

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัด*

วารุณี พลิกบัว พย.ม**

สายพิน เกษมกิจวัฒนา พย.ด***

รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ Ph.D****

สุรชาติ จักรภีร์ศิริสุข M.D*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหวัง ความพร้อมในการดูแล และความวิตกกังวลจากการดูแลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้ทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโพล์คแมน เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง และเป็นผู้ป่วยผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร จำนวน 90 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความหวังของเฮิร์ท แบบวัดความพร้อมในการดูแล และแบบวัดความวิตกกังวลจากการดูแลของสจีวิตและอาร์ชโบลด์ แบบวัดภาวะสุขภาพของแวย์และเซอร์โบลด์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ความวิตกกังวลจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ ($r = -.494$, $p < .001$) สามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 24.5 ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ($r = .433$, $p < .001$) สามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.2 ทั้งความวิตกกังวลจากการดูแลและความหวังสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ ร้อยละ 34.7 ส่วนความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ($r = .320$, $p < .001$) แต่ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีการประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพอยู่เดิมร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษาและการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลและให้มีความพร้อมในการดูแลรวมถึงการส่งเสริมให้มีความหวังตามความเป็นจริง

คำสำคัญ: ความหวัง ความพร้อมในการดูแล ความวิตกกังวลจากการดูแล ภาวะสุขภาพ ญาติผู้ดูแล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

** นักศึกษาหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต สาขาพยาบาล (หลักสูตรนานาชาติ และหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยต่างประเทศ) มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ตั้งแต่ปี 2542 เป็นต้นมาพบว่ามีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติของสถานวิทยามะเร็งศิริราช ในปี 2544-2545 พบผู้ป่วยมะเร็งใหม่เพิ่มขึ้น จาก 3,866 เป็น 3,981 คน และจากรายงานผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2538-2540 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งใหม่ถึง 74,006 ราย คาดคะเนว่าในปี 2551 จะมีผู้ป่วยมะเร็งใหม่เพิ่มขึ้นถึง 120,000 ราย (Sriplung et al., 2003)

เคมีบำบัดเป็นวิธีการหนึ่งที่ยอมรับใช้ในการรักษามะเร็ง เนื่องจากการรักษาทั่วร่างกายสามารถฆ่าเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ ช่วยควบคุมการแพร่กระจายของโรค และช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น (Tortorice, 2000) แต่ผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดก็มีมากเช่นกัน เช่น คิดเชื่องช้า ซีด เลือดออกง่าย ผอมร่วง ซ่องปากอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย อ่อนล้า (Camp-Sorrell, 2000) ซึ่งภาวะเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความจำกัดในการดูแลตนเอง และต้องการการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่น ประกอบกับความก้าวหน้าของเคมีบำบัดมีมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล สามารถมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ ทำให้สมาชิกในครอบครัวเข้ารับบทบาทดูแลผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ภาระในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวจะมากหรือน้อยขึ้นกับความก้าวหน้าของโรค ผลข้างเคียงของเคมีบำบัดและระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะใช้เวลาไปกับการดูแลผู้ป่วย บางครั้งเห็นผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดแต่ไม่สามารถช่วยเหลือได้ ทำให้มีความทุกข์และมีความเครียดเกิดขึ้น (Arando & Hayman-White, 2001; Jensen & Given, 1991) ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของ

ญาติผู้ดูแล ทำให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เป็นหวัดง่าย วิตกกังวล นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539) หากความเครียดที่เกิดขึ้นไม่ได้รับความสนใจและปล่อยให้ดำเนินต่อไปจะมีผลทำลายสุขภาพของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความจำกัดในการดูแลและอาจไม่สามารถรับภาระในการดูแลได้อีกต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล มีทั้งปัจจัยด้านบวกและด้านลบ กล่าวคือ ปัจจัยด้านบวก ได้แก่ ความหวัง การที่ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อในทางที่ดี คาดหวังอนาคตในทางบวก ส่งผลให้มีกำลังใจ สามารถเผชิญต่อความเครียดและความรู้สึกคุกคามต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักได้ (Herth, K, 1989; Herth, K, 1990b; Lazarus & Folkman, 1984) ถือเป็นแหล่งประโยชน์ในการปรับตัว (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2538; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2532) ส่วนอีกปัจจัยหนึ่ง คือ ความพร้อมในการดูแลซึ่งมีความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Archbold et al., 1990; Rusinak & Murphy, 1995) ความพร้อมในการดูแลนี้จะทำให้ผู้ดูแล มีความมั่นใจ สามารถจัดการกับภาระการดูแล ความวิตกกังวล และความเครียดจากการดูแลได้ (Kapachon, C, 2002; Schumacher et al., 1998; Srithares, W, 2003) ส่งผลลัพท์ต่อการปรับตัวด้านสุขภาพที่ดีตามมา

ส่วนปัจจัยด้านลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล จะทำให้กระบวนการคิดของผู้ดูแลลดลง ส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์ดูแลในทางลบมากขึ้น ประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดจะลดลง (Srithares, W, 2003) นอกจากนี้ความหวงกังวลที่มีต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจะเผชิญกับความรู้สึกที่คุกคามต่อการสูญเสียอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นที่มา

ของความเครียดเรื้อรังซึ่งจะส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพตามมา (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539)

งานวิจัยของประเทศไทยที่ผ่านมา การศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้รับความสนใจค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาญาติผู้ดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพยาธิสภาพของโรคเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้าๆ (Kopachon, C., 2002; Natechang, S., 2002; Navarat, W., 2002; Srithares, W. 2003) แต่ผู้ป่วยมะเร็งในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดนั้น มีความแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องด้วยการดำเนินของโรคและผลลัพธ์จากการรักษาไม่แน่นอน ไม่สามารถทำนายได้ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาของการรักษา ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความรู้สึกคุกคามที่เห็นผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียง แต่ไม่สามารถช่วยได้ (Herth, 1993; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539, ชูชื่น ชิวพูลผล, 2541) จึงอาจก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลที่แตกต่างไป แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยดังกล่าว ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลการวิจัยจะมีประโยชน์ในการประเมินและทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลและเป็นแนวทางในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดต่อไป

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยโดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับการที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อตนหรือไม่อย่างไร (Lazarus & Folkman, 1984) ถ้าประเมินว่าไม่เกี่ยวข้องหรือมีผลดี บุคคลจะไม่มี

ความเครียด แต่ถ้าประเมินว่ามีผลกับตนในทางลบ เช่น คุกคาม อันตรายหรือสูญเสียและทำลาย บุคคลจะมีความเครียดเกิดขึ้น การเผชิญกับความเครียด บุคคลจะใช้ทั้งการแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย ขวัญกำลังใจและการทำหน้าที่ในสังคม

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดที่บ้านเป็นสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าคุกคามและเป็นความเครียด ซึ่งญาติผู้ดูแลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้งการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ โดยที่การเผชิญความเครียดจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านญาติผู้ดูแลเอง ได้แก่ ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และความวิตกกังวล

ความหวังเป็นความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับอนาคตในทางบวก มีความมั่นคงทางจิตใจ เชื่อมมั่นว่าจะปรับตัวได้แม้ว่าจะต้องเผชิญกับความยากลำบาก เนื่องจากการดูแล ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการเผชิญความเครียด (Dufault & Martocchio, 1985; Lazarus & Folkman, 1984; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2532) ซึ่งจะช่วยให้การจัดการกับความเครียดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Herth, 1989; Herth, 1990) และส่งผลดีที่ต่อสุขภาพตามมา

ความพร้อมในการดูแลจะส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้ความเครียดและความวิตกกังวลจากการดูแลลดลง (Archbold, et al., 1990) เป็นแหล่งประโยชน์ในตอนที่เฝ้าต่อการเผชิญความเครียด ซึ่งจะส่งผลดีต่อการปรับตัวด้านสุขภาพ (Archbold, et al., 1990; Kopachon, C., 2002; Scherbring, 2002)

ความวิตกกังวล เป็นการคาดการณ์สิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นในทางลบรู้สึกกลัวที่จะเผชิญต่อสถานการณ์นั้น เช่น กลัวว่าจะสูญเสียผู้ป่วยไป ถ้าผู้ป่วยมีอาการ

เลเวลจะทำอย่างไร กังวลว่าตนเองจะไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ในอนาคต (Natechang, S. 2002; Srihares, W. 2003) ซึ่งเป็นปัจจัยคุกคามความรู้สึกของญาติผู้ดูแล ทำให้กระบวนการคิดรู้และความสามารถในการแก้ปัญหาของญาติผู้ดูแลลดลงส่งผลให้ประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดลดลงและมีปัญหาสุขภาพตามมา (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาปัจจัยด้าน ความหวัง ความพร้อมในการดูแลและ ความวิตกกังวลจากการดูแลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

ความหวัง ความพร้อมในการดูแล และความวิตกกังวลจากการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) นี้ เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 90 รายจากญาติผู้ดูแลหลักแก่ผู้ป่วยมะเร็งระหว่างได้รับเคมีบำบัดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป ให้การดูแลผู้ป่วยด้านกิจกรรมขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 3 กิจกรรม (The Modified Barthel ADL Index) (Mahoney and Barthel, 1965) ด้านกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอย่างน้อย 2 กิจกรรม (The Instrumental Activities of Daily Living Scale) (Lawton and Brody, 1969) และมีระดับการรู้คิดปกติ (The Thai Mental State Exam) (Train the Brain Forum Thailand, 1993)

เครื่องมือวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยมะเร็ง

2. แบบวัดความหวังของเฮิร์ท (Herth, 1992) ซึ่งเป็นดัชนีซึ่งชี้ความหวังที่สร้างตามแนวคิด ของดูฟอลด์และมาร์ทอคซิโอ (Dufault & Matocchio, 1985) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12 - 48 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง มีความหวังน้อย ส่วนคะแนนสูง หมายถึง มีความหวังมาก เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้ในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังโรคต่างๆ กัน ทั้งในและต่างประเทศ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.79-0.86 การวิจัยครั้งนี้ได้ค่า 0.79

3. แบบวัดความพร้อมในการดูแลของสจิวต์และอาร์ชโบลด์ (Archbold & Stewart, 1993) เป็นการประเมินความพร้อมในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 ไม่มีเลย ถึง 4 มากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 32 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลน้อย ส่วนคะแนนสูง หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลมาก เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้ในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งในและต่างประเทศ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.73-0.92 การวิจัยครั้งนี้ได้ค่า 0.83

4. แบบวัดความวิตกกังวลจากการดูแลของสจิวต์และอาร์ชโบลด์ (Archbold & Stewart, 1993) ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 มีมาก ถึง 5 ไม่มีเลย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 - 75 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลจากการดูแลน้อย ส่วนคะแนนสูง หมายถึง

มีความวิตกกังวลจากการดูแลมาก เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้ในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆกันทั้งในและต่างประเทศ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.72-0.96 การวิจัยครั้งนี้ได้ค่า 0.85

5. แบบวัดภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (The Short Form Health Survey, SF-36) ของแวร์และเชอร์บอร์น (Ware & Sherbourne, 1986, 1992) เป็นการประเมินว่าการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ต่างๆ หรือไม่ และมีมากน้อยเพียงใด มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า โดยมีข้อคำถาม 1 ข้อเป็นการรายงานภาวะสุขภาพโดยรวมที่ผ่านมา และอีก 35 ข้อเป็นข้อคำถามเปรียบเทียบภาวะสุขภาพในปัจจุบันกับที่ผ่านมา 3 เดือนและความจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 3500 คะแนน โดยคะแนนต่ำ หมายถึง ภาวะสุขภาพโดยรวมไม่ดี ส่วนคะแนนสูง หมายถึง ภาวะสุขภาพโดยรวมดี เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้ในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆกัน ทั้งในและต่างประเทศ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.78-0.94 ในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่า 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากแหล่งเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งที่มารับเคมีบำบัด สอบถามญาติผู้ติดตามผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรอการให้เคมีบำบัด เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ จากนั้นแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินดี จึงให้เซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ในรายที่อ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม พร้อมทั้ง

อธิบายวิธีการตอบโดยละเอียดและให้อิสระในการตอบแบบสอบถาม ในรายที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ หรือมีปัญหาด้านสายตา ใช้การสัมภาษณ์ โดยเริ่มจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แบบวัดภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล แบบวัดความหวัง แบบวัดความพร้อมในการดูแล และแบบวัดความวิตกกังวลจากการดูแลตามลำดับ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยขอนัดเก็บข้อมูลตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การทดสอบอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าวต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (stepwise multiple regression)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 40-60 ปี เฉลี่ย 43.5 ปี (S.D. = 12.07) การศึกษาระดับประถมและมัธยมศึกษา ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 28.9 และ 25.6 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.4 เกี่ยวข้องเป็นคู่สมรสร้อยละ 44.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.3 ระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก ร้อยละ 54.4 มีปัญหาสุขภาพก่อนให้การดูแลร้อยละ 43.3 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะกระดูกพรุน/เข้าเสื่อม ภูมิแพ้ ภาวะอาหาร และไมเกรน ตามลำดับ มีปัญหาสุขภาพในระหว่างดูแลร้อยละ 38.9 ได้แก่ วิตกกังวล ปวดศีรษะ น้ำหนักลด นอนไม่หลับและ มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.7)

ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลจากการดูแลค่อนข้างต่ำ (\bar{X} = 38.87, S.D. = 11.06) แต่มีความหวังและความพร้อมในการดูแลค่อนข้างสูง และมีภาวะสุขภาพค่อนข้างดี (\bar{X} = 40.60, S.D. = 4.33;

\bar{X} = 23.46, S.D. = 4.70; \bar{X} = 2787.97, S.D. = 408.41 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองยังเหมือนเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับ 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 64.4

ในส่วนของผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.8 มีอายุระหว่าง 40-60 ปี เฉลี่ย 53.42 ปี (S.D. = 12.94) เป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 48.9 รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 16.7 และมะเร็งต่อมไทรอยด์ ร้อยละ 14.4 ตามลำดับ ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรก ร้อยละ 78.9 ได้รับความเจ็บป่วยมาแล้ว 2 ครั้ง ร้อยละ 46.7 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-6 เดือน ร้อยละ 54.4 ร้อยละ 41.1 มีโรคอื่นร่วมด้วย โดยโรคที่พบ

3 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะกระดูกพรุน/เข้าเสื่อม

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีความหวังและความพร้อมในการดูแลยิ่งมากภาวะสุขภาพจะยิ่งดี ($r = .433$, $p < .001$ และ $r = .320$, $p < .001$ ตามลำดับ) ความพร้อมในการดูแลยิ่งมากความหวังจะยิ่งสูง ($r = .599$, $p < .001$) แต่ความวิตกกังวลจากการดูแลจะยิ่งลดลง ($r = -.249$, $p < .01$) ญาติผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลจากการดูแลยิ่งมากปัญหาสุขภาพจะยิ่งสูงตาม ($r = -.494$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	ช่วงคะแนนเป็นไปได้	ช่วงคะแนนจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าความเบ้
ความหวัง	12-48	30-48	40.60	4.33	- 0.216
ความพร้อมในการดูแล	0-32	11-32	23.46	4.70	- 0.268
ความวิตกกังวลในการดูแล	15-75	17-63	38.87	11.06	0.358
ภาวะสุขภาพ	0-3500	1450-3400	2787.97	408.41	- 0.947

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความหวัง	1.000			
2. ความพร้อมในการดูแล	.599**	1.000		
3. ความวิตกกังวลในการดูแล	-.249*	-.063	1.000	
4. ภาวะสุขภาพ	.433**	.320**	-.494**	1.000

* $p < .01$, ** $p < .001$

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

ปัจจัยทำนาย	R	R ²	R ² Change	F Change	b	Beta	t	P Value
ความวิตกกังวลในการดูแล	.494	.245	.245	28.483	-15.231	-.412	-4.610	.000
ความหวัง	.589	.347	.102	13.652	31.181	.330	3.695	.000

การทดสอบปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพ พบว่า ตัวแปรแรกที่ทำนายภาวะสุขภาพ คือ ความวิตกกังวลจากการดูแล สามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 24.5 ($F= 28.483, p < .001$) ตัวแปรที่ 2 คือความหวัง สามารถทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.2 ($F= 13.652, p < .001$) ทั้งความวิตกกังวลจากการดูแลและความหวัง สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 34.7 แต่ความพร้อมในการดูแล แม้จะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (ตารางที่ 2) แต่ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ ดังแสดงในตารางที่ 3

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่าญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 43.5 ปี ใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Kopachon, C. 2002; Shumacher, et al., 1993; ชูชื่น ชิวพูลผล, 2541; สายพิน เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2539; สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540) เนื่องจากสังคมมักคาดหวังให้เพศหญิงต้องทำหน้าที่ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย ส่วนเพศชายทำหน้าที่หารายได้ ช่วยเหลือและจัดการค่าใช้จ่าย การเดินทางหรือเรื่องอื่นๆ ที่ไม่ใช้การให้การดูแลโดยตรง (ชูชื่น ชิวพูลผล, 2541) โดยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส เนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 56.7 มีอายุระหว่าง 40-60 ปี ซึ่งมีคู่สมรส คู่สมรสจึงมีบทบาทในการดูแลเมื่อเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Loke, et al., 2003; Carey, Oberst, McCubbin and Hughes, 1991; Sherbring, 2002; Navarat, 2002; ชูชื่น ชิวพูลผล, 2541; สายพิน เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2539) ส่วนเหตุผลในการเข้ารับบทบาทในฐานะผู้ดูแลถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร้อยละ 47.8 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Loke, et al. 2003;

Kopachon, 2002; Navarat, 2002; Sherbring M. 2002; ชูชื่น ชิวพูลผล, 2541; สายพิน เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2539)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.3 ยังทำงานอยู่ มีเพียงร้อยละ 11.1 ที่ต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นอัตราที่น้อยเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา (Toseland, et al., 1995; ชูชื่น ชิวพูลผล, 2541; Natechang, 2003; Kopachon, 2002; Navarat, 2002; Srithares, 2003) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินการพึ่งพาของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อยและปานกลางเท่ากัน คือ ร้อยละ 42.2 รวมทั้งร้อยละ 64.4 ใช้เวลาในการดูแลเพียง 2-6 ชั่วโมงต่อวัน และระยะเวลาในการดูแลส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 1-6 เดือน ร้อยละ 54.4 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของการรักษาและให้การดูแล รวมทั้งไม่ได้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตลอดเวลา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาพักจากการดูแล มีเวลาทำกิจกรรมในการผ่อนคลายความเครียด จึงมีความเครียดจากการดูแลไม่มาก โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) มีความเครียดจากการดูแลในระดับปานกลางเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.3) มีโรคประจำตัวก่อนเข้ารับการดูแล ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภาวะกระดูกพรุน/เข้าเสื่อม ภูมิแพ้ ภาวะอาหารและไมเกรนตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (สายพิน เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2539; ชูชื่น ชิวพูลผล, 2541; สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน จึงมีปัญหสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายซึ่งอาจจะเป็นข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย ที่น่าสนใจคือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38.9 มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นระหว่างดูแลอันเนื่องมาจากความเครียด ได้แก่ วิตกกังวล ปวดศีรษะ น้ำหนักลด และนอนไม่หลับ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (สายพิน เกษมกิจวัฒนา

และคณะ, 2539) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแล จะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามมา

ผลการวิจัย พบว่า ความวิตกกังวลจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ ($r = -.494, p < .001$) และสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ ร้อยละ 24.5 แสดงว่าความวิตกกังวลยิ่งสูงจะมีปัญหาสุขภาพยิ่งมาก จึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากความรักและความห่วงใยผู้ป่วย โดยเฉพาะกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและกลัวว่าผู้ป่วยจะจากไป สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Borneman, Stahl, Ferrell, and Smith, 2002; Miaskowski et al., 1997; Natechang, 2002; Srithares, 2003) รวมทั้งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ความรักและความห่วงใยในสุขภาพของผู้ป่วยมีค่อนข้างมาก ทำให้ยังมีความวิตกกังวลอยู่ ความวิตกกังวลที่มีอยู่นี้จึงส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ เครียด ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ ส่งผลให้น้ำหนักลดลงตามมา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Aranda & Hayman-White, 2001, Kristjanson & Ashcroft, 1994; Natechang, 2002; Srithares, 2003, สายพิณ เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2539)

ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ($r = .433, p < .001$) และสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.7 จึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความหวังยิ่งสูงจะมีภาวะสุขภาพยิ่งดี ทั้งนี้เนื่องจากร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน ความหวังซึ่งเป็นสภาวะของจิตที่ดีจะส่งผลให้สมองส่วนลิมบิครับรู้ภาวะอารมณ์ที่เกิดจากความหวัง เกิดการกระตุ้นและส่งสัญญาณการรับรู้ไปยังไฮโปทาลามัสและต่อมพิทูอิทารี ทำให้การผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอลในระดับสมดุล ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย

ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สุขภาพจึงดี (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 1999; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2532) รวมทั้งความหวังยังทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา รู้สึกว่าปัญหาที่มีอยู่สามารถแก้ไขได้ กล้าที่จะแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีกำลังใจที่จะให้การดูแลทั้งตนเองและผู้ป่วย เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี (Dufault & Martocchio, 1985; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2532)

ความพร้อมในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ($r = .320, p < .001$) แต่ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ แสดงว่าความพร้อมไม่ว่าจะมากหรือน้อยไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพ จึงไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) มีฐานะการเงินดี ซึ่งเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยและการดำรงชีวิตและกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.7) ไม่มีปัญหาสุขภาพก่อนให้การดูแล ประกอบกับหน่วยเคมีบำบัดของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง มีรูปแบบการให้คำปรึกษาแก่ญาติและผู้ป่วยดังกล่าว รวมทั้งสามารถที่จะโทรศัพท์สอบถามและขอความช่วยเหลือ จึงมีความพร้อมในการดูแลค่อนข้างมาก ทำให้ไม่มีความแตกต่างที่หลากหลาย นอกจากนี้ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงส่วนกับความหวังในระดับปานกลาง ($r = .599, p < .001$) เมื่อขจัดอิทธิพลของตัวแปรความหวังออกไป ทำให้ความพร้อมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้

สรุป

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ว่าความวิตกกังวลจากการดูแลและความหวังสามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 34.7 ส่วนความพร้อมในการดูแลแม้จะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพแต่ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพ

ญาติผู้ดูแลได้ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีความเครียดที่ว่า แหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความหวัง เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดและส่งผลดีที่ต่อกับสุขภาพ ส่วนความวิตกกังวลนั้นเป็นปัจจัยที่คุกคามกระบวนการคิด ทำให้การเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพ อันส่งผลให้บุคคลมีปัญหาสุขภาพตามมา

ข้อเสนอแนะในการพยาบาล

1. พยาบาลควรมีการประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อวางแผนป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพก่อนให้การดูแล ควรให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองและการจัดการความเครียดรวมทั้งส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. พยาบาลและบุคลากรที่มสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมีรูปแบบการให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากญาติผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยชัดเจนตั้งนั้นบุคลากรที่มสุขภาพ จึงควรใช้เวลา เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแล

ได้ซักถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงมีระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์รวมถึงการสนับสนุนให้กำลังใจ และให้ความหวังที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง รวมทั้งการให้ความรู้และการฝึกทักษะเพื่อให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดน้อยลง และไม่มีปัญหาสุขภาพตามมา สามารถดำรงบทบาทของผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

การวิจัยที่ควรดำเนินการต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยหรือตัวแปรอื่น ๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก ความกลมเกลียวในครอบครัวและอื่น ๆ

2. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจากผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้และนำสู่การวิจัยเชิงทดลอง เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

3. การศึกษาติดตามไปข้างหน้าถึงภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีปัญหาสุขภาพอยู่เดิมเพื่อความกระจ่างชัดถึงภาวะสุขภาพเมื่อเวลาเปลี่ยนไปรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

- ชูชื่น ชิวพลผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2542). ความหวัง: พลังอันยิ่งใหญ่ในผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 17 (3), 16-23.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช, วัฒนา น้ำเพชร และภัสพร ขำวิชา. (2539). แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 14(2), 76-89.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และประอรนุช ตุลยาทร. (2538). ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 13(4), 76-85.

- สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2532). ความรู้สึกสิ้นหวังในผู้ป่วยมะเร็งกับการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 7(2), 74-82
- สมนึก สกุลหงษ์โสภณ. (2540). ประสิทธิภาพการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความเครียดและเพิ่มความสามารถการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2545). *สถิติผู้ป่วยมะเร็งประจำปี 2545*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- Aranda, K. S., & Hayman-White, K. (2001). Home caregivers of the person with advanced 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 and Health*, 13, 375-384.
- Borneman, T., Stahl, C., Ferrell, B. R., & Smith, D. (2002). The concepts of hope in family caregivers of cancer patients at home. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 4(1), 21-33.
- Camp-Sorrell, D. (2000). Chemotherapy: toxicity management. In C. K. Yarbrow, M. H. Frogge, M. Goodman & S. L. Groenwald (Eds). *Cancer nursing principles and practice* (5th) (pp. 444-487). United States of America: Jones and Bartlett Publishers. Inc.
- 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.
- Dufault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.
- Herth, K. (1993). Hope in the family caregiver of terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 538-548.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1250-1259.
- Herth, K. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16(1), 67-72.
- Jansen, S., & Given, A. B. (1991). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. *Cancer Nursing*, 14(4), 181-187.
- Kopachon, C. (2002). *Influences on preparedness, rewards of caregiving, and factors in role strain of caregivers of patients with cerebrovascular disease*. Master's thesis in Nursing science, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Krisjanson, L. J., & Ashcroft, T. (1994). A family's cancer journey: A literature review. *Cancer Nursing*, 17(1), 1-17.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Loke, Y. A., Liu, C.F.F., & Szeto, Y. (2003). The difficulties faced by informal caregivers of patients with terminal cancer in Hong Kong and the available social support. *Cancer Nursing*, 26(4), 276-283.
- Miaskowski, C., Kragness, L., Dibble, S., & Wallhagen, M. (1997). Different of mood states, health status, and caregivers strain between family caregivers of oncology outpatients with and without cancer-related pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13(3), 138-147.
- Natechang, S. (2002). *Influences of caregiver role strain, worry from caring, and caregiver's factors on health status of caregivers of stroke patients*. Master's thesis in Nursing science, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Navarat, W. (2002). *A study of influences of lack of resource, strain from direct care, and caregivers' factors on health status of family caregivers patients with cerebrovascular disease*. Master's thesis in Nursing science, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Sanderman, R., Triemstra, M., Spruijt, R. J., & Van Den Bos, A. M. G. (1998). Cancer and caregiving: The impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology*, 7, 3-13.
- Rusinak R. L., & Murphy, J. F. (1995). Elderly spousal caregiver: Knowledge of cancer care, perceptions of preparedness, and coping strategies. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(3), 33-41.
- Scherbring, M. (2002). Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population. *Oncology Nursing Forum*, 29(6), 70-76.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P.G. (1998). Conceptualization and measurement of doing family caregivers well. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 63-69.
- Schumacher, K. L., Dodd, M.J., & Paul, S.M. (1993). The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Research in Nursing & Health*, 16, 395-404.
- Srithares, W. (2003). *The factors influencing caregiver role strain of cerebrovascular disease patients wives*. Master's thesis in Nursing science, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Sriplung, H., Sonthipong, S., Martin, N, et al. (2003). *Cancer in Thailand Vol.3. 1995-1997*. National Cancer Institute, Department of Medical Service. Ministry of Public Health, Thailand.
- Toseland, R. W., Blanchard, C. G. & McCallion, P. (1995). A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Soc. Sci. Med.*, 40(4), 517-528.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Factors Predicting Health Status of Family Caregivers of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy

Warunee Phligbua, M.N.S. (Adult Nursing)

Saipin Kasemkitwattana, D.N.S.

Rungnapa Panitrat, Ph.D.

Surachat Chakrapee-sirisuk M.D.

Abstract

The present descriptive study aimed at investigating the effect of hope, preparedness, and worry from caring on the health status of caregivers of cancer patients undergoing chemotherapy. The stress and coping theory of Lazarus & Folkman (1984) was used as a conceptual framework. The subjects consisted of 90 caregivers, who had taken care of patients after the patients had received chemotherapy at least once at the two tertiary hospitals in Bangkok. Data were collected by means of interviews based on the Herth Hope Index, Preparedness, Worry from Caring Questionnaire, and Short Form Health Survey.

The findings revealed that worry from caring was negatively related to health status ($r = -.494, p < .001$) and could predict the health status of caregivers in 24.5% of the subjects, while hope was positively associated with health status of caregivers ($r = .433, p < .001$) and could predict the health status in an additional 10.2%. Worry from caring and hope could predict the health status of caregivers in 34.7%. While preparedness was positively associated with health status of caregivers ($r = .320, p < .001$) but could not predict the health status of caregivers.

Based on these findings, it is recommended that nurses should assess the health status of caregivers before they perform caregiving roles. This will prevent health deterioration due to caregiving, especially for those who have existing health problems. Furthermore, information and advice should be continuously provided to caregivers, and nurses should try to uplift their spirit and morale while giving them realistic hope in addition to offering knowledge and necessary skill training to ensure their readiness to take care of the patients.

Keywords: Hope, Preparedness, Worry from caring, Health status, Family caregivers