

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง

ณชนก เอียดสุย* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ศุภร วงศ์พิชญ์** Ph.D. (Nursing)

สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม*** Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกสมอง ระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง จำนวน 62 ราย ซึ่งพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความเครียด แบบวัดระดับความเครียด และแบบวัดการเผชิญความเครียด (Jalowiec Coping Scale) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลของญาติผู้ดูแลมี 2 ลักษณะ คือ 1) ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลโดยตรง ได้แก่ ความต้องการการดูแลที่เกิดจากพยาธิสภาพของเนื้องอกสมอง การเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย กังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของการรักษา และ 2) ความเครียดจากผลกระทบต่อชีวิตญาติผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านอารมณ์จิตใจ การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต และผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการพยาบาลเพื่อประเมินความเครียดจากการให้การดูแล และช่วยเหลือสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความเครียด การเผชิญความเครียด ญาติผู้ดูแล เนื้องอกสมอง การผ่าตัดสมอง

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,
E-mail: suporn.won@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง

ความสำคัญของปัญหา

สมองเป็นอวัยวะสำคัญ มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับสมองย่อมทำให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงต่อระบบการทำงานที่ของร่างกาย โดยเฉพาะเนื้องอกสมอง ซึ่งเป็นโรคทางระบบประสาทที่สำคัญ (Cahill & Armstrong, 2011; Keles & Berger, 2001) ในผู้ใหญ่พบได้มากช่วงวัยกลางคน (เจษฎา นิยมมานิตย์, 2537) สาเหตุการเกิดเนื้องอกสมองยังไม่มีเป็นที่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าความรุนแรงของอาการผิดปกติทางระบบประสาทขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด และตำแหน่งของเนื้องอก (Sherwood et al., 2004) พยาธิสภาพของเนื้องอกจะทำให้เกิดการกดเบียดและทำลายเนื้อเยื่อสมอง ส่งผลให้สมองทำหน้าที่ผิดปกติ (Hickey, 2003; Hickey & Armstrong, 1997) ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้บ่อยคือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการความผิดปกติได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน และตามัว ในผู้ป่วยที่เนื้องอกสมองมีขนาดใหญ่ อาจทำให้เกิดความผิดปกติที่รุนแรง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง มองเห็นภาพซ้อน แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ชัก กลืนลำบาก บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เป็นต้น (Keles & Berger, 2001; Mugand, Blackinton, Cricoli, Lee, & Santos, 2001; Newton & Mateo, 1994) ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยล่าช้าย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของการรักษาได้ (Hickey, 2003; Huang, Wartella, & Krentzer, 2001)

การรักษาเนื้องอกสมองมีหลักการสำคัญคือการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกสมองออกให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ โดยไม่ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่การทำงานทางระบบประสาทเพิ่มมากขึ้น (Parvataneni et al., 2011; Sherwood et al., 2004) แม้ว่าในปัจจุบันจะมีความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่ช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตให้แก่ผู้ป่วย

เนื้องอกสมอง อย่างไรก็ตามการผ่าตัดสมองยังคงเป็นหัตถการทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูง (Hickey & Armstrong, 1997) เนื่องมาจากการผ่าตัดสมองเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีขั้นตอนและกระบวนการในการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน และใช้เวลานานในการผ่าตัด (สมศรี เผ่าสวัสดิ์, 2531; Parvataneni et al., 2011; Tastan et al., 2011) อีกทั้งยังเป็นการผ่าตัดที่อวัยวะสำคัญของร่างกาย จึงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วยได้แก่ ภาวะสมองบวม ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การมีเลือดออกในสมอง และระดับความรู้สึกตัวลดลง (ธิดา เอื้อกฤดาภิการ, 2550; สมรัตน์ จารุลักษณ์นันท, 2551) ในระยะหลังผ่าตัดยังพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองอาจมีความพิการหรือความบกพร่องทางระบบประสาทเหลืออยู่อย่างชั่วคราวหรือถาวร (Hickey, 2003) จึงอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมองและครอบครัวเกิดความรู้สึกเครียด (Sherwood et al., 2006; Stefan, 2010) โดยพบว่าความเครียดของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติผู้ดูแลและความผาสุกในครอบครัว (Keir, Farland, Lipp, & Friedman, 2009)

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมองอาจเกิดความเครียด เกี่ยวเนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท ตลอดจนต้องรับผิดชอบในการคิดและตัดสินใจแทนผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ การดำเนินชีวิตประจำวัน และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (Lang, Neil-Dwyer, & Garfield, 1999) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองยังต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของสถานการณ์ เกี่ยวกับอาการผิดปกติทางระบบประสาทของผู้ป่วยที่อาจจะรุนแรงมากขึ้นหรือผลลัพธ์ด้านลบภายหลังการรักษา จึงอาจทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกวิตกกังวล เครียด และกลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Keir et al., 2009; Wideheim, Edvaedsson, Pahlson,

& Ahlstrom, 2002) เมื่อญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ จึงเกิดเป็นความเครียด (Sherwood et al., 2006) โดยเฉพาะในระยะก่อนผ่าตัด พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดและความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเพียงพอ (Raleigh, Lepczyk, & Rowley, 1990) ซึ่งหากญาติผู้ดูแลมีความเครียดและความวิตกกังวลสูง ย่อมสามารถส่งผลกระทบต่อการรับรู้ การตัดสินใจ และความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (Mitchell, Courtney, & Coyer, 2003) อีกทั้งความเครียดที่เกิดขึ้นยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจจะมีผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วยตามมาได้ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537)

ญาติผู้ดูแลเมื่อเกิดความเครียด ก็จะพยายามใช้พลังงานและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อจัดการกับความเครียด โดยใช้การเผชิญความเครียดในรูปแบบและวิธีการที่แตกต่างกัน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรณวดี พุริวัณณะ, และ สมฤดี สิทธิมงคล, 2542; Keir et al., 2009; Sherwood et al., 2006) ขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์และข้อจำกัดที่มีในสถานการณ์นั้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ได้แก่ การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด ผสมผสานกันมากขึ้นขึ้นอยู่กับความเครียดที่บุคคลนั้นเผชิญ ดังนั้นพยาบาลจึงมีความจำเป็นที่ต้องช่วยเหลือสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตามพบว่า รายงานการวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกสมองและญาติผู้ดูแลยังมีจำนวนจำกัด (Huang et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วย

เนื้องอกสมองและญาติผู้ดูแลมีความเครียด วิตกกังวลกลัว ซึมเศร้า โกรธ รวมทั้งมีผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ทางเพศ (Sherwood et al., 2006) ญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองตลอดทุกช่วงระยะของการดำเนินโรค จึงทำให้ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Swartz & Keir, 2007; Wright & Bell, 2004)

สำหรับในประเทศไทย บุคคลมีวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีการดำเนินชีวิต รวมทั้งแหล่งประโยชน์ และข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ทำให้การประเมินตัดสินใจสถานการณ์และการเผชิญความเครียดอาจมีความแตกต่างจากผลการศึกษาในต่างประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550) แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาวิจัยในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ซึ่งมีคุณลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความผิดปกติทั้งด้านระบบประสาทและผลกระทบที่เกี่ยวข้องเนื่องจากเนื้องอกสมอง (Sherwood et al., 2006) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลให้ได้เข้าใจสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งจะเป็นโยบายในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง ซึ่งเป็นทฤษฎีความเครียดเชิงจิตวิทยาที่มีแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดว่าเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่สำคัญคือ ความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียด

ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเองและต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) การประเมินตัดสินเป็นกระบวนการของความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลใช้ในการตัดสินเหตุการณ์ความสัมพันธระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมว่าเป็นความเครียดหรือไม่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) โดยมีการประเมิน 2 ลักษณะ ได้แก่ การประเมินปฐมภูมิ เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้น ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของบุคคลว่าอยู่ในลักษณะใด และการประเมินทุติยภูมิเป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกต่างๆ ที่บุคคลนั้นมีเพื่อจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) บุคคลจะประเมินตัดสินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเครียดหรือไม่ และรุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านตัวบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความคิดของตนเองในการจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่อย่างเต็มที่กำลังความสามารถขึ้น

อยู่กับบริบทของเหตุการณ์ การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะคือ การมุ่งแก้ปัญหาเป็นการเผชิญความเครียดโดยการจัดการกับสาเหตุของสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น และการจัดการกับอารมณ์เป็นวิธีการที่บุคคลตอบสนองต่อความเครียดด้วยการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก โดยบุคคลอาจใช้การเผชิญความเครียดทั้งสองลักษณะร่วมกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) สามารถอธิบายสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมองโดยญาติผู้ดูแลและประเมินตัดสินว่าสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเองหรือไม่ ซึ่งญาติผู้ดูแลแต่ละรายอาจจะประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันตามปัจจัยด้านบุคคลและด้านสถานการณ์ ตลอดจนมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันตามศักยภาพของแหล่งประโยชน์และข้อจำกัดของญาติผู้ดูแลแต่ละราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง ซึ่งแพทย์นัดมาตรวจรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 62 ราย โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) มีความสัมพันธ์เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วย 3) เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ให้การดูแลเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน และไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ 4) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทย และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ และความเพียงพอของรายได้ และ 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิ์ในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ระยะเวลาในการรอผ่าตัด การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ชนิดและตำแหน่งของเนื้องอกสมอง

2. แบบสัมภาษณ์ความเครียดและแบบวัดระดับความเครียด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) โดยได้รับการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแนวคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ ดังนี้ 1) เมื่อทราบว่าญาติของท่านเป็นเนื้องอกสมอง ท่านรู้สึกอย่างไร 2) ท่านรู้สึกเครียด กังวลใจ ไม่สบายใจ ทุกข์ใจ เกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง อย่างไร 3) ท่านได้รับผลกระทบจากการที่ญาติของท่านได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกสมองอย่างไรบ้าง และ 4) จากการที่ท่านต้องดูแลญาติที่เป็นเนื้องอกสมอง ท่านต้องการความช่วยเหลืออย่างไรบ้าง ส่วนที่ 2 เป็นการวัดระดับความเครียดที่เกิดขึ้นโดยรวม ประเมินแบบ visual analog scale คะแนน 1-100 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลมาก

3. แบบวัดการเผชิญความเครียด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec Coping Scale: JCS) ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ

ทั้งด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิด จำนวน 36 ข้อ แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ และด้านการบรรเทาความรู้สึกรู้สึก จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยใช้วิธีนั้นเลย ให้ค่าคะแนน 1 คะแนน จนถึงใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้ง ให้ค่าคะแนน 5 คะแนน การคำนวณและการแปลผลค่าคะแนนสามารถทำได้ 2 วิธีคือ 1) การคำนวณคะแนนจริง (raw score) คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดจากวิธีต่างๆ มาก และ 2) การคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) คะแนนสัดส่วนด้านใดมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มาก เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ โดยผู้วิจัยนำแบบวัดนี้ไปใช้กับกลุ่มญาติผู้ดูแล จำนวน 10 ราย และกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 62 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .83 และ .76 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย

ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2555/156 และได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย และสิทธิในการยินยอมเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลหลักและมีความเครียดจากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมอง ได้แก่ แบบคัดกรองญาติผู้ดูแล และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ให้ตอบแบบทดสอบหวมวดหมู่ (The Set test) เพื่อคัดกรองความสามารถในการรับรู้ เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นโดยไอแซคส์และอัคฮตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972, as cited in Isaacs & Kennie, 1973) กำหนดให้ญาติผู้ดูแลเขียนชื่อของสี สัตว์ ผลไม้ และจังหวัดหวมวดละ 10 ชื่อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้องแต่ละคำตอบ ถ้าตอบผิดให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน หากผลการทดสอบปกติ (ได้ค่าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน) ก็สามารถเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างได้

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อบันทึกเสียงในขณะการสัมภาษณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นลำดับแรก หลังจากนั้นสัมภาษณ์ความเครียดพร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดระดับความเครียด และแบบวัดการเผชิญความเครียดตามลำดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ทำแบบวัดด้วยตนเองตามความเป็นจริงอย่างอิสระ ผู้วิจัยอยู่ด้วยตลอดเวลาเพื่อตอบคำถาม

4. ผู้วิจัยทำการจัดบันทึกพฤติกรรมการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่างขณะให้สัมภาษณ์ที่สังเกตได้และทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเนื้องอกสมองจากเวชระเบียน การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมองประมาณ 25 นาทีต่อราย และกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จภายใน 15-20 นาที รวมระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ เฉลี่ยประมาณ 40-45 นาทีต่อราย

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมอง จำนวน 62 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 79 มีอายุเฉลี่ย 40.95 ปี (SD = 12.87) อายุต่ำสุด 21 ปี และอายุสูงสุด 70 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.3 มีสถานภาพสมรสคู่และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเนื้องอกสมองโดยเป็นบุตรคิดเป็นร้อยละ 38.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 46.8) มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด (ร้อยละ 75.8) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 33.9) และมีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 33.9 และร้อยละ 51.6 ตามลำดับ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.1) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.6 ปี (SD = 13.69) อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุดเท่ากับ 72 ปี กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลร้อยละ 56.5 โดยมีระยะเวลาในการรอผ่าตัดเฉลี่ย เท่ากับ 47.66 วัน (SD = 24.2) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเป็นเนื้องอกสมองชนิดไม่ร้ายแรง (ร้อยละ 93.5) ส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง (ร้อยละ 59.7) โดยพบ

บริเวณสมองซีกขวา (ร้อยละ 43.6) และที่ตำแหน่งของสมองส่วนหน้า (frontal lobe) (ร้อยละ 33.9)

ความเครียดของญาติผู้ดูแล

ความเครียดของญาติผู้ดูแลจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง จำนวน 62 ราย สามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ 1) ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลโดยตรง ได้แก่ ความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของเนื้องอกสมอง เช่น “แม่ปวดหัวมากจนหน้าบวม เราเองก็รู้สึกเครียดและกังวลมาก บางครั้งเราก็พยายามเอาผ้าเย็นประคบให้ที่หน้าผากแต่ไม่ดีขึ้น สีหน้าแสบแบบว่าเจ็บมาก บางครั้งปวดจนตัวสั่นไปหมด ทรมาณมาก” การเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น “เค้าจะมีอาการพูดไปอีกเรื่อง สับสน บางที่เราพูดกับเค้าเรื่องหนึ่งแต่เค้าตอบไปอีกเรื่อง เหมือนเค้าไม่รู้ตัว เหมือนเปลี่ยนไปเป็นคนละคน ทำให้รู้สึกเป็นห่วง อยากให้กลับมาเป็นปกติ” การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย เช่น “หมอบอกว่าการผ่าตัดสมองมีความเสี่ยงสูง มีโอกาสรอด 50/50 แม่เครียดมาก ไม่รู้จะทำอย่างไร ก็เลยไปนอนหลวงพ่อโสธรและหลวงพ่อทั้งหมดไว้เลย

ว่าขอให้ลูกรอด ถ้าลูกตายแม่คงใจจะขาด” และกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของการรักษา เช่น “ที่กังวลมากที่สุดคือ เรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัยในการผ่าตัด ส่วนตัวก็เข้าใจว่ามันต้องทำ ต้องผ่า แต่ก็ยังรู้สึกกังวลใจ เพราะถ้าเป็นการผ่าที่ส่วนอื่นก็ไม่น่ากลัว แต่พอผ่าสมองก็เลยกังวล” และ 2) ความเครียดจากผลกระทบต่อชีวิตญาติผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย “ตอนกลางคืนแม่นอนไม่ค่อยหลับ กลัวว่าเค้าจะชักแล้วจะช่วยเหลือไม่ทัน แม่ก็ต้องตื่นขึ้นมาดูบ่อยๆ” ผลกระทบด้านอารมณ์จิตใจ “กังวลมาก เครียด...ยิ่งช่วงแรก ๆ จะเครียดมาก มันคิดไปต่าง ๆ นานา ไม่รู้ว่าจะเป็นอย่างร้ายหรือเปล่า วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผิดปกติทางสมองและกลัวการผ่าตัด” การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต “กังวลมาก เครียด พี่ลาออกจากราชการเพื่อมาดูแลแม่ และมาทำธุรกิจดูแลหอพักที่บ้านแทน ชีวิตมันเปลี่ยนมากเลยนะ จากเดิมเราทำงานในกรุงเทพฯ พี่ก็ต้องย้ายไปอยู่ที่อุบล แรก ๆ พี่ก็ต้องปรับตัวเยอะนะ” และผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม “เมื่อก่อนค้าขายด้วยกัน พอภรรยาไม่สบายก็ต้องปิดร้าน ทำให้เราเสียรายได้ไปเยอะ” ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง (N = 62)

ความเครียดของญาติผู้ดูแล	ความถี่	ร้อยละ
ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลโดยตรง		
ความต้องการการดูแลที่เกิดจากพยาธิสภาพของเนื้องอกสมอง	47	75.8
การเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	12	19.3
การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย	26	41.9
กังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของการรักษา	41	66.1
ความเครียดจากผลกระทบต่อชีวิตญาติผู้ดูแล		
ผลกระทบด้านร่างกาย	16	25.8
ผลกระทบด้านอารมณ์จิตใจ	16	25.8
การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต	20	32.2
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม	35	56.4

หมายเหตุ ญาติผู้ดูแล 1 ราย อาจมีสถานการณ์ความเครียดมากกว่า 1 สถานการณ์

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมอง

ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล

ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมอง จำนวน 62 ราย พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเครียดเท่ากับ 80.48 คะแนน (SD = 23.64) (พิสัยค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 15–100 คะแนน) โดยมีญาติผู้ดูแลที่ให้ค่าคะแนนระดับความเครียด ตั้งแต่ 70 คะแนนขึ้นไป (47 ราย) คิดเป็นร้อยละ 75.8 ในจำนวนนั้นมีญาติผู้ดูแลจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 37.1) ที่ให้ค่าคะแนนระดับความเครียดเต็ม 100 คะแนน

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล

ผลการวิเคราะห์การเผชิญความเครียดโดยใช้ค่าคะแนนจริง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมอง เท่ากับ 105.53 คะแนน (SD = 12.54) เมื่อพิจารณารายด้าน

พบว่า การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 45.69 คะแนน (SD = 6.55) การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 18.63 คะแนน (SD = 4.19) และการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 41.21 คะแนน (SD = 6.62) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน พบว่า ค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นจริงมีค่าสูงกว่าค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ในทุกด้าน แสดงว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมองใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน เมื่อวิเคราะห์การเผชิญความเครียดโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ ซึ่งสามารถบอกถึงสัดส่วนการใช้การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในแต่ละด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยสัดส่วนการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีค่ามากที่สุด และด้านการจัดการกับอารมณ์มีค่าน้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการเผชิญความเครียดรายด้านและโดยรวม เมื่อคิดจากคะแนนจริง (raw scores) และคะแนนสัมพัทธ์ (relative scores) ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมอง (N = 62)

การเผชิญความเครียด	Min–Max		คะแนนจริง		คะแนนสัมพัทธ์	
	Possible	Actual	Mean	SD	Mean	SD
การเผชิญความเครียดโดยรวม	36–180	70–131	105.53	12.54		
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	13–65	33–58	45.69	6.55	0.42	0.05
ด้านการจัดการกับอารมณ์	9–45	10–29	18.63	4.19	0.24	0.04
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด	14–70	24–55	41.21	6.62	0.34	0.03

อภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ความเครียดของญาติผู้ดูแลจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมองสามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลโดยตรง และความเครียดจากผลกระทบต่อนชีวิตญาติผู้ดูแล

ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลโดยตรง ได้แก่ ความต้องการการดูแลที่เกิดจากพยาธิสภาพของเนื้องอกสมอง การเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย และกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของการรักษา เมื่อพิจารณาสถานการณ์เหล่านี้ พบว่า เป็นภาระงานที่ญาติผู้ดูแลเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (Horowitz, 1985, as cited in Davis, 1992) โดยพบว่า

ญาติผู้ดูแล ร้อยละ 75.8 ต้องคอยให้การตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดจากพยาธิสภาพของเนื้องอกสมองและอาการไม่สุขสบายต่างๆ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ การมองเห็นลดลง ตาโปน หนังตาตก หูไม่ได้ยิน แขนขา อ่อนแรง เดินเซ ชัก และกลืนปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ อาการดังกล่าวเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรคเนื้องอกสมอง (Hickey, 2003) ซึ่งญาติผู้ดูแลไม่สามารถจัดการที่ต้นเหตุของปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยญาติผู้ดูแลอาจจะทำได้เพียงแค่ช่วยเหลือดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายและช่วยป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น (Lovely, 2004; Parvataneni et al., 2010) สถานการณ์ดังกล่าวมีผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่า เป็นเรื่องที่จัดการได้ยาก ประกอบกับความรัก ความห่วงใย ความใกล้ชิดผูกพันที่ญาติผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ทำให้ประเมินสถานการณ์การดูแลเหล่านี้ว่าเป็นความเครียด (Sherwood et al., 2006; Stefan, 2010; Tastan et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985, as cited in Davis, 1992) เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ การให้การดูแลโดยตรง การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ และการช่วยเหลือด้านการเงิน

เมื่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น อาจจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองเกิดความรู้สึกเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย เนื่องจากต้องมีการพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยบางรายอาจมีความรู้สึกหงุดหงิด กลัว กังวล และท้อแท้ จึงเป็นภาระหน้าที่ที่สำคัญอีกอย่างของญาติผู้ดูแลที่ต้องให้การสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจแก่ผู้ป่วยเนื้องอกสมองในระยะรอรับการผ่าตัดสมอง จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลพบว่าอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องเผชิญและให้ความช่วยเหลือดูแล ได้แก่ อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด หลงลืม สับสนและพูดไม่รู้เรื่อง โดยมีญาติผู้ดูแลร้อยละ 19.3 เกิดความรู้สึกเครียด

จากสถานการณ์ที่ต้องจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ในระยะรอรับการผ่าตัดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความเครียดของญาติผู้ดูแลที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าญาติผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์การจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นแหล่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด (ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550)

สถานการณ์เกี่ยวกับการเผชิญโอกาสสูญเสีย ได้แก่ โอกาสสูญเสียผู้ป่วย และโอกาสพิการหรือสูญเสียการกลับมาใช้ชีวิต เป็นอีกสถานการณ์หนึ่งที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียด โดยพบว่าญาติผู้ดูแลร้อยละ 41.9 ประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นเรื่องที่คุกคามและเกิดเป็นความเครียด เนื่องจากกลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและมีความสำคัญต่อตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ญาติผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับโอกาสสูญเสียผู้ป่วยเป็นแหล่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550; ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550) ในการศึกษาครั้งนี้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ไว้ว่า โรคเนื้องอกสมองเป็นโรคที่ร้ายแรงและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต อีกทั้งการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดสมองก็จัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ ที่มีขั้นตอนยุ่งยาก (สมศรี เผ่าสวัสดิ์, 2531; Parvataneni et al., 2010; Tastan et al., 2011) ซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต (ธิดา เอื้อกฤดาภิการ, 2550; สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์, 2551) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถประเมินเหตุการณ์ในอนาคตของผู้ป่วยได้ จึงเกิดความรู้สึกเครียด เช่นเดียวกับผลการศึกษาของไวต์เฮียมและคณะ (Wideheim et al., 2002) ที่พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยเนื้องอกสมองมักจะมีความรู้สึกสิ้นหวัง วิตกกังวลและกลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

นอกจากนี้ พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอรับการผ่าตัดสมอง ร้อยละ 66.1 มีความกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของการรักษา โดยญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกกลัวแผนการรักษา

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษา

ที่ผู้ป่วยจะได้รับ มีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา
ทันทีเพราะเชื่อว่าถ้าได้รับการรักษาจะสามารถหายจากโรคได้
รวมทั้งมีความกังวลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษา
และการดูแลต่อไปในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี
ความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984)
ที่กล่าวว่า บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียด
ถ้าเหตุการณ์มีความคลุมเครือหรือไม่แน่นอน เนื่องจาก
ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ทำให้บุคคลไม่สามารถ
ควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เช่นเดียวกับที่ญาติผู้ดูแล
ประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย
โดยตรงเหล่านี้นี้ว่าเป็นความเครียด อาจเนื่องมาจาก
ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้วยโรคเนื้องอกสมอง
เป็นเหตุการณ์ที่คุกคามและยากในการจัดการหรือควบคุม
สถานการณ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของทาสตัน
และคณะ (Tastan et al., 2011) ซึ่งพบว่า การผ่าตัดสมอง
เป็นสถานการณ์ที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกหวาดกลัว
และสามารถส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย
และญาติผู้ดูแลมากกว่าการผ่าตัดชนิดอื่นๆ เนื่องจากการ
ผ่าตัดสมองอาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตหรือมี
อาการความผิดปกติทางระบบประสาทที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น
อีกทั้งผู้ป่วยเนื้องอกสมองยังมีความต้องการการดูแล
ช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในระยะเวลาอัน
ยาวซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในด้านต่างๆ (Lang
et al., 1999) และมีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึก
เครียด (Swartz & Keir, 2007)

ความเครียดลักษณะที่สองคือ ความเครียดจาก
ผลกระทบต่อชีวิตญาติผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบด้าน
ร่างกาย ผลกระทบด้านอารมณ์จิตใจ การเปลี่ยนแปลง
ในการดำเนินชีวิต และผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม
โดยผลกระทบต่อชีวิตญาติผู้ดูแลด้านร่างกายเกิดจาก
การให้การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลบางรายมีอาการ
พักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกอ่อนล้า เบื่ออาหาร และน้ำหนักลด
สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบต่อญาติ
ผู้ดูแลที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ญาติผู้ดูแลอาจจะมีอาการ

เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับ รับประทาน
อาหารได้น้อย ร่างกายทรุดโทรม เกี่ยวเนื่องมาจากการ
ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความ
เจ็บป่วยตามมาได้ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องความ
สัมพันธ์ระหว่างการนอนและภาวะซึมเศร้าของญาติ
ผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลร้อยละ 95 มีปัญหาเรื่องการ
นอนหลับ ในระดับรุนแรง โดยพบว่าคุณภาพของการ
นอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของ
ญาติผู้ดูแล (Carter & Chang, 2000)

ผลกระทบด้านอารมณ์จิตใจ ญาติผู้ดูแลบางราย
รู้สึกว่าตั้งแต่ให้การดูแลผู้ป่วย ก็มีความรู้สึกเครียด
กังวลใจ วิตกกังวลหงุดหงิดง่าย โกรธ และเบื่อหน่าย
ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่เนื้องอกสมองเป็นโรคที่ร้ายแรงบางราย
รู้สึกกังวลเกี่ยวกับความผิดปกติทางระบบประสาทและ
อาการไม่สบายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ
การศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ญาติผู้ดูแลมักจะมี
ความวิตกกังวลทางจิตใจ ความวิตกกังวล และความเครียด
(Parvataneni et al., 2010; Tastan et al., 2011)
อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยคือ บุคคลในครอบครัวอันเป็นที่รัก
และมีความสำคัญต่อญาติผู้ดูแล เมื่อเกิดการเจ็บป่วย
ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่เนื้องอกสมองเป็นโรคที่ร้ายแรง
และอาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีความพิการ เมื่อ
ญาติผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จึง
อาจจะเกิดเป็นความรู้สึกเครียด (Keir et al., 2009;
Sherwood et al., 2004)

ผลกระทบด้านการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต
พบว่า การรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล อาจจะทำให้ญาติ
ผู้ดูแลบางรายรู้สึกว่ามีการงานที่เพิ่มขึ้น มีเวลาเป็นส่วนตัว
ลดลง ไม่สามารถทำหน้าที่ในบทบาทอื่นที่รับผิดชอบ และ
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม พบว่า ญาติผู้ดูแลอาจ
จะต้องลาออกจากงาน ทำงานในอาชีพลดลงหรือเปลี่ยนงาน
ส่งผลให้เกิดการสูญเสียรายได้และมีรายได้ลดลง โดย
พบว่าญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านการเปลี่ยนแปลง
ในการดำเนินชีวิตและด้านเศรษฐกิจสังคมร้อยละ 32.2

และร้อยละ 56.4 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ในวัยทำงานและจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นช่วงวัยที่เริ่มจะมีความมั่นคงในหน้าที่การงานและการดำเนินชีวิต ดังนั้นเมื่อต้องมารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลจึงอาจจะมีผลกระทบที่ทำให้ต้องสูญเสียรายได้ หรือได้รับผลกระทบต่อน้ำที่การทำงานและสถานภาพทางสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยสามารถส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย (วิลลาร์ด ภูวราวุฒิพานิช, 2537) ด้านอารมณ์จิตใจ (Sherwood et al., 2006) ด้านการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต (Lang et al., 1999) และด้านเศรษฐกิจสังคม (ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550; Sherwood et al., 2006; Tastan et al., 2011)

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง พบว่าญาติผู้ดูแลร้อยละ 16.1 มีความรู้สึกด้านบวกจากการรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ได้แก่ การได้ตอบแทนบุญคุณและการได้ใกล้ชิดผูกพัน อาจเนื่องมาจากสถานการณ์ที่มีสมาชิกภายในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย จึงมีผลทำให้สมาชิกคนอื่นๆ ต้องร่วมมือกันเพื่อให้ความดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ส่งผลให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเนื้องอกสมองโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 38.7) เมื่อได้มีโอกาสดูแลติดตามรายวันจึงอาจมีส่วนทำให้เข้าใจถึงความรักความผูกพันระหว่างพ่อแม่และลูกมากขึ้น รวมทั้งญาติผู้ดูแลอาจจะมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการทดแทนบุญคุณที่ผู้ป่วยได้เลี้ยงดูตนเองมาหรือเคยให้ความช่วยเหลือแก่ตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทางสังคมไทยที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ และสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า การประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์

ซึ่งมีผลต่อสวัสดิภาพของบุคคลว่าอยู่ในลักษณะใด บุคคลสามารถประเมินออกมาใน 3 รูปแบบ ได้แก่ การประเมินตัดสินว่าไม่มีความสำคัญหรือไม่มีผลกระทบกับสวัสดิภาพของตนเอง การประเมินตัดสินว่ามีผลดีต่อตนเอง และการประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด โดยการที่ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกด้านบวก (positive aspects) จากการรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถแสดงให้เห็นว่าในการประเมินตัดสินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น นอกจากการประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของญาติผู้ดูแลและทำให้เกิดเป็นความเครียดแล้ว ยังมีญาติผู้ดูแลบางรายที่อาจจะประเมินตัดสินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวว่ามีผลดีกับตนเองโดยช่วยให้สัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวดีขึ้น เช่นเดียวกันกับการศึกษาของวิภา วิเสโส (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแล 4 ความหมาย ได้แก่ เป็นโอกาสตอบแทนบุญคุณ เป็นผู้ที่ดีได้ดีกว่าคนที่ไม่ใช่ญาติ เป็นความสงสาร ความเห็นใจ ความเต็มใจที่จะให้การดูแล และเป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแล

ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอรับการผ่าตัดสมอง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีญาติผู้ดูแลที่ให้ค่าคะแนนระดับความเครียดตั้งแต่ 70 คะแนนขึ้นไป 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.8 โดยในจำนวนนั้นพบว่า มีญาติผู้ดูแล จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 37.1) ให้ค่าคะแนนระดับความเครียดเต็ม 100 คะแนน แตกต่างกับผลการศึกษาในญาติผู้ดูแลกลุ่มอื่นๆ ที่ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิด (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2542) ซึ่งพบว่าญาติผู้ดูแลในงานวิจัยดังกล่าวประเมินระดับความเครียดจากการให้การดูแลอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง แต่อย่างไร

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมอง

ก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของบุญมาศ จันศิริมงคล (2550) ซึ่งพบว่าญาติผู้ดูแลประเมินระดับความเครียดจากการให้การดูแลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ดูแลรับรู้โรคเนื้องอกสมองเป็นโรคที่มีความรุนแรงและการผ่าตัดสมองก็เสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งยังไม่มั่นใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ในการรักษา โดยญาติผู้ดูแลได้สะท้อนความรู้สึกดังกล่าวในสถานการณ์ความเครียดด้านผลกระทบต่ออารมณ์จิตใจของญาติผู้ดูแล สอดคล้องตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าบุคคลประเมินสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือสูญเสีย รวมทั้งสถานการณ์ที่คุกคามว่าเป็นความเครียด และตัดสินระดับความรุนแรงของความเครียดขึ้นอยู่กับความรุนแรงและความไม่แน่นอนของสถานการณ์

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลที่อาจส่งผลให้ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ ไอโคนอมูและคณะ (Iconomou, Viha, Kalofonos, & Kardamakias, 2001) เกี่ยวกับผลกระทบจากการให้การดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาต่อญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีความตึงเครียดด้านจิตใจสูงกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมักมีความผูกพันทางอารมณ์ต่อสมาชิกภายในครอบครัวมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้การที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ก็อาจจะทำให้มีภาระหน้าที่อื่นซึ่งต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากการดำรงบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล เช่น บทบาทของมารดา บทบาทภรรยา เป็นต้น ดังนั้นการที่ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลบุคคลอื่น ๆ ภายในครอบครัวด้วย ก็อาจทำให้เกิดความเครียดจากการให้การดูแลได้ง่าย

เมื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมองประเมิน

สถานการณ์จากการให้การดูแลผู้ป่วยว่าเป็นความเครียด ซึ่งญาติผู้ดูแลแต่ละรายอาจจะมีการรับรู้ระดับความเครียดแตกต่างกันดังที่ได้กล่าวไปแล้วในช่วงต้น ดังนั้นญาติผู้ดูแลอาจใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความคิดของตนเองในการจัดการกับความเครียด ตลอดจนการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันตามศักยภาพของแหล่งประโยชน์และข้อจำกัดที่มีอยู่ ผลการศึกษา พบว่า คะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมของญาติผู้ดูแลจากคะแนนจริงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาค่าต่ำสุดของค่าพิสัยจริงของการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน (ตารางที่ 2) พบว่า จะมีค่าสูงกว่าค่าต่ำสุดของพิสัยที่เป็นไปได้ในทุกด้าน แสดงว่าญาติผู้ดูแลได้มีการใช้การเผชิญความเครียดทั้งสามด้าน สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดผสมผสานกันมากขึ้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่บุคคลนั้นเผชิญ รวมทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดในทุก ๆ ด้าน (ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550)

เมื่อพิจารณาคะแนนสัมพัทธ์ซึ่งแสดงถึงสัดส่วนการใช้การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในแต่ละด้าน (ตารางที่ 2) พบว่า การเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้มากที่สุดคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์เป็นด้านที่เลือกใช้น้อยที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่าการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550) ซึ่งการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นการกระทำที่มุ่งเน้นจะแก้ปัญหาโดยตรงเกี่ยวกับ

โรคและการรักษา พยายามหาแนวทางในการแก้ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม และรูปแบบในการดำเนินชีวิตให้มีความสอดคล้องกับผู้ป่วยเนื้องอกสมอง มีการคิดวางแผนล่วงหน้าสำหรับเหตุการณ์ในอนาคตที่อาจจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกสมองในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาและความต้องการการดูแลที่เด่นชัด ดังนั้น ญาติผู้ดูแลอาจต้องให้การช่วยเหลือเพื่อจัดการกับปัญหาและอาการความผิดปกติดังกล่าว ส่วนการบรรเทาความเครียดเป็นวิธีการจัดการกับความเครียดเมื่อบุคคลไม่สามารถออกจากสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ บุคคลจะเรียนรู้และใช้ประสบการณ์การดูแลในช่วงระยะเวลาก่อนผ่าตัดที่จะปรับตัวเพื่ออยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น ในขณะที่การจัดการกับอารมณ์เป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดหรือบรรเทาความรู้สึกเครียด (Sherwood et al., 2006; Stefan, 2010)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะการปรับตัวและสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม ได้แก่ การจัดทำโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคเนื้องอกสมองและการรักษา แหล่งประโยชน์สำหรับญาติผู้ดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองแก่ญาติผู้ดูแล เช่น ทักษะการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายให้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น

2. ควรมีการประเมินสถานการณ์ความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เช่น ระยะหลังจากได้รับการผ่าตัดสมอง ระยะก่อนกลับบ้าน และระยะการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่บ้าน เป็นต้น เพราะความเครียดและ

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปเพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างครอบคลุมทั้งในช่วงระยะของการเปลี่ยนผ่านและสามารถวางแผนทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

3. ควรมีการจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่ให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทศัลยกรรม เพื่อให้พยาบาลได้เข้าใจความเครียดและสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียด รวมทั้งวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และสามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือญาติผู้ดูแลให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- เจษฎา นิมมานนิตย์. (2537). *เนื้องอกสมอง: ความรู้พื้นฐาน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ธิดา เอื้อกฤดาธิการ. (2550). สรีรวิทยาของระบบประสาทและการให้ยาระงับความรู้สึก. ใน วิรัตน์ วศินวงศ์, ธวัช ขาญชญา นนท์, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, และธิดา เอื้อกฤดาธิการ (บก.), *ตำราวิสัญญีวิทยาพื้นฐาน* (หน้า 19–31). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- บุญมาตจันศิริมงคล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรณวดี พุทธิวัฒนะ, และสมฤดี สิทธิมงคล. (2542). ความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 3(3), 251–267.

**ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง
ในระยะรอเข้ารับการรักษาตัดสมอง**

- วิภา วิสเส. (2545). การให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต เมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิมลรัตน์ ภูวรุฒพิพานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 12(4), 33-38.
- ศิริพรรณ ปิตีมานะอารี. (2550). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). ความเครียดกับการดูแลตนเอง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บก.), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิเจ ประพันธ์.
- สมรรัตน์ จารุลักษณะนันท์. (2551). Improving patient safety: A systemic approach. ใน วิรัตน์ วศินวงศ์ และภณทิลา จุจิโรจน์จินดากุล (บก.), *แนวปฏิบัติสู่การลดอุบัติเหตุการฉีดยาทางวิสัญญี: Strategies to minimize anesthetic incidents* (หน้า 177-204). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สมศรี เฝ้าสวัสดิ์. (2531). *การให้ยาสลบในประสาทศัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูนิทัพบลิเคชั่น.
- Cahill, J. E., & Armstrong, T. S. (2011). Caring for an adult with a malignant primary brain tumor. *Nursing*, 41(6), 28 - 34.
- Carter, P. A., & Chang, B. L. (2000). Sleep and depression in cancer caregivers. *Cancer Nursing*, 23(6), 410-415.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family and Community Health*, 15(2), 1 - 10.
- Hickey, J. V. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (5th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Hickey, J. V., & Armstrong, T. (1997). Brain tumor. In J. V. Hickey (Ed.), *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (4th ed., pp. 501-526). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Huang, M. E., Wartella, J. E., & Krentzer, J. S. (2001). Functional outcome and quality of life in patients with brain tumor: A preliminary report. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(11), 1540-1546.
- Iconomou, G., Viha, A., Kalofonos, H. P., & Kardamakis, D. (2001). Impact of cancer on primary caregivers of patients receiving radiation therapy. *Acta Oncologica*, 40(6), 766-771.
- Isaacs, B., & Kennie, A. T. (1973). The Set Test as an aid to the detection of dementia in old people. *British Journal of Psychiatry*, 123, 467-470.
- Keir, S. T., Farland, M. M., Lipp, E. S., & Friedman, H. S. (2009). Family appraisal of caregiving in a brain cancer model. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 11(1), 60-66.
- Keles, G. E., & Berger, M. S. (2001). Epilepsy associated with brain tumor. In A. H. Kaye & E. R. Laws, Jr (Eds.), *Brain tumor: An encyclopedic approach* (pp. 273-279). St. Louis: Churchill Livingstone.
- Lang, D. A., Neil-Dwyer, G., & Garfield, J. (1999). Outcome after complex neurosurgery the caregiver's burden forgotten. *Journal of Neurosurgery*, 91, 359-363.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lovely, M. P. (2004). Symptom management of brain tumor patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 20(4), 273-283.
- Mitchell, M. L., Courtney, M., & Coyer, F. (2003). Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing and Health Science*, 5, 207-217.
- Mugand, J. A., Blackinton, D. D., Cricoli, M. G., Lee, J. J., & Santos, B. B. (2001). Incidence of neurologic deficits and rehabilitation of patients with brain tumors. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 80(5), 346-350.
- Newton, C., & Mateo, M. A. (1994). Uncertainty: Strategies for patients with brain tumor and their family. *Cancer Nursing*, 17(2), 137-140.
- Parvataneni, R., Polley, M., Freeman, T., Lamborn, K., Prados, M., Butowski, N., et al. (2011). Identifying the needs of brain tumor patients and their caregivers. *Journal of Neuro-oncology*, 104(3), 737-744. doi: 10.1007/s11060-011-0534-4

- Raleigh, E. H., Lepczyk, M., & Rowley, C. (1990). Significant others benefit from preoperative information. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 941–945.
- Sherwood, P., Given, B., Given, C., Schiffman, R., Murman, D., & Lovely, M. (2004). Caregivers of persons with a brain tumor: A conceptual model. *Nursing Inquiry*, 11(1), 43–53.
- Sherwood, P. R., Given, B. A., Given, C. W., Schiffman, R. F., Murman, D. L., Lovely, M., et al., (2006). Predictors of distress in caregivers of persons with a primary malignant brain tumor. *Research in Nursing & Health*, 29, 105–120.
- Stefan, K. A. (2010). The nurse liaison in perioperative services: A family centered–approach. *AORN Journal*, 92, 150–157.
- Swartz, J. J., & Keir, S. T. (2007). Program preferences to reduce stress in caregivers of patients with brain tumors. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 723–727.
- Tastan, S., Kose, G., Iyigun, E., Ayhan, H., Coskun, H., & Hatipoglu, S. (2011). Experiences of the relatives of patients undergoing cranial surgery for a brain tumor: A descriptive qualitative study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 43(2), 77–84.
- Wideheim, A. K., Edvaedsson, T., Pahlson, A., & Ahlstrom, G. (2002). A family’s perspective on living with a highly malignant tumor. *Cancer Nursing*, 25(3), 236–244.
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2004). Retrospective–nurses, family, and illness: A new combination. *Journal of Family Nursing*, 10(1), 3–11.

Stress and Coping among Family Caregivers of the Patients with Brain Tumor awaiting for Cranial Surgery

Nachanok Aiadsuy* M.N.S. (Adult Nursing)

Suporn Wongvatunyuu** Ph.D. (Nursing)

Suchira Chaiviboontham*** Ph.D. (Nursing)

Abstract: This descriptive study aimed to explore the stress, stress level, and coping among family caregivers of the patients with brain tumor awaiting for cranial surgery. The Lazarus and Folkman stress, appraisal and coping theory was used as the conceptual framework of the study. Sixty-two family caregivers of the patients with brain tumors awaiting for cranial surgery were purposively recruited at the time they visited at tertiary hospital. The research instruments composed of the demographic characteristics questionnaire, a semi-structured interview, the stress level scale, and the Jalowiec Coping Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The results revealed that stress of family caregivers could be divided into two types: 1) stress directly caused by provision of care including caregiving demands of the pathology of brain tumor, dealing with emotional and behavioral changes of patients, facing opportunity of loss, and concern caused by uncertainty of treatment, and 2) stress caused by the effects on the life of caregivers, which could further be categorized into physical effects, psycho-emotional effects, lifestyle change, and socioeconomic effects. The findings also showed that family caregivers had a high level of stress and they used all types of coping strategies, confrontive coping, followed by palliative coping, and emotive coping, respectively. The study findings could be used as baseline data to plan for a clinical nursing practice guideline to assess caregiving stress and to promote appropriate coping among family caregivers of patients with brain tumors.

Keywords: Stress, Coping, Family caregiver, Brain tumor, Cranial surgery

*Instructor, Faculty of Nursing, Burapha University; and Master Student, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Instructor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University;
E-mail: suporn.won@mahidol.ac.th

***Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University