

ปัจจัยทำนวยุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

.....
.....

นางสาววันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล
ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม
D.S.N. (Adult Health Nursing)
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....
ดร.ธีรภรณ์ จันทร์ดา
Ph.D. (Nursing)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์ ดร.ม.ร.ว. ชินฉัตร สวัสดิวัตน์
Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

.....
.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี
D.S.N. (Maternal and Child Nursing)
ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 19 เดือนมีนาคม 2550

วันพุธ อังคาร

นางสาววันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล
ผู้วิจัย

กนกพร สุวรรณโคตร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ สุวรรณโคตร
ก.ค. (อุดมศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อภินันท์ จันทะ

ดร. ธีราภรณ์ จันทะ
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ธีระ

ศาสตราจารย์ ดร.ม.ร.ว. ชัยฉัตร สวัสดิวัตน์
Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

จิราพร เกศพิชญวัฒนา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา
Ph.D. (Gerontological Nursing)
ประธานสอบวิทยานิพนธ์

ยุพิน ศิริโพธิ์งาม

รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพิน ศิริโพธิ์งาม
D.S.N. (Adult Health Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ธีระ ธีระ

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน
พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.บุพาพิน ศิริโพธิ์งาม ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดร.ธีรภรณ์ จันทร์ดา กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำชี้แนะจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี และผู้วิจัยขอขอบคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.กรรณิการ์ สุวรรณโคต และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆเพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ที่สุด

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรามาริบัติทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่ขาดไม่ได้คือญาติผู้ดูแลทุกท่านที่สละเวลาในการพูดคุยซักถามและเอื้อเฟื้อในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี และขอบคุณมิตรไมตรีของเพื่อนๆร่วมรุ่นรามาริบัติทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยขอขอบคุณหัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ทุกท่านของงานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลหนองคาย ที่ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือผู้วิจัยเป็นอย่างดี ต้องขอขอบคุณและซาบซึ้งในน้ำใจของทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบคุณคุณพ่อ คุณแม่และสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่ให้กำลังใจ และให้ความเอาใจใส่ดูแลอย่างดีโดยตลอด ผู้วิจัยขอบขอบคุณความดีและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้แก่คุณพ่อ และคุณแม่ ที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้วิจัยรักและเอาใจใส่กับการเรียน และขอบคุณคุณอัครพล วิชาญชัยนนท์ ผู้ให้กำลังใจ นับตั้งแต่วันแรกจนกระทั่งวันที่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ

วันเพ็ญ อังวัณศิริกุล

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (PREDICTED FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN FAMILY CAREGIVERS OF PERSON WITH CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY)

วันเพ็ญ อังวณศิริกุล 4536559RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N. (Adult Health Nursing), ชีราภรณ์ จันทร์ดา Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยนำทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ لازาเรตส์ และ โพลล์แมน เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 87 ราย เป็นญาติผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด และระดับความเครียด แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิต ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยายสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลมี 2 ลักษณะคือ สถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากผู้ที่เป็นมะเร็งและสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากตัวญาติผู้ดูแลเอง ญาติผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลาง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 วิธีร่วมกันคือ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์และการบรรเทาความเครียด โดยพบว่า การเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุดตามลำดับคือ การจัดการกับปัญหา การบรรเทาความเครียด และการจัดการกับอารมณ์ ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ญาติผู้ดูแลประเมินว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือนักสังคมใกล้เคียง และบุคลากรทางการแพทย์ตามลำดับ มีคุณภาพชีวิตในระดับดี เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิต พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .37, p < .01$) และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.23, p < .05$) และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17.7 ($p < .05$) ภายหลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุและระยะเวลาการดูแล

ผลการศึกษาสามารถนำมาช่วยในการวางแผนการดูแลญาติผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการให้การดูแล และใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งและญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ศัพท์สำคัญ: คุณภาพชีวิต / ญาติผู้ดูแล / มะเร็ง / เคมีบำบัด

158 หน้า.

PREDICTED FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN FAMILY CAREGIVER OF PERSON WITH CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY.

WANPEN UNGWATTANSIRIKUL 4536559 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORS: YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N.(Adult Health Nursing),
TIRAPORN JUNDA, Ph. D. (Nursing)**ABSTRACT**

This descriptive study aimed to explore the stress process producing situations, stress levels, coping abilities, social support, and quality of life in family caregivers of persons with cancer receiving chemotherapy. The Lazarus' stress, appraisal, and coping theory was used to guide this study. Eighty-seven family caregivers of cancer persons receiving chemotherapy at a tertiary hospital in Thailand were purposively recruited. Instruments for data collection were: the demographic questionnaire, semi-structured interview questions, the Jalowiec Coping Scale (JCS), the Social Support Questionnaire, and the Quality of Life Index. The qualitative data from interviews were analyzed using content analysis, while the quantitative data were analyzed using Pearson's product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression.

The result showed that there were two kinds of stress situations : situations related to relatives with cancer and situations related to caregivers themselves. The stress level was moderate. The caregivers used all three coping subscales which were confrontive, emotional, and palliative coping strategies. The proportion of coping strategies caregivers used from highest to lowest was confrontive, palliative, and emotive strategies. The caregivers received the most support from family, friends, and health care professionals, in that order. The caregivers perceived a fairly good level of quality of life. The coping and social support were account for 17.7 percent of variance of perceived quality of life in family caregivers of person with cancer receiving chemotherapy ($p < .05$) after adjusting the effect of caregiver age and duration of care. The result can be used for enhancing quality of life in family caregivers when facing situation producing stress, and can be used as a guide to evaluate caregivers' outcomes.

**KEY WORDS : QUALITY OF LIFE / FAMILY CAREGIVERS / CANCER /
CHEMOTHERAPY**

158 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญรูป	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
- กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี	7
- คำถามการวิจัย	7
- วัตถุประสงค์การวิจัย	8
- สมมติฐานการวิจัย	8
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
- ขอบเขตการวิจัย	8
- ข้อตกลงเบื้องต้น	8
- คำจำกัดความ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
- แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลและญาติผู้ดูแลสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	11
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล	16
- ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล	24
- แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม	28
- แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	34

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
- ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	38
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
- การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย	47
- การเก็บรวบรวมข้อมูล	47
- การวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
- ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	51
- ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	54
- สถานการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	56
- ระดับความเครียด	64
- การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล	64
- แรงสนับสนุนทางสังคม	66
- คุณภาพชีวิต	67
- ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต	67
บทที่ 5 การอภิปรายผลการวิจัย	70
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
- สรุปผลการวิจัย	81
- ข้อจำกัดในการวิจัย	83
- ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	83
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	86
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	106

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	122
ภาคผนวก	
ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	134
ข หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ	151
ค เอกสารชี้แจงข้อมูล/แนะนำแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ	152
ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน	155
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	157
ประวัติผู้วิจัย	158

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	52
2. จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	52
3. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	55
4. คะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหาหารายด้าน และโดยรวมเมื่อคิดจากคะแนนจริง (Raw score)	64
5. คะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหาหารายด้านเมื่อคิดจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score)	65
6. วิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุดและน้อยที่สุด 5 อันดับแรก	65
7. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามกลุ่มและรายด้าน	67
8. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาการดูแล ความเครียด การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน	68
9. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	69
10. การทดสอบการแจกแจงปกติ	156

สารบัญรูปภาพ

แผนภูมิที่	หน้า
1. ความสัมพันธ์ระหว่างมโนคติที่นำมาศึกษา	7
2. แสดงการกระจายตัวของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย กับ residual score ของคุณภาพชีวิต	155
3. แสดงการแจกแจงปกติ	155
4. แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของคุณภาพชีวิตกับตัวแปรอิสระ	156

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งยังคงเป็นโรคที่มีความรุนแรง เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรโลก คร่าชีวิตมนุษย์มากที่สุดโรคหนึ่ง รายงานจากมรณบัตรในประเทศไทยปี พ.ศ. 2547 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับสอง คิดเป็น ร้อยละ 16.2 ของอัตราการตาย และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 34.7 ต่อประชากร 100,000 คนในปี 2537 เป็น 89.4 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2546 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548) ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั่วประเทศไทยยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งก็สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง(สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548) การวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งมีความก้าวหน้าขึ้นมากทำให้สามารถยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวขึ้น แต่ส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจึงกลายเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Hileman, Lackey & Hassanein, 1992; Chan & Chang, 1999)

เมื่อพิจารณาถึงนโยบายการรักษาพยาบาลในปัจจุบันจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลลดลง ทั้งนี้เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ และอัตราค่ารักษาพยาบาลที่สูงมากขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเป็นส่วนใหญ่ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งจะได้รับการดูแลที่บ้านโดยสมาชิกในครอบครัว ทำให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านทวิจำนวนมากขึ้น และเป็นที่คาดหมายว่าจะทวิจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่องไปอีก 50 ปีข้างหน้า (Hileman, et al., 1992)

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง มีทั้งความต้องการการดูแลทางด้านร่างกายจากอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากโรค รวมทั้งผลที่ตามมาจากการรักษา ทำให้มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรืออ่อนเพลีย เป็นต้น (Siegel, Raveis, Houts & Mor, 1991)โดยทั่วไปการรักษาโรคมะเร็งมี 3 วิธี ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี และการผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลข้างเคียงและอาการไม่สุขสบายจากการรักษา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Chernecky, 1998; Wilkes, 2001) และการให้เคมีบำบัดมีระยะเวลาการรักษาาน คือ จะให้ประมาณ 5-10 ชุด ระยะเวลาแต่ละชุดประมาณ 3-4 สัปดาห์ ผลข้างเคียงที่

เกิดขึ้นจึงเกิดขึ้นนาน (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) ซึ่งแตกต่างจากการรักษาด้วยการผ่าตัดและการฉายรังสีที่ระยะเวลาการรักษาสั้นกว่า

ปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการรักษาคือ การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องจัดการกับอาการและผลข้างเคียงเองที่บ้าน (Schumacher, Dodd, & Paul, 1993) ญาติผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาด้วยเคมีบำบัดซึ่งถือว่าเป็นระยะวิกฤติต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล และเรื่อยไปตลอดการรักษา (Schumacher, 1996) และเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงลง สมาชิกในครอบครัวจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลมากขึ้น ทำให้ภาระในการดูแลตกเป็นของสมาชิกในครอบครัว (Grant, 1997) และจากสถิติผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ของโรงพยาบาลรามธิบดีประจำปี 2548 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีถึงร้อยละ 36.91 และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อยๆ (Kraiphikul, 2005) ซึ่งจะเป็นผลให้มีการเพิ่มจำนวนของกลุ่มญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก ที่เกิดจากความไม่แน่นอนของโรค และการรักษา จากปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยดังกล่าว มีผลนำไปสู่กิจกรรมหรือภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องกระทำให้กับผู้ป่วย ประการแรกได้แก่ การให้การดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ประการที่สอง ญาติผู้ดูแลจะต้องให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ (emotional and psychological support) เช่น จะต้องประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย และหลีกเลี่ยงประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ประการที่สาม ญาติผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นบุคคลกลางในการติดต่อเจรจาหรือติดต่อกับบุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพเพื่อการรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงานลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างดำเนินการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ และ การรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย ประการสุดท้ายญาติผู้ดูแลบางคนอาจจะต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการเงินอีกด้วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 87-88)

ภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นงานใหม่ที่เพิ่มขึ้นจากปกติ ประกอบกับญาติผู้ดูแลที่บ้านยังมีหน้าที่การงาน ความรับผิดชอบและชีวิตส่วนตัวเดิมที่มีอยู่ ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน เวลาและแรงงานที่ใช้ในการดูแลอาจมีผลต่อบทบาทอื่นๆที่มีอยู่แล้ว ความขัดแย้งในบทบาทจึงเป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งของความเครียดของญาติผู้ดูแล และมีรายงานวิจัยจำนวนมากทั้งต่างประเทศ (Chan & Chang, 1999; Oberst, Thomas, Gass, & Ward, 1989) และในประเทศไทย (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2536; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546; สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539) ที่พบว่าการเป็นญาติผู้ดูแลทำให้เกิดภาวะเครียด ความเหนื่อยล้า หรือเป็น

ภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และการรักษาที่เฉพาะแก่ผู้ป่วยแล้ว ผลก็คือเวลาสำหรับตนเองในการที่จะประกอบอาชีพ เข้าสังคม หรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรจะได้รับผิชอบต่อชีวิตตนเองก็จะน้อยลง สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดความขัดแย้งในหมู่ญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลอาจจะรู้สึกโกรธและเหนื่อยง่าย รู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตนเอง สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคมและเหงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ภาวะเครียด และสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของญาติผู้ดูแลที่บ้านเป็นปัจจัยส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ภาวะจิตใจ และความผาสุกของญาติผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลโดยตรงหรือทางอ้อมแก่ผู้ป่วยด้วย (Aranda & Hayman-White, 2001; Jansen & Given, 1991 ; Stephens, Norris, Kinney, Ritchie, & Grotz, 1988)

แม้ว่าการเป็นญาติผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางด้านลบ แต่ยังพบว่าญาติผู้ดูแลจำนวนไม่น้อยที่ได้รับความรู้สึกที่ดีจากการเป็นญาติผู้ดูแล (ยูพาฟิน สิริโพธิ์งาม, 2539; Nijboer, et al, 1998) เช่น รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเป็นที่ต้องการ เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแรงสนับสนุนเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำหน้าที่ช่วยลดหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะเครียด (Buffering effect model) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบุคคลในการประเมินความรุนแรงของความเครียด และช่วยลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด (Cohen & Will, 1985) สอดคล้องกับลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่พิจารณาว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียด ทำหน้าที่เป็นกันชนรองรับความเครียด โดยจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจากการวิเคราะห์เชิงอภิมาณ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกในญาติผู้ดูแล พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ในระดับปานกลาง (Wang, 1998)

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา หรืออังกฤษ หัวข้อวิจัยที่สนใจศึกษาในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา งานวิจัยเน้นในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีรายงานการวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลของผู้สูงอายุ (ยูพาฟิน สิริโพธิ์งาม, 2546) การศึกษาในช่วงแรกเป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับผลกระทบของบทบาทและกระบวนการให้การดูแลต่อญาติผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และต่อมาความก้าวหน้าของงานวิจัยในต่างประเทศได้ดำเนินไปถึงขั้นการพัฒนาแบบแผนเพื่อให้การช่วยเหลือสำหรับญาติผู้ดูแล และนับว่าได้ผลดีเนื่องจากเมื่อญาติผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพในการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแล รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษาเมื่อต้องการ สิ่งเหล่านี้มีผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ

ในการดูแล ปรับตัวกับภาระงานของญาติผู้ดูแลได้ ลดความเครียดในการดูแล และส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลนับว่าเป็นระยะของการเริ่มต้น จากการศึกษาย้อนหลังประมาณ 10 ปี (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) พบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ญาติผู้ดูแล ประมาณ 80 เรื่อง จากรายงานวิจัยทั้งหมด มีทั้งการศึกษาในญาติผู้ดูแลที่เป็นพ่อแม่ผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งภาระงานที่พ่อแม่ผู้ดูแลเด็กจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่อเวลาผ่านไปเพราะเด็กมีพัฒนาการในการช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น แต่สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เมื่ออายุมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นตามลำดับ

จากที่กล่าวมาข้างต้น มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้ที่เป็นมีความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจสูง และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยญาติผู้ดูแล ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มที่ควรให้ความสนใจศึกษาอีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาในญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งเพียง 6 เรื่อง เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย 4 เรื่อง ได้แก่ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลที่บ้าน (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2537) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก และภาระการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (ชูชื่น ชีวะพูนผล, 2541) และการให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (วิภา วิเสโส, 2545) และแบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2539) และการศึกษาที่เกี่ยวกับการสร้างรูปแบบการพยาบาลเพื่อการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย 2 เรื่อง ได้แก่ ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการลดความพร่องของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

(กฤษฎา ครามแสง, 2539) และประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวความคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลด ความเครียดและเพิ่มความสามารถการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (สมนึก สกุดหงษ์โสภณ , 2540)

จากงานวิจัยทั้ง 6 เรื่องที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้ายหรืออยู่ในระยะลุกลาม อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในแต่ละระยะของการรักษาต้องเผชิญกับปัญหาและความต้องการการดูแลอย่างมาก อีกทั้งต้องปรับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบต่าง ๆ และเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งหากญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเครียด จำเป็นต้องใช้วิธีการเผชิญกับความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อ

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟคแมน(Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลที่มีต่อสถานการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร มีระดับความเครียดเป็นอย่างไร ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดอย่างไร ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากใครมากน้อยเพียงใด และมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจสภาพปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการสร้างรูปแบบการให้การช่วยเหลือสำหรับญาติผู้ดูแลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล และเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่นับวันจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นต่อไป

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ ลาซารัสและโฟคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายความเครียดในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน มโนคติหลักของทฤษฎีนี้มี 3 มโนคติ คือ ความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญ ซึ่งความเครียด หมายถึง “เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และบุคคลจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง” (Lazarus & Folkman, 1984) การประเมินตัดสิน เป็น “กระบวนการประเมินเพื่อตัดสินว่า ทำไมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเครียด” (Lazarus & Folkman, 1984) แบ่งออกเป็น การประเมินปฐมภูมิและการประเมินทุติยภูมิ การประเมินปฐมภูมิ เป็นการประเมินผลกระทบที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมซึ่งประเมินโดยบุคคล ว่าไม่มีความสำคัญกับตนเอง (irrelevant) มีผลในด้านดีกับตนเอง (benign-positive) หรือเป็นความเครียด (stressful) การประเมินว่าเป็นความเครียด สามารถประเมินได้ใน 3 ลักษณะ คือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm and loss) คุกคาม (threat) และท้าทาย (challenge) ส่วนการประเมินทุติยภูมิ เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

การประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) ได้แก่ ความไม่แน่นอน

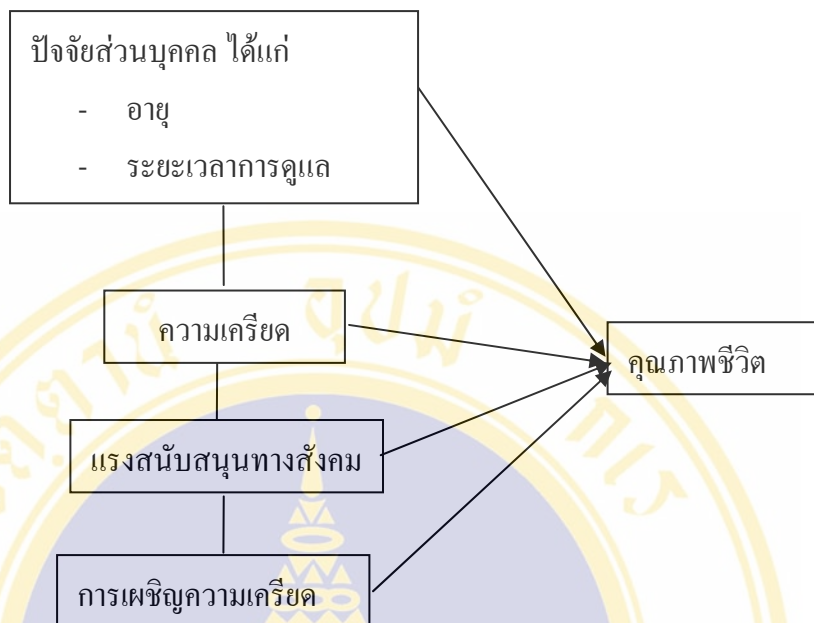
ของสถานการณ์ ลักษณะของสถานการณ์ ความรุนแรงของสถานการณ์ และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (personal factors) ได้แก่ ข้อผูกพัน (commitments) ความเชื่อของบุคคล (beliefs) และสติปัญญาของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

การเผชิญความเครียด (coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามในการจัดการกับความเครียด ซึ่งตามความหมายของการเผชิญความเครียดนี้ จัดว่าเป็นกระบวนการหนึ่งของการปรับตัว และเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเผชิญสถานการณ์มี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) การมุ่งแก้ปัญหาเป็นการเผชิญกับความเครียดโดยจัดการที่ตัวปัญหามุ่งการแก้ปัญหา หรือปรับสิ่งแวดล้อม การจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดทำลายขวัญหรือกำลังใจ

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) จัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งใน Coping resource ซึ่งมีหน้าที่เป็นกันชน (Buffering) รองรับความเครียดในการประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น และมีผลต่อผลลัพธ์ในการปรับตัว (Lazarus & Folkman, 1984; 243) ซึ่งแบ่งเป็น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของ

ลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มองผลของการประเมินตัดสิน (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping) ต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวใน 3 ด้านคือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health)

จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟลคแมน ในการศึกษาครั้งนี้จะสามารถอธิบายความเครียดในรูปของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งหมายถึงญาติผู้ดูแล กับสิ่งแวดล้อม คือ สถานการณ์ในการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยนั้นว่ามีการใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง อันมีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และญาติผู้ดูแลมีวิธีการในการเผชิญแตกต่างกัน ซึ่งผลของการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียดที่ใช้จะมีผลต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวที่สะท้อนอยู่ในคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลโดยแสดงในรูปที่ 1 และเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการดูแล มีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; Baile, Norbeck & Barnes, 1988; Gaynor, 1986; Hoyert & Seltzer, 1996) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ควบคุมอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวที่จะมีผลต่อคุณภาพชีวิต ด้วย



รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างมนมิตินำมาศึกษา

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์อะไรบ้างที่ก่อให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
2. ระดับความเครียดในญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อยู่ในระดับใด
3. ญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีวิธีการเผชิญความเครียดแบบใด
4. ญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากใคร มากน้อยเพียงใด
5. คุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นอย่างไร
6. ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้หรือไม่ ภายหลังควบคุมอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการดูแล

วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อศึกษา

1. สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
2. ความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
3. ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายหลังควบคุมอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการดูแล

สมมติฐานการวิจัย

ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางในการวางแผนการประเมินสถานการณ์ความเครียดในญาติผู้ดูแล และสามารถให้การพยาบาล และส่งเสริมวิธีในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพื่อเป็นการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแล

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลรามธิบดี เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 87 คน ทำการศึกษาตั้งแต่เดือน 27 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2547

ข้อตกลงเบื้องต้น

ญาติผู้ดูแลมีความเครียดที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งขณะที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

คำจำกัดความ

ญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลหรือญาติในครอบครัวที่ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดระบุว่าเป็นผู้ที่เป็นหลักในการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกายและ/หรือจิตใจอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

ความเครียด หมายถึง สถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลประเมินการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดว่า มีผลต่อสภาวะสุขภาพของตนเองและต้องใช้เวลาประ โยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ โดยแบ่งการประเมินความเครียดออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) สถานการณ์ความเครียดในการให้การดูแลของญาติผู้ดูแล วัดโดยญาติผู้ดูแลตอบแบบสัมภาษณ์ตามแนวคำถามปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น และ 2) ระดับความเครียดจากสถานการณ์ความเครียดที่ญาติผู้ดูแลบรรยายมาก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด วัดโดยให้เป็นคะแนน คะแนนยิ่งมากยิ่งมีความเครียดมาก

การเผชิญความเครียด หมายถึง ความพยายามของญาติผู้ดูแลในการใช้วิธีการเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด วัดโดยใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec Coping Scale) ซึ่งนิตยา สุทยากร (2531) เป็นผู้แปล ประกอบด้วยการเผชิญปัญหา 3 ด้านคือ การมุ่งแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความเครียด คะแนนรวมที่ได้จากคะแนนรายข้อ คะแนนยิ่งมากหมายถึงญาติผู้ดูแลได้ใช้การเผชิญปัญหาจากวิธีต่างๆ มาก และสัดส่วนของค่าเฉลี่ยการเผชิญปัญหาแต่ละด้านต่อผลรวมค่าเฉลี่ยการเผชิญปัญหาจากทุกด้าน คะแนนสัดส่วนด้านใดมากแสดงถึงญาติผู้ดูแลได้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านนั้นๆ มากเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อให้ได้รับความรัก ความพึงพอใจ และการดูแลช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญกำลังใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง วัดโดยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ที่ปรับปรุงจากแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) และ นอร์เบ็คและคณะ (Norbeck, et al., 1981) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ได้แบ่งการวัดเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ และความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร โดยวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับจากบุคคล 3 กลุ่ม คือสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางการแพทย์ คะแนนยิ่งมากญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านนั้นๆ มาก

คุณภาพชีวิต หมายถึง การให้ความสำคัญและความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิต โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ซึ่งสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ได้ปรับปรุงโดยใช้แนวทางจากแบบวัดคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ของเฟอร์แรนและเพาเวอร์ (Ferrans & Powers, 1985) คะแนนรวมยิ่งมาก ญาติผู้ดูแลยิ่งมีคุณภาพชีวิตดี

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยบางประการของญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 เดือน ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการดูแล

- อายุ หมายถึง อายุของผู้ที่ให้การดูแลหน่วยเป็นจำนวนเต็มปีหลังวันเกิดครั้งล่าสุด วัดจากแบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
- ระยะเวลาการดูแล หมายถึง ระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้านอย่างต่อเนื่องภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หน่วยเป็นสัปดาห์ วัดจากแบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ระดับของความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและ คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด รวมทั้งหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ระดับของความเครียดการเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล โดยผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟคแมน เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลและญาติผู้ดูแลสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล
3. ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล
4. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
5. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล และญาติผู้ดูแลสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

การศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลได้รับความสนใจมากขึ้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้มีความต้องการการช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการดูแลเฉพาะโรค และจากการมีนโยบายลดจำนวนวันที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นลง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากต้องได้รับการดูแลต่อหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยญาติผู้ดูแล

มีผู้วิจัยหลายท่านได้ให้คำจำกัดความของญาติผู้ดูแล เช่น เดวิส (Davis, 1992) ได้ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลไว้ว่า ญาติผู้ดูแล (Family caregiver) หมายถึง บุคคลผู้ซึ่งไม่ได้รับค่าจ้างแต่มีความสำคัญในการดูแลผู้ซึ่งเจ็บป่วย อ่อนแอ หรือต้องการการพึ่งพา ที่บ้านหรือในชุมชน นอกจากนี้ในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอาจกำหนดความหมายของญาติผู้ดูแลที่เฉพาะสำหรับงานวิจัยของตนเองได้ เช่น งานวิจัยของไฮแมน (Hileman, et al., 1992) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ได้ให้

ความหมายของญาติผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลผู้ซึ่งไม่ได้รับค่าจ้าง และได้รับการจ้างโดยผู้ป่วย มะเร็งว่าเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ในด้านร่างกายหรือการเผชิญกับกระบวนการของโรค ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของญาติผู้ดูแลมากขึ้น ยูพาฟิน สิริโพธิ์งาม (2539) ได้อธิบายว่า ญาติผู้ดูแล (Family caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีลักษณะสำคัญในการพิจารณา คือ

1. ญาติหรือบุคคล อาจเป็นบิดามารดา สามีภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต
2. ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง
3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล
4. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัย ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

การให้การช่วยเหลือของญาติผู้ดูแล (Davis, 1992) แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การให้การดูแลโดยตรง (direct care service) เช่น การเดินทาง งานบ้าน การพาผู้ป่วยไปรับการรักษา รวมถึงกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ อาบน้ำ ป้อนอาหาร ดูแลการขับถ่าย เป็นต้น
2. การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เช่น การพิจารณาความถี่ของการพาผู้ป่วยไปเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม เพื่อการส่งเสริมและการคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมในสังคม
3. การเป็นสื่อกลางในการติดต่อกับองค์กรที่เป็นทางการ (mediating with formal organization) เช่น ช่วยประสานงานลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ และการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย
4. การให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน (financial assistance)

จากกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยใน 4 ด้านที่กล่าวมาแล้ว ญาติผู้ดูแลยังมีชีวิตส่วนตัวและงานเดิมที่ตนเองต้องรับผิดชอบอยู่ ซึ่งทำให้มีภาระงานมากขึ้น จึงอาจเป็นสาเหตุของความเครียดจากการให้การดูแล นอกจากนี้ยังพบว่ามีสาเหตุโดยตรงของความเครียดในการให้การดูแล (primary stressor) คือ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจากสาเหตุความพร่องทางร่างกาย

ความคิดสติปัญญา และความต้องการส่วนบุคคล ผลที่ตามมาจากการให้การดูแลที่เกิดขึ้นกับชีวิตของญาติผู้ดูแล (secondary stressor) เช่น ผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และต้องใช้เวลาในการให้การดูแลมาก ทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาสำหรับประกอบอาชีพ เข้าสังคม หรือ ทำบทบาทตามหน้าที่ของตนเองได้ลดลง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) นอกจากนี้สาเหตุของความเครียดในญาติผู้ดูแลอาจเกิดได้จากความไม่แน่ใจในบทบาทหน้าที่ของตน ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาวะที่ต้องตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และความต้องการที่ขัดแย้งกันระหว่างสมาชิก (รุจา ภูไพบูลย์, 2535)

สำหรับความต้องการการดูแลที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็งนั้นจากการศึกษาของชนิตา มณีวรรณ และคณะ (2537) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ มีปัญหาเกี่ยวกับความอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่เพียงพอ เกือบทุกรายมีปัญหาทางด้านจิตใจ และปัญหาทางที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งคือ อาการซึมเศร้าและวิตกกังวล (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2522)

นอกจากนี้จากรายงานทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย (Weisman, 1979; นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2534) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเกิดความกังวลใน 6 ด้านคือ

1. กังวลด้านสุขภาพ ผู้ป่วยมักจะกังวลเกี่ยวกับปัญหาและอาการต่างๆทางด้านร่างกาย ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันต่างๆที่ลดลง ตลอดจนความกังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษา ผลของการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา
2. กังวลเกี่ยวกับมโนทัศน์ ได้แก่ ภาพลักษณ์ (Body image) ความสามารถและความมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้เคมีบำบัดจะมีความกังวลด้านนี้สูง เพราะมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นมาก ร่วมกับการมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งผมร่วง น้ำหนักลด ร่างกายอ่อนเพลีย
3. กังวลด้านการงานและการเงิน โดยเฉพาะที่ผู้ป่วยฐานะเศรษฐกิจไม่ดีและไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ จะมีความกังวลด้านนี้สูง เพราะการรักษาต้องใช้เวลา นาน ในผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแม้จะได้รับการรักษาช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์เรื่องค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยก็ยังรู้สึกกังวลในเรื่องการเงินเนื่องจากยังต้องรับผิดชอบสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว
4. กังวลเกี่ยวกับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมักจะกังวลว่าครอบครัวจะเป็นอยู่อย่างไร ส่วนผู้ป่วยที่ต้องจากบ้านมารับการรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ รู้สึกว่าตนเองอยู่ห่างไกลญาติพี่น้อง เหมือนถูกทอดทิ้ง และขาดคนมาเยี่ยมเยียน และยังกังวลว่าบุคคลที่ตนเองต้องพึ่งพาจะให้ความช่วยเหลือได้มากน้อยแค่ไหน

5. กังวลเกี่ยวกับเพื่อนฝูงและผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยกลัวว่าเพื่อนจะรังเกียจ หรือตนเองทำให้เพื่อนและผู้ร่วมงานต้องลำบากในการทำงานแทนหรือมาเยี่ยมเยียน

6. กังวลเกี่ยวกับการรอดชีวิตหรือความตาย ผู้ป่วยมักจะกังวลว่าตนเองจะอยู่ได้นานเท่าใด การรักษาจะช่วยให้มีชีวิตรอดหรือไม่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับว่ามีความหวัง แต่ในระดับที่แตกต่างกัน บางรายหวังที่จะหาย บางรายหวังให้ชีวิตยืนยาวขึ้น แต่บางรายหวังเพียงไม่ทุกข์ทรมานจากโรค การสะเดาะเคราะห์ ต่อชะตา ทำบุญและทำสมาธิ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติมักจะกระทำ นอกเหนือไปจากการรับการรักษาจากแพทย์ เพราะให้ผลทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในผลการรักษามากขึ้น

การรักษาผู้ที่เป็นมะเร็งมีวิธีการรักษาหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี เป็นต้น การรักษาด้วยเคมีบำบัดนอกจากจะเป็นวิธีการรักษาในกรณีที่มะเร็งอยู่ในระยะแพร่กระจายแล้วยังใช้เป็นการรักษาเสริม (Adjuvant Chemotherapy) ร่วมกับการผ่าตัด และอาจใช้เป็นยาหน้า (Neoadjuvant Chemotherapy) ก่อนการผ่าตัดหรือฉายแสง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา โดยการใช้ยาเคมีบำบัดใช้ได้ 3 แบบ (สมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) คือ

1. นำมาใช้ในการรักษา adjuvant หรือ metastatic cancer (มะเร็งระยะแพร่กระจาย)
2. ใช้เพื่อเป็นการรักษาเสริม (adjuvant treatment) ในโรคมะเร็งบางชนิด ซึ่งการรักษาโดยวิธีอื่นเช่น ผ่าตัด สามารถทำให้โรคหรือก้อนมะเร็งสามารถหมดไปได้แล้ว แต่อาจมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ (residual micrometastatic tumor cell) ซึ่งเซลล์ที่เหลือนี้อาจตรวจไม่พบด้วยวิธีการต่างๆ เรียกการใช้ยาแบบนี้ว่า Adjuvant Chemotherapy
3. ใช้เป็นการรักษาเบื้องต้น ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอื่นต่อ ในกรณีที่โรคนั้นเป็นมาแต่ยังจำกัดอยู่เฉพาะที่ (locally advanced disease) การรักษาโดยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาอย่างเดียวมักจะทำได้ยาก เช่น ก้อนใหญ่มาก ผ่าตัดแล้วแผลปิดไม่ได้ หรือ บริเวณที่จะต้องฉายรังสีมีบริเวณกว้างขวางทำให้เนื้อเยื่อปกติถูกทำลายเป็นปริมาณมาก การรักษามักได้ผลไม่ดี การให้ยาหน้าเพื่อลดขนาดของก้อน

การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นวิธีการหนึ่ง que เมื่อร่างกายได้รับยาเข้าไปแล้ว จะทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาได้ เนื่องจากเมื่อยาเข้าสู่กระแสเลือดจะทำลายเซลล์มะเร็งที่มีการแบ่งตัวเร็วผิดปกติ ซึ่งไปมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติของร่างกายให้มีการแบ่งตัวเร็วด้วย ได้แก่ เซลล์ในไขกระดูก เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร รากผม เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Wilkes, 2001)

อาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด จะรบกวนระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Wilkes, 2001; Chernecky, 1998) ได้แก่

1. อาการทางระบบทางเดินอาหาร ซึ่งทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อบุช่องปากและหลอดอาหารอักเสบ ท้องเสียเนื่องจากยาระคายเคืองเยื่อบุทางเดินอาหาร ท้องผูกจากการที่ยาให้ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้
2. ระบบไขกระดูก ยาเคมีบำบัดจะไปกดไขกระดูก มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือด ทำให้เกิด ภูมิคุ้มกันต่ำ โรคติดเชื้อได้ง่าย ภาวะเลือดออกง่าย
3. ผิวหนัง ผม และขน โดยจะทำให้เกิด ผื่นแพ้ ผื่นคัน ผมและขนร่วง
4. ปฏิกริยาต่อเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำแต่ยาบางชนิดที่มีความรุนแรงมากจะทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อได้ถ้ามีการซึมรั่วของยาออกนอกเส้นเลือด
5. ระบบสืบพันธุ์ในเพศหญิง อาจมีผลทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือขาดประจำเดือน ขณะได้รับการรักษา ส่วนในเพศชายอาจทำให้เป็นหมันชั่วคราวขณะได้รับการรักษา
6. ไตและระบบการขับถ่ายปัสสาวะ ยาบางชนิดอาจทำให้มีกรดยูริกในเลือดสูงตกเป็นผลึกในท่อไตทำให้ไตวายได้
7. ระบบประสาท และกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า ยาบางชนิดอาจทำให้มีอาการซึมเศร้า มีผลต่อจิตประสาทได้

จากอาการข้างเคียงที่ได้กล่าวมาทั้งหมดพบว่าอาการข้างเคียงที่พบบ่อย และมีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นมะเร็งมากที่สุดคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการข้างเคียงนอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายแล้ว เช่น เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจะทำให้ภาวะโภชนาการในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป แต่ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคมด้วย (Grant, 1997) นอกจากนี้ผลกระทบจากความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษา ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงยังทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแล เช่น การให้การดูแลเรื่องการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับการเงิน งานบ้าน การช่วยเหลือในการเดินทาง เป็นต้น (Carey, et al., 1991) และยังพบว่า ในระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดนั้น ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะต้องใช้ความพยายามและอดทน เนื่องจากผู้ป่วยจะรับรู้รูปแบบการให้การดูแลจากญาติผู้ดูแลว่าเป็นการทำกิจกรรมต่างๆแทนทั้งหมด ซึ่งจัดว่าเป็นบทบาทของญาติผู้ดูแลและครอบครัวในการจัดการกับความเจ็บป่วย (Schumacher, 1996)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยและผลจากการรักษา ไม่ได้มีผลกระทบแต่เพียงผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว หากยังมีผลต่อญาติผู้ดูแลให้เข้ามามีบทบาทและภาระในกระบวนการให้การดูแลด้วย ซึ่งแครีย์และคณะ (Carey, et al., 1991) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินคัดสรรเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและภาระในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่าความต้องการการดูแลเรื่องการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจให้กับผู้ป่วยและคนอื่น เป็น

ความต้องการการดูแลที่มากที่สุดและยากลำบาก ก่อให้เกิดภาระในการดูแลระดับสูงที่สุด และการประเมินสถานการณ์ทางลบ มีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแล ($r = .47$) และความเข้มแข็งของครอบครัว ($r = -.51$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษากระบวนการความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าร้อยละ 44 ของความแปรปรวนในความตึงเครียด และร้อยละ 40 ของความแปรปรวนในภาวะซึมเศร้า ถูกอธิบายได้โดยตัวแปรเบื้องต้น (antecedent) ได้แก่ การกำเริบของโรคประสิทธิภาพในการรับรู้การเผชิญปัญหา และการยอมรับการสนับสนุนจากสังคมที่เหมาะสม (Schumacher, 1993) และชูเมคเกอร์ (Schumacher, 1996) ยังได้ทำการศึกษาในผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 20 คน และญาติผู้ดูแลจำนวน 19 คน พบว่า รูปแบบของการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการให้การดูแลของญาติมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามอาการการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่านอกจากผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะได้รับผลกระทบจากการรักษา ทำให้เกิดปัญหาและความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านต่างๆแล้ว ญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้การดูแล ก็เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการให้การดูแลเช่นกัน ดังนั้นเพื่อให้ผลลัพธ์ของการรักษาและการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงควรให้ความสนใจกับปัญหา ความต้องการ และผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลที่เกิดกับญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดด้วยเช่นกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล

จากรายงานวิจัยทั้งในต่างประเทศ (Aranda & Hayman-White, 2001; Archbold, Stewart, Greenlick & Harvath, 1990; Carter & Chang, 2000; Given, Stommel, Collins, Kings, & Given, 1990; Given, et al., 1992; Hileman, et al., 1992; Jansen & Given, 1991; Oberst, et al., 1989; Robinson, 1997; Siegel, et al., 1991; Stetz, 1987;) และประเทศไทย(ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541; วิชา วิเสโส; 2545, สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) เกี่ยวกับคุณลักษณะของญาติผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย ระหว่าง 30-60 ปี สถานภาพสมรส คู่ และมักจะเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ คู่สมรส และบุตร จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และมักไม่ได้ประกอบอาชีพนอกบ้าน ซึ่ง อแรนดา เฮแมน-ไวท์ (Aranda & Hayman-White, 2001: 300-307) ได้ให้เหตุผลว่า เนื่องจากการให้การดูแลผู้ป่วยมีผลด้านลบต่อการประกอบอาชีพของญาติผู้ดูแล ในสถานการณ์ปัจจุบันญาติผู้ดูแลอาจต้องรับผิดชอบทั้งภาระงานในอาชีพของตน รวมทั้งหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน ในการศึกษาของโอเบิร์ตและคณะ (Oberst, et al., 1989) พบว่า ร้อยละ 83 ของญาติผู้ดูแลมีฐานะอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับ

ประเทศไทยพบว่าญาติผู้ดูแลมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (วิภา วิเสโส, 2545 ; สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540) และด้านภาวะสุขภาพญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ประเมินว่าภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับ ดี ถึง ดีเยี่ยม นอกจากนี้รายงานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณลักษณะของญาติผู้ดูแลแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้นิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในต่างประเทศและประเทศไทย ดังนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาและความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

การทบทวนวรรณกรรมที่มีการศึกษาในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา หรืออังกฤษ ในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลเป็นหัวข้อวิจัยที่มีผู้สนใจศึกษา งานวิจัยเน้นในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีรายงานการวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลของผู้สูงอายุ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) การศึกษาในช่วงแรกเป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับกระบวนการของการให้การดูแลและผลกระทบของบทบาทต่อญาติผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมของบอรัมการ์เทน (Baumgarten, 1989) เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมจำนวน 28 เรื่อง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-1988 ซึ่งเป็นการศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวกับผลกระทบของญาติผู้ดูแล เช่น การรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ภาวะตึงเครียดของการเป็นญาติผู้ดูแล ปฏิกริยาทางอารมณ์ด้านลบ สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว การถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพด้านร่างกาย การเงิน เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของกิฟเวนและคณะ (Given, et al, 1990) พบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบทบาทการเป็นผู้ดูแล มี 4 ด้าน คือ ปฏิกริยาทางอารมณ์ด้านลบ (negative emotional reaction) ความรู้สึกรับผิดชอบต่อผู้ป่วย (feelings of responsibility for the patient) ความรู้สึกถูกครอบครัวทอดทิ้ง (feeling of abandonment by family) ผลกระทบจากการดูแลต่อตารางเวลาประจำวัน (impact of caregiving on daily schedules) สอดคล้องกับการศึกษาของลินช์-ซาว์ (Lynch-Sauer, 1990) พบว่า ภาระการดูแลมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากบริบทของการให้การดูแลมิใช่จากลักษณะของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และจากการศึกษาของ มิลเลอร์และมอนโกเมอร์ (Miller & Montgomery, 1990) พบว่า ระดับของความพึงพอใจของผู้สูงอายุและปริมาณภาระงานที่ต้องทำมากจะยิ่งทำให้ญาติผู้ดูแลถูกจำกัดการมีส่วนร่วมในสังคมมากขึ้น

หลังจากที่ได้มีการศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวกับผลกระทบที่มีต่อญาติผู้ดูแล ต่อมาได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรและปัจจัยที่สามารถทำนายผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่าตัวแปรที่มีผลกระทบต่อผลกระทบด้านผู้ป่วย คือ พฤติกรรมด้านลบ (negative behavior) ภาวะสุขภาพและอายุของญาติ

ผู้ดูแล คือ อายุ การทำงาน (employment) สภาพะของอารมณ์ ความมากน้อยของความช่วยเหลือที่ได้รับ (amount of assistance) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (affective support) และชั่วโมงในการดูแล (Given, et al, 1990)

สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งมีการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเป็นการศึกษาเพื่อหาปัญหาและความต้องการในการให้การดูแลของญาติผู้ดูแล จะเห็นได้จากการศึกษาของสเตซ (Stetz, 1987) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มสมรรถนะที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยการสัมภาษณ์กลุ่มสมรรถนะด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จำนวน 65 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการในการให้การดูแลมากที่สุดในเรื่อง การบริหารจัดการในการดูแลทางด้านร่างกาย กิจกรรมประจำวันและการให้การดูแลตามแผนการรักษา ตลอดจนการเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย สำหรับความต้องการในการสังเกต เฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยและความต้องการในการบริหารจัดการเกี่ยวกับบ้านและการเงิน เป็นความต้องการให้การดูแลลำดับรองลงมา และเมื่อเปรียบเทียบความต้องการในการให้การดูแลกับเพศของญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลเพศชายและเพศหญิง มีความต้องการด้านการบริหารจัดการในการดูแลทางด้านร่างกาย กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยและการให้การดูแลตามแผนการรักษา และการเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจมากเป็นอันดับแรก เป็นร้อยละ 63 และ 71.4 ตามลำดับ แต่เพศชายมีความต้องการในการบริหารจัดการเกี่ยวกับบ้านและการเงิน ส่วนเพศหญิงมีความต้องการในการสังเกตเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย เป็นอันดับที่ 2 เป็นร้อยละ 52.6 และ 38.1 ตามลำดับ

จากการศึกษาของแคร์รี่และคณะ (Carey, et al., 1991) เกี่ยวกับการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและภาระในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ความต้องการการดูแลเรื่องการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจให้กับผู้ป่วยและคนอื่น เป็นความต้องการการดูแลที่มากที่สุดและยากลำบาก

จากผลการศึกษาข้างต้นพอจะเห็นได้ว่า ผลกระทบที่เกิดจากการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งส่งผลต่อบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลในหลายๆ ด้าน ได้แก่ ความเครียดทางอารมณ์ (emotional strain) ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย (physical demands of care) ความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) ความกลัว (fear) การเปลี่ยนแปลงบทบาทและวิถีชีวิต (altered roles and life style) ความต้องการด้านการเงิน (financial demands of illness) การปลอบโยนผู้ป่วย (comforting the patient) การรับรู้ถึงความไม่เพียงพอของบริการสุขภาพ (perceived inadequacy of service) การใส่ใจในเรื่องของจิตวิญญาณ (spiritual concern) และเพศสัมพันธ์ (sexuality) (Jassak, 1992) จึงได้มีผู้สนใจทำการศึกษถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นและความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง เหล่านี้

จากการศึกษาของเจนเสนและกิฟเวน (Jansen & Given, 1991) เกี่ยวกับว่า ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นญาติผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน และผลกระทบต่อตารางเวลาของการให้การดูแลกับความอ่อนล้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบมีเพียงปัจจัยด้านผลกระทบต่อตารางเวลาของการให้การดูแลเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้า ($r = .42$) โดยมากกว่า ร้อยละ 50 ของญาติผู้ดูแล รายงานความอ่อนล้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนอนและภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ร้อยละ 95 ของญาติผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องการนอนหลับในระดับรุนแรงร้อยละ 52.9 มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และพบว่า การนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .67$ $p < .001$) ส่วนอาการแสดงเรื่องความปวดของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแล ($r = .33$, $p < .02$) (Carter & Chang, 2000)

นอกจากนี้ ชูเมเกอร์และคณะ (Schumacher, 1993) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถอธิบายผลกระทบต่อบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่า อายุและเพศของญาติผู้ดูแล อายุและเพศของผู้ป่วย การกำเริบของโรค ประสิทธิภาพในการรับรู้การเผชิญปัญหา และการยอมรับการสนับสนุนจากสังคมที่เหมาะสมสามารถอธิบายความแปรปรวนของความตึงเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 44 และ 40 ตามลำดับ เช่นเดียวกับ การศึกษาของแคร์รี่และคณะ (Carey, et al., 1991) เรื่องการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และภาระในการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า อายุ ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ความเข้มแข็งของครอบครัว ภาระในการดูแล และการประเมินสถานการณ์ทางลบ มีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ โดยระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยสามารถทำนายความแปรปรวนของภาระในการดูแลได้ร้อยละ 47 และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ภาระในการดูแลสามารถทำนายความแปรปรวนของการประเมินสถานการณ์ทางลบได้ร้อยละ 50 สำหรับอายุของญาติผู้ดูแล และการประเมินสถานการณ์ทางลบสามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะอารมณ์ ได้ร้อยละ 50

ปัญหาและความต้องการรวมถึงปัจจัยทำนายที่กล่าวมาข้างต้น ได้มีผู้นำข้อมูลจากการศึกษาดังกล่าวมาใช้ในการสร้างรูปแบบการพยาบาลเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเป็นญาติผู้ดูแล ซึ่งพาสาเครตา และแมคคอร์เกิล (Pasacreata & McCorkle, 2000) ได้ทำการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างรูปแบบการให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ตีพิมพ์ในประเทศอังกฤษระหว่างปีค.ศ. 1975 ถึง เดือนมกราคม ค.ศ.1999 จำนวน 29 เรื่อง และได้จัดกลุ่มรูปแบบของการให้การช่วยเหลือเป็น 3 รูปแบบ คือ การให้ความรู้ (educational intervention) เช่น การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลและครอบครัวระหว่างและหลังการผ่าตัด (Carmody, Hicky & Boakbinder, 1991) เป็น

ต้น การให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษา และการบำบัดทางด้านจิตใจ (support, counseling and psychotherapy) เช่น การใช้โปรแกรมในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยด้านการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย (Cawley & Gerds, 1988) การให้การดูแลระยะสุดท้าย (hospice and palliative home care service) เป็นต้น

ซึ่งการศึกษาการพัฒนาารูปแบบเพื่อช่วยเหลือญาติผู้ดูแล มีผลให้ญาติเกิดความมั่นใจในการดูแล ปรับตัวกับภาระงานที่ต้องเผชิญได้ ลดความเครียดในการดูแล ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแล อันเป็นผลให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากการศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง รวมทั้งโรคมะเร็งในต่างประเทศที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทย ดังนี้

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยเรื้อรัง ได้เริ่มต้นศึกษาเมื่อประมาณ 10 ปีที่แล้วมาโดย ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2546) ได้สำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทยที่ทำการศึกษโดยพยาบาล ซึ่งรวมถึงญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยวัยเด็ก ได้แก่ บิดา มารดา และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บุตร ญาติ สมาชิกในครอบครัว พบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลจำนวนทั้งสิ้น 80 เรื่อง เป็นการวิจัยเชิงบรรยายจำนวน 63 เรื่อง ที่เหลือ 17 เรื่องเป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแล (intervention) ซึ่งประเด็นในการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายในประเทศไทยมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ ปัญหาความต้องการ และผลกระทบจากการเป็นญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัจจัยที่สามารถทำนายผลกระทบที่เกิดขึ้น

ปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแล สุทธิพรพรรณ บุญยอ (2542) ได้ศึกษาการได้รับการดูแลและการให้การดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแล 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดำรงชีวิตประจำวัน ด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ด้านจิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชนิตา มณีวรรณ และคณะ (2537) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยวันละ 10-24 ชั่วโมง เนื่องจากร้อยละ 97.3 ของผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวไปหลายชนิด ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการการพยาบาลเป็นพิเศษอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ดังนั้นจึงพบว่าญาติผู้ดูแลมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับมีความต้องการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจ และต้องการความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาพร คุปต์สกุล (Dupaskul,S.,2001) และจินตนา หาญประสิทธิ์คำ (Hanprasitkam, J. , 2000) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการการร่วมมือ และการดูแลจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย ต้องการความรู้เกี่ยวกับการให้การ

ดูแล การช่วยเหลือ และการบริการจากสังคมขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย และมีความต้องการทางการเงิน สุขและความหวัง ในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่วนการศึกษาถึงผลกระทบจากการเป็นญาติผู้ดูแล พบว่าญาติผู้ดูแลขาดความเป็นส่วนตัว ถูกรบกวนอาชีพการงาน ไม่มีเวลาว่างส่วนตัว มีความเครียดและความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น (นงลักษณ์ พันชมภู, 2540)

ในส่วนของความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีหลายงานวิจัยที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ของแหล่งสนับสนุนทางสังคมกับผลกระทบด้านลบจากการเป็นญาติผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกมีภาระ จากการศึกษาของ เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกละเป็นภาระมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา สมนึก (2542) ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการสนับสนุนทางสังคม กับภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .44$, $p < .001$) และกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.5055$, $p < .001$) สอดคล้องกับดริกา ธารบัวสวรรค์ (2542) นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอื่น ๆ ของญาติผู้ดูแล เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง (เฉลิม วงศ์จันทร์, 2539) และการปรับตัว (สายธรรม วงศ์สาธิตวิไลรุ่ง, 2540)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาเพื่อหาความสามารถในการทำนายผลกระทบที่เกิดขึ้นพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความรู้สึกละเป็นภาระ และภาระในการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2538) และจากการศึกษาของดริกา ธารบัวสวรรค์ (2542) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความอ่อนล้าจากการดูแลได้ร้อยละ 26.8 เช่นเดียวกับ การศึกษาของกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ส่วนการศึกษาของจันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน (2536) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและเพศ สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายทางอารมณ์ได้ร้อยละ 15.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากแรงสนับสนุนทางสังคมจะสามารถทำนายผลกระทบจากการดูแลได้แล้ว ยังสามารถทำนายปัจจัยอื่น ๆ ได้ เช่น การศึกษาของเฉลิม วงศ์จันทร์ (2539) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและความรุนแรงของความพิการของเด็กสามารถร่วมกันทำนายความสามารถของผู้ดูแลได้ร้อยละ 33.44 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของ สายธรรม วงศ์สาธิตวิไลรุ่ง (2540) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะจิตใจของญาติผู้ดูแล และความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมประจำวันสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่น่าสนใจ เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่จึงจะมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากผลกระทบของตัวโรคเองและจากการรักษา ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้การดูแล ซึ่งไม่เพียงแต่จะต้องให้การดูแลทางด้านร่างกายเพียงเท่านั้น หากยังต้องให้การดูแลทางด้านจิตใจด้วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่าพบว่ามีการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งเพียง 6 เรื่อง เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย 4 เรื่อง ได้แก่ ชนิดา มณีวรรณ และคณะ (2537) ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ในโรงพยาบาลรามาริบัติที่ส่งต่อมายังแผนกป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้การพยาบาลและดูแลต่อภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มละ 100 ราย ผลการศึกษาในส่วนของผู้ดูแลพบว่า ด้านปัญหาของผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 66 เห็น้อยค่า เบื่อหน่าย ร้อยละ 58 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจากต้องคอยดูแลผู้ป่วยทำให้รายได้ลดลง ส่วนด้านความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ร้อยละ 54 มีความต้องการความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 46 ต้องการเวลาส่วนตัวเพื่อลดความเครียด และร้อยละ 42 ต้องการเวลาดูแล อบรมบุตร

สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539) ได้ทำการวิจัยเพื่อทดสอบแบบจำลองที่แสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ระหว่าง ฐานะทางการเงิน สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อในการคิดรู้ ความต้องการในการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านซึ่งพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่คลินิกมะเร็ง โรงพยาบาลศิริราช จุฬาลงกรณ์ และวชิรพยาบาล จำนวน 88 ราย ผลการวิจัย พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงในทางลบ แต่ความเชื่อในการคิดรู้มีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าและเป็นความเครียด และการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าคุณค่าและเป็นความเครียดมีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับภาวะสุขภาพ

ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแล และความรู้สึกระงับในการดูแล ต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมดมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลตามสมมติฐานที่สร้างขึ้น และอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 41.4 จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านบทบาทหน้าที่ สำหรับความเข้มแข็งในการมองโลกมีอิทธิพลต่อ

การปรับตัวทุกด้าน ส่วนภาระในการดูแลมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกาย และด้านบทบาทหน้าที่ และจากการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า สภาพของญาติผู้ดูแลและครอบครัวอาจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้วย คือ ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อย และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเพศหญิง มีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลเพศชาย

วิภา วิเสโส (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการดำเนินงานวิจัย จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 12 คน ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งใน 4 ลักษณะ กล่าวคือ เป็นโอกาสตอบแทนบุญคุณ เป็นผู้ที่ดูแลได้ดีกว่าคนที่ไม่ใช่ญาติ เป็นความสงสาร ความเห็นใจ ความเต็มใจที่จะให้การดูแล และเป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแล สำหรับลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง นับตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่าจะต้องเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลพบว่า มี 5 ประเด็น ได้แก่ ญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทและภาระการดูแลกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลลืมนั่นใจตนเอง ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ลืมนอนพักผ่อน มีวิตกกังวลและกลัวการสูญเสียผู้ป่วย สูญเสียทรัพย์สิน ต้องนำเงินเก็บมาใช้ และขาดรายได้ เหน็ดเหนื่อยกายและหมดกำลังใจจากภาระการดูแล

ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างรูปแบบการพยาบาล เพื่อการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย 2 เรื่อง เป็นการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กหนึ่งเรื่อง คือการศึกษาเรื่อง ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการลดความพร้อมของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (กฤษณา ครามแสง , 2539) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กป่วย จำนวน 57 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 29 ราย กลุ่มทดลองจำนวน 28 ราย โดยทั้ง 2 กลุ่มได้รับแผนพับเรื่องการดูแลเด็กที่ได้รับเคมีบำบัดที่จัดทำโดยผู้วิจัย และบริการตามปกติจากคลินิก สำหรับกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มเติม ประเมินความพร้อมในการดูแล ด้วยแบบประเมินความพร้อมในการดูแลเด็กที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .001$) ส่วนอีกงานวิจัยหนึ่งนั้นเป็นการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ คือการศึกษาถึงประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวความคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียด และเพิ่มความสามารถการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (สมนึก สกุลหงษ์โสภณ, 2540) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน หลังจากที่มีผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 30 ราย โดยติดตามให้การพยาบาลตามแนวความคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยแก่ผู้ดูแลเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทำการประเมินผู้ดูแลจำนวน 3 ครั้ง ก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามแนวคิด

ทฤษฎีการปรับตัวของรอยมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ลดลงกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่สัปดาห์ที่ 4 ลดลงกว่าสัปดาห์ที่ 2 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแล ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่สัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 2 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดลดลงเมื่อเวลาผ่านไปซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการปรับตัว

งานวิจัยทั้ง 6 เรื่องที่กล่าวมา เป็นการศึกษาในกลุ่มของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลามและระยะสุดท้าย และพบว่าตัวแปรที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลที่ผ่านมาทั้งหมด ได้แก่ ปัญหาความต้องการ การให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก ความรู้สึกมีภาระ ฐานะการเงิน สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อมโยงในการคิดรู้ ความต้องการในการให้การดูแล การประเมินสถานการณ์ในการดูแล การปรับตัว และความเครียด แต่การศึกษาความเครียดเป็นการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งในระยะของการรักษาก็ได้รับผลกระทบดังกล่าวที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการให้การดูแลด้วยเช่นกัน

ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล

จากรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และการเผชิญความเครียดทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่า ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่มีผู้วิจัยใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งทฤษฎีความเครียดนี้ เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นกระบวนการและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความเครียด (stress) จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการประเมินตัดสิน (appraisal) สถานการณ์ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตน และต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ส่วนการเผชิญความเครียด (coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลที่ใช้ความพยายามทั้งความคิดและการกระทำในการจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่ บุคคลใช้การเผชิญความเครียดใน 2 ลักษณะร่วมกันคือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) การเลือกใช้การเผชิญความเครียดแตกต่างกันออกไปตามปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การเผชิญความเครียดจึงเป็นกระบวนการ (process) ไม่ใช่คุณลักษณะติดตัว (trait หรือ style) และต้องมีความจำเพาะสำหรับแต่ละสถานการณ์ (situational specific) (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาน และคณะ, 2540 : 8) ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในต่างประเทศที่มีผู้ศึกษาไว้ ได้แก่

โอเบิร์ตและสก็อต (Oberst. & Scott, 1988) ได้ทำการศึกษาภาวะเครียดของผู้ป่วยมะเร็ง ภายหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด จำนวน 40 คู่ โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 10, 30, 60, 90 และ 180 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า หลังจำหน่าย คู่สมรสจะมีปัญหาในเรื่องของอารมณ์และการจัดการกับอารมณ์ และเกิดมากที่สุดในช่วง 60 วันหลังผู้ป่วยกลับบ้าน ความวิตกกังวลของคู่สมรส สูงกว่าของผู้ป่วยและค่าปกติของบุคคลที่อยู่ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ตั้งแต่ก่อนจำหน่ายจนหลังจำหน่าย สำหรับระดับความเครียดที่สูงที่สุดของผู้ป่วยเกิดขึ้น 10 วันหลังจำหน่าย เนื่องจากอาการแสดงของการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายที่ไม่ได้คาดว่าจะเป็น หรือเกิดมากกว่าที่คาดการณ์ไว้ และเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลเปิดทางหน้าท้อง (ostomy) และ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีแผลเปิดทางหน้าท้อง (non-ostomy) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลเปิดทางหน้าท้องจะกลับสู่ระดับการทำหน้าที่เหมือนก่อนเจ็บป่วยช้ากว่า และอาการไม่สุขสบายใจมีมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีแผลเปิดทางหน้าท้อง

โอเบิร์ต และคณะ (Oberst, et al., 1989) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและการประเมินความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับการฉายรังสี (OPD) จำนวน 47 ราย พบว่า การรับรู้ภาระการดูแล (caregiver load) มีความสัมพันธ์กับระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ($r = .53$, $p = .001$) และระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี ($r = .35$, $p = .016$) โดยผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลมากและได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีเป็นเวลานาน ญาติผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดที่คุกคาม อันตรายและสูญเสีย ส่วนญาติผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี มีการศึกษาและเสริมฐานะต่ำ จะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดที่คุกคาม อันตรายและสูญเสียเช่นกัน สำหรับญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากจะประเมินความเครียดว่าท้าทายและเป็นผลดี

แคร์รี่และคณะ (Carey, et al., 1991) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและภาระในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด จำนวน 49 ราย พบว่า ความต้องการการดูแลเรื่องการให้การสนับสนุนทางจิตใจกับผู้ป่วยและคนอื่น เป็นความต้องการการดูแลที่มากที่สุดและยากลำบาก ก่อให้เกิดภาระในการดูแลและระดับสูงที่สุด ส่วนความต้องการการดูแลเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ใช้เวลามาก แต่ไม่มีความยากลำบาก ก่อให้เกิดภาระในการดูแลระดับต่ำกว่า และการให้การดูแลโดยตรง เช่น การจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับการเงิน งานบ้านที่เพิ่มขึ้น และการเดินทาง เป็นงานที่ใช้เวลานานกลาง ก่อให้เกิดภาระในการดูแลระดับปานกลาง และพบว่าอายุของญาติผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ระดับความพึ่งพาของผู้ป่วย ความเข้มแข็งของครอบครัว ภาระในการดูแล และการประเมินสถานการณ์ทางลบ มีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ โดยการประเมินสถานการณ์ทางลบ มีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแล ($r = .47$) ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

($r = -.37$) และความเข้มแข็งของครอบครัว ($r = -.51$) และการประเมินสถานการณ์ว่าทำท่าย มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งของครอบครัว ($r = .48$) ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($r = .34$) และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ($r = .26$) ส่วนการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นผลดี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ อายุของญาติผู้ดูแล ($r = .43$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ($r = -.45$) และภาระในการดูแล ($r = -.30$)

แคมเมอร์ (Kammer, 1994) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด การเผชิญความเครียด กับปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พักอยู่ที่สถานดูแล (nursing home) จำนวน 100 คน พบว่า การมาเยี่ยมผู้สูงอายุที่สถานดูแลบ่อยครั้ง มีความสัมพันธ์กับการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด และพบว่า ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหาเป็นส่วนใหญ่ โดยมีความสัมพันธ์กับการประเมินความเครียดว่าเป็นการสูญเสีย

ในประเทศไทยได้มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลเช่นเดียวกันเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังและโรคทางจิตเวช เช่นการศึกษาของ นิตยา สุทยากร (2531) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติผู้ดูแลจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลใช้พฤติกรรมมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการจัดการกับอารมณ์ ต่อมา วรรณทนา ศุภสิมานนท์ (2539) ได้ศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 54 ครอบครัว พบว่า ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ประเมินเหตุการณ์โดยรวมว่าก่อให้เกิดความเครียดระดับปานกลาง เหตุการณ์ที่ประเมินว่าทำให้เกิดความเครียด 5 อันดับแรกคือ การที่ครอบครัวต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้นเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย การได้เห็นผู้ป่วยทุกข์ใจวิตกกังวล การกลัวผู้อื่นรังเกียจถ้าทราบผู้ป่วยเป็นเอดส์ การได้เห็นผู้ป่วยมีอาการของโรค และการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ และมีวิธีการเผชิญปัญหา 5 อันดับแรกคือ เชื่อมมั่นไว้วางใจในความสามารถในการรักษาของแพทย์ ปรึกษาหารือกัน ครอบครัวเกี่ยวกับอาการดูแลรักษาผู้ป่วย พยายามติดตามข่าวคราวเกี่ยวกับโรค ขอความช่วยเหลือจากญาติหรือเพื่อนเกี่ยวกับสิ่งของ ค่าใช้จ่าย การช่วยดูแลสมาชิกในครอบครัว และขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายหรือสิ่งของจากรัฐบาลหรือจากองค์กรเอกชน ค่าเฉลี่ยของคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดเน้นการแก้ปัญหาสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดเน้นด้านอารมณ์

ประไพ บุรินทรมาตย์ (2541) ศึกษาเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจำนวน 43 คน พบว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง โดยความรู้สึกไม่แน่นอน

ในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา นอกจากนี้พบว่าระดับการศึกษาและครั้งที่ของการเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์

สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ศึกษาเรื่องความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา จำนวน 100 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลรับรู้ความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง มีความเครียดจากการดูแลในระดับต่ำ และใช้การเผชิญปัญหาทั้งด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านจัดการกับอารมณ์ และด้านบรรเทาความเครียดร่วมกัน โดยมีสัดส่วนของการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด

สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ (2542) ศึกษาเรื่องความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จำนวน 100 ราย พบว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ประสพการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลส่วนมากจะอยู่ในระดับปานกลาง อาการแสดงความเครียดจะแสดงออกทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้และพฤติกรรมทางสังคม สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดมุ่งการแก้ปัญหาและสถานการณ์และลดความทุกข์ทรมาน

เอื้ออารี สาริกา (2542) ศึกษาเรื่องความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 260 ราย พบว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือสถานการณ์การจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ส่วนสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดน้อยแต่พบบ่อย ได้แก่สถานการณ์ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษา ประสพการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลส่วนมากจะอยู่ในระดับต่ำ ลักษณะความเครียดที่ปรากฏพบได้ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรม และจิตวิญญาณ การปรับตัวมีทั้งมุ่งเน้นในการแก้ปัญหาหรือแก้ไขสถานการณ์และการลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ สอดคล้องกับการศึกษาของเครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ (2542)

จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องความเครียด และการเผชิญความเครียดที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาแตกต่างกัน จะมีการประเมินสถานการณ์ในการให้การดูแลว่าเป็นความเครียด โดยที่ระดับของความเครียดก็จะแตกต่างกันออกไป และการเผชิญความเครียดจะเป็นการใช้ทั้งการเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส พิจารณาว่าผลลัพธ์ของการประเมินและการเผชิญความเครียดนั้นมีผลต่อ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ นอกจากนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญในกระบวนการเผชิญความเครียด เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด โดยจะเป็นตัวกันชน (Buffer) รองรับความเครียด

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ประเด็นเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจ และเริ่มมีการตีพิมพ์ตั้งแต่กลางปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา (Norbeck, 1988) ซึ่งความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมมีผู้ให้ความหมายไว้ต่างกันส่วนใหญ่จะใช้เฉพาะงานวิจัยแต่ละครั้ง เช่น ไวสส์ (Weiss cited in Brandt & Weinert, 1981: 277) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความรู้สึกพึงพอใจต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม คอบบ์ (Cobb, 1976: 300) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับความรักและการดูแลจากบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่า เห็นคุณค่าในตัวเอง และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม มิทเชล (Mitchell, 1969 cited in Dimond & Jones, 1983: 236-237) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่างๆ ในเครือข่ายทางสังคม โคเฮนและไซม์ (Cohen & Syme, 1985 cited in Uphold, 1991) กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมทั้งหมดที่ทำให้เกิดความผาสุกของบุคคล ลาซาลัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า คือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคอง จากบุคคลในเครือข่ายสังคม ในด้านต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา สิ่งของหรือเงินทอง ได้รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญกำลังใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนที่ผ่านมามีข้อมูลจำนวนมากที่สนับสนุนว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบทางด้านบวกต่อตัวแปรทางด้านสุขภาพ (Callaghan & Morrissey, 1993; Longford, et. al, 1997; Uphold, 1991) ซึ่งกลไกในการทำหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพมี 2 ลักษณะ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The main effect model) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีหน้าที่เป็นกันชนรองรับความเครียด (Buffering effect model) (Cohen & Will, 1985: 310-312)

แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The main effect model) กล่าวคือ การได้รับความช่วยเหลือโดยตรง จะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และ

ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ให้เป็นไปในทางที่ดีและถูกต้อง จึงมีผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรง นอกจากนี้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันและระบบฮอร์โมนในร่างกาย ด้วยเหตุนี้บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จึงมีภาวะสุขภาพและมีความสุข ดีกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า (Cohen & Will, 1985: 310-312)

ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีหน้าที่เป็นกันชนรองรับความเครียด (Buffering effect model) จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยจากความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า หดหนทางแก้ปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียดได้โดย 1) ช่วยให้ผู้บุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าไม่รุนแรง หรือรุนแรงน้อยลงเพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นจะมีผู้สามารถให้ความช่วยเหลือ หรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลงได้ 2) ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายโดยตรง โดยช่วยให้บุคคลได้มีการแก้ปัญหา ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหา ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบฮอร์โมน ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อความเครียดน้อยลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพ การได้ข้อมูลจะทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เข้าใจในเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น โดยมีการประเมินเหตุการณ์นั้นซ้ำ ซึ่งทำให้บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ทั้งยังเพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัว และสนับสนุนให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหาทางด้านการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง (Cohen & Will, 1985: 310-312)

นอกจากผลกระทบทางด้านบวกต่อตัวแปรทางด้านสุขภาพที่กล่าวมาแล้ว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านลบด้วยเช่นกัน ซึ่งจากกรอบทฤษฎีของฮัพเซย์ (Hupcey, 1998) พบว่าผลกระทบทางด้านลบของแรงสนับสนุนเกิดขึ้นได้ 3 ประการ คือ 1) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทางด้านลบ (Negative social interactions) พบว่าสัมพันธภาพทางสังคมทางด้านลบจะมีผลกระทบต่อความสุขมากกว่าสัมพันธภาพทางสังคมทางด้านบวก 2) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านลบ (Negative social support) ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่รู้สึกขัดแย้งกับวัตถุประสงค์ของผู้ให้จะมีความรู้สึกในทางลบต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 3) แรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่สอดคล้องกัน (Non-reciprocal support) ทำให้ผู้รับรู้สึกว่าเขาได้รับแรงสนับสนุนไม่เพียงพอ เกิดได้ 2 ลักษณะ คือ ผู้ให้แรงสนับสนุนรู้สึกว่าเขาได้ให้การสนับสนุนมากกว่าที่ผู้รับรับรู้ หรือ ผู้รับแรงสนับสนุนรู้สึกว่าเขาได้รับการสนับสนุนมากกว่าที่ผู้ให้มอบให้

นอกจากนี้บุคคลจะมีความรู้สึกทางลบต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับเมื่อความเป็นอิสระและความเป็นเอกภาพถูกคุกคาม เช่นผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากเกินไป จะรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ซึ่งทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง และความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงไฮแมน (Uphold, 1991)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของลาซารัสและโฟลคแมนในการศึกษา ซึ่งลาซารัสและโฟลคแมน(Lazarus & Folkman, 1984) มองว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียด ทำหน้าที่เป็นกันชนรองรับความเครียด หรือเป็นตัวทำหน้าที่ป้องกันบุคคลให้ปราศจากความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจัดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเผชิญปัญหามากกว่าองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคล ทำให้บุคคลมีผลลัพธ์ของการปรับตัวที่ดี ซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เนื่องจากเป็นตัวแปรมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิต

นอกจากนี้การศึกษาต่างๆที่ผ่านมาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาได้มีการแบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกันออกไป หลายแนวคิด เช่น คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวถึงชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุน 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านการให้การยอมรับ และเห็นคุณค่า (Esteem support) การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้มีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network)

เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทองและการบริการ (Tangible support)

นอร์เบ็ค และคณะ (Norbeck, et al.,1981) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Affect) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ การเงิน (Aid) การสนับสนุนทางด้านความคิด และการกระทำ (Affirmation)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นด้านที่มีผู้ให้ความสำคัญและกล่าวถึงตรงกันมากที่สุด แต่คอบบ์ไม่ได้กล่าวถึงการให้การช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ และเงินทอง ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นการช่วยเหลือที่สำคัญประการหนึ่ง ดังนั้นในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของจุฬารักษ์ กวีวิรัชย์ (2536) ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 1981) และ นอร์เบ็คและคณะ (Norbeck, et al., 1981)

ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ได้แบ่งการวัดเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของการและการได้รับการบริการ และความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีการศึกษาในต่างประเทศ พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก และได้มีผู้ทำการรวบรวมอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (Meta-analysis) เพื่อหาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพและความผาสุก ดังนี้

กาลาแกน และมอร์ริสเซ (Callaghan & Morrissey, 1993) ได้ศึกษาถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพ โดยการทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงเวลา 8 ปี ตั้งแต่เดือนมกราคม ปี ค.ศ. 1984 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. 1991 พบงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์และสังคมศาสตร์ จำนวน 4,247 เรื่อง สรุปว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพใน 3 ลักษณะคือ 1) กำหนดความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ 2) สนับสนุนความรู้สึกของการให้ความหมายในชีวิตของบุคคล 3) ส่งเสริมพฤติกรรมที่ช่วยให้เกิดภาวะสุขภาพดี และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นหลักฐานยืนยันได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และช่วยลดผลของสิ่งแวดล้อมและความเครียดทางสังคมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการช่วยลดอัตราการตายและอัตราการเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ

ลองฟอร์ด และคณะ (Longford, et al., 1997) ได้ทำการวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสรุปผลที่ตามมาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพ ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ตัวอย่างเช่น เพิ่มสมรรถนะส่วนบุคคล เมื่อเกิดความเครียด มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมภาวะสุขภาพ มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ มีผลกระทบทางด้านบวก มีความรู้สึกมั่นคง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความพึงพอใจในชีวิต หรือมีความผาสุกทางด้านจิตใจ รวมทั้ง ลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

แครอล และคณะ (Carol, Femengel, Holcroft & Gerald, 1994) ได้ทำการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (Meta-analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพ โดยได้ทบทวนงานวิจัยจำนวน 67 เรื่อง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพในระดับต่ำ ระหว่าง -.02 ถึง .22 แต่ผลของการศึกษานี้ก็ยังสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น

แวง (Wang, 1998) ได้ทำการวิเคราะห์เชิงปริมาณ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุก โดยทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1985 ถึง ปี ค.ศ. 1996 ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 21 เรื่อง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์ด้านบวก ($d = .54$) และคุณภาพชีวิต ($d = .43$) ในระดับปานกลาง และมีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์ด้านลบ ($d = -.34$) ภาวะซึมเศร้า ($d = .31$) และ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($d = .31$) ในระดับต่ำ ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า ผู้ที่รายงานว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีระดับภาวะอารมณ์ด้านบวก คุณภาพชีวิต และความสามารถในการทำกิจกรรมสูง และมีระดับภาวะอารมณ์ด้านลบ และภาวะซึมเศร้าต่ำ

จากการวิเคราะห์เชิงปริมาณงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในต่างประเทศที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ต่อมายังได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ซึ่งผลการวิจัยส่วนใหญ่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่กล่าวมาข้างต้น (Duvdevany & Abboud, 2003; Lunskey & Benson, 2001)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยจากฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์ระหว่างปีพ.ศ. 2531 – 2542 (ฟองคำ คิลกสกุลชัย และคณะ, 2545) พบงานวิจัยที่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรในศึกษาจำนวน 95 เรื่อง พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอด ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ สำหรับในกลุ่มญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบิดามารดาที่ดูแลบุตรที่เจ็บป่วย ส่วนในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่มีการศึกษาประมาณ 5 เรื่อง ซึ่งหนึ่งเรื่อง เป็นการศึกษาที่บรรยายเกี่ยวกับการรับรู้และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ศิริภา นันทพงษ์, 2542) กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 160 ราย พบว่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ในคะแนนรายด้านพบว่า ด้านการได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำต่างๆ สูงกว่าด้านอื่น สำหรับแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลที่พบมากที่สุดได้แก่ บุคลากรทางด้านสุขภาพ บิดามารดา พระหรือนักบวช ตามลำดับ สำหรับที่เหลือ 4 เรื่อง เป็นการศึกษาผลของแรงสนับสนุนทางสังคมกับตัวแปรต่อไปนี้ เช่น การเผชิญปัญหา ภาระการดูแล ความเหนื่อยล้า ระดับความวิตกกังวล พฤติกรรมการดูแล เป็นต้น โดยมีผลการศึกษาดังนี้

เหมือนฝัน มณีฉาย (2542) ศึกษาการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤติจำนวน 156 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่สมาชิกในครอบครัวได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในระดับมากและช่วยในการเผชิญปัญหาของสมาชิกในครอบครัวในด้านมุ่งแก้ปัญหา ($r=.496$, $p<.0001$) มากกว่าด้านการจัดการกับอารมณ์ ($r=.446$, $p<.0001$) และพบว่าแรงสนับสนุน

ทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดในการอธิบายความแปรปรวนของการเผชิญปัญหา โดยร่วมกับความรู้สึกไม่แน่นอนอธิบายความแปรปรวนของการเผชิญปัญหาได้ร้อยละ 32 ($p<.0001$)

เฟื่องลดา เกนไชยวงศ์ (2539) ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลเฉพาะเชิงปริมาณ โดยแรงสนับสนุนในด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลทั้งเชิงปริมาณ ($r=-.683$, $p<.001$) และเชิงอรรถ ($r=-.469$, $p<.001$) ส่วนแรงสนับสนุนทางด้านความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งทางสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และด้านความมีคุณค่าในตนเอง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลทั้ง 2 ประเภท

กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ศึกษาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้นจำนวน 50 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ($r=-.506$, $p<.001$) และสามารถทำนายความแปรปรวนของความเหนื่อยล้าได้ร้อยละ 68 ($p<.001$)

มารยาท วัชรเกียรติ (2535) ศึกษาผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 40 ราย พบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($p<.01$) และลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล ($p<.01$) นอกจากนั้นยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล ($p<.01$)

จากฐานข้อมูลงานวิจัยทางการพยาบาลข้างต้น จะเห็นได้ว่ายังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ซึ่งลองฟอร์ด และคณะ (Longford, et al., 1997) เสนอว่าญาติผู้ดูแลเป็นกลุ่มหนึ่งที่ไม่ค่อยได้รับความสนใจในการศึกษาผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อผลลัพธ์การดูแล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศมีหลักฐานยืนยันว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิต (Wang, 1998) ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเรื่องความเครียด การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล จึงเห็นว่าควรจะนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นตัวแปรหนึ่งในการทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ และ ชีวิต ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคล หรือ สิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้หลายความหมาย เช่น เฟอร์รัน(Ferrans, 1990: 15) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกเป็นสุขของบุคคล ซึ่งแสดงออกมาด้วยความรู้สึกพอใจและไม่พอใจ กับสถานการณ์ที่สำคัญต่อชีวิตของบุคคลนั้น ส่วน พาติลาและคณะ (Padilla, et al., 1983: 117) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต ที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพโดยวัดจากการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม จะเห็นได้ว่าการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตนั้นจะเป็นการพิจารณาถึง การรับรู้หรือความรู้สึกที่พึงพอใจในชีวิต ส่วนจะเป็นความรู้สึกที่ดีในด้านใดนั้นก็ขึ้นกับการให้ความหมาย ซึ่งการให้ความหมายที่แตกต่างกันจะทำให้เกิดแนวคิดที่แตกต่างกันออกไปได้ (Lauer, 1999)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาเชิงอภิมานของวัง (Wang, 1999) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในงานวิจัยจำนวน 21 เรื่อง พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น ด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้เฟอร์รัน (Ferrans, 1990) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and Functioning) เศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic) จิตวิญญาณ (Psychological/Spiritual) และครอบครัว (Family) และในการประเมินเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตควรมีการพิจารณาถึงความพึงพอใจของบุคคลและการให้ความสำคัญต่อสถานการณ์ของบุคคล (Ferrans & Power, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของเบอร์คฮาร์ดท์ (Burckhardt, 1985) ที่ให้ความสำคัญแก่ ความผาสุกทางกายและทรัพย์สิน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม การมีพัฒนาการและการประสบผลสำเร็จ และความคิดสร้างสรรค์ อันเป็นผลลัพธ์จากการปรับตัว

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ของ เอ็ดเวิร์ดและอัง (Edwards & Ung, 2002) พบว่าประเด็นสำคัญที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต ของเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่มีองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังพบว่าองค์ประกอบในเรื่องความรู้สึกเป็นภาระในการให้

การดูแล และการทำหน้าที่ในครอบครัว เป็นเรื่องที่มีความสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลด้วยเช่นกัน

แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่พัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของเฟอร์แรนและเพาเวอร์ (The Quality of Life Index) (Ferrans & Power, 1985) ที่มีองค์ประกอบในการประเมินคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and Functioning) เศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic) จิตวิญญาณ (Psychological/Spiritual) และครอบครัว (Family) ซึ่งองค์ประกอบทั้งหมดนี้ สามารถวัดผลลัพธ์ตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ทั้ง 3 ด้านคือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ขวัญและกำลังใจ (Morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health) ผู้วิจัยจึงเลือกเครื่องมือของสมฤดี สิทธิมงคลมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลและปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้อง

สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความเครียดจากการดูแล และการเผชิญความเครียด ดังนี้ โอเบิร์ตและคณะ (Oberst, et al., 1989) ได้ทำการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา พบว่า ญาติผู้ดูแลที่รับรู้ภาระในการดูแลมากจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่า อันตรายหรือสูญเสีย และคุกคาม เช่นเดียวกับการศึกษาของแคร์รี่และคณะ (Carey, et al., 1991) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาระในการดูแลกับความเครียด ในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระหว่างได้รับเคมีบำบัด จำนวน 73 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลที่รับรู้ภาระในการดูแลมากจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด ซึ่งจากการวิจัยเพื่อสร้างแบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539) พบว่าการประเมินสถานการณ์การดูแลว่า คุกคาม และเป็นความเครียด มีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับภาวะสุขภาพ ($r = -.070$ และ $-.198$ ตามลำดับ) และจากการศึกษาของ จอร์จและไกวย์เธอร์ (George & Gwyther, 1986 อ้างใน สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 510 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุมีระดับความเครียดสูง และมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราและญาติที่อยู่คนละครอบครัวกับผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ความเครียดจากการดูแลเป็นตัวแปรที่สามารถใช้ในการอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 27.6

สำหรับการเผชิญความเครียด จากการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่พบว่าญาติผู้ดูแลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ จากการศึกษาก่อนหน้านี้

วโรพาร (2535) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยการเผชิญความเครียดและความผาสุกโดยทั่วไปของบิดา มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษ จำนวน 80 ราย พบว่า บิดา มารดาที่ใช้การเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ดังเครียด มีความผาสุกโดยทั่วไปในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของซาคาเรียส และคณะ (Zacharias, et al., 1994: 1699-1706) ที่ศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์และกลุ่มสมรส จำนวน 40 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลที่เลือกใช้การการหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ สำหรับการศึกษาของ ซากุล คงพันธ์ (2533) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับความผาสุกโดยทั่วไปในมารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล จำนวน 70 ราย พบว่ามารดาที่ใช้การเผชิญความเครียด โดยการยอมรับปัญหาเพื่อลดแรงปฏิกิริยามาก จะมีความผาสุกโดยทั่วไปในระดับสูง แต่จะมีความผาสุกโดยทั่วไปในระดับต่ำ ถ้าใช้วิธีพึ่งพาแหล่งประโยชน์ทางศาสนา เพื่อนและชุมชนมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่ศึกษาเรื่องความเครียด การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพา พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=.28$) และการใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล($r=-.22$)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ โดยญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากจะผ่านเหตุการณ์มามาก ทำให้มีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และทักษะในการดูแลที่ดี (วิลลาร์ดน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) จากการศึกษาของ ฮิวส์และคณะ (Hughes, et al., 1999) ศึกษาในญาติผู้ดูแลทหารผ่านศึกโดยใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ จำนวน 1,594 ราย พบว่า อายุ ร่วมกับการมีรายได้ต่ำ สามารถทำนายสถานะทางกาย (Physical functioning) ได้ถึงร้อยละ 12 ($p<.01$) ส่วน แครีย์และคณะ (Carey, et al., 1991) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด จำนวน 49 ราย พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นผลดี ($r=.43, p<.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของยามาโมโตะ มิตานิและคณะ (Yamamoto-Mitani, et al., 2003) ที่พบว่าอายุสามารถทำนายการประเมินการให้การดูแลทางด้านบวก (Positive appraisal of care) ได้ร้อยละ 18 ($p<.05$) นอกจากนี้การศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ยังพบว่าอายุมีผลกระทบทางด้านบวกต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาได้ ($r^2=.074, p<.01$)

ส่วนปัจจัยทางด้านระยะเวลาการดูแล พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีผลกระทบทางด้านบวกต่อญาติผู้ดูแล โดยญาติผู้ดูแลจะสามารถจัดการกับภาระงานที่ต้องดูแลและจะพัฒนาทักษะในการดูแลได้ดีเมื่อเวลาผ่านไป (Chan & Chang, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมฤดี สิทธิมงคล (2541) พบว่าระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ($r=.25$,

$p < .05$) นอกจากนี้ระยะเวลาการดูแลยังมีผลกระทบทางด้านลบต่อญาติผู้ดูแล จากการศึกษาของฟิงก์ (Fink, 1995) พบว่า ระยะเวลาในการให้การดูแลบิดามารดาที่สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกของบุตรที่ให้การดูแล ($r = -.23$, $p < .05$) และยังพบว่าระยะเวลาการดูแลมีผลทางด้านลบต่อความสามารถในการดูแลและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (Gaynor, 1989) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบลล์และคณะ (Baillie, et al., 1988) ที่พบว่าระยะเวลาการดูแลสามารถทำนายความเครียดทางด้านจิตใจและภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 8.5 และ 8 ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ และระยะเวลาการดูแลมีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ดังนั้นในการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้การดูแลญาติผู้ดูแล ควรต้องมีการพิจารณาถึงอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะที่ติดตัวของแต่ละบุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้เข้ามาพิจารณาด้วย เพื่อให้แนวทางการดูแลที่จะพัฒนาต่อไปนั้นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งในประเทศไทยมีอยู่ค่อนข้างน้อย และการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้ายและระยะลุกลาม ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่อยู่ในระยะของการรักษา รวมทั้งยังไม่มีพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งประเมินว่าเป็นความเครียด ระดับของความเครียดที่เกิดขึ้น วิธีการที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการเผชิญกับความเครียดในสถานการณ์นั้น ๆ รวมถึงคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งต้องเผชิญกับสถานการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีผลมาจากชนิดของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการจัดการกับอาการไม่สบาย และอาการที่เปลี่ยนแปลงตลอดช่วงของการรักษา ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดต่อญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่อยู่ในระยะของการรักษาที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำไปใช้ในสร้างรูปแบบการให้การช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล และเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และคุณภาพชีวิตของ ญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด รวมทั้งศึกษาการทำนายคุณภาพชีวิตโดย ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล

ลักษณะประชากรและการเลือกตัวอย่าง

ลักษณะประชากรและการเลือกตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งทุกระยะที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมาอย่างน้อย 1 เดือนที่มีความเครียดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามารับดี

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณหา จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากหลักการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์ถดถอย (Cohen, 1987 cited in Munro, 2001: 247) โดยคำนวณจากสูตรดังนี้

$$N = \frac{L(1-R^2) + u + 1}{R^2}$$

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

L = effect size index

u = จำนวนตัวแปรอิสระ

จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด = 85 ราย

โดยกำหนดเกณฑ์การเลือกดังนี้

คุณสมบัติของญาติผู้ดูแล

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (cognitive status) ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) (normal cognitive status) จะต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน
2. เป็นบุคคลที่ผู้ที่เป็นมะเร็ง ระบุว่าญาติผู้ดูแล

3. เป็นผู้ที่เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน เนื่องจากผู้วิจัยพิจารณาว่าระยะเวลา 1 เดือนนานพอต่อการได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย และเพียงพอต่อการรับรู้ความเครียดจากการดูแล การเผชิญความเครียด และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

4. สามารถเข้าใจและพูดภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย (ภาคผนวก ก)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1.1 แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie 1973)

1.2 คำถามสำหรับคัดกรองญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการให้การดูแล

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด

2.3 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) (Jalowiec, 1988)

2.4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharuenkul, 1988)

2.5 แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลซึ่งสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ของเฟอร์แรนส์ และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1.1 แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ (normal cognitive status) เพื่อเข้าร่วมการวิจัย ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย ไอแซคส์ และ อักฮาร์ท (Isaacs & Akhtar 1972 cited in Isaacs & Kennie 1973) มาใช้ในการวิจัย

คุณลักษณะของเครื่องมือ

เป็นข้อคำถามให้ญาติผู้ดูแลบอกชื่อของสิ่งเหล่านี้ คือ สัตว์ ผลไม้ จังหวัด หรืออำเภอ รวมจำนวน 4 หมวด หมวดละ 10 ชื่อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง แต่ละคำตอบ คะแนนสูงสุดในแต่ละหมวดเท่ากับ 10 คะแนน คะแนนสูงสุดในการทดสอบเท่ากับ 40 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนไอแซคส์ และ อักฮ์ตาร์ (Isaacs & Akhtar 1972 cited in Isaacs & Kennie 1973) ได้ทำการทดสอบกับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพดี และกำหนดให้ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้มีสมรรถภาพสมองดี

คุณภาพเครื่องมือ

ไอแซคส์ และ เคนนี (Isaacs & Kennie 1973) แนะนำว่าการทดสอบหมวดหมู่นี้มีคุณภาพในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองเสื่อม โดยพบว่ามีความสอดคล้องอย่างมากกับการวินิจฉัยทางคลินิก จากการทดสอบผู้สูงอายุจำนวน 189 ราย ที่มีอายุ 65-74 ปี 35 ราย อายุ 75-84 ปี 89 ราย และอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป 65 ราย ในจำนวนนี้เป็นชาย 90 ราย หญิง 99 ราย พบว่าผู้ที่มิฉะนั้นเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน ทั้งหมด 146 ราย ไม่มีภาวะสมองเสื่อมเลย ส่วนผู้สูงอายุที่มีคะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน จำนวน 22 ราย เป็นผู้ที่มีการสมองเสื่อม 20 ราย ดิสุราและมีการพูดเพ้อเจ้อ 1 ราย มีการอัมพาตทางด้านซ้าย 1 ราย ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 15-24 คะแนน จำนวน 21 ราย เป็นผู้ที่สมองเสื่อม 6 ราย ที่เหลือเป็นผู้ที่มีความหวาดระแวง วิดกกังวล มีภาวะซึมเศร้า หรือมีพยาธิสภาพทางร่างกาย ได้แก่ หัวใจล้มเหลว เป็นดัน เฮอร์ (Hays, 1984) พยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุได้นำวิธีการนี้ไปทดสอบในผู้สูงอายุมากกว่า 100 ราย พบว่า ผู้ที่ได้คะแนนมากจะได้คะแนนมากในทุกหมวด และผู้ที่ได้คะแนนน้อยก็จะได้คะแนนน้อยในทุกหมวดเช่นกัน ซึ่งแสดงถึงคุณภาพของเครื่องมือที่สามารถประเมินสมรรถภาพสมองได้จริง คะแนนที่สูงหรือต่ำไม่ได้เกิดจากความใส่ใจเป็นพิเศษหรือไม่ใส่ใจของผู้สูงอายุต่อเรื่องนั้นๆ และได้แนะนำว่าการทดสอบนี้เป็นวิธีการที่ดีในการคัดกรองผู้สูงอายุ เหมาะที่จะใช้ทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล นอกจากจะเป็นเครื่องมือที่มีความตรงดังที่กล่าวมาแล้ว ในประเทศไทย สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม (Phongphanngam, S., 2003) ได้ใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุใช้เวลาทำแบบทดสอบสั้นๆ ไม่เกิน 5 นาที โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้เวลาทำเพียง 2 นาที ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบหมวดหมู่นี้ญาติผู้ดูแลจำนวน 9 ราย ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบว่าทุกคนมีคะแนนเต็ม 40 คะแนน และใช้เวลาประมาณ 2 ถึง 5 นาที

1.2 คำถามสำหรับคัดกรองญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการให้การดูแล เป็นคำถามที่ใช้คัดกรองญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดเพื่อให้มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น

คุณสมบัติของเครื่องมือ

เป็นข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ที่สอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยญาติผู้ดูแลที่ตอบว่ามีความเครียดจะถูกเชิญเข้าร่วมการวิจัย ส่วนผู้ที่ไม่มีอาการเครียดจะได้รับการชี้แจงว่าไม่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของวัตถุประสงค์ในการศึกษา

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือคัดกรองนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องทางโครงสร้างจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น

คุณลักษณะของเครื่องมือ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะของการดำเนินโรค (stage of disease) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย สิทธิการรักษา แผนการรักษาที่ได้รับ

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย ประวัติการเคยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็ง ระยะเวลาในการดูแล ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการให้การดูแลผู้ป่วย โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ จำนวนบุคคลในครอบครัวที่ต้องให้การดูแล และผู้ช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2.2 แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด ใช้สัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น

คุณลักษณะของเครื่องมือ

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลบรรยายสถานการณ์การดูแลที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงอย่างน้อย 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลโดยการบันทึกเทป ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามปลายเปิด 2 คำถาม ใช้สัมภาษณ์สถานการณ์ในการดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียดกับญาติผู้ดูแล ผลกระทบของความเครียดที่มีต่อญาติผู้ดูแลรวมทั้งความเครียดอื่นๆของญาติผู้ดูแลในระหว่างที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

ส่วนที่ 2 เป็นการวัดระดับของความเครียดของสถานการณ์ในการดูแลสถานการณ์เหล่านั้นก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด เกณฑ์การให้คะแนนเป็นvisual analog scale โดยใช้เส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ดูแลทราบว่าด้านซ้ายมือสุดของเส้นตรงหมายความว่ามีความเครียดน้อยสุดเป็น 1 คะแนน ส่วนด้านขวาสุดมีความเครียดมากที่สุดเป็น 100 คะแนน และให้ผู้ดูแลขีดเส้นตัดลงไปที่เส้นวัดระดับความเครียดในตำแหน่งที่ผู้ดูแลประเมินว่าเป็นระดับความเครียดของตน เมื่อผู้ดูแลประเมินเสร็จ ผู้วิจัยวัดความยาวจากจุดซ้ายสุดถึงจุดตัดบนเส้นวัดระดับความเครียด โดยใช้หน่วยวัดเป็นมิลลิเมตร ความยาวที่วัดได้หมายถึงระดับความเครียดของผู้ดูแล

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องทางโครงสร้างจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน

2.3 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) ใช้วัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) มาใช้ ซึ่งนงลักษณ์ บุญเยีย (2537) เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

คุณลักษณะของเครื่องมือ

ประกอบด้วยข้อความที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญกับความเครียด จำนวน 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ

การมุ่งแก้ปัญหา 13 ข้อ ได้แก่ข้อ 2,5,11,15,16,17,22,27,28,29,31,32,34

การจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,6,9,12,13,19,21,23,24

การบรรเทาความเครียด 14 ข้อ ได้แก่ข้อ 3,4,7,8,10,14,18,20,25,26,30,33,35,36

ข้อความแต่ละข้อมีคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ใช้พฤติกรรมนั้นเลย ให้ 1 คะแนน จนถึงใช้พฤติกรรมนั้นเกือบทุกครั้งให้ 5 คะแนน การแปลผลคะแนนทำได้ 2 วิธี คือ การคำนวณคะแนนจริง (Raw score) และการคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) คะแนนจริง คือ คะแนนรวมที่ได้จากคะแนนรายข้อ คะแนนยิ่งมาก หมายถึงผู้ดูแลได้ใช้การเผชิญปัญหาจากวิธีต่างๆ มาก คะแนนสัมพัทธ์ คือ ค่าที่ได้จากการคำนวณสัดส่วนของค่าเฉลี่ยการเผชิญปัญหาแต่ละด้านต่อผลรวมค่าเฉลี่ยการเผชิญปัญหาจากทุกด้าน คะแนนสัดส่วนด้านใดมากแสดงถึงผู้ดูแลได้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านนั้นๆ มากเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ

คุณภาพเครื่องมือ

ความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดนี้ จาโลวิกและพาวเวอร์ส (Jalowiec & Powers, 1981) ได้สร้างและพัฒนาเครื่องมืออย่างเป็นระบบ จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเครียด การเผชิญความเครียดและการปรับตัว โดยอาศัยแนวคิดเชิงทฤษฎีของลาซารัสและลอเนียร์ (Lazarus & Launier, 1978 cited in Jalowiec & Powers, 1981) วิธีการเผชิญความเครียดในแบบวัด อยู่ในขอบเขตของลักษณะการเผชิญความเครียด ทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับภาวะอารมณ์ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด บุคคลจะทำการเผชิญความเครียดใน 2 ลักษณะร่วมกัน โดยใช้วิธีการที่แตกต่างกันตามแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบท และข้อจำกัดในการใช้แหล่งประโยชน์ของแต่ละบุคคล

ความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ในปีค.ศ.1984 จาโลวิกและคณะ (Jalowiec, Murphy & Powers, 1984) ได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1979 ซึ่งประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 2 ด้าน 40 ข้อ ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 141 ราย แล้ววิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) พบว่าแบบวัดประกอบด้วยการเผชิญความเครียดมากกว่า 2 ด้าน ปี ค.ศ. 1988 จาโลวิก (Jalowiec, 1988) จึงได้นำแบบวัดมาหาความตรงตามโครงสร้างอีกครั้ง โดยนำไปใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จำนวน 1400 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วย 790 คน พยาบาล 353 คน ญาติผู้ป่วย 133 คน และนักศึกษา 124 คน วิเคราะห์ปัจจัยด้วยวิธีทางสถิติขั้นสูง (LISREL Confirmatory Analysis) พบว่าแบบวัดประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 3 ด้าน จำนวน 36 วิธี ส่วนอีก 4 วิธีไม่สามารถจัดเข้าในด้านใดด้านหนึ่งได้ จึงปรับปรุงแบบวัดใหม่เป็นแบบวัดการเผชิญความเครียดฉบับปรับปรุงปี 1988 ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ความเที่ยง (Reliability) ในปี ค.ศ. 1988 จาโลวิก (Jalowiec, 1988) ได้หาค่าความเที่ยงของแบบวัดที่ปรับปรุงแล้ว โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยรวมได้เท่ากับ .95 และรายด้านได้ดังนี้ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ .85 ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .75 และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดเท่ากับ .75 ในประเทศไทยได้มีการนำแบบวัดการเผชิญความเครียดฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 มาใช้ และหาค่าความเที่ยง โดยสมฤดี สิทธิมงคล (2541) นำไปใช้ในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา .83 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลจำนวน 87 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา .85

2.4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับ ในขณะที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามซึ่งจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire Part II = SSQ Part II) สร้างโดย เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer, et al., 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) และความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) สำหรับความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ (Tangible support) ได้นำมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค (Norbeck Social Support Questionnaire) สร้างโดย นอร์เบค และคณะ (Norbeck, et al., 1981)

คุณลักษณะของเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้ใช้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมใน 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ และความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร จาก 3 แหล่ง คือ สมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ โดยข้อคำถามถามถึงปริมาณ การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในแต่ละกลุ่ม ลักษณะคำถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 5 อันดับ จากไม่ได้ความช่วยเหลือนั้นเลย ให้ 0 คะแนน จนถึงได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลนั้นมากที่สุดให้ 4 คะแนน ข้อคำถามจากแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมแต่ละแหล่ง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ข้อ ด้านข้อมูลถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลคำแนะนำในการแก้ปัญหาจำนวน 1 ข้อ ด้านอารมณ์ถามเกี่ยวกับการได้รับความมั่นใจ ความเชื่อถือจำนวน 2 ข้อ และด้านสิ่งของและการบริการถามปริมาณการได้รับการช่วยเหลือ จำนวน 2 ข้อ แต่ละแหล่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน รวมคะแนนจากทุกแหล่งจะเป็นคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด อยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

คุณภาพเครื่องมือ

ความตรง (Validity) ในการประเมินความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) นอร์เบค และคณะ (Norbeck, et al. 1981) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ ไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค พบว่ามีความสัมพันธ์ในขนาดปานกลางระหว่างด้านข้อมูลและด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ ($r=.33, p<.05$ และ $r=.51, p<.01$ ตามลำดับ) นอกจากนั้นได้หาความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านสิ่งของและด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความซึมเศร้า และการขาดกำลังใจ

ความเที่ยง (Reliability) เชเฟอร์ และคณะ (Schaefer, et al.,) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี จำนวน 100 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายในด้านข้อมูล ด้านอารมณ์และด้านสิ่งของได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา .81, .95 และ .31 ตามลำดับ และใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest method) ในกลุ่มเดิมโดยเว้นระยะห่าง 9 เดือน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้านอารมณ์เท่ากับ .66 ($p < .001$) และด้านสิ่งของมีค่าเท่ากับ .56 ($p < .001$) สำหรับด้านข้อมูลไม่พบรายงาน แต่พบว่า ด้านอารมณ์กับด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์กันสูง หลังจากนั้นนอร์เบค และทิลเดน (Norbeck & Tilden, 1983 cited in Hanucharurnkul, 1988: 81) ได้เพิ่มข้อการสนับสนุนด้านสิ่งของ และหาความเที่ยง โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หาค่าความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .89 สำหรับประเทศไทยจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) มาแปลเป็นภาษาไทย และปรับเหลือข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขใหม่ เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 130 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .77 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลจำนวน 87 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .85

2.5 แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ใช้วัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ของเฟอร์แรนส์ และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985) มาปรับปรุงข้อคำถาม ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าใกล้เคียงกับผลลัพธ์ของการปรับตัวตามทฤษฎีของลาซาลัส 3 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพ (Somatic Health) การทำหน้าที่ทางสังคม (Psychosocial) และขวัญและกำลังใจ (Morale)

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่ปรับปรุงแล้วมีจำนวนทั้งสิ้น 40 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อเป็นการให้คะแนนใน 2 ลักษณะ คือ การให้ความสำคัญและความพึงพอใจต่อเรื่องนั้น ๆ ลักษณะคำถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 6 อันดับ จากการมีความเห็นว่าเรื่องนั้นไม่มีความสำคัญมากให้ 1 คะแนน จนถึงมีความสำคัญมากให้ 6 คะแนน และไม่พึงพอใจต่อเรื่องนั้นมากให้ 1 คะแนน จนถึงพึงพอใจมากให้ 6 คะแนน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการคิด

คะแนนคุณภาพชีวิตที่เฟอร์แรนส์และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985) ได้กล่าวไว้ ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. นำคะแนนของแต่ละข้อที่ตอบเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตลบออกด้วย 3.5

เพื่อปรับคะแนนในด้านความพึงพอใจให้เข้าใกล้ 0 โดยนำค่าคะแนนช่วงกลางคือ 3 บวก 4 และหารด้วย 2 การปรับคะแนนความพึงพอใจเพื่อช่วยลดปัญหาและความคลาดเคลื่อนในการแปลผล เพราะในการพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิต จะต้องให้ความสำคัญในเรื่องการให้ความสำคัญมากกว่าความพึงพอใจ ซึ่งถ้าไม่มีการปรับคะแนนในส่วนความพึงพอใจ คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ที่ให้ความสำคัญในข้อนั้นมากแต่มีความพึงพอใจต่ำจะมีคะแนนเท่ากับผู้ที่ให้ความสำคัญในข้อนั้นต่ำแต่มีความพึงพอใจมาก จากการคำนวณค่าที่ได้ในแต่ละข้ออาจจะติดลบ ถ้าคะแนนในข้อนั้นน้อยกว่า 3.5

2. นำค่าที่ได้จากข้อ 1 คูณด้วยคะแนนของแต่ละข้อที่ได้จากการให้ความสำคัญและรวมคะแนนที่ได้

3. เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการสูญหายของข้อมูลให้หาคะแนนการให้ความสำคัญและความพึงพอใจในจากข้อ 2 ด้วยจำนวนข้อของจำนวนข้อที่แต่ละบุคคลตอบ เพื่อให้เครื่องหมายลบที่อาจติดอยู่หมดไป ให้บวกค่าคงที่ 15 ในคะแนนรวมข้อ 2 เนื่องจากค่าติดลบมากที่สุดที่เป็นไปได้ คือ 1-15

ค่าพิสัยของคะแนนคุณภาพชีวิตมีค่าอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คะแนนยิ่งสูง คุณภาพชีวิตยิ่งดี

คุณภาพเครื่องมือ

ความตรงทางโครงสร้าง เครื่องมือนี้สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีความเชี่ยวชาญทางด้านภาษา และทฤษฎีการพยาบาลตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้

ความเที่ยง สมฤดี สิทธิมงคล (2541) นำไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา จำนวน 100 ราย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาได้ .90 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลจำนวน 87 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมของการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการการศึกษาวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว โดยผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ และลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูลทุกราย และได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีการให้การรักษาของญาติที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาอยู่ รวมทั้งข้อมูลทั้งหมดที่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและรายงานผลการวิจัยเป็นกลุ่มไม่สามารถสืบค้นถึงบุคคลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยได้สำรวจรายชื่อผู้ที่เป็ มะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในได้แก่ หอผู้ป่วยนรีเวช หูคอจมูก และหน่วยให้ยาเคมีบำบัด(Short stay) และแผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอกได้แก่ แผนกตรวจโรคอายุรกรรม หูคอจมูก และนรีเวช โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อพบผู้ป่วย ผู้วิจัยแนะนำตัว และให้ผู้ป่วยระบุนบุคคลที่เป็นญาติผู้ดูแล และตรวจสอบคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้คำถามในการคัดกรองผู้ที่มีความเครียดจากการให้การดูแล และกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอายุเกิน 60 ปี ให้ตอบแบบทดสอบหมวดหมู่ก่อน โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลสามารถให้ข้อมูลได้ทั้งหมดในขณะนั้น ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ

1. เมื่อญาติผู้ดูแลยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยดังนี้

1.1 เชิญญาติผู้ดูแลมายังบริเวณที่จัดเตรียมไว้ ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามแต่ละชุดอย่างละเอียด จนกระทั่งญาติผู้ดูแลเข้าใจแล้วจึงให้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยอ่านให้ฟังทีละข้อและให้

ญาติผู้ดูแลเลือกตอบ และเพื่ออำนวยความสะดวกและลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลจากการให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยเพื่อดูแลผู้ป่วยในระหว่างที่ญาติผู้ดูแลไปให้ข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยจัดให้ญาติผู้ดูแลให้ตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตเป็นอันดับแรก หลังจากนั้นให้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ถามถึง สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่ได้เตรียมไว้ โดยให้ญาติผู้ดูแลระลึกถึงสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยเล่าเหตุการณ์ให้ผู้วิจัยบันทึกเสียง เมื่อญาติผู้ดูแลบรรยายจบให้ประเมินระดับความเครียดของสถานการณ์เหล่านั้นในภาพรวม หลังจากนั้นให้ตอบแบบสอบถามการเผชิญความเครียด โดยในขณะตอบให้ระลึกว่าเป็นวิธีที่ใช้ในการเผชิญความเครียดในสถานการณ์ที่บรรยายมาในตอนต้นเท่านั้น ให้ญาติผู้ดูแลเลือกระดับความถี่ของวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ และตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นอันดับสุดท้าย

1.3 เมื่อญาติผู้ดูแลตอบเสร็จผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม

2. ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสตอบอย่างเป็นอิสระ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามข้อข้องใจได้ โดยจะไม่ชี้นำคำตอบให้ญาติผู้ดูแล

ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลในขณะนั้น ผู้วิจัยได้ให้ญาติผู้ดูแลตอบเฉพาะแบบวัดคุณภาพชีวิตและแบบสัมภาษณ์สถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด และระดับความเครียดโดยการบันทึกเทปซึ่งใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามตามลำดับก่อนหลัง และให้ญาติผู้ดูแลนำกลับไปทำที่บ้าน และให้ส่งกลับถึงผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ภายใน 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้เตรียมซองจดหมาย ติดแสตมป์เจ้าหน้าที่ผู้วิจัยแนบไปด้วย

3. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยผู้วิจัยจะเป็นผู้ลงบันทึกด้วยตนเองโดยบันทึกจากทะเบียนประวัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. กำหนดรหัสข้อมูล และจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด (ที่ทำได้)
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/pc⁺ (Statistic Package for the Social Science) version 11.5 for Windows

2.1 คุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2.2 ข้อมูลสถานการณ์ความเครียด และระดับความเครียด แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนคือ สถานการณ์ความเครียด นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จัดแยกเข้าหมวดหมู่ (categories) ของสถานการณ์ และวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ และร้อยละ) ระดับความเครียด วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ)

การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เป็นการพยายามบรรยายเนื้อหาของข้อความโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบและเน้นสภาพวัตถุวิสัย (objective) คือ การบรรยายในเนื้อหาตามที่ปรากฏในข้อความ พิจารณาจากเนื้อหาโดยผู้วิจัยไม่มีอคติ หรือความรู้สึกของตนเองเข้าไปพัวพัน ไม่เน้นการตีความหรือหาความหมายที่ซ่อนอยู่เบื้องหลัง เทคนิคสำคัญที่สุดในการวิเคราะห์เนื้อหา คือ การวางระบบข้อมูลโดยการจัดประเภทของคำและข้อความที่จะวิเคราะห์ จากนั้นจำแนกประเภท (Categories) ของคำและข้อความให้ได้ประเภทที่ดี ครอบคลุมและตรงตามปัญหาการวิจัย (สุภางค์ จันทวานิช, 2542) สำหรับการวิเคราะห์เนื้อหาในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิดการวิเคราะห์เนื้อหา สถานการณ์ความเครียดที่ญาติผู้ดูแลบรรยายจำแนกและจัดหมวดหมู่สถานการณ์ความเครียดตามเนื้อหาที่ปรากฏ โดยมีขั้นตอนวิเคราะห์ดังนี้

- 1) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงไว้นำมาถอดเทปทุกถ้อยคำหลังการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งบันทึกพฤติกรรมที่สังเกตได้ ในขณะญาติผู้ดูแลให้สัมภาษณ์
- 2) ผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจพิจารณาเนื้อหาคำพูด ลักษณะการบรรยาย และพฤติกรรมของญาติผู้ดูแล ขณะบรรยายสถานการณ์ที่เผชิญ เพื่อแยกว่าญาติผู้ดูแลประเมินตัดสินสถานการณ์นั้น ๆ ว่าเป็นความเครียดหรือไม่
- 3) แยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียด โดยให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้การจำแนกข้อมูลไม่เกิดปัญหาว่า คำ หรือข้อความสามารถ ถูกจำแนกเข้าหลาย ๆ ประเภทพร้อมกัน นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ
- 4) นำข้อมูลที่แยกประเภท และจัดหมวดหมู่เรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความตรงของการวิเคราะห์ จากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ซึ่งมีประสบการณ์ในการวิเคราะห์เนื้อหา

2.3 การเผชิญปัญหา วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของคะแนนจริง (raw scores) และคะแนนสัมพัทธ์ (relative scores) โดยการคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ได้จากการหาสัดส่วน (proportion) ของค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมรายด้านหารด้วยผลรวมของค่าเฉลี่ยทุกด้าน เช่น ถ้าต้องการหาคะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Vitaliano, et al., 1987 อ้างใน ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2540)

$$CF = \frac{ME_{CF}}{ME_{CF} + ME_{EM} + ME_{PA}}$$

เมื่อ	CF	=	คะแนนสัมพัทธ์ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา
	ME _{CF}	=	ค่าเฉลี่ยด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา
	ME _{EM}	=	ค่าเฉลี่ยด้านการจัดการกับอารมณ์
	ME _{PA}	=	ค่าเฉลี่ยด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด

2.4 แรงสนับสนุนทางสังคมวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2.5 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2.6 หาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) และมีการตรวจสอบข้อตกลงของการเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ โดยข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ต้องมีลักษณะดังนี้ คือ 1) มีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) 2) มีรูปแบบเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) 3) ความแปรปรวนมีค่าคงที่หรือเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) 4) ตัวแปรทำนายแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ เพื่อขจัดปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษครั้งนี้ เรียงลำดับตามคำถามการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของสถานการณ์ความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่บ้านที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ในหน่วยดูแลผู้ป่วยที่รับเคมีบำบัด หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม และหู คอ จมูก ระหว่างวันที่ 27 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2547 จำนวน 110 ราย ผู้เข้าร่วมการศึกษครั้งนี้ ผ่านการคัดกรองด้วยคำถามคัดกรองว่ามีความเครียดจากการให้การดูแลหรือไม่ ญาติผู้ดูแลจำนวน 20 รายไม่มีความเครียด ส่วนอีก 3 รายข้อมูลมีการกระจายตัวอยู่นอกกลุ่ม (outlier) เมื่อทดสอบทางสถิติด้วยวิธีพหุคูณถดถอยแบบขั้นตอน ดังนั้นประชากรในการศึกษครั้งนี้มีจำนวน 87 ราย คิดเป็น ร้อยละ 79.09

ในการเก็บข้อมูลญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามส่วนที่ 1 คือแบบวัดคุณภาพชีวิต และให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดก่อน จากนั้นตอบแบบสอบถามส่วนที่ 2 คือ แบบวัดการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลตามลำดับ ญาติผู้ดูแลจำนวน 84 รายตอบแบบสอบถามเสร็จในครั้งเดียว ส่วนอีก 3 รายนำกลับไปตอบที่บ้านและส่งแบบสอบถามส่วนที่ 2 กลับทางไปรษณีย์ เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ระหว่าง 45 ถึง 60 นาที เฉลี่ย 50 นาที

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 87 ราย อายุเฉลี่ย 43.36 ปี (SD= 12.28 พิสัย 19-69) อายุน้อยที่สุด 19 ปี และอายุมากที่สุดคือ 69 ปี ระยะเวลาในการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งหลังจากได้รับเคมีบำบัดตั้งแต่ 4 ถึง 72 สัปดาห์ เฉลี่ย 16.45 สัปดาห์ และอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ที่เป็นมะเร็งที่สั้นที่สุดคือ 6 เดือน ส่วนนานที่สุดคือ 49 ปี ค่าใช้จ่ายที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งเฉลี่ยเดือนละ 8,390.80 บาท (SD= 25,561.76) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 87)

ข้อมูล	Min-Max	M	SD
อายุ (ปี)	19-69	43.36	12.28
ระยะเวลาในการดูแล (สัปดาห์)	4-72	16.45	10.90
ระยะเวลาในการอยู่ร่วมกับผู้ที่เป็นมะเร็ง (ปี)	0.5-49	22.77	14.53
ค่าใช้จ่ายรายเดือนในการให้การดูแล (บาท)	0-200,000	8,390.80	25,561.76

ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีสถานภาพสมรสร้อยละ 62.1 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ที่เป็นมะเร็ง ร้อยละ 32.2 คู่สมรสร้อยละ 31 และเป็นพี่หรือน้องร้อยละ 27.6 ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี และมีจำนวน 28 รายไม่ได้ประกอบอาชีพด้านประสบการณ์ที่เคยมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีเพียงร้อยละ 27.6 ที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลร้อยละ 74.7 ยังต้องมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกซึ่งไม่รวมผู้ที่เป็นมะเร็ง และร้อยละ 44.8 ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง สำหรับรายได้ของญาติผู้ดูแลพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และมีญาติผู้ดูแลร้อยละ 19.5 ที่ไม่มีรายได้ ด้านรายจ่ายที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งคือ ค่าอาหาร การเดินทาง และยาและการรักษา

จากการประเมินสถานะสุขภาพตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง พบว่า มี 3 รายที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี และมี 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.4 ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งในจำนวนนี้มี 3 รายที่มีโรคประจำตัวร่วมกันถึง 2 โรค ญาติผู้ดูแลนอกจากจะต้องมีบทบาทในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งแล้ว ยังต้องรับผิดชอบบทบาทอื่นๆอีก ได้แก่ รับผิดชอบบุตร ดูแลบุพการี ดูแลคู่สมรส ทำงานนอกบ้าน และทำงานบ้านอีกด้วย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=87)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	32	36.8
หญิง	55	63.2
สถานภาพสมรส		
โสด	27	31
คู่	54	62.1
หม้าย	3	3.4
หย่า	3	3.4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=87) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ (%)
อายุ		
19-40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น: Young adulthood)	34	39.1
41-65 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง: Middle adulthood)	50	57.5
> 65 ปี (ผู้สูงอายุ: Maturity)	3	3.4
ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นมะเร็ง		
คู่สมรส	27	31
บิดา/มารดา	5	5.7
บุตร	28	32.2
พี่/น้อง	24	27.6
หลาน	3	3.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	1.1
ประถม	9	10.3
มัธยม	19	21.8
ประกาศนียบัตร	13	14.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	45	51.7
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	28	32.2
รับจ้าง	21	24.1
ค้าขาย	10	11.5
รับราชการ	24	27.6
เกษตรกร	4	4.6
ประวัติเคยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็ง		
ไม่มี	63	72.4
มี	24	27.6
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ที่เป็นมะเร็ง		
ไม่มี	22	25.3
1 คน	12	13.8
มากกว่า 1 คน	53	60.9
มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง		
ไม่มี	39	44.8
มี	48	55.2
รายได้ของญาติผู้ดูแล (บาท/เดือน)		
ไม่มี	17	19.5
น้อยกว่า 5,000	6	6.9
5,001 – 10,000	19	21.9
10,001 – 15,000	14	16.1
15,001 – 20,000	11	12.6
มากกว่า 20,000	20	23

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=87) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ (%)
ชนิดของค่าใช้จ่ายในการดูแล		
อาหาร	30	34.5
การเดินทาง	21	24.1
ยาและการรักษา	20	23
สถานะสุขภาพ		
ไม่ดี	3	3.4
ปานกลาง	41	47.1
ดี	43	49.4
โรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล		
มี	16	18.4
ไม่มี	71	81.6
ชนิดของโรคประจำตัว *		
เกาต์	1	1.1
แผลในกระเพาะอาหาร	2	2.3
ไขมันในเลือดสูง	2	2.3
หอบหืด	1	1.1
เบาหวาน	3	3
ภูมิแพ้	5	5.7
ความดันโลหิตสูง	5	5.7
บทบาทหน้าที่รับผิดชอบ**		
รับผิดชอบบุตร	48	55.2
ดูแลบุพการี	49	56.3
ดูแลคู่สมรส	50	57.5
ทำงานนอกบ้าน	47	54
ทำงานบ้าน	51	58.6

* ญาติผู้ดูแลอาจมีโรคประจำตัวได้มากกว่า 1 โรค

** ญาติผู้ดูแลอาจมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบมากกว่า 1 บทบาท

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นมะเร็งรวบรวมได้จากเวชระเบียน พบว่าคุณลักษณะของผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.1 อายุเฉลี่ย 54.64 ปี (SD= 12.45) ประกอบด้วยผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 39.1 ทางเดินอาหารร้อยละ 21.8 ปอดร้อยละ 13.8 อวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะร้อยละ 13.8 ศีรษะและลำคอร้อยละ 6.9 และระบบโลหิตร้อยละ 4.6 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.3 อยู่ในระยะแรกของการรักษาคือเจ็บป่วยมาประมาณ 1 ถึง 12 เดือน และ

ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.7 รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ถึง 4 ส่วนสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษานั้นผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่สามารถเบิกค่ารักษาจากต้นสังกัดได้ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 87)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ (%)
อายุ (ปี)		
19-40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น: Young adulthood)	8	9.2
41-65 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง: Middle adulthood)	58	66.7
> 65 ปี (ผู้สูงอายุ: Maturity)	21	24.1
เพศ		
ชาย	26	29.9
หญิง	61	70.1
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งเต้านม	34	39.1
มะเร็งทางเดินอาหาร	19	21.8
มะเร็งปอด	12	13.8
มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	12	13.8
มะเร็งศีรษะและลำคอ	6	6.9
มะเร็งโลหิต	4	4.6
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)		
1-12	62	71.3
13-24	10	11.5
25-36	7	8
37-48	7	8
>48	1	1.2
จำนวนครั้งที่ได้รับ เคมีบำบัด		
1-4	52	59.7
5-8	30	34.6
> 8	5	5.7
สิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษา		
เบิกจากต้นสังกัด	60	69
บัตรทอง	1	1.1
จ่ายเอง	22	25.3
ประกันชีวิต	4	4.6

สถานการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ความเครียด คือ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดกังวลใจ ทุกข์ใจ การให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดนั้น ผู้ที่ให้การดูแลมักจะพบกับสถานการณ์ที่ผู้ที่เป็นมะเร็งต้องเผชิญกับอาการไม่สบายเนื่องจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด และเนื่องจากมะเร็งเป็นโรคที่รุนแรง การรักษาที่มีผลข้างเคียงมากจึงเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลบางรายไม่แน่ใจในผลการรักษา รวมทั้งการต้องให้การดูแลที่เพิ่มมากขึ้นจากสภาพร่างกายที่อ่อนเพลีย และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย สถานการณ์เหล่านี้ล้วนเป็นสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อมกับญาติผู้ดูแล สถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ญาติผู้ดูแลบรรยายในงานวิจัยนี้พบว่า สามารถแบ่งออกได้ 2 ลักษณะคือ สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับผู้เป็นมะเร็งและสถานการณ์ที่เกี่ยวกับตัวญาติผู้ดูแลเอง โดยสถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และ การปฏิเสธการรักษาของผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งเหล่านี้มีผลต่อความเครียดของญาติผู้ดูแลทางอ้อม ส่วนสถานการณ์ที่เกี่ยวกับตัวของญาติผู้ดูแลเอง ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่ใจในผลการรักษา กิจกรรมการดูแล ผลกระทบต่อหน้าที่การงาน และผลกระทบต่อรายจ่ายและการะจ่ายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีผลต่อญาติผู้ดูแลโดยตรง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับผู้ที่เป็นมะเร็ง

ญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่เป็นญาติใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังนั้นจึงมีความรัก ความห่วงใยและเห็นใจในความเจ็บป่วย รวมทั้งมีความหวังว่าผู้ป่วยจะหายจากโรคที่เป็น ดังนั้นเมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งเกิดความไม่สบายจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ได้รับ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์จากความเครียดของผู้ที่เป็นมะเร็งเอง และเนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.4 ไม่เคยมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมาก่อน จึงเป็นผลทำให้ญาติผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจประเมินว่า สถานการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด

โดยทั่วไปแล้วการได้รับเคมีบำบัดจะมีผลกระทบทางตรงด้านร่างกายต่อผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับยา เช่น อ่อนเพลีย ภูมิคุ้มกันต่ำ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้และน้ำหนักลด ญาติผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบในทางอ้อมจากการให้การดูแลคือ การต้องหาวิธีเพื่อให้ผู้ที่เป็นมะเร็งรับประทานอาหารได้ ความรู้สึกที่อยากจะช่วยเหลือเมื่อเห็นญาติของตนเป็นทุกข์ เช่น อาเจียน

จนรับประทานอาหารหรือแม้แต่ดื่มน้ำไม่ได้ รวมทั้งสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง เหล่านี้ล้วนเป็นสถานการณ์การดูแลที่ทำให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแล พบว่ามี 33 ราย ที่เกิดความเครียดจากสถานการณ์ดังกล่าว ดังตัวอย่าง

“เราทราบว่าเขามีเม็ดเลือดขาวที่ต่ำลงไปเยอะ และมีคลื่นไส้ อาเจียน แต่จะไม่ค่อยเยอะ แต่ที่เราเป็นห่วงเยอะคือการที่เขาต้องไปควบคุมเรื่องอาหารการกิน เรื่องสภาพแวดล้อม เพราะเราจะทราบว่า เขาจะติดโรคได้บ่อย ภูมิคุ้มกันต่ำ ต้องระวังทุกอย่าง ช่วงแรกก็จะเครียดมาก คือต้องคอย screen ทุกอย่างเลยทั้งสภาพแวดล้อม อาหารการกิน ทั้งยาอะไรพวกนี้ ทุกคนที่เข้าไปใกล้” (ผู้ดูแลรายที่ 58 เป็นสามีดูแลภรรยา บรรทัดที่ 8-13)

“บางครั้งก็เห็นคนไข้เขากินไม่ได้ นอนไม่หลับ รู้สึกเครียดแทนเขารับ ช่วงอาทิตย์แรกหรือสองอาทิตย์นี้จะทานได้ บางทีก็รู้สึกเครียดแทนเขานะอย่างนี้” (ผู้ดูแลรายที่ 46 เป็นบุตรดูแลมารดา บรรทัดที่ 4-6)

“ทานได้น้อย น้ำหนักลดลงเยอะ คือถ้าทานข้าวไม่ได้ น้ำหนักลดก็กลัวไม่มีแรงต่อสู้” (ผู้ดูแลรายที่ 60 เป็นบุตรดูแลบิดา บรรทัดที่ 11, 20)

“ก็เวลาที่เขาได้เคมีบำบัดไปแล้วเขาก็มีอาการอาเจียนแล้วเราช่วยไม่ได้นี่ก็ รู้สึกแบบกดดันนะ คือเราเหมือนว่าอยากแบ่งเบาความเจ็บปวด ต่างๆของเขา แต่เราก็ทำไม่ได้” (ผู้ดูแลรายที่ 77 เป็นน้องสาวดูแลพี่สาว บรรทัดที่ 7-10)

“ก็เรื่องที่เขาทานข้าวไม่ได้ กลัวเขาจะไม่แข็งแรง รับยาไม่ไหว เพราะหมอก็แนะนำเรื่องอาหารว่าสำคัญ แต่เขาก็ทานไม่ได้ ก็ไม่รู้ทำอย่างไร” (ผู้ดูแลรายที่ 87 เป็นมารดาดูแลบุตร บรรทัดที่ 18-19)

จากสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลบรรยายจะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ที่เป็นมะเร็งที่เกิดจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ได้รับ ล้วนเป็นความทุกข์ที่ญาติของตนต้องเผชิญ ถึงแม้ว่าจะไม่ได้เกิดกับตัวญาติผู้ดูแลโดยตรง แต่การที่ต้องดูแลญาติที่มีความทุกข์ดังกล่าวก็เป็นสาเหตุทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้ที่เป็นมะเร็ง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่เป็นญาติใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นมะเร็งและอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน เช่น มีความสัมพันธ์เป็นบุตร มารดา พี่สาว คู่สมรส เป็นต้น เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับการเคมีบำบัดรวมทั้งมีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น หงุดหงิด วิตกกังวล เกี่ยวกับการรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา การกลับเป็นซ้ำ ซึมเศร้า สิ้นหวัง และกลัวที่จะเสียชีวิต จึงเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ พบว่ามีญาติผู้ดูแลมีสถานการณ์ความเครียดดังกล่าวมี 11 ราย ดังเช่นกรณีตัวอย่าง

“ก็เรื่องการนั่งเจ็บๆอยู่คนเดียว กลัวแจะคิดมาก ก็จะถามว่าคิดอะไร ก็บอกว่าเปล่าไม่ได้คิดอะไร ปกติจะเป็นคนคุยเก่งเหมือนกัน” (ผู้ดูแลรายที่ 4 เป็นน้องสาวดูแลพี่สาว บรรทัดที่ 34-35)

“การมากล่อมผู้ป่วยให้ยอมรับแนวทางที่จะปฏิบัติ ทั้งการรักษาและเรื่องของโรคว่าเขาเป็นโรคอะไร ให้เขายอมรับสภาพนั้นให้ได้ ปลอดภัยอยู่นานกว่าจะปลูกเขาขึ้นมาได้รวมทั้งให้เขาสู้อย่างไรก็ได้ ตรงนั้นก็เครียดมาก....ถ้าเครียดมาก คือเรื่องการชักงูจิตใจผู้ป่วยให้คลายตามหรือให้อยู่ในสภาพที่ไม่เศร้าโศก” (ผู้ดูแลรายที่ 13 เป็นน้องสาวดูแลพี่สาว บรรทัดที่ 10-13, 70-71)

“บางครั้งก็ความเอาแต่ใจของคนไข้ คนไข้อยากเอาแต่ใจ เกี่ยวกับเรื่องอาหารการกิน ถ้าเกิดไม่พอใจเขาก็ไม่เอาเลย ส่วนมากจะเป็นเรื่องอารมณ์คนไข้มากกว่า..... อารมณ์หงุดหงิดของผู้ป่วยคือ แทบจะ ไม่พอใจอะไรสักอย่างเลย ” (ผู้ดูแลรายที่ 19 เป็นบุตรชายดูแลมารดา บรรทัดที่ 4-5, 8-9)

“คือคนไข้ตั้งแต่มีมาจะอารมณ์ข้างเคียงครับซีโมโห หงุดหงิด ก็ไม่สบายใจเรื่องนี้ เรื่องอื่นก็ปกติ” (ผู้ดูแลรายที่ 61 เป็นบุตรชายดูแลมารดา บรรทัดที่ 4-5)

“ที่เครียดก็คือ แยกกลับไปบ้าน จะเจออะไร แต่อยู่กับหมอนี่ไม่เป็นไร แต่พอกลับบ้านคนนั้นพูดที คนนี้พูดที อันนี้คนไข้ก็จะทนไม่ได้ และก็อีกอย่างพอมานหาหมอนี่ผมก็จะยังคำ พอตอนนี้นะผมแถมหัว แต่กลัวคนที่มาถามแถมนี้แหละ บางคนก็พูดว่า เดียวก็ตายละ ให้อำว่าตายนี้แหละมันมีผลต่อจิตใจผู้ป่วย” (ผู้ดูแลรายที่ 35 เป็นบุตรชายดูแลมารดา บรรทัดที่ 32-37)

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ที่เป็นมะเร็งบางรายแสดงออกด้วยอาการหงุดหงิด เศร้าโศก แยกตัวจากบุคคลอื่น ซึ่งเกี่ยวข้องกับอาการข้างเคียงจากการรักษา และความรู้สึกกลัวว่าจะรักษาไม่หาย จึงทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลต้องคอยให้กำลังใจ และต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จึงเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้

1.3 การปฏิเสธการรักษาของผู้ที่เป็นมะเร็ง

การรักษาด้วยเคมีบำบัดถึงแม้ว่าจะมีผลข้างเคียงมาก แต่การตัดสินใจรับการรักษาของผู้ที่เป็นมะเร็งก็เพื่อหวังผลในการรักษา เพื่อให้หายขาดหรือเพื่อการประคับประคอง แต่เมื่อได้รับยาไปในระยะหนึ่งแล้ว ผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่มักเกิดอาการไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและปฏิเสธที่จะรับการรักษาต่อ จึงทำให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลได้ โดยพบว่าญาติผู้ดูแลจำนวน 2 ราย ที่มีสถานการณ์ความเครียดดังกล่าว ดังกรณีตัวอย่าง

“บางทีเราก็คือเครียดจากการที่เขาไม่อยากรักษาต่อ เพราะมีปัญหาทางครอบครัว พอเวลาเขารับโทรศัพท์ทางบ้านก็ไม่อยากรักษาต่อแล้ว เราก็คิดนะ ว่ารักษามาขนาดนี้แล้ว”

(ผู้ดูแลรายที่ 1 เป็นพี่สาวดูแลน้องสาว บรรทัดที่ 4-6)

“เครียดมากที่สุด ก็น่าจะเรื่องให้ยานี้แหละเขาไม่ยอมให้แล้ว ก็เข้าใจเพราะนาน”

(ผู้ดูแลรายที่ 23 เป็นมารดาดูแลบุตร บรรทัดที่ 33-34)

เนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งและญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และมีความผูกพันกัน ญาติผู้ดูแลจึงมีความหวังว่าหลังจากได้รับการรักษาแล้วผู้ที่เป็นมะเร็งจะหายหรือมีอาการดีขึ้น การปฏิเสธการรักษาของผู้ที่เป็นมะเร็งจึงเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้

2. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวญาติผู้ดูแลเอง

สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับจากญาติผู้ดูแลเองนั้นส่วนใหญ่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่ใจ หรือกลัวว่าญาติของตนจะรักษาไม่หาย หรือเสียชีวิต เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรง รักษาให้หายขาดได้ยาก และเมื่อได้รับเคมีบำบัดไปแล้วจะมีอาการข้างเคียงจากยาทำให้บางรายต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลบ้างในบางกิจกรรม เมื่อญาติผู้ดูแลต้องเข้ามามีบทบาทในกิจกรรมการดูแลมากขึ้น จึงทำให้มีผลกระทบต่อเวลาส่วนตัวและการพักผ่อน รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อหน้าที่การงาน เช่น การต้องขาดงานเพื่อมาดูแลมารดาที่ต้องมารับยาเคมีบำบัด รวมทั้งผลกระทบต่อรายจ่ายภาระรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าบางรายจะเบิกค่ารักษาได้แต่ค่าใช้จ่ายอื่นๆที่นอกเหนือจากค่ารักษา เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหารเสริม ซึ่งมีผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจได้ โดยสถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับตัวของญาติผู้ดูแลเองได้แก่

2.1 ความรู้สึกไม่แน่ใจในผลการรักษา

สถานการณ์นี้ที่พบได้บ่อย ได้แก่ความรู้สึกกลัว ไม่แน่ใจในผลการรักษาว่าจะได้ผลหรือไม่ รวมทั้งการที่ให้ยาแล้วไม่ได้ผลต้องมีการปรับเปลี่ยนยาชนิดใหม่ เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นมะเร็ง และอาศัยอยู่ร่วมกันมาเป็นเวลานาน รวมทั้งการได้รับข้อมูลของโรคมะเร็งที่ว่า เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โอกาสรอดมีน้อย ดังนั้นความรู้สึกกลัวว่าการรักษาจะไม่ได้ผล หรือกลัวว่าผู้ป่วยจะรักษาต่อไปไม่ได้จึงเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด พบว่าเป็นสถานการณ์ความเครียดที่พบได้มาก โดยมีญาติผู้ดูแลจำนวน 23 ราย ที่มีความเครียดจากสถานการณ์ดังกล่าว ดังตัวอย่าง

“ก็จะเป็นเรื่องที่พอเขาตรวจแล้ว ผล CEA ของเขามันลดต่ำช้ามาก ก็เราก็กลัวว่าการรักษาจะไม่ได้ผล” (ผู้ดูแลรายที่ 64 เป็นพี่สาวดูแลน้องสาว บรรทัดที่ 4-5)

“ก็กลัวเรื่องเปอร์เซ็นต์การหายมากกว่านะผมว่า ใหม่นี้เราไม่ค่อยแน่ใจว่า ตัวยานี้มันจะแค่ไหน ส่วนผลข้างเคียงนี้ผมศึกษามาก่อนว่า พอรับยาปุ๊บมันจะมีผลข้างเคียง ผมร่วง เพราะฉะนั้นพวกนี้ผมจะไม่ตกใจ” (ผู้ดูแลรายที่ 55 เป็นสามีดูแลภรรยา บรรทัดที่ 3-5)

“คือให้ตอนแรกนี่ก็ไม่เครียดนะค่ะ แต่ครั้งที่ 2 นี่ก็กลับมา เขาให้ไม่ได้ คือเกลียด เลือดดำ ก็กังวลว่าเขาจะเป็นอย่างไรต่อ ร่างกายเขา หรือจิตใจเขาจะฟุ้ง เพราะเป็นกังวลมากค่ะ”

(ผู้ดูแลรายที่ 72 เป็นหลานสาวดูแลป้า บรรทัดที่ 4-6)

“เครียดมากที่สุดก็เรื่องที่ว่ากลัวเขาให้ยาแล้วเขาจะไม่หาย กลัวมากที่สุด” (ผู้ดูแลรายที่ 80 เป็นภรรยาดูแลสามี บรรทัดที่ 15)

เมื่อญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ไประยะหนึ่ง อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยเช่น เม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้ไม่สามารถรับยาเคมีบำบัดในครั้งต่อไปได้ รวมการตอบสนองต่อยาไม่ดีนั้น ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจในผลการรักษา เพราะกลัวว่าญาติของตนจะไม่หายจากโรคมะเร็ง หรือกลัวว่าอาการจะทรุดลง สถานการณ์เหล่านี้เป็นสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลโดยตรง

2.2 กิจกรรมการดูแล

เนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด แต่เนื่องจากหลังจากได้รับเคมีบำบัดไปในระยะแรก ผู้ที่เป็นมะเร็งบางรายมีอาการอ่อนเพลีย ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง เช่น ต้องมีคนดูแลเมื่อต้องเข้าห้องน้ำตอนกลางคืนรวมทั้งผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดคือ คลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร ส่วนในรายที่ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมดกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลมีบทบาทมากที่สุดคือ การดูแลเกี่ยวกับอาหารการกินของผู้ป่วย เช่น การจัดหาชนิดอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับโรคให้กับผู้ที่เป็นมะเร็ง รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการหาวิธีลดอาการรบกวนในการรับประทานอาหาร เช่น อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงมีความเครียดได้เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งไม่ยอมรับประทานอาหาร รับประทานอาหารได้น้อย หรือไม่ยอมรับประทานอาหารตามที่ตนเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ รวมทั้งการไม่ปฏิบัติตามตามคำแนะนำของแพทย์ พบว่ามีญาติผู้ดูแลจำนวน 12 รายที่มีสถานการณ์ความเครียดเหล่านี้ ดังตัวอย่าง

“คือเรื่องอาหาร ไข้ เพราะว่าการที่เขาเป็นแบบนี้การทานอาหารนี้มันยาก อันโน้นก็กินไม่ได้ อันนี้ก็กินไม่ได้” (ผู้ดูแลรายที่ 26 เป็นน้องสาวดูแลพี่สาว บรรทัดที่ 27-29)

“เรื่องอาหาร ไม่ค่อยระวังเรื่องอาหาร” (ผู้ดูแลรายที่ 20 เป็นสามีดูแลภรรยา บรรทัดที่ 7)

“มันก็คือ เขารู้สึกตัวบ่อย นอนไม่หลับเราก็อายุไม่ค่อยได้หลับไปด้วย เป็นประจำ พักผ่อนไม่เต็มที่ทั้งคนไข้ ทั้งคนเฝ้า....กลัวหกล้มบ้าง อย่างตอนแรกไม่ค่อยแข็งแรงต้องคอยพยุง” (ผู้ดูแลรายที่ 24 เป็นภรรยาดูแลสามี บรรทัดที่ 6-7, 21-22)

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ในกรณีที่ผู้ที่เป็นมะเร็งช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง เช่น การดูแลในเวลากลางคืน ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงาน ของญาติผู้ดูแลและมีผลต่อการทำงาน และเวลาส่วนตัว สถานการณ์เช่นนี้จึงทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้

2.3 ผลกระทบต่อน้ำที่ทำงาน

สถานการณ์นี้มักพบได้เนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 57.4 ต้องทำงานนอกบ้าน แต่เนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งต้องมารับการรับยาเคมีบำบัดในวันราชการ และตามนโยบายของโรงพยาบาลผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดทุกรายควรมีญาติมาด้วย และการรับเคมีบำบัดต้องรับหลายครั้ง บางรายต้องรับเคมีบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ติดต่อกันนานหลายสัปดาห์ ซึ่งขึ้นอยู่กับโรคที่เป็น และแนวทางการรักษาของแพทย์ ดังนั้นการที่ต้องขาดงานบ่อยครั้งจึงทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ ดังตัวอย่างของบุตรชายที่ต้องพามารับเคมีบำบัดซึ่งต้องเดินทางมาจากต่างจังหวัด และตนเองรับราชการ โดยมีญาติผู้ดูแลจำนวน 4 ราย ที่มีความเครียดเกี่ยวกับสถานการณ์นี้

“เรื่องที่เครียดคือ เรื่องขาดงานครับ เพราะแม่ต้องได้รับยาวันศุกร์ แต่ผมต้องทำงาน ทำให้ขาดงาน” (ผู้ดูแลรายที่ 14 เป็นบุตรชายดูแลมารดา บรรทัดที่ 18)

“ก็การเดินทาง บางทีเราก็ต้องลงงานมา ลาบ่อยก็เครียดเหมือนกันนะค่ะ” (ผู้ดูแลรายที่ 83 เป็นป้าดูแลหลานสาว บรรทัดที่ 10)

การขาดงานมีผลต่อญาติผู้ดูแลโดยตรง เนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆเกี่ยวกับผู้ที่เป็นมะเร็งและค่าใช้จ่ายอื่นๆในครอบครัว เนื่องจากมีบทบาทอื่นที่ต้องรับผิดชอบ เช่น ดูแลบุตร ดูแลบุพการี เป็นต้น รวมทั้งผลกระทบต่อการปรับตัวกับเพื่อนร่วมงานเมื่อต้องขาดงานบ่อยครั้ง ญาติผู้ดูแลจึงเกิดความเครียดจากผลกระทบที่เกิดขึ้นได้

2.4 รายจ่ายและภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

ถึงแม้ว่าผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ร้อยละ 74.7 ไม่ได้จ่ายค่ารักษาเอง แต่การที่ต้องใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าเดินทาง อาหาร รวมทั้งอาหารเสริมล้วนมีผลกระทบได้ เนื่องจากการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลานานที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาวิธีอื่นๆ รวมทั้งผู้ที่เป็นมะเร็งบางรายหลังจากได้รับเคมีบำบัดมีอาการอ่อนเพลีย ทำให้การเดินทางมารับเคมีบำบัดโดยรถประจำทางไม่สะดวก ทำให้ญาติผู้ดูแลมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมทั้งการให้การดูแลที่มีผลต่อการทำงาน ซึ่งมีผลต่อรายได้ในกรณีที่ทำธุรกิจส่วนตัว พบว่ามีญาติผู้ดูแลจำนวน 2 ราย ที่มีความเครียดเกี่ยวกับสถานการณ์ดังกล่าว เช่นกรณีตัวอย่าง

“การดูแลก็ไม่ค่อยเป็นปัญหาหรอกครับ ส่วนมากก็เป็นเรื่องกังวลเครียด เพราะการทำอาชีพส่วนตัว รายได้มันไม่แน่นอน พอพอจะ..... ทำงานก็ค่อนข้าง...เวลาก็ลดลง ต้องทำงานและดูแลด้วย” (ผู้ดูแลรายที่ 25 เป็นบุตรชายดูแลมารดา บรรทัดที่ 4-6)

“ก็ห่วงเรื่องการเงินมากที่สุดค่ะ อย่างเรามาที่นี่ก็ต้องให้เขาสบายหน่อย ให้นั่งแท็กซี่ ค่าแท็กซี่ก็ขึ้นอยู่กับว่าระยะทางก็รถติดหรือไม่ติด ประมาณ 300 ถ้าขึ้นทางด่วนก็เพิ่มอีก ไป-กลับ ด้วย หนักที่สุดก็เรื่องการเงิน” (ผู้ดูแลรายที่ 11 เป็นน้องสาวดูแลพี่สาว บรรทัดที่ 42-46)

จากสถานการณ์ความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดนั้น พบว่ามีทั้งสถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับผู้ที่เป็นมะเร็งและที่เกี่ยวกับตัวญาติผู้ดูแลเอง พบว่าสถานการณ์ความเครียดที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก เป็นสถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับผู้ที่เป็นมะเร็ง 3 สถานการณ์ ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่ได้หรือรับประทานอาหารได้ลดลง ภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นมะเร็ง และผลข้างเคียงจากการรักษา ส่วนสถานการณ์ความเครียดอีก 2 สถานการณ์เป็นสถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับตัวญาติผู้ดูแลเอง ได้แก่ การกลัวว่าจะรักษาไม่หาย และการจัดการเกี่ยวกับการดูแล

จากสถานการณ์ความเครียดจากการให้การดูแลที่กล่าวมาข้างต้น เป็นความเครียดที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งเพียงอย่างเดียว ซึ่งมีญาติผู้ดูแลจำนวนถึง 51 รายที่ไม่มีความเครียดอื่นนอกเหนือจากความเครียดจากการให้การดูแลญาติผู้ที่เป็นมะเร็ง บางรายเห็นว่าความเครียดเกี่ยวกับญาติที่ป่วยเป็นมะเร็งและต้องรับเคมีบำบัดเป็นสิ่งที่เครียดมากที่สุดแล้วในชีวิต ส่วนอีก 36 รายนอกจากจะมีความเครียดในเรื่องนี้แล้ว ญาติผู้ดูแลยังมีความเครียดเกี่ยวกับ การทำงาน 17 ราย ปัญหาครอบครัว 11 ราย รายได้ 7 ราย และภาวะสุขภาพของตนเอง 3 ราย ซึ่งบางรายมีความเครียดร่วมกันมากกว่า 1 เรื่องดังกรณีตัวอย่าง

“คืออย่างที่บอกว่า งานผมคือลักษณะที่ว่าไม่มีรายได้ประจำ พองานไม่เข้าก็เครียดละ” (ผู้ดูแลรายที่ 25 เป็นบุตรชายดูแลมารดาบรรทัดที่ 26-27)

“ก็เรื่องลูก กลัวว่าลูกจะไม่มีการทำ” (ผู้ดูแลรายที่ 18 เป็นน้องสาวดูแลพี่สาว บรรทัดที่ 57)

“ก็มีเรื่องของเศรษฐกิจ เงินทอง คือถ้าไม่มีความเครียดของเขา เราก็คิดว่าผ่านไป ได้เพราะว่าพอมีเงินเก็บ แต่ตอนนี้เห็นว่าเงินเก็บของเราก็ต้องเอามาใช้ เพราะว่าตัวเองก็มีปัญหาเรื่องงานก็ทำให้รายได้เราลดลง ทั้งๆที่รายจ่ายของเราสูงขึ้น ก็จะมีเครียดเรื่องนี้ ก็พยายามไม่คิด ก็ปล่อยมันไป เอาตรงนี้ก่อน” (ผู้ดูแลรายที่ 13 เป็นพี่สาวดูแลน้องสาว บรรทัดที่ 93-97)

“ก็มีหลายๆเรื่อง เรื่องผมเป็นเบาหวานด้วย ก็มันก็รักษาได้ แต่ว่าค่าใช้จ่ายมันสูง แต่ก็ส่วนอื่นอีก แต่ยั้งดีที่ยังทำสำนักงานอยู่ ยังเบิกได้ ก็จะเป็นเรื่องค่าใช้จ่ายอื่นๆในครอบครัว” (ผู้ดูแลรายที่ 41 เป็นสามีดูแลภรรยา บรรทัดที่ 31-35)

เมื่อญาติผู้ดูแลต้องเข้ามารับบทบาทในการดูแลญาติที่มีความใกล้ชิดกับตนเองความเจ็บป่วยไม่สุขสบายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ผลกระทบทางด้านต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแล ย่อมเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดได้ โดยความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล 2 ด้านคือด้านร่างกาย โดยพบว่า การให้การดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อมมีผลต่อชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล เช่น มีผลต่อการนอนหลับ การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย รวมทั้งการใช้เวลาว่าง เป็นต้น โดยเฉพาะในรายที่ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุและมีปัญหาสุขภาพการต้องให้การดูแลและยังมียังมีผลกระทบต่อสุขภาพ เพราะอาจทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอได้ ผลกระทบทางด้านสุขภาพที่เกิดจากความเครียดจากการให้การดูแล จะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดอาการและพฤติกรรมที่แสดงออกมา ได้แก่ น้ำหนักลด ท้องผูก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร สูบบุหรี่มากขึ้น ความดันโลหิตสูง ดังกรณีตัวอย่างของบุตรสาวที่ดูแลมารดาที่ได้รับยาเคมีบำบัดและในรายที่สามีที่ดูแลภรรยา

“..เหนื่อยไปไหนก็ไม่สนุก น้ำหนักลดมาก พอเหนื่อยก็กินอะไรไม่ได้ แล้วโรงพยาบาลก็ไกลกันด้วย รามา กับพญาไท ไปกลับตลอดก็เหนื่อย.....” (ผู้ดูแลรายที่ 6 เป็นบุตรสาวดูแลมารดา บรรทัดที่ 91-95)

“ใช่ ก็คือปกติผมสูบบุหรี่ ช่วงหลังนี้ผมสูบบุหรี่เยอะขึ้น” (ผู้ดูแลรายที่ 25 เป็นบุตรชายดูแลมารดา บรรทัดที่ 20)

นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีผลต่อจิตใจและทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ โดยเฉพาะในรายที่มารดาดูแลบุตร หรือบุตรดูแลบุพการีจะพบว่า มีผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด ผลกระทบจากความเครียดมี 4 ปัญหา คือ ซึมเศร้า กังวล รู้สึกไม่ดี และสมาธิลดลง อันจะนำไปมีผลต่อการทำงานได้ ดังกรณีตัวอย่าง

“เครียดก็หงุดหงิด ทำให้หงุดหงิดนะ ไม่สบายใจ พวกนี้ไม่สบายใจทั้งครอบครัว และการทำงานของแต่ละคนมันก็แย่ลง” (ผู้ดูแลรายที่ 73 เป็นบุตรสาวดูแลมารดา บรรทัดที่ 20-21)

“ทำให้เราคิดเรื่องเขาบ่อยๆ บางทีสมาธิการทำงานก็ลดลง” (ผู้ดูแลรายที่ 83 เป็นบุตรสาวดูแลมารดา บรรทัดที่ 23)

“ช่วงนี้กินไม่เป็นเวลาเท่าไร ไม่รู้เกี่ยวกันหรือเปล่าเรื่องกินข้าว สูบบุหรี่เยอะขึ้นด้วย แล้วก็เรื่องนอนจะนอนดึก แล้วต้องตื่นขายของด้วย” (ผู้ดูแลรายที่ 12 เป็นบุตรชายดูแลบิดา บรรทัดที่ 38-39)

ระดับความเครียด

การศึกษาครั้งนี้วัดระดับความเครียดโดยการสัมภาษณ์ให้ญาติอธิบายถึงความเครียดจากการให้การดูแลญาติที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หลังจากให้การดูแลมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน เมื่อบรรยายสถานการณ์ความเครียดเสร็จ ให้ญาติผู้ดูแลประเมินระดับความเครียดที่บรรยายนั้นว่ามากน้อยเพียงใด โดยใช้แบบวัดระดับความเครียด เกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual analog scale มีคะแนนตั้งแต่ เครียดน้อยที่สุด 1 คะแนน ถึงเครียดมากที่สุด 100 คะแนน พบว่าระดับความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 40.6 (SD= 17.56, พิสัย 4-88)

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล

คะแนนจริงของการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลแสดงในตารางที่ 4 พบว่าคะแนนของการเผชิญความเครียดอยู่ระหว่าง 45 ถึง 124 จากคะแนนที่เป็นไปได้ 30 ถึง 180 ค่าเฉลี่ย 89.9 (SD= 15.6) เมื่อพิจารณาการเผชิญความเครียดใน 3 ด้านคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความเครียด ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีคะแนนอยู่ระหว่าง 14-58 เฉลี่ย 39.64 คะแนน (SD= 8.19) จากคะแนนที่เป็นไปได้ 13-65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 11-30 เฉลี่ย 16.77 คะแนน (SD=4.16) จากคะแนนที่เป็นไปได้ 9-45 คะแนน ส่วนด้านการบรรเทาความเครียดมีคะแนนอยู่ระหว่าง 15-53 คะแนน เฉลี่ย 33.57 คะแนน (SD=7.09) จากคะแนนที่เป็นไปได้ 14-70 คะแนน และเมื่อพิจารณาคะแนนของค่าที่เป็นไปได้และค่าคะแนนจริงพบว่า คะแนนต่ำสุดของค่าที่เป็นจริงสูงกว่าคะแนนต่ำสุดของค่าที่เป็นไปได้ของการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน จึงสรุปได้ว่าญาติผู้ดูแลทุกรายในงานวิจัยนี้ได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียดรายด้าน และ โดยรวมเมื่อคิดจาก คะแนนจริง(Raw score) (n=87)

วิธีการเผชิญความเครียด	Min - Max		M	SD
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
คะแนนรวม	36-180	45-124	89.9	15.68
การเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	14-58	39.64	8.19
การจัดการกับอารมณ์	9-45	11-30	16.77	4.16
การบรรเทาความเครียด	14-70	15-53	33.57	7.09

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดที่ใช้กับการเผชิญความเครียดรายด้าน ทั้ง 3 ด้าน พบว่าสัดส่วนของการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาคิดเป็น 0.44 ด้านการจัดการกับอารมณ์ คิดเป็น 0.19 และด้านการบรรเทาความเครียด คิดเป็น 0.37 ดังนั้นจะเห็นว่าการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นด้านที่ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งเลือกใช้มากที่สุด ส่วนด้านการจัดการกับอารมณ์เป็นด้านที่ถูกเลือกใช้น้อยที่สุด (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 คะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียดรายด้าน เมื่อคิดจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score)(n=87)

วิธีการเผชิญความเครียด	Min-Max	M	SD
การเผชิญหน้ากับปัญหา	.31-.56	.44	.05
การจัดการกับอารมณ์	.12-.31	.19	.03
การบรรเทาความเครียด	.29-.51	.37	.04

สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุดและน้อยที่สุด 5 อันดับแรกนั้นพบว่า ญาติผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 95 ใช้วิธีการเผชิญความเครียดดังต่อไปนี้ พยายามศึกษาสถานการณ์นั้นอย่างเอาใจใส่และตั้งใจ, หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น, ปลงตกเพราะคิดว่าเป็นเวรกรรมของตนเองดังนั้นการพยายามทำอะไรก็ตามเพื่อแก้ปัญหาจึงไม่เป็นผล, ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง, พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้, และพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้น ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลน้อยกว่าร้อยละ 20 ใช้ได้แก่ โกรธ สาปแช่ง สบถ สาบาน, รับประทานอาหาร สูบบุหรี่ เคี้ยวหมากฝรั่งหรือหมากเพิ่มขึ้น, ไม่ทำอะไรเลยโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาทุกอย่างจะเลวร้ายลงกว่านี้, ฝืนกลางวัน เหม่อลอย, และตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 วิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุดและน้อยที่สุด 5 อันดับแรก (n=87)

ลำดับ	วิธีการเผชิญความเครียด	ร้อยละของญาติผู้ดูแลที่ใช้ใช้	* ด้าน
วิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับที่ใช้มากที่สุด			
1	พยายามศึกษาสถานการณ์นั้นอย่างเอาใจใส่และตั้งใจ	96.5	Con
2	หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น	95.4	Pal
3	ปลงตกเพราะคิดว่าเป็นเวรกรรมของตนเองดังนั้นการพยายามทำอะไรก็ตามเพื่อแก้ปัญหาจึงไม่เป็นผล	95.4	Pal

ตารางที่ 6 วิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุดและน้อยที่สุด 5 อันดับแรก (n=87) (ต่อ)

ลำดับ	วิธีการเผชิญความเครียด	ร้อยละของญาติ	* ด้าน
วิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับที่ใช้มากที่สุด			
4	ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง	95.4	Pal
5	พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้	95.4	Con
5	พยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้น	95.4	Pal
วิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับที่ใช้ น้อยที่สุด			
1	โกรธ สบประมาท สบถ สาบาน	11.5	Emo
2	รับประทานอาหาร สูบบุหรี่ เคี้ยวหมากฝรั่งหรือหมากเพิ่มขึ้น	16.1	Emo
3	ไม่ทำอะไรเลยโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายไปเอง	16.1	Pal
4	วางแผนต่อปัญหาโดยคิดเสียว่าทุกอย่างอาจจะเลวร้ายลงกว่านี้	16.1	Pal
5	ฝันกลางวัน เหม่อลอย	17.2	Emo
5	ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา	17.2	Emo

* การเผชิญความเครียดรายด้าน

Con = การเผชิญหน้ากับปัญหา, Emo= การจัดการกับอารมณ์, Pal= การบรรเทาความเครียด

แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยแรงสนับสนุนจาก 3 แหล่ง คือ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคคลใกล้ชิด และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งเป็นการช่วยเหลือ 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การการสนับสนุนด้านสิ่งของการและการได้รับการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่าค่าคะแนนรวมแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 32.44 (SD=8.46, พิสัย 11-49) เมื่อพิจารณาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มต่างๆ พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและบุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7 เนื่องจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ แบ่งเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ 2 ข้อ ด้านสิ่งของการและการได้รับการ 2 ข้อ และด้านข้อมูลข่าวสาร 1 ข้อ เมื่อพิจารณาประเภทของการได้รับการสนับสนุนรายด้าน คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของการและการได้รับการจึงถูกหารด้วย 2 พบว่า คะแนนการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวด้านอารมณ์เท่ากับ 2.97 ด้านสิ่งของการและการได้รับการเท่ากับ 2.47 การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดด้านอารมณ์เท่ากับ 2.29 ด้านสิ่งของการและการได้รับการเท่ากับ 1.51 ส่วนการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ด้านอารมณ์เท่ากับ 2.27

และด้านสิ่งของและบริการเท่ากับ .68 ดังนั้นเห็นได้ว่าสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และสิ่งของแก่ญาติผู้ดูแลมากที่สุด ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุดและเป็นการสนับสนุนที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าได้รับมากที่สุดจากทุกแหล่งและในทุกด้าน

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าพิสัยของแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกรายกลุ่มและรายด้าน(n=87)

แหล่งสนับสนุน แรงสนับสนุน	กลุ่มสมาชิกในครอบครัว			กลุ่มบุคคลใกล้ชิด			กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์		
	M	SD	Range	M	SD	Range	M	SD	Range
• การสนับสนุนด้านอารมณ์	5.94	1.50	2-8	4.59	1.58	0-8	4.54	2.00	0-8
• การสนับสนุนด้านสิ่งของและการได้รับบริการ	4.93	1.98	0-8	3.02	2.25	0-8	1.35	1.64	0-6
• การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	2.76	0.86	0-4	2.31	0.91	0-4	3.00	0.73	1-4
โดยรวม	13.63	3.76	3-20	9.91	4.14	1-20	8.89	3.29	2-17

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลวัดได้จากการให้ความสำคัญและความพึงพอใจต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตหลังจากให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งอย่างน้อย 1 เดือน โดยคิดคะแนนรวมทั้งจากการให้ความสำคัญและการความพึงพอใจต่อเหตุการณ์ต่างๆ จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเฉลี่ย 22.99 (SD= 2.97) อยู่ระหว่าง 16.66 ถึง 28.99 จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 30

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

จากคำถามการวิจัยข้อที่ 6 “ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้หรือไม่ ภายหลังควบคุมอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการดูแล” สถิติที่เลือกใช้ทดสอบคือ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เพื่อให้ผลการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จึงได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นซึ่งข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์

ต้องมีลักษณะดังนี้ 1) มีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) 2) มีรูปแบบเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) 3) ความแปรปรวนมีค่าคงที่หรือเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) 4) ตัวแปรทำนายแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ เพื่อจัดปัญหาความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น (Multicollinearity) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวได้แก่ อายุ ระยะเวลาการดูแล ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตมีการแจกแจงปกติโดยมีค่า Komogorov-Smirnov ที่ $p > .05$ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวอยู่ระหว่าง .05 ถึง .37 ซึ่งต่ำกว่า .8 จึงไม่พบที่มีความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น และเมื่อทดสอบ Durbin Watson test มีค่า 1.90 ซึ่งควรจะมีค่ามากกว่า 1.5 แสดงว่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน (ภาคผนวก ง)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิต พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r = .37, p < .05$) และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.23, p < .05$) ส่วนระดับความเครียด อายุ และระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการดูแล ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และ คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ($n=87$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1 คุณภาพชีวิต	1.00					
2 อายุ	.08	1.00				
3 ระยะเวลาการดูแล	-.06	.06	1.00			
4 การเผชิญความเครียด	-.23*	-.15	.15	1.00		
5 แรงสนับสนุนทางสังคม	.37*	.10	.07	-.01	1.00	
6 ระดับความเครียด	-.16	.09	-.12	.28*	-.03	1.00

* $p < .05$

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยนี้ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ และระยะเวลาการดูแล จึงกำหนดให้ปัจจัยดังกล่าวเข้าสมการเป็นอันดับแรก พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 1 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .010, F_{change(2,84)} = .44, p > .05$) หลังจากนั้นตัวแปรที่เหลือจะถูกคัดเลือกเข้าสมการโดยวิธีถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17.7 โดยแรง

สนับสนุนทางสังคมอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 13.4 ($R^2=.134, F_{(3,83)}=12.98, p<.05$) และการเผชิญความเครียดอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 4.3 ($R^2=.043, F_{(4,82)}=4.28, p<.05$) สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตจะเปลี่ยนแปลง.37 หน่วยเมื่อแรงสนับสนุนทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วย ($\beta = .368, t=3.66, p<.05$) และคุณภาพชีวิตจะเปลี่ยนแปลง .21 หน่วย เมื่อการเผชิญความเครียดเปลี่ยนแปลง 1 หน่วย ($\beta = -.211, t=3.42, p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 9 จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวทำให้ทราบได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดเป็นตัวแปรหลักที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายหลังควบคุมอทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุและระยะเวลาการดูแล ส่วนระดับความเครียดไม่สามารถทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ ดังนั้นสมมติฐานนี้จึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด

ปัจจัยทำนาย	R^2	R^2 change	F change	β	t
อายุ				.012	0.12
ระยะเวลาการดูแล	.010	.010	.44	-.054	-0.53
แรงสนับสนุนทางสังคม	.144	.134	12.98	.368	3.66*
การเผชิญความเครียด	.187	.043	4.28	-.211	-2.07*

(overall $F_{(4,82)}$)

Constant= 22.52

* $p<.05$

บทที่ 5

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประเด็นที่นำมาอภิปรายผล ได้แก่ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถานการณ์ ความเครียดของญาติผู้ดูแล ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์และความสามารถของตัวแปรในการทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.2 อายุเฉลี่ย 43.36 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 32.2 คู่สมรสร้อยละ 31 และเป็นพี่หรือน้องของผู้ที่เป็นมะเร็งร้อยละ 27.6 (ตารางที่ 2) จะเห็นว่าญาติผู้ดูแลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นเพศชายถึงร้อยละ 36.8 เนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.1 และป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมร้อยละ 39.1 (ตารางที่ 3) คู่สมรสซึ่งเป็นเพศชายจึงเข้ามามีบทบาทในการดูแลมากขึ้น เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับผู้ที่เป็นมะเร็ง พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นพี่หรือน้องกับผู้ที่เป็นมะเร็งร้อยละ 27.6 ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกับบุตร หรือคู่สมรส แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือเป็นคู่สมรส (สมฤดี สิทธีมงคล, 2541, Niyomthai, N., 2002, Carey, et al., 1991, Chan&Chang, 1999) ซึ่งอาจเนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความต้องการการดูแลด้านร่างกายจากผู้ดูแลไม่มาก สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นส่วนใหญ่ มีเพียงบางรายที่มีอาการอ่อนเพลียต้องการการดูแลหลังจากที่ได้รับเคมีบำบัดในระยะแรก ดังนั้นญาติผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์เป็นพี่หรือน้องที่อยู่อาศัยในวัยทำงานจึงเข้ามามีบทบาทในการดูแลมากขึ้น เพราะการดูแลส่วนใหญ่เป็นการดูแลด้านการจัดการกับอาหาร การเดินทางมารับเคมีบำบัดหรือการให้คำปรึกษา ซึ่งแสดงถึงวัฒนธรรมไทยที่พี่หรือน้องมีความใกล้ชิดกันและอาศัยในครอบครัวเดียวกัน จึงทำให้มีความเต็มใจในการเข้ามารับบทบาทผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.7 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า และมีอาชีพรับราชการร้อยละ 27.6 และรับจ้างร้อยละ 24.1 นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลร้อยละ 74.2 มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลบุคคลอื่นอีกนอกเหนือจากผู้ที่เป็นมะเร็ง (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าญาติ

ผู้ดูแลต้องดำรงบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ซึ่งเป็นไปได้เนื่องจากอายุเฉลี่ยของผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและมีครอบครัวของตนเองที่ต้องดูแลรวมทั้งการทำงานนอกบ้านเพื่อหาเลี้ยงชีพและครอบครัว แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพปานกลางถึงดี มีผู้ช่วยในการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง และระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 16.45 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน และเป็นระยะเริ่มแรกของการรักษา เนื่องจากในการศึกษานี้ผู้ที่เป็นมะเร็งสวนใหญ่ร้อยละ 71.3 (ตารางที่ 3) เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งไม่เกิน 1 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ชูชื่น ชีวะพูนผล, 2541; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; Chan & Chang, 1999; Hileman, et al., 1992) แต่ในบางการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการดูแลก่อนข้างยาวนานกว่าซึ่งอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของลักษณะกลุ่มโรคของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2536; Niyomthai, N., 2002; Baille, et al., 1988; Jensen & Given, 1991; Sirapo-ngam, Y., 1994)

สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

การศึกษานี้ประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับผู้เป็นมะเร็ง และสถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับตัวผู้ดูแลเอง โดยพบว่าสถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และการปฏิเสธการรักษาของผู้ที่เป็นมะเร็ง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้มีความสัมพันธ์เป็นญาติและมีความใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังนั้นเมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งเกิดความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงจากการรักษา ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย หรือรับประทานไม่ได้ เม็ดเลือดขาวต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ไม่สามารถรับยาครั้งต่อไปได้ รวมทั้งเกิดความเครียดไม่ยอมรับยาต่อ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเพราะต้องการให้ญาติของตนเองอาการดีขึ้นหรือหายจากโรคมะเร็งที่เป็นอยู่ รวมทั้งมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากระยะเวลาของการเจ็บป่วยมี 3 ระยะคือ ระยะเริ่มแรก ระยะรักษา และระยะของการปรับตัว จากการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่า ระยะของการรักษานั้นจะเป็นระยะที่ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากที่สุด (Nijboer, et al., 1988) เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาโดยเฉพาะเคมีบำบัดซึ่งจะทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เม็ดเลือดต่ำ และต้องการการดูแลในระบุนี้นมากขึ้น (Siegle, et al., 1991) นอกจากนี้การดูแลโดยเฉพาะการดูแลเกี่ยวกับการหาข้อมูล

เกี่ยวกับอาหาร การจัดหาชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับโรคเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้ และในการวิจัยครั้งนี้พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 72.4 ไม่เคยมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งมาก่อน ดังนั้นจึงไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแล ซึ่งในทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของของลาซาลัส (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า วัฏจักรปัจจัยในสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดและคุกคามคือสถานการณ์ที่มีความแปลกใหม่ (Novelty) หรือสถานการณ์ที่บุคคลไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงสอดคล้องกับปัจจัยในสถานการณ์ที่ทฤษฎีกล่าว

ปัจจัยทางด้านญาติผู้ดูแลเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 67.8 มีงานทำและ ต้องทำงานนอกบ้าน เนื่องจากร้อยละ 51.7 มีอาชีพรับราชการและรับจ้าง เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งต้องมารักษาเคมีบำบัดซึ่งต้องรับยาในวันราชการและนโยบายของโรงพยาบาลที่ผู้ที่เป็นมะเร็งควรมีญาติมาด้วยทุกครั้งที่มารับยา จึงทำให้ญาติผู้ดูแลต้องขาดงาน ดังกรณีตัวอย่างของบุตรที่มีอาชีพรับราชการที่ต่างจังหวัดที่ต้องพามารดาเข้ารับเคมีบำบัด “เรื่องที่เครียดคือ เรื่องขาดงานครับ เพราะแม่ต้องได้รับยาวันศุกร์ แต่ผมต้องทำงาน ทำให้ขาดงาน” (รายที่ 14) และการรับยาเคมีบำบัดต้องรับยาให้ต่อเนื่องทุกครั้งเพื่อให้การรักษาได้ผลมากที่สุด การขาดงานเพื่อพาญาติของตนเดินทางมารับยาจึงเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายอาศัยอยู่ต่างจังหวัด และการจราจรที่ติดขัดทำให้ใช้เวลาในการเดินทางนานขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชูชื่น ชีวะพูนผล (2541) ที่พบว่ากิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าก่อให้เกิดภาระมากที่สุดคือ การเดินทางร่วมกับผู้ป่วยไปรับการรักษา และญาติจะเกิดความเครียดมากเมื่อต้องใช้เวลาทั้งหมดไปกับการเดินทาง (Oberst , et al., 1989) และถึงแม้ว่าจะมีผู้ที่เป็นมะเร็งเพียงร้อยละ 25.3 ที่ต้องจ่ายค่ารักษาเอง แต่ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจก็เป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องใช้จ่ายประมาณเดือนละ 8,000 บาท ในการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ อาหาร การเดินทางและค่ายา และเนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังและการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลานาน ดังนั้นความเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจึงมักจะเกิดได้ โดยเฉพาะในครอบครัวที่ไม่มีเงินออม (รุจา ภูไพบูลย์, 2535)

เมื่อญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เกิดความเครียดจากการให้การดูแลแล้วย่อมเกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลได้ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบญาติผู้ดูแลจำนวน 24 รายที่ได้รับผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ความเครียด ได้แก่ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร สูบบุหรี่มากขึ้น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งอาจจะเป็นได้ว่าอาการที่แสดงออกล้วนเป็นกลไกของร่างกายที่ตอบสนองต่อการเกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539) ที่ศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองภาวะสุขภาพของสมาชิกใน

ครอบครัวผู้ดูแลที่เป็นมะเร็ง พบว่าความเครียดมีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพในทางลบของญาติผู้ดูแล เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 16.45 สัปดาห์ หรือประมาณ 4 เดือน ซึ่งแตกต่างจากบางการศึกษาที่พบว่า การดูแลจะมีผลกระทบทางด้านจิตใจได้หากการดูแลนั้นเป็นการดูแลในระยะสั้น แต่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพทางกายได้หากมีระยะเวลาในการดูแลนานกว่า 6 เดือน (Nijboer, et al., 1998) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบในการศึกษานี้พบได้ 17 ราย ได้แก่ ความรู้สึกกลัว ไม่แน่ใจในผลการรักษา รวมทั้งเกรงว่าผลการตอบสนองต่อยาจะไม่ดี ซึ่งในจำนวนญาติผู้ดูแลที่ได้รับผลกระทบจากความเครียดนี้ บางรายความเครียดมีผลกระทบทั้งต่อทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งเกิดขึ้นร่วมกันได้ อาจเป็นไปได้ที่ว่าญาติผู้ดูแลมีความใกล้ชิดกับผู้ที่ เป็นมะเร็งและอาศัยอยู่ร่วมกันมานาน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ ลาซาลุสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984; 56-58) ที่กล่าวว่า ความรุนแรงของความเครียด จะมากหรือน้อยนั้น ปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวกับความผูกพัน (Commitment) นั้นมีความสำคัญ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ที่เป็นมะเร็งใกล้ชิดมากเท่าไรก็ยิ่งทำให้ผู้ดูแลมีความผูกพันในสถานการณ์ และทำให้มีความเครียดมากเท่านั้น

นอกจากญาติผู้ดูแลจะเกิดความเครียดจากการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งแล้ว ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.4 ยังมีความเครียดอื่นๆที่นอกเหนือจากความเครียดในการให้การดูแล ได้แก่ การทำงาน ครอบครัว รายได้ และภาวะสุขภาพของตนเอง เนื่องจากส่วนใหญ่ร้อยละ 57.5 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางซึ่งเป็นวัยที่ต้องรับผิดชอบดูแลบุตรและครอบครัว (Gerlach, 2006) และในขณะที่เดียวกันต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล การรับผิดชอบในหลายบทบาทจึงทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้

ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่บรรยายสถานการณ์ความเครียดจากการให้การดูแลในการศึกษานี้ พบว่าความเครียดอยู่ระดับ ปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539) ที่ศึกษาระดับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าญาติผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรง และรักษาให้หายขาดได้ยาก และระยะเวลาในการให้การดูแลเฉลี่ยค่อนข้างสั้น ประกอบกับส่วนใหญ่ร้อยละ 72.4 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการให้การดูแลมาก่อน และผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้ นอกเหนือจากบางรายที่ได้รับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดเท่านั้นที่ญาติต้องให้ความช่วยเหลือเป็นภาระในการให้การดูแลทางด้านร่างกาย รวมทั้งญาติผู้ดูแลบางรายเห็นว่าการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต ซึ่งเสมือนการได้ตอบแทนบุญคุณ ญาติผู้ดูแลจึงประเมินความเครียดโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา การศึกษาของยุพาพิน

ศิริโพธิ์งาม (Sirapo-ngam, Y., 1994) ศึกษาความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ซึ่งมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยนานถึง 7.3 ปี และการศึกษาของ ยูพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ (Sirapo-ngam, Y., et al., 2000) ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีระยะเวลาการดูแลเฉลี่ย 7.5 เดือน ผลการศึกษาทั้ง 3 เรื่องญาติผู้ดูแลประเมินความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการศึกษาดังกล่าวศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลมาเป็นระยะเวลานานจึงทำให้มีประสบการณ์ในการให้การดูแล และสามารถปรับตัวได้ และสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของ ลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984; 25) กล่าวคือ การตัดสินใจระดับความรุนแรงของความเครียดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ การที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์นั้นได้ จึงทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับที่สูงกว่าได้

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนจริง (Raw score) ของการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้เฉลี่ย 89.9 คะแนน (SD = 15.6) จากคะแนนที่เป็นไปได้ 30 ถึง 180 คะแนน แสดงว่าญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ กิตติกร นิลมานัต (2538) ที่ศึกษาในกลุ่มของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV นิตยา สุทธยากร (2531) ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน วิมลวลัย วโรพาร (2535) ศึกษาในบิดามารดาที่มีบุตรเข้าพักรักษาตัวในหน่วยบำบัดพิเศษ สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา และ ยูพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ (Sirapo-ngam, Y., et al., 2000) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณารายที่ 4 พบว่าค่าคะแนนพิสัยต่ำสุดของวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้านมีค่ามากกว่าค่าต่ำสุดของค่าพิสัยที่เป็นไปได้ แสดงว่าญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาในทุกๆ ด้าน แต่การเลือกใช้ด้านใดมากหรือน้อยนั้นแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น (กิตติกร นิลมานัต, 2538; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; Sirapo-ngam, Y., et al., 2000) ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีความเครียดของลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งการจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) และการจัดการกับปัญหา (Problem-focused coping) ร่วมกันในการจัดการกับความเครียดทั้งภายนอกและภายในที่เกิดขึ้นในชีวิต

เมื่อพิจารณาคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) ซึ่งแสดงถึงสัดส่วนของการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายด้าน พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุดคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา ($M=.44$, $SD=.05$) รองลงมาคือ การบรรเทาความเครียด ($M=.37$, $SD=.04$) และวิธีการจัดการกับอารมณ์เป็นด้านที่เลือกใช้น้อยที่สุด ($M=.19$, $SD=.03$) สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่ผ่านมาโดยพบว่า การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นวิธีที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุด รองลงมาคือการบรรเทาความเครียดและการจัดการกับอารมณ์ (กิตติกร นิลมานัต, 2538; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; Sirapo-ngam, et al., 2000) ซึ่งอาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งต้องเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดโดยมุ่งเน้นที่การเผชิญกับปัญหามากที่สุด เนื่องจากผลข้างเคียงจากการรักษาที่พบได้บ่อยคือ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และน้ำหนักลด เป็นต้น ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องหาวิธีจัดการกับปัญหาดังกล่าวโดยหาข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับโรค รวมทั้งหาวิธีให้ผู้ที่ เป็นมะเร็งรับประทานอาหารให้ได้มากที่สุด เพื่อให้สภาพร่างกายแข็งแรง มีระดับเม็ดเลือดขาวสูงพอที่จะสามารถรับยาในครั้งต่อไปได้ และในบางครั้งผู้ที่ เป็นมะเร็งอาจมีอาการท้อแท้ ไม่อยากรับการรักษาต่อ อารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อยอาจทำให้ญาติผู้ดูแลเลือกที่จะใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ เพื่อปรับสภาวะอารมณ์ของตนเองให้สมดุลก่อนที่จะคิดแก้ปัญหาต่อไป

นอกจากญาติผู้ดูแลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านแล้ว เมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ พยายามศึกษาสถานการณ์นั้นอย่างเอาใจใส่และตั้งใจ หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น ปล่อยทิ้งเพราะคิดว่าเป็นวงจรกรรมของตนเองดังนั้นการพยายามทำอะไรก็ตามเพื่อแก้ปัญหาจึงไม่เป็นผล ขอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ และพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อจะสามารถเผชิญปัญหานั้นได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 2 วิธี และการบรรเทาความเครียด 4 วิธี โดยวิธีที่เลือกใช้มากที่สุดคือ “พยายามศึกษาสถานการณ์นั้นอย่างเอาใจใส่และตั้งใจ” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาคือ วิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุดเป็นการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับปัญหา และการบรรเทาอาการ (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; Sirapo-ngam, Y., et al., 2000) โดยเฉพาะวิธีการแก้เผชิญปัญหาโดย “ขอมรับสถานการณ์ที่เป็นจริง” เป็นวิธีการที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุดในอันดับต้นๆ (กิตติกร นิลมานัต, 2538; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; Sirapo-ngam, Y., et al., 2000)

สำหรับการวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้น้อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โกรธ สาปแช่งสวดสาบาน รับประทานอาหาร สูบบุหรี่ เกียวกมากฝรั่งหรือหมากเพิ่มขึ้น ไม่ทำอะไรเลย โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายไปเอง วางเฉยต่อปัญหาโดยคิดเสียว่าทุกอย่างอาจเลวร้ายลง

กว่านี้ ฝืนกลางวัน เหม่อลอย และตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา ซึ่งเป็นการเพิ่ญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ 4 วิธี และด้านการบรรเทาความเครียด 2 วิธี วิธีที่ใช้น้อยที่สุดคือ “โกรธ ตาป้าง สบถ สาบาน” ซึ่งเป็นวิธีการเพิ่ญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาและการศึกษาของยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ (Sirapo-ngam, et al., 2000) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อพิจารณาผลของการศึกษาทั้ง 2 เรื่องกับการศึกษาครั้งนี้เป็นที่น่าสนใจอย่างยิ่งเมื่อพบว่า วิธีการเพิ่ญความเครียดที่เลือกใช้น้อยที่สุดใน 5 อันดับ ทั้ง 5 วิธีเหมือนกันทั้งหมด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในโรคที่ต่างกัน แต่เป็นโรคที่เรื้อรัง และญาติผู้ดูแลล้วนเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยอยู่ในวัยกลางคน จึงมีวิธีการเพิ่ญกับความเครียดที่คล้ายกันได้ หากนำข้อมูลดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแล ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้การดูแลที่ผู้ที่เป็นมะเร็งและญาติผู้ดูแล

แรงสนับสนุนทางสังคม

การศึกษานี้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลโดยวัดแรงสนับสนุนจาก 3 กลุ่มที่ให้การสนับสนุนคือ สมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ และวัดการได้รับการสนับสนุนใน 3 ด้านคือ ข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และการช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของและบริการ ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง เฉลี่ย 32.44 (SD= 8.64) (ตารางที่ 7) ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนโดยรวมทั้ง 3 ด้านมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Baille, et al., 1988; Oberst, 1989; Stommel & Kingry, 1991) ทั้งนี้อาจเนื่องจากความใกล้ชิดและความสัมพันธ์ของสังคมไทยที่สมาชิกในครอบครัวจะมีความใกล้ชิดกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันยามทุกข์ยากและนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ประมาณ 1 ใน 3 เป็นบุตรที่ดูแลบิดาหรือมารดา ซึ่งในวัฒนธรรมไทยเป็นการแสดงถึงความกตัญญูต่อบุพการี ดังนั้นเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งครอบครัวเข้ามารับหน้าที่ในการดูแลบุพการี สมาชิกที่เหลือที่ไม่สามารถรับบทบาทหลักในการดูแลบุพการีได้จึงเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนบุคคลที่มีหน้าที่หลักในการให้การดูแล เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระ โดยจะเห็นว่าการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจจะเป็นการช่วยเหลือที่ญาติผู้ดูแลได้รับมากที่สุด รองลงมาเป็นการช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการ และด้านข้อมูลข่าวสารตามลำดับ

ส่วนการได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุดจากบุคคลากรทางการแพทย์ เมื่อเทียบกับการสนับสนุนทุกด้านจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด อาจเป็นเพราะเป็นหน้าที่รับผิดชอบของกลุ่มบุคคลากรด้านการแพทย์ที่ต้องให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอีริกสันและลอรี (Erikson & Lauri, 2000) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 47 ปี และร้อยละ 27.5 มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารจากบุคคลากรทางการแพทย์มากกว่าด้านอารมณ์

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลใกล้ชิด เช่น เครือญาติ เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้านมีกลุ่มตัวอย่างบางรายประเมินว่าตนเองไม่ได้รับเลยจากกลุ่มบุคคลใกล้ชิดซึ่งมีคะแนนต่ำสุดเป็น 0 เมื่อพิจารณาคะแนนรายข้อพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอารมณ์มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 3 รายที่ไม่ได้รับ แต่การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการมีกลุ่มตัวอย่างถึง 22 รายที่ไม่ได้รับ (ตารางที่ 7) ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาข้อค้น(Erikson & Lauri, 2000) ที่ว่าการได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการจะมาจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันมากกว่ากลุ่มเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($M=22.99$, $SD= 2.97$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวรรณ ชะอุม (2536) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาและซาคาเรียสและคนอื่นๆ (Zacharias et al., 1994) ที่ศึกษาในกลุ่มกลุ่มสมรสของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ การที่คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับค่อนข้างสูงอาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน ($M= 43.36$, $SD= 12.28$) มีสุขภาพปานกลางถึงดี คิดเป็นร้อยละ 96.6 และผู้ที่เป็มะเร็งสามารถดูแลตนเองได้เกือบทั้งหมด จึงทำให้ญาติผู้ดูแลไม่ต้องมีภาระในการต้องดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันมากนัก นอกเหนือจากการดูแลอาการข้างเคียงจากผลของเคมีบำบัดเท่านั้น จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของแคร์รี่และคณะ (Carey, et al., 1991) ที่ศึกษาการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์และการะในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่า อายุของผู้ดูแลและระดับความพึ่งพาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการะการดูแล ซึ่งญาติผู้ดูแลที่รับรู้การะในการดูแลมากจะ

ประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นความเครียด อันจะนำไปมีผลต่อภาวะอารมณ์ได้ ส่วนการศึกษาของแมคมิลแลนและมาฮาน (McMillan & Mohan, 1994) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลพบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลคือ แรงสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียด โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p < .05$) (ตารางที่ 8) สอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์เชิงปริมาณของแวง (Wang, 1998) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านบวก

สำหรับการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, p < .05$) โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับการเผชิญความเครียดในภาพรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p < .05$) ส่วนการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .80, p < .01$) โดยญาติผู้ดูแลที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ และญาติผู้ดูแลที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากจะมีคุณภาพชีวิตดี

จากการศึกษาครั้งนี้ระดับความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่ศึกษาความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.52, p < .01$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวมีความต้องการการดูแลทางร่างกายสูง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่เป็มะเร็งมีความต้องการการดูแลด้านร่างกายจากผู้ดูแลไม่มาก สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นส่วนใหญ่ มีเพียงบางรายที่มีอาการอ่อนเพลียจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด จึงทำให้ความเครียดจากการดูแลไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

จากการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยแบบขั้นตอน เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล โดยอายุและระยะเวลาการดูแล ถูกกำหนดให้เข้าสมการเป็นอันดับแรก พบว่าอายุและระยะเวลาการดูแลสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 1 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .010, F_{change(2,84)} = .44, p > .05$) หลังจากนั้นตัวแปรที่เหลือจะถูกเลือกเข้าสมการโดยวิธีถดถอยแบบขั้นตอน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 2 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 13.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .134, F_{change(3,83)} = 12.98, p < .05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .368 แสดงว่าแรง

สนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด คือเมื่อญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฟิงค์ (Fink, 1995) ที่ศึกษาความผาสุกของบุตรที่ดูแลบิดามารดา พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกได้ร้อยละ 31 ($p < .01$) และสอดคล้องกับความเห็นของชานและชาง (Chan & Chang, 1999) ที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความผาสุกของญาติผู้ดูแลและจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากกว่าด้านอื่นๆ นอกจากนี้ยังสนับสนุนหลายๆการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบทางด้านบวกต่อตัวแปรทางด้านสุขภาพ (Callaghan & Morrissey, 1993; Longford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997; Uphold, 1991)

นอกจากนี้ผลการศึกษารังนี้ยังสนับสนุนแนวความคิดที่ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีหน้าที่เป็นกันชนรองรับความเครียด (Buffering effect model) ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้คุณค่า หดหนทางแก้ปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียดได้ (Cohen & Will, 1985: 310-312) เพราะเมื่อพิจารณาตารางที่ 9 จะพบว่าความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา พบว่าความเครียดเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดในการอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตโดยอธิบายได้ร้อยละ 27.6 ($p < .01$) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการศึกษารังนี้ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 7) มีความเครียดระดับปานกลาง รวมทั้งผู้ที่เป็นมะเร็งสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบทั้งหมด ซึ่งกระทบต่อกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลเพียงเล็กน้อย รวมทั้งระยะเวลาในการดูแลที่ค่อนข้างสั้นคือเฉลี่ย 16.45 สัปดาห์ และจากผลการวิเคราะห์ข้างต้นที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีหน้าที่เป็นกันชนรองรับความเครียดในการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแลได้

การเผชิญความเครียดเป็นตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่ 3 โดยอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 4.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .043$, $F_{(4,82)} = 4.28$, $p < .05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ $-.211$ แสดงว่าญาติผู้ดูแลที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหาไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (วิมลวัลย์

วโรพาร, 2535; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; Zacharias et al., 1994) ผู้วิจัยเห็นว่า การที่ผลการศึกษาค้างนี้แตกต่างจากหลายๆการศึกษาที่ผ่านมา เนื่องจากในการศึกษาค้างนี้ผู้วิจัยเลือกให้การเผชิญความเครียดโดยรวมทั้ง 3 ด้านเข้าสมการทำนาย โดยไม่ได้แยกรายด้านเข้าสมการ เพราะในเบื้องต้นผู้วิจัยเชื่อว่า ญาติผู้ดูแลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งด้านการจัดการกับอารมณ์และการจัดการกับปัญหาร่วมกัน ทั้งนี้ขึ้นกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซาลัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งการจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) และการจัดการกับปัญหา (Problem-focused coping) ร่วมกันในการจัดการกับความเครียดทั้งภายนอกและภายในที่เกิดขึ้นในชีวิต ดังนั้นจึงอาจทำให้การอภิปรายผลจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตจากอิทธิพลของการเผชิญความเครียดในการศึกษาค้างนี้ไม่ชัดเจนได้

โดยสรุปแล้วจากการศึกษาค้างนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดสามารถทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ร้อยละ 17.7 ภายหลังควบคุมอิทธิพลของปัจจัยสวนบุคคล ได้แก่ อายุและระยะเวลาการดูแลแล้ว ส่วนที่เหลือร้อยละ 82.3 ยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาค้างนี้ ซึ่งอาจเป็นผลจากอิทธิพลปัจจัยอื่นๆ ที่ผู้วิจัยยังไม่ได้นำมาศึกษาในการศึกษาค้างนี้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ระดับความ เครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และคุณภาพชีวิตของ ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด รวมทั้งศึกษาการทำนายคุณภาพชีวิตโดย ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล โดยใช้ ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการ รักษาด้วยเคมีบำบัดที่บ้านที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ในหน่วยดูแล ผู้ป่วยที่รับเคมีบำบัด หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม และหุ คอ จมูก ระหว่างวันที่ 27 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2547 จำนวน 87 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายมีความ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการ ทดสอบความสามารถในการรับรู้ (cognitive status) ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) ได้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน
2. เป็นบุคคลที่ผู้ที่เป็นมะเร็ง ระบุว่าเป็ญาติผู้ดูแล
3. เป็นผู้ที่เป็หลักในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน เนื่องจากผู้วิจัยพิจารณาว่าระยะเวลา 1 เดือนนานพอต่อการได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย และเพียงพอต่อการรับรู้ความเครียดจากการดูแล การเผชิญความเครียด และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของ ญาติผู้ดูแล
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และไม่มีปัญหาในการสื่อสาร สามารถเข้าใจและพูดภาษา ไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1.1 แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie 1973)

1.2 คำถามสำหรับคัดกรองญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการให้การดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยได้รับการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยได้รับการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

2.3 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) (Jalowiec, 1988) ผู้วิจัยทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลจำนวน 87 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์รอนบาคแอลฟา เท่ากับ .85

2.4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ผู้วิจัยทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลจำนวน 87 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์รอนบาคแอลฟา เท่ากับ .85

2.5 แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลซึ่งสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ของเฟอร์เรนส์ และเฟาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985) ผู้วิจัยทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลจำนวน 87 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์รอนบาคแอลฟา เท่ากับ .96

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/pc⁺ (Statistic Package for the Social Science) version 11.5 for Windows ในการวิเคราะห์สถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ส่วนสถานการณ์ความเครียดนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า

1. สถานการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลมี 2 ลักษณะคือ สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับผู้เป็นมะเร็งและสถานการณ์ที่เกี่ยวกับตัวญาติผู้ดูแลเอง โดยสถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับผู้เป็นมะเร็ง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และ การปฏิเสธการรักษาของผู้ที่เป็นมะเร็ง ส่วนสถานการณ์ที่เกี่ยวกับตัวของญาติผู้ดูแลเอง ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่ใจในผลการรักษา กิจกรรมการ

ดูแล ผลกระทบต่อหน้าที่การงาน และผลกระทบต่อรายได้และภาระรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น จากการสัมภาษณ์ระดับความเครียดพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลาง

2. ญาติผู้ดูแลทุกรายใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ การบรรเทาความเครียด และการจัดการกับอารมณ์ตามลำดับ

3. ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง โดยได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเป็นการช่วยเหลือที่ญาติผู้ดูแลได้รับมากที่สุด

4. ด้านคุณภาพชีวิตพบว่า ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตระดับดี เมื่อนำระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมเข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อทำนายคุณภาพชีวิตหลังควบคุมอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการดูแล พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 17.7 โดยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด โดยทำนายได้ร้อยละ 13.4 และรองลงมาคือการเผชิญความเครียดซึ่งสามารถทำนายได้ร้อยละ 4.3

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นญาติผู้ดูแลของผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลรามารบดิ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงญาติผู้ดูแลของผู้ที่เป็นมะเร็งที่รับการรักษาที่อื่นๆ และการให้ญาตินึกถึงสถานการณ์การดูแลและการเผชิญความเครียดที่ผ่านมา 1 เดือนอาจทำให้ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์อื่นๆที่เข้ามาเกี่ยวข้องได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวความคิดการให้ความสำคัญแก่ญาติผู้ดูแล เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลญาติที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และการให้การสนับสนุนที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแลได้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษานี้ควรเผยแพร่แก่เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับเคมีบำบัด เนื่องจากญาติของผู้ป่วยที่ให้การดูแลจะมีความเครียดจากการให้การดูแล ซึ่งสถานการณ์ความเครียดที่พบมากที่สุดคือ การรับประทานอาหารไม่ได้หรือรับประทานอาหารไม่ได้ลดลง ภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นมะเร็ง และผลข้างเคียงจากการรักษา การกลัวว่าจะรักษาไม่หาย และการจัดการเกี่ยวกับการดูแล ดังนั้นการให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งรวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความเครียดได้ นอกจากนี้การดูแลเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ญาติผู้ดูแลให้ความสนใจเป็นพิเศษ และเป็นการให้การสนับสนุนที่เหมาะสมเพื่อให้ญาติผู้ดูแลจัดการกับความเครียดได้ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอรูปแบบในการให้การช่วยเหลือและดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้

1. เนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งมารับการรักษาในลักษณะผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งและญาติผู้ดูแลมีเวลาในการซักถามและรับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่น้อย การจัดทำคู่มือการดูแลการดูแลผู้ป่วยที่เนื้อหาที่มีความละเอียดจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเพียงพอ และควรให้มีการจัดรูปแบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์สอบถามหรือปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับเคมีบำบัดที่บ้าน

2. ควรมีการจัดกลุ่มให้ความรู้เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลด้วยกันเอง โดยเฉพาะในรายที่ให้การดูแลแล้วหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและได้ผลดี โดยมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพพร้อมเข้ากลุ่มด้วย จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาในการซักถามปัญหามากขึ้น และเป็นโอกาสที่เจ้าหน้าที่จะแสดงความเข้าใจ และเห็นใจในปัญหาที่ญาติประสบซึ่งจะเป็นการช่วยญาติผู้ดูแลได้ผ่อนคลาย และได้รับข้อมูลและกำลังใจจากผู้ที่มีประสบการณ์เดียวกัน โดยเวลาที่เหมาะสมในการเข้ากลุ่มคือ ช่วงเวลาที่ญาติรอผู้ป่วยขณะรับยาเคมีบำบัด ซึ่งบางรายต้องรอนานถึง 4 ชั่วโมง ซึ่งเป็นเวลาที่ญาติมีเวลาว่างมากพอในการทำกิจกรรมร่วมกัน

3. ควรมีการประเมินความเครียดและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆของญาติผู้ดูแลทุกราย เพื่อวางแผนให้การดูแลได้เหมาะสมในแต่ละรายอันจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการประเมินคุณภาพชีวิตเป็นระยะในรายที่ต้องดูแลเป็นระยะเวลานาน ถึงแม้ว่าผลการศึกษานี้ระดับความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่ในการดูแลในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นอาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งข้อมูลที่ได้อาจช่วยพยาบาลสามารถวางแผนให้การดูแลและช่วยเหลือญาติผู้ดูแลและผู้ที่เป็นมะเร็งได้อย่างเหมาะสม

ด้านการศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลที่สนับสนุนการให้ความสำคัญแก่การดูแลญาติผู้ดูแลที่เข้ามารับบทบาทการให้การดูแล เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติในหน่วยงานที่มีญาติผู้ดูแลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังได้เข้าใจและช่วยเหลือได้เหมาะสม การศึกษาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลในหน่วยงานดังกล่าว ควรตระหนักถึงผลกระทบของการให้การดูแลที่มีต่อทั้งตัวญาติผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมถึงครอบครัว และส่งเสริมให้มีการจัดหลักสูตรการศึกษาหรืออบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล เนื่องจากปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และการรักษาที่มีประสิทธิภาพช่วยให้การรอดชีวิตมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวแต่ต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นมากขึ้น เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงและผลข้างเคียงจากการรักษาที่มีต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้จำนวนของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเข้ามารับบทบาทในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยมากขึ้น ซึ่งหากมีการจัดการศึกษาเพิ่มเติมในด้านนี้แล้วนั้นจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น และส่งผลที่ดีต่อสังคมโดยรวมได้

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

จากข้อจำกัดของการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรเป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อประเมินความเครียดในระยะแรก จากนั้นหลังจากที่ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากจากแหล่งต่างๆ แล้วจึงวัดคุณภาพชีวิตในระยะสุดท้าย ซึ่งอาจจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ญาติผู้ดูแลประเมินได้ตรงมากกว่าการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study)
2. การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดที่นานกว่า 1 เดือน อาจทำให้เห็นผลกระทบจากการรักษาที่มีต่อญาติผู้ดูแลมากขึ้น เนื่องจากการให้ยาเคมีบำบัดผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิดแตกต่างกัน และระยะเวลาในการให้ยาที่แตกต่างกัน อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงแก่ผู้ป่วยต่างกัน อันจะมีผลกระทบต่อผู้ที่ให้การดูแลแตกต่างกันด้วย
3. การศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงและการเลือกใช้แหล่งข้อมูลที่มีอยู่ทั่วไป เช่น ห้องสมุด หนังสือนิตยสาร หรืออินเทอร์เน็ต เพื่อวางแผนการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลที่จำเป็นในการนำความรู้และข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน
4. การศึกษาเชิงทดลองในการทำกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ เพื่อลดความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล รวมทั้งการพบปะสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว (Family meeting) เพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแล เพื่อให้สมาชิกคนอื่นๆ ได้เข้าใจแผนการรักษาและเข้าใจบทบาทของผู้ที่ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อันจะส่งผลที่ดีต่อผลการรักษาของผู้ป่วย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล 4536559 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม D.S.N. (Adult Health Nursing), ชีราภรณ์ จันทร์ดา Ph. D. (Nursing)**บทสรุปสำหรับผู้บริหาร****บทนำ**

โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรโลก คร่าชีวิตมนุษย์มากที่สุดโรคหนึ่ง รายงานจากมรณบัตรในประเทศไทยปี พ.ศ. 2547 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับสอง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548) ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั่วประเทศไทยยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สถิติจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งก็สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง(สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548) การวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งมีความก้าวหน้าขึ้นมากทำให้สามารถยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น แต่ส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจึงกลายเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Hileman, Lackey & Hassanein, 1992; Chan & Chang, 1999)

เมื่อพิจารณาถึงนโยบายการรักษาพยาบาลในปัจจุบันจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลสั้นลง ทั้งนี้เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ และอัตราค่ารักษาพยาบาลที่สูงมากขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเป็นส่วนใหญ่(ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ส่งผลให้ผู้ที่ เป็นมะเร็งจะได้รับการดูแลที่บ้านโดยสมาชิกในครอบครัว ทำให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านทวีจำนวนมากขึ้น และเป็นที่คาดหมายว่าจะทวีจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่องไปอีก 50 ปีข้างหน้า (Hileman, et al., 1992)

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง มีทั้งความต้องการการดูแลทางด้านร่างกายจากอาการไม่สบายที่เกิดจากโรค รวมทั้งผลที่ตามมาจากการรักษา ทำให้มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรืออ่อนเพลีย เป็นต้น (Siegel, Raveis, Houts & Mor, 1991)โดยทั่วไปการ

รักษาโรคมะเร็งมี 3 วิธี ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี และการผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลข้างเคียงและอาการไม่สุขสบายจากการรักษา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Chernecky, 1998; Wilkes, 2001) และการให้เคมีบำบัดมีระยะเวลาการรักษานาน คือ จะให้ประมาณ 5-10 ชุด ระยะห่างแต่ละชุดประมาณ 3-4 สัปดาห์ ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจึงเกิดขึ้นนาน (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) ซึ่งแตกต่างจากการรักษาด้วยการผ่าตัดและการฉายรังสีที่ระยะเวลาการรักษาสั้นกว่า

ภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นงานใหม่ที่เพิ่มขึ้นจากปกติ ประกอบกับญาติผู้ดูแลที่บ้านยังมีหน้าที่การงาน ความรับผิดชอบและชีวิตส่วนตัวเดิมที่มีอยู่ ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกันสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของญาติผู้ดูแลที่บ้านเป็นปัจจัยส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ภาวะจิตใจและความผาสุกของญาติผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลโดยตรงหรือทางอ้อมแก่ผู้ป่วยด้วย (Aranda & Hayman-White, 2001; Jansen & Given, 1991; Stephens, Norris, Kinney, Ritchie, & Grotz, 1988) แม้ว่าการเป็นญาติผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางด้านลบ แต่ยังพบว่าญาติผู้ดูแลจำนวนไม่น้อยที่ได้รับความรู้สึกที่ดีจากการเป็นญาติผู้ดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Nijboer, et al, 1998) เช่น รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเป็นที่ต้องการ เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแรงสนับสนุนเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำหน้าที่ช่วยลดหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะเครียด (Buffering effect model) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบุคคลในการประเมินความรุนแรงของภาวะเครียด และช่วยลดปฏิกิริยาที่เกิดจากภาวะเครียด (Cohen & Will, 1985) สอดคล้องกับลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่พิจารณาว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียด ทำหน้าที่เป็นกันชนรองรับภาวะเครียด โดยจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกในญาติผู้ดูแล พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ในระดับปานกลาง (Wang, 1998)

อย่างไรก็ตาม ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะของการรักษาต้องเผชิญกับปัญหาและความต้องการการดูแลอย่างมาก อีกทั้งต้องปรับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบต่าง ๆ และเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งหากญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะเครียด จำเป็นต้องใช้วิธีการเผชิญกับความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย

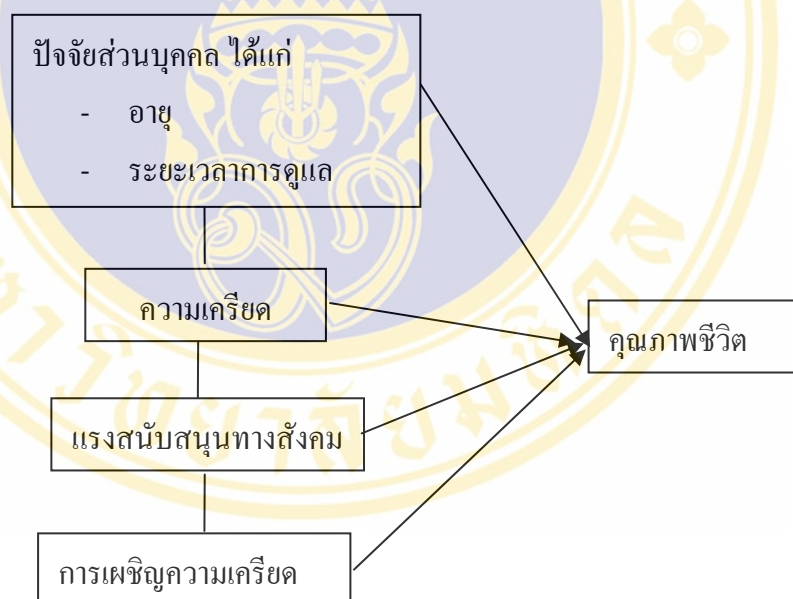
ทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของ ลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) อธิบายความเครียดในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน มโนคติหลักของทฤษฎีนี้มี 3 มโนคติ คือ ความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียด ซึ่งความเครียด หมายถึง “เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และบุคคลจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง” (Lazarus & Folkman, 1984) การประเมินตัดสิน เป็น “กระบวนการประเมินเพื่อตัดสินว่า ทำไมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเครียด” (Lazarus & Folkman, 1984) แบ่งออกเป็น การประเมินปฐมภูมิและการประเมินทุติยภูมิ การประเมินว่าเป็นความเครียด สามารถประเมินได้ใน 3 ลักษณะ คือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm and loss) คุกคาม (threat) และท้าทาย (challenge) ส่วนการประเมินทุติยภูมิ เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

การประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) ได้แก่ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ลักษณะของสถานการณ์ ความรุนแรงของสถานการณ์ และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (personal factors) ได้แก่ ข้อผูกพัน (commitments) ความเชื่อของบุคคล (beliefs) และสติปัญญาของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

การเผชิญความเครียด (coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามในการจัดการกับความเครียด ซึ่งตามความหมายของการเผชิญความเครียดนี้ จัดว่าเป็นกระบวนการหนึ่งของการปรับตัว และเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเผชิญสถานการณ์มี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) จัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งใน Coping resource ซึ่งมีหน้าที่เป็นกันชน (Buffering) รองรับความเครียดในการประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น และมีผลต่อผลลัพธ์ในการปรับตัว (Lazarus & Folkman, 1984; 243) ซึ่งแบ่งเป็น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของ

ลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มองผลของการประเมินตัดสิน (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping) ต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวใน 3 ด้านคือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health)

จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟคแมน ในการศึกษาครั้งนี้จะสามารถอธิบายความเครียดในรูปของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งหมายถึงญาติผู้ดูแลกับสิ่งแวดล้อม คือ สถานการณ์ในการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยนั้นว่ามีการใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง อันมีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และญาติผู้ดูแลมีวิธีการในการเผชิญแตกต่างกัน ซึ่งผลของการประเมินตัดสินใจและการเผชิญความเครียดที่ใช้จะมีผลต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวที่สะท้อนอยู่ในคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลโดยแสดงในรูปที่ 1 และเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการดูแล มีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล(สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; Baile, Norbeck & Barnes, 1988; Gaynor, 1986; Hoyert & Seltzer, 1996) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ควบคุมอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวที่จะมีผลต่อคุณภาพชีวิต ด้วย



รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ที่นำมาศึกษา

คำถามการวิจัย ประกอบด้วย

1. สถานการณ์อะไรบ้างที่ก่อให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ระดับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อยู่ในระดับใด

3. ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีวิธีการเผชิญความเครียดแบบใด

4. ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากใคร มากน้อยเพียงใด

5. คุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นอย่างไร

6. ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้หรือไม่ ภายหลังควบคุมอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการดูแล

วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อศึกษา

1. สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2. ความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

3. ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายหลังควบคุมอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการดูแล

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 87 คน ทำการศึกษาดังแต่ 27 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2547

คำจำกัดความ

ญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลหรือญาติในครอบครัวที่ผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดระบุว่าเป็นผู้ที่เป็นหลักในการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกายและ/หรือจิตใจอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

ความเครียด หมายถึง สถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลประเมินการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดว่า มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและต้องใช้เวลาประโชชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ

การเผชิญความเครียด หมายถึง ความพยายามของญาติผู้ดูแลในการใช้วิธีการเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อให้ได้รับความรัก ความพึงพอใจ และการดูแลช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญกำลังใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คุณภาพชีวิต หมายถึง การให้ความสำคัญและความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิต

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยบางประการของญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 เดือน ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการดูแล

อายุ หมายถึง อายุของผู้ที่ให้การดูแลหน่วยเป็นจำนวนเต็มปีหลังวันเกิดครั้งล่าสุด วัดจากแบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ระยะเวลาการดูแล หมายถึง ระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้านอย่างต่อเนื่องภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หน่วยเป็นสัปดาห์ วัดจากแบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งทุกระยะที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 เดือนที่มีความเครียดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามารับดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ (normal cognitive status) เพื่อเข้าร่วมการวิจัย ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย ไอแซคส์ และ อักฮ์ตาร์ (Isaacs & Akhtar 1972 cited in Isaacs & Kennie 1973) คะแนนสูงสุดในการทดสอบเท่ากับ 40 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน กำหนดให้ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีสมรรถภาพสมองดี

คำถามสำหรับคัดกรองญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการให้การดูแล เป็นข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ที่สอบถามความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยญาติผู้ดูแลที่ตอบว่ามีความเครียดจะถูกเชิญเข้าร่วมการวิจัย

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ของญาติผู้ดูแล และผู้ที่เป็นมะเร็ง

แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด ใช้สัมภาษณ์ สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามปลายเปิด 2 คำถาม ใช้สัมภาษณ์สถานการณ์ในการดูแลที่ ก่อให้เกิดความเครียดกับญาติผู้ดูแล ผลกระทบของความเครียดที่มีต่อญาติผู้ดูแลรวมทั้งความเครียด อื่นๆของญาติผู้ดูแลในระหว่างที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง

ส่วนที่ 2 เป็นการวัดระดับของความเครียดของสถานการณ์ในการดูแลว่า สถานการณ์เหล่านั้นก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด เกณฑ์การให้คะแนนเป็นvisual analog scale โดยใช้เส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ผู้วิจัยอธิบายให้ญาติผู้ดูแลทราบว่าด้านซ้ายมือ สุดของเส้นตรงหมายความว่ามีความเครียดน้อยสุดเป็น 1 คะแนน ส่วนด้านขวาสุดมี ความเครียดมากที่สุดเป็น 100 คะแนน และให้ญาติผู้ดูแลขีดเส้นตัดลงไปที่เส้นวัดระดับความเครียด ในตำแหน่งที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าเป็นระดับความเครียดของตน เมื่อญาติผู้ดูแลประเมินเสร็จ ผู้วิจัย วัดความยาวจากจุดซ้ายสุดถึงจุดตัดบนเส้นวัดระดับความเครียด โดยใช้หน่วยวัดเป็นมิลลิเมตร ความ ยาวที่วัดได้หมายถึงระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล

แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) ใช้วัดการ เผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ นำเครื่องมือของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) มาใช้ ซึ่งนงลักษณ์ บุญเยี่ย (2537) เป็นผู้แปลเป็น ภาษาไทย โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยข้อความที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญกับความเครียด จำนวน 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การมุ่งแก้ปัญหา 13 ข้อ การจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ การบรรเทาความเครียด 14 ข้อ ในการศึกษา ครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลจำนวน 87 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์การอน บาอัลฟา .85

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแล ได้รับในขณะที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามซึ่งจุฬารักษ์ กวีวิรัช ชัย (2536) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, S., 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire Part II = SSQ Part II) สร้างโดย เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer, et al., 1981) และนอร์

เบค และคณะ (Norbeck, et al., 1981) ใช้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมใน 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ และความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร จาก 3 แหล่ง คือ สมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลจำนวน 87 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha เท่ากับ .85

แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ใช้วัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของของสมฤดี ลิทธิมงคล (2541) ที่ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ของเฟอร์แรนส์ และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985) มาปรับปรุงข้อคำถามเครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่ปรับปรุงแล้วมีจำนวนทั้งสิ้น 40 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อเป็นการให้คะแนนใน 2 ลักษณะ คือ การให้ความสำคัญและความพึงพอใจต่อเรื่องนั้น ๆ การศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลจำนวน 87 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha เท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยได้สำรวจรายชื่อผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน ได้แก่ หอผู้ป่วยนรีเวช หูคอจมูก และหน่วยให้ยาเคมีบำบัด (Short stay) และแผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ได้แก่ แผนกตรวจโรคอายุรกรรม หูคอจมูก และนรีเวช โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อพบผู้ป่วย ผู้วิจัยแนะนำตัว และให้ผู้ป่วยระบุบุคคลที่เป็นญาติผู้ดูแล และตรวจสอบคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้คำถามในการคัดกรองผู้ที่มีความเครียดจากการให้การดูแล และกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอายุเกิน 60 ปี ให้ตอบแบบทดสอบหมวดหมู่มาก่อน โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อญาติผู้ดูแลยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยดังนี้ ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยอ่านให้ฟังทีละข้อและให้ญาติผู้ดูแลเลือกตอบ และเพื่ออำนวยความสะดวกและลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลจากการให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยเพื่อดูแลผู้ป่วยในระหว่างที่ญาติผู้ดูแลไปให้ข้อมูล ผู้วิจัยจัดให้ญาติผู้ดูแลให้ตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตเป็นอันดับแรก หลังจากนั้นให้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ถามถึง สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด โดยเล่าเหตุการณ์

ให้ผู้วิจัยบันทึกเสียง เมื่อญาติผู้ดูแลบรรยายจบให้ประเมินระดับความเครียดของสถานการณ์เหล่านั้นในภาพรวม หลังจากนั้นให้ตอบแบบสอบถามการเผชิญความเครียด ให้ญาติผู้ดูแลเลือกระดับความถี่ของวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นอันดับสุดท้าย

ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลในขณะนั้น ผู้วิจัยได้ให้ญาติผู้ดูแลตอบเฉพาะแบบวัดคุณภาพชีวิตและแบบสัมภาษณ์สถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด และระดับความเครียดโดยการบันทึกเทปซึ่งใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามตามลำดับก่อนหลัง และให้ญาติผู้ดูแลกลับไปทำที่บ้าน และให้ส่งกลับถึงผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ภายใน 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้เตรียมซองจดหมาย ติดแสตมป์จ่ายหน้าซองถึงผู้วิจัยแนบไปด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยผู้วิจัยจะเป็นผู้ลงบันทึกด้วยตนเองโดยบันทึกจากทะเบียนประวัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. กำหนดรหัสข้อมูล และจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด (ที่ทำได้)
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/pc⁺ (Statistic Package for the Social Science) version 11.5 for Windows
 - 2.1 คุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
 - 2.2 ข้อมูลสถานการณ์ความเครียด และระดับความเครียด แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนคือ สถานการณ์ความเครียด นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จัดแยกเข้าหมวดหมู่ (categories) ของสถานการณ์ และวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ และร้อยละ) ระดับความเครียด วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ)
 - 2.3 การเผชิญปัญหา วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของคะแนนจริง (raw scores) และคะแนนสัมพัทธ์ (relative scores)
 - 2.4 แรงสนับสนุนทางสังคมวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
 - 2.5 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
 - 2.6 หาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัย

ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 87 ราย อายุเฉลี่ย 43.36 ปี (SD= 12.28) อายุน้อยที่สุด 19 ปี และอายุมากที่สุดคือ 69 ปี ระยะเวลาในการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งหลังจากได้รับเคมีบำบัดตั้งแต่ 4 ถึง 72 สัปดาห์ เฉลี่ย 16.45 สัปดาห์ และอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ที่เป็นมะเร็งที่สั้นที่สุดคือ 6 เดือน ส่วนนานที่สุดคือ 49 ปี ค่าใช้จ่ายที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งเฉลี่ยเดือนละ 8,390.80 บาท (SD= 25,561.76)

ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีสถานภาพสมรสร้อยละ 62.1 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ที่เป็นมะเร็งร้อยละ 32.2 คู่สมรสร้อยละ 31 และเป็นพี่หรือน้องร้อยละ 27.6 ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี และมีจำนวน 28 รายไม่ได้ประกอบอาชีพด้านประสบการณ์ที่เคยมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีเพียงร้อยละ 27.6 ที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลร้อยละ 74.7 ยังต้องมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกซึ่งไม่รวมผู้ที่เป็นมะเร็ง และร้อยละ 44.8 ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง สำหรับรายได้ของญาติผู้ดูแลพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และมีญาติผู้ดูแลร้อยละ 19.5 ที่ไม่มีรายได้ ด้านรายจ่ายที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งคือ ค่าอาหาร การเดินทาง และยาและการรักษา

จากการประเมินสภาวะสุขภาพตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง พบว่า มี 3 รายที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี และมี 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.4 ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งในจำนวนนี้มี 3 รายที่มีโรคประจำตัวร่วมกันถึง 2 โรค ญาติผู้ดูแลนอกจากจะต้องมีบทบาทในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งแล้ว ยังต้องรับผิดชอบบทบาทอื่นๆอีก ได้แก่ รับผิดชอบบุตร ดูแลบุพการี ดูแลคู่สมรส ทำงานนอกบ้าน และทำงานบ้านอีกด้วย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นมะเร็งรวบรวมได้จากเวชระเบียน พบว่าคุณลักษณะของผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.1 อายุเฉลี่ย 54.64 ปี (SD= 12.45) ประกอบด้วยผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 39.1 มะเร็งทางเดินอาหารร้อยละ 21.8 มะเร็งปอดร้อยละ 13.8 มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะร้อยละ 13.8 มะเร็งศีรษะและลำคอร้อยละ 6.9 และมะเร็งระบบโลหิตร้อยละ 4.6 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.3 อยู่ในระยะแรกของการรักษาคือเจ็บป่วยมาประมาณ 1 ถึง 12 เดือน และส่วนใหญ่ร้อยละ 59.7 รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ถึง 4 ส่วนสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษานั้นผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่สามารถเบิกค่ารักษาจากต้นสังกัดได้

สถานการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ความเครียด คือ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดกังวลใจ ทุกข์ใจ การให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดนั้น ผู้ที่ให้การดูแลมักพบกับสถานการณ์ที่ผู้ที่เป็นมะเร็งต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายเนื่องมาจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด และเนื่องจากมะเร็งเป็นโรคที่รุนแรง การรักษาที่มีผลข้างเคียงมากจึงเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลบางรายไม่แน่ใจในผลการรักษา รวมทั้งการต้องให้การดูแลที่เพิ่มมากขึ้นจากสภาพร่างกายที่อ่อนเพลีย และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย สถานการณ์เหล่านี้ล้วนเป็นสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อมกับญาติผู้ดูแล สถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ญาติผู้ดูแลบรรยายในงานวิจัยนี้พบว่า สามารถแบ่งออกได้ 2 ลักษณะคือ สถานการณ์ความเครียดเกี่ยวกับผู้ที่เป็นมะเร็งและสถานการณ์ความเครียดเกี่ยวกับตัวญาติผู้ดูแลเอง

สถานการณ์ความเครียดเกี่ยวกับผู้ที่เป็นมะเร็ง ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดโดยทั่วไป
แล้วการได้รับเคมีบำบัดจะมีผลกระทบทางตรงด้านร่างกายต่อผู้ที่เป็นมะเร็ง ญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบในทางอ้อมจากการให้การดูแลคือ ต้องหาวิธีเพื่อให้ผู้ที่เป็นมะเร็งรับประทานอาหารได้ ความรู้สึกที่อยากจะช่วยเหลือเมื่อเห็นญาติของตนเป็นทุกข์ รวมทั้งสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง เหล่านี้ล้วนเป็นสถานการณ์การดูแลที่ทำให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแลจำนวน 33 ราย ที่

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้ที่เป็นมะเร็ง จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่เป็นญาติใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นมะเร็งและอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับการเคมีบำบัดรวมทั้งมีปัญหาทางด้านจิตใจ จึงเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ พบว่ามีญาติผู้ดูแลมีสถานการณ์ความเครียดดังกล่าวจำนวน 11 ราย

3. การปฏิเสธการรักษาของผู้ที่เป็นมะเร็ง การรักษาด้วยเคมีบำบัดถึงแม้ว่าจะมีผลข้างเคียงมาก แต่การตัดสินใจรับการรักษาของผู้ที่เป็นมะเร็งก็เพื่อหวังผลในการรักษา เพื่อให้หายขาดหรือเพื่อการประคับประคอง แต่เมื่อได้รับยาไปในระยะหนึ่งแล้ว ผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่มักเกิดอาการไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและปฏิเสธที่จะรับการรักษาต่อ จึงทำให้เกิดความเครียดกับผู้ดูแลได้ พบว่าญาติผู้ดูแลจำนวน 2 ราย ที่มีความเครียดจากสถานการณ์ดังกล่าว

สถานการณ์ที่เกี่ยวกับตัวญาติผู้ดูแลเอง ได้แก่

1. ความรู้สึกไม่แน่ใจในผลการรักษา เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติใกล้ชิดกับผู้ที่ เป็นมะเร็ง และอาศัยอยู่ร่วมกันมาเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งการได้รับข้อมูลของโรคมะเร็งที่ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย โอกาสรอดมีน้อย ดังนั้นความรู้สึกกลัวว่าการรักษาจะไม่ได้ผล หรือกลัวว่าผู้ป่วยจะรักษาต่อไปไม่ได้จึงเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด พบว่าเป็นสถานการณ์ความเครียดที่พบได้มากในญาติผู้ดูแลจำนวนถึง 23 ราย

2. กิจกรรมการดูแล เนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่เข้า ร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด แต่เนื่องจากหลังจากได้รับเคมีบำบัดไปในระยะแรก ผู้ที่เป็นมะเร็งบางรายอาจมีอาการอ่อนเพลีย ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง ส่วนในรายที่ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมดกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลมีบทบาทมากที่สุดคือ การดูแลเกี่ยวกับอาหารการกินของผู้ป่วย เช่น การจัดหาชนิดอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับโรคให้กับผู้ที่เป็นมะเร็ง รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการหาวิธีลดอาการรบกวน ในการรับประทาน พบว่ามีญาติผู้ดูแลจำนวน 12 รายที่มีสถานการณ์ความเครียดเหล่านี้

3. ผลกระทบต่อหน้าที่การงาน สถานการณ์นี้มักพบได้เนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.4 ต้องทำงานนอกบ้าน แต่เนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งต้องมารับการรับยาเคมีบำบัดในวันราชการ และตามนโยบายของโรงพยาบาลผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดทุกรายควรมีญาติมาด้วย และการรับเคมีบำบัดต้องรับหลายครั้ง บางรายต้องรับเคมีบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ติดต่อกันนานหลายสัปดาห์ ซึ่งขึ้นอยู่กับโรคที่เป็น และแนวทางการรักษาของแพทย์ ดังนั้นการที่ต้องขาดงานบ่อยครั้งจึงทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ โดยมีญาติผู้ดูแลจำนวน 4 ราย ที่มีความเครียดเกี่ยวกับสถานการณ์นี้

4. รายจ่ายและภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ร้อยละ 74.7 เบิกค่ารักษาจากต้นสังกัดได้ แต่การที่ต้องใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าเดินทาง อาหาร รวมทั้งอาหารเสริม ล้วนมีผลกระทบได้ เนื่องจากการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลานานที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการรักษาวิธีอื่นๆ รวมทั้งผู้ที่เป็นมะเร็งบางรายหลังจากได้รับเคมีบำบัดมีอาการอ่อนเพลีย ทำให้การเดินทางมารับเคมีบำบัดโดยรถประจำทางไม่สะดวก ทำให้ญาติผู้ดูแลมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมทั้งการให้การดูแลที่มีผลต่อการทำงานซึ่งมีผลต่อรายได้ในกรณีที่ทำธุรกิจส่วนตัว พบว่ามีญาติผู้ดูแลจำนวน 2 ราย ที่มีความเครียดเกี่ยวกับสถานการณ์ดังกล่าว

นอกจากจะมีความเครียดในเรื่องการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งแล้ว ญาติผู้ดูแลร้อยละ 41 ยังมีความเครียดเกี่ยวกับ การทำงาน ปัญหาครอบครัว รายได้ และภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งบางรายมี

ความเครียดร่วมกันมากกว่า 1 เรื่อง นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นยังมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ระดับความเครียด

การศึกษาครั้งนี้วัดระดับความเครียดหลังจากญาติผู้ดูแลให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดจากการให้การดูแลญาติที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยใช้แบบวัดระดับความเครียด เกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual analog scale มีคะแนนตั้งแต่ เครียดน้อยที่สุด 1 คะแนน ถึงเครียดมากที่สุด 100 คะแนน พบว่าระดับความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 40.6 (SD= 17.56, พิสัย 4-88)

การเผชิญความเครียด

คะแนนของการเผชิญความเครียดอยู่ระหว่าง 45 ถึง 124 จากคะแนนที่เป็นไปได้ 30 ถึง 180 ค่าเฉลี่ย 89.9 (SD= 15.6) เมื่อพิจารณาการเผชิญความเครียดใน 3 ด้าน ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีคะแนนอยู่ระหว่าง 14-58 เฉลี่ย 39.64 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 11-30 คะแนน เฉลี่ย 16.77 คะแนน ส่วนด้านการบรรเทาความเครียดมีคะแนนอยู่ระหว่าง 15-53 คะแนน เฉลี่ย 33.57 คะแนน และเมื่อพิจารณาคะแนนของค่าที่เป็นไปได้และค่าคะแนนจริงพบว่า คะแนนต่ำสุดของค่าที่เป็นจริงสูงกว่าคะแนนต่ำสุดของค่าที่เป็นไปได้ของการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน จึงสรุปได้ว่าญาติผู้ดูแลทุกรายในงานวิจัยนี้ได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดร่วมกันทั้ง 3 ด้านดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียดรายด้าน และ โดยรวมเมื่อคิดจากคะแนนจริง (Raw score) (n=87)

วิธีการเผชิญความเครียด	Min - Max		M	SD
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
คะแนนรวม	36-180	45-124	89.9	15.68
การเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	14-58	39.64	8.19
การจัดการกับอารมณ์	9-45	11-30	16.77	4.16
การบรรเทาความเครียด	14-70	15-53	33.57	7.09

และเมื่อพิจารณาคะแนนสัมพัทธ์ซึ่งแสดงสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดพบว่า ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด รองลงมาเป็นการบรรเทาความเครียดและการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียดรายด้าน เมื่อคิดจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) (n=87)

วิธีการเผชิญความเครียด	Min-Max	M	SD
การเผชิญหน้ากับปัญหา	.31-.56	.44	.05
การจัดการกับอารมณ์	.12-.31	.19	.03
การบรรเทาความเครียด	.29-.51	.37	.04

แรงสนับสนุนทางสังคม

คะแนนรวมแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 32.44 (SD=8.46, พิสัย 11-49) เมื่อพิจารณาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มต่างๆ พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและบุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3 เนื่องจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ข้อ แบ่งเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ 2 ข้อ ด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ 2 ข้อ และด้านข้อมูลข่าวสาร 1 ข้อ เมื่อพิจารณาประเภทของการได้รับการสนับสนุนรายด้าน คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของและการบริการจึงถูกหารด้วย 2 พบว่า คะแนนการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวด้านอารมณ์เท่ากับ 2.97 ด้านสิ่งของและการได้รับการบริการเท่ากับ 2.47 การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดด้านอารมณ์เท่ากับ 2.29 ด้านสิ่งของและการบริการเท่ากับ 1.51 ส่วนการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ด้านอารมณ์เท่ากับ 2.27 และด้านสิ่งของและการบริการเท่ากับ .68 ดังนั้นเห็นได้ว่าสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และสิ่งของแก่ญาติผู้ดูแลมากที่สุด ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุดและเป็นการสนับสนุนที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าได้รับมากที่สุดจากทุกแหล่งและในทุกด้าน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าพิสัยของแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกรายกลุ่ม และรายด้าน(n=87)

แหล่งสนับสนุน แรงสนับสนุน	กลุ่มสมาชิกในครอบครัว			กลุ่มบุคคลใกล้ชิด			กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์		
	M	SD	Range	M	SD	Range	M	SD	Range
• การสนับสนุนด้านอารมณ์	5.94	1.50	2-8	4.59	1.58	0-8	4.54	2.00	0-8
• การสนับสนุนด้านสิ่งของและการได้รับบริการ	4.93	1.98	0-8	3.02	2.25	0-8	1.35	1.64	0-6
• การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	2.76	0.86	0-4	2.31	0.91	0-4	3.00	0.73	1-4
โดยรวม	13.63	3.76	3-20	9.91	4.14	1-20	8.89	3.29	2-17

คุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลวัดได้จากการให้ความสำคัญและความพึงพอใจต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตหลังจากให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งอย่างน้อย 1 เดือน โดยคิดคะแนนรวมทั้งจากการให้ความสำคัญและการความพึงพอใจต่อเหตุการณ์ต่างๆ จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเฉลี่ย 22.99 (SD= 2.97) อยู่ระหว่าง 16.66 ถึง 28.99 จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 30

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิต พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .37, p < .01$) และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.23, p < .05$) ส่วนระดับความเครียด อายุ และระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการดูแล ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และ คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (n=87)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1 คุณภาพชีวิต	1.00					
2 อายุ	.08	1.00				
3 ระยะเวลาการดูแล	-.06	.06	1.00			
4 การเผชิญความเครียด	-.23*	-.15	.15	1.00		
5 แรงสนับสนุนทางสังคม	.37*	.10	.07	-.01	1.00	
6 ระดับความเครียด	-.16	.09	-.12	.28*	-.03	1.00

* $p < .05$

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยนี้ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ และระยะเวลาการดูแล จึงกำหนดให้ปัจจัยดังกล่าวเข้าสมการเป็นอันดับแรก พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 1 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .010$, $F_{change(2,84)} = .44$, $p > .05$) หลังจากนั้นตัวแปรที่เหลือจะถูกคัดเลือกเข้าสมการโดยวิธีถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17.7 โดยแรงสนับสนุนทางสังคมอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 13.4 ($R^2 = .134$, $F_{change(3,83)} = 12.98$, $p < .01$) และการเผชิญความเครียดอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 4.3 ($R^2 = .043$, $F_{change(4,82)} = 4.28$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัจจัยทำนาย	R^2	R^2 change	F change	β	t
อายุ				.012	0.12
ระยะเวลาการดูแล	.010	.010	.44	-.054	-0.53
แรงสนับสนุนทางสังคม	.144	.134	12.98	.368	3.66*
การเผชิญความเครียด	.187	.043	4.28	-.211	-2.07*

(overall $F_{4,82}$), Constant= 22.52, * $p < .05$

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลมี 2 ลักษณะคือ 1) สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับผู้ที่เป็นมะเร็ง และ 2) สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับตัวของญาติผู้ดูแลเอง เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งได้รับเคมีบำบัดไปแล้วนั้น จะได้รับผลข้างเคียงที่พบบ่อย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาเจียน เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง และปฏิเสธการรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อญาติผู้ดูแล เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง และมีญาติผู้ดูแลถึงร้อยละ 72.4 ที่ไม่เคยมีสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมาก่อนจึงทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นความเครียด ซึ่งในทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า iva ปัจจัยในสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลประเมินตัดสินเหตุการณ์

ว่าเป็นความเครียดและคุกคามคือ สถานการณ์ที่มีความแปลกใหม่ (Novelty) หรือสถานการณ์ที่บุคคลไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงสอดคล้องกับปัจจัยในสถานการณ์ที่ทฤษฎีกล่าว

นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลร้อยละ 51.7 ต้องทำงานนอกบ้าน แต่เนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลผู้ที่เป็นมะเร็งควรมีญาติมาด้วยทุกครั้งที่มารับเคมีบำบัด ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุให้ญาติผู้ดูแลบางรายต้องขาดงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซูชิน ชิวพูนผล (2541) ที่พบว่ากิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าก่อให้เกิดภาระมากที่สุดคือ การเดินทางร่วมกับผู้ป่วยไปรับการรักษา และญาติจะเกิดความเครียดมากเมื่อต้องใช้เวลาทั้งหมดไปกับการเดินทาง (Oberst, et al., 1989) และถึงแม้ว่าจะมีผู้ที่เป็นมะเร็งเพียงร้อยละ 25.3 ที่ต้องจ่ายค่ารักษาเอง แต่ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจก็เป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องใช้จ่ายประมาณเดือนละ 8,000 บาท ในการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ อาหาร การเดินทางและค่ายา และเนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังและการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลานาน ดังนั้นความเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจึงมักจะเกิดได้ โดยเฉพาะในครอบครัวที่ไม่มีเงินออม (รุจา ภูไพบูลย์, 2535)

ญาติผู้ดูแลประเมินความเครียดในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลประเมินว่ามะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรง รักษาไม่หาย นอกจากนี้ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการให้การดูแลมาก่อนและผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแตกต่างจากบางการศึกษาที่ญาติผู้ดูแลประเมินความเครียดในระดับต่ำ (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; Sirapo-ngam, Y., 1994; Sirapo-ngam, Y., et al., 2000) เนื่องจากการดูแลมีระยะเวลานานกว่า และผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลมากกว่า สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซาลัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 25) กล่าวคือ การตัดสินระดับความรุนแรงของความเครียดขึ้นอยู่กับ การประสมกับเหตุการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ การที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์นั้นได้ จึงทำให้ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับที่สูงกว่าได้

เมื่อพิจารณาคะแนนจริงของการเผชิญความเครียดรายด้าน พบว่าคะแนนต่ำสุดของค่าที่เป็นจริงมากกว่าคะแนนต่ำสุดของคะแนนที่เป็นไปได้ แสดงว่าญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีความเครียดของลาซาลัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งการจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) และการจัดการกับปัญหา (Problem-focused coping) ร่วมกันในการจัดการกับความเครียดทั้งภายนอกและภายในที่เกิดขึ้นในชีวิต เมื่อพิจารณาคะแนนสัมพันธสัมพันธ์

การเผชิญความเครียดรายด้านญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหา มากที่สุดและใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่ผ่านมา (กิตติกร นิลมานัต, 2538; สมฤดี ลิทธิมงคล, 2541; Sirapo-ngam, et al., 2000) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากผู้ที่เป็นมะเร็งมีสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากผลข้างเคียงของการรักษา ญาติผู้ดูแลจึงเลือกที่จะใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ เพื่อปรับสภาวะอารมณ์ของตนเองให้สมดุล ก่อนที่จะคิดแก้ปัญหาต่อไป

ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนโดยรวมทั้ง 3 ด้านมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว บุคคล ใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Baille, et al., 1988; Oberst, 1989; Stommel & Kingry, 1991) ทั้งนี้เนื่องจากความใกล้ชิดและความสัมพันธ์ ของสังคมไทยที่สมาชิกในครอบครัวจะมีความใกล้ชิดกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันยามทุกข์ยากและ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ประมาณ 1 ใน 3 เป็นบุตรที่ดูแลบิดาหรือมารดา ซึ่งใน วัฒนธรรมไทยเป็นการแสดงถึงความกตัญญูต่อบุพการี ดังนั้นเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัวเข้ามารับหน้าที่ในการดูแลบุพการี สมาชิกที่เหลือที่ไม่สามารถรับบทบาทหลักในการดูแล บุพการีได้จึงเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนบุคคลที่มีหน้าที่หลักในการให้การดูแล เพื่อช่วยแบ่ง เบาภาระ ส่วนการได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุดจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเทียบกับการสนับสนุนทุกด้านจากกลุ่ม สมาชิกในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด อาจเป็นเพราะเป็นหน้าที่รับผิดชอบของกลุ่มบุคลากรด้าน การแพทย์ที่ต้องให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของอีริกสันและลอรี (Erikson & Lauri, 2000) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอารมณ์ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 47 ปี และร้อยละ 27.5 มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าผลการศึกษพบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุน ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าด้านอารมณ์

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($M=22.99$, $SD=2.97$) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2536; สมฤดี ลิทธิมงคล, 2541; Zacharias et al., 1994) การที่คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับค่อนข้างสูงอาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ใน วัยกลางคน ($M=43.36$, $SD=12.28$) มีสุขภาพปานกลางถึงดี คิดเป็นร้อยละ 96.6 และผู้ที่เป็น มะเร็งสามารถดูแลตนเองได้เกือบทั้งหมด จึงทำให้ญาติผู้ดูแลไม่ต้องมีภาระในการต้องดูแล ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันมากนัก จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งสอดคล้อง ผลการศึกษาของแคร์รี่และคณะ (Carey, et al., 1991) ที่พบว่า อายุของผู้ดูแลและระดับความพึงพา

ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการดูแล ซึ่งญาติผู้ดูแลที่รับรู้ภาระในการดูแลมากจะประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นความเครียด ซึ่งอาจมีผลต่อภาวะอารมณ์ได้

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลคือ แรงสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียด โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p < .05$) (ตารางที่ 4) สอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์เชิงปริมาณของแวง (Wang, 1998) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านบวก และผลการศึกษายังสนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมา (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) ที่พบว่าการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

จากการวิเคราะห์พหุคูณถดถอยแบบขั้นตอน เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล โดยอายุและระยะเวลาการดูแล ถูกกำหนดให้เข้าสมการเป็นอันดับแรก พบว่าอายุและระยะเวลาการดูแลสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 1 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .010, F_{change(2,84)} = .44, p > .05$) หลังจากนั้นตัวแปรที่เหลือจะถูกเลือกเข้าสมการโดยวิธีถดถอยแบบขั้นตอน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 2 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 13.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .134, F_{change(3,83)} = 12.98, p < .05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .368 แสดงว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด คือเมื่อญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Chan & Chang, 1999; Fink, 1995)

การเผชิญความเครียดเป็นตัวแปรที่เข้าสมการเป็นอันดับที่ 3 โดยอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 4.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .043, F_{change(4,82)} = 4.28, p < .05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.211 แสดงว่าญาติผู้ดูแลที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ

โดยสรุปแล้วจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดสามารถทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ร้อยละ 17.7 ภายหลังควบคุมอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุและระยะเวลาการดูแลแล้ว ส่วนที่เหลือร้อยละ 82.3 ยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งอาจเป็นผลจากอิทธิพลปัจจัยอื่นๆ ที่ผู้วิจัยยังไม่ได้นำมาศึกษาในการศึกษาครั้งนี้

สรุป

จากผลการศึกษาในระยะที่ญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง ญาติผู้ดูแลความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีบทบาทเป็นกันชนรองรับความเครียดที่จะไปมีผลต่อคุณภาพชีวิต และญาติผู้ดูแลยังใช้การเผชิญความเครียดทั้งการจัดการกับปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ร่วมกัน บุคลากรทางสุขภาพจึงควรให้ความสนใจกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแล และพิจารณาการจัดการกับความเครียดเพื่อให้การสนับสนุนที่เหมาะสม อันจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแลได้



PREDICTED FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN FAMILY CAREGIVERS OF PERSONS WITH CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY

WANPEN UNGWATTANASIRIKUL 4536559 RAAN/M

M.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE:

YUPAPIN SIRAPO-NGAM D.S.N. (ADULT HEALTH NURSING) ,
TIRAPORN JUNDA, Ph. D. (NURSING)

EXECUTIVE SUMMARY

INTRODUCTION

Cancer is a major health problem in Thailand and the leading causes of death in 2003. Although, the exact number of cancer patients is unclear, the incidence rate of cancer is rapidly increasing (Suwit Wibulpholprasert, B.E.,2548). With new advance technology of cancer can often extend patients' life, but some advanced cancers still cannot be cured.

For Thailand's national health policy, expects to shorten the length of stay of cancer patients in hospitals, and most cancer patients are admitted usually from critical conditions (Yupapin Sirapo-ngam, B.E. 2539). Thus, most persons with cancer are taking care for by at home. The increased incidence of cancer, along with newly treatments to extend life, will therefore lead to increase the number of patients with cancer patients being cared for at home (Hileman, Lackey & Hassenein, 1992; Chan & Chang, 1999).

Typically, the needs of persons with cancer are multifaceted. Generally, there are three main cancer treatment modalities such as chemotherapy, radiotherapy, and operational therapy. Persons with cancer who receive chemotherapy are mostly distressed from its side effects, (Chernecky, 1998; Somchit Hanucharoenkul, B.E. 2545; Wilkes, 2001) as most have received five to ten courses of chemotherapy with

intervals of about every three to four weeks. Therefore, the side effects of chemotherapy affect persons with cancer patient longer than those who have received radiotherapy and operational therapy (Sumitra Thongprasert, B.E. 2536).

Normally, family caregivers have their roles and responsibility such as work, house work, taking care of their child, and so fourth. When their family member has chronic condition which need physical and/ or psychological care, will induce multiple roles in family caregiver leading to role conflict and stress when this role are overwhelm. Moreover, decreasing of leisure time, social contact, and family relationships are seen to cause family caregiver frustration leading to isolation and family conflict. These directly effects and indirectly affect family caregivers physical and psychological well being (Aranda & Hayman-White, 2001; Jansen & Given, 1991; Stephen, Norris, Kinney, Ritchie, & Grotz, 1988).

Family caregivers of persons with cancer may feel negative about their new responsibilities. Nevertheless, some of them had positive feeling to the care giving role (Yupapin Sirapo-ngam, B.E. 2539 ; Nijboer, et al., 1998) such as proud to be giving care, having the opportunity to care, and feeling that their ability is needed. Recent studies have shown that social support is an important variable because it acts as a stress buffer. Social support can help someone appraise the level of stress and decrease the effect of stress (Cohen & Will, 1985). According to Lazarus and Folkman (1984), social support is related to stress, and its action as stress buffering. Meta-analysis of Wang (1998), found that social support has moderate effect to quality of life.

In this study, the researcher examined the impact of stress on a family caregiver of persons with cancer. The researcher explored at levels of stress were, how the family caregiver coped, who supported them, and what their quality of life were. The results of this study could help nurses to understand stress and coping of family caregivers of persons with cancer receiving chemotherapy. Moreover, it could help to develop specific interventions to help family caregivers to promote, or maintain their quality of life during giving care for their relative.

The conceptual framework used to guide this study was the Lazarus's stress and coping model (Lazarus & Folkman, 1984). This is a transitional model in which the person and the environment are viewed in a dynamic, mutually reciprocal and,

bi-directional relationship. Three important concepts in the model are stress, appraisal, and coping. Stress is defined as “a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well being” (Lazarus & Folkman, 1984: 19). Cognitive appraisal is “an evaluative process that determines why and to what extent a particular transaction between the person and the environment is stressful” (Lazarus & Folkman, 1984; 19). Cognitive appraisal is extended to primary and secondary appraisal. In primary appraisal the effect of the environment is judged by the individual to be irrelevant, benign, and positive or stressful. Stress includes harmless, threat, and challenge, which involves the coping effort. Secondary appraisal involves evaluation of what might be done to manage a threatening or challenging situation.

Social support is one factor of a coping resource, which functions as stress buffering and effects adaptation outcomes (Lazarus & folkman, 1984; 243). Social support consists of emotional, information, and tangible support. Lazarus and Folkman (1984) focused on appraisal and coping in three-adaptation outcomes such as social functioning, morale, and somatic health.

The research questions of this research were:

- 1) What are the situations which cause stress for family caregivers of persons with cancer who are receiving chemotherapy?
- 2) What is the stress level of family caregivers of persons with cancer receiving chemotherapy?
- 3) What are the coping strategies of family caregivers of persons with cancer receiving chemotherapy?
- 4) How much social support the family caregivers of persons with cancer receiving chemotherapy receive, and from whom?
- 5) What is the quality of life of family caregivers of persons with cancer receiving chemotherapy?
- 6) Whether the levels of stress, coping and social support can predict quality of life for family caregivers of persons with cancer receiving chemotherapy after adjusting the effect of demographic data such as age and duration of care?

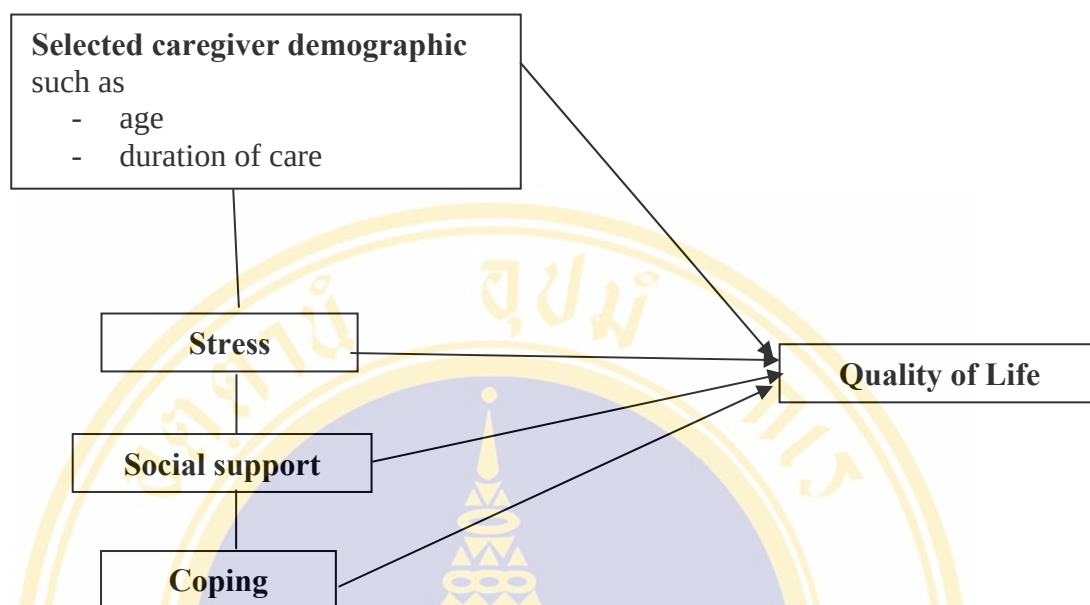


Figure 1. Conceptual framework of the study

The purposes of this study were:

- 1) to explore the situations which cause stress for family caregivers of persons with cancer receiving chemotherapy
- 2) to explore stress level, coping, social support, and quality of life of family caregivers of persons with cancer receiving chemotherapy and
- 3) to explore whether stress level, coping, and social support can predict quality of life for family caregivers of persons with cancer receiving chemotherapy, after adjusting the effect of demographic data (age and duration of care).

This study was a descriptive research, which studied eighty-seven family caregivers of persons with cancer receiving chemotherapy at Ramathibodi hospital, who took care of cancer person at home at least one month, and being willing to participate in this study. The study was conducted from September to October, 2004.

The definition of terms used in this study:

Family caregiver was defined as a person or family member of a person with cancer receiving chemotherapy who is the primary caregiver, and gives continuous direct care, both physical and psychological care, for at least one month.

Stress was defined as the situation that family caregivers appraised as taxing and exceeding his or her resources for managing the situation. Stress is measured in two aspects 1) a stress situation: was measured by semi-structure interview using questions developed by the researcher and 2) a stress level was measured by using a visual analog scale length 10 cm. from least stress in the left to most stress in the right scale.

Social support was defined as the important and satisfaction interaction between people for gaining love, satisfaction, helping, perceiving and social functions which make them proud and have morale support.

Quality of Life was defined as the outcome of the stress coping process, which focused on social functioning, morale, and somatic health

Selected caregiver demographic was defined as family caregivers' age and duration of care from the beginning till the data collection time.

MATERIALS AND METHODS

The target population of this study was family caregivers who experienced stress, and who had given care at home for all stages of the persons with cancer receiving chemotherapy at all stages at Ramathidobi hospital at least one month.

The instruments of this study consisted of 2 parts as followed:

1. The screening instrument consisted of :

The set test. The set test was used for screening the elderly family caregivers for normal cognitive status. This test was developed by Isaacs and Akhtar in 1972 (Isaacs & Akhtar 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973) and was used for testing mental functioning in elderly persons. Maximum total score is 40 and score of 25 or over indicates a normal mental state.

The screening question. The researcher developed this screening question “Whether you have stress during taking care for your relative or not?” This question was used for screening family caregivers who have stress from giving care for a cancer person receiving chemotherapy for at least one month.

2. The data collecting instrument consisted of:

The semi-structured interviewing questions were developed by the researcher. It consisted of two parts.

Part I four open-ended questions developed by the researcher. The researcher asked participants to describe the stress situations from giving care to their relative. The semi-structure interviewing questions were evaluated for content validity by two experts.

Part II was a visual analog scale of the level of stress ranging from one as the least stress to 100 as the most stress.

The Jalowiec Coping Scale (JCS). The JCS used in this study was the revised JCS from 1988. The JCS was used for measuring coping strategies of family caregivers of person with cancer receiving chemotherapy. Nonglak Boonyea (B.E. 2537) translated the JCS into Thai language, and it has been evaluated for content validity by five experts. The measurement consisted of 36 items in three subscales, family caregivers responded to 36 items of the JCS on a 5-point Likert scale (1= never used, 2 = seldom used, 3 = sometimes used, 4 = often used, 5 = almost always). Raw scores and relative scores were computed. In the present study, the researcher used JCS with 87 subjects; the Cornbach's alpha was .85.

Social Support Questionnaire Chularak Kaweewiwitchai (B.E.2536) modified this instrument from Somchit Hanucharoenkul (1988) questionnaire which modified based on Social Support Questionnaire Part II (SSQ Part II) by Schaefer and college (Schaefer, et al., 1981). The social support questionnaire consisted of emotional support, informational support and tangible support from three sources: family members, friends, and health care professionals which were indicated on the 5-point Likert scale from 0 = never received support to 4= almost always received support. There were 5 items for each support source and one item for informational support, two items for emotional support, and two items for tangible support. The score for each support source was 0-20 and the total score ranging from 0-60. Higher scores indicated higher received support. In the present study, the researcher used SQQ with 87 subjects; the Cornbach's alpha was .85.

Quality of Life Index Somrudee Sithimongkol (B.E.2541) modified Ferrans' Quality of Life Index (QLI) (Ferrans & Powers, 1985). This instrument consists of two sections: one measures satisfaction with various domains of life, and the other measures the importance of each domain in both subjects. Both the satisfaction and importance section have 40 items. Subjects responded to each item on a 6-Likert's

type scale ranging rather from “very satisfied” to “very dissatisfied” for the satisfaction items, and from “very important” to “very unimportant” for the importance items. Scores were ranging from 0-30. Higher scores indicated higher quality of life. In this study, the researcher used this instrument with 87 subjects and Cornbach’s alpha was .95.

Data Collection

The researcher sent a formal letter to the administrators of Ramathibodi hospital and applied for human subject approval. Data collection started after obtaining permission from the administrators and human subject of the hospital, the head nurses of medical male and female, gynecology, ear-nose-throat, and short stay service ward. The researcher collected data subjects on Monday to Friday at 9.00 am to 4.00 pm. The data collection consisted of 4 steps:

- 1) The researcher selected person with cancer who met inclusion criteria and asked them about their primary caregiver. Family caregiver who met criteria, were screened their stress by a screening question for potential subjects.

- 2) The researcher explained to the potential participants for the objectives and steps of this research according to the role of human rights protection. After the potential participant agreed to participate in the study, the researcher asked them to sign an informed consent, and then asked them to complete the questionnaire.

- 3) Data were collected in a room or area that was prepared for privacy. Next, the researcher asked the participant to complete the Quality of Life Index. Then an interview to assess the situations that caused stress was done by using the semi-structure interview questionnaire, which was recorded via audio tape by researcher, and took approximately 10 minutes. Then they completed the three questionnaire; Jalowiec Coping Scale, Social support questionnaire, and demographic data. After the interview, for a participant who had no time to complete the questionnaire, the researcher prepared an envelope for them to mail questionnaires back. The time to complete the questionnaires was approximately 45 to 60 minutes for each participant, and

- 4) The persons with cancer’s data regarding for their treatment collected from reviewing the patient’s medical record.

Data analysis

Data were analyzed by using SPSS statistical package as follows:

1. Quality of life used range, mean, and standard deviation to describe.
2. Situations that caused stress used content analysis and categorization to analyze. Level of stress used frequency and percentage to describe.
3. Coping used descriptive statistics: range, mean, and standard deviation of raw scores and relative scores.
4. Social support used descriptive statistics: range, mean, and standard deviation.
5. Demographic data of the cancer patient and the family caregiver used descriptive statistics: frequency, percentage, mean, and standard deviation.
6. Predicted factors of quality of life of the family caregiver used multiple regression stepwise method, and test assumptions: normality, linearity, homoscedasticity, and multicollinearity, which do not have or have low correlation between independent variables.

Results

Eighty-seven family caregivers were participated in this study. The majority of them were female (63.2%) and married (62.1%) the mean age was 43.36 years (SD = 12.28, range= (19-69). Most of them were cancer person's children (32.2%), spouses (31%), and sister/brother (27.6%). Of the 63 (72.4%) never had family member who have cancer. Most of them (51.7%) finished bachelor degree and higher. Of 47 (54%) did not have secondary caregivers and 67 (74.7%) had to take care of the other additional two family members.

Three family caregivers perceived that they had poor health status and 16(18.4%) family caregivers had an underlying disease and three of them had two diseases. They had multiple roles and responsibility as house work, spouse, children, parent, and work for main family incomes.

Persons with cancer of family caregivers recruited in this study were mainly female (70.1%) and the mean age was 54.64 years (SD= 12.45). They were diagnosed with cancer at breast 39.1%, gastro-intestinal tract 21.8%, lung 13.8%, genito-urinary tract 13.8%, head and neck 6.9%, and hematology 4.6%. Most of them (71.3%) were

in the early phase of chemotherapy treatment for one to 12 months which received course one to four of chemotherapy (59.7%). Three fourth of them can reimburse the cost of care from the government, and the rest paid by themselves.

Stress situation of family caregivers of persons with cancer receiving chemotherapy.

During the period of giving care to persons with cancer, the family caregivers must help them manage with symptom distress related to chemotherapy. The side effects of chemotherapy such as fatigue, loss of appetite, vomiting and so forth were indirectly effect family caregivers because they felt sympathy with their love one. Some persons with cancer had emotional changes related from fear of dead or had feeling of uncertainty in their life. Thus these situations related to physical and psychological affect direct and indirectly stress induce of family caregivers. There were two kinds of stress situations of family caregivers: stress situations related to a relative with cancer and stress situations related to family caregiver themselves.

Stress situations related to a relative with cancer were:

1. Changes in care-receiver's physical health from side effects of chemotherapy:

Most persons with cancer perform their own selfcare. However, chemotherapy had some effect on their physical health but they usually do not need physical assistance. Their family caregivers felt sympathy on their care recipients related to distress from chemotherapy and this situation induced the family stress on. There were 33 family caregivers who had stress from this situation.

2. Changes in care-receiver's emotions:

Persons with cancer had emotional changes such as anxiety, depression , or hopeless after they had diagnosed with cancer. During the treatment chemotherapy, their physical health were altered and this changes also had the impact on their emotions. A lot of them had unstable emotions and can affect to family caregivers. There were 11 family caregivers who had stress from this situation.

3. Care-receiver's deny for their treatment:

Some persons with cancer wished to stop their treatment related to symptom distress from chemotherapy. When they refuse for the treatment, two family caregivers felt very stress from this situation.

Stress situation related to family caregiver themselves were;**1. Feeling uncertainty of the treatment outcomes:**

The nature of cancer is unpredictable, and it is an incurable disease. Thus the treatment outcomes were not clear. With physical effect from chemotherapy the outcomes seemed not good. Twenty-three family caregivers felt uncertain about their love one treatment and felt stress.

2. Direct care activities:

Few care receivers had fatigue after received chemotherapy and needed some assistance for their daily activities. Some caregivers went through distress from chemotherapy such as loss appetite and vomiting. Thus family caregivers have to help managing symptom and improve nutrition for their care recipients. Some caregivers expressed that such care induce stress because they were not sure about their care and they had to search for better care. There were 12 family caregivers who expressed this situation.

3. Impact on caregiver's work:

Some of family caregivers had to left from their work to go to hospital with Person with cancer which they had express this stress situation.

4. caregiver's economic burden;

Family caregivers did not pay for the patient's treatment directly, because most patients had their own insurance. However, family caregivers had to pay for extra expense such as food and transportation when they took patients to received chemotherapy and expense caused economic burden for some families.

Summary: From the result of content analysis, showed that family caregivers were not only stress from caregiving role but nearly half of them (41.4%) also had other stress in their life such as work, family concerns, insufficient income, and poor health status. Thus, this additional role induces more stress. Furthermore, family caregivers who had stress indicated both psychological and emotional changes.

Stress level

Level of stress related was measured by asking the subjects to rate their stress level to care for persons with cancer. Their stress level were ranged from four to 88, with the mean of 40.6 (SD = 17.56).

Coping strategies

Raw score and relative scores for each subscale of JCS were computed. The mean raw score of the total scales, and subscales were as followed: the total scales = 89.9, confrontive coping = 39.64, Emotional coping = 16.77, and palliative coping = 33.57 (Table 1). The minimum actual score in all three coping strategies was higher than the possible scores which indicated that family caregivers used a combination of three coping strategies. According to the relative score of coping; the most used coping strategies were confrontive, palliative, and emotional coping respectively. (Table 2)

Table 1 The range of mean and standard deviation of the raw score of caregiver's coping strategies.(n = 87)

Coping strategies	Min-Max		M	SD
	Possible score	Actual score		
Total	36-180	45-124	89.9	15.68
Confrontive coping	13-65	14-58	39.64	8.19
Emotional coping	9-45	11-30	16.77	4.16
Palliative coping	14-70	15-53	33.57	7.09

Table 2 The range mean and standard deviation of the relative score of caregiver's coping strategies.(n = 87)

Coping strategies	Min-Max	M	SD
Confrontive coping	.08-.34	.44	.05
Emotional coping	.14-.37	.19	.05
Palliative coping	.08-.32	.37	.05

Social support

Social support consisted of three subscales; emotional support, tangible support, and informational support from three sources; such as family, friends, and health care professional. The mean score of total score of social support was 32.44

(SD= 8.46) ranging from 11 to 49. Family caregiver received the most support from family, friend, and health care professional, in that order. Because the social support questionnaire has one item in information support and the other has two items, thus for obtaining the amount of support the mean score of emotional support and tangible support have to divide by two. The mean score of emotional support from family friend and health care professional was 2.97, 2.29, and 2.27 respectively and mean score from those three groups in tangible support was 2.47, 1.51, and .68 respectively. Therefore family caregivers had most score in emotional support from family. Caregivers received informational support most from health care professionals (mean=3.0) and the other from family members (mean=2.76) respectively. Tangible support was the third rank from all support groups. (Table 3)

Table 3 Range mean and standard deviation of social support for each support source (n=87)

source support type	Family			Friend			Health care professional		
	M	SD	Range	M	SD	Range	M	SD	Range
Emotional support	5.94	1.50	2-8	4.59	1.58	0-8	4.54	2.00	0-8
Tangible support	4.93	1.98	0-8	3.02	2.25	0-8	1.35	1.64	0-6
Informational support	2.76	0.86	0-4	2.31	0.91	0-4	3.00	0.73	1-4
Total	13.63	3.76	3-20	9.91	4.14	1-20	8.89	3.29	2-17

Quality of life and it's predicted factors

The study revealed that quality of life score was nearly high, range from 16.66 to 28.99 from possible score 0 to 30 with mean 22.99 (SD=2.97).

As data included in table 4, using Pearson's product moment correlation, the result showed that social support was positive correlated at statistically level with quality of life ($r=.37$, $p<.01$) and coping was negative correlated at statistically level with quality of life ($r=-.23$, $p<.05$). The stress level, age, and duration of care were not showed relationship with quality of life.

Table 4 Pearson Product moment correlation coefficient between quality of life and other variables

Variables	1	2	3	4	5	6
QOL	1.00					
Age	.08	1.00				
Duration of care	-.06	.06	1.00			
Coping	-.23*	-.15	.15	1.00		
Social support	.37*	.10	.07	-.01	1.00	
Level of stress	-.16	.09	-.12	.28*	-.03	1.00

* $p < .05$

Prior to regression analysis were generated, assumption testing for predicted power was performed. There were met all assumptions. As shown in table 5, for adjusted the effect of age and duration of care which found the effect of them on quality of life from literature reviewed. Using statistic method, age and duration of care were forced to regression equation at first time which found that age and duration of care were accounted for 1% of variance in quality of life which was not statistically significant. Social support which had highest correlation with quality of life was the first variable selected to regression equation and account for 13.4 % of variance in quality of life (F change $_{(3,83)}=12.98$, $p<.01$). Coping was the next variable selected to the regression equation of quality of life and accounted for 4.3% of variance (F change $_{(4,82)}=.4.28$, $p<.05$). Therefore social support and coping were accounted for 17.7% of variance to explain quality of life in family caregiver of persons with cancer receiving chemotherapy

Table 5 Stepwise multiple regression of caregivers' quality of life

Predicted variable	R ²	R ² change	F change	β	t
Age	.010	.010	.44	.012	.122
Duration of care				-.054	-0.53
Social support	.144	.134	12.98	.368	3.66*
Coping	.187	.043	4.28	-.211	-2.07*

(overall $F_{4,82}$), Constant= 22.52, * $p<.05$

Discussion

The finding reveled that there were two kinds of stress situations which were 1) stress situations related to a relative with cancer and 2) stress situations related to family caregiver themselves. Persons with cancer who received chemotherapy had to

face with side effects of chemotherapy such as fatigue, loss appetites, vomiting, and so forth leading to physical and emotional change and rejected treatment. The side effects of chemotherapy had an impact on direct and indirectly family caregivers because family caregiver had close relationship with a person with cancer. Therefore distress of person with cancer related to treatment could stress in family caregivers. Furthermore most of family caregivers (72.4%) never had family member who diagnosed with cancer thus they did not have an experience in caring for a person with cancer. This supported with Lazarus discussion (Lazarus & Folkman, 1984), the novelty and uncertainty of the event are factors that affect people when appraise stress.

Furthermore half of participants (51.7%) were government officers and workers thus they had to be often absent from their work when they had to accompany person with cancer to get chemotherapy. Some participants left out side Bangkok, and had to spend such time with traveling and staying at the hospital leading to stress. This stress situation was congruent with other studies that most burden was caused by spending time at hospital (Chucuen Chewapoolpol, B.E. 2532) and caused more stress when it took long time (Oberst, et al., 1989). Although only 25.3 percent of persons with cancer pay for treatment by themselves but family caregiver spent around 8,000 baht per month for extra expense such as food, transportation, and medications which may caused economic strain especially in family that did not have saving (Ruja Phupaibool, B.E., 2535)

There were moderate stress level in family caregivers which congruented with other studies (Saipin Kasemkitwatta, et al., B.E. 2537). It might be explained that cancer diagnosis and treatment had negative connotation and can induce stress of those who had cancer as well as caregivers. The finding was contrary with other studies (Kittikol Nilmanud, B.E.2538; Somrudee Siithimongkol, B.E. 2541; Yupapin Sirapongam, B.E. 2543) of a long term care of chronically ill patients with result of low stress level. The findings supported the assertion of Lazarus and Folkman (1984) that stress appraisal, type of stress, and degree of stress depend on situational factors such as uncertainty of situations, types of situation, level of situations.

Result from the raw score of coping demonstrated that the minimum actual score of each coping subscale was higher than the minimum possible score. It indicated that family caregivers used coping strategies from every subscale. This result

lended support to the assertion of Lazarus and Folkman (1984) that people use both problem and emotion-focused coping strategies to deal with the internal and/or external demands posed by real-life stressful situations. The relative score demonstrated that the high proportion of coping strategies was confrontive coping, whereas the lowest was emotional coping. The results consistent with several studies (Kittikol Nilmanud, B.E. 2538; Somrudee Siithimongkol, B.E. 2541; Yupapin Sirapo-ngam, B.E. 2543). Possible explanation of this phenomenon was that side effects of chemotherapy induce symptom distress in person with cancer leading to emotional changes. Thus caregivers may also need to use emotional coping to cope with patients' negative emotions.

Family caregivers received the most support from family, friends, and health care professional, respectively. The results were consistent with other studies (Baille, et al., 1988; Oberst, 1989; Stommel & Kingry, 1991). The explanation was that family in Thai cultural is an extended family which family members have close relationship to each other. Thus family caregivers received more emotional support from the family. Information support was higher from health care professional than the other groups. One possible explanation was that healthcare professional had main duty on giving information about treatment. The results supported to Erikson and Lauri (2000) found that caregiver received more information support than emotional support from health care professional.

The quality of life score was fairly good ($M = 22.99$, $SD = 2.97$) which congruenced with other studies (Somrudee Siithimongkol, B.E. 2541; Wipawan Cham, B.E. 2536; Zacharias, et al., 1994). Possible explanations were that the majority of family caregivers was an adult person, had moderate to good health status (96.6%) and few of person with cancer need physical care. Thus they did not get strain on their physical health in helping persons with cancer.

There was a statistically significant correlation in two variables with quality of life: social support had positive correlated at statistically level ($r = .37$, $p < .05$) and coping was negative correlation at statistically level ($r = -.23$, $p < .05$). The findings were consistent with meta-analysis study in relationship between social support and quality of life which found that social support had positive effect on quality of life (Wang, 1998). Moreover the negative relationship between coping and quality of life support

other studies that emotional coping had negative correlation with quality of life (Somrudee Sithimongkol, B.E. 2541). The findings indicated that family caregivers who received more social support had good quality of life.

Prior for regression analysis, for adjusting the effect of age and duration of care which found the effect of them on quality of life based on literature reviewed. Using statistic method, age and duration of care were forced to regression equation at first time which found that age and duration of care were accounted for 1% of variance in quality of life which was not statistically significant. Social support which had highest correlation with quality of life was the first variable selected to regression equation and account for 13.4 % of variance in quality of life ($F \text{ change}_{(3,83)}=12.98, p<.05$). The result indicated that family caregivers who received more social support, their quality of life was high. Coping was the second variable selected for entry into the predictive model, and additionally account for 4.3% of variance in quality of life. The result indicated that family caregivers who used more coping strategies, their quality of life was low. According to the assertion of Lazarus and Folkman (1984) that people use both problem and emotion-focused coping strategies to deal with stressful life event. Thus in this study the researcher selected the total coping scale to the predictive model therefore the results in this study were different from other studies (Somrudee Sithimongkol, B.E. 2541; Wimolwan Waroral, B.E. 2535; Zacharias, et. al, 1994).

In addition, social support and coping were account for 17.7% of variance in quality of life in family caregiver of person with cancer receiving chemotherapy after adjusting the effect of age and duration of care. The other 81.3% of variance in quality of life was explained by other factors which did not include in this study.

Conclusion

Study results suggested that during a time of stress, family caregivers needed social support to buffer stress which affect to their quality of life. They used both emotional-focus and problem-focus coping to cope with stressful situations. Measuring stress level of caregivers during chemotherapy phase can help health care professionals assess problems caregivers might face with. Furthermore, health care professional need to focus on situations that can cause stress in family caregivers for appropriate plan to support them and enhancing their quality of life.

บรรณานุกรม

- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการ กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2546). *การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- กิตติกร นิลมานัด. (2538). *ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีอาการขณะพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤษณา ครามแสง. (2539). *ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการลดความพร่องของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกรือวัลย์ ทรัพย์เจริญ. (2542). *ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะอารมณ์แปรปรวน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน. (2536). *ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา สมนึก. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแล และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลบ้าน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จุฬารักษ์ กวีวิทย์ชัย. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉลิม วงศ์จันทร์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิตา มณีวรรณ และคณะ. (2537). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลที่บ้าน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 8(2), 30-39.
- ชูชื่น ชีวะพูนผล. (2541). ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกและการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดาริกา ธารบัวสวรรค์. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยระดับความพิการของผู้ป่วย กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล, 14 (1), 36-45.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา สุทธยากร. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงลักษณ์ บุญเยี่ย. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ พันชมภู. (2540). การรับรู้ประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของญาติผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2544). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประไพ บุรินทรามาตย์ และมาลี เลิศมาลีวงศ์. (2541). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 2(1), 76-90.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2522). อารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารโรคมะเร็ง*. 5(2)167-172.
- เพื่องลดา เคนไชวงศ์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอาชีวศาสตรศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฟองคำ คิลกสกุลชัย และคณะ. (2545). *ฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2531-2542*. (CD ROM).
- มารยาท วัชรเกียรติ. (2535). *ผลของการสนับสนุนทางการแพทย์ต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยฉุกเฉิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาชิปดีพยาบาลสาร*. 2(1), 84-93.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สายพร รัตนเรืองวัฒนา และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2540). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของพยาบาลจบใหม่ระหว่างการปรับเปลี่ยนเข้าสู่บทบาทพยาบาลวิชาชีพ. *รามาชิปดีพยาบาลสาร*. 3(1), 5-20.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. *รามาชิปดีพยาบาลสาร*. 9(2), 156-164.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. *วารสารพยาบาล*. 41(1), 9-19.
- วรรณทนา สุกสีมานนท์. (2539). *ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิภา วิเสโส. (2545). *การให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- วิภาวรรณ ชะอุ่ม. (2536). *ภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- vimlratn ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). *การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล*. วารสารพยาบาลศาสตร์. 12(4), 33-38.
- vimlratn วโรพาร. (2535). *ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด และความผาสุกโดยทั่วไปของบิดา-มารดา มารดาบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สากุล คงพันธ์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับความผาสุกโดยทั่วไปในมารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิรินภา นันทพงษ์. (2542). *แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539). *แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. วารสารพยาบาลศาสตร์. 14(2), 76-92.
- สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ. (2543). *ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายธรรม วงศ์สาธิตวิไลรุ่ง. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุรางค์ จันทวานิช. (2542). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกัญญา บุญยอ. (2542). *การได้รับการดูแลและการให้การดูแลของผู้สูงอายุ ในอำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สุมิตรา ทองประเสริฐ. (2536). *การรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด*. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.

- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2548) *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). ทฤษฎีความเครียดและการดูแลตนเอง ใน สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 13 . กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ใน สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1*. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินติ้ง.
- สมนึก สกุลหงษ์โสภณ (2540). *ประสิทธิภาพการพยาบาลตามแนวความคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียดและเพิ่มความสามารถการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมฤดี ลิทธิมงคล. (2541). *ความเครียด การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เหมือนฝัน มณีฉาย. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Aranda, S.K. & Hayman-White, K. (2001). Home caregiver of the person with advance cancer. *Cancer Nursing*. 24(4), 300-307.

Archbold, P.G., Stewart, B.J., Greenlick M.R. & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*. 13 :375-384.

Baille, V., Norbeck J. S. & Barnes, L. A., 1988. Stress, social support, and psychological distress of family caregivers of the elderly. *Nursing Research*, 37(4), 217-222.

- Baumgarten, M.(1989). The health of persons giving care to the demented elderly: A critical review of literature. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(12), 1134-1148.
- Brandt, P.A. & Weinert, C. (1981). The PRQ –A social support measurement. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Burckhardt, C.S. (1985). The impact of arthritis on quality of life. *Nursing Research*. 34(1): 11-16.
- Callaghan,P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health: a review. *Journal of advanced Nursing*,18, 203-210.
- Carey, P.J., Oberst, M.T., McCubbin, M.A., & Hughes, S.H. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. 18(8), 1341-1348.
- Carmody, S., Hickey, P., & Boakbinder, M. (1991). Preoperative needs of families. *American Operating Room Nurses Journal*, 54, 561-567.
- Carol, E.S., Femengel, K., Holcroft, C., & Gerald. K. (1994). Meta-analysis of the associations between social support and health outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*,16(4), 352-362.
- Carter, P.A., & Chang, B.L. (2000). Sleep and depression in cancer caregiver. *Cancer Nursing*. 23(6), 410-415.
- Cawley, M.M. & GerdtE.K. (1988). Establishing a cancer caregivers program an interdisciplinary approach. *Cancer Nursing*. 11(5): 267-273.
- Chan, CW.H. & Chang, A.M. (1999). Stress associated with tasks for family caregivers of patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 22(4), 260-265.
- Chernecky, C. (1998). Temporal differences in coping, mood, and stress with chemotherapy. *Cancer Nursing*. 22(4), 266-276.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cohen , S & Wills, T.A. (1985).Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*,98(1) 310-357.

- Davis, L.L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family and Community Health*. 15:1-10.
- Dimond, M & Jones, S.L. (1983). Social support, A review and theoretical integration. In P.L. Chinn (Ed.) *Advances in Nursing Theory Development*. (pp.235-249) Maryland: Aspen.
- Dupaskul, S.(2001). *Needs for support among caregivers AIDS in Thailand at home*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Duvdevany, I., & Abboud, S. (2003). Stress, social support and well-being of Arab mothers of children with intellectual disability who are served by welfare services in northern Israel. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 264-272.
- Erikson ,E. & Lauri, (2000). Information and emotional support for cancer patients' relatives. *European Journal of Cancer*, 9, 8-15.
- Edwards, B. & Ung, L. (2002). Quality of life instruments for caregivers of patients with cancer. *Cancer Nursing*, 25 (5), 345-346.
- Ferrans, C.E.& Power,M.J.(1985). Quality of Life Index: development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*. 8(10), 15-24.
- Ferrans,C. E. (1990). *Description of the quality of life index*. Retrived April 22, 2003 from <http://www.uic.edu/orgs/qli/overviewhome.html>.
- Fink, S.V. (1995). The influence of family resource and family demands on the strain and well-being of caregiving family. *Nursing Research*. 44(3), 139-146.
- Gaynor, S. (1986). When the caregiver becomes the patient. *Geriatric Nursing*, 10(3), 120-123.
- Gerlach, P. K. (2006). *Perspective on Erik Erickson's Eight Stages of Human Development*. Retrieved March 3, 2007 from <http://sfhelp.org/01/erikson8.htm>.
- Given, B., Stommel, M., Collins, C., Kings, S., & Given, C.W. (1990) . Response of elderly spouse caregivers. *Research in Nursing and Health*, 13(2): 77-85.
- Given, C.W., Given, B., Stommel, M., Collins,C., King, S., & Frankin, S. (1992). The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairment. *Research in Nursins and Health*. 15, 271-283.

- Grant, M. (1997). Introduction: nausea and vomiting, quality of life, and the oncology nurse. *Oncology Nursing Forum*. 24(7), 5-7.
- Hanprasitkam, J. (2000). *Caregivers' needs for caring cerebral palsy children at home*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social support, self-care, and quality of life cancer patients receiving radio therapy in Thailand*. Doctoral's thesis of nursing science, Wayne State University.
- Hays, A. (1984). The set test to screen mental status quickly. *Geriatric Nursing*, 5 (2), 96-97.
- Hileman, J.W., Lackey, N.R. & Hassanein, R.S. (1992). Identifying the need of home caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 19(5), 771-777.
- Hoyert, B.L. & Seltzer, G.I. (1996). Factors related the well being and wife activity of family caregiver. *Family relation*. 41(1), 74-81.
- Hughes, S.L., Giobbie-Hurder, A., Weaver, F.M., Kubal, J.D. & Henderson, W. (1999). Relationship between caregiver burden and health-related quality of life. *The Gerontologist*. 39(5), 534-545.
- Hupcey, J.E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1231-1241.
- Isaacs, B. & Kennie, A.T.(1973). The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *British Journal of Psychiatry*, 123: 467-470.
- Jalowiec, A., & Powers, M.J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patient. *Nursing Research*, 30, 10-15.
- Jalowiec, A., Murrphy, S.P. & Powers, M.J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec coping scale. *Nursing Research*, 33 (3), 157-161.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In C.F. Waltz, & O.L. Strickland (Eds.), *Measurement of Nursing Outcome :Volume One Measurement of Client Outcomes* (pp. 288-307). New York: Springer.
- Jansen,S. & Given, B.A. (1991). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. . *Cancer Nursing*, 14(4), 181-187.
- Jassak, P.F. (1992). Families: an essential element in the care of the patient with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 19(6), 871-876.

- Kammer, C.H. (1994). Stress and coping of family members responsible for nursing home placement. *Research in Nursing & health*. 17 :89-98.
- Kraiphikul, P. (Ed). (2005). *Annual report 2005 Ramathibodi cancer registry*. Faculty of medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
- Lauer, G. (1999). Concepts of quality of life in mental health care. In Pribe, S., Oliver, J.P.J. & Kaiser, W. *Quality of life and mental health care*. Philadelphia: Wrightson biomedical.
- Lazarus, R.S & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- Longford, C.P.H., Bowsher, J., Maloney, J.P. & Lillis, P.P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of advanced Nursing*, 25, 95-100.
- Lunsky, Y., & Benson, B.A. (2001). Association between perceived social support and positive and negative outcome for adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 106-114.
- Lynch-Sauer, J. (1990). When a family member has Alzheimer's disease: a phonological description of caregiving effect. *Journal of Gerontological Nursing*, 16(9), 8-11.
- McMillan, S.C. & Mahon, M. (1994). The impact of hospice service on the quality of life of primary caregivers. *Oncology nursing forum*, 21(7), 1189-1195.
- Miller, B., & Montgomery, A. (1990). Family caregivers and limitations in social activities. *Research of Aging*, 12(1), 72-93.
- Munro, B.H. (2001). Chapter 11: Regression. In B.H. Munro (Ed.), *Statistical Methods for Health Care Research* (pp.245-270). 4th ed. New York: Lippincott.
- Naylor, M., Brooten, D., Jones, R., Lavizzo, M.R., Mezey, M., Pauly, M. (1994) Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. *Ann-Intern-Med* 120 (12): 999-1006.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Sanderma, R., Triemstra, M., Spruijt, R.J., Van Den Bos, G.A.M. (1998). Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology*, 7, 3-13.
- Niyomthai, N. (2002). Caregiving duration, family life events, family hardiness, and well-being of family caregivers of stroke survivors. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Norbeck, J. S. (1981). Social support: a model for clinical research and application. *Advance in Nursing science*, July: 43-59.
- Norbeck,J.S. (1988). Social support: a model for clinical research and application. *Advances in Nursing Science*, July, 43-59
- Oberst, M.T. & Scott, D.W. (1988). Postdischarge distress in surgically treated cancer patients and their spouses. *Research in Nursing & Health*, 11, 223-233.
- Oberst, M.T., Thomas, S.E., Gass, K.A. & Ward, S.E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*, 12(4), 209-215.
- Padilla, G.V., et al., (1983) Quality of life index for patients with cancer. *Research in Nursing and Health*, 6,117-126.
- Pasacreta, J.V., & McCorkle, R. (2000). Cancer care: impact of intervention on caregiver outcomes. *Annual Review of Nursing Research*, 18,127-148.
- Phongphanngam, S. (2003). *Effect of a home-based management intervention program for family caregivers of elderly patients undergoing hip arthroplasty on caregivers' adaptation, and satisfaction*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Reis, M.F., Gold, D.P., Andres, D., Markiewicz, D., & Gauthier, S. (1994). Personality traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. *Internnal Journal of human develo,pment*,39 (3): 257-71.
- Robinson, K.M. (1997). Family carving: Who provides the care, and at what cost. *Nursing Economics*, 15(5): 243-247.
- Schaefer, C., Coyne, C.J. & Lazarus, R.S. (1981). The health – related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*,4(4), 381-406.
- Schumacher, K.L., Dodd, M.J., & Paul, S.M. (1993). The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Research in Nursing and Health*. 16, 395-404.
- Schumacher, K.L., (1996). Reconceptualizing family caregiving: family-based illness care during chemotherapy. *Research in Nursing and Health*. 19, 261-271.
- Siegel, K., Raveis, V.H., Houts,P., & Mor, V.(1991). Caregiver burden and unmet patient needs. *Cancer*, 68(5), 1131-1140.

- Sirapo-ngam, Y. (1994). *Stress, caregiving demands, and coping of spousal caregivers of Parkinson's patients*. A Doctoral Dissertation, School of Nursing, University of Alabama at Birmingham, USA.
- Sirapo-ngam, Y., Putawattana, P., & Womjunlongsin, S. (2000). Caregiver demand, stress, and coping of family caregivers of patient with cerebrovascular disease. *Thai journal nursing research*. 4(1), 2-19.
- Stephens,MA.P., Norris, V.K., Kinney, J.M., Ritchie, S.W., & Grotz, R.C. (1988). Stressful situations in caregiving: relations between caregiver coping and well-being. *Psychology and Aging*, 3(2), 208-209.
- Stetz, K.M. (1987). Caregiving demands during advanced cancer. *Cancer nursing*. 10(5), 260-268.
- Stommel. M. & Kingry. M. (1991). Support pattern for spouse-caregivers of cancer patients the effect of the presence of minor children. *Cancer Nursing*. 14(4), 200-205.
- Uphold, C.R. (1991). Social support. In J.L. Creasia & B. Parker (Eds.). *Conceptual Foundations of Professional Nursing Practice*.(pp. 445-470) St. Louis: Mosby-Year Book.
- Wang, HH. (1998). A meta-analysis of the relationship between social support and well- being. *Kaohsiung Journal Medical Sciences*,14,711-726.
- Weisman, A. D. (1979). *Coping with Cancer*. St. Louis: McGraw-Hill Book.
- Wilkes, G.M. (2001). Potential toxicities and nursing management In M. Barton-Burke, G.M.Wilkes, & K. Ingwerson. (Eds), *Cancer Chemotherapy A Nursing Process approach*. 3th ed. Massachusetts: Jones & Bartlett.
- Woods, N.F., Lewis, F.M. & Ellison, E.S.(1989). Living with cancer family experiences. *Cancer Nursing*, 12(1), 28-33.
- Yamamoto-Mitani, N., et al. (2003). Factors of positive appraisal of care among Japanese family caregivers of older adult. *Research in Nursing and Health*. 26, 337-350.
- Zacharias, D.R., Glig, C.A. & Foxal, M.J. (1994). Quality of Life and Coping in patient with gynecologic cancer and their spouses. *Oncology Nursing Forum*. 21(10), 1699-1706.



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1.1 แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test)

1.2 คำถามสำหรับคัดกรองญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการให้การดูแล

2. เครื่องมือสำหรับวัดตัวแปรที่ศึกษา

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด

2.3 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

2.4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

2.5 แบบวัดคุณภาพชีวิต

แบบทดสอบหมวดหมู่

โปรดเติมชื่อของ ผลไม้ สัตว์ สี และ จังหวัด ลงในช่องว่างต่อไปนี้

ผลไม้	1 _____	6 _____	สัตว์	1 _____	6 _____
	2 _____	7 _____		2 _____	7 _____
	3 _____	8 _____		3 _____	8 _____
	4 _____	9 _____		4 _____	9 _____
	5 _____	10 _____		5 _____	10 _____
สี	1 _____	6 _____	จังหวัด	1 _____	6 _____
	2 _____	7 _____		2 _____	7 _____
	3 _____	8 _____		3 _____	8 _____
	4 _____	9 _____		4 _____	9 _____
	5 _____	10 _____		5 _____	10 _____
คะแนน _____			คะแนน _____		
คะแนนรวม _____					

คำถามสำหรับคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย

คำถามสำหรับคัดกรองญาติผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

- ในระยะที่ญาติของคุณได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด คุณมีความรู้สึกเครียด/ ทุกข์ใจหรือไม่ จากการให้การดูแลญาติของคุณ

แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย (/) ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ ปี เดือน
2. เพศ [1] ชาย [2] หญิง
3. สถานภาพสมรส [1] โสด [2] คู่ [3] ม่าย [4] หย่า
4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 - [1] สามี/ภรรยา
 - [2] บิดา/มารดา
 - [3] บุตรชาย/บุตรสาว
 - [4] บุตรเขย/บุตรสะใภ้
 - [5] อื่นๆ โปรดระบุ
5. ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย ระบุ..... ปี
6. ระยะเวลาในการดูแล(ในช่วง ที่ได้รับเคมีบำบัด) ปี.....เดือน.....สัปดาห์
7. เคยมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็ง
 - [1] มี [2] ไม่มี
8. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - [1] ไม่ได้เรียน
 - [2] ประถมศึกษา
 - [3] มัธยมศึกษา/ ปวช.
 - [4] อนุปริญญา/ ปวส.
 - [5] ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
 - [6] อื่นๆ
9. อาชีพ
 - [1] ไม่ได้ทำงาน
 - [2] รับจ้าง
 - [3] ค้าขาย
 - [4] รับราชการ
 - [5] อื่นๆ โปรดระบุ

แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล (ต่อ)

10. ค่าใช้จ่ายในการให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน.....บาท/เดือน
 โปรแกรมประเภทของค่าใช้จ่าย
 12.
- 11.ภาวะสุขภาพ
 [1] ไม่ดี [2] ปานกลาง [3] ดี
12. โรคประจำตัว ระบุ
13. จำนวนบุคคลในครอบครัวที่ต้องให้การดูแล.....คน
- 14.ผู้ที่ช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ☐ ไม่มี
☐ มี ระบุ.....คน
15. จำนวนบทบาท/หน้าที่ที่รับผิดชอบ โดยรับผิดชอบเป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 [1] พ่อ/แม่
 [2] บุตร/หลาน
 [3] สามี/ภรรยา
 [4] ทำงานนอกบ้าน
 [5] ทำงานบ้าน

แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

อายุ.....ปี

เพศ

[1] ชาย

[2] หญิง

การวินิจฉัยโรค

ระยะของการดำเนินโรค

[1] stage I

[2] stage II

[3] stage III

[4] stage IV

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ปี เดือน

สิทธิการรักษา ระบุ.....

ญาติที่มาดูแลเมื่อมาโรงพยาบาลครั้งนี้

[1] ไม่มี

[2] มี มีหน้าที่เป็น [1] เป็นผู้ดูแลหลัก [2] ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก

แผนการรักษาที่ได้รับ

.....
.....
.....
.....
.....

9. จำนวน course ของยาที่ได้รับ ระบุ

แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด

แนวคำถามที่ใช้กำหนดประเด็นในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการให้การดูแล

คำชี้แจง ขอให้คุณนึกย้อนถึงความรู้สึกตั้งแต่คุณได้ให้การดูแลญาติของคุณระหว่างการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจนถึงขณะนี้ กรุณาช่วยเล่าให้ฟังตามความรู้สึกของคุณ

1. ช่วงที่คุณดูแลญาติของคุณที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด คุณมีความเครียด/ทุกข์ใจเกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง?
 - สิ่งที่ทำให้คุณเครียดมากที่สุดคืออะไร ?
 - ความเครียดนั้นมีผลต่อชีวิตคุณอย่างไร ?
2. นอกจากเรื่องทุกข์ใจ/ เครียด ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลญาติของคุณดังที่กล่าว มาแล้ว มีเรื่องอื่นอะไรอีกที่ทำให้คุณเครียด ?

แบบวัดระดับความเครียด

จากที่คุณเล่าเกี่ยวกับความเครียด/ทุกข์ใจ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ให้การดูแลญาติที่ป่วยภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยภาพรวมแล้วคุณบอกได้ไหมว่า คุณเครียดมากน้อยแค่ไหน โดยทำเครื่องหมาย / ลงบนเส้นคะแนนข้างล่างนี้ โดยเส้นตรงนี้แทนความรู้สึกของคุณจากเครียดน้อยที่สุดเท่ากับ 1 ทางซ้ายมือ ถึงเครียดมากที่สุดเท่ากับ 100 ทางขวามือ



แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง แบบวัดนี้เป็นแบบวัดวิธีที่ท่านใช้เผชิญกับความเครียดจากการให้การดูแลญาติของท่าน โปรดกะประมาณว่าท่านใช้วิธีการต่อไปนี้ในการเผชิญกับความเครียดมากน้อยเพียงใด โดยเลือกเพียงหนึ่งตัวเลขสำหรับหนึ่งวิธีการที่ท่านใช้ในการเผชิญกับความเครียด ความหมายของของตัวเลข แสดงระดับเป็นดังนี้

- 1 = ไม่เคยใช้วิธีนี้เลยตั้งแต่เริ่มให้การดูแล
- 2 = ใช้วิธีนี้นานๆครั้งตั้งแต่เริ่มให้การดูแล
- 3 = ใช้วิธีนี้เป็นบางครั้งตั้งแต่เริ่มให้การดูแล
- 4 = ใช้วิธีนี้บ่อยครั้งตั้งแต่เริ่มให้การดูแล
- 5 = ใช้วิธีนี้ทุกครั้งตั้งแต่เริ่มให้การดูแล

วิธีการเผชิญความเครียด	1	2	3	4	5
1. กังวลใจ					
2. ระบายความเครียดโดยการออกแรงหรือออกกำลังกาย					
3. หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น					
4. ปลงตกเพราะคิดว่าเป็นเวรกรรมของตนเองดังนั้นการพยายามทำอะไรก็ตามเพื่อแก้ปัญหาจึงไม่มีความหมาย					
5. คิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์					
6. รับประทานอาหาร สูบบุหรี่ เคี้ยวหมากฝรั่งหรือหมากเพิ่มขึ้น					
7. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงสิ่งอื่นแทน					
8. ปลอมให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์					
9. ฝันกลางวัน เหม่อลอย					
10. ทำอะไรก็ได้เพียงเพื่อสักแต่ว่ามีอะไรทำแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ช่วยแก้ปัญหา					
11. ถกปัญหากับผู้ที่เคยตกอยู่ในสถานการณ์ลักษณะเดียวกันมาก่อน					
12. เตรียมพร้อมที่จะรับกับเหตุการณ์ที่อาจจะเลวร้ายที่สุด					
13. โกรธ สาปแช่ง สบถสาบาน					
14. ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง					

แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	1	2	3	4	5
15. พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบและครบถ้วนโดยปราศจากอคติ					
16. พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้					
17. พยายามศึกษาสถานการณ์นั้นอย่างเอาใจใส่และตั้งใจ					
18. สวดอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์					
19. ประหม่า หงุดหงิด					
20. พยายามหนีจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่					
21. ดำเนินคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา					
22. พยายามอย่างมากที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์					
23. ระบายความตึงเครียดกับคนอื่นหรือสิ่งอื่น					
24. ปลีกตัวออกไปอยู่คนเดียวหรือต้องการอยู่ตามลำพัง					
25. ปลงตกเพราะดูเหมือนว่าหมดหนทางแก้ไข					
26. ไม่ทำอะไรเลยโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายไปเอง					
27. การขอคำปลอบใจหรือขอความช่วยเหลือจากญาติสนิทในครอบครัวหรือเพื่อน					
28. ยอมรับสิ่งที่ติรงจากสิ่งที่ต้องการจริง					
29. ทดลองแก้ปัญหาหลายวิธีเพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด					
30. วางเฉยต่อปัญหาโดยคิดเสียว่าทุกสิ่งอาจจะเลวร้ายลงกว่านี้ได้					
31. พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา					
32. พยายามแยกปัญหาออกเป็นส่วนย่อยเพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาได้ดีขึ้น					
33. เข้านอนและคิดว่าทุกสิ่งอาจจะดีขึ้นในวันพรุ่งนี้					
34. กำหนดเป้าหมายเฉพาะเพื่อแก้ไขปัญหา					
35. ปลอบใจตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลย ทุกอย่างคงคลี่คลายไปในทางที่ดี”					
36. พยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้น					

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ ต้องการทราบถึงปริมาณความช่วยเหลือที่คุณได้รับจากบุคคลในกลุ่มสังคมต่างๆ 3 กลุ่ม ได้แก่ **กลุ่มสมาชิกในครอบครัว** **กลุ่มบุคคลใกล้ชิด** และ **กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์** ว่ามีมากน้อยเพียงใด ในช่วงที่คุณให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ขอให้พิจารณาความช่วยเหลือในแต่ละข้อจากบุคคล 3 กลุ่มนี้ว่า คุณได้รับมากเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่องจากความช่วยเหลือใน 5 ระดับ คือ

ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด
 ได้รับความช่วยเหลือค่อนข้างมาก
 ได้รับความช่วยเหลือปานกลาง
 ได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย
 ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือเลย

ระดับความช่วยเหลือที่ให้คุณเลือกนี้ ไม่มีถูกผิด คำตอบที่ถูกมีอยู่คำตอบเดียวคือคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของคุณ

ตัวอย่าง

1. ความช่วยเหลือจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการพาผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล	/				

แสดงว่าคุณได้รับความช่วยเหลือในการพาผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจากครอบครัวมากที่สุด

ความช่วยเหลือจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว

ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ มากเพียงใด					
2. ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุข มากเพียงใด					
3. สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ท่านมีขวัญ กำลังใจ เมื่อท้อแท้ มากเพียงใด					
4. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินและความช่วยเหลืออื่นๆ ในกรณีรับด่วน มากเพียงใด					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน มากเพียงใด					

ความช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลใกล้ชิด

ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ มากเพียงใด					
2. ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุข มากเพียงใด					
3. คนใกล้ชิดช่วยให้ท่านมีขวัญ กำลังใจ เมื่อท้อแท้ มากเพียงใด					
4. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินและความช่วยเหลืออื่นๆ ในกรณีรับด่วน มากเพียงใด					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน มากเพียงใด					

ความช่วยเหลือจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์
ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ มากเพียงใด					
2. ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข้อสงสัย มากเพียงใด					
3. บุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้ท่านมีขวัญ กำลังใจ เมื่อท้อแท้ มากเพียงใด					
4. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินและความช่วยเหลืออื่นๆในกรณีรับด่วน มากเพียงใด					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือในกิจกรรมประจำวัน มากเพียงใด					

แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่ใช้เกี่ยวกับความพึงพอใจ

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่ใช้เกี่ยวกับความสำคัญต่อเหตุการณ์ในชีวิตของท่าน

ต่อไปนี้เป็นข้อความที่ใช้บรรยายเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตของท่าน ในขณะที่ท่านทำหน้าที่ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่เป็นญาติของท่าน โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกทั้งทางด้านการพึงพอใจและความสำคัญต่อเหตุการณ์ในชีวิตของท่าน ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด

ส่วนที่ 1 ท่านรู้สึกพึงพอใจกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	ไม่พึงพอใจ			พึงพอใจ		
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการมีความคล่องตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ						
2. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการมีกำลังเพียงพอในการประกอบกิจวัตรประจำวัน						
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการมีเวลาพักผ่อนเป็นส่วนตัว						
4. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการนอนหลับอย่างเพียงพอ						
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ						
6. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการเดินทางท่องเที่ยว						
7. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการมีกิจกรรมนันทนาการเพื่อผ่อนคลาย						
8. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการรับประทานอาหารตรงเวลา						
9. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่และดื่มน้ำอย่างเพียงพอ						

แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (ต่อ)

ข้อความ	ไม่พึงพอใจ			พึงพอใจ		
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
10. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการขับถ่าย						
11. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับภาวะสุขภาพของท่าน						
12. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับน้ำหนักตัวของท่าน						
13. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับสภาพร่างกาย รูปร่างลักษณะของท่าน						
14. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับบุคลิกภาพของท่าน						
15. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับความมั่นคงทางอารมณ์						
16. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับความสามารถควบคุมสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต						
17. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการปฏิบัติตามหลักศาสนา						
18. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับความสงบสุขในจิตใจ						
19. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการประสบความสำเร็จในชีวิต						
20. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับควมมีคุณค่าของตนเองต่อผู้อื่น						
21. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับความรู้สึพึงพอใจในตนเอง						
22. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับความรับผิดชอบต่อตนเอง						
23. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับความสามารถในการรับผิดชอบของครอบครัวในด้านต่างๆ						
24. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการมีรายได้เพียงพอกับการดำรงชีวิต						
25. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับอาชีพการงาน						
26. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น						
27. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคม						

แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (ต่อ)

ข้อความ	ไม่พึงพอใจ			พึงพอใจ		
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
28. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการเรียนรู้บทบาทหน้าที่ในฐานะผู้ดูแลญาติผู้เจ็บป่วย						
29. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการรับผิดชอบดูแลญาติที่เจ็บป่วยในครอบครัว						
30. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับความเอื้ออาทรในการดูแลญาติที่เจ็บป่วย						
31. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการแสดงออกซึ่งความรับผิดชอบ						
32. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับสัมพันธภาพระหว่างท่าน คู่สมรส และสมาชิกในครอบครัว						
33. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับสัมพันธภาพระหว่างท่านกับเพื่อนบ้าน และ/หรือผู้ร่วมงาน						
34. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างท่านกับญาติที่เจ็บป่วย						
35. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการที่ญาติที่ท่านดูแลมีความประทับใจที่ได้รับการดูแลจากท่าน						
36. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้						
37. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการที่มีบุคคลที่ท่านสามารถขอความช่วยเหลือได้						
38. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการได้รับความช่วยเหลือหรือปลอบใจจากบุคคลรอบข้าง						
39. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการได้รับความสนใจ เอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว						
40. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการได้รับความยกย่องจากบุคคลรอบข้าง						

แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ข้อความต่อไปนี้มีความสำคัญต่อท่านมากน้อยเพียงใด

ข้อความ	ไม่สำคัญ			สำคัญ		
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
1. ความสำคัญของการมีความคล่องตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ						
2. ความสำคัญของการมีกำลังเพียงพอในการประกอบกิจวัตรประจำวัน						
3. ความสำคัญของการมีเวลาพักผ่อนเป็นส่วนตัว						
4. ความสำคัญของการนอนหลับอย่างเพียงพอ						
5. ความสำคัญของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ						
6. ความสำคัญของการเดินทางท่องเที่ยว						
7. ความสำคัญของการมีกิจกรรมนันทนาการเพื่อผ่อนคลาย						
8. ความสำคัญของการรับประทานอาหารตรงเวลา						
9. ความสำคัญของการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำอย่างเพียงพอ						
10. ความสำคัญของการขับถ่าย						
11. ความสำคัญของภาวะสุขภาพของท่าน						
12. ความสำคัญของน้ำหนักตัวของท่าน						
13. ความสำคัญของสภาพร่างกาย รูปร่างลักษณะของท่าน						
14. ความสำคัญของบุคลิกภาพของท่าน						
15. ความสำคัญของความมั่นคงทางอารมณ์						
16. ความสำคัญของความสามารถควบคุมสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต						
17. ความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักศาสนา						
18. ความสำคัญของความสงบสุขในจิตใจ						

แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (ต่อ)

ข้อความ	ไม่สำคัญ			สำคัญ		
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
19. ความสำคัญของการประสบความสำเร็จในชีวิต						
20. ความสำคัญของความมีคุณค่าของตนเองต่อผู้อื่น						
21. ความสำคัญของความพึงพอใจในตนเอง						
22. ความสำคัญของความรับผิดชอบต่อตนเอง						
23. ความสำคัญของการสามารถในการรับผิดชอบของครอบครัวในด้านต่างๆ						
24. ความสำคัญของการมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต						
25. ความสำคัญของการอาชีพการงาน						
26. ความสำคัญของการทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น						
27. ความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคม						
28. ความสำคัญของการเรียนรู้บทบาทหน้าที่ในฐานะผู้ดูแลญาติที่เจ็บป่วย						
29. ความสำคัญของการรับผิดชอบดูแลญาติที่เจ็บป่วยในครอบครัว						
30. ความสำคัญของการเอื้ออาทรในการดูแลญาติที่เจ็บป่วย						
31. ความสำคัญของการแสดงออกซึ่งความรับผิดชอบ						
32. ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างท่าน คู่สมรส และสมาชิกในครอบครัว						
33. ความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างท่านกับเพื่อนบ้าน และ/หรือผู้ร่วมงาน						
34. ความสำคัญของการเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างท่านกับญาติที่เจ็บป่วย						
35. ความสำคัญของการที่ญาติที่ท่านดูแลมีความประทับใจที่ได้รับการดูแลจากท่าน						

แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (ต่อ)

ข้อความ	ไม่สำคัญ			สำคัญ		
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
36. ความสำคัญของการเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้						
37. ความสำคัญของการที่มีบุคคลที่ท่านสามารถขอความช่วยเหลือได้						
38. ความสำคัญของการได้รับความช่วยเหลือหรือปลอบใจจากบุคคลรอบข้าง						
39. ความสำคัญของการได้รับความสนใจ เอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว						
40. ความสำคัญของการได้รับความยกย่องจากบุคคลรอบข้าง						

ภาคผนวก ข



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อ โครงการ ปลูกจิตสำนึกคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาววันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

อายุ.....เลขที่เวชระเบียน.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้า และการรักษาที่ญาติของข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอม ดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

- ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ก



เอกสารชี้แจงข้อมูล/แนะนำแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาววันเพ็ญ อังวัตนศิริกุล นักศึกษาพยาบาลปริญญาโท

สถานที่วิจัย แผนกตรวจผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยต่างๆในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาววันเพ็ญ อังวัตนศิริกุล โทร 0-1262-3935 หรือ 0-2920-2563 PCT กด 3

เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัยในคน

โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรง และเป็นปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก การรักษาและการวินิจฉัยโรคในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าขึ้นมาก ทำให้สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนาน โรคมะเร็งจึงกลายมาเป็นโรคเรื้อรัง และจากค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งสูงกว่าเมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ ระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยจึงสั้นลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งจะต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกที่บ้าน ประกอบกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมักจะมีอาการข้างเคียงจากการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มรับยาไปจนตลอดการรักษา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแล ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย จากที่ต้องรับบทบาทในการให้การดูแลอาจเป็นสาเหตุให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลและแรงสนับสนุนที่ได้รับระหว่างที่ให้การดูแล จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของญาติผู้ดูแล ดังนั้นความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตจึงกลายมาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการพิจารณา เพื่อ

ใช้ในการพิจารณาแนวทางในการให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อส่งผลที่ดีต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอเชิญท่านในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากประสบการณ์จากการได้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดของท่านมีส่วนสำคัญที่จะให้พยาบาลเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของท่าน เพื่อพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจะสามารถเรียนรู้และนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบในการให้การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเครียด เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป อนึ่ง ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านสำหรับเวลาของท่านมา ณ. ที่นี้ด้วย

รายละเอียดวิธีการเข้าร่วมการศึกษาตัวอย่าง

การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ เพื่อที่จะเข้าใจความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของท่านในระยะที่ผ่านมา ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการให้การดูแลญาติที่เป็นมะเร็ง โดยการสัมภาษณ์ และบันทึกเสียง เป็นเวลาประมาณ 10 นาที ตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด ได้แก่ ตอบแบบวัดระดับความเครียดจากการให้การดูแล คุณภาพชีวิต การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลส่วนบุคคล โดยคาดว่าท่านจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 15 นาที การสนทนานี้จะดำเนินในห้องที่เป็นส่วนตัว บทสนทนาจะถูกบันทึกใส่เทป ชื่อของท่านหรือบุคคลอื่นที่ท่านกล่าวถึงจะถูกเปลี่ยน เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของท่าน ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและการสนทนาของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ในที่ที่ปลอดภัย ท่านอาจจะเลือกไม่ตอบคำถามใดๆก็ได้ในทุกข้อคำถามของการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถที่จะปฏิเสธการรับบันทึกเสียงได้ในบางช่วงของการสนทนา

ผลประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะได้รับ

ผลประโยชน์โดยตรงที่ท่านจะได้รับอาจไม่มี แต่ท่านจะได้มีโอกาสที่จะได้พูดคุยแสดงความคิดเห็นซึ่งจะทำให้ท่านได้ประเมินตนเองหรือระบายความรู้สึกเครียดที่มีอยู่กับผู้วิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยสามารถติดตามประเมินหรือช่วยเหลือท่านตามปัญหาที่ท่านเผชิญอยู่ระหว่างการสนทนา คำถามบางคำถามอาจจะทำให้ท่านรู้สึกเศร้าเมื่อท่านนึกถึงประสบการณ์

ติงเครียดของท่าน และต้องสนทนากับสิ่งนั้น ท่านอาจรู้สึกกระอักกระอ่วน วิตกกังวล หรือเครียดที่จะต้องพูดคุยถึงความรู้สึกส่วนตัวซึ่งท่านไม่ค่อยพูดให้คนอื่นฟัง ถ้าความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นระหว่างการสนทนา ท่านสามารถที่จะพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านกับผู้วิจัย ท่านมีอิสระเต็มที่ในการที่จะไม่ตอบคำถามหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

ค่าตอบแทนในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านและผู้ป่วยจะไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ต่างๆ ซึ่งจะได้รับจากโรงพยาบาลถ้าท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ในการวิจัยนี้ไม่มีเงินหรือค่าตอบแทนสำหรับความร่วมมือของท่าน

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

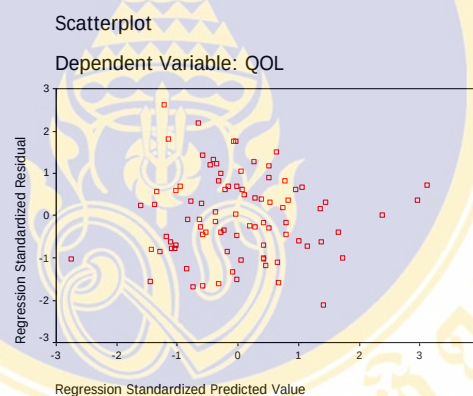
ข้อมูลทั้งหมดจากการวิจัยจะถูกรักษาไว้เป็นความลับ ในที่ปลอดภัย ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏบนแบบฟอร์มใดๆ ของการสัมภาษณ์หรือเชื่อมโยงแบบบันทึกการสัมภาษณ์ ตัวเลขจะถูกใช้แทนชื่อของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคน ผู้วิจัยเท่านั้นที่จะทราบข้อมูลบ่งชี้ถึงตัวบุคคล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอเพื่อการศึกษาหรือในการประชุมวิชาการ ท่านสามารถจะขอรับผลสรุปของการวิจัยได้หลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง

ถ้าท่านมีปัญหาข้อข้องใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทร 0-2201-1541 ในเวลาราชการ

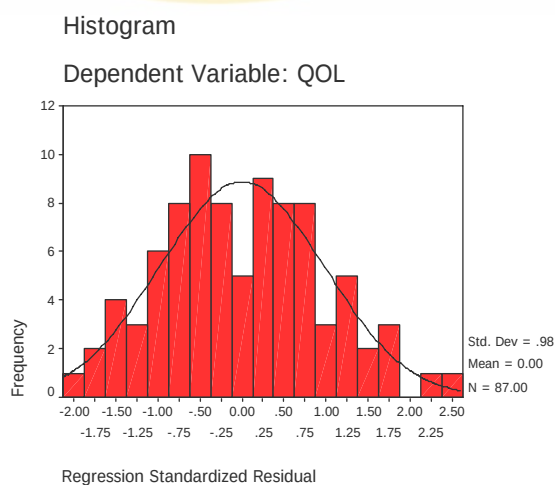
ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อให้ผลการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด ข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ควรมีลักษณะดังนี้ 1) มีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) 2) มีรูปแบบเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) 3) ความแปรปรวนมีค่าคงที่หรือเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544) จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เมื่อพิจารณารูปที่ 2 พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวเท่ากันเท่ากันทั้งด้านซ้าย-ขวา และบน-ล่าง ของเส้น zero residual line พบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้น



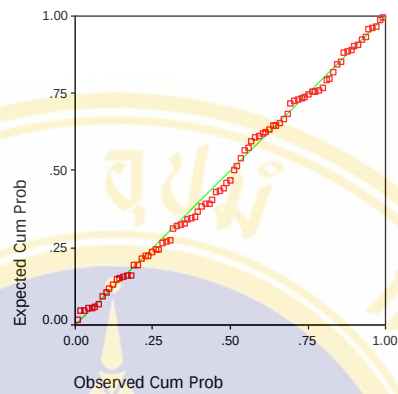
รูปที่ 2 แสดงการกระจายตัวของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับ residual score ของคุณภาพชีวิต



รูปที่ 3 แสดงการแจกแจงปกติ

Normal P-P Plot of Regression Standardi

Dependent Variable: QOL



รูปที่ 4 แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของคุณภาพชีวิตกับตัวแปรอิสระ

ตารางที่ 10 การทดสอบการแจกแจงปกติ

ตัวแปร	Komokorov-Smirnov	
	Statistic	P value
อายุ	.65	.797
ระยะเวลาการดูแล	1.31	.063
ระดับความเครียด	.83	.503
การเผชิญความเครียด	.54	.935
แรงสนับสนุนทางสังคม	.53	.94
คุณภาพชีวิต	.68	.748

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความครอบคลุมของแนวคำถามในการสัมภาษณ์

รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี พย.ด.

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. ศุภร วงศ์วัฑฒณ Ph. D. (Nursing)

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาววันเพ็ญ อังวณศิริกุล
วัน เดือน ปีเกิด	8 ตุลาคม 2519
สถานที่เกิด	หนองคาย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, พ.ศ. 2537-2541 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เกียรตินิยมอันดับ 1) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2545-2549 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2541 – ปัจจุบัน พยาบาลประจำการงานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลหนองคาย โทรศัพท์ 042-413456-67 ต่อ 168 หรือ 169 ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพ 6
ที่อยู่	166/1-3 ถนนมิชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย 43000 โทรศัพท์ 042-411743, 081-2623935