

1. Finding solutions on how to help family caregivers of person with cancer cope with their stress through stress management
2. Nurses may use this knowledge in order to help and support family caregivers of person with cancer relatives deal with their stress, and promote a better standard of care giving.

Methodology

The methods of obtaining information for this research were as follows:

1. Research material of specific topics within Thailand from Mahidol University Library (Mulinet), Burapha University Library (Lib. BUU), Chulalongkorn University Library (Lib. Car. Chula) and Chiang-Mai University Library (Lib. Cmu)
2. Research through professional medical resources: PubMed, Medscape Nursing, CINAHL, ScienceDirect, Evidence Base Nursing and Blackwell Synergy with keywords such as 'Cancer Caregiver andCoping', 'Cancer Caregiver and Stress Management', 'Cancer Family and StressIntervention', 'Cancer Family and Stress Management', 'Reduce Stress and Family','Helping and Stress', 'Help Stress and Family Cancer'.
3. Choosing reports and research using the Inclusion criteria as follows:
 - 3.1 Selecting reports that were affiliated with Stress management between family caregivers of person with cancer, and helping methods in stress management of family caregivers of person with cancer from every age group.
 - 3.2 Selecting reports were chosen from researches that dealt with family caregivers of person with cancer from every age group.
 - 3.3 Selecting study from randomized controlled trails, quasi- experimental research design, or descriptive research.
 - 3.4 Selecting official research material as full text in both Thai and English.

3.5 Selection of research material was chosen during 1996-2008, so that data was more current, relevant, and easy to adapt to present times.

3.6 Research results were chosen on studies related to coping methods on stress and helping techniques for family caregivers of persons with cancer in stress management as well as outcomes of decrease in stress and anxiety, but depression.

4. Determining the quality of the articles by using a standardization format published by the Royal College of Physician of Thailand (2001) which can be divided into 4 main levels:

4.1 Level A: A series of research material that have gone through a 'Meta-Analysis' that has been formulated by randomized controlled trails (RCT), or single articles that have been approached by RCT.

4.2 Level B: A series of research materials that have gone through a 'Meta-Analysis', where at least one of them has been formulated by randomized controlled trails (RCT). It also includes articles that have gone through a quasi-experimental research design.

4.3 Level C: Research materials are comparatives, correlational study, or other descriptive research.

4.4 Level D: Evidence or articles, which may have not been fully proven by research or may have incongruently conducted research with its practice, have passed the consensus of various academic professionals.

Results

This research, involving stress management for family caregivers of person with cancer was conducted using 16 articles out of a total of 540. Most of them, 8 out of the 16 articles, fell in level C (Descriptive research) category which represents 50%, followed by 6 studies (37.5%) belonging to level A (Randomized control trial), the remained two studies (12.5%) fell into level B (Quasi-experimental research). In addition, 10 of these subjects were done in Thailand and makes up 62.5% of the studies, while the remaining 6 studies (37.5%) were foreign.

Illustration of numbers of research synthesis to help family caregivers of people with cancer in stress management

Author/Year	Title	Level of Thesis
1. Weeber et al (1998).	Brief report: An intervention program for parents of pediatric cancer patients: A randomized controlled trial	A
2. Kazak et al. (2005)	Feasibility and preliminary outcomes from a pilot study of a brief psychological intervention for families of children newly diagnosed with cancer	A
3. Mc Millan et al. (2005)	Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer.	A
4. Mc Millan & Small. (2007)	Using the COPE intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: A clinical trial	A
5. Bensink et al. (2007).	Investigating the cost-effectiveness of videophone base support for newly diagnosed pediatric oncology patients and their families: Design of randomized controlled trial	A
6. Honea et al. (2007)	Putting evidence into nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden	A
7. Somnuk Sakunhongsophon (1997)	Effectiveness of Roy adaptation Model of nursing to stress alleviation and development of adaptive capabilities of caregiver of the patient with terminal cancer	B
8. Porntip Anantakul (2001)	The effect of Anapanasati practice with Ariyasacca's problem-solving on stress of cancer children's mothers	B
9. Jaroonsree Suwanagood (1996)	Concern, coping and vulnerability in mother of children with cancer	C

Illustration of numbers of research synthesis to help family caregivers of people with cancer in stress management

Author/Year	Title	Level of Thesis
10. Pannarai Oiemhno (2006)	Ways of coping among spouses of breast cancer patients	C
11. Sureeporn Suwanaosot (2547)	Uncertainty, social support, And coping strategies among parent of children with cancer	C
12. Somjai Navacheun (2004)	Factors relating to coping patterns of caregivers of metastasis cancer patients	C
13. Boonmas Chansirimongkol (2007)	Stress, Coping, Social support, and quality of life of family caregivers of persons with cancer receiving radiotherapy	C
14. Ketsara Sen-Ngam (2007)	Factors predicting maternal coping with childhood cancer in Thailand	C
15. Wanpen Ungwattansirikul (2007).	Predicted factors of quality of life in family caregivers of person	C
16. Siriphun Pitimana-aree (2007)	Predicted factors of quality of life in family caregivers of surgical oncology patients	C

There are two methods of coping with stress for family caregivers of person with cancer: one is to deal with the problem directly (problem-focused coping) to find a solution and the other is to seek an alternative that fits best with them (emotional-focused coping). There were 13 studies whom adopted the problem-focused coping method- they searched for answers, sought advice, looked for social support and followed the doctors orders (Kaesara Sen-Ngam 2007; Jarunsee Suwanagood, 1996; Boonmas Chansirimongkol, 2007; Pornthip Anantakul, 2001; Punnarai Oiemhno, 2006; Wanpen Ungwattansirikul, 2007; Siriphun Pitimana-aree, 2007; Somjai

Navacheun, 2004; Somnuk Sakuhongsophon, 1997; Sureeporn Suwanaosot, 2004; Bensink et al, 2007; Honea et al, 2007; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007). There were 12 researches who adopted the emotion-focused coping method - by trying to forget the pain of the person with cancer temporarily, accepting the situation they were in, stop criticizing themselves and others, started hoping that everything will turn out right and looked towards the future with an optimistic point of view (Jaroonsee Suwanagood, 1996; Boonmas Chansirimongkol, 2007; Porntip Anantakul, 2001; Punnarai Oiemhno, 2003; Wanpen Ungwattansirikul, 2007; Siriphun Pitimana-aree, 2007; Sureeporn Suwanaosot, 2004; Honea et al, 2007; Kazak et al, 2005; McMillan et al, 2005; McMillan & Small, 2007; Weeber et al, 2008)

There were 6 programs helping family caregivers of persons with cancer as following:

1. Psychological education including perception and behavior adaptation (Weeber et al., 1998)
2. Surviving cancer competently intervention program newly diagnosed: SCCIP-ND (Kazak et al., 2005)
3. Coping skill intervention (McMillan et al., 2005; McMillan & Small, 2007)
4. Videophone base support program (Bensink et al., 2007)
5. Nursing Application of Roy Adaptation Model (Somnuk Sakunhongsoophon, 1997)
6. Anapanasati practice with Ariyasacca's problem-solving (Porntip Anantakul, 2001)

Each program included at least two out of five methods which help lessen stress levels within family caregivers of persons with cancer:

1. Relaxation through Anapasati meditation in hand with coping methods like Ariyasacca's should be carried out at least once and. (Porntip Anantakul, 2001)
2. Stress coping teaching consisted of 5 lessons: one lesson on Ariyasacca's problem-solving (Porntip Anantakul, 2001), another lesson showed techniques on how to change and adjust your thinking process (Weebers et al., 1998), two lessons on how to cope and face with stress (McMillan et al., 2005; McMillan & Small, 2007), and one lesson teaching in communication by videophone. (Bensink et al., 2007)

3. Home Visitations consisted of 3 lessons. (Somnuk Sakunhongsoophon, 1997; McMillan et al., 2005; McMillan & Small., 2007).

4. Consultation consisted of 7 lessons. (Porntip Anantakul, 2001; Somnuk Sakunhongsoophon, 1997; Bensink, et al., 2007; Kazak, et al., 2005; McMillan et al., 2005; McMillan & Small., 2007; Weeber et al., 1998).

5. Providing sufficient information on how to take care of cancer patients consisted of 7 lessons. (Porntip Anantakul, 2001; Somnuk Sakunhongsoophon, 1997; Bensink, et al., 2007; Kazak, et al., 2005; McMillan et al., 2005; McMillan & Small., 2007; Weeber et al., 1998).

The results of using these techniques on family caregivers of person with cancer showed that there were 7 studies decreasing stress levels (Porntip Anantakul, 2001; Somnuk Sakunhongsoophon, 1997; Bensink, et al., 2007; Kazak, et al., 2005; McMillan et al., 2005; McMillan & Small., 2007; Weeber et al., 1998), two studies showing less anxiety (Kasak, et al., 2005; Weeber et al., 1998), one study showing an increase in positive thinking (Weeber et al., 1998), three studies revealing an increase in quality of life (Bensink, et al., 2007; McMillan et al., 2005; McMillan & Small., 2007), and one study showing an increase in the ability to adaptation (Somnuk Sakunhongsoophon, 1997)

Discussion

After carefully analyzed and synthesized all 16 out of 540 studies using a standardization format published by the Royal College of Physician of Thailand (2001), the results revealed that six abroad studies were classified as level A type research, two studies in Thailand belonged to level B type research while the last eight Thai studies fell into level C type research. All studies had sufficient quality to apply for helping in stress management of family caregivers of person with cancer.

Most family caregivers of person with cancer used methods of problem-focused coping, emotional-focused coping or a combination of both. This coincides with Lazarus & Folkman's which states that coping with stress can be approached by both problem-focused and emotional depending on the situation and person involved. Similar of the studies in persons with mental illness who suffer from stress used both

problem-focused coping and emotional-focused coping in order to solve their problems by learning how to control their feelings, avoiding stressful situations, relaxing themselves by watching movies and listening to music, and seeking social support from others (Ueah-ari Sarika, 2000; Kwanpanomporn Tumthai, 2003)

There were 6 programs helping family caregivers of persons with cancer in stress management. Each program included at least two out of five helping methods. Counseling and Providing sufficient information on how to take care of cancer patients was the most popular form of help provided to the family caregivers of person with cancer. Second was teaching them methods on how to deal with their stress, then home visitations, and lastly providing them with information on related topics and relaxation. Which coincided with studies of a pregnant woman with HIV infection (Namthip Petchdee, 2001) who had shown significant improvement after using counseling. Honea and party (Honea, et al., 2007) had also found that teaching methods and how to deal with stress, including teaching basic principles of psychology, social support, psychological rehabilitation, communication, adjusted thinking and behavioral patterns, significantly reduced level of stress ($p < .01$) and decreased the duties of the caregiver. ($p < .05$) Moreover, social support and giving knowledge programs for family caregivers was also an important factor in helping decrease in stress ($p < .05$) and improve their ability ($p < .05$) (Burin Rutthansit. 2003). Home visitations and Anapasati meditation had also helped reduce stress levels ($p < .05$) and blood pressure ($p < .05$) (Sununta Krajangdan, 1997; Sununta Boonruksa, 2005).

The Amount of time in which these programs/procedures were carried out was different depending on the situation of family caregivers of persons with cancer and their stress and coping. However, it was strongly suggested to participate in at least one session for least one session for a minimum time of 30 minutes for helping family caregivers of persons with cancer in stress management. Furthermore, studies should be conducted in Thai culture.

The outcome of stress management in family caregivers of person with cancer showed that it really worked in reducing stress, anxiety, induced positive thinking, improvement in one's well-being, and improvement in the ability of adaptation. This was evident in the works of Chalalai Dongpijit (2004) who has helped reduce stress

levels in person with cardiovascular disease, Warunee Plikbua' study (2005) also showed less signs of anxiety in family caregivers of person on chemotherapy. In another study (Walsh et al, 2007) with an end stage cancer person, the family caregiver even showed an improvement of adaptive capabilities and quality of life. Lastly, Kanika Konghom's study (2003) showed signs of being better to adaptation of taking care person with cardiovascular diseases.

Summary

When trying to help a family caregiver, it is important to choose the right method of stress management suited for that particular person. The choices largely depend on the situation of the family caregiver. One can either chose a form of problem-focused coping method, emotional-focused coping method or a combination of both. Six programs of helping a family caregiver of person with cancer were not quite different. Each program included at least two out of five procedures drawn fro all programs. Counseling and health information was the most popular form of helping provided to the family caregivers of persons with cancer. Second was teaching them methods on how to deal with their stress, then home visitations, and lastly providing them with relaxation - through Anapasati meditation in hand with coping methods like Ariyasacca. These methods could be used combination according to the family caregiver's situation. As far as the amount of time involved differently in each program/ procedure, so it was strongly suggested to participate in at least one session for a minimum time of 30 minutes for helping family caregivers of persons with cancer in stress management. The time and frequency involved may increase if the situation gets worse. These methods have proven to reduce stress, anxiety, induce positive thinking, promote adaptability and increase the caregiver's well-being.

Suggestions

1. Within the Nursing profession: We should adopt and adapt these methods of stress management with the nursing profession, especially in areas like: counseling, home visitations, teaching them methods on how to cope with stress, health education,

and Anapasati meditation and Ariyasacca. This in return, will help caregivers provide better care and support systems to those who need it.

2. In Research: There needs to be more emphasis on finding suitable ways of relieving stress for family caregiver of person with cancer in Thai culture. This can be done through research and experimentation of other Thai family caregiver of person with chronic diseases.

3. In Education: Those who are in charge of the Nursing education system, should adopt stress management (which include: counseling, home visitations, teaching of stress coping methods, health education, and Anapasati meditation and Ariyasacca) into their teaching curriculum.

Limitations

References that were used, had come from both Thai and foreign research, causing limitations toward applying certain aspects of them to this report. Some theories were not applicable or well suited towards Thai culture, especially those concerning religious references. Therefore each topic had to be carefully scrutinized and adapted to suit it's subjects.

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2546) *สถิติสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์*, กรุงเทพฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2549) *สถิติสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์*, กรุงเทพฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550) *สถิติสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์*, กรุงเทพฯ.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550). *คู่มือคลายเครียด*. กรุงเทพฯ; บียอนด์ พับลิชชิง.
- กรรณิกา คงหอม. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2543). *ศาสตร์แห่งโรคมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกศรา เสงงาม. (2550). *ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2546). *ความเครียด และรูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น*. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 34 (1), 1-2.
- คณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). *คำแนะนำการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines)*. *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 18(16), 36 – 47.
- เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา สุวรรณภู. (2539). *ความกังวลห่วงใย วิธีการเผชิญปัญหาและอารมณ์ทุกข์โศกของมารดาที่บุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชลาลัย ดงพะจิต. (2547). ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดาวรุ่ง หนูแก้ว. (2550). ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปรับตัวและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ดลดาว ปุณณานนท์. (2544). เปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง กับการเสนอตัวแบบต่อความวิตกกังวลในการพยาบาลผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- น้ำทิพย์ เพ็ชรดี. (2544). การศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และการให้คำปรึกษาในคลินิกนิรนามที่มีการปรับตัวของ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นุญนีย์ มณีรัตน์. (2550). ผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุศรินทร์ รัตนาสีทธิ. (2546). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลต่อความรู้การรับรู้ความสามารถ และความเครียดจากความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปาริฉัตร กลุษาบาล.(2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประคอง สุคนธ์จิตต์ (2550). การจัดการกับความเครียด. เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2551 จาก http://www.krirk.ac.th/education/article_manage_taut.pdf.
- พรทิพย์ อนันตกุล. (2544). ผลของอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนววิธีจลน์ ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- พรรณพิมล หล่อตระกูล. (2540). ความเครียด. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการการให้บริการคลินิกคลายเครียด. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พรรณราย เขียมหน่อ. (2546). วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มสตรีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบ้าน. วารสารพยาบาลสาร, 31(1), 77-78.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2549). รู้ทันโรคมะเร็ง 2. กรุงเทพฯ: มติชน.
- พุทธทาสภิกขุ. (2544). การทำสมาธิวิธีวิปัสสนา: วิธีฝึกอานาปานสติเบื้องต้น. กรุงเทพฯ:ธรรมสภา.
- ภารดี ปรีชาวิทยากุล. (2549.) ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่พักรักษาในอาคารเย็นศีรษะ ที่พักรักษาของผู้ป่วยและญาติ. สงขลา นครินทร์เวชสาร. 24(2), 71-84.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน. รามาธิบดีสาร, 2(1), 84-94.
- รวี เดือนดาว. (2547). ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ (2543). ผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัว. รายงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์, โรงพยาบาลรามาธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2547). ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม: กรณีศึกษา.วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 5(1), 43-48.
- วรรณรัตน์ ลาวัณ. (2548). สถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี, 16(1), 12-19.
- วารุณี พลิกบัว. (2549). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วาริ กังใจ. (2550). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี, 26(2), 7-28.
- วิภา วิเสโส. (2550). การให้ความหมายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล. (2550). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัลภา ผิวทน. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2543). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพรรณ ปิติมานะอารี. (2550). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรียรัตน์ คุ่มสิน. (2546). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วิเจพรินติ้ง.
- สมใจ เนวชื่น. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมทรง เฟ่งสุวรรณ. (2538). ผลของการฝึกสมาธิต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา: วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมนึก สกุดหงส์โสภณ. (2540). ประสิทธิภาพการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียด และเพิ่มความสามารถการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมภาร ทวีรัตน์. (2543). การนำหลักวิธีสาธารณสุขมาใช้ในการลดภาวะความแปรปรวนทางอารมณ์ในสตรีวัยทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาอักษรศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมฤดี สิทธิมงคล (2541). ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2550). ความเครียด การจัดการกับความเครียด และการปรับตัวทางใหม่ในการวิจัย. วารสารสภาการพยาบาล กรุงเทพ, 22 (1), 5-8.
- สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา กระช่างแดน. (2540). ผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายในการลดความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา บุญรักษา. (2548). โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสติพร้อมกับการติดตามเยี่ยมบ้านต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่ โรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- สุริภรณ์ สุวรรณโอสธ. (2547). ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร, สุรินทร์ กลัมพากร และพจนา หันจางสิทธิ์. (2550). ทักษะการจัดการกับความเครียดของพนักงานสตรีโรงงานอุตสาหกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: กรณีศึกษาโรงงานผลิตถุงมือทางการแพทย์ จังหวัดสงขลา. ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.
- อัญญา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาคกุล. (2541). การศึกษาบทบาทของผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(ฉบับที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไรวรรณ พานิชเจริญผล. (2550) การศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ และการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อความเครียดของพนักงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- แอนนา สุมะโน. (2550) ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอศรีราชา ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เอื้ออารีย์ สาริกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- American Cancer Society.(2008). Get statistics and research information. Retrieved March 27, 2008. From: http://www.cancer.org/docroot/sttt/sttt_0.
- Bensink, et al. (2007). Investigating the cost-effectiveness of videotelephone based support for newly diagnosed paediatric oncology patients and their families: design of a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 1(3), 7-38.
- Charles, M and et al., (2003). Role of Stress, Arousal, and Coping Skills in Primary Insomnia. *Psychosomatic Medicine*, 65, 259-267.
- Cohen, S & Wills, T.A. (1994). Stress, social support, and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(1), 310-357.
- Davis, B.D. (1992). The effect of terminal illness on patient and their carers. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 512-520.
- Hoffmann, R. L., & Mitchell, A. M. (1998). Caregiver burden: Historical development. *Nursing Forum*, 33(4), 5-11.
- Honea ,et al. (2008). Putting evidence into practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 12(3), 507-516.

- Kazak, et al. (2005). Feasibility and preliminary outcomes from a pilot study of a brief psychological intervention for families of children newly diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8), 644-655.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Lubkin. I.M., & Larsen. P. D. (1998). *Chronic illness: Impact and interventions* (4th ed.). United States: Jones and Bartlett Publishers, 258.
- Margaret, H and et al., (2004). A Pilot randomized trial assessing the effects of autogenic training in early stage cancer patients in relation to psychological status and immune system responses. *European Journal of Oncology Nursing*, 8 (1), 61-65.
- Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mcmillan, S. & et al. (2005). Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: A randomized clinical trial. *Intervention for Hospice Cancer Caregivers*, 106(1), 214-222.
- Mcmillan & Small. (2007). Using the COPE intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patient: A clinical trial. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 313-321.
- Pasacreta & McCorkle. (2000). Participant characteristics before and 4 months after attendance at a family caregiver cancer education program. *Cancer Nursing*, 23(4), 295-303.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principle and methods* (7th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sutterley, D.C. (1981). Stress and Health: A Survey of Self- Regulation Modalities. In Sutterley, D.C., & G.F. Donnelly, (eds). *Coping with Stress : A Nursing Perspective*. (pp. 173-194) London: Aspen.
- Walsh, et al. (2007). Reducing emotional distress in people caring for patients reciving specialist palliative care. *British journal of psychiatry*. 190, 142-147.
- Weeber, et al. (1998). Brief Report: An intervention program for parents of pediatric cancer patients: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Psychology*. 23(3), 207-214.

WHO, (2000). Department of Social Chang and Mental Health. Get statistics and research information. Retrieved March 13, 2008. From: <http://bmj.com/cgi/content/full/320/7247/1432>.





ภาคผนวก ก ผลงานวิจัย การวิเคราะห์และการนำไปใช้ในการส่งเสริมการจัดการกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นมะเร็ง

ผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการศึกษาไปใช้
I. Weebbers, et al .(1998). เรื่อง : Brief Report: An Intervention Program for Parents of Pediatric Cancer Patients : A Randomized Controlled Trial	รูปแบบงานวิจัย : วิจัยแบบทดลอง ระดับการวิจัย : A วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินผลของการใช้โปรแกรมการสอนทางจิตวิทยาด้วยเทคนิคการปรับการรับรู้และพฤติกรรมของบิดา-มารดา ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง	กลุ่มตัวอย่าง: บิดา มารดาที่มีเด็กป่วยเป็นมะเร็ง โดยได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรก มีบิดา-มารดาจำนวนทั้งหมด 192 รายที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็ง 98 คนที่อาศัยอยู่ทางตอนเหนือของประเทศเนเธอร์แลนด์ สุ่มตัวอย่าง 120 ราย เข้ากลุ่มทดลอง 61 ราย (30 คู่, หญิงม่าย 1 ราย) สูญหายระหว่างเก็บข้อมูลเหลือเพียง 39 ราย (19 คู่, หญิงม่าย 1 ราย) ส่วนกลุ่มควบคุม 59 ราย (28 คู่, มารดา 3 ราย) สูญหายระหว่างเก็บข้อมูลเหลือเพียง 42 ราย (21 คู่) สถานที่ดำเนินการวิจัย : โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโกนิงเจน(Groningen)ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ระยะเวลาเก็บข้อมูลเดือนกันยายน 1991- ธันวาคม 1993	การศึกษา : การให้กิจกรรมตามโปรแกรม สามารถลดความเครียดได้ทุกช่วงการประเมิน โดยพบว่าการสนับสนุนทางจิตสังคม และทางจิตวิทยา การสนับสนุนทางอารมณ์สามารถลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	การสอนการปรับกระบวนการการคิด หรือรับรู้ และพฤติกรรม การใช้ทักษะ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปัญหา ทักษะการติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างคู่สมรส
วิธีดำเนินการวิจัย: หลังจากเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง บิดา-มารดาจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลพื้นฐานปกติ ได้แก่การรักษา การสนับสนุนทางสังคมโดยพยาบาล ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามปกติ และได้รับการเสริมเพิ่มเติม ได้แก่ การให้				

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผล การวิจัยไปใช้
		สอนทางจิตวิทยาด้วยเทคนิคการปรับกระบวนการคิด หรือรับรู้ และพฤติกรรม การใช้ทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปัญหา ทักษะการติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างคู่สมรส ซึ่งเป็นโอกาสที่จะได้แก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยนักจิตวิทยาจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 3 สัปดาห์ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามทางจดหมายโดยเก็บ 14 วันหลังจากเข้ากลุ่มในครั้งแรก และหลังจากนั้น 6 เดือนเป็นครั้งที่ 2 , 12 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งที่ 3 และ 6 เดือนหลังจากการให้กิจกรรมการพยาบาลครบ เครื่องมือที่วิจัย: - แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตทั่วไป(GHQ-12) ของโกลด์เบอร์ค 12 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับสูง - แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการทางจิต (The Symptom Check List -SCL) 90 ข้อ แบบ Rating scale 1-5 คะแนนมาก หมายถึงมีอาการที่เกิดจากภาวะเครียดมาก - แบบวัดความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory-state ของ Spielberger) 20 ข้อ		

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผล การวิจัยไปใช้
		- แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support List-Discrepancies - SSL-D) ของ Sonderen (1991) มี 34 ข้อ เป็นแบบประเมินความพึงพอใจ และ"ไม่พึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายของตน - แบบวัดทางด้านความรู้สึกลทางบวก และความรู้สึกลทางลบรวม 16 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างค่อนข้างมาก และมากที่สุด การวิเคราะห์ข้อมูล: ใช้สถิติ: Repeated Measures(ANOVA)		
2. Kazak, et al. (2005) เรื่อง : Feasibility and Preliminary Outcomes from a Pilot Study of a Brief Psychological Intervention for Families of Children Newly	รูปแบบงานวิจัย : วิจัยแบบทดลอง ระดับการวิจัย : A วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อการอุดหนุนของผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่ (Surviving Cancer Competently Intervention Program - Newly	กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรายใหม่ 38 คน คัดเลือกโดยการสุ่มเป็นผู้ดูแลผู้หญิง 20 คน และผู้ดูแลผู้ชาย 18 คน แต่ละครอบครัวมีผู้ดูแล 2 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 9 ครอบครัวที่ให้กิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรม SCCIP-ND และกลุ่มควบคุม 10 ครอบครัว ได้รับการพยาบาลแบบปกติ โดยทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างในตัวโรค หรือลักษณะของประชากร คือ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา หรือเชื้อชาติ อายุ สถานที่ดำเนินการวิจัย: โรงพยาบาลเด็กฟิลาเดลเฟีย ในรัฐเพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม - 30 มิถุนายน 2003	ผลการศึกษา : ก่อนการทดลองผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม	กิจกรรมการพยาบาล "ได้แก่ การปรับตัว บทบาทของ ครอบครัว และการเผชิญกับความเครียด

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีการในการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการวิจัยไปใช้
Diagnosed with Cancer	Diagnosed - SCCIP-ND)ต่อความเครียดในผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรังไข่ใหม่	วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรม SCCIP-ND ได้แก่ การปรับตัว การรับรู้และพฤติกรรม ความเชื่อและประสบการณ์การดูแล นอกจากนี้ยังใช้วิธีโคลิกที่มีประสบการณ์ระหว่างบิดา มารดาเด็กที่เป็นมะเร็ง 4 ราย และการสนทนากับนักสุขภาพ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความเชื่อเกี่ยวกับการเป็นมะเร็ง การรักษาและผลกระทบต่อการครอบครัว การเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลเด็ก รวมทั้งความไม่แน่นอนของโรค การบริหารจัดการ การเรียนรู้และความร่วมมือในครอบครัว ส่วนด้านจิตใจจะมีการติดตามโดยนักจิตวิทยา 2 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน และจะมีการนัดพบไปแต่ละครั้ง กลุ่มควบคุม : ได้รับการดูแลด้านจิตสังคมตามปกติ ได้รับข้อมูลการดูแลจากแพทย์ การใช้ศิลปะบำบัด การใช้ดนตรีบำบัด กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินเป็นก่อน และหลังการให้กิจกรรมการพยาบาล ห่างกัน 2 เดือน เครื่องมือวิจัย: - The Acute Stress Disorder Scale(ASDS) จำนวน 19 ข้อ แบบลิเกิต ระดับคะแนน 1-5 ถ้าคะแนนรวมน้อยหมายถึงมีความวิตกกังวลน้อย ใช้ในการประเมินผู้ดูแลและก่อนและหลังการทดลอง - The State-Trait Anxiety Inventory จำนวน 40 ข้อ ระดับคะแนน 1-4 ถ้าคะแนนรวมน้อยหมายถึง มีความเครียดและความวิตกกังวลน้อย	อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อดี : การศึกษาเป็น RCT ข้อจำกัด : การสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษ 7 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 5 รายและกลุ่มควบคุม 2 ราย ซึ่งอาจเพิ่ม type II error และกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก จึงมีข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้ในประชากรกลุ่มอื่น (Generalization)	

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการวิจัยไปใช้
3. Mc Millan, et al. (2005) เรื่อง : Impact of Coping Skills Intervention With Family Caregivers of Hospice Patients With Cancer.	รูปแบบงานวิจัย : วิจัยแบบทดลอง ระดับการวิจัย : A วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบกิจกรรมการเผชิญความเครียด คุณภาพชีวิต ภาระงาน และความชานาญในการดูแลผู้ป่วยระหว่างศูนย์ดูแลพิเศษ และศูนย์ดูแลที่ดูแลแบบปกติ	กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็ง 354 คู่ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ ผู้ดูแล ต้องดูแลผู้ป่วยมะเร็งผู้ใหญ่ สัมผัสใกล้ชิดเข้าร่วมการทดลอง การศึกษาในระดับสุดท้าย 6 สามารถอ่านและเข้าใจภาษาอังกฤษได้ คัดเลือก โดยการสุ่มแบ่งเข้ากลุ่ม 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) จำนวน 109 คู่ กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลองที่ 1) จำนวน 109 คู่ กลุ่มที่ 3 (กลุ่มทดลองที่ 2) จำนวน 111 คู่ รวม 329 คู่ สถานที่ดำเนินการวิจัย: ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทางตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย ระยะเวลาเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนมี.ค.1999 –พ.ค. 2003 วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของศูนย์ดูแล กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง และกลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน การเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง และสอนทักษะการเผชิญกับความเครียด ประเมินก่อน และหลังการทดลอง 16 วัน และ 30 วัน เครื่องมือวิจัย: - ใช้ The Brief COPE ในการประเมินความเครียด และการเผชิญความเครียดจำนวน 28 ข้อ แบบลิเคิต ระดับ 1-5 - The Caregiver Quality of Life Index-Cancer(CQOL-C) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในด้านอารมณ์ ความวิตกกังวล การนอนหลับ จำนวน 35 ข้อแบบลิเคิต ระดับ 1-5	ผลการศึกษา : หลังการทดลอง 16 วันพบว่า การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม 30 วันหลังพบว่ากลุ่มที่ 3 สามารถเผชิญกับความเครียด และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มที่ติดตาม RCT ข้อดี : การศึกษาเป็น RCT ข้อจำกัด : กลุ่มตัวอย่าง 34.7 % เสียชีวิตขณะเก็บข้อมูล เหลือกลุ่มตัวอย่าง 65.3 % จำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลง เกิด Type 2 error	การสอนทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การเยี่ยมบ้าน

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีการในการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการวิจัยไปใช้
4. Mc Millan and Small. (2007) เรื่อง : Using the COPE Intervention for Family Caregivers to Improve Symptoms of Hospice Homecare Patients: A Clinical Trial	รูปแบบงานวิจัย : วิจัยแบบทดลอง ระดับการวิจัย : A วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมทางการพยาบาลในรูปแบบการช่วยเหลือให้ญาติผู้ที่เป็นมะเร็งให้สามารถจัดการกับโรคได้	กลุ่มตัวอย่าง: ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็ง 354 คู่ โดยยินยอมเข้าในการศึกษาคือญาติผู้ดูแล ต้องดูแลผู้ป่วยมะเร็งรายใหญ่ สัมผัสใจเข้าร่วมการทดลอง การศึกษาระดับต่ำสุดเกรด 6 สามารถอ่านและเข้าใจภาษาอังกฤษได้ คัดเลือกโดยการสุ่มแบ่งเข้ากลุ่ม 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) จำนวน 109 คู่ กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลองที่ 1) จำนวน 109 คู่ กลุ่มที่ 3 (กลุ่มทดลองที่ 2) จำนวน 111 คู่ รวม 329 คู่ สถานที่ดำเนินการวิจัย: ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศอังกฤษ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ สิงหาคม - 5 ตุลาคม 2006 วิธีดำเนินการวิจัย :กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของศูนย์ดูแล กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง และกลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน การเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง และสอนทักษะการเผชิญกับความเครียด เรียกว่าโปรแกรมการเผชิญความเครียด (The COPE Program) คือ การสอนและการสนับสนุนช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการเผชิญปัญหา 3 ขั้นตอน คือ พยาบาลและญาติผู้ดูแลร่วมกันค้นหาปัญหาในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง สอนญาติผู้ดูแลในการดูแลและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นมะเร็ง และพยาบาลจะถามย้อนกลับโดยให้ญาติผู้ดูแลบอกและสาธิตขั้นตอนการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน จำนวน 3 ครั้ง และติดตาม	ผลการศึกษา : หลังการทดลอง 16 วัน และ 30 วัน กลุ่มที่เพิ่มทักษะการเผชิญความเครียด มีคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มที่ติดตามเยี่ยม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อดี : การศึกษาเป็น RCT ข้อจำกัด: -	การจัดทำกลุ่มในผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งในแต่ละระยะ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ และวิธีการจัดการกับความเครียด รวมทั้งโปรแกรมเยี่ยมบ้าน

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผล การวิจัยไปใช้
		ประเมินผลทางโทรศัพท์ การให้ข้อมูลและการช่วยเหลือต่างๆ ทั้ง 3 กลุ่มจะได้รับการประเมิน 16 และ 30 วันหลังจากเข้าพื้นที่ในศูนย์ดูแล เครื่องมือการวิจัย: -The Memorial Symptom Assessment Scale จำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-5 คะแนนรวมตั้งแต่ 96 คะแนนถือว่ามีความเครียดสูง ต้องได้รับการช่วยเหลือ - The Hospice Quality-of-Life Index (HQLI) จำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ด้านจิตใจ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านสังคมและจิตวิญญาณ คะแนนระหว่าง 0-280 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตดี		
5. Bensink, et al. (2007). เรื่อง : Investigating the cost-effectiveness of videophone base support for	รูปแบบงานวิจัย : วิจัยแบบทดลอง ระดับการวิจัย : A วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้วิดีโอเทปเพื่อสนับสนุนการดูแล	กลุ่มตัวอย่าง: ครอบครัวที่มีเด็กป่วยเป็นมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรก อายุระหว่าง 2-18 ปี ได้จากการสุ่มตัวอย่างจำนวน 162 ครอบครัวจาก 180 ครอบครัว และสุ่มเข้ากลุ่ม สถานที่ดำเนินการวิจัย : โรงพยาบาลเด็กรอยัลที่ดูเลเด็กโรคมะเร็งและโรคเลือดในประเทศออสเตรเลียระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ 29 มกราคม 2007 - 5 มีนาคม 2007	ผลการศึกษา : หลังการทดลอง 4,8,12 สัปดาห์ พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของครอบครัวได้ ข้อดี : การศึกษาเป็น RCT	การใช้เทปวิดีโอในการสอนทักษะการดูแลให้สามารถจัดการปัญหาและการใช้แบบประเมิน PSS ในการประเมินการรับรู้ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการวิจัยไปใช้
newly diagnosed paediatric oncology patients and their families: design of randomized controlled trial	เด็กและครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในครั้งแรก ต่อความเครียดของผู้ดูแล	วิธีดำเนินการวิจัย: : กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) จำนวน 54 ครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางวัฒนธรรมแบบดั้งเดิม และการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จำนวน 54 ครอบครัวได้รับการดูแลแบบปกติ และใช้วิดีโอเทปในการสอนทักษะการดูแล เช่น ความรู้ในการดูแล การติดต่อสื่อสาร การให้การศึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจากทีมสหวิชาชีพทางโทรศัพท์ และพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งจะให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ การเยี่ยมบ้าน และการมาตรวจตามนัดในคลินิก กลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) จำนวน 54 ครอบครัวได้รับการพยาบาลแบบปกติ การเก็บข้อมูลทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการประเมินก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 4, 8, 12 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัย: ใช้แบบประเมิน Perceived Stress Scale (PSS) จำนวน 4 ข้อ แบบลิกต Scale ระดับคะแนน 1-5 ถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเครียดสูง	ข้อจำกัด: - ผลการวิจัย: กิจกรรมการพยาบาลที่ได้แก่ การให้ความรู้ทาง	กิจกรรมการพยาบาลที่ได้แก่ การให้ความรู้ทาง
6. Honea, et al. (2005)	รูปแบบงานวิจัย :Systematic Review	กลุ่มตัวอย่าง: ญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งผู้ใหญ่ในประเทศอังกฤษ	ผลการวิจัย: กิจกรรมการพยาบาลที่ได้แก่ การให้	กิจกรรมการพยาบาลที่ได้แก่ การให้ความรู้ทาง

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผล การวิจัยไปใช้
เรื่อง : Putting Evidence Into Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden	ระดับงานวิจัย: A วัตถุประสงค์ : เพื่อ ทบทวนและสังเคราะห์ หลักฐานเชิงประจักษ์ หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับเครื่องมือในการ ลดความเครียดและการะ งานในญาติผู้ดูแล	จำนวน 29 เรื่อง โดยสมาคมการพยาบาลโรคมะเร็ง (ONS) ใน ประเทศอังกฤษระหว่างปี 1995-2006 ซึ่งการวิจัยได้ฐานข้อมูลของ Ovid's MEDLINE, PubMed, PsycINFO, CINAHL และคำสำคัญที่ ใช้ได้แก่ caregivers, caregiving, family, spouse, burden, strain, cancer, oncology, intervention, RCT, review or meta-analysis	ความรู้ทางจิตวิทยา การ สนับสนุนในลักษณะบุคคล หรือ กลุ่ม โดยเน้นการสะท้อนทักษะใน การจัดการกับปัญหา การบำบัด ทางจิต การปรับเปลี่ยนการรับรู้ และพฤติกรรม การติดต่อ สื่อสาร การให้พลังบำบัด การใช้ บริการศูนย์ดูแล การใช้หลายวิธี ร่วมกัน การเน้นความสามารถ ของการทำกิจกรรมของผู้ที่เป็น มะเร็ง ข้อดี : การศึกษาส่วนใหญ่เป็น RCT ข้อจำกัด : ไม่สามารถทราบ รายละเอียดของการศึกษาแต่ละ เรื่อง	จิตวิทยา การสนับสนุน ในลักษณะบุคคล หรือ กลุ่ม โดยเน้นการสะท้อน ทักษะในการจัดการกับ ปัญหา

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการศึกษาไปใช้
7. สมนึก สฤทธพงศ์ โสภณ (2540) เรื่อง: ประสิทธิภาพการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียดและเพิ่มความสามารถปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	รูปแบบงานวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง ระดับงานวิจัย: B วัตถุประสงค์งานวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียดและเพิ่มความสามารถปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	กลุ่มตัวอย่าง: ญาติที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 30 ราย อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และได้รับการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านด้วยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติพยาบาลประจำหอผู้ป่วย สถานที่ดำเนินการวิจัย: ที่บ้านของผู้ที่เป็นมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช - กรุงเทพมหานคร - มิถุนายน 2539 วิธีดำเนินการวิจัย: ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลที่มีหน้าที่ในการดูแลสภาพที่บ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหน่วยงานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน โดยได้ติดตามประเมินการทั่วไปของผู้ป่วยตามแบบประเมินและทำการเข้าเก็บข้อมูลในแนวทางการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อผู้ดูแลที่บ้านเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และประเมินผู้ดูแลจำนวน 3 ครั้ง โดยประเมินระดับความเครียด ความสามารถในการปรับตัว ในสัปดาห์ที่ 1 นำปัญหาที่สามารถรวมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาพร้อมกับญาติ วางแผน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การช่วยเหลือด้วยบทบาทของพยาบาลสาธารณสุข ในการสนับสนุน ให้คำปรึกษา ประสานงาน ให้ความรู้ ประเมินผล วางแผน หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 2 ประเมินปัญหาการปรับตัว และให้การช่วยเหลือเพิ่มเติม และให้การเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ ถึงสัปดาห์ 4 ประเมินผล และชุดการติดตามเยี่ยมบ้าน	ผลการศึกษา : หลังการทดลองพบว่า ในสัปดาห์ที่ 4 ความเครียดลดลงกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อดี: มีการจัดการทำวัดผลก่อนและหลังการให้กิจกรรม (Pretest - Posttest) ข้อจำกัด: ไม่มีกลุ่มควบคุม	แผนการพยาบาลตามแนวคิดในเรื่องการปรับตัว แบบประเมินความเครียด และคู่มือการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการวิจัยไปใช้
8. พรทิพย์ อนันตกุล (2544). เรื่อง : ผลของการฝึกอาานาปนาสตร่วมกัการแก้ปัญหาลาเนาอริยสัถต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง	การวิจัยกึ่งทดลอง ระดับบงาวิจัย : B วัตถุประสงค์งานวิจัย : เพื่อศึกษาผลของการฝึกอาานาปนาสตร่วมกัการแก้ปัญหาลาเนาอริยสัถต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง	เครื่องมือวิจัย: แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ แบบแผนการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย และคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะรังษะสุดท้าย และเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ - แบบสอบถามการประเมินความเครียด Health Opinion Survey (HOS) แปลโดยพันเอกแพทยหญิง บรรจง สืบสมาน เป็นคำถามเกี่ยวกับการทางกายและการตอบสนอง จำนวน 20 ข้อ ระดับคะแนน 0-3 คะแนนตั้งแต่ 35 คะแนน ถือว่ามีความเครียดสูง กลุ่มตัวอย่าง : มารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งมีความเครียดปานกลางถึงสูง จำนวน 30 คน และจับคู่ตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วสุ่มเป็นกลุ่มกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน สถานที่ดำเนินการวิจัย : โรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่ 1 มกราคม 2544 -10 เมษายน 2544 วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มทดลองเข้ากลุ่มโดยทำเป็นกลุ่มย่อย 4-7 คน ซึ่งแต่ละคนจะเข้ากลุ่ม 3 ครั้ง สัปดาห์แรก 2 ครั้งต้นและปลาย สัปดาห์ และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการสนอานาปนาสตร่วมกัการแก้ปัญหาลาเนาอริยสัถ โดยกิจกรรมประกอบด้วย การ	1. ความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งภายหลังการฝึกอาานาปนาสตร่วมกัการแก้ปัญหาลาเนาอริยสัถต่ำกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน	แผนการสอนการฝึกอาานาปนาสตร่วมกัการแก้ปัญหาลาเนาอริยสัถที่แบบประเมินความเครียด

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการวิจัยไปใช้
9. จริญญา สุวรรณ (2539). เรื่อง : ความกังวล หัวใจ วิธีเผชิญ ปัญหาและอารมณ์ ทุกข์โศกของมารดาที่ บุตรป่วยเป็น	รูปแบบงานวิจัย: งานวิจัยเชิงพรรณนา ระดับงานวิจัย: C วัตถุประสงค์งานวิจัย: เพื่อศึกษาความกังวล หัวใจ วิธีเผชิญปัญหา อารมณ์ทุกข์โศกกับการ บุตรป่วยเป็น	กลุ่มตัวอย่าง: มารดาของเด็กที่ป่วยเป็น โรคมะเร็งอายุ 1-15 ปี ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับบิต 50 ราย เลือกแบบเจาะจง สถานที่ดำเนินการวิจัย : แผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับบิต ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2535- เดือนตุลาคม 2536 วิธีดำเนินการวิจัย : ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บข้อมูลโดยใช้การ สัมภาษณ์ มารดา เกี่ยวกับความกังวลหัวใจ และวิธีการเผชิญปัญหา	ข้อดี: มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ข้อจำกัด: กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และระยะเวลาการศึกษาค่อนข้างน้อย การนำผล การศึกษาอาจไม่สามารถอ้างอิง กับประชากรกลุ่มใหญ่ได้	แบบสัมภาษณ์ความกังวล หัวใจและวิธีเผชิญ ปัญหา แบบสอบถาม ภาวะไม่สุขสบายและ ความทุกข์โศก

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผล การวิจัยไปใช้
โรคมะเร็ง	รับรู้ภาวะไม่สุขสบายของบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	และใช้แบบสอบถามอารมณ์ทุกซ์โคก และการรับรู้ภาวะไม่สบายของบุตร และบันทึกเหตุการณ์ลักษณะ เครื่องมือวิจัย: - แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ วิธีเข้ารับการรักษาพยาบาล ระยะเวลาลดดูแล ชนิดของโรคมะเร็ง - แบบสัมภาษณ์ความกังวลหัวใจ และวิธีเผชิญปัญหาของมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง มี 12 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้คำถามปลายเปิด - แบบสอบถามภาวะไม่สุขสบายของบุตร ของไวส์แมน วอร์ดเน และ โซเบล (Weisman, Worden & Sobel 1980) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย และเรียบเรียงโดย นิโบล กฤษพันธุ์ จำนวน 13 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน มีคะแนนสูงหมายถึงมีภาวะไม่สุขสบายมาก - แบบสอบถามความทุกข์ใจของไวส์แมน วอร์ดเน และ โซเบล (Weisman, Worden & Sobel 1980) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย และเรียบเรียงโดย นิโบล กฤษพันธุ์ จำนวน 13 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน ถ้าคะแนน > 40 คะแนน เป็นผู้มีความทุกข์ใจ	2. ความตายของบุตร ภาวการณ์ของบุตร การตอบคำถามของบุตร เพื่อนและผู้ที่เกี่ยวข้อง การเดินทาง และความไม่อยู่ของบุตรในโรงพยาบาล 3. มารดาที่บุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง ได้ใช้วิธีเผชิญปัญหา 15 วิธี เรียงลำดับจากมากไปน้อยของการใช้ ดังนี้ เพื่อเรื่องโรคมะเร็งและหาที่ใช้นั้นทางจิตใจ พุดคุยหรือปรึกษาหารือคำหาตนเอง ระบายความทุกข์โดยการร้องไห้ พิจารณาทางเลือกที่เหมาะสม ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย แสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ดัง	

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผล การวิจัยไปใช้
			4. ความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้นใช้เวลาใกล้ชิดผู้ป่วยให้มากที่สุดหันหน้าเผชิญกับปัญหา ให้ผู้อื่นช่วยรับรู้ข้อมูล ดำเนินผู้สอนพยายามลืมความเจ็บป่วยของบุตร และแยกตนเอง 5. มารดามีอาการแพ้ทุกๆ 1 โศกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและอารมณ์ทุกข์โศกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะไม่สุขสบายของบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อดี: ได้ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ข้อจำกัด: ขาดการควบคุมตัวแปร	

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีการในการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการวิจัยไปใช้
10. พรพรรณราย เอี่ยมหน่อ (2546). เรื่อง : วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	รูปแบบงานวิจัย: งานวิจัยเชิงบรรยาย ระดับงานวิจัย: C วัตถุประสงค์งานวิจัย : เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 40 ราย สถานที่ดำเนินการวิจัย : ห้องตรวจคัดกรองและหอผู้ป่วยคัดกรองโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลตั้งแต่ ต.ค. 2545-ก.ค. 2546 วิธีการดำเนินการวิจัย : ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 คือระยะก่อนการวินิจฉัยโรค ครั้งที่ 2 คือระยะระหว่างการวินิจฉัยโรค และครั้งที่ 3 คือระยะหลังการวินิจฉัยโรค	ผลการวิจัย : พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับที่ต่ำ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดความเครียดได้แก่ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การวางแผนการดูแลสุขภาพ และการประเมินค่าในทางบวก	การประเมินความเครียดและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การให้การปรึกษา การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การวางแผนการดูแลสุขภาพ และการประเมินค่าในทางบวก

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการวิจัยไปใช้
11. สุริกรณ์ สุวรรณโอสถ (2547). เรื่อง : ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคมและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง	รูปแบบงานวิจัย : การวิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง	นำพาหะเนเนนเลียสสัมพัทธ์ และทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมพัทธ์แอลฟาของครอนบาค กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการทางจิตประสาทเฉพาะเจาะจงโรคมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 270 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ – 1 เมษายน 2547 วิธีการดำเนินการวิจัย : ดำเนินการวิจัยด้วยวิธีการแบบสุ่มเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งและเข้าพบผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งเพื่อทำการสัมภาษณ์และให้ข้อมูลด้วย : สกิดคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและไคสแควร์ เครื่องมือวิจัย : แบบประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองของมิเชลแปลเป็นภาษาไทยโดยสุริกรณ์ สุวรรณโอสถ มี 31 ข้อ รวม 4 ด้าน ได้แก่ ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย จำนวน 13 ข้อ ด้านความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและผลการรักษาไม่เพียงพอ จำนวน 5 ข้อ และการไม่สามารถทำความเข้าใจการพยากรณ์	ผลการวิจัย : ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 99 มีความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางและมาก และใช้วิธีการเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธีวิธีที่ใช้มากที่สุด ร้อยละ 44 ใช้วิธีเผชิญกับปัญหา และวิธีที่ใช้น้อยที่สุดร้อยละ 22 ใช้วิธีการกับอารมณ์ ความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งทั้ง โดยรวมและรายด้าน ข้อดี : กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ สามารถนำผลการศึกษาไปสรุป	การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งในการจัดการกับความเครียด การส่งเสริมในเรื่องการแสวงหาการแก้ปัญหาด้านสังคม การวางแผนแก้ปัญหา และการประเมินค่าใหม่ทางบวก

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผล การวิจัยไปใช้
	งานวิจัย	ของโรค จำนวน 4 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนน คะแนนรวมระหว่าง 31-155 คะแนน ผู้ปกครองที่ได้คะแนนมาก หมายถึง ผู้ปกครองรับรู้ความรู้สึกลึกซึ้งไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในระดับสูง - แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมใช้แนวคิดของเฮาส์ที่แปลโดยปิยะนันท์ (ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, 2540) มี 29 ข้อ 4 ด้าน คือการสนับสนุนด้านอารมณ์ 7 ข้อ การประเมิน 7 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 9 ข้อ และการสนับสนุนด้านทรัพยากร 6 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนน คะแนนรวมระหว่าง 29-145 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก - แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งของจาโลวิสแปลโดยปราณี มิ่งขวัญ มี 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 วิธี คือวิธีการเผชิญกับปัญหา 13 ข้อ วิธีการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ และวิธีแก้ปัญหาด้านอื่น 4 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนน แปลผลโดยหาค่าเฉลี่ยด้านใดมาก แสดงว่าผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก	อ้างอิงถึงประชากรได้ ข้อจำกัด: ไม่มีการสุ่ม	

ผู้แต่งปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการวิจัยไปใช้
12. สมใจ เนวสัน (2547). เรื่อง : ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับ วิธีการเผชิญ ความเครียดของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ ระลอกสาม	รูปแบบงานวิจัย : วิจัยเชิงพรรณนา ระดับงานวิจัย: C วัตถุประสงค์ : เพื่อ ศึกษาวิธีการเผชิญ ความเครียดของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ ระลอกสาม	กลุ่มตัวอย่าง : ญาติผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย โรคระยะระลอกสาม จำนวน 270 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ – 1 เมษายน 2547 วิธีดำเนินการวิจัย : การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามที่ผ่านการ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยงตรง หาอำนาจการจำแนก และค่าความเชื่อมั่น นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ไคสแควร์ เครื่องมือวิจัย: - แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป - แบบวัดระดับความเครียดคัดแปลงมาจาก Suchera Parayuwat (2002: 344-346) จำนวน 24 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0-36 คะแนน ซึ่งสูงแปลว่ามีความเครียดมาก - แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 36 ข้อ แต่ละข้อมีระดับ คะแนน 1-5 คะแนน - แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดคัดแปลงมาจากโลวิค (Jalowiec, 1988) จำนวน 36 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนน 1-5 คะแนน	ผลการวิจัย : ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ ได้รับความสนับสนุนทางสังคมสูง ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทาง สังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ วิธีการเผชิญความเครียด อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ข้อดี: กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ สามารถนำผลการศึกษาไปสรุป อ้างอิงถึงประชากรได้ การ สัมภาษณ์จะทำให้ได้ข้อมูลที่ หลากหลาย ข้อจำกัด: ไม่มีการสุ่ม	การประเมินความเครียด และการเผชิญความเครียด โดยการให้การสนับสนุน ทางสังคม

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการวิจัยไปใช้
13. บุญมาศ จันศิริมงคล (2550). เรื่อง : ความเครียด การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษา	รูปแบบงานวิจัย : วิจัยเชิงพรรณนา ระดับงานวิจัย: C วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดก่อนให้เกิดความเครียดระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษา	กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษา จำนวน 65 ราย สถานที่ดำเนินการวิจัย : โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ก.ย. 47 - พ.ย. 48 วิธีดำเนินการวิจัย : การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม เครื่องมือวิจัย: ใช้ลิวาร์ตและโพล์แมนเป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วย - แบบสอบถามสถานการณ์ความเครียดประกอบด้วย ถ้าถามปลาเปิด 7 ข้อ - แบบวัดระดับความเครียดเป็นแบบ Visual Analog Scale แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เครียดเล็กน้อย ปานกลาง และมาก - แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของอาโลวิก มี 36 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญปัญหา 13 ข้อ ด้านจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ และด้านการบรรเทาความเครียด 14 ข้อ แต่ละข้อคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนนยิ่งมากหมายถึง ผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดจากวิธีต่าง ๆ มาก - แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมดัดแปลงจากฟาร์กซ์ กวีวิช ชัย (2536) ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2 ข้อ การช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการ 2 ข้อ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร 1 ข้อ	ผลการวิจัย : ผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลางถึงสูง สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ สถานการณ์ ความเครียดที่เกิดจากการดูแลโดยตรง และสถานการณ์ ความเครียดต่อชีวิตของผู้ดูแล เมื่อเกิดความเครียดของผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยการใช้การเผชิญความเครียดด้านแก้ปัญหามากที่สุด ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว สำหรับการให้ข้อคำแนะนำข่าวสารจากผู้ดูแลได้รับจากบุคลากรทาง การแพทย์มากที่สุด ผู้ดูแลมี	การประเมินความเครียด ลักษณะการจัดการกับความเครียด และช่วยเหลือผู้ดูแลในการเผชิญความเครียด โดยการสนับสนุนทางสังคม

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการวิจัยไปใช้
		รวม 5 ข้อ แต่ละข้อคะแนนระหว่าง 1-5 คะแนนยิ่งมาก หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมยิ่งมาก	คุณภาพชีวิตในระดับที่ดี	
		- แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลจากสมฤดี ลิทธิมงคล (2541) มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านครอบครัวซึ่งวัดผลลัพธ์ของการปรับตัวตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโพลล์แมน 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ รวมถึงภาวะสุขภาพ มี 80 ข้อ 2 ส่วน ได้แก่ การให้ความสำคัญและความพึงพอใจ แต่ละข้อคะแนนระหว่าง 1-6 คะแนน ยิ่งมาก หมายถึง การให้ความสำคัญและความพึงพอใจมาก	คุณภาพชีวิต - ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ข้อดี: - ข้อจำกัด: ไม่มีการสุ่ม-	
14. เกศรา เสนางพ และคณะ (2550). เรื่อง : ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยโรคเมะเร็งแห่งประเทศไทย	รูปแบบงานวิจัย : วิจัยเชิงพรรณนา ระดับงานวิจัย: C วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยโรคเมะเร็งในประเทศไทย	กลุ่มตัวอย่าง : มารดาที่มีเด็กป่วยโรคเมะเร็งที่มียุระหว่าง 1-14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ระยะเวลาหลังการวินิจฉัยไม่เกิน 1 เดือน จำนวน 76 ราย สถานที่ดำเนินการวิจัย : หอผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลขนาดตติยภูมิ 2 แห่ง ในจังหวัดสงขลา วิธีดำเนินการวิจัย : การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม เครื่องมือวิจัย : ใช้ลาซารัส และโพลล์แมน เป็นกรอบแนวคิดประกอบด้วยโรคเมะเร็งในระยะ 4-6	ผลการวิจัย : ภาวะสุขภาพของมารดา แหล่งสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของมารดา สามารถทำนายการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยโรคเมะเร็งในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคเมะเร็งได้ร้อยละ 42 และในระยะ 4-6 เดือนหลังจากได้รับการ	แบบประเมินความเครียด การเผชิญความเครียด และช่วยเหลือผู้ป่วยดูแล ในการเผชิญความเครียด โดยการให้การสนับสนุนทางสังคม

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีการดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการวิจัยไปใช้
15. วันเพ็ญ อึ้งวิเศษศิริกุล (2550). เรื่อง : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	สัปดาห์และในระยะ 4-6 เดือนหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง	- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง - แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของบิดามารดา - แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล - แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของลาฟี่ (Laffrey) - แบบสอบถามแหล่งสนับสนุนทางสังคม - แบบสอบถามความรู้ของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง - แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg)	วินิจฉัยโรคมะเร็ง 44 ข้อดี : เก็บข้อมูลง่าย ข้อจำกัด : สถานที่ในการเก็บข้อมูลมี 2 แห่ง อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะต่างกัน	การวางแผนการดูแลญาติผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด โดยช่วยให้ญาติผู้ดูแลจัดการกับปัญหา บรรเทาความเครียด และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม วิธีการเผชิญความเครียด คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล
15. วันเพ็ญ อึ้งวิเศษศิริกุล (2550). เรื่อง : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	รูปแบบงานวิจัย : วิจัยเชิงพรรณนา ระดับงานวิจัย : C วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของบิดามารดา แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของลาฟี่ (Laffrey) แบบสอบถามแหล่งสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้ของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg)	ผลการวิจัย : สถานการณ์ความเครียดเกิดจากผู้ที่เป็นมะเร็งและสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากตัวญาติผู้ดูแลเอง ญาติผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลาง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 วิธีร่วมกัน คือ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์และการบรรเทาความเครียด โดยพบว่า การเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้	การวางแผนการดูแลญาติผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด โดยช่วยให้ญาติผู้ดูแลจัดการกับปัญหา บรรเทาความเครียด และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม วิธีการเผชิญความเครียด คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ผู้แต่ง/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการวิจัยไปใช้
	งานวิจัย ที่ได้รับรางวัลระดับ เคมีบำบัด	- แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด - แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowie, 1988) - แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งจุฬารักษ์ กวีวิรัช (2536) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanuchanukul, 1988) - แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลซึ่งสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเฟอร์เรนส์ และเพาเวอร์ส์ (Ferrans & Power, 1985)	มากที่สุดตามลำดับ คือ การจัดการกับปัญหา การบรรเทาความเครียด และการจัดการกับความทุกข์ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแล ประเมินว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ตามลำดับ มีคุณภาพชีวิตในระดับดี - แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17.7 เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุและระยะเวลา	

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดี/ข้อจำกัด	การนำผลการศึกษาไปใช้
16. ศิริพรรณ บิดิมนะอวี (2550) เรื่อง : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การผ่าตัด	รูปแบบงานวิจัย : วิจัยเชิงพรรณนา ระดับงานวิจัย : ระดับปริญญาโท วัตถุประสงค์ : เพื่ออธิบายสถานการณ์ ความเครียด ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	กลุ่มตัวอย่าง : ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีความเครียดจากการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง เด็กแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 85 ราย สถานที่ดำเนินการวิจัย : โรงพยาบาลรามคำแหง การเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ก.ย. – 30 พ.ย. 2547 วิธีดำเนินการวิจัย : สัมภาษณ์ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่มีการรักษาด้วยผู้ป่วยในและให้ญาติตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย - เครื่องมือวิจัย : - เครื่องมือคัดกรองสำหรับญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการดูแล	การดูแล ข้อดี: กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ สามารถนำผลการศึกษาไปสรุปอ้างอิงประชากรได้ การสัมภาษณ์ทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย ข้อจำกัด: ไม่มีการสุ่ม ผลการวิจัย : สถานการณ์ความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลแบ่งเป็น 5 ประเภท คือ สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับ 1) การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย 2) การเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 3) การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย 4) การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง 5) ปัญหาด้านเศรษฐกิจและการระงับเงินระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล	การวางแผนการดูแลญาติผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด โดยช่วยให้ญาติผู้ดูแลจัดการกับปัญหา บรรเทาความเครียด และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ผู้แต่ง/ปี/ชื่อเรื่อง	รูปแบบงานวิจัย/ระดับงานวิจัย/วัตถุประสงค์งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/สถานที่ดำเนินการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	ผลการศึกษา/ข้อดีข้อจำกัด	การนำผล การวิจัยไปใช้
		- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล - แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเครียดและระดับความเครียด - แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของอาโลวีก (Jalowiec, 1988) - แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งจุฬารักษ์ กวีวิรัชช (2536) ดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharoenkul, 1988) - แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลซึ่งสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเฟอร์เรนส์ และเพาเวอร์ (Ferrans & Power, 1985)	อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญทั้งด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านบรรเทาความเครียดร่วมกัน โดยมีสัดส่วนของการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว และรับรู้คุณภาพชีวิตค่อนข้างดี - เมื่อควบคุมอิทธิพลอายุและระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความเครียดสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ร้อยละ 12.8 ข้อดี: กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ สามารถนำผลการศึกษาไปสรุปอ้างอิงถึงประชากรได้ การสัมภาษณ์จะทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย ข้อจำกัด: ไม่มีการสุ่ม	

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวนันท์นภัส ยุทธไชสงค์
วัน เดือน ปีเกิด	7 มีนาคม 2523
สถานที่เกิด	สระบุรี
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยบูรพา, พ.ศ. 2542-2546 มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2549-2552 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี
ตำแหน่งและสถานที่ ทำงานปัจจุบัน	สิงหาคม พ.ศ. 2551- ปัจจุบัน สถาบันราชประชาสมาสัย พยาบาลประจำการหอผู้ป่วย 4 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ