

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

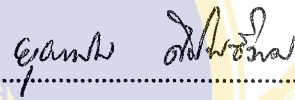
วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ศิริพรรณ ปิติมานะฮารี

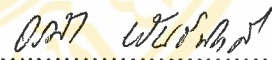
นางสาวศิริพรรณ ปิติมานะฮารี
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ ดร. ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม

D.S.N. (Adult Health Nursing)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี
พย.ค.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

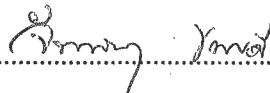


ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชินนุสรณ์ สวัสดิวัตน์

Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี

D.S.N. (Maternal and Child Nursing)

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
ที่ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
วันที่ 21 เดือนมีนาคม 2550

ศิริพรรณ ปัดมานะฮารี

นางสาวศิริพรรณ ปัดมานะฮารี

ผู้วิจัย

กรรณิการ์ สุวรรณโคต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ สุวรรณโคต

ค.ด. (อุดมศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

จิราพร เกศพิชญวัฒนา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

Ph.D. (Gerontological Nursing)

ประธานสอบวิทยานิพนธ์

อรสา พันธักดี

รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธักดี

พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ยุพาพันธ์ สิริโพธิ์งาม

รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพันธ์ สิริโพธิ์งาม

D.S.N. (Adult Health Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชัยนุสรณ์ สวัสดิวัตน์

Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. ชูพาพิน ศิริโพธิ์งาม ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำชี้แนะจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำในการจัดการข้อมูลวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ และขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ สุวรรณโคต และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่ขาดไม่ได้ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทุกท่านที่เต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสละเวลาอันมีค่าในการให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่พยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลตากสินทุกท่าน ที่ให้ผู้วิจัยได้ใช้เวลาศึกษาต่อและมีเวลาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จสมบูรณ์ รวมทั้งให้กำลังใจ ต้องขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่คอยให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน และเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดีตลอดมา

ศิริพรรณ ปิติมานะอารี

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (PREDICTED FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN FAMILY CAREGIVERS OF SURGICAL ONCOLOGY PATIENTS)

ศิริพรรณ ปิติมานะอารี 4536562 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N. (Adult Health Nursing),
อรสา พันธุ์ภักดี, พย.ค.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์ความเครียด ระดับความเครียด วิธีเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ لازารัส เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 85 คนที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในประเทศไทย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้หลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดจากการให้การดูแล ตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ และบันทึกทบทวนสัมภาษณ์ พร้อมทั้งให้ประเมินระดับความเครียด และให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลแบ่งเป็น 5 ประเภท คือ สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับ 1) การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย 2) การเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 3) การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย 4) การปิดบังไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง และ 5) ปัญหาด้านเศรษฐกิจและภาระงานที่เพิ่มขึ้น ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านจัดการกับอารมณ์ และด้านบรรเทาความเครียดร่วมกัน โดยมีสัดส่วนของการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลใกล้ชิดตามลำดับ และรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับค่อนข้างดี ภายหลังการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอายุและระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความเครียดเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 12.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการศึกษานี้สามารถใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย และใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลลัพธ์ของญาติผู้ดูแล

PREDICTED FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN FAMILY CAREGIVERS OF SURGICAL ONCOLOGY PATIENTS**SIRIPHUN PITIMANA-AREE 4536562 RAAN/M****M.N.S. (ADULT NURSING)****THESIS ADVISOR: YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N. (ADULT HEALTH NURSING), ORASA PANPAKDEE, D.N.S.****ABSTRACT**

This descriptive study aimed to explore the stress situations, stress level, coping, social support, and quality of life in family caregivers of surgical oncology patients. The Lazarus' stress, appraisal, and coping theory was used to guide this study. The purposive sample consisted of 85 caregivers of surgical oncology patients at one tertiary hospital in Thailand during September to November 2004. All the subjects volunteered to participate by completing the demographic of caregivers, the Jalowiec Coping Scale (JCS), Social Support Questionnaire, and Quality of Life Index. The situations of stress and stress level were collected by using semi-structured tape recorded interviews. The qualitative data from interviewing were analyzed by using content analysis, while the quantitative data were analyzed by using Pearson's product moment correlation coefficient, and Stepwise multiple regression.

The result showed that family caregiver's stress situations from caregiving can be described as 5 categories; helping patients with physical care; managing patient's emotional change; facing loss of the patient; being unable to tell the patient that he/she has cancer; and managing economic problems. The stress level was moderate. The caregivers used both confrontive, emotional, and palliative coping. The proportion of coping strategies used from highest to the lowest were confrontive, palliative, and emotional strategies. The caregivers received the most support from family members, health care professionals, and friends, respectively. The caregivers perceived fairly good level of quality of life. Social support and level of stress accounted for 12.8 percent of the variance of perceived quality of life in caregivers of surgical oncology patients after adjusted for the effect of age and education level ($p < .05$). The result can be used to plan for enhancing quality of life in family caregivers when facing stress situation and used as guide to evaluate caregivers' outcomes.

**KEY WORDS: CAREGIVERS / STRESS / COPING / SOCIAL SUPPORT /
QUALITY OF LIFE / SURGICAL ONCOLOGY PATIENT /
CONTENT ANALYSIS**

173 P.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
- กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี	7
- คำถามการวิจัย	7
- วัตถุประสงค์การวิจัย	8
- สมมติฐานการวิจัย	8
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
- ขอบเขตการวิจัย	8
- ข้อตกลงเบื้องต้น	9
- คำจำกัดความ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
- ปัญหาและความต้องการของผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและผลกระทบต่อความเป็นญาติผู้ดูแล	11
- แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล	15
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล	17
- แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม	28
- แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	36
- ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	36
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
- การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย	46
- การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
- การวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	50
- ส่วนที่ 1 ลักษณะของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	50
- ส่วนที่ 2 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดของญาติผู้ดูแล	54
- ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตามคำถามการวิจัยและการทดสอบสมมติฐาน	74
บทที่ 5 การอภิปรายผล	82
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	95
- สรุปผลการวิจัย	95
- ข้อจำกัดในการทำวิจัย	98
- ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	98
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	100
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	121
บรรณานุกรม	141
ภาคผนวก	153
ประวัติผู้วิจัย	173

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล	51-52
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	53
3. ความถี่และร้อยละของสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล	60
4. ความถี่และร้อยละของผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในบทบาทของญาติผู้ดูแล	65
5. ความถี่และร้อยละของกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	73-74
6. พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยคำนวณจากคะแนนจริง	75
7. พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยคำนวณจากคะแนนสัมพัทธ์	76
8. วิธีการเผชิญความเครียดรายข้อที่ญาติผู้ดูแลใช้มากและน้อยที่สุดเรียงตามลำดับ	77
9. พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยรวมและจำแนกตามแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม และคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ	78
10. พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยรวม	79
11. พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรทั้งหมด	79
12. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับคุณภาพชีวิตโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)	80
13. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	81

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1. กรอบแนวคิดในการวิจัย

7



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรโลก ทำลายชีวิตมนุษย์มากที่สุดโรคหนึ่งรายงานจากกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2547 พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับสอง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548) แม้ว่าในปัจจุบันสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั่วประเทศไทยยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เป็นที่ยอมรับว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในประชากรชาวไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช วัฒนา น้ำเพชร และภัสพร จำวิษา, 2539: 77) แม้ว่าการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งมีความก้าวหน้าขึ้นมาก ทำให้สามารถยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น แต่ส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจึงกลายเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Hileman, Lackey, & Hassanein, 1992; Woods, Lewis, & Ellison, 1989) ในปัจจุบันเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และอัตราค่ารักษาพยาบาลที่สูงมากขึ้น ประกอบกับนโยบายการรักษาพยาบาลของรัฐจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงเวลาสั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยจะอยู่ในโรงพยาบาลเฉพาะเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับไปรับการรักษาต่อที่บ้านโดยสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นญาติผู้ดูแลที่บ้านจึงมีบทบาทสำคัญและเป็นที่คาดหมายว่าจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องไปอีก 50 ปีข้างหน้า (Hileman, et al., 1992)

การรักษาโรคมะเร็งโดยวิธีการผ่าตัด เป็นการรักษาวิธีหนึ่ง ซึ่งแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีผลข้างเคียงของการรักษามากเท่ากับการให้ยาเคมีบำบัดและการใช้รังสีรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา อาจมีอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากโรคและผลที่ตามมาจากการรักษา เช่น การได้รับยาเคมีบำบัด หรือการฉายรังสี ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรืออ่อนเพลีย เป็นต้น (Siegel, Raveis, Houts, & Mor, 1991) นอกจากนี้พบว่า อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดจากความไม่แน่นอนของโรคและการรักษา สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ถึงแม้ว่าผลข้างเคียงจากการรักษามีไม่มากเท่ากับการให้ยาเคมีบำบัดและการใช้รังสีรักษาดังได้กล่าวมาแล้ว แต่ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้จะมีความต้องการได้รับความช่วยเหลือหลังผ่าตัดทางด้านร่างกาย เนื่องจากอาการอ่อนเพลียหลังผ่าตัด และความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจ เนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดแต่ละชนิด ต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกันไป เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระบบ

ทางเดินอาหารที่ได้รับการผ่าตัด จะพบปัญหาของระบบทางเดินอาหารซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะพร่องโภชนาการ (ศิริกุล การุณเจริญพานิชย์, 2542) ผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งเรื้อรังด้านมะเร็งจะพบปัญหาที่มีความสำคัญเกี่ยวกับภาพลักษณ์ สัมพันธภาพทางเพศ ภาวะซึมเศร้า (Ferrans, 2000) หรือผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งเรื้อรังกล่องเสียงจะมีปัญหาเรื่องการสื่อสารและการกลืน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะยาว ที่พบได้บ่อย เช่น อาการอ่อนล้า (chronic fatigue) กลัวการกลับเป็นซ้ำหรือกลัวตาย ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น และความไม่แน่นอนในอนาคต (Ferrans, 2000) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการดูแลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความต้องการการดูแลทางด้านอารมณ์และจิตใจ

ความต้องการการดูแลเหล่านี้ล้วนเป็นภาระงาน หรือกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งการดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา รวมทั้งดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่างๆ การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังทำหน้าที่เป็นบุคคลกลางในการติดต่อเจรจาหรือติดต่อกับบุคลากร หรือองค์กรทางสุขภาพเพื่อการรักษาพยาบาล หรือช่วยประสานงานลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างดำเนินการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ และการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย และสุดท้ายเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านการเงิน (Horowitz cited in Davis, 1992)

ภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เป็นงานใหม่ที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ญาติผู้ดูแลที่บ้านยังมีหน้าที่การงาน ความรับผิดชอบและชีวิตส่วนตัวเดิมอยู่ ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน มีผลต่อการใช้เวลาในการดูแล และการใช้เวลาในบทบาทอื่นๆอาจมีความขัดแย้งกัน ความขัดแย้งในบทบาทเป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งของความเครียด มีรายงานวิจัยจำนวนมากทั้งต่างประเทศ (Chan & Chang, 1999; Oberst, Thomas, Gass, & Ward, 1989) และในประเทศไทย (ชนิตา มณีวรรณ เมรัย สุจินดา สมทรง จุไรทัศน์ย์ และวรรณ นิลนักรา, 2537ก; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546; สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด เหนื่อยล้า หรือรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดังกล่าวทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาสำหรับตนเองในการที่จะประกอบอาชีพ เข้าสังคม หรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรจะได้รับผิดชอบต่อชีวิตตนเองน้อยลง สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดความขัดแย้งในหมู่ญาติผู้ดูแล โกรธและฉุนเฉียวง่าย รู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตนเอง สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคมและเหงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ เกิดภาวะเครียดและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ซึ่ง

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของญาติผู้ดูแลที่บ้าน เป็นปัจจัยส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ภาวะจิตใจและความผาสุกของญาติผู้ดูแล (Aranda & Hayman-White, 2000; Jansen & Given, 1991; Stephens, Norris, Kinney, Ritchie, & Grotz, 1988)

แม้ว่าการเป็นญาติผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางด้านลบ แต่ยังพบว่ามีญาติผู้ดูแลจำนวนไม่น้อยที่ได้รับความรู้สึกที่ดีจากการเป็นญาติผู้ดูแล (ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Nijboer, et al., 1998) เช่น รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการ เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลกระทบทางด้านบวกต่อตัวแปรทางด้านสุขภาพ (Callaghan & Morrissey, 1993; Longford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997; Uphold, 1991) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (buffering effect model) (Cohen & Will, 1985) ช่วยให้บุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าไม่รุนแรง หรือรุนแรงน้อยลง ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกาย โดยช่วยให้บุคคลได้มีการแก้ปัญหา ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหา สอดคล้องกับลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่พิจารณาว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียด ทำหน้าที่ช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดโดยจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต จากการวิเคราะห์เชิงปริมาณเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุก โดยทบทวนงานวิจัยจำนวน 21 เรื่อง (Wang, 1998) พบว่า ผู้ที่รายงานว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีระดับภาวะอารมณ์ด้านบวก คุณภาพชีวิต และความสามารถในการทำกิจกรรมสูง และมีระดับภาวะอารมณ์ด้านลบและภาวะซึมเศร้าต่ำ จึงสามารถสรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

จากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา หรือ อังกฤษ พบว่า ญาติผู้ดูแลเป็นหัวข้อวิจัยที่มีผู้สนใจศึกษาในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และในกลุ่มญาติผู้ดูแลของผู้สูงอายุ (ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) ซึ่งการศึกษาในช่วงแรกเป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับ ผลกระทบของบทบาท และกระบวนการให้การดูแลต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต่อมาความก้าวหน้าของงานวิจัยได้ดำเนินไปถึงขั้นการพัฒนา รูปแบบเพื่อให้การช่วยเหลือสำหรับญาติผู้ดูแล และนับว่าได้ผลดีเนื่องจากเมื่อญาติผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพในการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแล รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษาเมื่อต้องการ สิ่งเหล่านี้มีผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล ปรับตัวกับภาระงานของญาติผู้ดูแลได้ ลดความเครียดในการดูแล และส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้เริ่มต้นศึกษาเมื่อประมาณ 10 ปีที่แล้วมา จากการสำรวจงานวิจัยของยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม (2546) ที่เกี่ยวข้องกับ

ญาติผู้ดูแลในประเทศไทยที่ทำการศึกษาศึกษาโดยพยาบาล พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 80 เรื่อง เป็นการวิจัยเชิงบรรยายจำนวน 63 เรื่อง ที่เหลือ 17 เรื่อง เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแล (intervention) รายงานวิจัยทั้งหมดมีทั้งการศึกษาในญาติผู้ดูแลที่เป็นพ่อแม่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรครีรัง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งภาระงานของพ่อแม่ที่ดูแลเด็กจะลดลงเรื่อยๆ เมื่อเวลาผ่านไป เพราะเด็กมีพัฒนาการในการช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น แต่สำหรับผู้ป่วยโรครีรังที่เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จะมีความเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เมื่ออายุมากขึ้นทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยลดลง และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นตามลำดับ

จากที่กล่าวมา ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสนใจศึกษาในกลุ่มของญาติผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยมีการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเพียง 6 เรื่อง เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย 4 เรื่อง ได้แก่ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลที่บ้าน (ชนิตา มณีวรรณ, สุนทรี ภาณุทัต, เมริย์ สุจินดา และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2537 ข) แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (สายพิน เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2539) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก และภาระการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (ชูชื่น ชีวะพูนผล, 2541) และการให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (วิภา วิเสโส, 2545) และการศึกษาที่เกี่ยวกับการสร้างรูปแบบการพยาบาลเพื่อการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย 2 เรื่อง ได้แก่ ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการลดความพร่องของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (กฤษณา ครามแสง, 2539) และประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวความคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียด และเพิ่มความสามารถการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (สมนึก สกุลหงษ์โสภณ, 2540)

งานวิจัยทั้ง 6 เรื่องที่กล่าวมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้ายหรืออยู่ในระยะลุกลาม แต่จากการทบทวนงานวิจัยของวิทซ์เนอร์ แมคมิลแลน และจาคอบสัน (Weitzner, McMillan, & Jacobsen, 1999) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะของการรักษา (curative treatment) และระยะประคับประคอง (palliative treatment) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะของการรักษาจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจะเป็นช่วงเวลาวิกฤตสำหรับญาติผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลมักจะกังวลถึงวิธีการจัดการกับผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของตนเอง ดังนั้นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะของการรักษาอาจต้องเผชิญกับปัญหาและความต้องการการดูแล อีกทั้งต้องปรับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบต่างๆ และเผชิญกับสถาน

การันต์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต และอาจประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเครียด และเมื่อประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดจำเป็นต้องใช้วิธีการเผชิญกับความเครียด ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาลรามารับปี พ.ศ. 2546 (Kraiphibul P., 2003) พบจำนวนผู้ป่วยใหม่ 108,503 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็ง 2,593 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.39 ของผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด และในจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว จำนวน 621 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.95 และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการรักษาด้วยวิธีการอื่น เช่น การให้เคมีบำบัด และ/หรือ การใช้รังสีรักษา จำนวน 514 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.45 จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลบางปัจจัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าของคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; Parker, Baile, Moor, & Cohen, 2003) และระดับการศึกษา (เช่นฤดี แก้วบุตร, 2535; รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539; วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2536; วิมลวัลย์ วโรพาร, 2534; Haley, LaMonde, Han, Burton, & Schonwetter, 2003; Parker, et al., 2003) ดังนั้น ผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษาโดยวิธีการทางสถิติ เพื่อหาความสามารถของตัวแปร ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลที่สำคัญ สำหรับพยาบาลจะรับรู้และเข้าใจ สภาพปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการสร้างรูปแบบการให้ความช่วยเหลือสำหรับญาติผู้ดูแลที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของลาซารัส และโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิด ทฤษฎีนี้ประกอบด้วยมโนคติหลัก คือ ความเครียด การประเมินตัดสิน การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์ของการปรับตัว โดยอธิบายความเครียดในรูปแบบของ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งความเครียด หมายถึง “เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิ

ภาพของตนเอง และบุคคลจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง” (Lazarus & Folkman, 1984: 19) การประเมินตัดสิน เป็น “กระบวนการประเมินเพื่อตัดสินว่า ทำไมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเครียด” (Lazarus & Folkman, 1984: 19) แบ่งออกเป็นการประเมินปฐมภูมิและการประเมินทุติยภูมิ การประเมินปฐมภูมิ เป็นการประเมินผลกระทบที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมซึ่งประเมินโดยบุคคล ว่าไม่มีความสำคัญกับตนเอง (irrelevant) มีผลในด้านดีกับตนเอง (benign positive) หรือเป็นความเครียด (stressful) การประเมินว่าเป็นความเครียด สามารถประเมินได้ใน 3 ลักษณะ คือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm and loss) คุกคาม (threat) และท้าทาย (challenge) การประเมินทุติยภูมิ เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

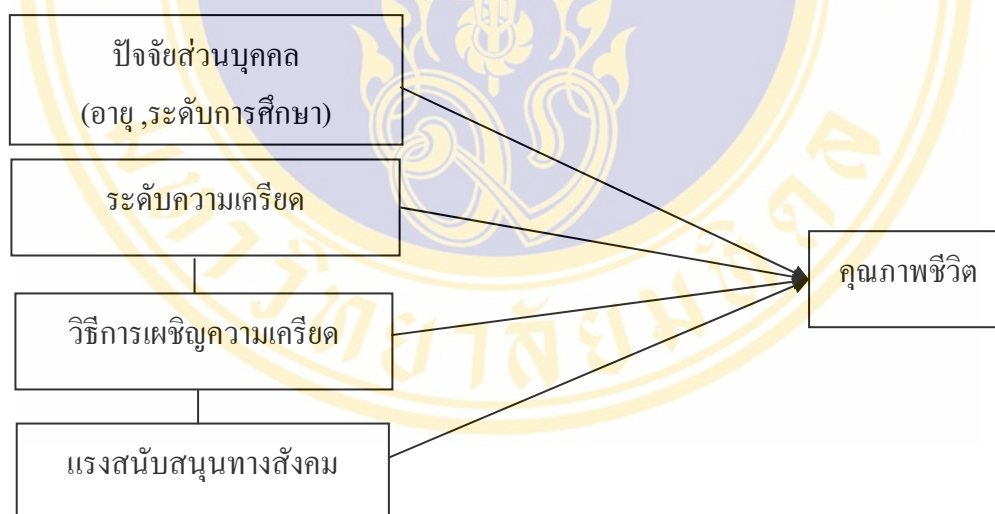
การประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) ได้แก่ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ลักษณะของสถานการณ์ ความรุนแรงของสถานการณ์ และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (personal factors) ได้แก่ ข้อผูกพัน (commitments) ความเชื่อของบุคคล (beliefs) และสติปัญญาของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) การเผชิญความเครียด (coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามในการจัดการกับความเครียด ซึ่งตามความหมายของการเผชิญความเครียดนี้ จัดว่าเป็นกระบวนการหนึ่งของการปรับตัว และเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเผชิญสถานการณ์มี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotional focused coping) การมุ่งแก้ปัญหาเป็นการเผชิญกับความเครียดโดยจัดการที่ตัวปัญหา มุ่งการแก้ปัญหาหรือปรับสิ่งแวดล้อม การจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดทำลายขวัญหรือกำลังใจ

ลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวถึงผลของการประเมินตัดสิน (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping) ต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวใน 3 ด้านคือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health) โดยผลลัพธ์ของการปรับตัวจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ กับการเลือกใช้วิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด โดยใช้ทั้งแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทนั้น ๆ ซึ่งได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางด้านสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ

เมื่อนำทฤษฎีความเครียดของลาซารัสมาอธิบายปรากฏการณ์ของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการศึกษาครั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่าความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ในการให้การดูแลว่ามีการใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง อันมีผลต่อสวัสดิ

ภาพของตนเอง โดยการประเมินว่าเป็นความเครียด ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของอันตรายหรือสูญเสีย (harm and loss) คุกคาม (threat) และท้าทาย (challenge) เมื่อญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การให้การดูแลว่าเป็นความเครียด จำเป็นต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับความเครียด ซึ่งวิธีการจัดการกับความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา เป็นการจัดการกับความเครียดโดยจัดการที่ตัวปัญหา มุ่งการแก้ปัญหาหรือปรับสิ่งแวดล้อม และการจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดทำลายขวัญหรือกำลังใจ โดยที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดจะแตกต่างกันออกไปตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และด้านสถานการณ์ และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ

สำหรับผลของการประเมินตัดสินใจ และการจัดการกับความเครียดจะมีผลต่อผลลัพธ์ของการปรับตัว ซึ่งผลลัพธ์ของการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพควรพิจารณาความสอดคล้องกันทั้ง 3 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพที่ดี มีขวัญและกำลังใจ และสามารถทำหน้าที่หรือมีบทบาทในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งเป็นสิ่งบ่งบอกการมีคุณภาพชีวิตที่ดี กรอบแนวคิดในการวิจัยที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นอย่างไร
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีความเครียดระดับใด
3. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใด

4. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากใคร และมากเพียงใด
5. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร
6. ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้หรือไม่ เพียงใด ภายหลังควบคุมอหิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา

วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อศึกษา

1. สถานการณ์ความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
2. ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
3. ความสามารถของระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายหลังควบคุมอหิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายหลังควบคุมอหิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางในการวางแผนการประเมินสถานการณ์ความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด สามารถจัดรูปแบบการให้การช่วยเหลือ และส่งเสริมวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพื่อเป็นการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มาตรวจตามนัดที่หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ หน่วยตรวจโรคหู-คอ-จมูก และหน่วยตรวจสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารินทร์ และเป็นญาติที่เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เป็นระยะเวลา

ไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 85 คน ทำการศึกษาดังแต่วันที่ 1 เดือน กันยายน ถึงวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2547

ข้อตกลงเบื้องต้น

ญาติผู้ดูแลสามารถประเมินและบรรยายสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย มะเร็งหลังผ่าตัดได้

คำจำกัดความ

ญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ระบุว่า เป็นผู้ที่เป็นหลักในการดูแลโดยตรง ทางด้านร่างกาย และ/หรือ จิตใจ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยมะเร็งกลับไปอยู่บ้าน เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 1 เดือน และมีความเครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะบางประการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ถ้ามีเศษ 6 เดือนขึ้นไป นับเป็น 1 ปี

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนเต็มปีของระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด นับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษา จนถึงการศึกษาสูงสุด

ความเครียด หมายถึง สถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลประเมินการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด / ทุกข์ใจ/ กังวลใจ วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดย ให้ญาติผู้ดูแลนึกย้อนถึงสถานการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับการผ่าตัดและกลับไปอยู่บ้าน และตอบแบบสัมภาษณ์ตามแนวคำถามปลายเปิดและประเมินระดับความเครียดจากสถานการณ์ความเครียดที่ญาติผู้ดูแลบรรยายมาโดยรวมน่าก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด

การเผชิญความเครียด หมายถึง ความพยายามของญาติผู้ดูแล ในการใช้วิธีการเพื่อจัดการกับสถานการณ์ความเครียดจากการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด วัดโดยใช้แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec Coping Scale) (Jalowiec, 1988) ประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 3 ด้านคือ การมุ่งแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความเครียด ซึ่งสมฤดี ลิขิตมณฑล (2541) ได้นำมาใช้วัดวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปริมาณความช่วยเหลือที่ญาติผู้ดูแลได้รับ 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ และความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร จากบุคคลในกลุ่มสังคมต่าง ๆ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคคลใกล้ชิด และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ วัดโดยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของเซฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne, Lazarus, 1981) และ นอร์เบ็ค ลินด์ซี และแคริเอรี (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981) โดยสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) และจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย

คุณภาพชีวิต หมายถึง การให้ความสำคัญและความพึงพอใจต่อสถานการณ์ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแลขณะให้การดูแลผู้ป่วย วัดโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ของเฟอร์แรนส์ และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985) โดย สมฤดี สิทธิมงคล (2541)

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดจากการดูแล ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมทั้งศึกษาความสามารถของระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายหลังควบคุมอติพิศวัตต์แปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา โดยผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟคแมน เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และผลกระทบต่อการเป็นญาติผู้ดูแล
2. แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล
4. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
5. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและผลกระทบต่อการเป็นญาติผู้ดูแล

มะเร็งเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และของรัฐ การรักษาผู้ป่วยมะเร็งต้องใช้ยาราคาแพง ใช้เวลานานในการรักษาทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงมาก ผู้ป่วยมะเร็งมักมีปัญหาทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน กลัวความตาย กลัววิธีการรักษาต่าง ๆ เช่น การผ่าตัด การรักษาทางเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาซึ่งมักจะมีอาการข้างเคียงมาก จากการศึกษาของชนิตา มณีวรรณ และคณะ (2537 ก) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีปัญหาทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนหลับไม่เพียงพอ เจ็บปวด มีโรคแทรกซ้อน ขยับถ่ายผิดปกติ ค่อยสมรรถภาพ การสื่อสารกับผู้อื่นผิดปกติ จิตใจไม่สงบ หงุดหงิด เสียใจและกลัว รวมทั้งความวิตกกังวล ซึ่งรายงานการศึกษาทั้งในต่าง

ประเทศและประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งจะเกิดความวิตกกังวลในด้านต่างๆ 6 ด้าน คือ ความกังวลด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเอง ด้านการเงินและงานและการเงิน ด้านครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ด้านเพื่อนฝูงและผู้ร่วมงานรวม ทั้งด้านการมีชีวิตอยู่แต่ไม่มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2534; Weisman, 1979)

จากปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการการดูแลจากญาติผู้ดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแต่ละวิธีจะแตกต่างกันออกไป ซึ่งการรักษามะเร็งโดยทั่วไปมี 3 วิธี คือ การใช้ยาเคมีบำบัด (ซึ่งรวมทั้งการใช้ฮอร์โมนบำบัด) การใช้รังสีรักษา และการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด หรือได้รับรังสีรักษา ความต้องการการดูแลจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยา หรือรังสีรักษา แต่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จะมีความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด เป็นต้น

ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งในระยะแรกหลังผ่าตัด เป็นปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้การแก้ไขโดยด่วน สรุปได้ดังนี้ เช่น ปัญหาของระบบทางเดินหายใจ (pulmonary problem) เช่น ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS) การติดเชื้อที่ปอดจากการสูดสำลัก (aspiration pneumonia) เป็นต้น ปัญหาการติดเชื้อ (infection, sepsis) ภาวะเลือดออกผิดปกติ (bleeding, hemorrhage) ปัญหาการหายของแผลช้าผิดปกติ (poor wound healing) เป็นต้น (Polomano, et al., 1994 cited in Frogge & Cunnig, 2000) และรวมถึงปัญหาเรื่องความปวด ภาวะโภชนาการ และความวิตกกังวล เป็นต้น ปัญหาต่างๆ เหล่านี้มักเป็นปัญหาที่พบในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

จากนโยบายการรักษาพยาบาลในปัจจุบันจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลช่วงสั้น เมื่อออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจมีทั้งปัญหาที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และปัญหาที่เฉพาะเจาะจงตามตำแหน่งของโรคมะเร็ง เช่น โรคมะเร็งที่บริเวณศีรษะและลำคอ (head neck cancer) โรคมะเร็งของกล่องเสียง โรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร และโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น ซึ่งปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในตำแหน่งต่างๆ จะแตกต่างกันไป ส่วนใหญ่จะมีทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ จากการศึกษาของดรอปกิ้น (Dropkin, 2001) พบว่าโรคมะเร็งที่บริเวณศีรษะและลำคอ เป็นโรคที่ทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจมากที่สุดในจำนวนโรคมะเร็งทั้งหมด เนื่องจากการผิดรูปของบริเวณหน้า และการเสียหายที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาทั้งทางด้านการพูด การฟัง และการสูญเสียภาพลักษณ์ รวมทั้งอาจจะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการ

ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากภายหลังได้รับการผ่าตัด จำนวน 83 ราย พบว่าการผ่าตัดรักษามะเร็งในช่องปาก ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายภาพของปาก ภาพลักษณ์ และบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยเสียไป รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีความเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง (Schliephake & Jamil, 2002)

นอกจากปัญหาที่เกิดจากการสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากการผิดรูปของอวัยวะที่ทำผ่าตัดที่กล่าวมาแล้ว ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ซึ่งได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (colostomy) พบว่าเกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากกลิ่นของอุจจาระ อาจส่งผลไปถึงความรู้สึกด้อยคุณค่าได้ (อารี นัยบ้านด่าน, 2544) ซึ่งจากการศึกษาของ เพอร์สัน และ เฮลสตรอม (Persson & Hellstrom, 2002) โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ชายและผู้หญิงชาวสวีเดน ภายหลังได้รับการผ่าตัดทำออสโตมี 6-8 สัปดาห์ จำนวน 9 ราย เกี่ยวกับความรู้สึก ทศนคติ และประสบการณ์ชีวิต ภายหลังการผ่าตัดทำออสโตมี พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 7 ลักษณะ คือ การมีร่างกายที่แตกต่างจากบุคคลอื่น การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การพบว่าออสโตมี มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ทางเพศ ต่อชีวิตในสังคม ต่อการเล่นกีฬา และกิจกรรมยามว่าง มีความรู้สึกไม่แน่นอน และมีปัญหาทางกาย

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว ซึ่งถึงแม้ว่าในระยะแรกความต้องการความช่วยเหลือทางด้านร่างกายยังมีไม่มากนัก เนื่องจากผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่พบว่าจะมีปัญหาทางด้านจิตใจค่อนข้างสูง จากการศึกษานี้ของโอเบิร์ต และสก็อต (Oberst & Scott, 1988) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะเครียดของผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเครียดที่สูงที่สุดของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นภายใน 10 วัน ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดอย่างมากเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ และในระยะต่อมาเมื่ออาการของโรคเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงตามลำดับ ญาติผู้ดูแลจะมีบทบาทในการให้การช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้น ดังนั้นไม่เพียงแต่ผู้ป่วยมะเร็งเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบจากการเป็นมะเร็ง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งก็จะได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนรายงานการวิจัยของ เอ็ดเวิร์ด และ อิง (Edwards & Ung, 2002) พบว่าการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ 6 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย เช่น มีปัญหาเรื่องการนอนหลับถูกรบกวน เกิดอาการอ่อนล้ามาก (severe fatigue) เป็นต้น ผลกระทบด้านสังคม เช่น มีข้อจำกัดในการร่วมกิจกรรมทางสังคม ผลกระทบต่อตารางเวลาประจำวัน เป็นต้น ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เช่น ต้องนำเงินออมที่เก็บไว้มากใช้เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย ต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ผลกระทบด้านจิตใจ เช่น มีความเครียดใน

ระดับสูงมาก เป็นต้น ผลกระทบด้านความรู้สึกเป็นภาระ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีภาระในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งอย่างน้อย 2 อย่างขึ้นไป ได้แก่ การจัดการเรื่องการดูแลทางด้านร่างกาย และอารมณ์ รวมทั้งความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ เป็นต้น ผลกระทบด้านการทำหน้าที่ในครอบครัว พบว่าการทำหน้าที่ในครอบครัวของญาติผู้ดูแลลดลง เช่นเดียวกับจากการศึกษาของ ชนิตา มณีวรรณ และคณะ (2537 ก) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับผลกระทบในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย เช่น ไม่มีเวลาพักผ่อน เหนื่อยล้า เบื่อหน่าย นอนหลับๆ ตื่นๆ และมีความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ด้านจิตใจ เช่น หดหู่ท้อแท้ มีความวิตกกังวลตลอดเวลา มีความเครียดสูง ด้านเศรษฐกิจ เช่น ไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย รายได้ลดลง และด้านครอบครัว เช่น ไม่มีเวลาอบรมบุตร ด้านสังคม เช่น ไม่มีเวลาไปร่วมพิธีทางศาสนา เป็นต้น

สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ซึ่งมีทั้งการให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลที่เฉพาะเจาะจง เช่น การทำแผล และเป็นแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ และการเงินให้กับผู้ป่วยด้วยเช่นกัน จากการศึกษาของนิจเบอร์และคณะ (Nijboer, et al., 1997) ที่ทำการศึกษารู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก ซึ่งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 78 ราย พบผลกระทบที่เกิดกับญาติผู้ดูแลในด้านต่างๆ ได้แก่ ผลกระทบทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ แหล่งสนับสนุนของครอบครัว ตารางการปฏิบัติงานประจำวัน และความรู้สึกมีคุณค่า

นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลจะเกิดภาวะเครียดจากการเป็นญาติผู้ดูแลได้ ซึ่งโอเบิร์ตและสก็อต (Oberst & Scott, 1988) ได้ทำการศึกษาร่องภาวะเครียดของผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและคู่สมรส จำนวน 40 คู่ โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 10, 30, 60, 90 และ 180 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า คู่สมรสจะมีปัญหาในเรื่องของอารมณ์และการจัดการกับอารมณ์ และเกิดมากที่สุดในช่วง 60 วันเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน และพบว่าความวิตกกังวลของคู่สมรสสูงกว่าของผู้ป่วยและค่าปกติของบุคคลที่อยู่ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของนอร์ทเฮาส์ (Northouse, 1989) ที่ทำการศึกษาดิตตามระยะยาวเรื่องการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและลำไส้ จำนวน 41 คู่ ผลการวิจัยพบว่า 18 เดือนหลังผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและลำไส้ มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด (BSI : distress) สูงกว่าของประชาชนทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการวิจัยต่างๆ สะท้อนให้เห็นว่า การที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยมะเร็งเป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง (Oberst, et al., 1989) มีความทุกข์และเหนื่อยล้า

เนื่องจากภาระของการดูแล ผนวกกับความห่วงกังวลเกี่ยวกับการรักษา และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (Jensen & Given, 1991) เมื่อโรคของผู้ป่วยลุกลามมากขึ้น ผู้ดูแลจะต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้น ร่วมกับการเกิดความรู้สึกผิดเนื่องจากไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้ มีความคับข้องใจและสิ้นหวัง ซึ่งจะทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น ความเครียดและการตอบสนองทางอารมณ์ จะส่งผลร้ายต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ทำให้มีความจำกัดในการดูแลและอาจจะไม่สามารถรับภาระในการดูแลได้อีกต่อไป การที่สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้ ย่อมส่งกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ญาติผู้ดูแลจะต้องได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพด้วยเช่นกัน

แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล

การศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลได้รับความสนใจมากขึ้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้มีความต้องการความช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการดูแลเฉพาะโรค และจากการมีนโยบายลดจำนวนวันที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นลง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากต้องได้รับการดูแลต่อหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยญาติผู้ดูแล

ผู้วิจัยหลายท่านได้ให้คำจำกัดความของญาติผู้ดูแล เช่น เดวิส (Davis, 1992: 2) ได้ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลไว้ว่า ญาติผู้ดูแล หมายถึงบุคคลผู้ซึ่งไม่ได้รับค่าจ้าง แต่มีความสำคัญในการดูแลผู้ซึ่งเจ็บป่วย อ่อนแอ หรือต้องการการพึ่งพา ที่บ้านหรือในชุมชน นอกจากนี้ในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอาจกำหนดความหมายของญาติผู้ดูแลที่เฉพาะสำหรับงานวิจัยของตนเองได้ เช่นงานวิจัยของไฮแมน (Hileman, et al., 1992: 772) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ได้ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลผู้ซึ่งไม่ได้รับค่าจ้าง และได้รับการชี้บอกโดยผู้ป่วยว่าเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ในด้านร่างกายหรือการเผชิญกับกระบวนการของโรค ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของญาติผู้ดูแลมากขึ้น ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539: 86) ได้อธิบายว่า ญาติผู้ดูแลหมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีลักษณะสำคัญในการพิจารณา คือ

1. ญาติหรือบุคคล ซึ่งอาจเป็นบิดามารดา สามีภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต
2. ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความ

เสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้น ต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแล โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลจะเกิดขึ้นในบ้าน หรือในชุมชนที่อยู่อาศัย โดยไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

การให้การช่วยเหลือของญาติผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ (Horowitz cited in Davis, 1992: 2-3) คือ

1. การให้การดูแลโดยตรง (direct care service) เช่น การเดินทาง งานบ้าน การพาผู้ป่วยไปรับการรักษา รวมถึงกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ อาบน้ำ ป้อนอาหาร ขับถ่าย 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 ซึ่งทำให้มีภาระงานมากขึ้นจึงอาจเป็นสาเหตุของความเครียดจากการให้การดูแล โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ได้แก่ ความเครียดที่มีสาเหตุจากการให้การดูแลโดยตรง (primary stressor) คือ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจากสาเหตุความพร่องทางร่างกาย ความคิด สติปัญญา ความต้องการส่วนบุคคล และความเครียดที่เป็นผลที่ตามมาจากการให้การดูแลที่เกิดขึ้นกับชีวิตของญาติผู้ดูแล (secondary stressor) เช่น ผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และต้องใช้เวลาในการให้การดูแลมาก ทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาสำหรับประกอบอาชีพ เข้าสังคม หรือทำบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ลดลง เป็นต้น นอกจากนี้สาเหตุของความเครียดในญาติผู้ดูแลอาจเกิดได้จากความไม่แน่ใจในบทบาทหน้าที่ของตน ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาวะที่ต้องตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และความต้องการที่ขัดแย้งกันระหว่างสมาชิก (รุจา ภูไพบูลย์, 2535)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล

ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยทั้งของต่างประเทศและในประเทศไทยที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ปัญหาความต้องการ ความเครียด การประเมินและการเผชิญความเครียด รวมทั้งผลกระทบจากการให้การดูแลในบทบาทของญาติผู้ดูแล ดังนี้

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; Weitzner, et al., 1999) และประเทศไทย (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541; วิภา วิเสโส, 2545; สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) เกี่ยวกับคุณลักษณะของญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 70) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย ระหว่าง 30-60 ปี สถานภาพสมรส คู่ และมักจะเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ คู่สมรส และบุตร จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ฐานะอยู่ในระดับปานกลาง (Oberst, et al., 1989) ในประเทศไทยพบว่าญาติผู้ดูแลมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (วิภา วิเสโส, 2545; สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540) ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับ ดี ถึง ดีเยี่ยม และพบว่าญาติผู้ดูแลมักไม่ได้ประกอบอาชีพนอกบ้าน เนื่องจากการให้การดูแลผู้ป่วยมีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพของญาติผู้ดูแล (Aranda & Hayman-White, 2001) แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันญาติผู้ดูแลอาจต้องรับผิดชอบทั้งภาระงานในอาชีพของตน และรับผิดชอบต่อหน้าที่ในครอบครัวไปพร้อมๆ กัน นอกจากรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณลักษณะของญาติผู้ดูแลแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในต่างประเทศและประเทศไทย ดังนี้

การศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา หรืออังกฤษ เป็นหัวข้อวิจัยที่สนใจศึกษาในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา งานวิจัยเน้นในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) ซึ่งการศึกษาในช่วงแรกเป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับกระบวนการของการให้การดูแล และผลกระทบของบทบาทต่อญาติผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมของบอมการ์เทน (Baumgarten, 1989) เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมจำนวน 28 เรื่อง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-1988 พบว่ามีตัวแปรที่เกี่ยวกับผลกระทบของญาติผู้ดูแล เช่น การรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ภาวะตึงเครียดของการเป็นญาติผู้ดูแล ปฏิกริยาทางอารมณ์ด้านลบ สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว การถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพด้านร่างกาย การเงิน เป็นต้น และจากการศึกษาของกิฟเวนและคณะ (Given, et al., 1990) พบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบทบาทการเป็นผู้ดูแล มี 4 ด้าน คือ ปฏิกริยาทางอารมณ์ด้านลบ (negative emotional reaction) ความรู้สึกรับผิดชอบต่อ

ผู้ป่วย (feelings of responsibility for the patient) ความรู้สึกที่ต้องพراقจากครอบครัว (feeling of abandonment by family) ผลกระทบจากการดูแลต่อตารางเวลาประจำวัน (impact of caregiving on daily schedules) สอดคล้องกับการศึกษาของลินช์-ซาว์ (Lynch-Sauer, 1990) พบว่า ภาระการดูแลมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งผลกระทบนี้เป็นผลมาจากบริบทของการให้การดูแล ไม่ใช่จากลักษณะของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และจากการศึกษาของมิลเลอร์และมอนโกเมอรี (Miller & Montgomery, 1990) พบว่า ระดับของความพึงพอใจของผู้สูงอายุและปริมาณภาระงานที่ต้องทำมาจะยิ่งทำให้ญาติผู้ดูแลถูกจำกัดการมีส่วนร่วมในสังคมมากขึ้น

หลังจากที่ได้มีการศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวกับผลกระทบที่มีต่อญาติผู้ดูแล ต่อมาได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรและปัจจัยที่สามารถทำนายผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่าตัวแปรที่มีผลกระทบต่อผลกระทบด้านผู้ป่วย คือ พฤติกรรมด้านลบ (negative behavior) ภาวะสุขภาพและอายุ ด้านญาติผู้ดูแล คือ อายุ การทำงาน (employment) สถานะของอารมณ์ จำนวนของแหล่งสนับสนุน (amount of assistance) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (affective support) และชั่วโมงในการดูแล (Given, et al., 1990) ส่วนการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคม รายได้ และภาวะสุขภาพ เป็นตัวทำนายปฏิกิริยาต่อการให้การดูแลทางด้านลบที่ดีที่สุด โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างเดียว เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดต่อปฏิกิริยาการให้การดูแลทางด้านลบ ความรู้สึกถูกรบกวนรอบรู้ทอดทิ้ง ผลกระทบต่อสุขภาพ และผลกระทบต่อตารางเวลา (Pohl, Given, Coolins, & Given, 1994) ซึ่งจากการศึกษาของกาลโล (Gallo, 1990) และรีอิส และคณะ (Reis, Gold, Andres, Markiewicz, & Gauthier, 1994) พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะช่วยลดผลทางด้านลบของการให้การดูแลในญาติผู้ดูแล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ทราบถึงความต้องการ ผลกระทบ ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบจากการให้การดูแล ในระยะต่อมามีงานวิจัยในต่างประเทศได้ดำเนินไปถึงขั้นการพัฒนาแบบ (intervention) เพื่อช่วยเหลือสำหรับญาติผู้ดูแล เช่น การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้สูงอายุและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน จะช่วยลดความตึงเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแล (Archbold, et al., 1990) แผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (comprehensive discharge planning protocol) ที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุมีผลให้อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จำนวนวันรวมที่อยู่ในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพภายหลังจำหน่ายลดลง (Naylor, et al., 1994) นอกจากการวางแผนการจำหน่ายแล้วยังมีการใช้โปรแกรมในการสนับสนุนผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ความเครียดในญาติผู้ดูแล จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ และจำนวนการใช้บริการของสถานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุลดลง

(Oktay & Volland, 1990) และโรบินสัน และ เยตส์ (Robinson & Yates, 1994) ได้ทำการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการฝึกหัดญาติผู้ดูแล (caregiver training program; CTPs) 2 ชนิด คือ โปรแกรมการจัดการกับพฤติกรรม (a behavior management program) และ โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม (a social skills program) ต่อ ความรู้สึกเป็นภาระ และทัศนคติเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือ พบว่ากลุ่มญาติผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการฝึกหัด จะมีความรู้สึกเป็นภาระลดลง และมีทัศนคติทางบวกในการขอความช่วยเหลือ และการใช้บริการการดูแลในเวลากลางวัน มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกหัด

สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง มีการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเป็นการศึกษาเพื่อหาปัญหาและความต้องการในการให้การดูแลของญาติผู้ดูแล จะเห็นได้จากการศึกษาของสเตซ (Stetz, 1987) ที่ทำการศึกษาในคู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยการสัมภาษณ์คู่สมรสด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จำนวน 65 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการในการให้การดูแลมากที่สุดในเรื่อง การบริหารจัดการในการดูแลทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการให้การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและการให้การดูแลตามแผนการรักษา ตลอดจนการเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย สำหรับลำดับรองลงมา ได้แก่ ความต้องการในเรื่องการสังเกต เฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย และความต้องการในการบริหารจัดการเกี่ยวกับบ้านและเงิน ตามลำดับ จากการศึกษาของแคร์รี่ และคณะ (Carey, Oberst, McCubbin, & Hughes, 1991) เกี่ยวกับการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และภาระในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ความต้องการการดูแลเรื่องการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจให้กับผู้ป่วยและคนอื่น เป็นความต้องการการดูแลที่มากที่สุดและยากลำบาก

จากผลการศึกษาข้างต้นพอจะเห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการในการให้การดูแลในด้านต่าง ๆ ซึ่งผลกระทบที่เกิดจากความต้องการการดูแลเหล่านี้ส่งผลต่อบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลในหลายๆ ด้าน ได้แก่ ความเครียดทางอารมณ์ (emotional strain) ความต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย (physical demands of care) ความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) ความกลัว (fear) การเปลี่ยนแปลงบทบาทและวิถีชีวิต (altered roles and life style) ความต้องการด้านการเงิน (financial demands of illness) การปลอบโยน การช่วยเหลือผู้ป่วย (comforting the patient) การรับรู้ถึงความเพียงพอของบริการสุขภาพ (perceived inadequacy of service) การใส่ใจในเรื่องของจิตวิญญาณ (spiritual concern) และเพศสัมพันธ์ (sexuality) (Lewis, et al. cited in Jassak, 1992) จึงได้มีผู้สนใจทำการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นและความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

เจนเสนและกีฟเวน (Jansen & Given, 1991) ศึกษาเกี่ยวกับว่า ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นญาติผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน และผลกระทบต่อตารางเวลาของการให้การดูแลกับความอ่อนล้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่ามีเพียงปัจจัยด้านผลกระทบต่อตารางเวลาของการให้การดูแลเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้า ($r = .42$) โดยมากกว่า ร้อยละ 50 ของญาติผู้ดูแล รายงานความอ่อนล้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง และคาร์เตอร์และ ชัง (Carter & Chang, 2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนอนและภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ร้อยละ 95 ของญาติผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องการนอนหลับในระดับรุนแรง ร้อยละ 52.9 มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และพบว่าการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .67, p < .001$) ส่วนอาการแสดงเรื่องความปวดของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแล ($r = .33, p < .02$)

นอกจากนี้ชูเมเกอร์และคณะ (Schumacher, et al., 1993) ศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถอธิบายผลกระทบต่อบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า อายุและเพศของญาติผู้ดูแล อายุและเพศของผู้ป่วย การกำเริบของโรค ประสิทธิภาพในการรับรู้การเผชิญปัญหา และการยอมรับการสนับสนุนจากสังคมที่เหมาะสม สามารถอธิบายความแปรปรวนของความตึงเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 44 และ ร้อยละ 40 ตามลำดับ เช่นเดียวกับ แคร์รี่และคณะ (Carey, et al., 1991) ซึ่งศึกษาเรื่องการประเมินคัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและภาระในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า อายุ ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ความเข้มแข็งของครอบครัว ภาระในการดูแล และการประเมินสถานการณ์ทางลบมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ โดยระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยสามารถทำนายความแปรปรวนของภาระในการดูแลได้ร้อยละ 47 และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ภาระในการดูแลสามารถทำนายความแปรปรวนของการประเมินสถานการณ์ทางลบได้ ร้อยละ 50 สำหรับอายุของญาติผู้ดูแล และการประเมินสถานการณ์ทางลบสามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะอารมณ์ ได้ ร้อยละ 50

ปัญหาและความต้องการรวมถึงปัจจัยทำนายที่กล่าวมาข้างต้น ได้มีผู้นำข้อมูลจากการศึกษาดังกล่าวมาใช้ในการสร้างรูปแบบการพยาบาลเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเป็นญาติผู้ดูแล ซึ่ง พาสาครีตา และแมคคอร์เคิล (Pasacreta & McCorkle, 2000: 127-148) ได้ทำการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างรูปแบบการให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ตีพิมพ์ในประเทศอังกฤษระหว่างปี ค.ศ. 1975 ถึง เดือนมกราคม ค.ศ. 1999 จำนวน 29 เรื่อง และได้จัดกลุ่มรูปแบบของการให้การช่วยเหลือเป็น 3 รูปแบบ คือ การให้ความรู้ (educational intervention) การให้การสนับสนุน

ให้คำปรึกษา และการบำบัดทางจิตใจ (support, counseling and psychotherapy) และการให้การดูแลที่สถานพยาบาลและที่บ้าน (hospice and palliative home care service)

การศึกษาการพัฒนารูปแบบเพื่อช่วยเหลือญาติผู้ดูแล มีผลให้ญาติเกิดความมั่นใจในการดูแล ปรับตัวกับภาระงานที่ต้องเผชิญได้ ลดความเครียดในการดูแลและส่งผลให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังรวมทั้งโรคมะเร็ง ในต่างประเทศที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทย ดังนี้

งานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้เริ่มต้นศึกษาเมื่อประมาณ 10 ปีที่แล้วมาโดย ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2546) ได้สำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลในประเทศไทยที่ทำการศึกษโดยพยาบาลซึ่งรวมถึงญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยวัยเด็ก ได้แก่ บิดา มารดา และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอาจเป็นกลุ่มสมรส บุตร ญาติ สมาชิกในครอบครัว พบว่ามีการวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลจำนวนทั้งสิ้น 80 เรื่องเป็นการวิจัยเชิงบรรยายจำนวน 63 เรื่อง ที่เหลือ 17 เรื่อง เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแล (intervention) ซึ่งประเด็นในการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายในประเทศไทยมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ ปัญหาความต้องการ และผลกระทบจากการเป็นญาติผู้ดูแล และความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัจจัยที่สามารถทำนายผลกระทบที่เกิดขึ้น

ปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแล สุทธิคุณพร ณุญขอ (2542) ได้ศึกษาการได้รับการดูแลและการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแล 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดำรงชีวิตประจำวัน ด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ด้านจิตใจสังคม และด้านเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับการศึกษาของชนิตา มณีวรรณ และคณะ (2537 ข) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยวันละ 10-24 ชั่วโมง เนื่องจากร้อยละ 97.3 ของผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวไปหลายชนิด ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการการพยาบาลเป็นพิเศษอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ดังนั้นจึงพบว่าญาติผู้ดูแลมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และการดูแลผู้ป่วย พร้อมกับมีความต้องการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจ และต้องการความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาพร ดุพัสกุล (Dupaskul S., 2001) และจินตนา หาญประสิทธิ์คำ (Hanprasitkam P., 2000) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการความร่วมมือ และการดูแลจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย ต้องการความรู้เกี่ยวกับการให้การดูแล การช่วยเหลือและการบริการจากสังคมขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย และมีความต้องการทางการเงิน สุขและ ความหวัง ในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่วนการศึกษาถึงผลกระทบจากการเป็น

ญาติผู้ดูแล พบว่าญาติผู้ดูแลขาดความเป็นส่วนตัว ถูกรบกวนอาชีพการงาน ไม่มีเวลาว่างส่วนตัว มีความเครียดและความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น (นงลักษณ์ พันชมภู, 2540)

ส่วนความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีหลายงานวิจัยที่กล่าวถึง ความสัมพันธ์ของแหล่งสนับสนุนทางสังคมกับผลกระทบด้านลบจากการเป็นญาติผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกเป็นภาระจากการศึกษาของ เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกเป็นภาระมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา สมนึก (2542) ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการสนับสนุนทางสังคม กับภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .44, p < .001$) และกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.5055, p < .001$) สอดคล้องกับดารีกา ธารบัวสวรรค์ (2542) นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอื่น ๆ ของญาติผู้ดูแล เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง (เฉลิม วงศ์จันทร์, 2539) และการปรับตัว (สายธรรม วงศ์สาธิตวิไลรุ่ง, 2540)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาเพื่อหาความสามารถในการทำนายผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความรู้สึกเป็นภาระ และภาระในการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2538) และจากการศึกษาของดารีกา ธารบัวสวรรค์ (2542) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความอ่อนล้าจากการดูแลได้ร้อยละ 26.8 เช่นเดียวกับการศึกษาของกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ส่วนการศึกษาของจันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น (2536) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและเพศสามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายทางอารมณ์ได้ร้อยละ 15.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากแรงสนับสนุนทางสังคมจะสามารถทำนายผลกระทบจากการดูแลได้แล้ว ยังสามารถทำนายปัจจัยอื่นๆได้ เช่น การศึกษาของเฉลิม วงศ์จันทร์ (2539) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและความรุนแรงของความพิการของเด็กสามารถร่วมกันทำนายความสามารถของผู้ดูแลได้ร้อยละ 33.44 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และจากการศึกษาของสายธรรม วงศ์สาธิตวิไลรุ่ง (2540) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะของญาติผู้ดูแล และความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถร่วมทำนายการปรับตัวของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยพบว่ามีเพียง 6 เรื่อง เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย 4 เรื่อง ได้แก่ ชนิตา มณีวรรณ และคณะ (2537) ก) ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแลที่บ้าน กลุ่ม

ตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในหอผู้ป่วยต่างๆ ในโรงพยาบาลรามารับดี ที่ส่งต่อมายังแผนกป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้การพยาบาลและดูแลต่อภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มละ 100 ราย ผลการศึกษาในส่วนของผู้ดูแล พบว่า ปัญหาของผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ เหนื่อยล้า เบื่อหน่าย ร้อยละ 66 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจากต้องคอยดูแลผู้ป่วยทำให้รายได้ลดลง ร้อยละ 58 ส่วนความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 54 ต้องการเวลาส่วนตัวเพื่อลดความเครียด ร้อยละ 46 และต้องการเวลาดูแลอบรมบุตร ร้อยละ 42

สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539) ได้ทำการวิจัยเพื่อทดสอบแบบจำลองที่แสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างฐานะทางการเงิน สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความเสื่อมในการคิดรู้ ความต้องการในการดูแล การประเมินสถานการณ์ของการดูแล และภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านซึ่งพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่คลินิกมะเร็ง โรงพยาบาลศิริราช จุฬาลงกรณ์ และวชิรพยาบาล จำนวน 88 ราย ผลการวิจัย พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงในทางลบ และความเสื่อมในการคิดรู้มีอิทธิพลโดยตรงในทางบวก กับการประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าถูกต้องและเป็นความเครียด การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าถูกต้องและเป็นความเครียดมีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับภาวะสุขภาพ

ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกระงับการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมดมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลตามสมมติฐานที่สร้างขึ้น และอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 41.4 จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านบทบาทหน้าที่ สำหรับความเข้มแข็งในการมองโลกมีอิทธิพลต่อการปรับตัวทุกด้าน ส่วนการระงับการดูแลมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านร่างกาย และด้านบทบาทหน้าที่ และจากการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า สภาพของญาติผู้ดูแลและครอบครัวอาจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้วย คือ ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อย และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเพศหญิง มีแนวโน้มจะปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลเพศชาย

วิภา วิเสโส (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการดำเนินงานวิจัย จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 12 คน ผลการวิจัยพบว่า ญาติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแล 4 ความหมาย กล่าวคือ เป็นโอกาสตอบแทนบุญคุณ เป็นผู้ที่ดูแลได้ดีกว่าคนที่ไม่ใช่ญาติ เป็นความสงสาร-ความเห็นใจ-ความเต็มใจที่จะให้การดูแล และเป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแล สำหรับลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ดูแล นับตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่าจะต้องเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทและภาระการดูแลกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลลืมนใจตนเอง ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ลืมนอนพักผ่อน มีความวิตกกังวลและกลัวการสูญเสียผู้ป่วย สูญเสียทรัพย์สิน ต้องนำเงินเก็บมาใช้และขาดรายได้ เหน็ดเหนื่อยกายและหมดกำลังใจจากภาระการดูแล

ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างรูปแบบการพยาบาล เพื่อให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย พบ 2 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก 1 เรื่อง คือ การศึกษาผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการลดความพร่องของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดของ กฤษณา ครามแสง (2539) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กป่วย จำนวน 57 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 29 ราย กลุ่มทดลองจำนวน 28 ราย โดยทั้ง 2 กลุ่มได้รับแผนพับเรื่องการดูแลเด็กที่ได้รับเคมีบำบัดที่จัดทำโดยผู้วิจัย และบริการตามปกติจากคลินิก สำหรับกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มเติม ประเมินความพร่องในการดูแล ด้วยแบบประเมินความพร่องในการดูแลเด็กที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร่องของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนอีก 1 เรื่องเป็นการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ คือ การศึกษาถึงประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวความคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียด และเพิ่มความสามารถการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของสมนึก สกุลงษ์โสภณ (2540) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน หลังจากที่ถูกผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 30 ราย โดยติดตามให้การพยาบาลตามแนวความคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อผู้ดูแลเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทำการประเมินผู้ดูแลจำนวน 3 ครั้ง ก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามแนวความคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ลดลงกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่สัปดาห์ที่ 4 ลดลงกว่าสัปดาห์ที่ 2 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแล ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่สัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 2 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยทั้ง 6 เรื่องที่กล่าวมา เป็นการศึกษาในกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามและระยะสุดท้าย และพบว่าตัวแปรที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลที่ผ่านมาทั้งหมด ได้แก่ ปัญหา

ความต้องการ การให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก ความรู้สึกเป็นภาระ ฐานะการเงิน สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อในการคิดรู้ ความต้องการการดูแล การประเมินสถานการณ์ในการดูแล และการปรับตัว รวมทั้งความเครียด แต่การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดนั้นเป็นการศึกษาในกลุ่มของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะของการรักษาได้รับผลกระทบจากการให้การดูแล ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลได้มีผู้ศึกษาไว้ทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่โอเบิร์ตและสก็อต (Oberst & Scott, 1988) ได้ศึกษาภาวะเครียดของผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและคู่สมรส จำนวน 40 คู่ โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 10, 30, 60, 90 และ 180 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า หลังจำหน่าย คู่สมรสจะมีปัญหาในเรื่องของอารมณ์และการจัดการกับอารมณ์และเกิดมากที่สุดในช่วง 60 วันหลังผู้ป่วยกลับบ้าน ความวิตกกังวลของคู่สมรส สูงกว่าของผู้ป่วยและคำปกคิของบุคคลที่อยู่ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ตั้งแต่ก่อนจำหน่ายจนหลังจำหน่าย สำหรับระดับความเครียดที่สูงที่สุดของผู้ป่วยเกิดขึ้น 10 วันหลังจำหน่าย เนื่องจากอาการแสดงของการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายที่ไม่ได้คาดว่าจะเป็นหรือเกิดมากกว่าที่คาดการณ์ไว้ และเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลเปิดทางหน้าท้อง (ostomy) และ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีแผลเปิดทางหน้าท้อง (non-ostomy) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลเปิดทางหน้าท้องจะกลับสู่ระดับการทำหน้าที่เหมือนก่อนเจ็บป่วยช้ากว่าและอาการไม่สุขสบายใจมีมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีแผลเปิดทางหน้าท้อง

โอเบิร์ต และคณะ (Oberst, et al., 1989) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและการประเมินความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี จำนวน 47 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดที่คุกคาม อันตรายและสูญเสีย ส่วนญาติผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี มีการศึกษาและเสริมฐานะต่ำ จะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดที่คุกคาม อันตรายและสูญเสียเช่นกัน สำหรับญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากจะประเมินความเครียดว่าทำทนายและเป็นผลดี

แคมเมอร์ (Kammer, 1994) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด การเผชิญความเครียด กับปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พักรักษาที่สถานดูแล (nursing home) จำนวน 100 คน พบว่า การประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นการสูญเสียมีความสัมพันธ์กับปัจจัย 6 ประการคือ จำนวนครั้งที่มาเยี่ยม ความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุก่อนการเข้าพักรักษาที่สถานดูแล การเข้าพักรักษาที่สถานดูแลโดยไม่ได้รับความเห็นชอบระหว่างญาติ

ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ความไม่พึงพอใจในสถานดูแล ญาติผู้ดูแลมีอายุน้อยและการมีเด็กที่อยู่ในความดูแลที่บ้านสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 23 การประเมินสถานการณ์ว่าเป็นประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยในเรื่องอายุของผู้ดูแลที่ยังไม่มาก ญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี การเยี่ยมบ่อยครั้ง การไม่ได้ทำงานอื่นนอกจากการดูแล อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 16 ส่วนการประเมินสถานการณ์ว่าคุณค่า มีความสัมพันธ์กับการมาเยี่ยมบ่อยครั้ง การมีอาชีพ มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็กอยู่ที่บ้าน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจ อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 20 และการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นโอกาส มีความสัมพันธ์กับปัจจัยการไม่ได้ทำงานอื่นนอกจากการดูแล ความสัมพันธ์ที่กระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ไม่มีปัญหาทางด้านร่างกาย และผู้ดูแลมีอายุไม่มาก อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 24 และเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดโดยรวมพบว่ามีเพียง 1 ปัจจัยเท่านั้น คือ การมาเยี่ยมผู้สูงอายุที่สถานดูแลบ่อยครั้ง และพบว่าญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงปัญหาเป็นส่วนใหญ่ โดยมีความสัมพันธ์กับการประเมินความเครียดว่าเป็นการสูญเสีย และปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลในด้านอายุของผู้ดูแลที่ยังไม่มาก ความพึงพอใจในสัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุในปัจจุบันไม่ดี การมีชีวิตอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุมาก่อน และผู้สูงอายุที่ดูแลมีปัญหาด้านจิตใจ

ในประเทศไทยได้มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดเช่นเดียวกัน เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังและโรคทางจิตเวช เช่น การศึกษาของ นิตยา สุทธาภกร (2531) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของผู้ดูแล จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลใช้พฤติกรรมมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการจัดการกับอารมณ์ ต่อมาวรรณทนา สุกสิมานนท์ (2539) ศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 54 ครอบครัว พบว่าครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ประเมินเหตุการณ์โดยรวมว่าก่อให้เกิดความเครียดระดับปานกลาง เหตุการณ์ที่ประเมินว่าทำให้เกิดความเครียด 5 อันดับแรก คือการที่ครอบครัวต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้นเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย การได้เห็นผู้ป่วยทุกข์ใจวิตกกังวล การกลัวผู้อื่นรังเกียจถ้าทราบว่าผู้ป่วยเป็นเอดส์ การได้เห็นผู้ป่วยมีอาการของโรค และการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อยๆ และมีวิธีการเผชิญความเครียด 5 อันดับแรก คือ เชื้อมั่นไว้วางใจในความสามารถในการรักษาของแพทย์ ปรึกษาหารือกันในกลุ่มครอบครัวเกี่ยวกับอาการดูแลรักษาผู้ป่วย พยายามติดตามข่าวคราวเกี่ยวกับโรค ขอความช่วยเหลือจากญาติหรือเพื่อนเกี่ยวกับสิ่งของ ค่าใช้จ่าย การช่วยดูแลสมาชิกในครอบครัว และขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายหรือสิ่งของจากรัฐบาลหรือจากองค์กรเอกชน ค่าเฉลี่ยของคะแนน

วิธีการเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์

ประไพ บุรินทรามาศย์ (2541) ศึกษาเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 43 คน พบว่าญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา นอกจากนี้พบว่าระดับการศึกษาและครั้งที่ของการเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์

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

สำหรับการศึกษาเรื่องความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง และ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ผลการวิจัยใกล้เคียงกัน คือ พบว่า สถานการณ์ความเครียดมากที่สุด คือ สถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น อาการแสดงของความเครียดจะแสดงออกทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้และพฤติกรรมทางสังคม สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดมุ่งการแก้ปัญหาและสถานการณ์และลดความทุกข์ทรมาน (สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542; เอื้ออารี สาลิกา, 2542)

จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องความเครียด และการเผชิญความเครียดที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ประเมินสถานการณ์ในการให้การดูแลว่าเป็นความเครียด โดยที่ระดับของความเครียดจะแตกต่างกันออกไป และการเผชิญความเครียดจะเป็นการใช้ทั้งการเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า โดยทั่วไปแล้วบุคคลมักจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 รูปแบบควบคู่กันไป

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียด ประเด็นเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจ และเริ่มมีการตีพิมพ์ตั้งแต่กลางปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา (Norbeck, 1988) จากการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนที่ผ่านมา พบข้อมูลสนับสนุนจำนวนมากที่แสดงว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบทางด้านบวกต่อตัวแปรทางด้านสุขภาพ (Callaghan & Morrissey, 1993; Longford, et al., 1997; Uphold, 1991) ซึ่งกลไกในการทำหน้าที่ของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพมี 2 ลักษณะ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (the main effect model) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (buffering effect model) (Cohen & Will, 1985: 310-312)

แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (the main effect model) กล่าวคือ การได้รับความช่วยเหลือโดยตรง จะทำใหบุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ให้เป็นไปในทางที่ดี และถูกต้องจึงมีผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรง นอกจากนั้นการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันและระบบฮอร์โมนในร่างกาย ด้วยเหตุนี้บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จึงมีภาวะสุขภาพและมีความสุขดีกว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสมคน้อยกว่า (Cohen & Will, 1985: 310-312)

ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการดูดซับหรือบรรเทา ผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (buffering effect model) จะป้องกันไม่ใหบุคคลเกิดความเจ็บป่วยจากความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกที่ว่าตนเองไร้คุณค่า หดหนทางแก้ปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียดได้โดย 1) ช่วยใหบุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าไม่รุนแรง หรือรุนแรงน้อยลงเพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใดเกิด ขึ้นจะมีผู้สามารถให้ความช่วยเหลือ หรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลงได้ 2) ช่วยลดหรือกำจัดการปฏิบัติที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายโดยตรง โดยช่วยให้บุคคลได้มีการแก้ปัญหา ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหา ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบฮอร์โมนทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อความเครียดน้อยลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพ การได้ข้อมูลจะทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เข้าใจในเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น โดยมีการประเมินเหตุการณ์นั้นซ้ำ ซึ่งทำใหบุคคลสามารถควบคุม

สถานการณ์นั้นได้ ทั้งยังเพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัว และสนับสนุนให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหาทางด้านการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง (Cohen & Will, 1985: 310-312)

แรงสนับสนุนทางสังคมจะปรากฏในรูปแบบต่างๆ ดัง เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer, et al., 1981) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่น เชื่อถือ และไว้วางใจในบุคคล แรงสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นการให้ข้อมูลคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับในสิ่งที่บุคคลได้กระทำไปแล้ว และแรงสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากหลายแหล่ง เช่น จากครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน รวมถึงเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ (Norbeck, et al., 1981)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีการวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก และได้มีผู้ทำการรวบรวมอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (meta-analysis) เพื่อหาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพและความผาสุก ดังนี้

คาลาแกน และมอร์ริสซี (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 ลักษณะ คือ 1) กำหนดความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ 2) สนับสนุนความรู้สึกของการให้ความหมายในชีวิตของบุคคล 3) ส่งเสริมพฤติกรรมที่ช่วยให้เกิดภาวะสุขภาพดี และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นหลักฐานยืนยันได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และช่วยลดผลของสิ่งแวดล้อมและความเครียดทางสังคมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการช่วยลดอัตราการตายและอัตราการเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ

ลองฟอร์ด และคณะ (Longford, et al., 1997) ได้ทำการวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ตัวอย่างเช่น เพิ่มสมรรถนะส่วนบุคคลเมื่อเกิดความเครียด มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมภาวะสุขภาพ มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ มีผลกระทบทางด้านบวก มีความรู้สึกมั่นคง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความพึงพอใจในชีวิต หรือ มีความผาสุกทางด้านจิตใจ รวมทั้ง ลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

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

วัง (Wang, 1998) ได้ทำการวิเคราะห์เชิงอภิมานเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุก โดยทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1985 ถึง ปี ค.ศ. 1996 ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 21 เรื่อง ซึ่งความผาสุกในงานวิจัยที่ศึกษา ประกอบด้วย ภาวะอารมณ์ด้านบวก ภาวะอารมณ์ด้านลบ คุณภาพชีวิต และ ความสามารถในการทำกิจกรรม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์ด้านบวก ($d = .54$) และคุณภาพชีวิต ($d = .43$) ในระดับปานกลาง และมีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์ด้านลบ ($d = -.34$) ภาวะซึมเศร้า ($d = .31$) และความสามารถในการทำกิจกรรม ($d = .31$) ในระดับต่ำ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้ที่รายงานว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีระดับภาวะอารมณ์ด้านบวก คุณภาพชีวิต และความสามารถในการทำกิจกรรมสูง และมีระดับภาวะอารมณ์ด้านลบ และภาวะซึมเศร้าต่ำ

จากการวิเคราะห์เชิงอภิมานงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในต่างประเทศที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ต่อมายังได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ซึ่งผลการวิจัยส่วนใหญ่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงอภิมานที่กล่าวมาข้างต้น (Duvdevany & Abboud, 2003; Lunskey & Benson, 2001)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยจากฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์ระหว่างปี พ.ศ. 2531 – 2542 (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย และคณะ, 2545) พบงานวิจัยที่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรในศึกษาจำนวน 95 เรื่อง พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอด ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ สำหรับในกลุ่มญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบิดามารดาที่ดูแลบุตรที่เจ็บป่วย ส่วนในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่มีการศึกษาประมาณ 6 เรื่อง เรื่องแรก เป็นการศึกษาที่บรรยายเกี่ยวกับการรับรู้และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ในคะแนนรายด้านพบว่า ด้านการได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำต่างๆ สูงกว่าด้านอื่น สำหรับแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลที่พบมากที่สุดได้แก่ บุคลากรทางด้านสุขภาพ บิดามารดา พระหรือนักบวช ตามลำดับ (ศิริินภา นันทพงษ์, 2542) ส่วนการศึกษาอีก 5 เรื่อง เป็นการศึกษาผลของแรงสนับสนุนทางสังคมกับตัวแปรต่อไปนี้ คือ การเผชิญปัญหา ภาระการดูแล ความเหนื่อยล้า ระดับ

ความวิตกกังวล พฤติกรรมการดูแล เป็นต้น โดยมีผลการศึกษาดังนี้

เหมือนฝัน มณีฉาย (2542) ศึกษาการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤติ จำนวน 156 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่สมาชิกในครอบครัวได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพช่วยในการเผชิญปัญหาของสมาชิกในครอบครัวในด้านมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าด้านการจัดการอารมณ์ และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดในการอธิบายความแปรปรวนของการเผชิญปัญหา

เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลเฉพาะเชิงประนัย โดยแรงสนับสนุนในการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลทั้งเชิงประนัยและเชิงอัตนัย ส่วนแรงสนับสนุนทางด้านความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งทางสังคม การมีโอกาสนัดหมายประโยชน์ต่อผู้อื่น และด้านความมีคุณค่าในตนเอง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลทั้ง 2 ประเภท

กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ศึกษาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น จำนวน 50 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และสามารถทำนายความเหนื่อยล้าได้

มารยาท วัชรเกียรติ (2535) ศึกษาผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินพบว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล

ประเทือง พิมพ์โพธิ์ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับในด้านความรู้และคำแนะนำ และด้านข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากทีมสุขภาพมากที่สุด สำหรับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์/จิตใจ และด้านการเงิน/สิ่งของจะได้รับจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด และจากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .739, p < .001$) จากฐานข้อมูลงานวิจัยทางการพยาบาลข้างต้น จะเห็นได้ว่าในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล แต่จากการทบทวน

วรรณกรรมในต่างประเทศมีหลักฐานยืนยันว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิต (Duvdevany & Abboud, 2003; Lunsky & Benson, 2001; Wang, 1998) ซึ่งในการศึกษากครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาความสามารถของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ในการทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จึงเห็นว่าควรจะนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นตัวแปรหนึ่งในการหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม ซึ่งแสดงถึงการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของแต่ละบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีการดำเนินชีวิตในรูปแบบปกติ คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ และ ชีวิต คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ และชีวิตหมายถึง ความเป็นอยู่ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525: 187, 269) สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

คุณภาพชีวิตตามแนวคิดทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นผลจากการประเมินผลลัพธ์ของการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสัมพันธ์สอดคล้องกันทั้ง 3 ด้าน คือ ความสามารถในการทำหน้าที่หรือดำรงบทบาทในสังคม ขวัญและกำลังใจ และการมีสุขภาพที่ดี แต่เมื่อก้าวถึงคุณภาพชีวิต บุคคลโดยทั่วไปมักจะมีความเห็นว่าเป็นความพึงพอใจในชีวิต (Campbell, et al., 1976 cited in Ferrans & Powers, 1985) ซึ่งเฟอร์แรนส์ (Ferrans, 1990: 15) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า “เป็นความรู้สึกเป็นสุขของบุคคลซึ่งแสดงออกมาด้วยความรู้สึกรู้สึกพอใจและไม่พอใจกับ สถานการณ์ที่สำคัญต่อชีวิตของบุคคลนั้น ซึ่งพิจารณาจาก องค์ประกอบต่อไปนี้ ได้แก่ สุขภาพหน้าที่ (health and functioning) เศรษฐกิจสังคม (socioeconomic) จิตใจ/วิญญาณ (psychological /spiritual) และครอบครัว (family)”

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง กลายเป็นประเด็นที่นักวิจัยให้ความสำคัญ เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีความสำคัญในการรับผิดชอบต่อการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมากขึ้น (Edwards & Ung, 2002) และผลกระทบของการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (Weitzner, et al., 1999) การกำหนดแนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิตมีความสำคัญในการศึกษาและประเมินคุณภาพชีวิต ทำให้เกิดความชัดเจนและครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งของเอ็ดเวิร์ด และอิ่ง (Edwards & Ung, 2002) พบว่าประเด็นสำคัญของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่มุ่งองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ

สังคม และเศรษฐกิจ

งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล ความพึงพอใจในชีวิต และความผาสุก ไอโคโนมัว และคณะ (Iconomou, Viha, Kalofonos & Kardamskis, 2001) ได้ศึกษาผลกระทบจากการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาต่อญาติผู้ดูแล จำนวน 65 ราย ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลรายงานความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ได้รับผลกระทบที่รุนแรงจากการให้การดูแลต่อการดำรงชีวิต มีภาวะสุขภาพที่แย่ลง และมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ สอดคล้องกับ จอร์จและไกวธ์เธอร์ (George & Gwyther, 1986 อ้างใน สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) ศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 510 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราและญาติที่อยู่คนละครอบครัวกับผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ การศึกษาของ เมเยอร์ส และเกร (Meyer & Gray, 2001) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) จำนวน 44 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลรายงานว่าระดับคุณภาพชีวิตต่ำลง จากการวิจัยทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการให้การดูแลและจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง

นอกจากผลกระทบจากการให้การดูแล จะมีผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลลดลงแล้ว ยังมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่า การประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นความเครียด และการเลือกใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเช่นกัน โอเบิร์ตและคณะ (Oberst, et al., 1989) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและการประเมินความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับการฉายรังสี จำนวน 47 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดที่คุกคาม อันตรายและสูญเสีย ซึ่งสายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539) พบว่า การประเมินสถานการณ์การดูแลว่า คุกคาม และเป็นความเครียด มีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล และจากการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) พบว่า ความเครียดจากการดูแลเป็นตัวแปรที่ใช้อธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด คือเมื่อญาติผู้ดูแลประเมินว่าเกิดความเครียดจากการดูแลสูง ญาติผู้ดูแลจะรับรู้การมีคุณภาพชีวิตต่ำ

สำหรับการเลือกใช้วิธีการเผชิญกับความเครียด จากรายงานการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ใช้วิธีเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล นั่นคือ ญาติผู้ดูแลที่เลือกใช้ในการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้ในการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ (วิมลวัลย์ วโรพาร, 2535; ศากุล คงพันธ์, 2533; สมฤดี สิทธิมงคล, 2545;

Zacharias, et al., 1994) และพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์สามารถอธิบายอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกโดยทั่วไปได้ (วิลลวล์ วโรพาร, 2535)

จากการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การประเมินสถานการณ์การให้การดูแลเป็นความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียด ซึ่งรวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลบางประการกับคุณภาพชีวิต ที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา ซึ่งมีรายงานการวิจัยที่ผ่านมาดังนี้

ปาร์เกอร์ และคณะ (Parker, Baile, Moor, & Cohen, 2003) ได้ศึกษาตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ 351 ราย พบว่า อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ สำหรับในญาติผู้ดูแลมอนท์โกเมอรี กอนเยีย และ โฮย์แมน (Montgomery, Gonyea, Hooyman, 1985) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกระงับการดูแล ในกลุ่มบุคคลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 80 ราย พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระในการดูแล ($r = -.32$) และเป็นปัจจัยที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายความรู้สึกระงับการดูแล ซึ่งจากงานวิจัยของวิภาวรรณ ชะอุม (2536) ที่ศึกษาเกี่ยวภาระในการดูแลกับความผาสุกโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาจำนวน 100 ราย พบว่าภาระในการดูแลสามารถทำนายความผาสุกของญาติผู้ดูแลได้ ดังนั้นน่าจะสรุปได้ว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะรับรู้ภาระในการดูแลมากและมีความผาสุกโดยรวมน้อย นอกจากนี้สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ได้ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา จำนวน 100 ราย พบว่า อายุของญาติผู้ดูแลสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 7.4

สำหรับระดับการศึกษา ปาร์เกอร์ และคณะ (Parker, et al., 2003) ได้ศึกษาตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ 351 ราย พบว่าระยะเวลาในการศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้เช่นเดียวกับอายุ สำหรับในญาติผู้ดูแล ฮาเลย์ และคณะ (Haley, et al., 2003) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดและผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวนอย่างละ 40 ราย โดยความผาสุกแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตสูง ($r = .30$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของรอสลิน เอี่ยมอิงพานิช (2539) ที่ศึกษาความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน พบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในครอบครัว ($r = .23$, $p < .05$) นอกจากนี้จากการศึกษาของชินฤดี แก้วบุตร (2535) วิภาวรรณ ชะอุม (2536) วิลลวล์ วโรพาร (2534) และ พบว่าระยะเวลาในการศึกษาเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายความ

แปรปรวนของความผาสุกได้ร้อยละ 10.12 , 8.59 และ 5 ตามลำดับ

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น จะเห็นได้ว่าในประเทศไทยการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีอยู่ค่อนข้างน้อย และการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้ายและระยะลุกลาม ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะของการรักษา รวมทั้งยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับ สถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งประเมินว่าเป็นความเครียด ระดับของความเครียดที่เกิดขึ้น วิธีการที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการเผชิญกับความเครียดในสถานการณ์นั้นๆ รวมถึงคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญกับสถานการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีผลมาจากชนิดของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการจัดการกับอาการไม่สบายและอาการที่เปลี่ยนแปลงตลอดช่วงของการรักษา ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดต่อญาติผู้ดูแลที่แตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมทั้งศึกษาระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับว่ามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลมากน้อยเพียงใด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลบางประการ ได้แก่ อายุ และ ระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแล มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ซึ่งการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปสร้างรูปแบบการให้การช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลที่เหมาะสม ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวของญาติผู้ดูแลได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวด้วยวิธีการทางสถิติ เพื่อจะได้หาความสามารถของตัวแปรระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการสร้างรูปแบบการให้การช่วยเหลือสำหรับญาติผู้ดูแลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาถึงสถานการณ์ความเครียดจากการดูแล ระดับความ เครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมทั้งศึกษาความสามารถของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแล ภายหลังควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีความเครียดจากการให้การดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในการศึกษานี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งโดยไม่จำกัดชนิดของมะเร็ง ซึ่งไม่ได้อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมทั้งเป็นผู้ที่มีญาติผู้ดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยดังกล่าวมาตรวจตามนัดที่หน่วยตรวจโรคัลยศาสตร์ หน่วยตรวจโรคหู-คอ-จมูก และหน่วยตรวจสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารักษ์

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 85 ราย คำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากหลักการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์ถดถอย (Cohen, 1987 cited in Munro, 2001: 247)

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

เมื่อ N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

L = ครรชนีค่าอิทธิพล (effect size index) (Cohen, 1988: 452)

U = จำนวนตัวแปรอิสระ

ในการศึกษาครั้งนี้ เลือกค่าอำนาจการทดสอบ(power) = .80, ระดับนัยสำคัญ (α) = .05, ค่า R^2 = .13 (moderate effect size) (Cohen, 1987 cited in Munro, 2001: 247), ตัวแปรอิสระ = 4

$$N = \frac{11.94 (1 - .13)}{.13} + 4 + 1 = 85$$

โดยเก็บข้อมูลญาติผู้ดูแลหลัก 1 คน ต่อผู้ป่วย 1 คน และกำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลดังนี้

1. เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยมะเร็งระบุว่าเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่เป็นหลักในการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย และ/หรือจิตใจ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 1 เดือน
2. เป็นบุคคลที่มีความเครียดจากสถานการณ์การให้การดูแลผู้ป่วย โดยตอบคำถามคัดกรองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นที่ถามว่า “ในระหว่างที่คุณให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน คุณมีความรู้สึกเครียด/ ทุกข์ใจ/ กังวลใจ บ้างหรือไม่” ว่า “ใช่”
3. เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (cognitive status) ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) และได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ก)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ได้แก่

1.1 แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ (normal cognitive status) เพื่อเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นโดย ไอแซคส์ และ อัคฮตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973) โดยให้ญาติผู้ดูแลบอกชื่อ สี สัตว์ ผลไม้ จังหวัด หรืออำเภอ หมวดละ 10 ชื่อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้องแต่ละคำตอบ คะแนนสูงสุดในแต่ละหมวดเท่ากับ 10 คะแนน คะแนนสูงสุดในการทดสอบเท่ากับ 40 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลความหมายคะแนน ไอแซคส์ และ อัคฮตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973) ได้ทำการทดสอบกับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพดี และกำหนดให้ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีสมรรถภาพสมองดี

คุณภาพเครื่องมือ

ไอแซคส์ และ เคนนี (Isaacs & Kennie, 1973) แนะนำว่าการทดสอบหมวดหมู่นี้มีคุณภาพในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองเสื่อม โดยพบที่มีความสอดคล้องอย่างมากกับการวินิจฉัยทางคลินิก 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 พบว่าผู้ที่มีคะแนน

เท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน ทั้งหมด 146 ราย ไม่มีภาวะสมองเสื่อมเลย ส่วนผู้สูงอายุที่มีคะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน จำนวน 22 ราย เป็นผู้ที่มีการสมองเสื่อม 20 ราย คิดสุราและมีการพูดเพ้อเจ้อ 1 ราย มีการอัมพาตทางด้านซ้าย 1 ราย ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 15-24 คะแนน จำนวน 21 ราย เป็นผู้ที่สมองเสื่อม 6 ราย ที่เหลือเป็นผู้ที่มีความหวาดระแวง วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า หรือมีพยาธิสภาพทางร่างกาย ได้แก่ หัวใจล้มเหลว เป็นต้น เฮตส์ (Hays, 1984:) พยายามหาวิธีปฏิบัติผู้สูงอายุได้นำวิธีการนี้ไปทดสอบในผู้สูงอายุมากกว่า 100 ราย พบว่า ผู้ที่ได้คะแนนมากจะได้คะแนนมากในทุกหมวด และผู้ที่ได้คะแนนน้อยก็จะได้คะแนนน้อยในทุกหมวดเช่นกัน ซึ่งแสดงถึงคุณภาพของเครื่องมือที่สามารถประเมินสมรรถภาพสมองได้จริง คะแนนที่สูงหรือต่ำไม่ได้เกิดจากความใส่ใจเป็นพิเศษ หรือไม่ใส่ใจของผู้สูงอายุต่อเรื่องนั้นๆ และได้แนะนำว่าการทดสอบนี้เป็นวิธีการที่ดีในการคัดกรองผู้สูงอายุ เหมาะที่จะใช้ทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล

นอกจากจะเป็นเครื่องมือที่มีความตรงดังที่กล่าวมาแล้ว ในประเทศไทยอรุณี นาคะพงศ์ (2539) สุมนา แสสนมาโนช (2541) และ สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม (Phongphanngam S., 2003) ได้ใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินเพื่อคัดกรองผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปใช้เวลาทำแบบ ทดสอบสั้นๆ ไม่เกิน 5 นาที โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้เวลาทำเพียง 2 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด

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

2.4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 1981) และ นอร์เบ็คและคณะ (Norbeck, et al., 1981) โดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) และจุฬารักษ์ กวีวิรัชย์ ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย

2.5 แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ของเฟอร์แรนส์ และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985) โดยสมฤดี สิทธิมงคล (2541)

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

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

2.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ จำนวนบุคคล

ในครอบครัวที่ต้องให้การดูแล จำนวนบทบาทที่รับผิดชอบ และผู้ที่ช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2.2 แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อที่ให้ญาติผู้ดูแลได้ระลึกและบรรยายถึงสถานการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เฉพาะที่ญาติผู้ดูแลประเมินตัดสินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด / ทุกข์ใจ/ กังวลใจ ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์

ขั้นตอนในการสร้างแนวคำถามมีดังนี้

- 1) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแล
- 2) ทดลองตั้งแนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
- 3) นำแนวคำถามที่สร้างขึ้น ปรึกษากับอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ที่มีความรู้และเข้าใจในทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และมีประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อขอคำแนะนำเกี่ยวกับความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อคำถาม และความเหมาะสมของการนำไปใช้
- 4) ปรับปรุงแนวคำถามปลายเปิดก่อนนำไปตรวจสอบคุณภาพ

สำหรับแบบวัดระดับความเครียดเป็นแบบวัดเพื่อประเมินระดับความเครียดจากสถานการณ์ความเครียดที่ญาติผู้ดูแลบรรยายมาโดยรวมนำมาก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual Analog Scale 10 เซนติเมตร มีคะแนนตั้งแต่ 1 จนถึง 100 โดย 1 หมายถึง ระดับเครียดที่น้อยที่สุด และ 100 หมายถึง ระดับเครียดที่มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยจะนำแบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของข้อคำถาม แล้วนำมาปรับปรุง และทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 10 ราย

2.3 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) ของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ใช้วัดวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งนิตยา สุทยากร (2531) ได้แปลแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก ฉบับปี ค.ศ. 1979 ซึ่ง จาโลวีกและเพาเวอร์ส (Jalowiec & Powers) นำมาใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1981 แบ่งวิธีการ

เผชิญความเครียดออกเป็น 2 ด้าน คือ การเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ มี 40 ข้อ ต่อมาในปี ค.ศ. 1984 จาโลวีก เมอร์ฟี และ เพาเวอร์ส (Jalowiec, et al., 1984) ได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดมาวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า แบบวัดนี้ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียดมากกว่า 2 ด้าน ดังนั้นในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้ปรับปรุงแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด โดยหาความตรงตามโครงสร้างอีกครั้งและวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าแบบวัดประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้านซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดที่เพิ่มขึ้นมา คือ การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียด และตัดข้อคำถามที่ไม่สามารถจัดอยู่ในด้านใดด้านหนึ่งได้ ออก 4 ข้อ ซึ่งในประเทศไทย สุรางค์ เปื้องเดช (2533) ได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด ซึ่งแปลโดยนิศยา สุพยากร (2531) และตัดข้อคำถามออก 4 ข้อ ตามแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดฉบับปรับปรุง ปี ค.ศ. 1988 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดฉบับนี้จึงประกอบด้วย ข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญกับความเครียด จำนวน 36 ข้อแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

- การเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2,5,11,15,16,17,22,27,28,29,31,32 และ34
- การจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1,6,9,12,13,19,21,23 และ24
- การบรรเทาความเครียด 14 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3,4,7,8,10, 14,18,20,25,26,30,33,35และ36

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ใช้พฤติกรรมนั้นเลย ให้ 1 คะแนน จนถึงใช้พฤติกรรมนั้นเกือบทุกครั้งให้ 5 คะแนน การแปลผลคะแนนทำได้ 2 วิธี คือ การคำนวณคะแนนจริง (raw score) และการคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (relative score)

คะแนนจริง คือ คะแนนรวมที่ได้จากคะแนนรายข้อ คะแนนยิ่งมาก หมายถึงญาติผู้ดูแลได้ใช้การเผชิญความเครียดจากวิธีต่างๆมาก คะแนนรวมของการเผชิญความเครียดจะอยู่ระหว่าง 36 – 180 คะแนน

คะแนนสัมพัทธ์ คือ ค่าที่ได้จากการคำนวณสัดส่วนของค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแต่ละด้านต่อผลรวมค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดจากทุกด้าน คะแนนสัดส่วนด้านใดมากแสดงถึงญาติผู้ดูแลได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มากเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ คะแนนสัมพัทธ์ในแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0 – 1

คุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดนี้ จาโลวีกและเพาเวอร์ส (Jalowiec & Powers, 1981:11) ได้หาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยได้สร้างและพัฒนาเครื่องมืออย่างเป็นระบบ จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง การเผชิญความเครียดและการปรับตัว โดยอาศัยแนวคิดเชิงทฤษฎีของลาซารัสและลอเนียร์ (Lazarus & Launier, 1978 cited in Jalowiec &

Powers, 1981) วิธีการเผชิญความเครียดในแบบวัดอยู่ในขอบเขตของลักษณะการเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับภาวะอารมณ์ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด บุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดใน 2 ลักษณะร่วมกัน โดยใช้วิธีการที่แตกต่างกันตามแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบท และข้อจำกัดในการใช้แหล่งประโยชน์ของแต่ละบุคคล

สำหรับความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ในปี ค.ศ.1984 จาโลวีก และคณะ (Jalowiec, et al., 1984) ได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1979 ซึ่งประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 2 ด้าน 40 ข้อ ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 141 ราย แล้ววิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่าแบบวัดประกอบด้วยการเผชิญความเครียดมากกว่า 2 ด้าน ปี ค.ศ. 1988 จาโลวีก (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 (Jalowiec, 1988)

ความเที่ยง (reliability) ในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้หาค่าความเที่ยงของแบบวัดที่ปรับปรุงแล้ว โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยรวมได้เท่ากับ .95 และรายด้านได้ดังนี้ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ .85 ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .75 และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดเท่ากับ .75

ในประเทศไทย นิศยา สุทธยากร (2531) ได้แปลแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีกฉบับปี ค.ศ. 1979 เป็นภาษาไทย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญภาษาต่างประเทศจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันจำนวน 30 ราย และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา .88 ต่อมา สุรางค์ เปื้องเดช (2533) ได้ตัดข้อคำถามออก 4 ข้อ ตามแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวีก ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 และได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .84 และสมฤติ สิริมงคล (2541) ได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดฉบับเดียวกันนี้ ไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา จำนวน 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา .83 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 20 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาได้เท่ากับ .75 และจากกลุ่ม

ตัวอย่างจริง จำนวน 85 คน ได้เท่ากับ .78

2.4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดปริมาณความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่น ซึ่งจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) โดยสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โดยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (Social Support Questionnaire Part II : SSQ Part II) ที่สร้างโดย เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer, et al., 1981) ซึ่งวัดแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ และแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 1 ข้อ และใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค (Norbeck Social Support Questionnaire = NSSQ) สร้างโดย นอร์เบค และคณะ (Norbeck, et al., 1981) สำหรับวัดแรงสนับสนุนด้านสิ่งของการได้รับการบริการจำนวน 2 ข้อ โดยวัดการได้รับแรงสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ 5 แหล่ง คือ 1) ครอบครัว ซึ่งรวมถึงคู่ชีวิต บุตร บิดามารดาญาติที่ใกล้ชิดและคนรับใช้ 2) บุคคลที่ผู้ป่วยได้มาพักอาศัยอยู่ขณะได้รับการรักษารังสี 3) เจ้าหน้าที่สุขภาพ 4) เพื่อน รวมทั้งเพื่อนบ้าน และ 5) หัวหน้าหรือผู้ร่วมงาน แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ วัดปริมาณความช่วยเหลือใน 3 ด้าน ได้แก่

- ด้านข้อมูลถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลคำแนะนำในการแก้ปัญหาจำนวน 1 ข้อ
- ด้านอารมณ์ถามเกี่ยวกับการได้รับความมั่นใจ ความเชื่อถือจำนวน 2 ข้อ และ
- ด้านสิ่งของการบริการถามปริมาณการได้รับการช่วยเหลือ จำนวน 2 ข้อ

โดยข้อคำถามถามถึงปริมาณการได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลในสังคม 3 กลุ่ม คือ

- กลุ่มสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง
- กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และ
- กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ จากไม่ได้รับความช่วยเหลือนั้นเลย ให้ 0 คะแนน จนถึงได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลนั้นมากที่สุดให้ 4 คะแนน ข้อคำถามจากแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมแต่ละแหล่ง ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ แต่ละแหล่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนน รวมคะแนนจากทุกแหล่งจะเป็นคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

คุณภาพเครื่องมือ

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 1981) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี จำนวน 100 รายหาค่าความ

เที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายในด้านข้อมูล ด้านอารมณ์และด้านสิ่งของได้ค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟา .81, .95 และ .31 ตามลำดับ และใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest method) ในกลุ่มเดิมโดยเว้นระยะห่าง 9 เดือน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้านอารมณ์เท่ากับ .66 ($p < .001$) และด้านสิ่งของมีค่าเท่ากับ .56 ($p < .001$) สำหรับด้านข้อมูลไม่พบรายงาน แต่พบว่า ด้านอารมณ์กับด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์กันสูง นอกจากนั้นได้หาความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านสิ่งของและด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความซึมเศร้า และการขาดกำลังใจ

สำหรับการประเมินความตรงตามสภาพ (concurrent validity) นอร์เบคและคณะ (Norbeck, et al., 1981) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์และคณะ ไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค พบว่า มีความสัมพันธ์ในขนาดปานกลางระหว่างด้านข้อมูลและด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ ($r = .33, p < .05$ และ $r = .51, p < .01$ ตามลำดับ) หลังจากนั้นนอร์เบค และทิลเดน (Norbeck & Tilden, 1983 cited in Hanucharunkul, 1988: 81) เพิ่มข้อความการสนับสนุนด้านสิ่งของ และหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หาค่าความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .89

สำหรับแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี จำนวน 112 ราย และหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟา เท่ากับ .97 ต่อมาจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) มาแปลเป็นภาษาไทย และปรับเหลือข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ โดยลดข้อคำถามแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เหลือ 2 ข้อ และตัดแปลงแหล่งประโยชน์เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขใหม่ เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดจำนวน 100 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟา เท่ากับ .86 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 20 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟา ได้เท่ากับ .89 และจากกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 85 คน ได้เท่ากับ .88

2.5 แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล เป็นแบบวัดที่ดัดแปลงมาจาก แบบวัดคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ของเฟอร์แรนส์ และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985) โดยสมฤดี

สิทธิ-มงคล (2541) ซึ่งข้อคำถามของแบบวัดนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามกว้างๆ สามารถใช้ได้กับบุคคลทั่วไป (context free) นอกจากนั้นแบบวัดนี้เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีองค์ประกอบในการประเมินคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (health and functioning) ด้านเศรษฐกิจและสังคม (social and economic) ด้านจิตวิญญาณ (psychological / spiritual) และด้านครอบครัว (family) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้ สามารถวัดผลลัพธ์ของการปรับตัวตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้านคือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ขวัญและกำลังใจ (Morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ปรับปรุงแล้วมีจำนวนทั้งสิ้น 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การให้ความสำคัญกับความพึงพอใจ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อให้คะแนน การให้ความสำคัญต่อเรื่องนั้นๆ เป็น 1 - 6 ตั้งแต่ไม่มีความสำคัญอย่างมากจนถึงมีความสำคัญมาก และให้คะแนนการให้ความสำคัญเป็น 1 - 6 ตั้งแต่ไม่พึงพอใจมากจนถึงพึงพอใจมาก

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการคิดคะแนนคุณภาพชีวิตที่เฟอร์แรนส์และเพาเวอร์ส (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 คูณด้วยคะแนนของแต่ละข้อที่ได้จากการให้ความสำคัญ

3. รวมคะแนนในข้อ 2 จะได้คะแนนรวมทั้งหมด

4. เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการสูญหายของข้อมูลให้หารคะแนนรวมที่ได้ทั้งจากคะแนนการให้ความสำคัญและความพึงพอใจจากข้อ 3 ด้วยจำนวนข้อที่แต่ละบุคคลตอบ

5. เพื่อให้เครื่องหมายที่อาจติดอยู่หมดไป ให้นำค่าคงที่ 15 ไปบวกในคะแนนจากข้อ 4 เนื่องจากค่าติดลบมากที่สุดที่เป็นไปได้ คือ 1-15

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คะแนนยิ่งสูง คุณภาพชีวิตยิ่งดี

คุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เฟอร์แรนส์และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985) ได้สร้างเครื่องมือ โดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และสิ่งที่ผู้ป่วยบอกจากผลของการฟอกเลือดต่อคุณภาพชีวิต และนำไปทดสอบกับนักศึกษาปริญญาโทจำนวน 88 ราย และผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไต จำนวน 37 ราย จากนั้นหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตกับคำถามความพึงพอใจในชีวิตของแอมเบลในกลุ่มนักศึกษาปริญญาโท เท่ากับ .75 ในกลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยการล้างไต เท่ากับ .65 และทดสอบความตรงตามสภาพ (concurrent validity) โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดคุณภาพชีวิตกับแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของแอมเบล ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .80 (Ferrans, 1990) นอกจากนี้ได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างโดยตรวจสอบแบบวัดคุณภาพชีวิตด้วยการใช้กลุ่มที่รู้จักกันอยู่แล้ว (known group technique) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มที่มีความปวดน้อย ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และเผชิญความเครียดได้ดี พบว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่มีความปวดมาก ภาวะซึมเศร้ามาก และเผชิญความเครียดไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ferrans, 1990)

สำหรับความเที่ยงของเครื่องมือ เฟอร์แรนส์และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985) ได้หาค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยการทดสอบซ้ำ (Test-retest) ระยะห่าง 2 สัปดาห์ โดยทดสอบในนักศึกษาปริญญาโท จำนวน 69 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .87 และกลุ่มผู้ป่วยรักษาด้วยการล้างไตจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .81 และทดสอบความสอดคล้องภายในของแบบวัดนี้ในนักศึกษาปริญญาโท ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .93 และในผู้ป่วยรักษาด้วยการล้างไต ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .90 นอกจากนี้ เฟอร์แรนส์ (Ferrans, 1990) ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 111 ราย พบว่ามีความสอดคล้องภายในโดยรวมและหมวดย่อยทั้ง 4 ด้าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .95 และทดสอบหมวดย่อยได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา ในแต่ละด้านดังนี้ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่เท่ากับ .90 ด้านเศรษฐกิจและสังคมเท่ากับ .84 ด้านจิตวิญญาณเท่ากับ .93 และด้านครอบครัวเท่ากับ .66

ในประเทศไทย สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านภาษา และทฤษฎีการพยาบาล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และนำไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา จำนวน 100 ราย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาได้ .90 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 20 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา ได้เท่ากับ .93 และจากกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 85 คน ได้เท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน เมื่อผู้วิจัยได้พบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แนะนำตัวว่าเป็นนักศึกษาปริญญาโท ที่สนใจศึกษาเรื่อง ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึง วัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ แม้ว่าจะได้ตอบรับการเข้าร่วมไปแล้วก็ตาม โดยไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์นี้ดำเนินไปในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้เพื่อที่จะสามารถตอบคำถามได้สะดวก บทสัมภาษณ์ถูกบันทึกใส่เทป ชื่อของกลุ่มตัวอย่างหรือบุคคลอื่นที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงในการสัมภาษณ์จะถูกเปลี่ยน เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัว ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ถูกเก็บรักษาไว้ในที่ที่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างสามารถที่ปฏิเสธการบันทึกเสียงได้ในบางการสนทนาระหว่างการสัมภาษณ์ หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (inform consent form: ภาคผนวก ค) ผลการวิจัยถูกนำเสนอโดยภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อ ภูมิตำแหน่งและอาชีพ และเสนอผลเพื่อการศึกษาหรือในการประชุมวิชาการ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอรับผลสรุปของการวิจัยได้หลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากคณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และผ่านการอนุมัติให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยโดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อพบผู้ป่วยผู้วิจัยแนะนำตัวและให้ผู้ป่วยระบุนุบุคคลที่เป็นญาติผู้ดูแล และตรวจสอบคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

เมื่อได้ญาติผู้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัยตามรายละเอียดในเอกสาร ชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ จากนั้นสอบถามถึงความพร้อมในการตอบแบบสอบถามในวันนั้น ถ้าญาติผู้ดูแลพร้อมที่ให้ข้อมูล ผู้วิจัยนำญาติผู้ดูแล

ไปยังบริเวณที่เตรียมไว้เพื่อที่สามารถตอบแบบสอบถามได้สะดวกและมีสมาธิในการตอบ และให้ญาติผู้ดูแล ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์เรียงตามลำดับ ดังนี้

1. แบบวัดคุณภาพชีวิต
2. แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด
3. แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด
4. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม
5. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ในการตอบแบบสัมภาษณ์ความเครียด ผู้วิจัยสัมภาษณ์ตามแนวคำถามปลายเปิดที่ได้เตรียมไว้โดยผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงลงในเทป สำหรับแบบสอบถามผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามด้วยตนเองถ้าญาติผู้ดูแลสามารถอ่านออกเขียนได้ โดยมีผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียง ถ้าญาติผู้ดูแลมีข้อสงสัยใดๆ สามารถซักถามได้ เมื่อญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบคำถาม ส่วนญาติผู้ดูแลที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ผู้วิจัยอ่านข้อความในแบบสอบถามและให้ญาติผู้ดูแลเลือกตอบ

ระยะเวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 60 นาที ผู้วิจัยตระหนักว่า ระยะเวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามค่อนข้างนาน ความเหนื่อยล้าจากการตอบข้อคำถามอาจส่งผลต่อคำตอบได้ ดังนั้นเมื่อการตอบแบบสอบถามในแต่ละชุดสิ้นสุดลง ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลได้พักก่อนการตอบแบบสอบถามชุดต่อไป

ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลในวันนั้น ผู้วิจัยนัดวันและสถานที่ที่ญาติผู้ดูแลสะดวกที่จะให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยจัดเตรียมค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางให้ แต่ถ้าญาติผู้ดูแลไม่สะดวกในการเดินทางมาให้ข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์และบันทึกเสียงไว้ โดยผู้วิจัยนัดวันและเวลาที่ญาติผู้ดูแลสะดวกที่จะให้ข้อมูล

ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้มากับผู้ป่วยในวันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อญาติผู้ดูแลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และถ้าญาติผู้ดูแลเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสอบถามอายุของญาติผู้ดูแล หากอายุมากกว่า 60 ปี ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการรับรู้ของญาติผู้ดูแลผ่านทางโทรศัพท์โดยใช้แบบทดสอบหมวดหมู่ที่เตรียมไว้ ญาติผู้ดูแลที่ได้คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน ผู้วิจัยแจ้งให้ญาติผู้ดูแลทราบว่าญาติผู้ดูแลมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ส่วนญาติผู้ดูแลที่ได้คะแนนมากกว่า 25 คะแนน ผู้วิจัยนัดวันและสถานที่ที่ญาติผู้ดูแลสะดวกที่จะให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยจัดเตรียมค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางให้ แต่ถ้าญาติผู้ดูแลไม่สะดวกในการเดินทางมาให้ข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์และบันทึกเสียงไว้ โดยผู้วิจัยนัดวันและ

เวลาที่ญาติผู้ดูแลสะดวกในการให้ข้อมูล

สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกด้วยตนเองจากทะเบียนประวัติ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 85 คนเป็นญาติที่ดูแลหลักของผู้ป่วยและพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2547 และพร้อมที่ให้สัมภาษณ์ในวันที่พบกับผู้วิจัย ในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 6 คน ผู้วิจัยได้ทดสอบการรับรู้โดยทำแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) ผลการทดสอบกลุ่มตัวอย่างทุกคนผ่านการทดสอบการรับรู้ โดยมีคะแนนการทดสอบอยู่ระหว่าง 30 – 40 คะแนน ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดจากการให้การดูแลประมาณคนละ 20 นาที และกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จภายใน 30 - 40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. กำหนดรหัสข้อมูล และจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด (ที่ทำได้)
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC (Statistic Package

for the Social Science) version 11.5 for Windows

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2.2 ข้อมูลสถานการณ์ความเครียด และระดับความเครียด แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนคือ

2.2.1 สถานการณ์ความเครียด ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ญาติผู้ดูแลบรรยายมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และจัดแยกเข้าหมวดหมู่ (categories) ของแต่ละประเด็น และวิเคราะห์ผลการวิจัยในแต่ละประเด็น โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่และร้อยละ)

การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) มีขั้นตอนวิเคราะห์ดังนี้

- 1) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงไว้นามารถถอดเทปทุกถ้อยคำหลังการสัมภาษณ์
- 2) ผู้วิจัยอ่านบทวนข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และพิจารณาเนื้อหาคำพูด
- 3) แยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียด โดยให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้การจำแนกข้อมูลไม่เกิดปัญหาว่า คำหรือข้อความสามารถถูกจำแนกเข้าหลาย ๆ ประเภทพร้อมกัน นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ

4) นำข้อมูลที่แยกประเภท และจัดหมวดหมู่เรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความตรงของการวิเคราะห์ จากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ซึ่งมีประสบการณ์ในการวิเคราะห์เนื้อหา

2.2.2 ระดับความเครียด วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2.3 การเผชิญความเครียด วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของคะแนนจริง (raw scores) และคะแนนสัมพัทธ์ (relative scores) โดยการคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ได้จากการหาสัดส่วน (proportion) ของค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมรายด้านหารด้วยผลรวมของค่าเฉลี่ยทุกด้าน เช่น ถ้าต้องการหาคะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Vitaliano, et al., 1987 อ้างใน ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2540: 9)

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

เมื่อ

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

2.4 แรงสนับสนุนทางสังคม และ คุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2.5 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ตัวแปรอายุและระดับการศึกษาถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรก หลังจากนั้นตัวแปรที่เหลือจะถูกคัดเลือกเข้าสมการโดยวิธีถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยจะทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณก่อน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ .05 ($p \leq .05$)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัยเสนอตามคำถามการวิจัยและการทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตามคำถามการวิจัยและการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ลักษณะของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ข้อมูลเชิงบรรยาย

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยญาติผู้ดูแลหลัก ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 85 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารินทร์ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2547 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตและสัมพันธภาพสถานการณ์ความเครียดโดยผู้วิจัยเป็นลำดับแรกจากนั้น ตอบแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลตามลำดับ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถามและสัมพันธภาพทั้งหมด ประมาณ 60 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งมีจำนวน 6 คน ได้รับการทดสอบการรับรู้โดยทำแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) ผลการทดสอบกลุ่มตัวอย่างได้รับคะแนนการทดสอบอยู่ระหว่าง 30 – 40 คะแนน แสดงว่าญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการรับรู้ปกติ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ดังแสดงในตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.3 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 22 ถึง 77 ปี อายุเฉลี่ย 44.29 ปี สถานภาพสมรส คู่ รายได้อยู่ระหว่าง 2,000 ถึง 80,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย 15,142.71 บาทต่อเดือน ร้อยละ 58.8 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 21.2 มีเงินรายได้เหลือเก็บ การศึกษาของญาติผู้ดูแลมีตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงระดับปริญญา ระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่าง 4 ถึง 22 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 11.89 ปี ความสัมพันธ์กับ

ผู้ป่วย เป็นบุตรร้อยละ 47 อาชีพส่วนใหญ่รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 31.8 ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบนอกเหนือจากเป็นญาติผู้ดูแลถึงร้อยละ 92.8 มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่ต้องให้การดูแล ร้อยละ 87 แต่ส่วนใหญ่จะมีผู้ที่ช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยร้อยละ 70.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล (n = 85)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	21	24.7
หญิง	64	75.3
อายุ (ปี)		
19 – 40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	31	36.5
41 – 65 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง)	50	58.8
มากกว่า 65 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ)	4	4.7
(พิสัย 22-77 ปี ค่าเฉลี่ย 44.39 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.43)		
สถานภาพสมรส		
คู่	61	71.8
โสด	17	20.0
หม้าย หย่า แยก	7	8.3
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
พอใช้	50	58.8
ไม่พอใช้	17	20.0
เหลือเก็บ	18	21.2
(พิสัย 2,000 - 80,000 บาท ค่าเฉลี่ย 15142.71 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13481.14)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	0	0
ประถมศึกษา	21	24.7
มัธยมศึกษา/ปวช.	31	36.5
อนุปริญญา/ปวศ.	5	5.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	28	32.9

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล (n = 85) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการศึกษา (ปี)		
พิสัย 4- 22 ปี ค่าเฉลี่ย 11.89 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.79		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตรชาย/บุตรสาว/บุตรเขย/บุตรสะใภ้	40	47.0
สามี/ภรรยา	34	40.0
พี่/น้อง/หลาน	8	9.4
บิดา/มารดา/ป้า	3	3.6
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	27	31.8
รับจ้าง	17	20.0
ทำงานบ้าน	16	18.8
ค้าขาย	12	14.1
เกษตรกร	5	5.9
อื่นๆ	8	9.5
ภาวะสุขภาพ		
ดี	29	34.1
ปานกลาง	51	60.0
ไม่ดี	5	5.9
จำนวนหน้าที่/ บทบาทที่รับผิดชอบ		
1 บทบาท	7	8.2
มากกว่า 1 บทบาท	78	92.8
มีบุคคลในครอบครัวอื่นที่ต้องให้การดูแล		
มี	74	87.0
ไม่มี	11	13.0
มีผู้ช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน		
มี	60	70.6
ไม่มี	25	29.4

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 85 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ลักษณะของผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 2 ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยเป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 24 ถึง 88 ปี อายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 58.67 ปี ตำแหน่งมะเร็งที่พบส่วนใหญ่เป็นมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร และทางเดินน้ำดี ร้อยละ 41.18 ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1 ถึง 24 เดือน และส่วนใหญ่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ร้อยละ 82.4

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (n= 85)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	40
หญิง	51	60
อายุ (ปี)		
20 – 40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	11	12.9
41 – 65 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง)	43	50.6
มากกว่า 65 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ)	31	36.5
(พิสัย 24-88 ปี ค่าเฉลี่ย 58.67 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.67)		
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (เดือน)		
พิสัย 1 – 24 เดือน		
ค่าเฉลี่ย 4.36 เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.02		
ตำแหน่งของมะเร็ง		
ระบบทางเดินอาหารและทางเดินน้ำดี	35	41.18
เต้านม	19	22.34
ศีรษะและลำคอ	14	16.46
ระบบทางเดินปัสสาวะ	13	15.29
อื่นๆ	4	4.71
สิทธิการรักษาพยาบาล		
จ่ายเอง	15	17.6
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	70	82.4

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดของญาติผู้ดูแล

ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งหลังผ่าตัด เพื่อประเมินสถานการณ์ความเครียดของญาติเมื่อมาทำบทบาทเป็นผู้ดูแลจำนวน 85 ราย โดยให้ญาติผู้ดูแลระลึกถึงและบรรยายสถานการณ์ความเครียดจากการดูแล ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในบทบาทของญาติผู้ดูแล กิจกรรมการให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในช่วงเวลา 2 – 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ญาติผู้ดูแลบรรยายมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มสาระที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละประเด็นข้างต้น นอกจากนี้ยังนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะความถี่และร้อยละในแต่ละประเด็นซึ่งผู้วิจัยรวบรวมจากคำพูดที่ญาติผู้ดูแลบรรยายในการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดนำเสนอเรียงตามลำดับดังนี้

1. สถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล
2. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในบทบาทของญาติผู้ดูแล
3. กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1. สถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล

จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าสถานการณ์ความเครียด คือ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดกังวลใจ ทุกข์ใจ ซึ่งแบ่งสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลได้ 5 ประเภท ได้แก่ สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับ 1) การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายให้ผู้ป่วย 2) การเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 3) การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย 4) การปิดบังไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง และ 5) ปัญหาด้านเศรษฐกิจและภาระงานที่เพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำบรรยายของญาติผู้ดูแลต่อไปนี้

1.1 การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายให้ผู้ป่วย

การตอบสนองทางด้านร่างกายเป็นสถานการณ์การดูแลที่ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแล ได้แก่ การบรรเทาอาการของผู้ป่วย และการทำกิจกรรมการรักษา

การบรรเทาอาการของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลมีความเครียดที่เกิดจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ หรือรับประทานอาหารได้น้อย อาเจียนหลังรับประทาน อาหาร น้ำหนักลด ถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องหลังรับประทานอาหาร ดังตัวอย่างที่ญาติผู้ดูแลบรรยายต่อไปนี้

“เรื่องกินได้น้อยนี้กังวล เพราะว่าแถมมมาก น้ำหนักลดไปเยอะ ตะก่อน น้ำหนักแก 50 กว่าตอนนี้เหลือ 34.4 ลดมาก เราบอกกินข้าวหะพอ แกก็ไม่ยอมกินนะ กลุ้มใจ” (ผู้ดูแลรายที่ 21 เป็นภรรยาคุณเลสามี)

“เรื่องที่กังวลก็คือเรื่องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของแก เพราะว่าแกกินไม่ได้เลย กินน้อยมาก น้ำหนักลดลงไปมาก แล้วหลังผ่าตัดนี้ คนไข้เค้าเป็นมะเร็ง ถ้าได้คุณหมอบอกว่าต้องให้ยาไปรักษาต่อ พอกินยาแล้วปรากฏว่าแกแพ้ยา กินอาหารไม่ได้ เหม็น อาเจียนตลอด เราก็พยายามให้แกกินอาหารเพื่อจะได้กินยาได้ แต่แกก็อาเจียน” (ผู้ดูแลรายที่ 73 เป็นภรรยาคุณเลสามี)

“ที่กังวลใจก็คือการถ่ายของเค้าจะเกิดขึ้นตลอดเวลาที่เค้ากินอะไรใหม่ซะแล้ว คนไข้จะไม่ค่อยยอมรับ ก็จะกังวลว่าอุจจาระออกอีกแล้ว ออกอีกแล้วแล้ว เค้าก็จะหงุดหงิด รำคาญแล้วก็เบื่อไม่อยากจะกิน” (ผู้ดูแลรายที่ 77 เป็นลูกสาวคุณเลแม่)

การทำการรักษา ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลไม่เคยทำมาก่อนเป็นประสบการณ์ใหม่ที่ญาติผู้ดูแลต้องทำให้กับผู้ป่วย ไม่ทราบวิธีการจัดการเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นเช่น การทำแผลช่องทางเปิดทางหน้าท้อง การดูแลขดระบายน้ำเหลืองแบบสุญญากาศ (redovac drain)

“ส่วนใหญ่ก็ในเรื่องลำไส้ที่เอาออกทางหน้าท้อง คือตอนแรกก็จะไม่รู้ซักเลย ทำตอนแรกก็จะเครียดมาก เพราะแบบทำไม่เป็นเลยกลัวจะมีปัญหา” (ผู้ดูแลรายที่ 55 เป็นลูกชายคุณเลแม่)

“มีความกังวลใจที่ว่า แผลตรงนี้ ครั้งแรกที่เราทำ เราได้ทำไปครั้งเดียวในการเปลี่ยนถุงตรงระหว่างเนื้อกับถุงเวลาเราเปลี่ยนแล้วมีเลือดออกระหว่างแผลกับไส้ เราก็กังวลว่ามันจะเป็นอย่างนี้ทุกครั้งหรือเปล่า” (ผู้ดูแลรายที่ 77 เป็นลูกสาวคุณเลแม่)

“ก็เรื่องที่คนไข้เค้ามีขดน้ำเหลืองออกจากแผล ตอนแรกกังวลกลัวว่าจะขุดไม่เป็น กลัวขุดแตก กลัวน้ำเหลืองไม่ออก แล้วพอกลับไปถึงบ้านได้ 3

ชั่วโมง ขวดมันก็รั่ว ตอนนั้นกลัวมากไม่รู้จะทำอย่างไร ต้องพาคนไข้กลับมาโรงพยาบาลอีก” (ผู้ดูแลรายที่ 11 เป็นลูกสะใภ้ดูแลแม่สามี)

1.2 การเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

การเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยพบว่าญาติผู้ดูแลรู้สึกเครียดเนื่องจากได้ทุ่มเทดูแลผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยยังแสดงอารมณ์ หงุดหงิด โมโห โกรธ ต่อญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเก็บความรู้สึก ไม่ได้ตอบ ต้องพยายามเข้าใจผู้ป่วย ต้องอดทนเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ และพูดให้ผู้ป่วยสงบ สบายใจ และคอยให้กำลังใจ ดังคำพูดที่สะท้อนให้เห็นความเครียดของญาติผู้ดูแลได้แก่

“ปัจจุบันผู้ป่วย คุณปู่จะครบ อายุ 83 ปีแล้ว ชอบโกรธ แล้วก็หงุดหงิดง่ายมาก เวลาทำอะไรไม่ได้ ดังใจเขา ทำให้เราโดนว่าอยู่เรื่อง ทั้งๆที่เราเป็นคนที่ยกย่องช่วยเหลืออยู่ หรือเวลาทำอะไรขัดใจนิดหน่อยก็จะทำให้โมโห โกรธ ไม่มีเหตุผล ทำให้เราเครียดมาก อยากออกไปข้างนอก หรือเที่ยวบ้างก็จะโดนบ่น โดนว่าอยู่เสมอ” (ผู้ดูแลรายที่ 4 เป็นหลานชายดูแลปู่)

“เค้าจะหงุดหงิดมาก มีอะไรที่เสียงดังเค้าก็จะหงุดหงิด เวลานี้ลูกก็ยังเล็ก เวลาลูกเสียงดัง เค้าก็จะอารมณ์รุนแรง บอกว่าเจิบๆหน่อย เจิบๆหน่อย เอาออกไปไกล ๆ ซึ่งปกติเค้าจะไม่ใช่คนอย่างนั้น ทำให้เราเครียดมากขึ้น บางครั้งเค้าก็ด่าเรา แต่เราก็ตอบในใจในจุดนั้น เค้าก็หงุดหงิดมากขึ้น” (ผู้ดูแลรายที่ 10 เป็นภรรยาดูแลสามี)

“กระทบทางด้านจิตใจอันนั้นมันก็ต้องมีมั้ง บางครั้งเราก็น้อย เหนื่อย จากงานมาแล้ว บางครั้งเราตั้งตัวไม่ได้ บางครั้งเค้าหงุดหงิดขึ้นมาเค้าก็มีอารมณ์รุนแรงขึ้นมามันก็มีกระทบ ทำให้เราล้มตัวไปมีรุนแรงขึ้นมาบ้าง บางครั้งบางครั้งเราก็หงุดหงิดบ้าง แต่เราก็ต้องทน เพื่อให้เค้าสบายใจ” (ผู้ดูแลรายที่ 52 เป็นสามีดูแลภรรยา)

“คอยให้กำลังใจเขา ไม่ขัดใจเขา เค้าก็โมโหง่าย คล้ายเขาจะเอาอะไรก็ต้องได้ดังใจ ของนั้นมันอยู่ใกล้ตัวเสียที่ไหน จะเอาอะไรได้เลยที่ไหน บางครั้ง

เราก็เครียดเหมือนกัน เพราะเราก็เหนื่อยพออยู่แล้วเพราะต้องทำงานบ้าน แทนเขา” (ผู้ดูแลรายที่ 23 เป็นสามีดูแลภรรยา)

1.3 การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย

ญาติผู้ดูแลรับรู้ถึง สถานการณ์ที่ทำให้เครียดคือการที่เผชิญกับโอกาสสูญเสียผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่ตนเองรัก และมีโอกาสสูญเสียการกลับมาที่มีสุขภาพดี เนื่องจากไม่ทราบว่าโรคมะเร็งของผู้ป่วยจะตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่ เมื่อผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น ญาติผู้ดูแลกลัวว่าอาจจะกลับมาเป็นซ้ำอีกได้ ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ญาติผู้ดูแลรู้สึกเครียด คำพูดที่สะท้อนให้เห็นความเครียดของญาติผู้ดูแลดังต่อไปนี้

โอกาสสูญเสียผู้ป่วย ความเครียดของญาติผู้ดูแลเกิดจากความไม่แน่นอนของการรักษา เกรงว่าผู้ป่วยจะไม่หายจะตายจากกัน

“เค้าจะรักษาหายไหม ก็ว่าเป็นถึงขั้นนี้แล้วข้างในเขาเป็นอย่างไรเราก็ไม่รู้ เราก็ไม่สบายใจ แต่เราก็จะไม่แสดงออก กลัวคนไข้เขาจะไม่สบายใจไปด้วย แต่เวลาเราอยู่คนเดียวเราก็คิดว่าเค้าจะรักษาหายขาดไหม เมื่อไรเค้าจะจากเราไป เราก็คิดกังวลอยู่กับลูก ถ้าเค้าเป็นอะไรไป เค้าต้องดูแลครอบครัวอยู่นะ ลูกเราก็เพิ่งจะรับราชการแค่คนเดียว คนเล็กก็ยังเรียนไม่จบ เราก็คงตั้งหลักอะไรไม่ได้” (ผู้ดูแลรายที่ 71 เป็นภรรยาดูแลสามี)

“ก็เรื่องการรักษาหมอบอกผ่าตัดแล้วหาย ผ่าตัดแล้วหาย แล้วมาเป็นอีกนี้ เราเครียดมาก กลัวคนของเราจะไม่อยู่กับเรา เครียดมากเลย กลัวว่าจะเป็นอะไรมาก” (ผู้ดูแลรายที่ 28 เป็นภรรยาดูแลสามี)

“คิดถึงอนาคต คิดถึงครอบครัว เพราะว่าลูกยังเล็กอยู่ แล้วก็สมมุติ ถ้าเค้าเป็นอะไรไปตอนนี้ แล้วเราจะรับผิดชอบครอบครัวเราไปอย่างไร ตรงนี้มากกว่าที่วิตกกังวล แล้วก็เครียด” (ผู้ดูแลรายที่ 7 เป็นสามีดูแลภรรยา)

โอกาสสูญเสียการกลับมาที่มีสุขภาพดีของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลกลัวว่าผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำ กลัวว่าจะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นเพิ่มขึ้นอีก ดังคำพูดที่ญาติผู้ดูแลเล่าต่อไปนี้

“เรื่องทุกข์ใจมีมาก เพราะไม่สามารถทราบได้ว่าจะหายหรือไม่ จะเป็นอีกไหม” (ญาติผู้ดูแลรายที่ 33 เป็นภรรยาดูแลสามี)

“เรื่องการรักษา หมอบอกว่าต้องฉายแสง ก็กลัวเค้าจะอ่อนเพลีย ก็กลัวว่าจะไม่หาย กลัวว่าเชื้อมันจะลุกลาม” (ผู้ดูแลรายที่ 54 เป็นภรรยาดูแลสามี)

1.4 การปิดบังไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง

ญาติผู้ดูแลรู้สึกอึดอัด คับข้องใจที่ต้องเก็บความลับของผู้ป่วยไว้ ไม่สามารถบอกผู้ป่วยได้ว่าเป็นมะเร็ง เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะยอมรับไม่ได้ ถ้าพูดที่สะท้อนให้เห็นความเครียดของญาติผู้ดูแลได้แก่

“ตัวผู้ป่วยเองเค้าก็ไม่รู้ว่าเค้าเป็นอะไร เราไม่ได้บอกเค้า ก็รู้สึกอึดอัดจะรู้สึกผิดด้วย ตัวคนไข้เป็นเองแล้วเราไปปกปิดเค้า แต่ถ้าบอกไปกลัวเค้าจะคิดมาก ก็เลยไม่บอก” (ผู้ดูแลรายที่ 69 เป็นลูกสาวดูแลพ่อ)

“เรื่องที่ทำให้ทุกข์ใจมีเรื่องเดียว เรื่องที่ไม่สามารถบอกเค้าได้ คือสงสารเค้ามากกว่า ไม่อยากให้รู้ว่าเค้าเป็นอะไร อย่างคนข้างบ้านเค้าเป็นลักษณะเดียวกัน แม่ก็ยังบอกว่าสงสารเค้านะที่เป็นโรคนี้อ เราก็มักแอบบอกว่าเค้าเป็นเหมือนกันกลัวเค้าคิดว่าถ้าเค้ารู้สภาพจิตใจเค้าคงจะรับไม่ได้” (ผู้ดูแลรายที่ 67 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

“คนไข้เค้าค่อนข้างซึมเศร้า เค้าอยากจะรู้ว่าเค้าอยู่ในระยะที่เท่าไร เค้าจะอยู่ได้นานไหม แต่เราบอกเค้าไม่ได้ว่าเค้าจะอยู่กับเราได้ไม่นาน เราต้องแสดงให้เห็นว่าเราไม่ซึมเศร้า เราปกติ แต่ลึกๆแล้วเราเครียด มันลำบาก” (ผู้ดูแลรายที่ 35 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

1.5 ปัญหาด้านเศรษฐกิจและภาระงานที่เพิ่มขึ้น

ญาติผู้ดูแลประเมินว่าแหล่งความเครียดที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือการเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในขณะที่รายได้ลดลงเนื่องจากญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังเครียดจากการที่มีภาระงานมากขึ้นที่ต้องดูแลผู้ป่วยและทำกิจการงานแทนผู้ป่วย เช่น งานบ้าน ดังที่ญาติผู้ดูแลเล่าว่า

ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องผู้ป่วยไม่ได้ทำงานทำให้ขาดรายได้ หรือญาติผู้ดูแลบางคนต้องลาออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยต้องนำเงินสำรองมาใช้ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

“ก็ตอนนี้เค้ายังได้เงินเดือนอยู่ต่อไปอาจจะไม่ได้รับเงินเดือน ค่าใช้จ่ายก็จะสูงขึ้น” (ผู้ดูแลรายที่ 10 เป็นภรรยาดูแลสามี)

“ก็เครียดเรื่องเงินนี่แหละ เพราะว่าเราก็อำนาจไม่ได้ เรายังไม่มีรายได้ เราต้องกินต้องใช้ แล้วส่วนที่เบิกไม่ได้ก็อีกแหละ ก็เครียดๆ” (ผู้ดูแลรายที่ 8 เป็นภรรยาดูแลสามี)

“เรื่องค่าใช้จ่ายเราไม่มีทุนเดิมนี่ แล้วมาเจอ โื้อ้โห้ คุณก็คิดดูเอาก็แล้วกัน เราต้องออกเงินสำรองไปก่อนแล้วค่อยไปเบิกอย่างน้อยๆ เราต้องมีเงินก้อนหนึ่งตั้งเอาไว้ ต้องล้างไตอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ออกเงินไปยังไม่ได้เบิกต้องหามาใหม่อีก” (ผู้ดูแลรายที่ 46 เป็นภรรยาดูแลสามี)

● **ภาระงานที่เพิ่มขึ้น** เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยและต้องทำกิจกรรมบางอย่างแทนผู้ป่วย หรือการที่ในบ้านมีบุคคลอื่นที่ญาติผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือทำให้ญาติผู้ดูแลมีภาระงานเพิ่มขึ้นดังกล่าวที่ว่า

“เรื่องงานที่ต้องทำมากขึ้นนี้ บางครั้งเหนื่อยมากๆ ก็เครียดนะ อย่างที่บอก เราต้องทำงานบ้านแทนแม่ทุกอย่าง เข้าช่วยแม่เค้าเช็ดตัว เตรียมอาหารไว้ให้ ตอนเย็นกลับจากที่ทำงานก็ต้องซักผ้า รีดผ้า กว่าจะได้นอนก็ดึก แล้วช่วงนี้ก็เรียนหนังสือเพิ่มอีกด้วยวันเสาร์อาทิตย์ เรียกว่าทั้งอาทิตย์เราไม่ได้พักเลย” (ผู้ดูแลรายที่ 12 เป็นลูกสาวดูแลแม่)

“ที่บ้านนี้ไม่ได้มีคนป่วยคนเดียวคือพี่ชายอีกคนเค้ากระดูกหัก เค้าก็ไม่สามารถจะช่วยเหลือเราไม่ได้ คุณแม่เค้าก็สุขภาพไม่ค่อยดี หัวเข่าไม่ดี เค้าก็ช่วยพยุงคุณพ่อไม่ได้ แล้วไหนจะงานเรอีก ครอบครัวเราด้วย” (ผู้ดูแลรายที่ 51 เป็นลูกสาวดูแลพ่อ)

เมื่อวิเคราะห์สิ่งที่ญาติผู้ดูแลบรรยายถึง สถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยทุกรายแล้วสามารถนำมาแจกแจงความถี่และร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยพบว่าความเครียดด้านการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายที่พบบ่อย คือ เรื่องการบรรเทาอาการของผู้ป่วยพบได้ร้อยละ 27.06 ความเครียดด้านการเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง พบได้ร้อยละ 36.47 ความเครียดด้านการ

เผชิญกับโอกาสสูญเสีย ญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากเรื่องโอกาสสูญเสียผู้ป่วยมากกว่าโอกาสการสูญเสียการมีภาวะสุขภาพดีของผู้ป่วย คือพบได้ร้อยละ 47.06 และพบว่าญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการปิดบังผู้ป่วยให้ทราบว่าเป็นมะเร็ง ร้อยละ 8.24 สำหรับความเครียดเรื่องปัญหาเศรษฐกิจพบได้ ร้อยละ 18.82 และภาระงานที่เพิ่มขึ้นพบได้ร้อยละ 14.12

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละของสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล (n = 85)

สถานการณ์ความเครียดจากการดูแล	ความถี่	ร้อยละของญาติผู้ดูแล
การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายให้ผู้ป่วย		
- บรรเทาอาการ	23	27.06
- การทำกิจกรรมการรักษา	20	23.53
การเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	31	36.47
การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย		
- สูญเสียผู้ป่วย	40	47.06
- สูญเสียการกลับมาดีสุขภาพดีของผู้ป่วย	9	10.59
การปิดบังไม่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง	7	8.24
ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและภาระงานที่เพิ่มขึ้น		
- ปัญหาด้านเศรษฐกิจ	16	18.82
- ภาระงานที่เพิ่มขึ้น	12	14.12

หมายเหตุ ญาติผู้ดูแล 1 คนอาจมีสถานการณ์ความเครียดมากกว่า 1 สถานการณ์

2. ผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลในบทบาทของญาติผู้ดูแล

เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลในบทบาทของญาติผู้ดูแล จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ญาติผู้ดูแลได้บรรยายไว้ ผู้วิจัยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สามารถแบ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านบวก และผลกระทบด้านลบ ซึ่งผลกระทบด้านบวกประกอบด้วย การได้ทดแทนบุญคุณ และ การได้สร้างความผูกพัน และผลกระทบด้านลบประกอบด้วย ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านอารมณ์ และผลกระทบด้านสังคมเศรษฐกิจ ดังตัวอย่างคำพูดของญาติผู้ดูแลต่อไปนี้

2.1 ผลกระทบด้านบวก

การให้การดูแลผู้ป่วยในบทบาทของญาติผู้ดูแล มีผลกระทบในด้านบวกกับญาติผู้ดูแล คือ ญาติผู้ดูแลรู้สึกได้ทดแทนบุญคุณ ได้ใกล้ชิดผูกพันกัน รักกันมากขึ้นและ ได้ทำกิจกรรมต่างๆ

ร่วมกัน ทั้งที่ก่อนผู้ป่วยจะไม่สามารถทำอะไรได้เพราะต่างคนก็ต่างต้องทำงาน ทำให้เกิดความรู้สึกดีดีให้แกกัน ได้แก่

การได้ทดแทนบุญคุณ คำพูดที่สะท้อนความรู้สึกดังกล่าวของญาติผู้ดูแล คือ
 “เมื่อก่อนแม่เค้าก็ช่วยเราเลี้ยงลูก ตอนนี่ก็คิดว่าต้องดูแลเค้าเหมือนกัน”
 (ผู้ดูแลรายที่ 15 ลูกสาวดูแลแม่)

“ก็ไม่รู้ลึกเป็นภาระนะ เพราะเพื่อแม่อะไรเราก็กู้ทำได้ แล้วอีกอย่างทุกคนทำงานนอกบ้านกันหมดถ้าเราไม่ทำก็ไม่มีใครทำ” (ผู้ดูแลรายที่ 12 ลูกสาวดูแลแม่)

“พี่สาวเป็นผู้มีพระคุณ งานที่ต้องดูแลก็เป็นงานที่เพิ่มขึ้น แต่เป็นงานที่เราเต็มใจที่จะทำนะ” (ผู้ดูแลรายที่ 18 น้องชายดูแลพี่สาว)

การได้ใกล้ชิดผูกพันกัน คำพูดที่ญาติผู้ดูแลเล่าให้ฟังคือ
 “ปกติก็ไม่ค่อยได้ใกล้ชิดเท่าไร คุณพ่อก็จะอยู่ต่างจังหวัดก็ได้ดูแลท่านเวลาเจ็บป่วย ได้อยู่ใกล้ชิดครอบครัวมากขึ้น” (ผู้ดูแลรายที่ 50 ลูกสาวดูแลพ่อ)

“อย่างเมื่อก่อนเป็นคนไม่ค่อยรักแม่ ทำแต่เรื่องให้เค้าไม่สบายใจ ตอนนี่ได้มาดูแลเค้าก็รู้สึกดี จิตใจก็ดีด้วย” (ผู้ดูแลรายที่ 30 ลูกสาวดูแลแม่)

“ผมก็รู้สึกว่าเราใกล้ชิดและผูกพันกันมากขึ้น เราได้มีกิจกรรมร่วมกันเพิ่มขึ้น เช่น ทำแผล ชำระร่างกาย สระผม ทานอาหารด้วยกันบ่อยขึ้น มีเรื่องล้อเล่น พูดคุยกันมากขึ้น คงแขนเดินเล่นกันมากขึ้น” (ผู้ดูแลรายที่ 1 สามีดูแลภรรยา)

2.2 ผลกระทบด้านลบ

การให้การดูแลผู้ป่วยในบทบาทของญาติผู้ดูแลมีผลกระทบในด้านลบกับญาติผู้ดูแล ทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมเศรษฐกิจ

2.2.1 ด้านร่างกาย ญาติผู้ดูแลกล่าวว่าการให้การดูแลผู้ป่วยบางครั้งมีผลกระทบกับพวกเขาในด้านร่างกาย ได้แก่ การพักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกอ่อนล้า น้ำหนักลด ทำให้สุขภาพร่างกาย

เลื่อมโทรม รายละเอียดของคำบรรยายของญาติผู้ดูแลเป็นดังนี้

พักผ่อนไม่เพียงพอ คำพูดที่สะท้อนความรู้สึกดังกล่าวของญาติผู้ดูแล ได้แก่ “ตอนกลางคืนก็นอนไม่ค่อยหลับกลัวว่าคนไข้เค้าจะนอนไม่สบาย กลัวว่าสาขจะหลุดออกจากแผล ต้องตื่นมาดูบ่อยๆ” (ผู้ดูแลรายที่ 11 ลูกสะใภ้ดูแลแม่สามี)

มีอยู่ครั้งหนึ่งลูกขึ้นแล้วเวียนหัวไปหาหมอ หมอบอกว่าพักผ่อนน้อย ก็แม่เค้าจะลุกขึ้นนี่บ่อยแล้วเราก็กดอยพุงเค้า กลางคืนเราก็นอนหลับไม่ค่อยสนิท” (ผู้ดูแลรายที่ 58 ลูกสาวดูแลแม่)

อ่อนล้า คำพูดที่สะท้อนความรู้สึกดังกล่าวของญาติผู้ดูแล ได้แก่ “เราต้องช่วยคุณพ่อดูแล ที่บ้านทำธุระกิจส่วนตัว ขาดคุณพ่อไปคนเราก็เหนื่อยหน่อย เรื่องงานเรื่องอะไรอย่างนี้” (ผู้ดูแลรายที่ 63 ลูกสาวดูแลพ่อ)

น้ำหนักลด คำพูดที่สะท้อนความรู้สึกดังกล่าวของญาติผู้ดูแล ได้แก่ “น้ำหนักลดลงไปเยอะเหมือนกัน เมื่อก่อนอ้วนกว่านี้” (ผู้ดูแลรายที่ 28 ภรรยาดูแลสามี)

เราเครียดมาก นี่น้ำหนักลดลงไปเยอะเลย” (ผู้ดูแลรายที่ 73 ภรรยาดูแลสามี)

สุขภาพทรุดโทรม คำพูดที่สะท้อนความรู้สึกดังกล่าวของญาติผู้ดูแล ได้แก่ “รู้สึกสุขภาพเริ่มแยลงบ้างแล้วเช่น เจ็บคอ เหนื่อยอ่อน เจ็บหลังมันเป็นผลมาเรื่อย”(ญาติผู้ดูแลรายที่ 39 ลูกสาวดูแลแม่)

2.2.2 ด้านอารมณ์ ญาติผู้ดูแลบางคนรู้สึกว้าวุ่นตั้งแต่ให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ตนเอง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย ดังเช่นญาติผู้ดูแลเล่าว่า

หงุดหงิดง่าย คำพูดที่สะท้อนความรู้สึกดังกล่าวของญาติผู้ดูแล ได้แก่ “อ้อ! เครียดค่ะ ขอมรับว่าเครียด ตอนนี้อยู่ในห้องนอนอยู่ด้วยไม่ได้เข้าเรียนเลย เรื่องครอบครัวด้วย มันกระทบทุกอย่างหงุดหงิดไปหมด” (ผู้ดูแลรายที่ 57 ลูกสาวดูแลพ่อ)

“ทำให้เราเครียด เราเป็นคนหงุดหงิดไปเลย เวลาใครพูดอะไรมามันไม่ค่อยจะรับหู กลายเป็นคนพูดจารุนแรงไปเลย” (ผู้ดูแลรายที่ 69 ลูกสาวดูแลแม่)

เป้าหมาย คำพูดที่สะท้อนความรู้สึกดังกล่าวของญาติผู้ดูแล ได้แก่ “ผลกระทบก็คือ เหนื่อยมากแล้วก็เครียด บางครั้งก็อารมณ์ไม่ดี เป้าหมายก็ง่ายขึ้น” (ผู้ดูแลรายที่ 33 ภรรยาดูแลสามี)

2.2.3 ด้านสังคมเศรษฐกิจ การรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลสูญเสียความเป็นส่วนตัวทำให้ไม่สามารถออกไปนอกบ้านได้เหมือนเดิม ต้องเฝ้าบ้านทุกวัน ต้องแบ่งเวลามาดูแลลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย/ทำงานในอาชีพลดลง ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่เหมือนก่อน บางครั้งต้องลางานบ่อยๆ สูญเสียรายได้/รายได้ลดลงเนื่องจากผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำงานได้ และสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวลดลงจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยทำให้ต้องทิ้งลูกและสามีให้ดูแลตัวเอง ไม่สามารถมีความสัมพันธ์ทางเพศได้ คำพูดที่สะท้อนความรู้สึกดังกล่าวของญาติผู้ดูแล ได้แก่

สูญเสียความเป็นส่วนตัว ญาติผู้ดูแลเล่าว่า

“ตอนนี้ต้องอยู่เฝ้าบ้านทุกวันไม่ค่อยมีเวลาส่วนตัวมากนัก เพราะต้องดูแลปู่กับย่าอยู่คนเดียว” (ผู้ดูแลรายที่ 4 หลานชายดูแลปู่)

“งานมันเพิ่มมากขึ้นไหนจะต้องทำงานนอกบ้าน เลี้ยงลูกแล้วก็ทำงานบ้านเพิ่มขึ้นอีก ก็ไม่ค่อยมีเวลาได้ไปไหน” (ผู้ดูแลรายที่ 15 ลูกสาวดูแลแม่)

“ก็เราต้องดูแลเขา ออกไปไหนไม่ได้ ต้องอยู่กับเขาเฝ้ากับเรื่อน เวลาส่วนตัวเราน้อยลง ต้องมาดูแลเขา” (ผู้ดูแลรายที่ 23 สามีดูแลภรรยา)

ลาออกจากงาน/ทำงานในอาชีพลดลง ญาติผู้ดูแลเล่าว่า

“เมื่อก่อนตัวเองทำงานอยู่ พอแม่ไม่สบายก็ลาออกมา” (ผู้ดูแลรายที่ 55 ลูกชายดูแลแม่)

“พี่ทำหน้าที่เป็นรองผู้อำนวยการโรงเรียนประจำจังหวัด โดยปกติแล้วเราก็คงต้องให้เวลากับการทำงานในองค์กรค่อนข้างมาก ในช่วงนี้เราก็คง

เราก็ปลีกเวลานะ บางวันเราก็มาดูบ้าง อย่างเสาร์ อาทิตย์เราเคยไป
โรงเรียน เราก็ไม่ได้ไป” (ผู้ดูแลรายที่ 67 ลูกสาวดูแลแม่)

“ผลกระทบส่วนตัวไม่มี แต่จะเป็นผลกระทบเรื่องงานมากกว่า เรื่อง
ส่วนตัวก็คือเราดูแลกันไป แต่เรื่องงานนี้ต้องลาต้องมาโรงพยาบาลบ่อย”
(ผู้ดูแลรายที่ 65 ลูกสาวดูแลพ่อ)

สูญเสียรายได้ ญาติผู้ดูแลเล่าว่า

“ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวนี้เราต้องเป็นคนหามา แล้วรายได้ที่มาจากเค้า
ช่วงนี้ก็ต้องงดไปเพราะงั้นมันต้องวางค่าใช้จ่ายในครอบครัวใหม่” (ผู้ดูแล
รายที่ 40 สามีดูแลภรรยา)

“ในช่วงที่ดูแลเค้าเราไม่ได้ทำงานรายได้มันก็ขาดไปมั่ง พอสิ้นเดือนเราก็มี
รายจ่ายที่ประจำอยู่แล้ว เราก็จะมีรายได้รายวันนี่มันก็ขาดไป” (ผู้ดูแลรายที่
50 ลูกสาวดูแลพ่อ)

สัมพันธภาพกับครอบครัวลดลงญาติผู้ดูแลเล่าว่า

“เราก็มีลูกเล็กที่ต้องไปส่งเค้าที่โรงเรียน บางทีก็ไม่ได้ไปส่งลูกบ้าง ไม่ได้
ไปรับบ้าง” (ผู้ดูแลรายที่ 64 พี่สาวดูแลน้องสาว)

“ก็จะมีผลกระทบกับครอบครัวนะคะ เพราะว่าเรามาอยู่ทางนี้ทำให้เรา
ไม่ได้ดูแลเค้า สามีไม่เป็นไรเค้าดูแลตัวเองได้ แต่ลูกยังเล็ก แต่โชคคินะคะ
ที่สามีเค้าเข้าใจ เค้าก็ช่วยดูแลลูกเอง” (ผู้ดูแลรายที่ 69 ลูกสาวดูแลแม่)

“เค้าบอกว่าเป็นมะเร็งนี้นะเค้าห้ามมิเพศสัมพันธ์เราก็พยายามไม่มีเลย
จนถึงวันนี้เลยมันก็ลามมาจนได้ เทียนนี่เค้าก็เลยตัดออกให้หมดเลย ขูด
ออกให้หมดก็ไม่มีฮอร์โมนอะไรนี่นะทำให้เค้าไม่มีความรู้สึก” (ผู้ดูแลราย
ที่ 32 ภรรยาดูแลสามี)

เมื่อวิเคราะห์สิ่งที่ญาติผู้ดูแลเล่าถึงผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยในบทบาทญาติ
ผู้ดูแล พบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ผลกระทบด้านบวก พบว่า ญาติ

ผู้ดูแลรู้สึกได้ทดแทนบุญคุณ ร้อยละ 20 และ รู้สึกได้ใกล้ชิดผูกพันกัน ร้อยละ 4.7 ส่วนผลกระทบด้านลบ พบว่าญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการให้การดูแลผู้ป่วยด้านลบ ในด้านร่างกาย พบมากที่สุดในเรื่องการพักผ่อนไม่เพียงพอ ร้อยละ 21.2 รองลงมาในเรื่องเกิดความอ่อนล้า ร้อยละ 12.9 สำหรับผลกระทบด้านลบในด้านอารมณ์ ญาติผู้ดูแลพบว่าตนเองหงุดหงิดง่าย ร้อยละ 18.8 ส่วนผลกระทบด้านลบ ด้านสังคมเศรษฐกิจ พบมากที่สุดในเรื่องการมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ร้อยละ 23.5 รองลงมาในเรื่องต้องลาออกจากงาน/ทำงานในอาชีพลดลง ร้อยละ 18.8 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความถี่และร้อยละของผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในบทบาทของญาติผู้ดูแล (n=85)

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย	ความถี่	ร้อยละของญาติผู้ดูแล
ผลกระทบด้านบวก		
- การได้ทดแทนบุญคุณ	17	20.0
- การได้ใกล้ชิดผูกพันกัน	4	4.7
ผลกระทบด้านลบ		
ด้านร่างกาย		
- พักผ่อนไม่เพียงพอ	18	21.2
- อ่อนล้า	11	12.9
- น้ำหนักลด	5	5.9
- สุขภาพเสื่อมโทรม	4	4.7
ด้านอารมณ์		
- หงุดหงิดง่าย	16	18.8
- เบื่อหน่าย	1	1.17
ด้านสังคมเศรษฐกิจ		
- การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง	20	23.5
- ลาออกจากงาน/ทำงานในอาชีพลดลง	16	18.8
- สูญเสียรายได้/ รายได้ลดลง	11	12.9
- สัมพันธภาพกับครอบครัวลดลง	10	11.8

หมายเหตุ ญาติผู้ดูแล 1 คน อาจมีผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย 1 อย่าง

3. กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด นอกจากสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลแล้ว ญาติผู้ดูแลยังกล่าวถึงข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งหลังผ่าตัดด้วย ซึ่งนับว่าน่าสนใจและสามารถขยายความเข้าใจในสถานการณ์ความเครียดได้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือหลังผ่าตัดอันเนื่องมาจากความอ่อนเพลียของร่างกาย จากการรวบรวมคำพูดที่ญาติผู้ดูแลบรรยายในการสัมภาษณ์ สามารถจัดกลุ่มของกิจกรรมการช่วยเหลือที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) การตอบสนองความต้องการในชีวิตประจำวัน 2) การจัดการเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษา 3) การประคับประคองจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ 4) การช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจการงานของผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดของแต่ละกลุ่มกิจกรรมดังนี้

3.1 การตอบสนองความต้องการในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมการตอบสนองความต้องการในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การจัดเตรียมอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การช่วยเหลือเรื่องการขับถ่ายและ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

จัดเตรียมอาหาร กิจกรรมนี้รวมทั้งการจัดเตรียมและการปรุงอาหาร ญาติผู้ดูแลกล่าวว่า พวกเขาต้องคอยระวังในการจัดเตรียมอาหารให้เหมาะกับผู้ป่วยและเตรียมอาหารที่ผู้ป่วยพอใจ และคอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร คำพูดที่แสดงถึงการกระทำของญาติผู้ดูแล ได้แก่

“ดูแลทางด้านอาหาร ให้ทานอาหารที่มีประโยชน์ ส่วนใหญ่จะเป็นพวกปลา” (ผู้ดูแลรายที่ 13 ลูกสาวผู้ดูแลแม่)

“แรกๆก็ดูแลเรื่องอาหารก็จะกลัวเหมือนกัน เพราะเกี่ยวกับเรื่องมะเร็ง เค้านบอกว่ามีความสัมพันธ์ของอาหารสูงมาก ซึ่งแบบจะทำให้ตัวเองกังวลไปด้วย ก็อยากให้แม่กินอาหารดีๆ แต่อาหารดีดีแม่ก็จะไม่ค่อยชอบ ซึ่งมันก็จะขาดสารอาหารก็ทำให้กังวลตรงนั้นด้วย ก็พยายามให้กินอาหารที่ชอบด้วยแล้วก็ให้มันเหมาะสมด้วย” (ผู้ดูแลรายที่ 55 ลูกชายผู้ดูแลแม่)

“ส่วนใหญ่ก็จะเป็นเรื่องอาหารก็จะให้กินอาหารที่มีประโยชน์ คอยเตือนให้กินตรงตามเวลา หานมาให้ดื่มและจะหาพวกผลไม้เอาไว้ให้” (ผู้ดูแลรายที่ 33 ภรรยาผู้ดูแลสามี)

ทำความสะอาดร่างกาย ญาติผู้ดูแลกล่าวว่า พวกเขาให้การช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย บ้างก็อาบน้ำ บ้างก็เช็ดตัว บางครั้งก็สระผมให้ ดังเช่นญาติผู้ดูแลว่า

“ส่วนใหญ่ก็จะเป็นปกติประจำวันการดูแล take care อาบน้ำเช็ดตัว ส่วนใหญ่ก็จะเช็ดตอนเย็น ส่วนบนจะเช็ด ใช้สบู่เช็ด ส่วนล่างจะใช้ล้าง ”
(ผู้ดูแลรายที่ 13 ลูกสาวดูแลแม่)

“กลับบ้านผมก็คอยดูแลแก ผมต้องคอยๆ พุง อย่างเช่นเวลาเข้าห้องน้ำ อย่างนี้ ก็ต้องช่วยเหลืออาบน้ำเพราะว่าแกอาบน้ำเองไม่ได้” (ผู้ดูแลรายที่ 14 สามีดูแลภรรยา)

“เค้าก็ทำได้บ้าง อาบน้ำเค้าทำตัวเอง แต่สระผมเค้าทำไม่ได้แม่ก็ทำให้”
(ผู้ดูแลรายที่ 17 แม่ดูแลลูก)

ช่วยเหลือเรื่องการขับถ่าย กิจกรรมนี้รวมถึงการพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ การทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย ญาติผู้ดูแลบางคนให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูกด้วย คำพูดที่แสดงถึงการกระทำของญาติผู้ดูแลได้แก่

“ในช่วงแรกแกก็จะถ่ายบ่อย กันแกก็จะและเข้าขึ้นมาก็จะคอยเช็ดให้”
(ผู้ดูแลรายที่ 62 ลูกสาวดูแลแม่)

“ผมช่วยแบบว่าต้องใช้โถปัสสาวะ มันอยู่ไกลห้องน้ำ ผมก็เอามาไว้ใกล้เตียง แล้วก็เอาไปล้างให้ แต่ปาก็เช็ดทำความสะอาดเองได้ แต่ถ้าคุณป้าเค้าจะถ่ายหนัก บางทีไปไม่ได้ ผมก็ต้องใช้เสื่อบางๆ ให้ป้านั่งแล้วก็ลากไปโถลประมาณ 2 เมตร แล้วปาก็เขยิบ เขยิบ พอเสร็จแล้วผมก็ช่วยยกขาข้างที่ผ่าตัด ป้าก็ช่วยยันขึ้นมา” (ผู้ดูแลรายที่ 75 สามีดูแลภรรยา)

“ก่อนออกจากโรงพยาบาลเค้าเข้าห้องน้ำเองไม่ได้ ปัสสาวะราดด้วยเพราะว่าเค้าจะเดินช้า เราก็ต้องช่วยเค้าช่วยสอดกระโถนให้ พอเค้าออกจากโรงพยาบาล เราก็พาเค้าเข้าห้องน้ำ แล้วก็พยายามดูแลเนื่องจากที่ที่เป็นพยาบาลเหมือนกัน ก็รู้ว่าท้องผูกต้องทานอะไร หลีกเลียงเรื่องการให้ทานอาหาร มะขาม” (ผู้ดูแลรายที่ 41 ลูกสาวดูแลแม่)

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย กิจกรรมนี้ญาติผู้ดูแลช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง ช่วยพยุงเดิน ช่วยพลิกตะแคงตัว ดังเช่นญาติผู้ดูแลเล่าให้ฟังว่า

“เค้าทำเองได้ทุกอย่างเพียงแต่เค้ายังทำได้ไม่สะดวก เพราะว่าเค้ายังไม่แข็งแรงดี เหมือนเดิม นะคะ จะเดิน จะลุก จะนั่งเค้าทำเองได้ แต่ต้องมีคนช่วยพยุงนะคะ” (ผู้ดูแลรายที่ 5 ลูกสาวดูแลพ่อ)

“ก็ตอนนี้แกพลิกตัวเองไม่ค่อยไหว ต้องคอยพลิกตัวให้แก แกจะเจ็บที่กระดูกก้นกบ มันคอยจะแดง ก็ต้องคอยหาหมอนนิ่มๆมารองให้แก” (ผู้ดูแลรายที่ 58 ลูกสาวดูแลแม่)

3.2 จัดการเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษา

จัดการเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษา ประกอบด้วย พามาตรวจตามนัด ช่วยเหลือกิจกรรมการรักษา ดูแลเรื่องการให้ยา เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และ จัดการเรื่องความเจ็บปวด

พามาตรวจตามนัด ญาติผู้ดูแลช่วยเหลือจัดการนัดหมายให้ผู้ป่วยตรวจตามคลินิก ดังเช่นญาติผู้ดูแลเล่าว่า

“ถึงเวลาหมอนัดเราก็พามา ต้องดูแลเอกสารว่าหมออะไรนัดหมออายุรกรรม หมอศัลยกรรม” (ผู้ดูแลรายที่ 2 แม่ดูแลลูก)

“แม่เค้าก็ต้องให้หนูเป็นคนดูแลพามาหาหมอ พามาตรวจ” (ผู้ดูแลรายที่ 15 ลูกสาวดูแลแม่)

ช่วยเหลือกิจกรรมการรักษา ผู้ป่วยบางคนต้องได้รับการช่วยเหลือกิจกรรมการรักษา เช่น ทำแผล ควบคุมขนาดของน้ำเหลือง ดูแลท่อเปิด (ostomy care) ทำความสะอาดท่อในของหลอดลมคอ (tracheostomy tube) สวมใส่สวาระ เป็นต้น ญาติผู้ดูแลบอกว่าเค้าต้องจัดการกิจกรรมเหล่านั้น

“ก็คอยทำแผล ตัวแผลนี้ต้องคอยเช็ดไอ้ตรงที่ drain เพราะตรงแผลจะมีเนื้อเยื่อ มีเลือดอะไรนี่นะคะเราก็ต้องคอยเช็ดเข้า เย็น” (ผู้ดูแลรายที่ 80 ภรรยาดูแลสามี)

“ก็ดูเรื่องขวดดุน้ำเหลืองที่หมอต้อออกจากแผล หมอบอกว่าให้จดว่าวันหนึ่งมีน้ำเหลืองไหลออกเท่าไร แล้วก็ต้องดูว่ามันมีลมรั่วมัย มันทำงานดีหรือเปล่า” (ลูกสะใภ้ดูแลแม่สามีผู้ดูแลรายที่ 11)

“อย่างแม่นี้เค้าผ่าตัดเกี่ยวกับลำไส้ใหม่ละ เค้าจะมีไส้ออกมาที่จะจับถ่าย อุจจาระก็คอยเปลี่ยนถุงให้เค้าละ” (ผู้ดูแลรายที่ 30 ลูกสาวดูแลแม่)

“ก็มีช่วงที่ผ่าตัดใหม่ๆนะกะ ก็จะช่วยดูแล ล้างแผล มีท่อเหล็กใส่กลับบ้าน เราจะเอาท่อเหล็กออกมาล้างแล้วก็ดื่ม ทิ้งไว้ให้เย็นแล้วก็ใส่กลับเข้าไป” (ผู้ดูแลรายที่ 50 ลูกสาวดูแลพ่อ)

“หลังผ่าตัดคนไข้เค้าต้องใส่สายสวนปัสสาวะ หลังจากนั้นก็ไปเอาออกแต่ปัสสาวะเองไม่ได้ต้องใส่ใหม่ถึง 3 ครั้ง ปัจจุบันนี้ก็ยังไม่ปกติ เอาสายปัสสาวะออกแล้วหมอให้ไปหัดสวนเอง” (ผู้ดูแลรายที่ 3 ภรรยาดูแลสามี)

ดูแลเรื่องการให้ยา ญาติผู้ดูแลช่วยจัดเตรียมยาตามที่แพทย์สั่ง ญาติผู้ดูแลกล่าวว่า “ดูแลทุกๆ ไป เรื่องยา แกมีโรคประจำตัวด้วย แกเป็นต้อ ก็ต้องดูเรื่องยาหยอดตาด้วย” (ผู้ดูแลรายที่ 6 ลูกสาวดูแลแม่)

“แกมีแผลในปากทาแผลเองไม่ได้ เราก็ช่วยอย่างทายา ทาแผลในปากให้” (ผู้ดูแลรายที่ 22 ลูกชายดูแลแม่)

“ดูแลให้ยาคนป่วย บางทีคนป่วยเค้าไม่ยอมทานเอง ก็จะจัดให้ตามเวลาตามแบบโรงพยาบาล” (ผู้ดูแลรายที่ 65 ลูกสาวดูแลพ่อ)

เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและระวังอันตราย บางครั้งญาติผู้ดูแลจะคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย คำพูดที่สะท้อนถึงการเฝ้าระวังของญาติผู้ดูแลได้แก่

“โรคเกี่ยวกับสิ่งที่เค้าเป็นอยู่เราก็กังไม่เข้าใจว่ามันคืออะไร มันจะมีผลกระทบอะไรอีกไหม เรายังต้องคอยดูแลเค้ามีอาการอะไรหลังผ่าตัดอีกไหม จะมีความผิดปกติอีกไหม” (ผู้ดูแลรายที่ 60 น้องสาวดูแลพี่ชาย)

“ตัวเค้าเราไม่ต้องดูแล เค้าทำอะไรได้ทุกอย่าง จะมีแค่การเดิน ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนกับจะวูบณะกะ เหมือนกับจะล้มก็ต้องคอยดูแลเค้า” (ผู้ดูแลรายที่ 69 ลูกสาวดูแลแม่)

“ส่วนที่เราจะต้องเข้าช่วย คือการเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ เพราะเราต้องระมัดระวังผู้ป่วย เพราะถ้าเกิดล้มไปก็จะเกิดอันตราย จะต้องป้องกันอุบัติเหตุของผู้ป่วย ในการเดิน การลงจากเตียงเราจะต้องดูแลใกล้ชิด” (ผู้ดูแลรายที่ 52 สามีนุดูแลภรรยา)

การจัดการเรื่องความเจ็บปวด กิจกรรมนี้ญาติผู้ดูแลช่วยลดความเจ็บปวดของผู้ป่วย หลังการผ่าตัด ญาติผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็เค้าเจ็บแผลเฉยๆ เจ็บข้างใน ก็บอกให้เค้าอดทน เดียวก็หาย เพราะว่าผ่าตัดทุกคนก็ต้องเจ็บ ไม่มีใครผ่าตัดออกมาแล้วหายเลย เป็นไปไม่ได้ ก็ต้องอดทนนิดหนึ่ง ก็ให้กำลังใจเค้า” (ผู้ดูแลรายที่ 26 ลูกสาวดูแลแม่)

“ช่วงแรกๆ การไหลของปัสสาวะไม่ดี การปวดก็จะถี่ ช่วงหลังเรารู้ว่าต้องทำอะไร การปวดก็น้อยลงเรื่อย ๆ ตอนที่ปวดเราก็ดูแลเรื่องให้ยา” (ผู้ดูแลรายที่ 72 ลูกชายดูแลพ่อ)

3.3 การประคับประคองจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ

การให้การดูแลนี้เป็นกิจกรรมการดูแลเกี่ยวกับการช่วยเหลือในเรื่องความต้องการเกี่ยวกับ จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้กำลังใจ การช่วยให้ผ่อนคลาย และการช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ให้กำลังใจ เป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลพยายามทำให้ผู้ป่วยสบายใจ มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้าย คำพูดที่สะท้อนถึงการทำกิจกรรมดังกล่าวได้แก่

“ก็พยายามพูดให้เค้าสบายใจ ตอนที่รู้ว่าจะต้องผ่าตัดคนไข้เค้ากลัวมาก แต่ตอนนี้ก็ดูเค้าสบายใจขึ้นอยู่บ้านก็ชวนเค้าคุยเรื่องทั่วๆ ไปไม่ให้เค้าคิดมาก” (ผู้ดูแลรายที่ 11 ลูกสะใภ้ดูแลแม่สามี)

“เรื่องจิตใจคนไข้ก็จะให้กำลังใจคนไข้ว่าคนอื่นเค้าเป็นอะไรมากกว่าเรา อีกหลายเท่าเค้ายังอยู่ได้ อะไรอย่างนี้ คนไข้เค้าก็จะมีกำลังใจขึ้น สนใจที่จะต่อสู้กับชีวิต” (ผู้ดูแลรายที่ 18 น้องชายดูแลพี่สาว)

“ช่วงแรกๆ เค้าก็กังวลนะ ทำได้วิธีเดียวก็คือปลอบใจเค้า แล้วก็อธิบายให้เค้าฟังว่าทางการแพทย์สมัยนี้ มันไม่เหมือนสมัยก่อน สมัยก่อนมันเป็นอาการแบบนี้แล้วค่อนข้างจะถือว่าเป็น เค้าเรียกอะไรละ อาการที่น่าวิตกนะ แต่สมัยนี้แล้วทางการแพทย์เจริญขึ้นมาก คิดว่ามันมีโอกาสมากกว่าสมัยก่อนทำให้เค้าสบายใจขึ้นมาก แล้วพูดในทางดีเข้าไป ในลักษณะที่ว่ามันยังน้อย มันเพิ่งเป็น เค้าพบก่อนโอกาสมันมีมาก แล่นี้เค้าก็สบายใจขึ้นแล้ว” (ผู้ดูแลรายที่ 19 สามีดูแลภรรยา)

ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ญาติผู้ดูแลจะคอยหากิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย
ดังเช่นญาติผู้ดูแลเล่าว่า

“เค้าจะกังวลใจเพราะไม่ทราบว่าจะหายหรือไม่ ก็คอยปลอบใจเค้า ช่วยพูดช่วยคุยให้ไม่กังวลหรือคิดอยู่กับเรื่องโรคที่เป็นอยู่ บางครั้งเราก็จะหาอะไรทำด้วยกันเช่นไปเที่ยวนอกบ้าน หรือดูหนัง ฟังเพลง” (ผู้ดูแลรายที่ 33 ภรรยาดูแลสามี)

“ผมก็พยายามเปิดโทรทัศน์ช่องตลกให้เค้าดูคลายเครียด เพราะว่าเป็นเนื้อร้ายชนิดหนึ่ง” (ผู้ดูแลรายที่ 75 สามีดูแลภรรยา)

ช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ญาติผู้ดูแลจะคอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามที่ผู้ป่วยต้องการ ดังเช่นญาติผู้ดูแลเล่าว่า

“รู้ว่าแกต้องเครียด ก็จะพยายามหาหนังสือให้อ่าน หนังสือธรรมะ ทำกับข้าวให้แกใส่บาตรทุกเช้า เดียวนี้แกก็ทำเองใส่บาตรเองทุกเช้า” (ผู้ดูแลรายที่ 62 ลูกสาวดูแลแม่)

3.4 การช่วยเหลือเกี่ยวกับการงานของผู้ป่วย

กิจกรรมนี้ประกอบด้วย การช่วยเหลืองานบ้าน การช่วยเหลืองานประจำของผู้ป่วย การช่วยเหลือดูแลบุตรและครอบครัว และการติดต่อแหล่งช่วยเหลือทางสังคม

ช่วยเหลืองานบ้าน ญาติผู้ดูแลบางคนต้องรับหน้าที่ในการทำงานบ้านทั้งหมดที่ผู้ป่วย เคยทำอยู่ ดังเช่นญาติผู้ดูแลเล่าว่า

“งานบ้านทั้งหมด ซักผ้า รีดผ้า ซื้อข้าวมาทานกันในบ้าน ปกติแม่ไม่ได้ ทำงานนอกบ้านจะดูแลบ้านเองทั้งหมด พอไม่สบายเราเป็นลูกสาวคนเดียว ก็ต้องทำแทน น้องชายไม่ต้องพูดถึงไม่เคยช่วยเลย” (ผู้ดูแลรายที่ 12 ลูกสาวดูแลแม่)

ช่วยเหลืองานประจำของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลบางคนต้องทำงานประจำที่ผู้ป่วยเคยทำอยู่ เช่น

“ก็ต้องช่วยดูแลหอพัก ซึ่งเมื่อก่อนคุณปู่จะทำเอง ต้องทำบัญชีแทน จดค่า น้ำ ค่าไฟ ต่างๆ ในหอพัก” (ผู้ดูแลรายที่ 4 หลานชายดูแลปู่)

“เรื่องงานที่ทำงานก็ช่วยเค้าทำบ้าง เพราะว่าทำงานที่เดียวกัน”(ผู้ดูแลรายที่ 33 ภรรยาดูแลสามี)

ช่วยเหลือดูแลบุตรและครอบครัว ญาติผู้ดูแลบางคนต้องรับภาระในการดูแลบุตร และ ครอบครัว เช่น

“หลังผ่าตัดเสร็จแล้ว เค้าต้องใส่ drain ใส่อะไรอย่างนี้ใช้ไหมครับ ที่นี้เค้าก็จะทำอะไรไม่ได้มาก ก็ช่วยเค้าดูแลลูก เลี้ยงลูก ก็เลี้ยงลูก 2 คน ดูแลครอบครัว” (ผู้ดูแลรายที่ 7 สามีดูแลภรรยา)

“ปกติการเลี้ยงลูกก็จะช่วยกันทำ แต่หลังผ่าตัดอยากให้เค้าได้พักผ่อนมากๆ ก็เลยรับดูแลลูกเองทั้งหมด” (ผู้ดูแลรายที่ 33 ภรรยาดูแลสามี)

ติดต่อแหล่งประโยชน์ค่าใช้จ่ายในการรักษา ญาติผู้ดูแลบางคนต้องช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายและติดต่อหาแหล่งช่วยเหลือ เช่น ติดต่อสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังเช่นญาติผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็มีเรื่องไปติดต่อ ไปโน่นไปนี่ ไปติดต่อบัตร 30 บาทปทุมธานี” (ผู้ดูแล รายที่ 2 แม่ดูแลลูก)

“เรื่องค่าใช้จ่ายพี่น้องก็ช่วยกัน ค่าผ่าตัดหมื่นกว่าบาทก็ช่วยกัน ตอนนั้นก็ไปวิ่งได้ใช้สิทธิ 30 บาทก็สบายใจขึ้น” (ผู้ดูแลรายที่ 47 น้องสาวดูแลพี่)

เมื่อวิเคราะห์สิ่งที่ญาติผู้ดูแลเข้าถึงกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วย พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เรื่องที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยมากที่สุด คือเรื่อง จัดเตรียมอาหาร ร้อยละ 89.4 รองลงมาคือเรื่องทำความสะอาดร่างกาย ร้อยละ 64.5 กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลช่วยจัดการเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษา เรื่องที่พบมากที่สุดคือ พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ร้อยละ 97.6 รองลงมาเรื่องช่วยเหลือกิจกรรมการรักษา ร้อยละ 52.5 กิจกรรมการประทับประคองจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เรื่องที่พบมากที่สุดคือเรื่องให้กำลังใจ ร้อยละ 41.1 รองลงมาคือช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ร้อยละ 16.5 และกิจกรรมการช่วยเหลือเกี่ยวกับงานของผู้ป่วย เรื่องที่พบมากที่สุดคือ ช่วยเหลืองานบ้าน ร้อยละ 28.2 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความถี่และร้อยละของกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (n = 85)

กิจกรรมการดูแล	ความถี่	ร้อยละของญาติผู้ดูแล
การตอบสนองความต้องการในเรื่องกิจวัตรประจำวัน		
- จัดเตรียมอาหาร	76	89.4
- ทำความสะอาดร่างกาย	55	64.5
- ช่วยเหลือเรื่องการขับถ่าย	20	23.5
- เคลื่อนย้ายผู้ป่วย	11	12.9
การจัดการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล		
- พามาตรวจตามนัด	83	97.6
- ให้การรักษาพยาบาล	48	52.5

ตารางที่ 5 ความถี่และร้อยละของกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (n = 85) (ต่อ)

กิจกรรมการดูแล	ความถี่	ร้อยละของญาติผู้ดูแล
การจัดการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล		
- การดูแลเรื่องการให้ยา	13	15.3
- เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง	7	8.2
- จัดการเรื่องความเจ็บปวด	5	5.9
การประคับประคองด้วยจิตใจอารมณ์และจิตวิญญาณ		
- ให้กำลังใจ	35	41.1
- ให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย	13	15.29
- ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	3	3.52
การช่วยเหลือเกี่ยวกับการงานของผู้ป่วย		
- ช่วยเหลืองานบ้าน	24	28.2
- ช่วยเหลืองานประจำของผู้ป่วย	4	4.7
- ช่วยเหลือดูแลบุตรและครอบครัว	3	3.5
- ติดต่อแหล่งช่วยเหลือทางสังคม	2	2.4

หมายเหตุ ญาติผู้ดูแลทำกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่า 1 กิจกรรม

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตามคำถามการวิจัยและการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนนี้อธิบายถึงระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมทั้งการวิเคราะห์ผลของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตภายหลังการควบคุมตัวแปรอายุและระดับการศึกษา

ระดับความเครียด

ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล วัดโดยการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลซึ่งเกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วย และให้ญาติผู้ดูแลประเมินระดับความเครียดจากสถานการณ์ความเครียดที่ญาติผู้ดูแลบรรยายมาโดยรวมว่าก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด โดยใช้แบบวัดระดับความเครียด โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual Analog Scale 10 เซนติเมตร มีคะแนนตั้งแต่ 1 จนถึง 100 โดย 1 หมายถึง ระดับความเครียดที่น้อยที่สุด และ 100 หมายถึง ระดับความเครียดที่

มากที่สุด ค่าเฉลี่ยระดับความเครียดที่ญาติผู้ดูแลประเมินคือ 41.75 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 23.0) พิสัยอยู่ระหว่าง 4 ถึง 94 คะแนน

การเผชิญความเครียด

ผลการวิเคราะห์การเผชิญความเครียดโดยใช้ค่าคะแนนจริง (raw score) ดังแสดงในตารางที่ 6 พบว่า คะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมของญาติผู้ดูแลมีค่าอยู่ระหว่าง 61 ถึง 138 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 36 ถึง 180 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดโดยรวมของญาติผู้ดูแลเท่ากับ 96.44 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.14 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดรายด้านพบว่า คะแนนด้านเผชิญหน้ากับปัญหามีค่าอยู่ระหว่าง 21 ถึง 58 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 13 ถึง 65 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 42.41 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.98 คะแนนด้านการจัดการกับอารมณ์ มีค่าอยู่ระหว่าง 10 ถึง 29 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 9 ถึง 45 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.96 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.48 คะแนนด้านการบรรเทาความเครียดมีค่าอยู่ระหว่าง 19 ถึง 61 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 14 ถึง 70 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.82 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.26 เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าต่ำสุดของคะแนนที่ใช้จริงในแต่ละด้านของการเผชิญความเครียดสูงกว่าค่าต่ำสุดของคะแนนที่เป็นไปได้ แสดงว่า ญาติผู้ดูแลทุกคนใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน

ตารางที่ 6 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยคำนวณจากคะแนนจริง (n = 85)

การเผชิญความเครียด	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
โดยรวม	36-180	61-138	96.44	13.14
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	21-58	42.41	6.98
ด้านการจัดการกับอารมณ์	9-45	10-29	16.96	3.48
ด้านการบรรเทาความเครียด	14-70	19-61	35.82	7.26

เมื่อวิเคราะห์การเผชิญความเครียดโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ (relative score) ซึ่งบอกถึงสัดส่วนการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้านว่ามากน้อยเพียงใด พบว่า ญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดด้านต่างๆ คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ .41 ด้าน

การจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .26 ด้านการบรรเทาความเครียดเท่ากับ .33 จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด และใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยคำนวณจากคะแนนสัมพัทธ์ (n = 85)

การเผชิญความเครียด	Min - Max	Mean	SD
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	.30 - .54	.41	.05
ด้านการจัดการกับอารมณ์	.16 - .35	.26	.04
ด้านการบรรเทาความเครียด	.22 - .42	.33	.04

เมื่อพิจารณาถึงวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้มากที่สุดและน้อยที่สุดเป็นรายข้อ ดังแสดงในตารางที่ 8 พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ การคิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ การพยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ การปลอบใจตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลย ทุกอย่างคงคลี่คลายไปในทางที่ดี” การพยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อที่จะสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้น การพยายามแยกปัญหาออกเป็นส่วนย่อยเพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาได้ดีขึ้น และการยอมรับในส่วนที่ดีของสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดดังกล่าวจัดอยู่ในด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 4 ข้อ และเป็นการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียด 2 ข้อ ที่มี 6 ข้อ เนื่องจากวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้มีคะแนนความถี่เท่ากัน สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้น้อยที่สุด 5 อันดับแรก คือ การฝืนกลางวัน เหม่อลอย การรับประทานอาหาร สุกดิบหรือ กล้วยมากฝรั่งหรือหมากเพิ่มขึ้น การโกรธ สาปแช่ง สบถสาบาน การตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา และการพยายามหนีจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดดังกล่าวจัดอยู่ในด้านการจัดการกับอารมณ์ถึง 4 ข้อ

ตารางที่ 8 วิธีการเผชิญความเครียดรายข้อที่ญาติผู้ดูแลใช้มากและน้อยที่สุดเรียงตามลำดับ (n = 85)

วิธีการเผชิญความเครียด	ร้อยละของ ผู้ใช้	* ด้าน
5 อันดับแรกของวิธีการเผชิญความเครียดที่มีผู้ใช้มาก		
คิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์	98.8	Con
พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้	98.8	Con
ปลอบใจตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลย ทุกอย่างคงคลี่คลายไปในทางที่ดี”	98.8	Pal
พยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อที่จะสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้น	97.6	Con
พยายามแยกปัญหาออกเป็นส่วนย่อยเพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาได้ดีขึ้น	97.6	Con
ยอมรับในส่วนของสิ่งที่เกิดขึ้นจริง	97.6	Pal
5 อันดับแรกของวิธีการเผชิญความเครียดที่มีใช้น้อย		
ฝันกลางวัน เหม่อลอย	85.9	Emo
รับประทานอาหาร สูบบุหรี่ เกียวกมากฝรั่งหรือหมากเพิ่มขึ้น	84.7	Emo
โกรธ สาปแช่ง สบถสาบาน	76.5	Emo
ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา	71.8	Emo
พยายามหนีจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่	64.7	Pal

* Con = ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา, Emo = ด้านการจัดการกับอารมณ์, Pal = ด้านการบรรเทาความเครียด

แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงในตารางที่ 9 พบว่า คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของญาติผู้ดูแลมีค่าอยู่ระหว่าง 15 ถึง 56 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 60 คะแนน ค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 33.12 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.66 ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.63 รองลงมาเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และจากกลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.91, 9.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.68, 4.439 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสัดส่วนของชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับ พบว่า ค่าที่เป็นไปได้ของ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และแรงสนับสนุนทางการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ เป็น 2 เท่าของค่าที่เป็นไปได้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร

ดังนั้นเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบสัดส่วนของชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับ ผู้วิจัยได้ทำให้คะแนนของชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ชนิดเปรียบเทียบกันได้โดยนำคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และแรงสนับสนุนทางด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการ หารด้วย 2 พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการมากที่สุด จากสมาชิกในครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.84 และ 2.51 คะแนน ตามลำดับ สำหรับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ญาติผู้ดูแลได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 คะแนน และถ้าพิจารณาค่าคะแนนต่ำสุดของค่าพิสัยของคะแนนที่เป็นจริงมีค่าเป็น ศูนย์ ในด้านต่างๆ แสดงว่า อาจมีญาติผู้ดูแลบางคนไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นๆ จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม 3 แหล่ง คือ สมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลใกล้ชิด

ตารางที่ 9 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยรวมและจำแนกรายกลุ่มและรายด้าน

แรงสนับสนุนทางสังคม	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
โดยรวม	0-60	15-56	33.12	9.66
กลุ่มสมาชิกในครอบครัว	0-20	5-20	13.39	3.63
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	2-8	5.69	1.61
- การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการ	0-8	0-8	5.03	1.76
- การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	0-4	2.67	0.94
กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์	0-20	3-18	9.89	3.68
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	0-8	4.57	1.82
- การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการ	0-8	0-8	2.25	2.37
- การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	0-4	3.07	0.92
กลุ่มบุคคลใกล้ชิด	0-20	2-20	9.80	4.43
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	0-8	4.55	1.79
- การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการ	0-8	0-8	2.87	2.06
- การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	1-4	2.38	0.82

คุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 10 พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของญาติผู้ดูแลมีค่าอยู่ระหว่าง 13.95 ถึง 28.88 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 30 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.78 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.01

ตารางที่ 10 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยรวม (n = 85)

คุณภาพชีวิต	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
โดยรวม	0-30	13.95-28.88	22.78	3.01

สรุป พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรทั้งหมด (n = 85)

ตัวแปร	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
อายุ	> 18	22-77	44.39	12.43
ระดับการศึกษา	≥ 0	4-22	11.89	4.79
ระดับความเครียด	1-100	4-94	41.75	23.00
การเผชิญความเครียด	36-180	61-138	96.44	13.14
แรงสนับสนุนทางสังคม	0-60	16-56	33.12	9.66
คุณภาพชีวิต	0-30	13.95-28.88	22.78	3.01

การทดสอบสมมติฐานการวิจัย: ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนาย คุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายหลังควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา

สถิติวิเคราะห์ที่ใช้คือ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) และเพื่อให้ผลการวิจัยมีความผิดพลาดน้อยที่สุด จึงได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

โดยข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ จะต้องมีลักษณะดังนี้ คือ 1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ควรจะเป็นตัวแปรเชิงปริมาณและ มีการแจกแจงปกติ (Normality) 2) มีรูปแบบเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) 3) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่หรือเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) 4) ความสัมพันธ์ภายในต่อกันของตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546) ดังนั้นผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยนำข้อมูลของตัวแปรทั้งหมดมาวิเคราะห์การแจกแจงปกติได้ค่า Komogorov-Smirnov ที่ $p > .05$ (ภาคผนวก ง) แสดงว่า อายุ ระดับการศึกษา ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต มีการแจกแจงแบบปกติ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546: 219) จากการวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์กันเองของตัวแปร โดยวิธีทดสอบ Durbin Watson ได้เท่ากับ 2.005 (ภาคผนวก ง) แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546: 340) และจากการหาสหสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ศึกษามีค่าตั้งแต่ .06 ถึง .35 (ตารางที่ 12) ซึ่งมีค่าต่ำกว่า .80 จึงยอมรับได้ว่าตัวแปรอิสระที่ศึกษาไม่มีปัญหา Multicollinearity (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546)

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับคุณภาพชีวิตโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ($n = 85$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. อายุ	1.00					
2. ระดับการศึกษา	-.349**	1.00				
3. ระดับความเครียด	-.294**	.204	1.00			
4. การเผชิญความเครียด	.057	-.068	.238*	1.00		
5. แรงสนับสนุนทางสังคม	.072	-.071	-.134	-.149	1.00	
6. คุณภาพชีวิต	.224*	-.115	-.298**	.097	.308**	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ของข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมี 3 ปัจจัย คือ ระดับความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และอายุ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมและอายุ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .308$, $p < .01$ และ

$r = .224, p < .05$ ตามลำดับ) สำหรับระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.298, p < .01$) (ตารางที่ 12)

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยนี้ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตัวแปรอายุ และระดับการศึกษา ให้ถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรก พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 5.2 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .052, F_{(2, 82)} = 2.245, p > .05$) หลังจากนั้นตัวแปรที่เหลือจะถูกคัดเลือกเข้าสมการโดยวิธีถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ามีเพียงตัวแปร แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความเครียดเพียง 2 ตัวเท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 2 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $F_{(3, 81)} = 7.96, p < .005$ โดยเมื่อแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วยส่งผลให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปเท่ากับ .27 หน่วย ($\beta = .27; t = 2.63$) และระดับความเครียดเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 3 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $F_{(4, 80)} = 4.234, p < .05$ โดยเมื่อระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วยส่งผลให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปเท่ากับ .22 หน่วย ($\beta = .22; t = 2.06$) ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความเครียดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลภายหลังการควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุและระดับการศึกษาได้ร้อยละ 12.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .128, \text{Overall } F_{(4, 80)} = 4.239, p < .05$) (ตารางที่ 13) อย่างไรก็ตามการเผชิญความเครียดไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ดังนั้นสมมติฐานนี้จึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (n = 85)

ลำดับที่	ตัวแปร	R Square	R Square change	F change	beta	t	p
1	อายุ	.052	.052	2.25	.14	1.25	.214
	ระดับการศึกษา				-.002	-.07	.986
2	แรงสนับสนุนทางสังคม	.137	.085	7.96	.27	2.63	.010
3	ระดับความเครียด	.180	.043	4.24	-.22	-2.06	.043

Constant 19.722, Overall $F_{(1,80)} = 4.239, p < .05$

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ประเด็นที่นำมาอภิปราย ได้แก่ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สถานการณ์ ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดของญาติผู้ดูแล ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์และความสามารถของตัวแปรในการทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.3) สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536: 82) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอาจเนื่องจากลักษณะของวัฒนธรรมไทย ที่คาดหวังว่าเพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย จากผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลมีอายุอยู่ระหว่าง 22 ถึง 77 ปี อายุเฉลี่ย 44.29 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีอายุเฉลี่ย 43.73 ปี ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยผู้ที่มีวุฒิภาวะและทักษะในการดูแลผู้ป่วย สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยจากผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวโดยเป็นบุตรร้อยละ 47 และคู่สมสร้อยละ 40 สอดคล้องกับการศึกษานิภา นิยมไทย (Niyomthai N., 2002: 52-53) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สามีหรือภรรยา (ร้อยละ 45.8) รองลงมาเป็นบุตร (ร้อยละ 37.5) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สมฤดี สิทธิมงคล (2541: 42) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรถึงร้อยละ 74 ซึ่งอาจเป็นเพราะเป็นการศึกษาในผู้สูงอายุ ที่มีอายุเฉลี่ย ถึง 73.85 ปี และผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ดังนั้นบุตรจึงต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่าการศึกษาของญาติผู้ดูแลในการศึกษานี้มีตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงระดับปริญญา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป แตกต่างจากผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าส่วนใหญ่ของญาติผู้ดูแลจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541: 42) ซึ่งอาจเป็นเพราะในการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ญาติผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่สำหรับการศึกษานี้ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 31.8 ซึ่งในสถานการณ์

ปัจจุบันญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทั้งภาระงานในอาชีพของตน และรับผิดชอบต่อหน้าที่ในครอบครัวไปพร้อมๆ กัน นอกจากนี้รายได้ของญาติผู้ดูแลอยู่ระหว่าง 2,000 ถึง 80,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย 15,142.71 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่กล่าวว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ในระดับปานกลาง (Oberst, et al., 1989) แต่แตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมามีพบว่าญาติผู้ดูแลมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (วิภา วิเสโส, 2545; สมนึก สกุลหงษ์โสภณ, 2540) ผลการวิจัยครั้งนี้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รายงานว่าไม่มีรายได้เพียงพอกับการใช้จ่าย (ร้อยละ 58.8) และ ร้อยละ 21.2 มีรายได้เหลือเก็บ สอดคล้องกับ การศึกษาของ นิภานิยมไทย (Niyomthai N., 2002: 62) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กล่าวว่าร้อยละ 66.7 ของญาติผู้ดูแลมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย และ นอกจากนั้นร้อยละ 70.6 ของญาติผู้ดูแลมีผู้ช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ (Wongjunlongsin S., 1999: 48) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าญาติผู้ดูแลจะมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างน้อย 1 คน ถึง ร้อยละ 68

สถานการณ์ความเครียดจากการให้การดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษา เช่น การทำแผล การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแล เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลไม่เคยทำมาก่อน เช่น การทำแผล การเปลี่ยนถุงโคลอสโตมี หรือการดูแลขดระบายน้ำเหลืองแบบสุญญากาศ เนื่องจากเป็นประสบการณ์ใหม่ของญาติผู้ดูแล ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “ตอนแรกก็จะไม่รู้จักเลย ทำตอนแรกก็จะเครียดมาก” ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984: 85-92) ที่กล่าวว่า หนึ่งในปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่บุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด คือ เหตุการณ์ใหม่ซึ่งบุคคลไม่เคยพบมาก่อน (novelty) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความเครียด การเผชิญความเครียดในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาโท พบว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดกับนักศึกษาปริญญาโทมากที่สุดคือ การขาดประสบการณ์ในการวิเคราะห์ วิเคราะห์ สังเกต และนำเสนอในวิชาที่เรียน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, วัลลา ตันตโยทัย และ จริยา วิทิตสุกร, 2540: 193-200) จากผลการวิจัยนี้อาจเป็นข้อคิดที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกจะได้นำไปเป็นข้อมูลสำคัญในการที่จะเตรียมญาติผู้ดูแลให้มีความพร้อมในการดูแลเช่นการพัฒนาทักษะในการดูแลที่จำเป็นก่อนกลับบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าญาติผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลเพิ่มเติมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความพร้อมในการดูแล ความเครียดในการดูแลลดลงและความสามารถในการปรับตัวสูงขึ้น (กฤษณา ครามแสง, 2539; สมนึก สกุลหงษ์โสภณ, 2540)

สถานการณ์เกี่ยวกับการเผชิญกับโอกาสสูญเสีย ซึ่งรวมทั้งการเผชิญกับโอกาสสูญเสียผู้ป่วย และสถานการณ์การเผชิญกับโอกาสสูญเสียการกลับมาดีของผู้ป่วย เป็นอีกสถานการณ์หนึ่งที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียดจากการดูแล ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาได้ว่าอนาคตของผู้ป่วยจะเกิดอะไรขึ้น ผู้ป่วยจะรักษาหายหรือไม่ หรือถ้าผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติผู้ดูแลจะจัดการการชีวิตในอนาคตอย่างไรเมื่อไม่มีผู้ป่วย ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า “เรื่องทุกข์ใจมีมาก เพราะไม่สามารถทราบได้ว่าจะหายหรือไม่ จะเป็นอีกไหม” “คิดถึงอนาคต คิดถึงครอบครัว เพราะว่าลูกยังเล็กอยู่ แล้วยังสมมุติ ถ้าเค้าเป็นอะไรไปตอนนี้ แล้วเราจะรับผิดชอบครอบครัวเราไปอย่างไร ตรงนี้มากกว่าที่วิตกกังวล แล้วยังเครียด” ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัส(Lazarus & Folkman, 1984: 85-92) ที่กล่าวว่า บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดถ้าเหตุการณ์มีความคลุมเครือหรือไม่แน่นอน (uncertainty) เนื่องจากความคลุมเครือทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ เช่นเดียวกับสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งญาติผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ไม่สามารถคาดเดาอารมณ์ของผู้ป่วยได้ ดังที่ญาติผู้ดูแลเล่าว่า “คุณปู่ นะครับ อายุ 83 ปีแล้ว ชอบโกรธ แล้วยังหงุดหงิดง่ายมาก เวลาทำอะไรไม่ได้ ดังใจเขา ทำให้เราโดนว่าอยู่เรื่อง ทั้งๆที่เราเป็นคนที่ย่อยช่วยเหลืออยู่ หรือเวลาทำอะไรขัดใจนิดหน่อยก็จะทำให้โมโห โกรธ ไม่มีเหตุผล” สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความเครียดของญาติผู้ดูแลที่ผ่านมา ที่พบว่าญาติผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์การจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นแหล่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด (Carey, et al., 1991; Chan & Chang, 1999; Wongjunlongsin S.,1999) จากผลการวิจัยนี้อาจเป็นข้อคิดที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกจะได้นำไปเป็นข้อมูลสำคัญในการให้ข้อมูลกับญาติผู้ดูแลอย่างระมัดระวังและเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ซักถามหรือโทรปรึกษาได้เมื่อต้องการ ถึงแม้จะกลับบ้านไปแล้วก็ตาม

นอกจากนี้จากผลการวิจัยพบว่าผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วย มีทั้งในด้านบวกและด้านลบ ผลกระทบในด้านบวก ได้แก่ ความรู้สึกได้ทดแทนบุญคุณ และการได้ใกล้ชิดกันมากขึ้น ได้ทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน ดังที่ญาติผู้ดูแลบรรยายว่า “ก็ไม่ว่ารู้สึกเป็นภาระนะ เพราะเพื่อแม่อะไรเราก็ทำได้” “ผมก็รู้สึกว่าเราใกล้ชิดและผูกพันกันมากขึ้น เราได้มีกิจกรรมร่วมกันเพิ่มขึ้น เช่น ทำแผล ชำระร่างกาย สระผม ทานอาหารด้วยกันบ่อยขึ้น มีเรื่องล้อเล่น พุดคุยกันมากขึ้น คงแซนเดินเล่นกันมากขึ้น” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภา วิเสโส (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแล 4 ความหมาย กล่าวคือ เป็นโอกาสตอบแทนบุญคุณ เป็นผู้ที่ดูแลได้ดีกว่าคนที่ไม่ใช่ญาติ เป็นความสงสาร-ความเห็นใจ-ความเต็มใจที่จะให้การดูแล และเป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแล และ

การศึกษาของรัชณี ปังกร (Papangkorn R., 2003) ที่ศึกษาเรื่องประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลรับรู้บทบาทการเป็นผู้ดูแลในด้านบวก โดยได้ทดแทนบุญคุณ เห็นคุณค่าในตนเอง และได้พัฒนาตนเอง

สำหรับผลกระทบทางด้านลบ ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนล้า น้ำหนักลด ทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม เป็นต้น ด้านอารมณ์ ญาติผู้ดูแลบางคนรู้สึกว้าวุ่นใจ ทำให้การดูแลผู้ป่วยตนเอง หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย เป็นต้น ด้านสังคมเศรษฐกิจ การรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลบางคนรู้สึกไม่เป็นอิสระ ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ต้องออกจากงาน มีเวลาทำงานของตัวเองลดลง มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายมากขึ้น รายได้น้อยลง ถูกแยกจากครอบครัว เป็นต้น (ตารางที่ 4) สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (ชนิตา มณีวรรณและคณะ, 2537; นงลักษณ์ พื้นชมภู, 2540; Edwards & Ung, 2002; Given, et al, 1990; Lynch-Sauer, 1990; Papangkorn R., 2003) นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 36.5 ของญาติผู้ดูแล มีอายุระหว่าง 19 – 40 ปี ซึ่งตามแนวคิดของพัฒนาการของมนุษย์ของอีริกสัน (Erickson's development span) เป็นบุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Gerlach, 2006) วัยนี้เป็นจุดเปลี่ยนระหว่างวัยรุ่นกับวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่กำลังเริ่มเข้าสู่วัยทำงานมีความมุ่งมั่นในการทำงาน การที่ต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ทำให้มีเวลาในการทำงานในอาชีพลดลง ญาติผู้ดูแลบางคนต้องลางานบ่อยๆ เพื่อพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ต้องไปทำงานสาย ทำให้เกิดความเครียดได้ เช่นเดียวกับกลุ่มญาติผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 41-65 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง วัยนี้กำลังเข้าสู่การประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน การที่มารับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย หรือมีเวลาในการทำงานในอาชีพลดลง มีผลกับการประสบความสำเร็จในอาชีพการงานทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้

อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยครั้งนี้ นอกจากสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลแล้ว ยังมีกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอื่นๆอีก ได้แก่ การตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การจัดการเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษา การช่วยเหลือเกี่ยวกับการงาน และการประคับประคองจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งญาติผู้ดูแลมากกว่าครึ่งหนึ่งบรรยายว่าได้ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 1-2 กิจกรรม เช่น การจัดเตรียมอาหาร (ร้อยละ 89.4) การทำความสะอาดร่างกาย (ร้อยละ 64.5) หรือ การจัดการกับกิจกรรมการรักษา เช่น การพามาตรวจตามนัด (ร้อยละ 97.6) กิจกรรมเหล่านี้ถึงแม้จะเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องทำให้กับผู้ป่วย แต่เป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน และญาติผู้ดูแลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ จึงไม่ก่อให้เกิดความเครียดต่อญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman,

1984:19) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ใดว่าเป็นความเครียด จะต้องเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ดังนั้นเมื่อญาติผู้ดูแลเชื่อว่า ตนสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ สถานการณ์เหล่านั้นจึงไม่เป็นสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียด และเหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ญาติผู้ดูแลไม่ประเมินสถานการณ์เหล่านี้ว่าเป็นความเครียด คือ ร้อยละ 70 ของญาติผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้ มีผู้ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำให้สามารถช่วยเหลือกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ (Wongjunlongsin S., 1999: 64-65) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ญาติผู้ดูแลประเมินความเครียดในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิตอยู่ในระดับต่ำ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิมิตา ล. สกุล (2544: 54) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งวัน เป็นงานที่ไม่สิ้นสุด ที่จะต้องปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน และเป็นงานหนักที่ต้องใช้พลังงานด้านร่างกายสูง แม้ว่าจะไม่ใช่งานที่ยุ่งยากซับซ้อน

ระดับความเครียด

ผลการวิจัยพบว่าระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ค่าเฉลี่ยระดับความเครียดที่ญาติผู้ดูแลประเมินคือ 41.75 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 23.0) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสมฤดี ลิทธิมงคล (2541) ที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาและเครือข่าย ทรัพย์เจริญ (2542) ที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน ที่ญาติผู้ดูแลประเมินระดับความเครียดจากการให้การดูแลอยู่ในระดับต่ำ จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นความเครียดเนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมที่ไม่มีประสบการณ์มาก่อน เช่น การทำแผล การเปลี่ยนช่องรูเปิดต่างๆ (ostomy) หรือการดูแลท่อระบายน้ำเหลือง (redivac drain) ซึ่งความยากลำบากจะเป็นเฉพาะในช่วงวันแรกๆ ที่กลับไปอยู่บ้าน หลังจากญาติผู้ดูแลสามารถทำได้คล่องก็รู้สึกยากลำบากอีกต่อไป ดังที่ญาติผู้ดูแลเล่าว่า “....เรื่องถ้าใส่ที่เอาออกทางหน้าท้อง คือตอนแรกก็จะไม่รู้จักเลย ทำตอนแรกก็จะเครียดมาก เพราะแบบทำไม่เป็นเลยกลัวจะมีปัญหา” รวมทั้งมีสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใดในอนาคต เช่น ผู้ป่วยจะอยู่ต่อไปได้นานหรือไม่ หลังผ่าตัดจะกลับเป็นอีกหรือไม่ “ถ้าเค้าเป็นอะไรไป เค้าต้องดูแลครอบครัวยุ่่นะ ลูกเราก็เพิ่งจะรับราชการแค่คนเดียว คนเล็กก็ยังเรียนไม่จบ เรายังตั้งหลักอะไรไม่ได้” “เรื่องทุกข์ใจมีมาก เพราะไม่สามารถทราบได้ว่าจะหายหรือไม่ จะเป็นอีกไหม” สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984: 85-92) ที่

กล่าวว่า ถ้าบุคคลจะเผชิญกับเหตุการณ์ใหม่ที่บุคคลยังไม่มีประสบการณ์มาก่อน หรือเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือไม่แน่นอน บุคคลจะประเมินเหตุการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด และจากผลการวิจัยครั้งนี้ญาติผู้ดูแลประเมินระดับความเครียดอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้ ญาติผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ร้อยละ 70.6) มีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้มีเวลาพักจากการดูแลผู้ป่วยบ้าง ซึ่งการมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยนับเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งที่ญาติผู้ดูแลได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดกับลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่พิจารณาว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียด จะทำหน้าที่ช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดจึงทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินระดับความเครียดในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ สวลักษณ์ วงศ์จร โลงสี (Wongjunlongsin, S., 1999) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลประเมินระดับความเครียดจากการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจาก ร้อยละ 68 ของญาติผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างน้อย 1 คน รวมทั้ง นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ของการวิจัยนี้เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.3) ซึ่งเป็นบทบาทตามความคาดหวังของสังคมไทยที่เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยผู้หญิงจะรับบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ กิจกรรมการช่วยเหลือที่ทำให้กับผู้ป่วย เช่น การทำงานบ้าน การจัดเตรียมอาหาร เป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงทำอยู่แล้ว รวมทั้งการที่ญาติผู้ดูแลประเมินผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลเป็นผลกระทบด้านบวก เป็นความรู้สึกได้ทดแทนบุญคุณ การได้ใกล้ชิดกันมากขึ้นและได้ทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน ทำให้ไม่รู้สึกว่าการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหรือเป็นความเครียด ดังญาติผู้ดูแลบรรยายว่า “เพราะพี่สาวเป็นผู้มีพระคุณ งานที่ต้องดูแลก็เป็นงานที่เพิ่มขึ้น แต่เป็นงานที่เราเต็มใจที่จะทำนะ” “อย่างเมื่อก่อนเป็นคนไม่ค่อยรักแม่ ทำแต่เรื่องให้เค้าไม่สบายใจ ตอนนี้ได้มาดูแลเค้าก็รู้สึกดี จิตใจก็ดีด้วย” จากเหตุผลทั้งหมดที่กล่าวมาในเรื่องของแหล่งประโยชน์ที่ญาติผู้ดูแลมีอยู่หน้าที่ตามความคาดหวัง และความรู้สึกด้านบวกที่เกิดขึ้นจากการดูแล สามารถช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมของญาติผู้ดูแล พิจารณาจากค่าคะแนนจริง (raw score) อยู่ในระดับปานกลางก่อนไปทางสูงเล็กน้อย ($M = 96.44$, $SD = 13.14$) แสดงว่าญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดปานกลางค่อนข้างมาก และพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดทุกด้าน คือ ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านจัดการกับอารมณ์ และด้านบรรเทาความเครียด (ดังตารางที่ 6) และเมื่อพิจารณาค่าต่ำสุดของค่าพิสัยที่เป็นจริงของการเผชิญ

ความเครียดในแต่ละด้าน พบว่าจะมีค่าสูงกว่าค่าต่ำสุดของพิสัยที่เป็นไปได้ของแบบวัดในทุกๆด้าน แสดงว่าญาติผู้ดูแลได้ใช้การเผชิญปัญหาทั้ง 3 ด้าน สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและ โฟล์คแมนที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด บุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) ผสมผสานกันมากขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญ (Lazarus & Folkman, 1984: 150-157) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดในทุกๆด้าน แต่จะใช้ด้านใดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ (กิตติกร นิลมานันต์, 2538: 39; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541: 47)

เมื่อพิจารณาการเผชิญความเครียดในแต่ละด้านพบว่า ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและการบรรเทาความเครียดในระดับปานกลาง แต่ใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) ของการเผชิญความเครียดซึ่งก็คือ สัดส่วนการเผชิญความเครียดรายด้าน พบว่า ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 81-84) ที่กล่าวว่า หากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นผ่านการประเมินด้วยกระบวนการรู้คิดว่ามีความรุนแรงน้อย บุคคลจะเลือกใช้พฤติกรรมที่มุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการมุ่งเน้นการตอบสนองของอารมณ์ และในทางตรงกันข้ามถ้าสถานการณ์นั้นมีความรุนแรงมาก บุคคลจะเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยมุ่งการปรับอารมณ์มากกว่าการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้ญาติผู้ดูแลประเมินระดับความเครียดระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งแสดงว่าสถานการณ์มีความรุนแรงน้อย ญาติผู้ดูแลจึงใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของกิตติกร นิลมานันต์ (2538) และ สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า สถานการณ์ความเครียดที่ญาติผู้ดูแลเผชิญเป็นเรื่องของการให้การดูแลเรื่องการรักษาพยาบาล ญาติผู้ดูแลต้องพยายามที่จะฝึกทักษะการดูแลให้ชำนาญจึงต้องใช้การเผชิญหน้ากับปัญหานั้น นอกจากนั้นการที่ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ความเครียดว่าเกิดจากการเผชิญกับโอกาสสูญเสียผู้ป่วยและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลต้องใช้การเผชิญความเครียดด้วยการจัดการกับอารมณ์

เมื่อพิจารณาวิธีการเผชิญความเครียดเป็นรายข้อ พบว่า ญาติผู้ดูแลเกือบทั้งหมดใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา โดยการคิดหาวิธีการต่างๆเพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ และการพยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ แสดงว่าญาติผู้ดูแลใช้วิธีการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นโดยมุ่งที่การแก้ปัญหา (problem focused coping) นอกจากนี้

เนื่องจากข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลในงานวิจัยนี้คือ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรและคู่สมรส ซึ่งมีความผูกพันและสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลพยายามที่จะแก้ปัญหา ที่เกิดขึ้นกับบุคคลอันเป็นที่รัก สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984: 58) ที่กล่าวว่า ความผูกพันสามารถกระตุ้นให้บุคคลพยายามหาวิธีการที่จะแก้ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ วลัยจร โลงสิน (Wongjunlongsin S., 1999) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลทั้งหมดใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาโดยการยอมรับตามสถานการณ์ที่เป็นจริง ซึ่งบ่งชี้ถึงการเผชิญหน้ากับปัญหาตามที่เป็นจริงมากกว่าการผัดกลางวัน หรือการตำหนิว่าบุคคลอื่นเป็น การที่ก่อให้เกิดปัญหา เนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและบุตรซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยและเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วย

แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัยพบว่า ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 15 ถึง 56 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 60 คะแนน ค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 33.12 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.66 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเทือง พิมพ์โพธิ์ (2541) พบว่าระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี อยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างจากการศึกษาของ ศิริรักษา นันทพงษ์ (2542) ที่พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง สำหรับการวิเคราะห์แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 แหล่ง พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าลักษณะของการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งได้รับผลกระทบจากการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคมะเร็ง รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีความต่อเนื่องยาวนาน แต่บุคลากรทางการแพทย์จะให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่ญาติผู้ดูแลมากที่สุด และมากกว่าด้านอื่นๆ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพที่มีหน้าที่โดยตรง ในการสนับสนุนเพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าพิจารณาค่าคะแนนต่ำสุดของค่าพิสัยของคะแนนที่เป็นจริงมีค่าเป็น ศูนย์ ในด้านต่างๆ แสดงว่า อาจมีญาติผู้ดูแลบางคนไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นๆ จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม 3 แหล่ง คือ สมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะการได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสารที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าไม่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นหน้าที่โดยตรงของบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นน่าจะเป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ควรจะ

ประเมินระยะเวลาในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมและความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการรับข้อมูลข่าวสารหรือฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยและสนับสนุนการให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของญาติผู้ดูแลมีค่าอยู่ระหว่าง 13.95 ถึง 28.88 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 30 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.78 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.01 แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536) และ สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา แต่แตกต่างจากการศึกษาของไอคอนมัว และคณะ (Iconomou, et al., 2001) ที่ศึกษาผลกระทบจากการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาต่อญาติผู้ดูแล จำนวน 65 ราย ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลรายงานความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ได้รับผลกระทบที่รุนแรงจากการให้การดูแลต่อการดำรงชีวิต มีภาวะสุขภาพที่แย่ลง และมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เมเยอร์ส และเกร (Meyer & Gray, 2001) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) จำนวน 44 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลรายงานว่าระดับคุณภาพชีวิตต่ำลง

ในการวิจัยครั้งนี้ญาติผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างดี แม้ว่าญาติผู้ดูแลจะกล่าวว่าการให้การดูแลผู้ป่วยมีผลกระทบในด้านร่างกาย เช่น การพักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกอ่อนล้า น้ำหนักลด ทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม หรือ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย แต่ทั้งนี้อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้เป็นบุคคลในครอบครัว โดยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและบุตร มีความตั้งใจในการให้การดูแล มีความรักใคร่ห่วงใยผู้ป่วย ประกอบกับประเมินผลกระทบจากการให้การดูแลแล้วเป็นโอกาสได้ทดแทนบุญคุณ และได้ใกล้ชิดกันมากขึ้นและได้ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน จึงเกิดความรู้สึกผ่อนคลายไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวมาก สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984: 58)

การที่ญาติผู้ดูแลประเมินระดับความเครียดอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ค่าเฉลี่ยของระดับความเครียด เท่ากับ 41.75) ทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างดี สนับสนุนงานวิจัยที่ผ่านมาว่า การประเมินสถานการณ์การดูแลแล้วเป็นความเครียด และการเลือกใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเช่นกัน โดยโอเบิร์ต และคณะ (Oberst, et al., 1989) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและการประเมินความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี จำนวน 47 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดที่คุกคาม อันตรายและสูญเสีย ซึ่งสายพิณ เกษมกิจวัฒนาและคณะ (2539) พบว่า การ

ประเมินสถานการณ์การดูแลว่า คุณภาพ และเป็นความเครียด มีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล และจากการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) พบว่า ความเครียดจากการดูแลเป็นตัวแปรที่ใช้อธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด คือ เมื่อญาติผู้ดูแลประเมินว่าเกิดความเครียดจากการดูแลสูง ญาติผู้ดูแลจะรับรู้การมีคุณภาพชีวิตต่ำ

นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าด้านการจัดการกับอารมณ์ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างดี สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่ใช้วิธีเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล นั่นคือ ญาติผู้ดูแลที่เลือกใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ (วิมลวัลย์ วโรพาร, 2535; ศากุล คงพันธ์, 2533; สมฤดี สิทธิมงคล, 2545; Zacharias, et al., 1994)

นอกจากนี้ระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลในการศึกษานี้ อาจส่งผลกับระดับคุณภาพชีวิตได้ กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลในการศึกษานี้ มากกว่าร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และไม่พบว่ามีญาติผู้ดูแลรายใดที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ฉะนั้นน่าจะรู้จักที่จะแสวงหาความรู้และซักถามปัญหา ตลอดจนรู้จักใช้หาแหล่งประโยชน์ได้ดีกว่า สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า สติปัญญาของบุคคลเป็นปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญได้เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่ประเมิน และส่งผลให้ผลลัพธ์ในการปรับตัวมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในการศึกษานี้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลจึงอยู่ในระดับค่อนข้างดี และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ เสาวลักษณ์ ขาสวรรณ (2545) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณมิตา ล.ศกุล (2544) ที่พบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อย มีข้อจำกัดในการศึกษาจะมีความคาดหวังต่อสิ่งต่างๆ ไม่สูงเกินไปทำให้กลุ่มที่มีการศึกษาน้อยมีคุณภาพชีวิตค่อนข้างดี

ความสัมพันธ์และความสามารถของตัวแปรในการทำนายคุณภาพชีวิต

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 3 ปัจจัย คือ ระดับความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และอายุ สำหรับระดับการศึกษาและการเผชิญความเครียดไม่พบว่ามีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 12) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตในงานวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ดังนี้

ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.298, p < .01$) ผลการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ว่า เมื่อญาติผู้ดูแลประเมินความเครียดอยู่ในระดับต่ำ จะประเมินระดับคุณภาพชีวิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่พบว่า เมื่อญาติผู้ดูแลประเมินว่าเกิดความเครียดสูง ญาติผู้ดูแลจะรับรู้การมีคุณภาพชีวิตต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ (George & Gwyther, 1986: 257 อ้างใน สมฤดี สิทธิมงคล, 2541: 60) พบว่า ความเครียดของญาติผู้ดูแลมีผลในทางลบกับคุณภาพชีวิต

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.308, p < .01$) ซึ่งทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียด จะทำหน้าที่ช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด (buffering effect model) ช่วยให้บุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าไม่รุนแรงหรือรุนแรงน้อยลง บรรเทาความเครียดให้น้อยลงได้ เมื่อความเครียดลดลง บุคคลจะรับรู้คุณภาพชีวิตสูง (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ วัง (Wang, 1998) ที่ทำการวิเคราะห์เชิงอภิมาน โดยทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1985 ถึงปี ค.ศ. 1996 ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 21 เรื่อง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ($d = .43$) ในระดับปานกลาง

อายุมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .224, p < .05$) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีประสบการณ์สูงจะเลือกใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดได้ตรงกับปัญหา ซึ่งการเลือกวิธีการเผชิญกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวซึ่งในงานวิจัยนี้วัดได้โดยระดับคุณภาพชีวิต สนับสนุนงานการศึกษาของมอนท์โกเมอรี กอนเยีย และ โฮย์แมน (Montgomery, Gonyea, Hooyman, 1985) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกระงับในการดูแล ในกลุ่มบุคคลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 80 ราย พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระในการดูแล ($r = -.32$) และเป็นปัจจัยที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายความรู้สึกระงับในการดูแล ซึ่งจากงานวิจัยของวิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาระในการดูแลกับความพึงพอใจโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาจำนวน 100 ราย พบว่าภาระในการดูแลสามารถทำนายความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลได้ ดังนั้นน่าจะสรุปได้ว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะรับรู้ภาระในการดูแลมากและมีความพึงพอใจโดยรวมน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นจะรับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การเผชิญความเครียดในการวิจัยครั้งนี้ใช้การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลโดยรวม ในการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984: 150-157) กล่าวว่า ในชีวิตจริงบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ผสมผสานกันมากขึ้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การเผชิญความเครียดโดยรวมในไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในส่วนที่เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งสนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมาของวิลลัลย์ วโรพาร (2535) และ สมฤดี สิทธิมงคล (2541) พบว่า การเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการเผชิญหน้ากับปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เช่นเดียวกับการเผชิญความเครียด พบว่าระดับการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของปาร์เกอร์ และคณะ (Parker, et al., 2003) ที่ศึกษาตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ 351 ราย พบว่า ระยะเวลาในการศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ และการศึกษาของรสนิ เอี่ยมยิ่งพานิช (2539) ที่ศึกษาความพึงพอใจในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน พบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในครอบครัว ($r=.23, p<.05$) รวมทั้งการศึกษาของวิลลัลย์ วโรพาร (2534) ชื่นฤดี แก้วบุตร (2535) และวิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536) พบว่าระยะเวลาในการศึกษาเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจร้อยละ 10.12, 8.59 และ 5 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ตัวแปรอายุ และระดับการศึกษา ถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรก พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 5.2 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.052, F=2.245, df=2, 82, p>.05$) หลังจากนั้นตัวแปรที่เหลือจะถูกคัดเลือกเข้าสมการโดยวิธีถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ามีเพียงตัวแปร แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความเครียดเพียง 2 ตัวเท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 2 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(3, 81)}=7.96, p<.005$) โดยเมื่อแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลเปลี่ยน แปลงไป 1 หน่วยส่งผลให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปเท่ากับ 0.27 หน่วย ($\beta=.27; t=2.63$) สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟ

คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียด จะทำหน้าที่ช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด (buffering effect model) ช่วยให้บุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าไม่รุนแรงหรือรุนแรงน้อยลง บรรเทาความเครียดให้น้อยลงได้ เมื่อความเครียดลดลง บุคคลจะรับรู้คุณภาพชีวิตสูง (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ วัง (Wang, 1998) ที่ทำการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1985 ถึง ปี ค.ศ. 1996 ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 21 เรื่อง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ($d = .43$) ในระดับปานกลาง และระดับความเครียดเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 3 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $F_{(4, 80)} = 4.234, p < .05$ โดยเมื่อระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วยส่งผลให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปเท่ากับ 0.22 หน่วย ($\beta = .22; t = 2.06$) สอดคล้องกับ การศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่พบว่าความเครียดจากการดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 27.6

โดยสรุปจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความเครียดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลภายหลังการควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตัวแปรอายุและระดับการศึกษา ได้ร้อยละ 12.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนที่เหลือร้อยละ 87.8 ยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยอื่นๆ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาถึงสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมทั้งศึกษาความสามารถของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแล ภายหลังควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา โดยใช้ทฤษฎีความเครียด การประเมินและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นแนวทางในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็น ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีความเครียดจากการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ หน่วยตรวจโรคหู-คอ-จมูก และหน่วยตรวจสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามารับดี ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547 จำนวน 85 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเก็บข้อมูลญาติผู้ดูแลหลัก 1 คน ต่อผู้ป่วย 1 คน และกำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ดูแล ดังนี้

1. เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยมะเร็งระบุว่าญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่เป็นหลักในการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย และ/หรือจิตใจ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 1 เดือน
2. เป็นบุคคลที่มีความเครียดจากสถานการณ์การให้การดูแลผู้ป่วย โดยตอบคำถามคัดกรองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นที่ถามว่า “ในระหว่างที่คุณให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน คุณมีความรู้สึกเครียด/ ทุกข์ใจ/ กังวลใจ บ้างหรือไม่” ว่า “ใช่”
3. เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (cognitive status) ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) และได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ได้แก่ แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) และแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วน

บุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและญาติผู้ดูแล 2) แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อ และแบบวัดระดับความเครียด เป็นแบบวัดเพื่อประเมินระดับความเครียดจากสถานการณ์ความเครียดที่ญาติผู้ดูแลบรรยายมาโดยรวมว่า ก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual Analog Scale 10 เซนติเมตร มีคะแนนตั้งแต่ 1 จนถึง 100 โดย 1 หมายถึงระดับความเครียดที่น้อยที่สุด และ 100 หมายถึง ระดับความเครียดที่มากที่สุด 3) แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) ของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) แปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา สุทธยากร (2531) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 20 คน และ 85 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ สเปียร์แมน ได้เท่ากับ .75 และ .78 ตามลำดับ 4) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (Social Support Questionnaire: SSQ Part II) ของเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer, et al., 1981) และ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (Norbeck Social Support Questionnaire: NSSQ) ของ นอร์เบค และคณะ (Norbeck, et al., 1981) ผู้วิจัยได้นำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 20 คนและ 85 คน ได้ค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ สเปียร์แมน เท่ากับ .89 และ .88 ตามลำดับ และ 5) แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (Quality of Life Index) ของเฟอร์แรนส์ และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985) โดยสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ปรับปรุงแล้วมีจำนวนทั้งสิ้น 40 ข้อ ผู้วิจัยได้นำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 20 คนและ 85 คน ได้ค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ สเปียร์แมน เท่ากับ .93 และ .94 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/ pc+ version 11.5 for Windows สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ดังแสดงในตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.3 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 22 ถึง 77 ปี อายุเฉลี่ย 44.29 ปี สถานภาพสมรส คู่ รายได้อยู่ระหว่าง 2,000 ถึง 80,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย 15,142.71 บาทต่อเดือน ร้อยละ 58.8 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 21.2 มีเงินรายได้เหลือเก็บ การศึกษาของญาติผู้ดูแลมีตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงระดับปริญญา ระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่าง 4 ถึง 22 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 11.89 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นบุตรร้อยละ 47 อาชีพส่วนใหญ่รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 31.8 ภาวะสุขภาพ

ระดับปานกลาง ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบนอกเหนือจากเป็นญาติผู้ดูแลถึงร้อยละ 92.8 มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่ต้องให้การดูแล ร้อยละ 87 แต่ส่วนใหญ่จะมีผู้ที่ช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยร้อยละ 70.6

2. จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ความเครียด คือ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด กังวลใจ ทุกข์ใจ ซึ่งแบ่งสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลได้ 5 ประเภท ได้แก่ สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับ 1) การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายให้ผู้ป่วย 2) การเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 3) การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย 4) การปิดบังไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง และ 5) ปัญหาด้านเศรษฐกิจและภาระงานที่เพิ่มขึ้นโดยพบว่าความเครียดด้านการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายที่พบบ่อย คือ เรื่องการบรรเทาอาการของผู้ป่วยพบได้ร้อยละ 27.06 ความเครียดด้านการเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง พบได้ร้อยละ 36.47 ความเครียดด้านการเผชิญกับโอกาสสูญเสีย ญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากเรื่องโอกาสสูญเสียผู้ป่วยมากกว่าโอกาสการสูญเสียการมีภาวะสุขภาพดี คือพบได้ร้อยละ 47.06 และ 10.59 ตามลำดับ และพบว่าญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการปิดบังไม่ให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเป็นมะเร็ง ร้อยละ 8.24 สำหรับความเครียดเรื่องปัญหาเศรษฐกิจพบได้ร้อยละ 18.82 และภาระงานที่เพิ่มขึ้นพบได้ร้อยละ 14.12

3. ผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลในบทบาทของญาติผู้ดูแล สามารถแบ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านบวก พบว่า ญาติผู้ดูแลรู้สึกได้ทดแทนบุญคุณ ร้อยละ 20 และ รู้สึกได้ใกล้ชิดผูกพันกัน ร้อยละ 4.7 ส่วนผลกระทบด้านลบ พบว่าญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการให้การดูแลผู้ป่วยด้านลบในด้านร่างกาย พบมากที่สุดในเรื่องการพักผ่อนไม่เพียงพอ ร้อยละ 21.2 รองลงมาในเรื่องเกิดความอ่อนล้า ร้อยละ 12.9 สำหรับผลกระทบด้านลบในด้านอารมณ์ ญาติผู้ดูแลพบว่าตนเองหงุดหงิดง่าย ร้อยละ 18.8 ส่วนผลกระทบด้านลบในด้านสังคมเศรษฐกิจ พบมากที่สุดในเรื่องการมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ร้อยละ 23.5 รองลงมาในเรื่องต้องลาออกจากงาน/ทำงานในอาชีพลดลง ร้อยละ 18.8

4. ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M=41.75$, $SD = 23.0$) ใช้การเผชิญความเครียดมาก ($M = 96.44$, $SD = 13.14$) โดยสัดส่วนการใช้เป็นวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลใกล้ชิดตามลำดับ และมีคุณภาพชีวิตในระดับค่อนข้างดี ($M = 22.78$, $SD = 3.01$)

5. เมื่อนำระดับความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม เข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

ภายหลังการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอายุและระดับการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและระดับความเครียดเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 12.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .128$, Overall $F_{(4, 80)} = 4.239$, $p < .05$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่อื่นๆ
2. ในการตอบแบบสอบถามระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียด เป็นการให้ญาติผู้ดูแลนึกย้อนไปถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านในช่วง 2 สัปดาห์แรกที่ออกจากโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์อื่นที่อาจก่อให้เกิดความเครียดหรือปัญหายุ่งยากต่อญาติผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในวิชาชีพพยาบาล โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การเรียนการสอนทางการพยาบาล และการวิจัยในอนาคต ดังนี้

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

1. ผลการวิจัยครั้งนี้มีหลักฐานยืนยันว่า สถานการณ์ความเครียดที่ญาติผู้ดูแลได้บรรยายไว้เกิดจากสถานการณ์การดูแลที่ญาติผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนคลุมเครือ รวมทั้งสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาอนาคตได้ ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกควรวางแผนจำหน่ายญาติผู้ดูแลให้มีความพร้อมทั้งในด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกควรพัฒนาโปรแกรมและจัดตั้งระบบสำหรับการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลเมื่อมีปัญหาในการดูแล เช่น การจัดตั้งระบบสายด่วนให้คำปรึกษา นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกควรวางระบบการติดตามญาติผู้ดูแลและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น ประสานงาน กับหน่วยเยี่ยมบ้าน
2. ผลการวิจัยพบว่าระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีกับการเป็นญาติผู้ดูแล การมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ความผูกพันใกล้ชิดกัน ดังนั้นควรส่งเสริมสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

3. จากค่าคะแนนต่ำสุดของค่าพิสัยของคะแนนที่เป็นจริง เป็นศูนย์ ในด้านต่างๆ แสดงว่า อาจมีญาติผู้ดูแลบางคนไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นๆ โดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสาร ที่ญาติผู้ดูแลบางคนประเมินว่าไม่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจเกิดจากความเครียดของ ญาติผู้ดูแลที่มีอยู่มากในขณะนั้น ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่รับรู้ข้อมูลที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกได้ ให้ ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกควรที่จะให้ความรู้และฝึกทักษะให้ญาติผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ รวมทั้งต้องประเมินความพร้อม และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล ก่อนที่จะให้ข้อมูล หรือสอนทักษะในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการเรียนการสอนทางการพยาบาล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์การเข้าใจถึงกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยและสถานการณ์ ความเครียดจากการดูแลเป็นอย่างดี จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ ดังนั้นควรจัดเป็นโปรแกรมการสอนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

จากผลการวิจัยและข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล เช่น จำนวนของกิจกรรมที่ ญาติผู้ดูแลต้องทำให้กับผู้ป่วยแล้วเกิดความเครียด ระยะเวลาการฝึกทักษะการดูแลของญาติผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น
2. ศึกษาวิจัยเชิงทดลองโดยสร้างโปรแกรมที่เหมาะสมในการให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อลดความเครียดของญาติผู้ดูแล เช่น โปรแกรม ส่งเสริมศักยภาพในญาติผู้ดูแล หรือโปรแกรมการฝึกทักษะในการดูแล

ชื่อวิทยานิพนธ์ : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ชื่อนักศึกษา: ศิริพรรณ ปิติมานะอารี 4536562 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N. (ADULT HEALTH NURSING),
อรสา พันธุ์ภักดี, พย.ค.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรโลก ทำลายชีวิตมนุษย์มากที่สุดโรคหนึ่งรายงานจากกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2547 พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับสอง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548) แม้ว่าในปัจจุบันสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั่วประเทศไทยยังไม่ทราบแน่ชัดแต่เป็นที่ยอมรับว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในประชากรชาวไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช วัฒนา น้ำเพชร และภัสพร จำเริญ, 2539: 77) แม้ว่าการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งมีความก้าวหน้าขึ้นมาก ทำให้สามารถยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น แต่ส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจึงกลายเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Hileman, Lackey, & Hassanein, 1992; Woods, Lewis, & Ellison, 1989) ในปัจจุบันเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และอัตราค่ารักษาพยาบาลที่สูงมากขึ้น ประกอบกับนโยบายการรักษาพยาบาลของรัฐจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงเวลาสั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยจะอยู่ในโรงพยาบาลเฉพาะเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับไปรับการดูแลต่อที่บ้านโดยสมาชิกในครอบครัว

การรักษาโรคมะเร็งโดยวิธีการผ่าตัด เป็นการรักษาวิธีหนึ่ง ซึ่งแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีผลข้างเคียงของการรักษามากเท่ากับการให้ยาเคมีบำบัดและการใช้รังสีรักษา เช่น การได้รับยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสี ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรืออ่อนเพลีย เป็นต้น (Siegel, Raveis, Houts, & Mor, 1991) นอกจากนี้พบว่า อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดจากความไม่แน่นอนของโรคและการรักษา สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา

ด้วยการผ่าตัด ถึงแม้ว่าผลข้างเคียงจากการรักษาจะมีไม่มากเท่ากับการให้ยาเคมีบำบัดและการใช้รังสีรักษาดังได้กล่าวมาแล้ว แต่ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้จะมีความต้องการได้รับความช่วยเหลือหลังผ่าตัดทางด้านร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะยาว ที่พบได้บ่อย เช่น อาการอ่อนล้า กลัวการกลับเป็นซ้ำ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น (Ferrans, 2000) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการดูแลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความต้องการการดูแลทางด้านอารมณ์และจิตใจ

ความต้องการการดูแลเหล่านี้ล้วนเป็นภาระงาน หรือกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งการดูแลโดยตรง การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ การทำหน้าที่เป็นบุคคลกลางในการติดต่อหรือช่วยประสานงานกับบุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพ และสุดท้ายเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านการเงิน (Horowitz cited in Davis, 1992) การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของญาติผู้ดูแล และผลกระทบจากกระบวนการให้การดูแล ซึ่งมีทั้งผลกระทบทางด้านบวกและด้านลบ มีรายงานวิจัยจำนวนมากทั้งต่างประเทศ (Chan & Chang, 1999; Oberst, Thomas, Gass, & Ward, 1989) และในประเทศไทย (ชนิดา มณีวรรณ เจริญ สุจินดา สมทรง จุไรทัศน์ย์ และวรรณ นิลนัครา, 2537ก; ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546; สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด เหนื่อยล้า หรือรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดังกล่าวทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาสำหรับตนเองในการที่จะประกอบอาชีพ เข้าสังคม หรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรจะได้รับผิชอบต่อชีวิตตนเองน้อยลง สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดความขัดแย้งในหมู่ญาติผู้ดูแล โกรธและฉุนเฉียวง่าย รู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตนเอง สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกมัดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคมและเหงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ เกิดภาวะเครียดและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของญาติผู้ดูแลที่บ้าน เป็นปัจจัยส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ภาวะจิตใจและความผาสุกของญาติผู้ดูแล (Aranda & Hayman-White, 2000; Jansen & Given, 1991; Stephens, Norris, Kinney, Ritchie, & Grotz, 1988)

แม้ว่าการเป็นญาติผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางด้านลบ แต่ยังพบว่ามีญาติผู้ดูแลจำนวนไม่น้อยที่ได้รับความรู้สึกที่ดีจากการเป็นญาติผู้ดูแล (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Nijboer, et al., 1998) เช่น รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเป็นที่ต้องการ เป็นต้น จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลกระทบบางด้านบวกต่อตัวแปรทางด้านสุขภาพ (Callaghan & Morrissey, 1993; Longford,

Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997; Uphold, 1991) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (buffering effect model) (Cohen & Will, 1985) ช่วยให้บุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าไม่รุนแรง หรือรุนแรงน้อยลง ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกาย โดยช่วยให้บุคคลได้มีการแก้ปัญหา ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหา สอดคล้องกับลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่พิจารณาว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียด ทำหน้าที่ช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดโดยจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาลรามารับดี ปีพ.ศ. 2546 (Kraiphibul P., 2003) พบจำนวนผู้ป่วยใหม่ 108,503 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็ง 2,593 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.39 ของผู้ป่วยใหม่ เกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าการศึกษเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยังมีไม่มาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ความเครียดจากการดูแล ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

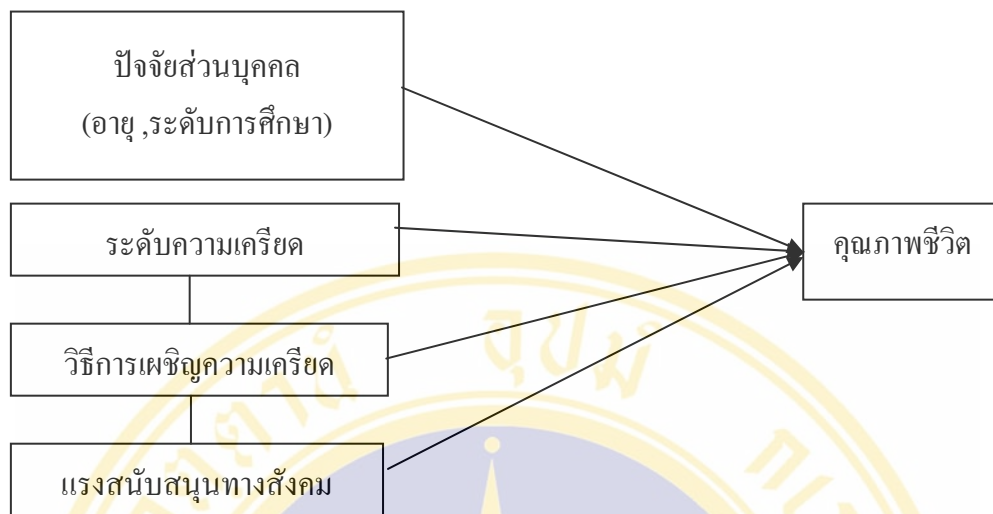
งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลบางปัจจัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าของคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541; Parker, Baile, Moor, & Cohen, 2003) และระดับการศึกษา (ชื่นฤดี แก้วบุตร, 2535; รสติน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539; วิมลวัลย์ วัชรพาร, 2534; วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2536; Haley, LaMonde, Han, Burton, & Schonwetter, 2003; Parker, et al., 2003) ดังนั้น ผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษาโดยวิธีการทางสถิติ เพื่อหาความสามารถของตัวแปร ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเครียด และการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิด ทฤษฎีนี้ประกอบด้วยมโนคติหลัก คือความเครียด การประเมินตัดสิน การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์ของการปรับตัว โดยอธิบายความเครียดในรูปแบบของ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งความเครียด หมายถึง “เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และบุคคลจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง” (Lazarus & Folkman, 1984: 19) การประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็น

ความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) ได้แก่ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ลักษณะของสถานการณ์ ความรุนแรงของสถานการณ์ และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (personal factors) ได้แก่ ข้อผูกพัน (commitments) ความเชื่อของบุคคล (beliefs) และสติปัญญาของบุคคล การเผชิญความเครียด (coping) เป็นกระบวนการ ที่บุคคลใช้ความพยายามในการจัดการกับความเครียด ซึ่งตามความหมายของการเผชิญความเครียดนี้ จัดว่าเป็นกระบวนการหนึ่งของการปรับตัว และเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Lazarus & Folkman, 1984: 55-116) การเผชิญสถานการณ์มี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotional focused coping) การมุ่งแก้ปัญหาเป็นการเผชิญกับความเครียดโดยจัดการที่ตัวปัญหา มุ่งการแก้ปัญหาหรือปรับสิ่งแวดล้อม การจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดทำลายขวัญหรือกำลังใจ ลาซารัสและโฟลคแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 222-225) กล่าวถึง ผลของการประเมินตัดสิน (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping) ต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวใน 3 ด้านคือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health)

เมื่อนำทฤษฎีความเครียดของลาซารัสมาอธิบายปรากฏการณ์ของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งใน การศึกษาครั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่าความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ในการให้ การดูแลว่ามีการใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง อันมีผลต่อสวัสดิ ภาพของตนเอง โดยการประเมินว่าเป็นความเครียด ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของอันตรายหรือสูญเสีย (harm and loss) คุกคาม (threat) และท้าทาย (challenge) เมื่อญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การให้ การดูแลว่าเป็นความเครียด จำเป็นต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับความเครียด ซึ่งวิธีการ จัดการกับความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา เป็นการจัดการกับความเครียดโดยจัดการที่ ตัวปัญหา มุ่งการแก้ปัญหาหรือปรับสิ่งแวดล้อม และการจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือ ความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดทำลายขวัญหรือกำลังใจ โดยที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการจัดการกับ ความเครียดจะแตกต่างกันออกไปตามปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และด้าน สถานการณ์ และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ สำหรับผลของการ ประเมินตัดสิน และการจัดการกับความเครียดจะมีผลต่อผลลัพธ์ของการปรับตัว ซึ่งผลลัพธ์ของการ ปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพควรพิจารณาความสอดคล้องกันทั้ง 3 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพที่ดี มีขวัญ และกำลังใจ และสามารถทำหน้าที่หรือมีบทบาทในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งเป็นสิ่งบ่งบอกการมี คุณภาพชีวิตที่ดี กรอบแนวคิดในการวิจัยที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นอย่างไร
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีความเครียดระดับใด
3. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใด
4. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากใคร และมากเพียงใด
5. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร
6. ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้หรือไม่ เพียงใด ภายหลังควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายหลังควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีความเครียดจากการให้การดูแลผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในการศึกษานี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งโดยไม่จำกัดชนิดของมะเร็ง ซึ่งไม่ได้อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมทั้งเป็นผู้ที่มีญาติผู้ดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยดังกล่าวมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 85 ราย คำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากหลักการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์ถดถอย (Cohen, 1987 cited in Munro, 2001: 247) โดยเก็บข้อมูลญาติผู้ดูแลหลัก 1 คน ต่อผู้ป่วย 1 คน และกำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ดูแล ดังนี้

1. เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยมะเร็งระบุว่าญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่เป็นหลักในการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย และ/หรือจิตใจ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 1 เดือน
2. เป็นบุคคลที่มีความเครียดจากสถานการณ์การให้การดูแลผู้ป่วย โดยตอบคำถามคัดกรองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นที่ถามว่า “ในระหว่างที่คุณให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน คุณมีความรู้สึกเครียด/ทุกข์ใจ/กังวลใจ บ้างหรือไม่” ว่า “ใช่”
3. เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (cognitive status) ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) และได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ก)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ได้แก่ แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ (normal cognitive status) เพื่อเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นโดย ไอแซคส์ และ อักฮ์ตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973) ส่วนเกณฑ์การแปลความหมายคะแนน ไอแซคส์ และ อักฮ์ตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973) ได้ทำการทดสอบกับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพดี และกำหนดให้ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีสมรรถภาพสมองดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระยะของการดำเนินโรค (stage of disease) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย สิทธิการรักษา 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ จำนวนบุคคลในครอบครัวที่ต้องให้การดูแล จำนวนบทบาทที่รับผิดชอบ และผู้ที่ช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2.2 แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อที่ให้ญาติ ผู้ดูแลได้ระลึกและบรรยายถึงสถานการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เฉพาะที่ญาติผู้ดูแลประเมินตัดสินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด / ทุกข์ใจ/ กังวลใจ ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประมาณ 15-20 นาที สำหรับแบบวัดระดับความเครียดเป็นแบบวัดเพื่อประเมินระดับความเครียดจากสถานการณ์ความเครียดที่ญาติผู้ดูแลบรรยายมาโดยรวมว่าก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual Analog Scale 10 เซนติเมตร การแปลค่าคะแนนมีตั้งแต่ 1 จนถึง 100 โดย 1 หมายถึง ระดับเครียดที่น้อยที่สุด และ 100 หมายถึง ระดับเครียดที่มากที่สุด

2.3 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของ ของ จาโลวีก ฉบับปรับปรุง (Jalowiec, 1988) ซึ่งนิตยา สุทยากร (2531) ได้แปลเป็นภาษาไทย และตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ต่อมา สุรางค์ เปื้องเดช (2533) ได้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด และตัดข้อคำถามออก 4 ข้อตามแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดฉบับปรับปรุง ปี ค.ศ. 1988 เหลือข้อคำถาม 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ การจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ การบรรเทาความเครียด 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ใช้พฤติกรรมนั้นเลย ให้ 1 คะแนน จนถึงใช้พฤติกรรมนั้นเกือบทุกครั้งให้ 5 คะแนน การแปลค่าคะแนนโดยใช้ค่าคะแนนดิบและคะแนนสัมพัทธ์ คะแนนด้านใดมากแสดงว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก การหาค่าความเที่ยงของแบบวัดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 85 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา .78

2.4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดปริมาณความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่น ซึ่งจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม

แรงสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ซึ่งพัฒนาแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (Social Support Questionnaire Part II : SSQ Part II) ของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 1981) และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค (Norbeck Social Support Questionnaire = NSSQ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ วัดปริมาณความช่วยเหลือใน 3 ด้าน ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร 1 ข้อ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2 ข้อ และการสนับสนุนด้านสิ่งของและการได้รับบริการ 2 ข้อ โดยถามปริมาณการได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลในสังคม 3 กลุ่ม คือกลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคคลใกล้ชิด และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับจากไม่ได้รับความช่วยเหลือ นั้นเลย ให้ 0 คะแนน จนถึงได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลนั้นมากที่สุด ให้ 4 คะแนน รวมคะแนนจากทุกแหล่งจะเป็นคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคม การแปลค่าคะแนนคือ คะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 85 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา .88

2.5 แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล เป็นแบบวัดที่ดัดแปลงมาจาก แบบวัดคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ของเฟอร์แรนส์ และเพาเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1985) โดยสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ปรับปรุงแล้วมีจำนวนทั้งสิ้น 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การให้ความสำคัญกับความพึงพอใจ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อให้คะแนนการให้ความสำคัญต่อเรื่องนั้นๆ เป็น 1 - 6 ตั้งแต่ไม่มีความสำคัญเลยจนถึงมีความสำคัญมาก และให้คะแนนการให้ความสำคัญเป็น 1 - 6 ตั้งแต่ไม่พึงพอใจมากจนถึงพึงพอใจมาก การแปลค่าคะแนนคือ คะแนนคุณภาพชีวิตมากแสดงคุณภาพชีวิตดี การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำนวน 85 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค อัลฟา .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์เรียงตามลำดับ ดังนี้ แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเสนอตามคำถามการวิจัยและการทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามลำดับดังนี้ ส่วนที่ 1 ลักษณะของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดของญาติผู้ดูแล ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตามคำถามการวิจัยและการทดสอบสมมติฐาน รายละเอียดผลการวิจัยมีดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ข้อมูลเชิงบรรยาย

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยญาติผู้ดูแลหลัก ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 85 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารินทร์ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2547 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตและสัมพันธภาพสถานการณ์ความเครียดโดยผู้วิจัยเป็นลำดับแรกจากนั้น ตอบแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลตามลำดับ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถามและสัมพันธภาพทั้งหมด ประมาณ 60 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งมีจำนวน 6 คน ได้รับการทดสอบการรับรู้โดยทำแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) ผลการทดสอบกลุ่มตัวอย่างได้รับคะแนนการทดสอบอยู่ระหว่าง 30 – 40 คะแนน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการรับรู้ปกติ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.3 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 22 ถึง 77 ปี อายุเฉลี่ย 44.29 ปี สถานภาพสมรส คู่ รายได้อยู่ระหว่าง 2,000 ถึง 80,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย 15,142.71 บาทต่อเดือน ร้อยละ 58.8 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 21.2 มีเงินรายได้เหลือเก็บ ระดับการศึกษามีตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงระดับปริญญา ระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่าง 4 ถึง 22 ปี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 11.89 ปี ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ร้อยละ 47 เป็นบุตร ร้อยละ 40 เป็นคู่สมรส ร้อยละ 31.8 อาชีพส่วนใหญ่รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 60 มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 92.8 มีบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบนอกเหนือจากเป็นญาติผู้ดูแล และมีบุคคลอื่นในครอบครัวที่ต้องให้การดูแลร้อยละ 87 แต่ส่วนใหญ่จะมีผู้ช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยร้อยละ 70.6

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 85 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ลักษณะของผู้ป่วย ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 24 ถึง 88 ปี อายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 58.67 ปี ตำแหน่งมะเร็งที่พบส่วนใหญ่เป็นมะเร็งของระบบทางเดินอาหารและทางเดินน้ำดี ร้อยละ 41.18 ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1 ถึง 24 เดือน และส่วนใหญ่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ร้อยละ 82.4

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดของญาติผู้ดูแล

ผลการวิจัยนำเสนอในลักษณะความถี่และร้อยละในแต่ละประเด็นซึ่งผู้วิจัยรวบรวมจากคำพูดที่ญาติผู้ดูแลบรรยายในการสัมภาษณ์ เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาจากสิ่งที่ญาติผู้ดูแลบรรยายถึงสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยทุกรายแล้ว ผู้วิจัยสามารถจัดสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลได้ 5 ประเภท ได้แก่สถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับ

1. การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายให้ผู้ป่วย
2. การเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
3. การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย
4. การปิดบังไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง และ
5. ปัญหาด้านเศรษฐกิจและภาระงานที่เพิ่มขึ้น

สามารถนำมาแจกแจงความถี่และร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 1 สำหรับผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลในบทบาทของญาติผู้ดูแล เมื่อวิเคราะห์สิ่งที่ญาติผู้ดูแลเล่าถึงผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยในบทบาทญาติผู้ดูแล พบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีทั้งด้านบวกและด้านลบ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล (n = 85)

สถานการณ์ความเครียดจากการดูแล	ความถี่	ร้อยละของญาติผู้ดูแล
1. การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายให้ผู้ป่วย		
- บรรเทาอาการ	23	27.06
- การทำกิจกรรมการรักษา	20	23.53
2. การเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	31	36.47
3. การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย		
- สูญเสียผู้ป่วย	40	47.06
- สูญเสียการกลับมาดีเหมือนเดิม	9	10.59
4. การปิดบังไม่ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง	7	8.24
5. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและภาระงานที่เพิ่มขึ้น		
- ปัญหาด้านเศรษฐกิจ	16	18.82
- ภาระงานที่เพิ่มขึ้น	12	14.12

หมายเหตุ ญาติผู้ดูแล 1 คนอาจมีสถานการณ์ความเครียดมากกว่า 1 สถานการณ์

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในบทบาทของญาติผู้ดูแล (n=85)

ผลกระทบจากการดูแล	ความถี่	ร้อยละของญาติผู้ดูแล	ผลกระทบจากการดูแล	ความถี่	ร้อยละของญาติผู้ดูแล
ผลกระทบด้านบวก			ผลกระทบด้านลบ		
การได้ทดแทนบุญคุณ	17	20.0	ด้านสังคมเศรษฐกิจ		
การได้ใกล้ชิดผูกพันกัน	4	4.7	การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง	20	23.5
ผลกระทบด้านลบ			ด้านร่างกาย		
พักผ่อนไม่เพียงพอ	18	21.2	ลาออกจากงาน/ ทำงานในอาชีพลดลง	16	18.8
อ่อนล้า	11	12.9	สูญเสียรายได้/ รายได้ลดลง	11	12.9
น้ำหนักลด	5	5.9	สัมพันธ์ภาพกับครอบครัวลดลง	10	11.8
สุขภาพเสื่อมโทรม	4	4.7			
ด้านอารมณ์					
หงุดหงิดง่าย	16	18.8			
เบื่อหน่าย	1	1.17			

หมายเหตุ ญาติผู้ดูแล 1 คน อาจมีผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย 1 อย่าง

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตามคำถามการวิจัยและการทดสอบสมมติฐานการวิจัย**ระดับความเครียด**

ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางระดับความเครียดที่มากที่สุด ค่าเฉลี่ยระดับความเครียดที่ญาติผู้ดูแลประเมินคือ 41.75 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 23.0) พิสัยอยู่ระหว่าง 4 ถึง 94 คะแนน

การเผชิญความเครียด

ผลการวิเคราะห์การเผชิญความเครียดโดยใช้ค่าคะแนนจริง (raw score) ดังแสดงในตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านเผชิญหน้ากับปัญหา เท่ากับ 42.41 คะแนน คะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ 16.96 คะแนน คะแนนเฉลี่ยด้านการบรรเทาความเครียดเท่ากับ 35.82 คะแนน เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าต่ำสุดของคะแนนที่ใช้จริงในแต่ละด้านของการเผชิญความเครียดสูงกว่าค่าต่ำสุดของคะแนนที่เป็นไปได้ แสดงว่า ญาติผู้ดูแลทุกคนใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน

ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยคำนวณจากคะแนนจริง (n = 85)

การเผชิญความเครียด	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
โดยรวม	36-180	61-138	96.44	13.14
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	21-58	42.41	6.98
ด้านการจัดการกับอารมณ์	9-45	10-29	16.96	3.48
ด้านการบรรเทาความเครียด	14-70	19-61	35.82	7.26

เมื่อวิเคราะห์การเผชิญความเครียดโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ (relative score) พบว่า ญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดด้านต่างๆ คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ .41 ด้านการจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .26 ด้านการบรรเทาความเครียดเท่ากับ .33 จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด และใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยคำนวณจากคะแนนสัมพัทธ์ (n= 85)

การเผชิญความเครียด	Min - Max	Mean	SD
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	.30 - .54	.41	.05
ด้านการจัดการกับอารมณ์	.16 - .35	.26	.04
ด้านการบรรเทาความเครียด	.22 - .42	.33	.04

แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคม (ตารางที่ 5) พบว่า คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของญาติผู้ดูแลมีค่าอยู่ระหว่าง 15 ถึง 56 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 60 คะแนน ค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 33.12 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.66 ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.63 รองลงมาเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และจากกลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.91, 9.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.68, 4.439 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสัดส่วนของชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับ พบว่า ค่าที่เป็นไปได้ของ

แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และแรงสนับสนุนทางด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ เป็น 2 เท่าของค่าที่เป็นไปได้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ดังนั้นเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบสัดส่วนของชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับ ผู้วิจัยได้ทำหาคะแนนของชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ชนิดเปรียบเทียบกันได้โดยนำคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และแรงสนับสนุนทางด้านการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการหารด้วย 2 พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และ การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการมากที่สุด จากสมาชิกในครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.84 และ 2.51 คะแนน ตามลำดับ สำหรับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ญาติผู้ดูแลได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 คะแนน และถ้าพิจารณาค่าคะแนนต่ำสุดของค่าพิสัยของคะแนนที่เป็นจริงมีค่าเป็น ศูนย์ ในด้านต่างๆ แสดงว่า อาจมีญาติผู้ดูแลบางคนไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นๆ จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม 3 แหล่ง คือ สมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลใกล้ชิด

ตารางที่ 5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยรวมและจำแนกรายกลุ่มและรายด้าน

แรงสนับสนุนทางสังคม	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
โดยรวม	0-60	15-56	33.12	9.66
กลุ่มสมาชิกในครอบครัว	0-20	5-20	13.39	3.63
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	2-8	5.69	1.61
- การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ	0-8	0-8	5.03	1.76
- การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	0-4	2.67	0.94
กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์	0-20	3-18	9.89	3.68
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	0-8	4.57	1.82
- การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ	0-8	0-8	2.25	2.37
- การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	0-4	3.07	0.92
กลุ่มบุคคลใกล้ชิด	0-20	2-20	9.80	4.43
- การสนับสนุนด้านอารมณ์	0-8	0-8	4.55	1.79
- การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ	0-8	0-8	2.87	2.06
- การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	1-4	2.38	0.82

คุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 10 พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของญาติผู้ดูแลมีค่าอยู่ระหว่าง 13.95 ถึง 28.88 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 30 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.78 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.01

การทดสอบสมมติฐานการวิจัย: ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนาย คุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายหลังควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ของข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมี 3 ปัจจัย คือ ระดับความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และอายุ โดย แรงสนับสนุนทางสังคมและอายุ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .308, p < .01$ และ $r = .224, p < .05$ ตามลำดับ) สำหรับระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.298, p < .01$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับคุณภาพชีวิตโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ($n = 85$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. อายุ	1.00					
2. ระดับการศึกษา	-.349**	1.00				
3. ระดับความเครียด	-.294**	.204	1.00			
4. การเผชิญความเครียด	.057	-.068	.238*	1.00		
5. แรงสนับสนุนทางสังคม	.072	-.071	-.134	-.149	1.00	
6. คุณภาพชีวิต	.224*	-.115	-.298**	.097	.308**	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยนี้ใช้สถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ตัวแปรอายุ และระดับการศึกษา ให้ถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรก พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 5.2 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .052, F_{(2,82)} = 2.245, p > .05$) หลังจากนั้นตัวแปรที่เหลือจะถูกคัดเลือกเข้าสมการโดยวิธีถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ามีเพียงตัวแปร แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความเครียดเพียง 2 ตัวเท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 2 และสามารถอธิบายความ

แปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $F_{(3, 81)} = 7.96, p < .005$ โดยเมื่อแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วยส่งผลให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปเท่ากับ .27 หน่วย ($\beta = .27; t = 2.63$) และระดับความเครียดเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 3 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $F_{(4, 80)} = 4.234, p < .05$ โดยเมื่อระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วยส่งผลให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปเท่ากับ .22 หน่วย ($\beta = .22; t = 2.06$) ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความเครียดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลภายหลังการควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่อายุและระดับการศึกษาได้ร้อยละ 12.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .128, \text{Overall } F_{(4, 80)} = 4.239, p < .05$) (ตารางที่ 7) อย่างไรก็ตามการเผชิญความเครียดไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ดังนั้นสมมติฐานนี้จึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ($n = 85$)

ลำดับ ที่	ตัวแปร	R Square	R Square change	F change	beta	t	p
1	อายุ	.052	.052	2.25	.14	1.25	.214
	ระดับการศึกษา				-.002	-.07	.986
2	แรงสนับสนุนทางสังคม	.137	.085	7.96	.27	2.63	.010
3	ระดับความเครียด	.180	.043	4.24	-.22	-2.06	.043

Constant 19.722, Overall $F_{(1,80)} = 4.239, p < .05$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษา เช่น การทำแผล การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแล เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลไม่เคยทำมาก่อน เช่น การทำแผล การเปลี่ยนถุงโคลอสโตมี หรือการดูแลวาระบายน้ำเหลืองแบบสุญญากาศ เนื่องจากเป็นประสบการณ์ใหม่ของญาติผู้ดูแล ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล “เรื่องถ้าใส่ที่เอาออกทางหน้าท้อง ตอนแรกก็จะไม่รู้จักเลย ทำตอนแรกก็จะเครียดมาก” ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984: 85-92) ที่กล่าวว่า หนึ่งในปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่บุคคลจะประเมินสถานการณ์ ว่าเป็นความเครียด คือ เหตุการณ์ใหม่ซึ่งบุคคลไม่เคยพบมาก่อน (novelty) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความเครียด การเผชิญความเครียดในนักศึกษาระดับ

การศึกษาของรัชณี ปังกร (Papangkorn R., 2003) ที่ศึกษาเรื่องประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลรับรู้บทบาทการเป็นผู้ดูแลในด้านบวก โดยได้ทดแทนบุญคุณ เห็นคุณค่าในตนเอง และได้พัฒนาตนเอง สำหรับผลกระทบทางด้านลบ ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น ปักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนล้า น้ำหนักลด ทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม เป็นต้น ด้านอารมณ์ ญาติผู้ดูแลบางคนรู้สึกว้าวุ่นตั้งแต่ให้การดูแลผู้ป่วยตนเอง หงุดหงิดง่าย เบื่อหน่าย เป็นต้น ด้านสังคม เศรษฐกิจ การรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลบางคนรู้สึกไม่เป็นอิสระ ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ต้องออกจากงาน มีเวลาทำงานของตนเองลดลง มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายมากขึ้น รายได้น้อยลง ถูกแยกจากครอบครัว เป็นต้น (ตารางที่ 4) สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ (ชนิตา มณีวรรณ และคณะ, 2537 ก; นางลักขณ์ พินชมภู, 2540; Edwards & Ung, 2002; Given, et al, 1990; Lynch-Sauer, 1990; Papangkorn R., 2003)

จากการวิจัยครั้งนี้ญาติผู้ดูแลการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นความเครียด เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมที่ไม่มีประสบการณ์มาก่อน รวมทั้งมีสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใดในอนาคต สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984: 85-92) และประเมินระดับความเครียดอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ของญาติผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดกับลาซารัสและโฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่พิจารณาว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียดจะทำหน้าที่ช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสุวลักษณ์วงศ์จรโลงศิล (Wongjunlongsin, S., 1999) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลประเมินระดับความเครียดจากการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจาก ร้อยละ 68 ของญาติผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างน้อย 1 คน และญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรและคู่สมรส ซึ่งมีความผูกพันและสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลพยายามที่จะแก้ปัญหา ที่เกิดขึ้นกับบุคคลอันเป็นที่รัก สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984:58) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดทุกด้าน คือ ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านจัดการกับอารมณ์ และด้านบรรเทาความเครียด ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของกิติกร นิลมานัต (2538) และ สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าสถานการณ์ความเครียดที่ญาติผู้ดูแลบรรยายเป็นเรื่องของการให้การดูแลเรื่องการรักษาพยาบาลซึ่งญาติผู้ดูแลต้องพยายามที่จะฝึกทักษะการดูแลให้ชำนาญ จึงต้องใช้การเผชิญหน้ากับปัญหา นอกจากนี้

นั้นการที่ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการเผชิญกับโอกาสสูญเสียผู้ป่วยและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลต้องใช้การเผชิญความเครียดด้วยการจัดการกับอารมณ์

ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลใกล้ชิดตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 แหล่งพบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าลักษณะของการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งได้รับผลกระทบจากการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคมะเร็ง รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีความต่อเนื่องยาวนาน แต่บุคลากรทางการแพทย์จะให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่ญาติผู้ดูแลมากที่สุด และมากกว่าด้านอื่นๆ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพที่มีหน้าที่โดยตรง ในการสนับสนุนเพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536) และ สมฤดี สิทธิมงคล (2541) อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลในการศึกษาค้างนี้ เป็นบุคคลในครอบครัว โดยส่วนใหญ่เป็นบุตรและคู่สมรส มีความตั้งใจในการให้การดูแล มีความรักใคร่ห่วงใยผู้ป่วย ประกอบกับประเมินผลกระทบจากการให้การดูแลว่าเป็นโอกาสได้ทดแทนบุญคุณ และได้ใกล้ชิดกันมากขึ้นและได้ทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน จึงเกิดความรู้สึกผ่อนคลายไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวมาก สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984:58) ที่กล่าวว่าความผูกพันสามารถกระตุ้นให้บุคคลพยายามหาวิธีการที่จะแก้ปัญหา รวมทั้งญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งนับว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยลดความเครียดให้กับญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่ช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ส่งผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี

ความสัมพันธ์และความสามารถของตัวแปรในการทำนายคุณภาพชีวิต

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาค้างนี้บ่งชี้ว่าเมื่อญาติผู้ดูแลประเมินความเครียดอยู่ในระดับต่ำ จะประเมินระดับคุณภาพชีวิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่พบว่า เมื่อญาติผู้ดูแลประเมินว่าเกิดความเครียดสูง ญาติผู้ดูแลจะรับรู้การมีคุณภาพชีวิตต่ำ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต ซึ่งทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวถึงแรงสนับสนุนทาง

สังคมว่า เป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียด จะทำหน้าที่ช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด (buffering effect model) ช่วยให้บุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าไม่รุนแรงหรือรุนแรงน้อยลง บรรเทาความเครียดให้น้อยลงได้ เมื่อความเครียดลดลง บุคคลจะรับรู้คุณภาพชีวิตสูง (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ วัง (Wang, 1998) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าผู้ที่มีการประสบการณ์สูงจะเลือกใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดได้ตรงกับปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นจะรับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การเผชิญความเครียดในการวิจัยครั้งนี้ใช้การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลโดยรวม ในการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984: 150-157) กล่าวว่า ในชีวิตจริงบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ผสมผสานกันมากขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญ ในการศึกษานี้พบว่า การเผชิญความเครียดและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดและระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2536; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541)

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ตัวแปรอายุ และระดับการศึกษา ถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรก พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 5.2 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .052$, $F = 2.245$, $df = 2, 82$, $p > .05$) หลังจากนั้นตัวแปรที่เหลือจะถูกคัดเลือกเข้าสมการโดยวิธีถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ามีเพียงตัวแปร แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความเครียดเพียง 2 ตัวเท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 2 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(3, 81)} = 7.96$, $p < .005$) โดยเมื่อแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วยส่งผลให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปเท่ากับ 0.27 หน่วย ($\beta = .27$; $t = 2.63$) สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียด จะทำหน้าที่ช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด (buffering effect model) ช่วยให้บุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าไม่รุนแรงหรือรุนแรง

น้อยลง บรรเทาความเครียดให้น้อยลงได้ เมื่อความเครียดลดลง บุคคลจะรับรู้คุณภาพชีวิตสูง (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ วัง (Wang, 1998) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ($\beta = .43$) ในระดับปานกลาง และระดับความเครียดเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 3 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $F_{(4, 80)} = 4.234, p < .05$ โดยเมื่อระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป 1 หน่วยส่งผลให้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปเท่ากับ 0.22 หน่วย ($\beta = .22; t = 2.06$) สอดคล้องกับ การศึกษาของสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ที่พบว่าความเครียดจากการดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 27.6

โดยสรุปจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และระดับความเครียดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลภายหลังการควบคุมอิทธิพลตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุและระดับการศึกษาได้ร้อยละ 12.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนที่เหลือร้อยละ 87.8 ยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยอื่นๆ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา

บทสรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในระหว่างรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลจะมีความเครียดและต้องการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อบรรเทาและลดระดับความเครียด ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล และพบว่าญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งเผชิญหน้ากับปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ การวัดระดับความเครียดและการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดในระหว่างที่ญาติผู้ดูแลรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ช่วยให้นุเคราะห์ทางการแพทย์สามารถประเมินปัญหาที่ญาติผู้ดูแลเผชิญอยู่ นอกจากนั้นนุเคราะห์ทางการแพทย์จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล เพื่อการวางแผนการช่วยเหลือที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งในวิชาชีพพยาบาล โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การเรียนการสอนทางการพยาบาล และการวิจัยในอนาคตดังนี้

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

1. ผลการวิจัยครั้งนี้มีหลักฐานยืนยันว่า สถานการณ์ความเครียดที่ญาติผู้ดูแลได้บรรยายไว้เกิดจากสถานการณ์การดูแลที่ญาติผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนคลุมเครือ รวมทั้งสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาอนาคตได้ ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาล

ทางคลินิกควรวางแผนจำหน่ายญาติผู้ดูแลให้มีความพร้อมทั้งในด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกควรพัฒนาโปรแกรมและจัดตั้งระบบสำหรับการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลเมื่อมีปัญหาในการดูแล เช่น การจัดตั้งระบบสายด่วนให้คำปรึกษา นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกควรวางระบบการติดตามญาติผู้ดูแลและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น ประสานงาน กับหน่วยเยี่ยมบ้าน

2. ผลการวิจัยพบว่าระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีกับการเป็นญาติผู้ดูแล การมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ความผูกพันใกล้ชิดกัน ดังนั้นควรส่งเสริมสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

3. จากค่าคะแนนต่ำสุดของค่าพิสัยของคะแนนที่เป็นจริง เป็นศูนย์ ในด้านต่างๆ แสดงว่าอาจมีญาติผู้ดูแลบางคนไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นๆ โดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสารที่ญาติผู้ดูแลบางคนประเมินว่าไม่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจเกิดจากความเครียดของญาติผู้ดูแลที่มีอยู่มากในขณะนั้น ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่รับรู้ข้อมูลที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกได้ให้ ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกควรที่จะให้ความรู้และฝึกทักษะให้ญาติผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ รวมทั้งต้องประเมินความพร้อม และระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล ก่อนที่จะให้ข้อมูลหรือสอนทักษะในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการเรียนการสอนทางการพยาบาล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์การเข้าใจถึงกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยและสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลเป็นอย่างดี จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ ดังนั้นควรจัดเป็น โปรแกรมการสอนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

จากผลการวิจัยและข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล เช่น จำนวนของกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องทำให้กับผู้ป่วยแล้วเกิดความเครียด ระยะเวลาการฝึกทักษะการดูแลของญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น

2. ศึกษาวิจัยเชิงทดลองโดยสร้างโปรแกรมที่เหมาะสมในการให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อลดความเครียดของญาติผู้ดูแล เช่น โปรแกรมส่งเสริมศักยภาพในญาติผู้ดูแล หรือโปรแกรมการฝึกทักษะในการดูแล

THESIS TITLE : PREDICTED FACTORS OF QUALITY OF LIFE IN FAMILY CAREGIVERS OF SURGICAL ONCOLOGY PATIENTS

STUDENT: SIRIPHUN PITIMANA-AREE 4536562 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N. (ADULT HEALTH NURSING), ORASA PANPAKDEE, D.N.S.

EXECUTIVE SUMMARY

INTRODUCTION

Background and Rationale

Cancer is a major disease which affects many people health problems. Thai Ministry of Public Health reported that cancer was the second cause of death (Suvit Viboonpolpraserg, B.E. 2548). Although, the exact number of cancer patients is unclear, the incidence rate of cancer is expected to increase continuously (Saipin Gasemgitvatana, Vimonvan Puwaravuthipanit, Wattana Numpethara, & Patsaporn Kumvicha, B.E. 2539: 77). With new advance technology of cancer treatment can often extend patients' life, but some advanced cancers still cannot be cured. Therefore, cancer has become a chronic disease (Hileman, Lackey, & Hassanein, 1992; Woods, Lewis, & Ellison, 1989). 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). These patients will be discharged from the hospital as early as possible and be cared continuously at home.

Generally, there are three main cancer treatment modalities such as chemotherapy, radiotherapy, and operational therapy. Each modality needs different level of care. The level of care is not only the support of disease symptoms itself, but also that of the consequences of chemotherapy and radiotherapy, such as nausea

and vomiting, anorexia, weight loss, pancytopenia, and weakness (Siegel, Raveis, Houts, & Mor, 1991). In addition, cancer patients may be experiencing an emotional change due to uncertainty of disease and treatment. Although surgically treated cancer patients seem to have less side effects than those who receive chemo and radiation therapy. They still demand lots of care for physiological and psychological assistances. Unfortunately, the survivors who are free of disease still experiences of some common problems such as chronic fatigue, fear of recurrence or death, infertility, issues of control and independence altered meaning of health, and uncertainty about the future (Ferrans, 2000). Therefore, both short and long term surgical cancer survivors are dependent on their family for physical and psychological supports.

Caregiving demands of the care recipient lead to the following four types of caregivers' role and responsibilities as follow: direct care services, emotional support, mediating with formal organization, and financial assistance and management (Davis, 1992: 2-3; Yupapin Sirapo-ngam, B.E.2539: 87-88). Most of the research works have been focused on caregivers' roles and processes of caregiving in both positive and negative impacts. From literature review, many studies from foreign countries (Chan & Chang, 1999; Oberst, et al., 1989) and those from Thailand (Saipin Gasemgitvatana, et al., B.E. 2539; Yupapin Sirapo-ngam, B.E. 2546) showed negative perception of caregivers which result as stress, fatigue, and burdens. They usually spend most of their time to assist the patients for their daily and specific activities. As a result, family caregivers experience a decline in their social functions, and their relationship to other family members. These will impact on caregivers' health and family or marital conflicts (Aranda & White, 2001; Jansen & Given, 1991; Stephens, et al., 1988).

Although, caregivers of cancer patient may feel negative about their new responsibilities, some of them had positive feeling to the caregiving role (Nijboer, et al., 1998; Yupapin Sirapo-ngam, B.E. 2539) such as proud to be giving care, having the opportunity to care, and feeling being needed. In addition, the previous studies showed that social support was a variable which positive affected to health outcome variables (Callaghan & Morrissey, 1993; Longford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997; Uphold, 1991). It functions to buffer or protect individuals from the effects of

many kinds of stress (Cohen & Will, 1985). Similar to Lazarus and Folkman (1984) explain social support that it is a phenomena which relates to stress. The function of social support in time of stress is to buffer and protect the affected individuals. In addition to buffering effect, social support has been considered to influence quality of life directly.

From annual cancer registry report of Ramathibodi Hospital in 2003 (Kraiphibul P., 2003), there were 2,593 of new cancer patients which was 2.39 % of all new patients. Almost half of these patients received operational treatment. Nevertheless, only a few number of studies in Thailand have been focused on caregiving of surgical cancer patients. Therefore family caregivers of these patients are an interesting issue which is worth to study. This study will explore all of the followings: stress situations and levels, stress coping patterns, social support systems, quality of life, and the factors affected on quality of life of caregivers. According to previous study, they found that age and level of education affects caregivers' quality of life (Parker, Baile, Moor, & Cohen, 2003; Somrudee Sithimongkol, B.E. 2541). So, these two variables will be adjusted in the analysis of the impacted factors on quality of life. The results of this study will be the crucial information for medical professionals to improve caregivers' quality of life..

Conceptual Framework

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). Factors influencing appraisal are from both the person and situation (environment) (Lazarus & Folkman, 1984: 55-116). The most important person factors affecting cognitive appraisal are commitments and beliefs. Both commitments and beliefs work interdependently with situation factors to determine the extent to which stress will be experienced. These situation factors are novelty, event uncertainty, and temporal

factors (imminence and duration). Therefore, the level or degree of stress depends mainly on the appraisal which is affected by both person and situation factors. Coping is defined as constantly changing cognitive and behavioral effort to manage situations appraised as stressful. Coping serves two functions: problem-focused function and emotion-focused function. The problem-focused function aims to manage or alter the problem generating stress, whereas the emotion-focused function regulated the individual's emotional response to stressful event. The result of appraisal and coping are considered in adaptational outcomes. Three basic kinds of outcome are social function, morale, and somatic health (Lazarus & Folkman, 1984: 222-225).

When explained this study with Lazarus & Folkman Model of Stress, coping and appraisal (1984) found that stress is happened when caregiver appraises situation as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being. Stress appraisals include harm/loss, threat, and challenge. When caregiver appraises caregiving situation as stress, he/she has to cope with the stress. There are two types of coping: problem-focused and emotion-focused coping. Each caregiver uses coping strategies in different way. It depends on personal factors, situational factors and resources such as age, education level, and received social support. Effect of appraisal and coping on adaptational outcome are effective when three kinds of outcome (social function, morale, and somatic health) are reciprocal. Those simplifies good quality of life. So, that can be measured caregiver's quality of life insteads adaptational outcomes in this study. The relationships of these variables were illustrated as figure 1.

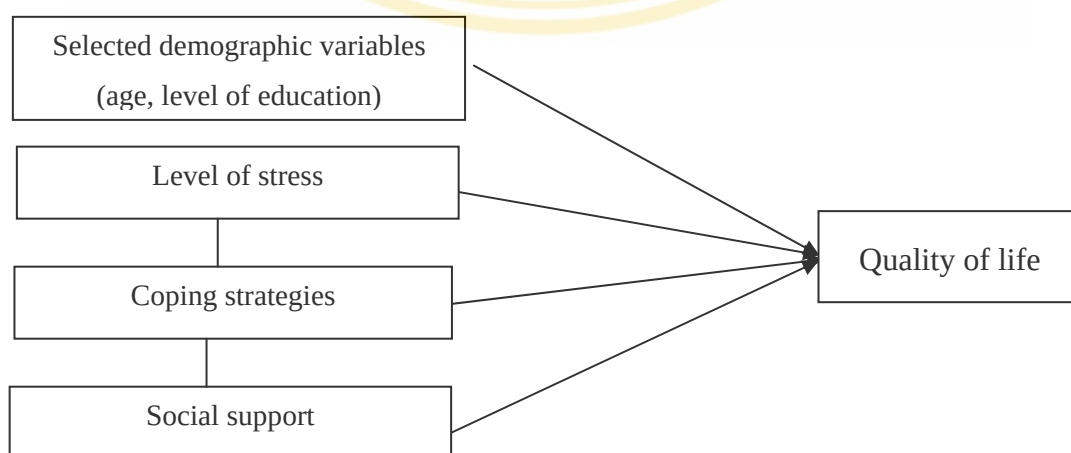


Figure 1 Conceptual framework of the study

The research questions of this research were:

1. What are the situations of caregiving which family caregivers of surgical oncology patients perceived as stress?
2. What is the range and mean of level of stress appraised by these family caregivers of surgical oncology patients?
3. What are the coping strategies that family caregivers of surgical oncology patients use for managing their stress from caregiving demands?
4. How much social support did family caregivers of surgical oncology patients receive, and from whom?
5. What is the quality of life in family caregivers of surgical oncology patients?
6. To what extent the levels of stress, coping, and social support can predict caregivers' quality of life of surgical oncology patients after adjusting the effect of demographic data such as age and level of education?

Research hypothesis was tested to verify whether level of stress, coping strategies, social support can predict caregivers' quality of life of surgical oncology patients after adjusted for age and level of education.

METHODOLOGY

Sample and setting

The target population in this study is primary caregivers of surgical oncology patients at Ramathibodi Hospital. The sample who provided the majority of care at home to the surgical oncology patients for at least two weeks but less than one month was calculated by a formula for determining sample size of multiple regression technique (Cohen, 1987 cited in Munro, 2001: 27). There were 85 primary caregivers. All of them were selected by purposive sampling from ENT and Obstetric and Gynecology out-patient clinics at Ramathibodi Hospital from September to November 2004. The inclusion criteria are family caregivers: a). who provide the majority of physical and/or psychological care to the patient at home for at least two weeks after discharge from hospital; b) the caregivers would be asked with a screening question "During you took care your patient, did you feel stress, suffering, or anxiety?" and if the response was "yes", the caregiver was invited to participate in the research project; c) aged 18 years or more older. If the caregiver's age is 60 years or older, the

caregiver 's status was evaluated. The caregivers who had test score equal or more than 25 were included in the study.

Instrumentation

The instruments used in this study consist of a screening instrument for the caregiver's age is over 60 years and collecting instruments.

1. The screening instrument, 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.

2. The data collecting instruments consisted of:

2.1 The Demographic Questionnaire. The demographic questionnaire, developed for this specific study by researcher included a) the patients' age, gender, diagnosis, stage of disease, course of illness, and treatment plan;. b) caregivers' age, gender, marital status, relationship to the patient, education level, occupation, health and financial status (income), duration of caregiving, their role functions, number of dependent persons in the family, and number of caregivers' assistants.

2.2 The Perceived Stressful Situation Interview and Stress Scale. The perceived stressful situation interview and stress scale were developed by the researcher. It consisted of two parts.

Part I four semi-structured open-ended questions developed by the researcher. The researcher asked participants to describe the activities which caregivers took care of surgical oncology patients, situations which caregivers appraises as stress, suffering , and anxiety and impacts of taking on the caregiver role. The semi-structure interviewing questions were evaluated for content validity by two experts. The interview session took approximately 10–15 minutes and was tape-recorded.

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

2.3 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 surgical oncology patients. Nittaya Suithayagorn (B.E. 2531) translated the original JCS into Thai language, and it has been evaluated for content validity by two experts. After that Surang Preundaj (B.E. 2533) adjust this instrument same as the revised JCS from 1988. 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 85 subjects; the Cronbach's alpha was .78.

2.4 Social Support Questionnaire (SSQ). Chularak Kaweewiwitchai (B.E.2536) modified this instrument from Hanucharoenkul, S. (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 SSQ with 85 subjects; the Cronbach's alpha was .89.

2.5 Quality of Life Index (QLI). 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 85 subjects and Cronbach's alpha was .94.

Data collection

The researcher sent a formal letter to the administrators of Ramathibodi hospital and applied for human subject approval. Data were collected in a 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. Then, they completed the three questionnaires; Jalowiec Coping Scale, Social support questionnaire, and demographic data. The time to complete the questionnaires was approximately 45 to 60 minutes for each participant.

RESULT

Data were analyzed, and presented in three parts: Part one description of caregivers and surgical oncology patients; Part two description of the situation of caregivers taking care for surgical oncology patients; Part three hypothesis testing. Detail for each part as follow:

Part I Description of caregivers and surgical oncology patients

Description of caregivers

The sample of this study comprised of primary caregivers who are living with and providing the majority of care to surgical oncology patients at home. The subjects were recruited from ENT, and Obstetric and Gynecology out-patient clinics at Ramathibodi Hospital, Thailand. The data were collected from September 1, 2004 to November 30, 2004. All of subjects were completed all questionnaire and interviewed stress situation and level of stress by the researcher at the first time. To complete the questionnaires, the overall interviewing time consumed was averaged approximately 60 minutes. Six caregivers who are over 60 years old, were tested the cognitive status by the Set Test. All of them passed the test which score between 30 to 40.

Demographic characteristic of caregivers

Eighty-five family caregivers were participated in this study. The majority of them were female (75.3 %) and married (71.8%). Caregiver's age ranged from 22 to 77 years with a mean age of 44.9 year. Most of them were cancer person's child (47 %), and spouse (40%). Caregiver' education started at primary to bachelor degree and higher. Number of education was between 4 to 22 years (average to 11.89 years). Regarding income, ranged from 2,000 to 80,000 Bath/month with a mean income of

15,142.71 Bath/month and 50% had enough income. Most of them (31.8%) were government officer. There were 41 caregivers who had moderate health status. Most of them (92.8%) had more than one role responsibility, had to take care dependent persons in the family (87%), and had other family members to help them take care of the patients (70.6 %).

Demographic characteristic of surgical oncology patients

In this study, the researcher collected data of surgical oncology patients from medical record. There were 85 participants whose age ranged from 24 to 88 years with a mean of age 58.67years. The majority of them (60%) were female. They were with different site of cancer – gastrointestinal and hepatobilliary tract (41.18%); breast (22.34%); head and neck (16.46%); urinary tract (15.29%) and others (4.71%). Their duration of illness ranged from 1 to 24 month.

Part II Description of the situation of caregivers taking care for surgical oncology patients

This part covers family caregiver's stress situation from caregiving and their impacts. Content analysis and grouping of the stress situations can be described as 5 categories: 1) helping patients with physical care; 2) managing patient's emotional change; 3) facing loss of the patient; 4) being unable to tell the patient that he/she has cancer; and 5) managing economic problems. Frequency and percentage of the stress situations are shown in **Table 1**. are as described by the caregivers. Facing loss of the patient and being unable to tell the patient that he/she has cancers by our caregivers. Likewise, stress situations, content analysis and grouping of the impact of caregiver's role revealed positive and negative aspects as shown in **Table 2**.

Table 1 Frequency and percent of the stress situations described by the caregivers
(n= 85)

Stress situation from caregiving	Frequency	Percent of caregivers
1. Helping patients with physical care		
- support symptom	23	27.06
- managing treatment	20	23.53
2. Managing patient's emotional change	31	36.47

* each caregiver perceived stress more than one situation

Table 1 Frequency and percent of the stress situations described by the caregivers
(n= 85) (continue)

Stress situation from caregiving	Frequency	Percent of caregivers
3. Facing loss of the patient		
- loss of the patient	40	47.06
- loss of patient's getting improvement	9	10.59
	7	8.24
4. Being unable to tell the patient that he/she has cancer		
5. Managing economic problems	16	18.82
- financial problem	12	14.12
- work overload for more income		

Table 2. Impacts of taking caregiver role (n =85)

Impacts of taking on the caregiver role	Frequency	percent of caregivers
Positive aspects		
filial obligation (Bun-Koon)	12	20.0
close up / do something together	4	4.7
Negative aspects		
Physical problem		
- inadequate rest and sleep	18	21.2
- fatigue	11	12.9
- weight loss	5	5.9
- health deterioration	4	4.7
Emotion problem		
- labile mood	16	18.8
- boring	1	1.17

* each caregiver perceived stress more than one situation

Table 2. Impacts of taking caregiver role (n =85) (continue)

Impacts of taking on the caregiver role	Frequency	percent of caregivers
Negative aspects		
Socioeconomic problem		
- loss of free time / privacy	20	23.5
- quit working / decrease working hours	16	18.8
- loss/ decrease income	11	12.9
- his / her own family separation	10	11.8

Part III Hypothesis testing**Stress level**

Level of stress related was measured by asking the subjects to rate their stress level to care for cancer patients. The stress level was moderate. Their stress level were ranged from 4- 94, with the mean of 41.75 (SD = 23.0).

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 fallowed: the total scales = 96.44, confrontive coping = 42.41, emotive coping = 16.96, and palliative coping = 35.82 (**Table 3**). 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 4**)

Table 3 The range, mean and standard deviation of the raw score of caregiver's coping strategies (n = 85)

Coping Strategies	Possible range	Actual Range	Mean	SD
Overall coping	36-180	61-138	96.44	13.14
Confrontive coping	13-65	21-58	42.41	6.98
Emotive coping	9-45	10-29	16.96	3.48
Palliative coping	14-70	19-61	35.82	7.26

Table 4 The range, mean and standard deviation of the relative score of caregiver's coping strategies. (n = 85)

Coping strategy	Min - Max	Mean	SD
Confrontive coping	.30 - .54	.41	.05
Emotive coping	.16 - .35	.26	.04
Palliative coping	.22 - .42	.33	.04

Social support

Social support consisted of three subscales; emotional support, tangible support, and informational support from three sources; such as family member, friends, and health care professional. Total Social support score of the caregiver who cared surgical oncology patient in this study was rather high. It's ranged from 15 to 56 with a mean 33.12 (SD = 9.66). Family caregiver received the most support from family member, health care professional, and friend, 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 member, health care professional, and friend was 2.84, 2.28, and 2.27 respectively. Therefore family caregivers had most score in emotional support from family. Caregivers received informational support most from health care professionals (mean=3.07) and the other from family members (mean=2.51) and friends (mean=1.19) respectively. (Table 5)

Quality of life

The study revealed that quality of life score was rather high, range from 13.95 to 28.88 from possible score 0 to 30 with mean 22.78 (SD = 3.01).

Table 5 Range mean and standard deviation of social support for each support source(n = 85)

Social Support	Min - Max		Mean	SD
	Possible	Actual		
Overall	0-60	15-56	33.12	9.66
Family member	0-20	5-20	13.39	3.63
Emotional support	0-8	2-8	5.69	1.61
Instrumental support	0-8	0-8	5.03	1.76
Information support	0-4	0-4	2.67	0.94
Health care Professional	0-20	3-18	9.89	3.68
Emotional support	0-8	0-8	4.57	1.82
Instrumental support	0-8	0-8	2.25	2.37
Information support	0-4	0-4	3.07	0.92
Friends	0-20	2-20	9.80	4.43
Emotional support	0-8	0-8	4.55	1.79
Instrumental support	0-8	0-8	2.87	2.06
Information support	0-4	1-4	2.38	0.82

Hypothesis testing :whether level of stress, coping strategies, level of social support can predict quality of life of caregivers in surgical oncology patients after adjusted for age and level of education or not.

Age, level of education, level of stress, coping strategies, and level of social support were tested for correlation with quality of life using Pearson product moment correlation test. The result showed that age and social support were positive correlated at statistically level with quality of life ($r = .224, p < .01$, $r.308 =, p < .05$ respectively) and stress level was negative correlated at statistically level with quality of life ($r = -.298, p < .01$). The coping strategies, and level of education were not showed relationship with quality of life. The correlation matrix among studied variables were shown in **Table 6**.

Table 6 Pearson Product moment correlation coefficient between quality of life and other variables

	1	2	3	4	5	6
1. age	1.00					
2. level of education	-.349**	1.00				
3. level of stress	-.294**	.204	1.00			
4. coping score	.057	-.068	.238*	1.00		
5. social support	.072	-.071	-.134	-.149	1.00	
6. quality of life	.224*	-.115	-.298**	.097	.308**	1.00

** $p < .01$; * $p < .05$

Prior to regression analysis were generated, assumption testing for predicted power was performed. There were met all assumptions. As shown in **Table 7**, for adjusted the effect of age and level of education which found the effect of them on quality of life from literature reviewed. Using statistic method, age and level of education were forced to regression equation at first time which found that age and level of education were accounted for 5.2 % 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 accounted for 8.5 % of variance in quality of life ($F \text{ change}_{(3,81)} = 7.96, p < .01$). Level of stress was the next variable selected to the regression equation of quality of life and accounted for 4.3 % of variance ($F \text{ change}_{(4,80)} = 4.23, p < .05$). Therefore social support and level of stress accounted for 12.8 % of variance to explain quality of life in family caregiver of surgical oncology patients after adjusted for the effect of age and education level ($p < .05$).

Table 7 Stepwise multiple regression of caregivers' quality of life

Variables	R Square	R Square change	F change	β	t	p
age,	.052	.052	2.245	.140	1.254	.214
level of education				-.002	-.071	.986
social support	.137	.085	7.964	.268	2.625	.010
level of stress	.180	.043	4.239	-.221	-2.059	.043

Constant 19.722, Overall $F_{(1,80)} = 4.239, p < .05$

DISCUSSION

The result showed that family caregivers' stress situations from caregiving related to "managing treatment" such as dressing wound, change colostomy bag, or care for redivac drain. Caregivers reports of those activities as the most stressful concern revealed novelty. They told us: "at the first time I do not know how can I do it. It makes me very stress situation". According to Lazarus' stress model, the novelty of events are factors that affect people when appraising stress (Lazarus & Folkman , 1984: 85-92). This was similar to the study of stress coping in graduate students (Yupapin Sirapo-ngam, Vanlaya Tantayothai, & Jariya Vittayasukorn: B.E. 2540: 193-200). They described that the most stress situation are lack of experience in critique, seminar, and presentation in the class. That is, the findings allow healthcare providers should plan to prepare caregivers for knowledge and skill before discharge the patient.

Caregivers described situation of "facing loss of the patient" was stress situation because they cannot anticipate in the future. They told us that "they do not know how can they manage their life if the patient died". Based on Lazarus' stress model discussed people appraised the situation as stress which they are not unpredictable or easily controllable (Lazarus & Folkman , 1984: 85-92). In the same of dealing with situation of "managing patient's emotional change" caregivers may be considered as events which occurred unpredictably and were not easily controllable. Similar with the previous studies found that caregivers appraised the stress events as dealing with patient' s behavior or emotional change (Carey, Obert, McCubin & Hughes, 1991; Chan & Chang, 1999; Wongjunlongsin S., 1999).

The finding reveled that there were two kinds of the impact of caregiver's role which were positive and negative aspects. Caregivers reported positive aspects as filial obligation (Bun-Koon) and close up or do something together. Caregivers said that "I have a closer relationship with patients" These positive feelings of caregivers might diminish the stress created by caregiving demand similar to the previous studies (Papankorn R., 2003; Vipa Visaso, B.E. 2545). Negative aspects as physical problem – inadequate rest and sleep, fatigue, weight loss, health deterioration, emotional problem –labile mood, boring, and socioeconomic problem – loss of free time / privacy, quite working/ decrease working hour, loss/ decrease income and his / her own family separation were described by caregivers. This supported with the previous

studies (Chanita Maneewan, et al., B.E. 2537a; Edwards & Ung, 2002; Given, et al., 1990; Lynch-Sauer, 1990; Nongluk Peunchompoo, B.E. 2540; Papangkorn R., 2003), being a caregiver was perceived as burdensome, emotional instability, health problem, and financial burdens

This result found that being a caregivers was appraised as stress. A possible explanation is some activities which caregivers took care for the patients were the novelty and uncertainty situations (Lazarus & Folkman, 1984: 85-92). There were low to moderate stress level in family caregivers which congruenced with other studies (Saipin Kasemkitwatta, et al., B.E. 2537). It might be explained that most caregivers appraised impact of caregiving as positive views, had person to assist caregiving, and were adult children and spouses who had a close relationship with the patients. The findings supported the assertion of Lazarus and Folkman (1984) that the commitment can impel a person toward a course of action that can reduce the threat and help sustain coping effort in the face of obstacles.

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 consistented with several studies (Kittikol Nilmanud, B.E.2538; Somrudee Siithimongkol, B.E. 2541). Possible explanation of this phenomenon was that situation of managing treatment leading to stress in caregivers. Caregiver tried to training skill for face of obstacles. They must use confrontive coping. Moreover, dealing with situation of “facing loss of the patient” and “managing patient’s emotional change” leading to stress in caregivers. Thus caregivers may also need to use emotional coping to cope with those situation.

Family caregivers received the most support from family member, health care professional, and friends, respectively. The possible explanation may be that caregivers of surgical oncology patients had to take care the patients both physical and emotional which impact from diagnosis of cancer. Caregivers had also help the

patients for a long time. Moreover, 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 member. 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. Based on the actual range of social support raw score, minimum score of each subscale was zero score. The findings revealed that some caregivers may not have support especially information 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 Sitthimongkol, B.E. 2541; Vipawan Cham, B.E. 2536). One possible explanation is the most of the caregivers in this study were adult children and spouses who had a commitment and were close to the patients. This is consistent with Lazarus' stress model (1984: 58): the commitment can encourage people try to solve problem occurring in their loved ones. Another explanation could be that caregivers appraised those caregiving situations were positive aspects. Those made caregivers feel relax and not try to adjust their life so much. That is the reason for a good quality of life of caregivers.

Pearson product moment correlation coefficient was used to analyze the data. The results revealed that three factors had correlated with quality of life. They were level of stress, social support, and age. Level of stress was negative correlation with quality of life. The result is consistent with Somrudee Sitthimongkol's study (B.E. 2541) which found that when caregivers appraised high level of stress, they received low quality of life. Social support was positive correlation with quality of life, similar to Lazarus and Folkman (1984) which explained social support that it is a phenomena which relates to stress. The function of social support in time of stress is to buffer and protect the affected individuals. Wang's meta-analysis (1998) of 21 literatures from 1985-1996 found that social support had influence to quality of life in moderate level. Another results revealed that age was positive correlation with quality of life, similar to Lazarus and Folkman (1984) which explained person who had experience should be choose coping strategies accurate with problem. Consistent with Somrudee Sitthimongkol's study (B.E. 2541) which found that caregivers who have older age, they received higher quality of life.

Coping strategies in this study, used overall coping strategies to analyzed in Pearson product moment correlation coefficient. According to stress and coping model (Lazarus & Folkman: 1984), any stress situation people use both problem-focused coping and emotional-focused coping. The finding revealed that coping strategies and level of education were not statistical significantly correlated with quality of life. It was not congruent with the previous studies.

Prior for regression analysis, for adjusting the effect of age and level of education which found the effect of them on quality of life based on literature reviewed. Using statistic method, age and level of education were forced to regression equation at first time which found that age and level of education accounted for 5.2 % of variance in quality of life which were not statistically significant. Social support which had highest correlation with quality of life was the first variable selected to regression equation and accounted for 8.5 % of variance in quality of life (F change $(2, 81)=7.96$, $p<.01$). The result indicated that family caregivers who received more social support, their quality of life was high. Level of stress was the second variable selected for entry into the predictive model, and additionally account for 4.2 % of variance in quality of life (F change $(1,80) = 4.23$, $p <.05$). The result indicated that family caregivers who had low level of stress , their quality of life was high. Similarly, Lazarus and Folkman (1984) who explained social support help release stress. The function of social support in time of stress is to buffer and protect the affected individuals. Moreover, Somrudee Sitthimongkol' s study (B.E. 2541) and Wang' study (1998) found that social support had moderately influent to quality of life and caregiving stress can predict caregivers' quality of life.

In addition, social support and level of stress accounted for 12.7 % of variance in quality of life in family caregiver of surgical oncology patients after adjusting the effect of age and level of education. The other 88.3 % 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-focused and problem-focused coping to cope with stressful situations. Measuring stress level of caregivers during take care the patient at home 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.

RECOMMENDATIONS

The result of this study will provide several important implications for nurse professions in terms of practice, education and research.

Implications for nursing practice:

1. The findings of this study apparently indicate that the novelty, the uncertainty, and the unpredictable situations are perceived as stress by caregivers. Thus, nurse professions should have a discharge plan preparing caregivers about knowledge and skill to take care the patients at home. In addition, help program and supporting system should be developed to assist caregivers whenever they want. Moreover, prompt intervention and continuing home care might decrease caregivers' stress and benefit both patients and caregivers.

2. Findings from interviewing process revealed that the average stress level is appraised as low to moderate level. The reasons are: positively appraised caregiving activities, having assistants, and their close relationship with the patients. Thus, nurse professions should empower other family members helping primary caregivers and strengthen the relationship in their family.

3. Based on the actual support score, the minimum score of any subscale is zero. This findings revealed that some caregivers may not have support, particularly information support by health care providers. Therefore, health care providers should have a formal training skill for information given. Finally, an exploration of caregivers readiness and how much time for giving information might give a crucial improvement.

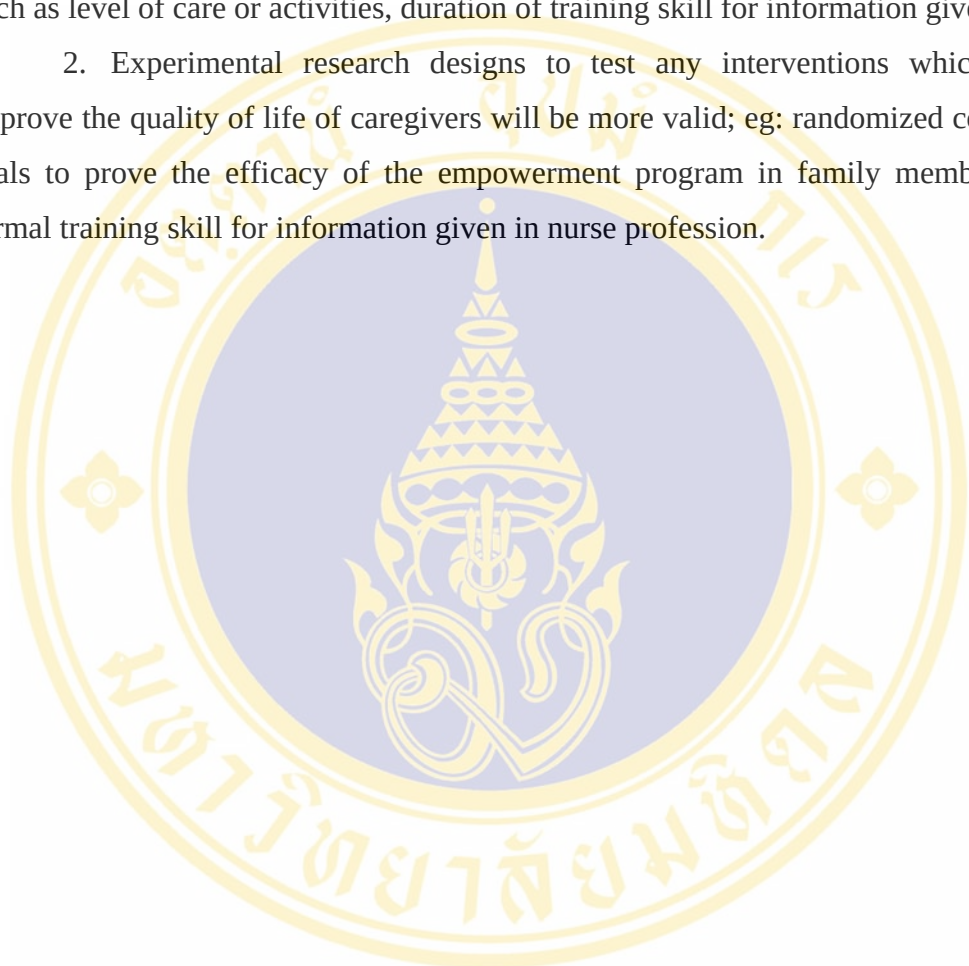
Implications for nursing education:

The information from interview revealed that good understanding of caregivers' stress situations and their activities will improve quality of life both in caregivers and patients. Thus, expanding educational program in this area will make a significant change and development. This will result in a training program as cancer nurse specialist.

Implications for nursing research:

Even with the result of this study, there are some limitations and still have an area of interests which have not yet answered. For examples:

1. There might be some other factors that affects quality of life of caregivers such as level of care or activities, duration of training skill for information given.
2. Experimental research designs to test any interventions which might improve the quality of life of caregivers will be more valid; eg: randomized controlled trials to prove the efficacy of the empowerment program in family members or a formal training skill for information given in nurse profession.



บรรณานุกรม

- กิตติกร นิลมานัต. (2538). *ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่มีอาการขณะพักที่โรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ในระยะพักฟื้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยา วาณิชบัญชา. (2546). *การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- กฤษณา ครามแสง. (2539). *ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการลดความพร่องของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา สมนึก. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแล และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลบ้าน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ. (2542). *ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะอารมณ์แปรปรวน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น. (2536). *ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฬารักษ์ กวีวิทธชัย. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม มกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เฉลิม วงศ์จันทร์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิตา มณีวรรณ, เมริย์ สุจินดา สมทรง จุไรทัศน์ย์ และวรรณ นิลนครา. (2537 ก). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ดูแลที่บ้าน. *วารสารพยาบาล*, 43(4), 236-244.
- ชนิตา มณีวรรณ, สุนทรี ภาณุทัต, เมริย์ สุจินดา และ อุมารักษ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2537 ข). ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลที่บ้าน. *วารสารพยาบาล-สาธารณสุข*, 8(2), 30-39.
- ชินฤดี แก้วบุตร. (2535). ความพร้อมของมารดาในการดูแลบุตร และความผาสุกในครอบครัวของเด็กป่วยกลุ่มโรคลมชัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชูชื่น ชีวะพูนผล. (2541). ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกและการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- คาริกา ธารบัวสวรรค์. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยระดับความพิการของผู้ป่วย กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารสหการพยาบาล*, 14 (1), 36-45.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา สุทธยากร. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นมิตา ล.สกุล. (2544). ภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ พันชมภู. (2540). การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประไพ บุรินทรมาตย์ และมาลี เลิศมาลีวงศ์. (2541). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มี อาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 2(1), 76-90.
- ประเทือง พิมพ์โพธิ์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525.
- เพ็ญลดดา เคนไชวงศ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย และคณะ. (2545). *ฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2531-2542*. (CD ROM).
- มารยาท วัชรเกียรติ. (2535). ผลของการสนับสนุนทางการแพทย์ต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. 2(1), 84-93.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม วัลลา ดันตโยทัย และจริยา วิทสุกร. (2540). ความเครียด การเผชิญความเครียด และแหล่งประโยชน์ของนักศึกษาพยาบาลปริญญาโทระหว่างการเรียนในภาคการศึกษาแรก. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 6(3), 193-200.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. 9(2), 156-164.
- รสลิน เอี่ยมอิ่งพานิช. (2539). *ภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจา ภูโพนุลย์. (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). ภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลสูงอายุที่ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลวัลย์ วโรพาร. (2535). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด และความผาสุกโดยทั่วไปของบิดา-มารดา มารดาบุตรที่ได้รับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศากุล คงพันธ์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับความผาสุกโดยทั่วไปในมารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิรินภา นันทพงษ์. (2542). แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริกุล การุณเจริญพานิชย์. (2542). ปัญหาของระบบทางเดินอาหาร การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารภายหลังการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายธรรม วงศ์สาธิตวิไลรุ่ง. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลสูงอายุความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลสูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช วัฒนา น้ำเพชร และ ภัสพร ขำวิชา (2539). แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14(2), 76-92.

- สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ. (2543). *ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัญญา บุญยอ. (2542). *การได้รับการดูแลและการให้การดูแลของผู้สูงอายุ ในอำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนา แสนมาโนช. (2541). *ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรางค์ เปื้องเดช. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2548) *การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547*. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สมนึก สกุลหงษ์โสภณ (2540). *ประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวความคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียดและเพิ่มความสามารถการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมฤดี ลิทธิมงคล. (2541). *ความเครียด การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ. (2545). *คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เหมือนฝัน มณีฉาย. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรุณี นาคะพงศ์. (2539). *ภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารี นุ้ยบ้านด่าน. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ใน ชอลดะ พันธุเสนา. (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 (ทางศัลยศาสตร์)*. (หน้า 68-81). พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- 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
- 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.
- 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.
- 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.
- Chan, C.W.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.

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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
- Dropkin, M.J. (2001). Anxiety, coping strategies, and coping behaviors in patients undergoing head and neck cancer surgery. *Cancer nursing*, 24(2), 143-148.
- 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.
- 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). Development of quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17 (3), 15-19.
- Ferrans, C.E. (2000). Chapter 12: Quality of life as an outcome of cancer care. In C.H. Yarbo, M. Goodman, M.H. Frogge, & S.L. Greenwald (Eds.), *Cancer Nursing Principle and Practice* (pp 243-258). 5th ed. London: Jones and Barlett.
- Frogge, M.H., & Cuning, S.M. (2000). Chapter 14: Surgical therapy. In C.H. Yarbo, M. Goodman, M.H. Frogge, & S.L. Greenwald (Eds.), *Cancer Nursing Principle and Practice* (pp 243-258). 5th ed. London: Jones and Barlett.
- Gallo, J.J. (1990). The effect of social support on depression in caregivers of the elderly. *Journal of family practice*, 30(4), 430-436.
- Gerlach, P.K. (2006). Perspective on Erickson's eight stages of human development. Retrieved March 4, 2007 from [www. Sfhelp.org/01/erickson8.html](http://www.Sfhelp.org/01/erickson8.html).

- 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., & Frantein,F.. (1992). The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing & Health*, 15, 271-283.
- Haley, W., LaMonde, L.A., Han, B., Burton, A.M., & Schonwetter, R. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, 6 (2), 215-224.
- 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.
- Hanucharurnkul, 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.
- Isaacs, B., & Kennie, A.T. (1973). The Set TEST as an aid to the detection of demementia in old people. *The British Journal of Psychiatry*, 123, 467-470.
- Iconomou,G., Viha, A., Kalofonos, H.P., & Kardamskis,D. (2001). Impact of cancer on primary caregivers of patients receiving radiation therapy. *Acta Oncologica*, 40 (6), 766-771.
- 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.
- Jalowiec, A., Murrphy, S.P. & Powers, M.J. (1984). Phychometric assessment of the Jalowiec coping scale. *Nursing Research*, 33 (3), 157-161.
- Jalowiec, A., & Powers, M.J. (1980). Stress and coping in hypertensive and emergency room patient. *Nursing Research*. 30, 10-15.

- 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.
- Kraiphibul, P. (ED.). (2003). *Annual report 2003 Ramathibodi cancer registry*. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Mahidol University.
- 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 phenological descreiption of caregiving effect. *Journal of Gerontological Nursing*,16(9), 8-11.
- Meyer, J.L., & Gray, L.N. (2001). The relationships between family primary caregiver characteristics and satisfaction with hospice care, quality of life, and burden. *Oncology Nursing Forum*, 28 (1), 73-82.
- Miller, B., & Montgomery,A. (1990) . Family caregivers and limitations in social activities. *Research of Aging*,12(1), 72-93.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G., & Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relation*, 34, 19-26.
- 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., et al. (1994). Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. a randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine*, 120(12):999-1006.
- Nijboer,C., et al. (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. (1988). Social support: a model for clinical research and application. *Advances in Nursing Science*, July, 43-59.
- Norbeck, J., Lindsey, A., & Carrieri, V. (1981). The development of instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30(5), 264-269.
- Northouse, L. (1989). A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16(4), 511-516.
- 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.
- Oberst, M.T. & Scott, D.W. (1988). Postdischarge distress in surgically treated cancer patients and their spouses. *Research in Nursing & Health*, 11, 223-233.
- Okta, J.S., & Volland, P.J. (1990). Post-hospital support program for the frail elderly and their caregivers: a quasi – experimental evaluation. *American Journal of Public Health*, 80(1), 39-46.
- Papangkorn, R. (2003). *Caregivers' experiences in caring for dependent elderly persons*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Parker, P.A., Baile, W.F., De Moor, C., & Cohen, L. (2003). Psychological and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-oncology*, 12, 183-193.
- Pasacreta, J.V., & McCorkle, R. (2000). Cancer care: impact of intervention on caregiver outcomes. *Annual Review of Nursing Research*, 18, 127-148.
- Persson, E., & Hellstrom, A.L. (2002) Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 29(2), 103-108.
- Pohl, J.M., Given, C.W., Coolins, C.E., & Given, B.A. (1994). Social vulnerability and reactions to caregiving in daughters and daughter-in-law caring for disabled aging patients. *Health Care for Women International*, 15(5), 385-395.
- 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., Anders, D., Markiewicz, D., & Gauthier, S. (1994). Personality traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. *International Journal of Aging Development*, 39 (3), 257-271.
- Robinson, K. & Yates, K. (1994). Effects of two caregiver-training programs on burden and attitude toward help. *Archieve Psychiatry in nursing*, 8(5): 312-319.
- Robinson, K.M. (1990) Predictors of burden among wife caregivers. *Scholarship Inquiry for Nursing Practice*, 4(3), 189-203.
- 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.
- Schliephake, H., & Jamil, M.U. (2002). Prospective evaluation of quality of life after oncologic surgery for oral cancer. *International Jouanal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 31(4), 427-433.
- Siegel, K., Raveis, V.H., Houts, P. & Mor, V. (1991). Caregiver burden and unmet patient needs. *Cancer*, 68(5), 1131-1140.
- Stephens, M.A.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.
- 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, H.H. (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*. New York: McGraw-Hill Book Co.

- Weitzner, MA., McMillan, SC., & Jacobsen, JB. (1999). Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment setting. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(6), 418-428.
- Weizter, H.A., Jacobson, P.B., Wagner, H., Friendland, J., & Cox, C.. (1999). The caregiver quality of life index- cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life the family caregiver of patients with cancer. *Quality of Life Research*, 8, 55-63.
- Wongjunlongsin, S. ((1999). *Caregiving demand, stress, and coping of family caregivers of patients with cerebrovascular disease*. M.S. Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Woods, N.F., Lewis, F.M. & Ellison, E.S. (1989). Living with cancer family experiences. *Cancer Nursing*, 12(1), 28-33.
- Zacharias, D.R., Glig, C.A., & Foxal, M.J. (1994). Quality of life and coping in patients with gynecology cancer and their spouses. *Oncology Nursing Forum*, 21(10), 1699-1706.



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test)

เลขที่.....

สัตว์

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

สัตว์

1.
2.
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

กะเนน

ผลไม้

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

กะเนน

จังหวัด

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

กะเนน

.....

กะเนน

.....

กะเนนรวม กะเนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

วันที่

2.1 แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่

แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย (/) ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี เดือน
2. เพศ
[1] ชาย
[2] หญิง
3. การวินิจฉัยโรค
4. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ปี เดือน
5. สิทธิการรักษา ระบุ

แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

วันที่

เลขที่

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] สามิ/ภรรยา [2] บิดา/มารดา [3] บุตรชาย/บุตรสาว
[4] บุตรเขย/บุตรสะใภ้ [5] อื่นๆ ระบุ
5. ระยะเวลาในการดูแลหลังจากผู้ป่วยผ่าตัดและกลับไปอยู่บ้าน สัปดาห์
6. ระดับการศึกษา
[1] ไม่ได้เรียน [2] ประถมศึกษา [3] มัธยมศึกษา/ปวช.
[4] อนุปริญญา/ปวส. [5] ปริญญาตรีหรือสูงกว่า [6] อื่นๆ ระบุ.....
รวมจำนวนปีที่ใช้ในการศึกษา ปี
7. อาชีพ
[1] ไม่ได้ประกอบอาชีพ [2] ค้าขาย [3] รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
[4] รับจ้าง [5] เกษตรกร [6] อื่นๆ ระบุ
8. รายได้เฉลี่ยของญาติผู้ดูแล บาท/เดือน
[1] ไม่พอใช้จ่าย [2] พอใช้จ่าย [3] เหลือเก็บ
[4] มีปัญหาด้านการเงิน [5] ไม่มีปัญหาด้านการเงิน
9. ภาวะสุขภาพ
[1] ไม่ดี [2] ปานกลาง [3] ดี
10. โรคประจำตัว ระบุ
11. จำนวนหน้าที่/ บทบาทที่รับผิดชอบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
[1] พ่อ/แม่ [2] บุตร/หลาน [3] สามิ/ภรรยา
[4] ทำงานนอกบ้าน [5] ทำงานบ้าน
12. จำนวนบุคคลในครอบครัวที่ต้องให้การดูแล.....คน
13. ผู้ที่ช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
[1] ไม่มี [2] มี ระบุจำนวน คน

2.2 แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด และระดับความเครียด

แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด

คำถามสำหรับคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย (Screening Question)

คำถามสำหรับคัดกรองญาติผู้ดูแลเพื่อประเมินว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดจากสถานการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีความเครียดหรือไม่

- ในระหว่างที่คุณให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน คุณมีความรู้สึกเครียด/ ทุกข์ใจ/ กังวลใจ บ้างหรือไม่

ส่วนที่1 แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียด

คำชี้แจง ขอให้คุณนึกย้อนถึงสถานการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับการผ่าตัดและกลับไปอยู่บ้านจนถึง ขณะนี้

1. คุณดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้างในแต่ละวัน
2. มีเรื่องอะไรบ้างที่คุณต้องทำแทนผู้ป่วยซึ่งเดิมผู้ป่วยเคยทำอยู่
3. มีสถานการณ์อะไรบ้างที่คุณทำให้ผู้ป่วย (ในช่วงที่คุณดูแลผู้ป่วยที่บ้าน) แล้วคุณรู้สึกเครียด/ ทุกข์ใจ/ กังวลใจ
4. จากสถานการณ์ที่คุณเล่ามาทำให้ชีวิตของคุณเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความเครียด

วันที่

เลขที่

จากที่คุณเล่าเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด/ ทุกข์ใจ/ กังวลใจ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่
คุณให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยรวมแล้วคุณคิดว่าคุณเครียดมากน้อยแค่ไหน

กรุณาทำเครื่องหมาย | ลงบนเส้นตรงด้านล่างนี้ ซึ่งเส้นตรงนี้แทนความรู้สึเครียดของ
คุณจากการให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งอยู่ระหว่าง 1 ถึง 100 โดย 1 หมายถึง เครียดน้อยที่สุด 100 หมายถึง
เครียดมากที่สุด

เครียดน้อยที่สุด | 1 |-----| 100 | เครียดมากที่สุด

2.3 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง แบบวัดนี้ เป็นแบบวัดวิธีการที่คุณใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ในช่วงที่คุณให้การดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับการผ่าตัดและกลับไปอยู่บ้าน

โปรดกะประมาณว่าคุณใช้วิธีการต่อไปนี้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นๆ มากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความถี่ของตัวเลขของวิธีการที่คุณใช้ ความหมายของของตัวเลขแสดงระดับเป็นดังนี้

- | | | |
|---|---------|------------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เคยใช้วิธีนี้ |
| 2 | หมายถึง | ใช้วิธีนี้นานๆ ครั้ง |
| 3 | หมายถึง | ใช้วิธีนี้เป็นบางครั้ง |
| 4 | หมายถึง | ใช้วิธีนี้บ่อยครั้ง |
| 5 | หมายถึง | ใช้วิธีนี้ทุกครั้ง |

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

วิธีการเผชิญความเครียด	1	2	3	4	5
15. พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบและครบถ้วนโดยปราศจากอคติ					
16. พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้					
17. พยายามศึกษาสถานการณ์นั้นอย่างเอาใจใส่และตั้งใจ					
18. สวด อ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์					
19. ประหม่า หงุดหงิด					
20. พยายามหนีจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่					
21. ดำเนินคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา					
22. พยายามอย่างมากที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์					
23. ระบายความตึงเครียดกับคนอื่นหรือสิ่งอื่น					
24. ปลีกตัวออกไปอยู่คนเดียวหรือต้องการอยู่ตามลำพัง					
25. ปลงตกเพราะดูเหมือนว่าหมดหนทางแก้ไข					
26. ไม่ทำอะไรเลยโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาก็จะคลี่คลายไปเอง					
27. การขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากญาติสนิทในครอบครัวหรือเพื่อน					
28. พยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ๆเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อที่จะสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้น					
29. ทดลองแก้ปัญหาหลายๆวิธีเพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด					
30. ปลงตกเพราะเป็นชะตากรรมของตนดังนั้นการพยายามทำอะไรก็ตามที่จะแก้ปัญหาก็ไร้ความหมาย					
31. พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา					
32. พยายามแยกปัญหาออกเป็นส่วนย่อยเพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาได้ดีขึ้น					
33. เข้านอนและคิดว่าทุกสิ่งอาจจะดีขึ้นในวันพรุ่งนี้					
34. กำหนดเป้าหมายเฉพาะเพื่อแก้ไขปัญหา					
35. ปลอบใจตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลย ทุกอย่างคงคลี่คลายไปในทางที่ดี”					
36. ยอมรับในส่วนที่ดีของสิ่งที่เกิดขึ้นจริง					

วันที่

เลขที่

2.4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ ต้องการทราบถึงปริมาณความช่วยเหลือที่คุณได้รับจากบุคคลในกลุ่มสังคมต่างๆ 3 กลุ่ม ได้แก่ **กลุ่มสมาชิกในครอบครัว** **กลุ่มบุคคลใกล้ชิด** และ **กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์** ว่ามีมากเพียงใด ในช่วงที่คุณให้การดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับการผ่าตัด และกลับไปอยู่บ้าน ขอให้คุณพิจารณาความช่วยเหลือในแต่ละข้อจากบุคคล 3 กลุ่มนี้ว่า คุณได้รับมากเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่องจากความช่วยเหลือใน 5 ระดับ คือ

ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด

ได้รับความช่วยเหลือค่อนข้างมาก

ได้รับความช่วยเหลือปานกลาง

ได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย

ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย

ระดับความช่วยเหลือที่คุณเลือกนี้ ไม่มีถูกผิด คำตอบที่ถูกมีอยู่คำตอบเดียวคือคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของคุณ

ตัวอย่าง

1. ความช่วยเหลือจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. คุณได้รับความช่วยเหลือในการให้การดูแลผู้ป่วยมากเพียงใด	/				

แสดงว่าคุณได้รับความช่วยเหลือในการให้การดูแลผู้ป่วยจากครอบครัวมากที่สุด

1. ความช่วยเหลือจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว

วันที่

เลขที่

ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. คุณได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ มากเพียงใด					
2. คุณได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุข มากเพียงใด					
3. สมาชิกในครอบครัวช่วยให้คุณมีขวัญกำลังใจเมื่อท้อแท้ มากเพียงใด					
4. คุณได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินและความช่วยเหลืออื่นๆในกรณีรบกวน มากเพียงใด					
5. คุณได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน มากเพียงใด					

วันที่

เลขที่

2. ความช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลใกล้ชิด

ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. คุณได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ มากเพียงใด					
2. คุณได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุข มากเพียงใด					
3. สมาชิกในครอบครัวช่วยให้คุณมีขวัญกำลังใจเมื่อท้อแท้ มากเพียงใด					
4. คุณได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินและความช่วยเหลืออื่นๆในกรณีรบกวน มากเพียงใด					
5. คุณได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน มากเพียงใด					

3. ความช่วยเหลือจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

วันที่

เลขที่

ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้ เลย
1. คุณได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ มากเพียงใด					
2. คุณได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุข มากเพียงใด					
3. สมาชิกในครอบครัวช่วยให้คุณมีขวัญกำลังใจเมื่อท้อแท้ มากเพียงใด					
4. คุณได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินและความช่วยเหลืออื่นๆในกรณีรีบด่วน มากเพียงใด					
5. คุณได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน มากเพียงใด					

2.5 แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

วันที่

เลขที่

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นข้อความที่ใช้บรรยายเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตของคุณ ในช่วงที่คุณให้การดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับการผ่าตัดและกลับไปอยู่บ้าน

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของคุณ ว่า ข้อความแต่ละข้อมีความสำคัญต่อคุณหรือไม่ ระดับใด และคุณรู้สึกพึงพอใจกับข้อความนั้นว่าเป็นความจริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันหรือไม่ ระดับใด

ข้อความ	สำคัญ			ไม่สำคัญ			พึงพอใจ			ไม่พึงพอใจ		
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย
1. การมีความคล่องตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ												
2. การมีเรี่ยวแรงเพียงพอในการประกอบกิจวัตรประจำวัน												
3. การมีเวลาพักผ่อนเป็นส่วนตัว												
4. การนอนหลับอย่างเพียงพอ												
5. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ												
6. การได้ไปเดินทางท่องเที่ยว												
7. การมีกิจกรรมนันทนาการเพื่อผ่อนคลาย												
8. การรับประทานอาหารตรงเวลา												
9. การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำอย่างเพียงพอ												
10. ระบบขับถ่ายที่เป็นอยู่ตอนนี้												
11. ภาวะสุขภาพ												
12. น้ำหนักตัว												
13. สภาพร่างกาย รูปร่างลักษณะ												

ข้อความ	สำคัญ			ไม่สำคัญ				พึงพอใจ			ไม่พึงพอใจ		
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย		มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย
14. บุคลิกภาพ													
15. ความมั่นคงทางอารมณ์													
16. ความสามารถควบคุมสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต													
17. การปฏิบัติตามหลักศาสนา													
18. ความสงบสุขในจิตใจ													
19. การประสบความสำเร็จในชีวิต													
20. ความมีคุณค่าของตนเองต่อผู้อื่น													
21. ความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง													
22. ความสามารถในการรับผิดชอบต่อตนเอง													
23. ความสามารถในการรับผิดชอบของครอบครัวในด้านต่างๆ													
24. การมีรายได้เพียงพอกับการดำรงชีวิต													
25. อาชีพการงาน													
26. การทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น													
27. การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคม													
28. การเรียนรู้บทบาทหน้าที่ในฐานะผู้ดูแลญาติผู้เจ็บป่วย													
29. การรับผิดชอบดูแลญาติที่เจ็บป่วยในครอบครัว													
30. ความเอื้ออาทรในการดูแลญาติที่เจ็บป่วย													
31. การแสดงออกซึ่งความรับผิดชอบ													

ข้อความ	สำคัญ			ไม่สำคัญ				พึงพอใจ			ไม่พึงพอใจ		
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย		มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย
32. สัมพันธภาพคู่สมรส และสมาชิกในครอบครัว													
33. สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน และ/หรือผู้ร่วมงาน													
34. ความเข้าใจซึ่งกันและกันกับญาติที่เจ็บป่วย													
35. ญาติที่เจ็บป่วยที่คุณดูแลประทับใจที่ได้รับการดูแลจากคุณ													
36. การเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้													
37. การที่มีบุคคลที่ฉันสามารถขอความช่วยเหลือได้													
38. การได้รับความช่วยเหลือหรือปลอบใจจากบุคคลรอบข้าง													
39. การได้รับความสนใจ เอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว													
40. การได้รับความยกย่องจากบุคคลรอบข้าง													

ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงข้อมูล/แนะนำแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ
(สำหรับญาติผู้ดูแล)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริพรรณ ปิติมานะอารี
สถานที่วิจัย หน่วยตรวจโรคัลยศาสตร์ หน่วยตรวจโรคหุ-คอ-จมุก หน่วยตรวจสูติ-นรีเวช
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
นางสาวศิริพรรณ ปิติมานะอารี โทร. 0-292-4185 กด 1

ความเป็นมาของโครงการ

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรง และเป็นปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า เป็นสาเหตุการตายอันดับแรก การรักษาและการวินิจฉัยโรคในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าขึ้นมาก ทำให้สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนาน แต่จากนโยบายการรักษาพยาบาลในปัจจุบันจะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในช่วงสั้น เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ และอัตราค่ารักษาพยาบาลที่สูงมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤติเท่านั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งต้องกลับไปรับการดูแลที่บ้านโดยสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมีความต้องการการดูแลหลังผ่าตัดทั้งด้านร่างกาย เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง เช่น การทำแผล การดูแลแผลเป็นต้น และด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น ความต้องการกำลังใจ ปลอดภัย และการอยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย จากการที่ต้องรับบทบาทในการให้การดูแลอาจเป็นสาเหตุให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลและแรงสนับสนุนที่ได้รับระหว่างที่ให้การดูแล จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของญาติผู้ดูแล ดังนั้นความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตจึงกลายมาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการพิจารณา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อส่งผลที่ดีต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอให้ท่านมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากประสบการณ์จากการได้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดของท่านมีส่วนสำคัญที่จะให้พยาบาลเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และคุณภาพชีวิตของท่าน เพื่อพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจะ

สามารถเรียนรู้และนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบในการให้การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเครียด เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป อนึ่ง ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านสำหรับเวลาและความช่วยเหลือของท่านมา ณ ที่นี้ด้วย

รายละเอียดวิธีการเข้าร่วมการศึกษาตัวอย่าง

การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ เพื่อที่จะเข้าใจความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของท่านในระยะเวลาที่ผ่านมา โดยให้ท่านตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ เรียงตามลำดับดังนี้ คือ 1) สอบถามคุณภาพชีวิต 2) สัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียด 3) สอบถามวิธีการเผชิญความเครียด 4) สอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และ 5) สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นอันดับสุดท้าย โดยคาดว่าท่านจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที การสนทนานี้จะดำเนินในสถานที่ที่เตรียมไว้เพื่อที่จะสามารถตอบคำถามได้สะดวก บทสนทนาจะถูกบันทึกใส่เทป ชื่อของท่านหรือบุคคลอื่นที่ท่านกล่าวถึงในการสนทนาจะถูกเปลี่ยน เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของท่าน ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและการสนทนาของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ในที่ที่ปลอดภัย ท่านสามารถที่จะปฏิเสธการบันทึกเสียงได้ในบางการสนทนาระหว่างการสัมภาษณ์

ผลประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะได้รับ

ผลประโยชน์โดยตรงที่ท่านจะได้รับอาจไม่มี แต่ท่านจะได้มีโอกาสที่จะได้พูดคุยแสดงความคิดเห็นซึ่งจะทำให้ท่านได้ประเมินตนเองหรือระบายความรู้สึกเครียดที่มีอยู่กับผู้วิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยสามารถติดตามประเมินหรือช่วยเหลือท่านตามปัญหาที่ท่านเผชิญอยู่ ระหว่างการสนทนา คำถามบางคำถามอาจจะทำให้ท่านรู้สึกเศร้าเมื่อท่านนึกถึงประสบการณ์เชิงเครียดของท่าน และต้องสนทนากับสิ่งนั้น ท่านอาจรู้สึกกระอักกระอ่วน วิตกกังวล หรือเครียดที่จะต้องพูดคุยถึงความรู้สึกส่วนตัวซึ่งท่านไม่ค่อยพูดให้คนอื่นฟัง ถ้าความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นระหว่างการสนทนา ท่านสามารถที่จะพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านกับผู้วิจัย ท่านมีอิสระเต็มที่ในการที่จะไม่ตอบคำถามหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ท่านและผู้ป่วยจะไม่สูญเสียสิทธิประโยชน์ต่างๆ ซึ่งจะได้รับจากโรงพยาบาล ถ้าท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ในการวิจัยนี้ไม่มีเงินหรือค่าตอบแทนสำหรับความร่วมมือของท่าน ข้อมูลทั้งหมดจากการวิจัยจะถูกรักษาไว้เป็นความลับในที่ๆ ปลอดภัย ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏบนแบบฟอร์มใดๆ ของการสัมภาษณ์หรือเชื่อมโยงเทปบันทึกการสัมภาษณ์ ตัวเลขจะถูกใช้แทนชื่อของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคน ผู้วิจัยท่านนั้นจะทราบข้อมูลบ่งชี้ถึงตัวบุคคล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอโดยภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อ ภูมิฐานะและอาชีพ และเสนอผลเพื่อการศึกษารวบรวมหรือในการประชุมวิชาการ ท่านสามารถจะขอรับผลสรุปของการวิจัยได้หลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทร. 0-2201-1541 ในเวลาราชการ

ภาคผนวก ค



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

(สำหรับผู้ดูแล)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริพรรณ ปิติมานะอารี

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....อายุ.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ญาติของข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้วและให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ Multiple Regression

1. ตัวแปรทุกตัวต้องมีการกระจายตัวแบบปกติ โดยวิธี Komogorov-Smirnov Test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		quality of life	COPING	SS	level of stress	age	EDU
N		85	85	85	85	85	85
Normal Parameters(a,b)	Mean	22.7769	96.4353	33.1176	41.75	44.39	11.89
	Std. Deviation	3.0147	13.1370	9.6614	23.00	12.43	4.79
Most Extreme Differences	Absolute	.062	.081	.060	.110	.088	.144
	Positive	.038	.081	.060	.110	.060	.102
	Negative	-.062	-.077	-.044	-.069	-.088	-.144
Kolmogorov-Smirnov Z		.576	.749	.549	1.017	.807	1.329
Asymp. Sig. (2-tailed)		.895	.629	.923	.252	.533	.059

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

2. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระกัน โดยวิธี Durbin Watson

Model Summary

Model	R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
			R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.052	2.9710	.052	2.245	2	82	.112	
2	.137	2.8523	.085	7.964	1	81	.006	
3	.180	2.7969	.043	4.239	1	80	.043	2.005

a. Predictors: (Constant), EDU, age

b. Predictors: (Constant), EDU, age, SS

c. Predictors: (Constant), EDU, age, SS, level of stress

d. Dependent Variable: quality of life

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบความครอบคลุมของแนวคำถามในการสัมภาษณ์

ดร. ชีราภรณ์ จันทร์ดา, Ph.D. (Nursing)

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ดร. ศุภร วงศ์วาทัญญ, Ph.D. (Nursing)

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	นางสาวศิริพรรณ ปิติมานะอารี
วัน เดือน ปีเกิด	13 กุมภาพันธ์ 2507
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ปี พ.ศ. 2527 ประกาศนียบัตรอนุปริญญาพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ปี พ.ศ. 2528 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ต่อเนื่อง 1 ปี เทียบเท่า ปริญญาตรี มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2540 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2550 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลตากสิน สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร
ที่อยู่ปัจจุบัน	952/85 กรีนพอยท์คอนโดมิเนียม ถนนประชาชื่น แขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร 10800