

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแลกับความเครียด ในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรค มะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

The Relationships Between Patient's Health Status, Mutuality, Preparedness, and Caregiver Role Strain in Caregivers of Older Persons with Advanced Cancer Receiving Palliative Care

สมพงษ์ แก้วพรรณ* วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์** วลัยดา ฉันทเรืองวนิช***
Sompong Kaewphanna* Virapan Wirojratana** Wallada Chanruangvanich***
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700
Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkoknoi Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้กรอบแนวคิด The Family Care Model ของ Archbold & Stewart กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 78 คน ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม มีภาวะสุขภาพอยู่ในระยะคงที่ ระดับ PPS scale ตั้งแต่ 70 – 90 (ร้อยละ 47.4) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 38.87, S.D. = 7.64) มีความพร้อมในการดูแล ค่อนข้างสูง (Mean = 18.15, S.D. = 3.50) ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล คือ การดูแลโดยตรง ปัญหาด้านการสื่อสาร และความเครียดโดยรวม ค่อนข้างต่ำ ยกเว้นด้านความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง ค่อนข้างสูง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ดูแลจากปัญหาด้านการสื่อสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.423, p < .05$) แต่ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง และความเครียดโดยรวม ส่วนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล และความพร้อมในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งรายด้านและโดยรวมผลการศึกษานำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลในการประเมินระดับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อการวางแผนให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสามารถสื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding Author: **รองศาสตราจารย์ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 31 พ.ค. 2562 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 4 ก.ย. 2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 17 ก.ย. 2562

Abstract

This study aimed to explore the relationships between patient's health status, mutuality, preparedness, and caregiver role strain in caregivers of older persons with advanced cancer receiving palliative care. The Family Care Model of Archbold & Stewart was selected as the conceptual framework. The sample composed of 78 family caregivers for older persons with advanced cancer receiving palliative care. Data were collected by completing Family Care Inventory questionnaires. The data obtained were analyzed using descriptive statistics and correlation analysis using Spearman's correlation.

The research findings revealed that the older persons with advanced cancer receiving palliative care had stable health status, the PPS scale ranged from 70 - 90 (47.4 %), mutuality was at an average level (Mean = 38.87, S.D. = 7.64), preparedness was rather high (Mean = 18.15, S.D. = 3.50), and caregiver role strain including direct care, communication problems, and global strain was rather low, but had a rather high level of caregiver role strain due to role conflict. Patient's health status was found to be negatively related to caregiver role strain from communication problems with statistical significance ($r = -.423, p < .05$), but patient's health status was not related to caregiver role strain from direct care, role conflict, and global strain. Finally, both mutuality and preparedness were not related to caregiver role strain in caregivers.

The study findings could be utilized to assess patient's health status for care planning and for providing information to patients and families which could help reduce caregiver role strain due to communication problems.

Keywords: Health status, Mutuality, Preparedness, Caregiver role strain, Caregivers of older persons with advanced cancer

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ของประชากรไทย สถิติปี พ.ศ. 2551- 2555 อัตราตายต่อประชากรหนึ่งแสนคนเพิ่มขึ้นทุกปีคือ 87.6, 88.3, 91.2, 95.2 และ 98.5 ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ.2559 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเสียชีวิต จำนวน 77,556 ราย¹ อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นตามอายุ เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งมากขึ้น ซึ่งโรคมะเร็งเป็นกลุ่มโรคที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเป็นอย่างมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ² โดยการลุกลามของโรคแพร่กระจายไปยังอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาความไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมาน เช่น อาการปวด กลืนลำบาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และส่งผลให้เกิดความอ่อนเพลียเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์³ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไม่สามารถรักษาให้หายขาด แนวทางการรักษาเน้นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ

ตามผู้ป่วยและญาติต้องการ จนผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีความสุขและสมศักดิ์ศรี⁴ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากญาติผู้ดูแล ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดในสถานการณ์การดูแลดังกล่าว ส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกลายเป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจากการดูแลผู้ป่วยได้⁵ แนวคิดการดูแลครอบครัว (The family care model) เน้นที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งเกิดขึ้นตลอดเวลาในสถานการณ์การดูแล โดยปฏิสัมพันธ์นี้มีอิทธิพลต่อบทบาทของญาติผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อประสบการณ์เชิงลบ คือ ความเครียดในบทบาท (Caregiver role strain) เป็นความรู้สึกยากลำบากที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแล⁶ เกิดขึ้นในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแล ในสถานการณ์การดูแลครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน คับข้องใจในการกระทำบทบาทของตนเอง และเกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยรับรู้ถึงความยากลำบากในการดำเนินบทบาทที่เขากระทำอยู่ หรือจากความรู้สึกเป็นภาระ ร่วมกับมีความรู้สึกคับข้องใจ วิตกกังวล หรือเหนื่อยล้าจากการดูแล ทำให้บุคคลเกิด

ความรู้สึกเครียดในบทบาทผู้ดูแล⁷ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล (Mutuality) การเตรียมความพร้อม (Preparedness) และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Health)

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพร่องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในระดับสูงจะมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม ทำให้มีปริมาณการดูแล และความต้องการในการดูแลมาก จะส่งผลให้ผู้ดูแลนั้นมีความเครียดมากยิ่งขึ้น⁸ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อนและอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแล⁹

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล (Mutuality) เป็นความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล เป็นความรู้สึกใกล้ชิด พึงพอใจซึ่งกันและกัน เมื่อทั้งสองฝ่ายมีปฏิสัมพันธ์กันภายใต้สถานการณ์การดูแล¹⁰ ซึ่งความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาทลดลง⁶ และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดโดยรวม และความตึงเครียด และยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับอารมณ์ของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การดูแลอื่นๆ คือ ความรู้สึกยากลำบากในการดูแล ภาวะซึมเศร้า ความโกรธ ความเหนื่อยล้า สับสน¹¹ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งรายด้านและโดยรวม¹² การรับรู้ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์ด้านอารมณ์ของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การดูแล คือ ความรู้สึกยากลำบากในการดูแล ความเครียดโดยรวม ความตึงเครียด ภาวะซึมเศร้า ความโกรธ ความเหนื่อยล้า สับสน อย่างไรก็ตามบางการศึกษาพบว่า การเตรียมพร้อมด้านผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแล⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุยังไม่มากนัก โดยพบการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน และภาวะสมองเสื่อม^{8,12,13} ส่วนการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งพบ

ค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในผู้ดูแลผู้ป่วยเมเร็งระยะลุกลามที่ยังไม่พบว่ามีการศึกษา จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นพบว่าตัวแปรด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลจะสอดคล้องกัน แต่ยังมีในเรื่องเครื่องมือวัดที่แตกต่างกัน และไม่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยเมเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผลการศึกษาของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลนั้นยังไม่สอดคล้องกัน รวมถึงการเตรียมความพร้อมในการดูแลที่พบว่ามีความสัมพันธ์แต่อยู่ในระดับที่ต่ำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแลกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

สมมติฐานการวิจัย

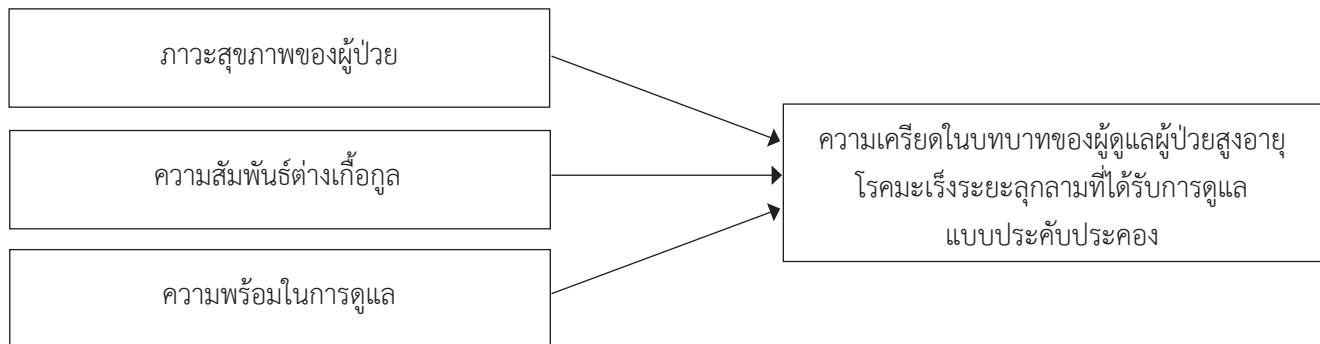
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการดูแลครอบครัว ซึ่งได้อธิบายถึงปรากฏการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แนวคิดนี้ได้พัฒนามาจาก Role theory และการวิจัยเชิงคุณภาพเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งเกิดขึ้นตลอดเวลา ในสถานการณ์การดูแลโดยปฏิสัมพันธ์นี้จะมีอิทธิพลต่อบทบาทของญาติผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อประสบการณ์เชิงลบคือความเครียดในบทบาทและประสบการณ์เชิงบวก คือรางวัลในการดูแล (Rewards of family care) รวมถึงผลจากการดูแลจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของทั้งผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังแผนภูมิที่ 1

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยทำหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวัน สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลดังกล่าวอาจก่อให้เกิดภาวะเครียดและผลกระทบต่อนญาติผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแล ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญกับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล จากกรอบแนวคิด

การดูแลครอบครัว โดย Archbold, & Stewart (1980) สามารถแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา ซึ่งกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแลกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นผู้ดูแลโดยไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแลผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติกับผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน มีความเข้าใจภาษาไทย สามารถอ่านเขียน และใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้ โดยเก็บข้อมูลในเดือนธันวาคม 2559 ถึงเดือน กันยายน 2560 จำนวน 78 ราย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power โดยกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ (α) .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) = .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ใช้ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยเท่ากับ 0.36 จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา¹¹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด โดยชุดที่ 1 ประกอบด้วย 4 ส่วน และชุดที่ 2 เป็นส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน โดยแบบสอบถามต่าง ๆ มีรายละเอียดดังนี้

แบบสอบถามชุดที่ 1 ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
2. แบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุกับญาติผู้ดูแล พัฒนาและได้รับการแปลดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย^{7,14} ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ ค่าคะแนนที่ได้มาก แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง
3. แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล พัฒนาและได้รับการแปลดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย^{7,14} ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 4

คะแนนการแปลผลคะแนน คือ คะแนนที่ได้มาก แสดงว่าระดับความพร้อมระดับความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับสูง

4. แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแลพัฒนาและได้รับการแปลดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย^{7,14} โดยแบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง และความเครียดโดยรวม โดยแบบสอบถามนี้มีจำนวนคำถามทั้งหมด 101 ข้อ แบ่งออกเป็น

ความเครียดจากการดูแลโดยตรง ข้อคำถามทั้งหมด 76 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ ถ้าตอบว่า “ไม่” จะไม่นับคะแนนในข้อนั้น แต่ถ้าเลือกตอบว่า “ใช่” ต้องตอบในส่วนที่ 2 ต่อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน

ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน

ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ คำตอบแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ให้เลือกตอบว่ามีหรือไม่มี ถ้าตอบว่า “ไม่มี” จะไม่นับคะแนนในข้อนั้น แต่ถ้าเลือกตอบว่า “มี” ต้องตอบในส่วนที่ 2 ต่อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน

ความเครียดโดยรวม มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน

แปลผลคะแนนด้วยสถิติความเบ้ (Skewness)¹⁵ ค่าคะแนนความเบ้ <0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างไปทางด้านสูง ค่าคะแนนความเบ้ >0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างไปทางด้านต่ำ

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS v.2) แปลจาก Palliative Performance Scale version 2 ซึ่งสร้างโดย Victoria Hospice Society ประเทศแคนาดา แปลโดยคณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อ พ.ศ. 2551¹⁶ การให้คะแนนพิจารณา

จาก 5 หมวดคือ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว การแปลผลคือ คะแนน PPS v2 จาก 100 - 0 %

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลได้เท่ากับ 0.87 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแล ได้เท่ากับ 0.88 แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยตรง ได้เท่ากับ 0.97 และแบบสอบถามความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารแบบสอบถามความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง และแบบสอบถามความเครียดโดยรวม ได้เท่ากับ 1 และตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72, .70, .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ IRB-NS2016/359.1905 ลงวันที่ 19 พ.ค. 2559 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ซึ่งได้รับการรับรองในการทำวิจัย ลงวันที่ 1 ส.ค. 2559

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ผู้วิจัยประสานพยาบาลประจำห้องตรวจเป็นผู้คัดเลือกญาติผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด และสนใจเข้าร่วมวิจัย จากนั้นพยาบาลประจำห้องตรวจแนะนำผู้วิจัยกับญาติผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวและชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทำวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยจึงให้ญาติผู้ดูแลลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 149 ข้อ เป็นเวลา 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank coefficients)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 78 ราย เป็นเพศหญิง จำนวน 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 59 โดยมีอายุระหว่าง 60 ถึง 88 ปี อายุเฉลี่ย 71.76 ปี (S.D. = 7.44) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 57.7 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.3 มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพ ร้อยละ 61.5 ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามอยู่ระหว่างระยะเวลา 3 เดือน ถึง 3 ปี 6 เดือน ภายในครอบครัวอาศัยอยู่ด้วยกันมากกว่า 4 คน คิดเป็นร้อยละ 51.3 โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวที่นอกเหนือจากสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 60.3

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 78 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.6 โดยมีอายุตั้งแต่ 35 - 65 ปี อายุเฉลี่ย 51.77 ปี สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 53.8 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.2 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 48.7 มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพร้อยละ 48.7 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ซึ่งผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 60.3 โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง 10 -24 ชั่วโมงต่อวัน เป็นระยะเวลา

ตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 5 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.4 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีระดับภาวะสุขภาพอยู่ในระยะคงที่ ระดับ PPS scale อยู่ระหว่าง 70 - 90 (ร้อยละ 47.4) รองลงมา มีระดับภาวะสุขภาพอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ระดับ PPS scale อยู่ในช่วง 40 - 60 (ร้อยละ 43.6) และระดับภาวะสุขภาพอยู่ในระยะท้าย ระดับ PPS scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ร้อยละ 9

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 38.87, S.D. = 7.64) และพบว่าญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนไปทางด้านสูง (Mean = 18.15, S.D. = 3.50, Skewness = -.513) ส่วนความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยทั้ง 4 ด้านมีรายละเอียดดังนี้ ความเครียดจากการดูแลโดยตรงก่อนไปทางด้านต่ำ (Mean = 77.76, S.D. = 29.79, Skewness = .63) ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารก่อนไปทางด้านต่ำ (Mean = 7.29, S.D. = 3.13, Skewness = .19) ความเครียดจากบทบาทขัดแย้งก่อนไปทางด้านสูง (Mean = 15.5, S.D. = 4.89, Skewness = -.33) และความเครียดโดยรวมก่อนไปทางด้านต่ำ (Mean = 8.68, S.D. = 1.4, Skewness = .02)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ($r = -.42$, $p < .05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง และความเครียดโดยรวม ส่วนความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลกับความพร้อมในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลทั้งรายด้านและโดยรวม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	1						
ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล	.079	1					
ความพร้อมในการดูแล	.001	.255*	1				
ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	.002	-.139	-.010	1			
ความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร	-.423*	.013	-.085	-.066	1		
ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง	-.125	.059	-.033	.149	.338*	1	
ความเครียดโดยรวม	-.082	.056	-.063	.151	.244*	.752*	1

* .P < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระยะคงที่ โดยส่วนใหญ่รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ปกติหรือลดลงเล็กน้อย สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เองหรือลดลงเล็กน้อย ทำให้ยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการของโรคบางอาการ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ปวด เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง (ร้อยละ 88) ซึ่งเป็นวัยที่ยังไม่มีความเปราะบาง และยังคงช่วยเหลือตนเองได้ดี ถึงแม้ความรุนแรงของโรคจะอยู่ในระยะ 3 และ 4 แต่ด้วยการรักษาที่ได้รับเป็นการรักษาแบบประคับประคองด้วยวิธีการฉายรังสี เพื่อควบคุมการลุกลามของโรค หรือให้ยาตามอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้รับการผ่าตัด หรือรับยาเคมีบำบัด จึงทำให้สุขภาพร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับคงที่ เนื่องจากไม่มีผลกระทบจากการผ่าตัด หรือยาเคมีบำบัด¹⁷

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 38.87, S.D. = 7.64) กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล เป็นความรู้สึกใกล้ชิด พึงพอใจซึ่งกันและกัน เมื่อทั้งสองฝ่ายมีปฏิสัมพันธ์กันภายใต้สถานการณ์การดูแล¹⁰ อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร (ร้อยละ 60.3) ตามลักษณะของสังคมวัฒนธรรมไทยบิดามารดากับบุตรจะเป็นความสัมพันธ์ภายใต้ระบบอาวุโส หรือระบบอุปถัมภ์ นั่นคือบุตรจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ในการดูแลผู้ให้กำเนิด คือ บิดา มารดา เหมือนเป็นการตอบแทนบุญคุณ¹⁸ แตกต่างกับงานวิจัยในต่างประเทศ ที่พบว่าบทบาทของผู้ดูแล

ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะเป็นคู่สมรสมากกว่านั้น^{11,19}

ความพร้อมในการดูแลก่อนไปทางด้านสูง (Mean = 18.15, S.D. = 3.50, skewness = - 0.51) หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของความต้องการการดูแล ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ความพร้อมในการดูแล กับผลลัพธ์ของการดูแลในครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากโรคมะเร็งซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลก่อนไปทางด้านสูงเช่นกัน (Mean = 2.76, S.D. = 0.58)¹¹ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นบุตรของผู้ป่วย ซึ่งสังคมไทยกำหนดไว้ว่าบุตรมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูบิดามารดา ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจึงต้องให้การดูแลด้วยความรักและความห่วงใย จึงทำให้ญาติผู้ดูแลค่อนข้างมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และจากผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวของผู้ดูแล ซึ่งจะทำให้มีความผูกพัน ห่วงใย ซึ่งกันและกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยจึงยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ที่ให้การดูแลด้วยความรัก ความเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่ให้การดูแล และนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเหมือนกันทุกราย และได้วินิจฉัยมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่จะได้รับการแนะนำข้อมูลต่างๆ จนเกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลแบบประคับประคอง และสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นจากบุคลากรทางการแพทย์

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูล ความพร้อมในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งไม่

สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ แต่พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ($r = -.42, p < .05$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.423, p < .05$) แต่ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง และความเครียดโดยรวม ซึ่งผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งขึ้นบางส่วน กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีระดับ PPS Scale ต่ำลง จะส่งผลให้ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกันเมื่อผู้ป่วยมีระดับ PPS Scale สูงขึ้น จะส่งผลให้ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเนื่องจากความเครียดจากปัญหาด้านการสื่อสารลดลงเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพร่องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับสูงจะมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม ทำให้มีปริมาณการดูแล และความต้องการในการดูแลมาก จะส่งผลให้ผู้ดูแลนั้นมีความเครียดมากยิ่งขึ้น แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากบทบาทขัดแย้ง และความเครียดโดยรวม อาจเป็นเพราะ ระดับ PPS Scale ในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะคงที่ ร้อยละ 47.4 ซึ่งยังไม่มีกิจกรรมการดูแลโดยตรง และกลุ่มตัวอย่างเก็บเฉพาะในผู้ป่วยระยะ 3 และ 4 ซึ่งจะไม่มีการกระจายของข้อมูล จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้

ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองรายด้านและโดยรวม ซึ่งผลการศึกษาค้นครั้งนี้ไม่สนับสนุนกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยผลการศึกษาค้นครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน¹² ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา¹¹ ถึงความสัมพันธ์ของความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลกับผลลัพธ์ด้านอารมณ์ของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การดูแล พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดโดยรวม และความตึงเครียด ($r = -0.36, p < .001$)

อาจเนื่องมาจาก ในการศึกษาครั้งนี้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ซึ่งลักษณะของสังคมวัฒนธรรมไทยบิดามารดากับบุตรจะเป็นความสัมพันธ์ภายใต้ระบบอาวุโส หรือระบบอุปถัมภ์ นั่นคือ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าต้องให้ความเคารพนับถือแก่ผู้ที่มีอาวุโสกว่า อีกทั้งผู้ที่เป็นบุตรจำเป็นต้องให้การดูแลผู้สูงอายุตามหน้าที่ในการดูแลผู้ให้กำเนิด คือ บิดา มารดา เหมือนเป็นการตอบแทนบุญคุณ และผลของการกระทำจะทำให้ชีวิตเจริญก้าวหน้า เพราะเป็นการแสดงความกตัญญูตักเตือน⁵ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้แตกต่างกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะเป็นคู่สมรสมากกว่านั้น¹¹ ผู้ดูแลที่เป็นบุตร กับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความแตกต่างกันคือ ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาจะเป็นความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างมีความเสมอภาคกัน ต่างจากความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบิดามารดากับบุตร ซึ่งจากบริบทของสังคมที่แตกต่างกันอาจทำให้การวัดความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแลที่เป็นบุตรกับผู้สูงอายุที่เป็นบิดามารดาได้ไม่ตรงกับปรากฏการณ์การดูแลในบริบทของสังคมไทย จึงทำให้ไม่เกิดความสัมพันธ์ตามที่ตั้งสมมติฐานไว้

ความพร้อมในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งไม่สนับสนุนกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า การเตรียมพร้อมด้านผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแล แต่ขัดแย้งกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การรับรู้ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์ด้านอารมณ์ของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การดูแล คือ ความรู้สึกยากลำบากในการดูแล ความเครียดโดยรวม ความตึงเครียด ภาวะซึมเศร้า ความโกรธ ความเหนื่อยล้า สับสน¹¹ โดยจากการศึกษาค้นครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ค่อนไปทางด้านสูง (Skewness = -.513) นั่นคือ ญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อาจเป็นเพราะ เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลจะต้องปรับบทบาทหน้าที่ และปรับตัวตลอดเวลา เพื่อรองรับกับสถานการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ยิ่งการดูแลเป็นเวลานาน และมีเทคนิคในการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลมาก ก็จะทำให้ยิ่งสร้าง

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลมากขึ้น แต่เนื่องจากในสถานการณ์การดูแลนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อม และดูแลแบบประคับประคองจากโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงญาติอาจเกิดความรู้สึกเต็มใจที่มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต จึงมีผลทำให้พบระดับคะแนนความเครียดในกลุ่มญาติผู้ดูแลเหล่านี้ค่อนข้างต่ำ ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีความเฉพาะเจาะจง โดยทำการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งระยะที่ 3 และระยะที่ 4 โดยเก็บข้อมูลในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่เข้ารับการรักษาเฉพาะในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน ข้อมูลที่ได้ไม่หลากหลาย ไม่มีการกระจายของข้อมูล จึงทำให้ไม่เกิดความสัมพันธ์ตามที่ตั้งสมมติฐานไว้ และแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย และติดตามระดับการประเมิน PPS scale เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ระดับ PPS Scale มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านปัญหาด้านการสื่อสาร โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับ PPS Scale ต่ำ จะทำให้ญาติเกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลด้านปัญหาด้านการสื่อสาร ดังนั้นพยาบาลควรให้การดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถสื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการวิจัย

1. ควรปรับเครื่องมือประเมินระดับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลที่มีความเหมาะสมกับบริบทในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

2. ควรมีการศึกษาระยะยาวในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ เพื่อให้เห็นปรากฏการณ์ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งครบทุกระยะดำเนินของโรค อาจทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้มากยิ่งขึ้น

References

1. National Cancer Institute. Hospital Based Cancer Registry 2015. Bangkok: Pornsup Printing; 2017. (in Thai)
2. Petpichetchian W. Best nursing practice in cancer care. Songkla: Chanmuang Printing; 2011. (in Thai)
3. Wang SY, Tsai CM, Chen BC, Lin CH, Lin CC. Symptoms clusters and relationships to symptom interference with daily life in Taiwanese lung cancer patients. Journal of Pain and Symptom Management. 2008; 35: 258-266.
4. Dobrina R, Tenze M, Palese A. An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. Int J Palliat Nurs. 2014. 20(2): 75-81.
5. Meecharoen W. Family Caregivers of Cancer Patient: Roles' Adaptation and Quality of Life Promotion. Rama Nurs J. 2014; 20(1): 10-22. (in Thai)
6. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Res Nurs Health. 1990; 13: 375-384.
7. Archbold PG, Stewart BJ. Family Cargiving Inventory [Unpublished manuscript]. Portland: Oregon Health & Sciences University; 1986.
8. Hung JW, Huang YC, Chen JH, Liao LN, Lin CJ, Chuo CY, Cheng KC. Factors associated with strain in informal caregivers of stroke patients. Chang Gung Med J. 2012; 25(5): 392-400.
9. Gray R, Thapsuwan S. Factors Affecting on Stress of Caregivers to Older Persons. Songklanagarind Medical Journal. 2014; 20(1): 200-228. (in Thai)

10. Park EO, Schumacher KL. The state of the science of family caregiver-care receiver mutuality: a systematic review. *Nursing Inquiry*. 2013; 1-13.
11. Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG, Caparro M, Mutale F, Agrawal S. Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on Family Caregiver outcomes during cancer Treatment. *Oncology Nursing Forum*, 2008; 35(1): 49-56.
12. Prachuablarp C, Wirojratana V, Jitramontree N, Viriyavejakul A. The Relationships Between Mutuality, Predictability and Caregiver Role Strain in Older Persons With Parkinson's Disease. *Journal of Royal Thai Army Nurses*. 2014; 15(3): 235-245. (in Thai)
13. Sutthilak C, Wirojratana V, Puwarawuttipanit W, Cheewakriengkrai L. Factors Predicting Health Status on Caregivers of Elderly People with Dementia. *Journal of Royal Thai Army Nurses*. 2018; 19(1): 191-200. (in Thai)
14. Wirojratana V. Development of the Thai Family Care Inventory [Doctoral dissertation]. Portland: Oregon Health & Science University; 2002.
15. Rojpalakorn GP, Leucha Y. Statistic for nursing research : SPSS for Windows. Bangkok: Chudthong print; 2013. (in Thai)
16. Chewasakulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, Somwangprasert A, Leerapan T. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the palliative performance scale (PPSv2). *Palliative medicine*. 2011; 26(8): 1034-1041.
17. Makmai S, Sirichayanugul C, Sirichayanugul T. Common Symptoms and Needs of Pre-Discharge Advanced-Stage Cancer Patients: a case-Study at Phrae Hospital, Thailand. *Thai Cancer Journal*. 2013; 33(4)1: 32-145. (in Thai)
18. Girgis A, Lambert S, Johnson C, Waller A, & Currow D. Physical psychosocial relationships and economic burden of caring for people with cancer: A review. *Journal of Oncology Practice*. 2013; 9(4): 197-202.
19. Fujinami R, Sun V, Zachariah F, Uman G, Grant M, Ferrell B. Family caregivers' distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. *Psycho-Oncology*. 2015; 24(1): 54-62.