



การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง
ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

Development of Supportive and Educative Model for Promotion Self-care
in Head and Neck Cancer Patients Receiving Radiotherapy

โคมพักตร์ มณีวัต

Khomapak Maneewat

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2541

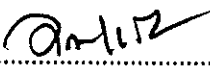
เลขที่	RC 290.44 102 2541
Bib Key	145934

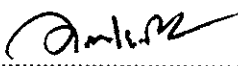
ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง
ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

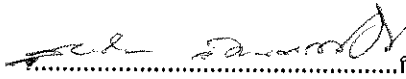
ผู้เขียน นางสาว โขมพิกตร์ มณีวัต
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

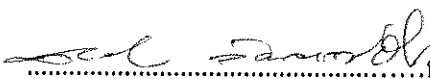
คณะกรรมการที่ปรึกษา

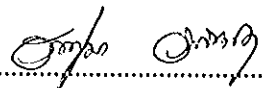
คณะกรรมการสอบ

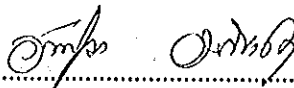

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์)

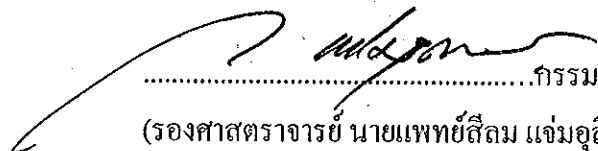

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์)

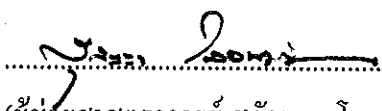

.....กรรมการ
(นายแพทย์สมชาย วัฒนอาภรณ์ชัย)


.....กรรมการ
(นายแพทย์สมชาย วัฒนอาภรณ์ชัย)

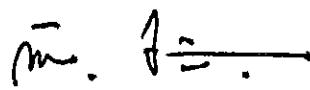

.....กรรมการ
(อาจารย์ อังคума อภิชาติ)


.....กรรมการ
(อาจารย์ อังคума อภิชาติ)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สีถม แจ่มอุลิตรัตน์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุกัญญา โลจนากิจวัฒน์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ก้าน จันทร์พรหมมา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองใน
ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ผู้เขียน นางสาว โขมพักตร์ มณีวัต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

ปีการศึกษา 2540

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและ
ให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่าง
เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่หน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คัดเลือก
แบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 10 ราย การดำเนินการวิจัยเริ่มจากการสำรวจ
ปัญหา วิเคราะห์ประเมินสถานการณ์แล้วนำมาวางแผนกำหนดรูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้
และนำรูปแบบดังกล่าวไปปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต
การบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการจัดหมวดหมู่ การตีความ และการสร้างข้อ
สรุป และการสะท้อนโดยกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ต่อการฉายรังสี ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่มีผลดีต่อโรค เป็นยา/
เหมือนยา เหมือนแคะ/เหมือนไฟ และเป็นสิ่งที่น่ากลัว 2) ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อการฉายรังสี ใน
กลุ่มที่กลัว ลังเล ไม่เข้าใจ ไม่มั่นใจ และมีเจตคติไม่ดีต่อโรคและการรักษามาเป็นเต็มใจ เชื่อมั่น เข้า
ใจ และพร้อมจะอธิบายให้คนอื่นเข้าใจ 3) การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะฉายรังสีแบ่ง
ออกเป็น 3 วงจรตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ วงจรที่ 1 เริ่มต้นชีวิตใหม่ เรียนรู้การฉายรังสี
เป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยสามารถปรับวิถีชีวิตใหม่ ขอมรับการฉายรังสี และมีความรู้
ความเข้าใจในการรักษาที่ได้รับ ในวงจรนี้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ต่อการฉายรังสีมีการ
ปรับตัวขอมรับการรักษาที่ได้รับ มีความรู้ ความเข้าใจ มีเจตคติที่ดีต่อการรักษา มีการปรับตัวกับวิถี
ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีการเรียนรู้ถึงอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น และตระหนักถึงความสำคัญของ
การดูแลตนเอง วงจรที่ 2 หาวิธีต่อสู้กับอาการข้างเคียง หลีกเลี่ยงอุปสรรค ปรับหาวิธีการที่เหมาะสม
การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้ประกอบไปด้วย การตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง
จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ค้นหาวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม การให้ความรู้ และการ
สนับสนุนสิ่งที่เป็นกำลังใจ คงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวขอมรับอาการข้างเคียงที่เกิ
ขึ้นได้ วงจรที่ 3 เตรียมพร้อมกลับสู่สังคมด้วยความมั่นใจ ในระยะนี้มีการวางแผนการกลับไปใช้

ชีวิตในสังคมเดิม การปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ และให้ความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองได้ 4) ปัจจัยที่สนับสนุนการดูแลตนเองได้แก่ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการฉายรังสีที่เพียงพอ ผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ และระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออำนวย สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ อาการข้างเคียงจากการฉายรังสี ข้อจำกัดด้านร่างกาย นิสัยประจำตัว ระบบบริการสุขภาพที่ได้รับการได้รับความรู้ไม่เพียงพอ และ ปัญหาเศรษฐกิจ 5) ผู้ป่วยทั้ง 10 รายได้รับรังสีครบตามปริมาณที่กำหนด 6) รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ประกอบด้วย การเตรียมตัวของพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในด้านความรู้ ทักษะ การเตรียมพร้อมด้านจิตใจ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออำนวย โดยใช้กลยุทธ์ที่สำคัญคือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ข้อมูลที่เหมาะสม การค้นหาวิถีที่เหมาะสม การสะท้อนการปฏิบัติ การติดตามสนับสนุนให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือ การใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ป่วยได้พบกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน หรือผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์มาแล้วโดยผ่านกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ 7) สื่อในการให้ความรู้ประกอบด้วย คู่มือเรื่อง จะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ การจัดสาธิตตัวอย่างยาที่ใช้บ่อย จัดสาธิตตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และวีดิทัศน์ เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ

Thesis Title Development of Supportive and Educative Model for Promotion Self-care in
Head and Neck Cancer Patients Receiving Radiotherapy
Author Miss Khomapak Maneewat
Major Program Adult Nursing
Academic Year 1997

Abstract

This action research study aimed to develop a supportive and educative model for promotion of self-care in head and neck cancer patients receiving radiotherapy. Ten adults with head and neck cancer who were receiving radiotherapy were selected by purposive sampling in the Radiotherapy Department at Songklanakarind Hospital. The study was conducted through an action research spiral (planning, acting, observing, reflecting and revising plan). The baseline survey was conducted for the first step, next the situation was analysed and implemented an alternative supportive and educative model was implemented. The data was collected by in-depth interviews, observations and writing field notes. The data was analysed by the techniques of coding, developing themes and group reflection. The model was then developed.

The results revealed that 1) patients perceived that radiotherapy : was beneficial for them, works like a medicine, has a penetrating heat (like heat from a sun or from a fire) and as being fearful. 2) patients changed their perception of radiotherapy from fearfulness, hesitation, misunderstanding and lack of confidence to that of willingness, confidence, understanding and readiness to explain therapy to other persons. 3) promotion of self-care was conducted through 3 cycles of action research namely : Cycle 1 "beginning the new life with radiotherapy". This cycle includes adjusting themselves to radiotherapy, gaining knowledge and understanding of radiotherapy, changing attitudes, adapting to new lifestyle, learning about side effects, raising awareness of self-care. Cycle 2 "learning ways to cope with side effects". This cycle consists of setting objectives and prioritizing problems, finding coping strategies, providing knowledge and supporting self-care. As a result of this cycle patients can adjust to side effects. Cycle 3 "preparing patients to return to their home environment with confidence", cycle 3 involves

planning for new lifestyle, adjusting to new body-image, maintaining self-esteem and providing self-care knowledge after radiotherapy. 4) Four facilitating factors involved adequate knowledge of treatment, social support presence of a care giver, psychological support and health care. Five inhibitating factors involved side effects from the treatment, disability, bad habits, economic problems and lack of knowledge. 5) All patients were radiated completely. 6) The instruments for teaching were booklet " Advice or things to do and things not to do when reciving radiotherapy in the areas of head and neck ", and video " Self-care of head and neck cancer patients receiving radiotherapy " .

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้จากการได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์ ทีมวิจัย และบุคลากรหลายท่าน ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างและขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารมณ์ เชื้อประไพศิลป์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆตลอดจนคอยให้กำลังใจเสมอมา

กราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งแก่ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ อาจารย์ อังศุมา อภิชาติ อาจารย์รัชมล กติการ และคุณภารดี ปรีชาวิทยากุล ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คอยช่วยเหลือเป็นกำลังใจ และอำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยรังสีรักษาที่คอยอำนวยความสะดวกและให้การเอื้อเฟื้อที่ดีเสมอมา ขอขอบพระคุณหน่วยโสตศอนาสิกวิทยาที่ได้ช่วยเหลือและสละเวลาในการจัดทำวิดิทัศน์ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีอีกทั้งยังช่วยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบคุณเพื่อนๆทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความช่วยเหลือห่วงใย เอื้ออาทรตลอดมา

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดาที่ได้ให้ทุนการศึกษาและเป็นแรงใจให้อดทนฝ่าฟันจนประสบความสำเร็จมาจนถึงวันนี้ได้ และหากวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้มีคุณประโยชน์แก่สังคม และวิชาชีพอยู่บ้างข้าพเจ้าขอมอบและอุทิศแด่มารดาอันเป็นที่รักยิ่ง และผู้ป่วยที่ล่วงลับไปแล้วทุกท่าน

โหมพักตร์ มณีวัต

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
รายการภาพประกอบ	(10)
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
คำถามการวิจัย	5
นิยามศัพท์	5
กรอบแนวคิด	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอด้วยรังสีรักษา	10
อาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา	12
ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา	17
ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	21
แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	25
3 วิธีการวิจัย	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
สถานที่ศึกษา	35
เครื่องมือในการวิจัย	36
การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	37
รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ชั่วคราว	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	42
4. ผลการวิจัยและอภิปรายผล	44
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	45
การรับรู้ต่อการฉายรังสี	50
ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้	56
เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา	
รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย	141
มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา	
เครื่องมือประกอบการสนับสนุนและให้ความรู้	149
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	152
สรุปผลการวิจัย	152
ความคิดเห็นของผู้วิจัย	154
ความยั่งยืนของโครงการ	158
ข้อเสนอแนะ	157
บรรณานุกรม	161
ภาคผนวก	179
ภาคผนวก ก. การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย	180
ภาคผนวก ข. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โรค การรักษา	181
ภาคผนวก ค. แนวคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระหว่างได้รับรังสีรักษา	182
ภาคผนวก ง. แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา	183
ภาคผนวก จ. แบบประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับรังสีรักษา	191
ภาคผนวก ฉ. เครื่องมือที่ได้จากการวิจัย	194
ประวัติผู้เขียน	195

รายการภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ	
1. กรอบแนวคิดการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา	9
2. แสดงวงจรที่ 1 เริ่มต้นชีวิตใหม่เรียนรู้การฉายรังสี	58
3. แสดงวงจรที่ 2 หาวิธีต่อสู้กับอาการข้างเคียง หลีกเลี่ยงอุปสรรคปรับหาวิธีการที่เหมาะสม	100
4. แสดงวงจรที่ 3 เตรียมพร้อมกลับสู่สังคมด้วยความมั่นใจ	133
5. รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา	142

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเนื่องจากยังเป็นสาเหตุการตายของประชากรใน 3 อันดับแรก (สำนัคนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2537-2538) และมีอัตราการตายสูงขึ้นเรื่อยๆคือ จาก 39.3 คนต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2534 เป็น 43.5 และ 45.0 คนต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2535 และ 2536 ตามลำดับ (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, 2538) นอกจากนี้ยังมีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (National Cancer Institute, 1984) เช่นจากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในปีพ.ศ. 2537 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง 2186 คน ซึ่งมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น 270 คน เมื่อเทียบกับปี 2536

สำหรับในกลุ่มมะเร็งศีรษะและคอ นั้นพบว่า มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งเต้านมและปากมดลูกในสตรี และรองจากมะเร็งปอด และตับในผู้ชาย (National Cancer Institute, 1984) อ้างตามครุณี และคณะ, 2539) และพบว่า มีอุบัติการณ์เป็นอันดับ 3 ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จึงนับว่าโรคมะเร็งยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังใช้เวลาในการรักษานานก่อให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจและเปลี่ยนแปลงศักยภาพของบุคคล (อังศุมา และคณะ, 2537) รวมถึงผลกระทบต่อสังคมและสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วย (อนุรีย์, 2527)

การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และ ระยะของโรคเป็นสำคัญ และเนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้พัฒนาก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทำให้ผลทางการวินิจฉัย การรักษา และการติดตามผลการรักษาโรคมะเร็งได้เพิ่มประสิทธิภาพและความถูกต้องมากขึ้น (พรศรี และประมุข, 2536) และถึงแม้จะมีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมรูปแบบในการรักษาโรคมะเร็งไปแล้วก็ตาม การรักษาทางรังสียังคงบทบาทสำคัญในการรักษาโรคมะเร็ง (พรศรี และประมุข, 2536) ในทุกระยะตั้งแต่ระยะต้นเพื่อหวังผลหายขาด จนถึงระยะสุดท้ายเพื่อหวังผลบรรเทาอาการ

(พวงทอง, 2534 ; Sohami & Tobias, 1986) โดยประมาณร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยมะเร็ง จะได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาในระยะใดระยะหนึ่งของโรค (Kelley & Tinsley, 1981 ; Hilderley & Dow, 1991)

การรักษาด้วยรังสีส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากในขณะที่ฉายรังสี ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของรังสีที่เกิดจากปฏิกิริยาของรังสีต่อเนื้อเยื่อปกติเช่น การอักเสบ หรือการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น (พวงทอง, 2534 ; พรศรี และประมุข, 2536 ; สมจิต, 2536 ; Varicchio, 1981 ; Strohl, 1988) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจมีความกลัวและมีเจตคติไม่ดีต่อการรักษา หรือมีความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับรังสีรักษา เช่น เชื่อว่ารังสีเป็นวิธีการรักษาเฉพาะของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่หมดหวัง (สมจิต, 2536 ; Watson, 1979) กลัวผลข้างเคียงของรังสี (Gluchsbury & Singer, 1980) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาเกิดความเครียด ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ไปในลักษณะต่างๆ เช่นวิตกกังวล หวาดหวั่น หมดหวัง (วรวรรณ, 2533) และในบางรายอาจปฏิเสธการรักษา

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว ร่วมกับลักษณะการรักษาด้วยรังสี ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาานประมาณ 4-8 สัปดาห์ กอปรกับเป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งในภาวะเช่นนี้ทำให้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น (Kubrich, 1984) ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดที่เพิ่มขึ้น เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล ระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งปัจจัยหนึ่ง ที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ (สมจิต, 2536)

กลุ่มผู้ป่วยที่มารับการฉายรังสีนั้นส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ทรวงอก และบริเวณศีรษะและคอ ซึ่งปริมาณรังสีที่ได้รับจะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม โดยพบว่าในกลุ่มที่ได้รับรังสีบริเวณศีรษะและคอจะได้รับปริมาณรังสีเฉลี่ยสูงสุด คือประมาณ 3,000-7,000 เซ็นติเกรย์ (พวงทอง, 2534 ; Baker & Feldman, 1987) ทำให้มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงได้สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น และ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นก็มักก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และ จิตใจมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น การระคายเคืองของเยื่อช่องปาก เจ็บคอ ปากแห้ง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรส ทำให้รับประทานอาหารลำบากหรือรับประทานอาหารไม่ได้เลย นอกจากนี้เนื่องจากบริเวณที่ฉายรังสีหรือบริเวณที่เป็นโรคเป็นบริเวณที่สามารถสังเกตเห็นได้ง่ายจากภายนอก อีกทั้งผลจากการเป็นมะเร็งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและหน้าที่ของอวัยวะ เช่น กล้องเสียง หลอดอาหาร มีข้อจำกัดในการติดต่อสื่อสาร การแสดงสีหน้า และ อารมณ์ ทำให้เกิดความซอกซำแก่จิตใจของ

ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Davis, 1993 ; Groenwald, et al., 1993) บางรายเกิดภาวะซึมเศร้า แยกตัว ปฏิเสธการรักษา หรือสูญหายไประหว่างรับการรักษา รวมทั้งการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการแสวงหาข้อมูลจากอุปสรรคในการติดต่อสื่อสาร โดยการซักถาม พูดคุย ทำให้ขาดข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษา และเพื่อให้สามารถรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองได้

หน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ให้บริการรักษาด้วยรังสีรักษาแก่ประชาชนในเขต 14 จังหวัดภาคใต้เป็นส่วนใหญ่ สำหรับบริการสุขภาพที่จัดให้แก่ผู้ป่วยนั้น ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยทุกรายจะได้พบแพทย์สัปดาห์ละ 1 ครั้งแต่หากมีอาการผิดปกติก็สามารถขอพบแพทย์ได้ มีนักสังคมสงเคราะห์ให้คำปรึกษาเรื่องค่ารักษาพยาบาล ค่าครองชีพ และบางครั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามเอกสารที่แจกให้กับผู้ป่วย มีแผ่นพับให้คำแนะนำเรื่องรังสีรักษาใส่ไว้ในกล่องสำหรับผู้สนใจ มีการจัดโปสเตอร์ให้ความรู้หน้าห้องฉายรังสี นอกจากนี้มีวิดิทัศน์สำหรับให้ความรู้แต่ไม่ได้นำมาใช้

จากระบบการให้บริการสุขภาพดังกล่าวจะเห็นได้ว่าไม่มีการสนับสนุนและให้ความรู้ที่เป็นระบบหรือเป็นรูปแบบชัดเจน ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่นจากการศึกษาของสุริย์พร (2537) เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับรังสีรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง มีความวิตกกังวล กลัว มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการรักษา นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกขัดแย้งสับสนจากการซักถามให้ข้อมูลกัน อีกทั้งอาการของโรคและผลของการรักษา รวมถึงทัศนคติต่อความเจ็บป่วยและการรักษาทำให้ผู้ป่วยท้อแท้หมดกำลังใจ สำหรับในเรื่องการดูแลตนเองนั้นผู้ป่วยจะดูแลตนเองตามความเชื่อและวิธีการของตน และจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยเมื่อ เดือนกันยายน - เดือนพฤศจิกายน 2539 พบว่าบางครั้งก็เป็นวิธีการที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่นการซื้อยาจากท้องตลาดมาใช้เมื่อผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีอักเสบเป็นแผล ทำให้อาการข้างเคียงเกิดรุนแรงยิ่งขึ้น จนในบางรายแพทย์ต้องให้งดฉายรังสีชั่วคราว

การที่ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่เหมาะสมในระหว่างการฉายรังสีทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ฟันผุ อ้าปากไม่ขึ้น หรือเกิดการอักเสบและการตายของเนื้อเยื่อกระดูกตามมาได้ภายหลังสิ้นสุดการฉายรังสี (Fletcher, 1980 ; Dreizen, et al. , 1977 อ้างตามชฎาพร, 2528) นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกรายจะมีประสบการณ์การรับรู้ข้อมูลจากเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้องในทางที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้ข้อมูลทางลบก็เข้าใจว่าตนเองต้องเผชิญกับความตายในเวลาอันรวดเร็ว มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (สุริย์พร, 2537) อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการข้อมูลสูงกว่าการได้รับข้อมูล และพบว่าผู้ป่วยมีการแสวงหาข้อมูลที่ได้รับจากเอกสารน้อยเนื่องจากมีปัญหาต่างๆ เช่น

อ่านหนังสือไม่ออก ตัวหนังสือเล็กเกินไป ไม่มีสมาธิในการอ่าน และต้องการการพูดคุยมากกว่า (อิงศุมา และแสงอรุณ, 2536)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนและให้ความรู้ในลักษณะดังกล่าวยังไม่เพียงพอและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในขณะนี้

การเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอัตราการสูญหายของผู้ป่วยขณะฉายรังสี และลดความรู้สึกล้มแน่นอนในความเจ็บป่วยอาจทำได้โดย การให้ข้อมูลที่เหมาะสมชัดเจนสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละระยะของการฉายรังสี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในแผนการรักษาตลอดจนอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ และต่อเนื่อง อันจะช่วยให้เกิดกำลังใจในการต่อสู้กับโรค ซึ่งแนวคิดของการพยาบาลเช่นนี้โอริเอมเรียกว่า ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ (บุญจันทร์, 2533)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่ได้นำเอาการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ผลการวิจัยพบว่า ได้ผลดีในการเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความรู้สึกล้มแน่นอนในความเจ็บป่วย (บุญจันทร์, 2533 ; ทิพาพร, 2533 ; แสงอรุณ, 2534) อย่างไรก็ตามลักษณะของแผนการทดลองในการศึกษาดังกล่าวจะกำหนดเป็นมาตรฐานเพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วย แต่ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการทดลองของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนได้ก็จะถูกตัดออก นอกจากนั้นการไม่ช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งไม่อยู่ในแผนการทดลองเพราะจะเป็นการปนเปื้อนแผนการทดลอง และยิ่งไปกว่านั้นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามแผนอาจทราบถึงโครงการวิจัย และ มีความรู้สึกล้มแน่นอนถูกทอดทิ้ง ทำให้เสียขวัญและกำลังใจ มีผลต่อการฟื้นฟูหายจากความเจ็บป่วย (สมจิต, 2536) อ้างตาม สุภาณี, 2536) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังสังเกตพบว่าแผนการวิจัยต่างๆมักสิ้นสุดลงเมื่องานวิจัยสิ้นสุดลง

วิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้งานวิจัยนั้นมีการปฏิบัติในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง คือการเข้าใจถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในบริบทอย่างต้องแท้ โดยการประเมินสถานการณ์ มีการรวบรวมปัญหาจากการสะท้อนการปฏิบัติงาน มีการร่วมมือของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนมีการลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง และมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตามสถานการณ์นั้นๆ (อาภรณ์, 2534) ซึ่งก็สอดคล้องกับปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั่นเอง

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำเอาวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับรูปแบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในการที่จะพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ด้วยความคาดหวังว่าเมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะได้รูปแบบการ

สนับสนุนและให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

คำถามการวิจัย

1. คำถามหลัก

รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเป็นอย่างไร

2. คำถามรอง

2.1 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีการดูแลตนเองอย่างไรในช่วงก่อนพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้

2.2 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีการรับรู้ต่อการฉายรังสีอย่างไร

2.3 ปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีอะไรบ้าง

2.4 การสนับสนุนและให้ความรู้ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเป็นอย่างไร

2.5 สื่อในการให้ความรู้ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเป็นอย่างไร

นิยามศัพท์

รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นรูปแบบการบริการทางสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วยการให้ข้อมูลที่เหมาะสมชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้สื่อที่เหมาะสม มีการสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับ

โรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา คือการที่ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เพิ่มขึ้นจากการได้รับรังสีรักษา เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ทั้งในเรื่องของการเสาะแสวงหาความรู้ เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษา การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงและบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากรังสีรักษา ตลอดจนสามารถปรับตัวเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากรักษาและการรักษาได้อย่างเหมาะสม

กรอบแนวคิด

ในการที่จะพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษานั้น ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดคิดเชิงทฤษฎี (theoretical framework) ร่วมกับ กรอบแนวคิดวิธีการวิจัย (methodological framework) ซึ่งในการวิจัยนี้กรอบแนวคิดทั้งสองส่วนต้องใช้ควบคู่กันไป โดยใช้กรอบแนวคิดวิธีการวิจัยเป็นหลัก และใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีเป็นตัวกำหนดกิจกรรมกว้างๆ แต่ไม่ใช่เป็นกรอบในการควบคุมการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1995) ในส่วนของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ชั่วคราว เป็นแนวทางในการประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วย และกำหนดตัวชี้วัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งในเรื่องการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษา การรับรู้ เจตคติต่อการรักษา การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการข้างเคียง และบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา การปรับตัวเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากรักษา และการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเดิม และใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์เจาะลึกถึงการดูแลตนเอง และใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมกว้างๆ ในรูปแบบชั่วคราว ร่วมกับแนวคิด หรือองค์ความรู้อื่นๆ มาใช้ร่วมกันเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น แนวคิดเรื่องการสร้างพลังอำนาจ แบบแผนของไซมอนตัน แบบแผนการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งของไวส์แมน

และเทคนิคการผ่อนคลาย เป็นต้น กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีนี้ผู้วิจัยจะเลือกใช้ โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามสถานการณ์

2. กรอบแนวคิดวิธีการวิจัย ใช้แนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ของ เคมมิสและแมคแทกกาท (Kemmis & McTaggart, 1988 อ้างตามอาภรณ์, 2535) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เพราะมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน และลักษณะวงจรการวิจัยก็มีลักษณะคล้ายคลึงกับกระบวนการพยาบาลซึ่งผู้วิจัยคุ้นเคยและใช้ในการปฏิบัติงาน โดยประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติและสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผนเพื่อทดลองปฏิบัติใหม่ ดังนี้

การวางแผน (planning) เริ่มจากการศึกษาระบบบริการสุขภาพของหน่วยรังสีรักษา การจัดให้ความรู้ ปัญหาและอุปสรรคในการจัดให้ความรู้ที่ผ่านมา สื่อในการให้ความรู้ที่จัดให้กับผู้ป่วย ศึกษาการรับรู้ต่อการฉายรังสี และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับการศึกษาจากผลการวิจัยที่ได้ศึกษาในบริบทนี้ และเนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการใหญ่เรื่อง “รูปแบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา” จึงนำข้อมูลจากการศึกษานำร่องในเรื่องของ คุณภาพชีวิต และกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และข้อมูลจากการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง จากการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ของ สตรีयर (2537) เนื่องจากเป็นการศึกษาในบริบทเดียวกัน รวมทั้งข้อมูลจากการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องของ แหล่งข้อมูลของผู้ป่วย และแรงจูงใจในการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ณ หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จากงานวิจัยของ อังสุมา และแสงอรุณ (2536)

วิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากการศึกษา ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมวิจัย เพื่อกำหนดกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาในเรื่องของ การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย การนัดผู้ป่วย และกิจกรรมที่จะจัดให้กับผู้ป่วย กำหนดเป็นรูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ชั่วคราว

การปฏิบัติและการสังเกต (acting & observing) เป็นการนำรูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ชั่วคราวที่วางแผนไว้ไปปฏิบัติกับกลุ่มผู้ป่วยที่รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอทั้งหมดในช่วงนั้น แต่ได้ทำการศึกษาเจาะลึกและติดตามต่อเนื่องตลอดระยะที่ฉายรังสีจำนวน 10 ราย

การสะท้อนการปฏิบัติ (reflecting) เป็นการนำเอาข้อมูลที่ได้ในขั้นตอนการปฏิบัติและการสังเกตมาวิเคราะห์ โดยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ สะท้อนร่วมกับผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ และประชุม

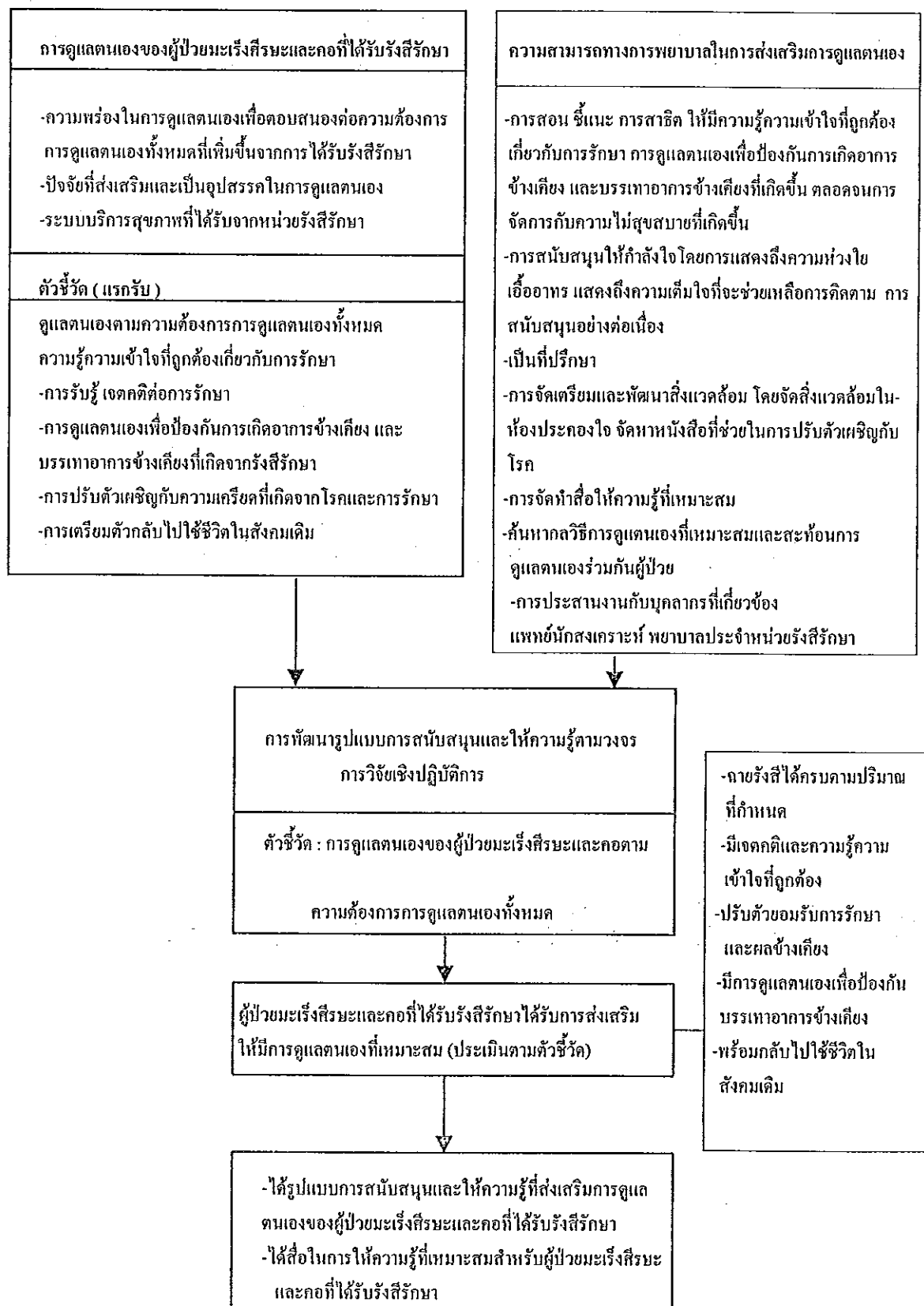
ปรึกษาร่วมกับทีมวิจัยทุก 1 เดือน เพื่อค้นหาปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามที่ได้ปฏิบัติไปในรูปแบบชั่วคราว

การปรับปรุงแผน (replanning) เป็นการนำเอาข้อมูลที่ได้ในขั้นตอนการสะท้อนการปฏิบัติมาปรับปรุงแผนที่ได้ปฏิบัติไปแล้วร่วมกับผู้ป่วยและทีมวิจัย เพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจนกระทั่งได้กลวิธีที่ช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น ดังสรุปในภาพประกอบ 1

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้สื่อในการให้ความรู้ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
2. ได้รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
3. เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพของหน่วยรังสีรักษา
4. เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
5. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
6. เป็นแนวทางในการทำวิจัยเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆต่อไป

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
ที่ได้รับรังสีรักษา



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดหัวข้อที่ศึกษาไว้ดังนี้

1. การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอด้วยรังสีรักษา
 - 1.1 มะเร็งศีรษะและคอและการรักษา
 - 1.2 อาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
 - 1.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
2. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
 - 2.1 แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
 - 2.2 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้
3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
 - 3.1 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
 - 3.2 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
 - 3.3 ขั้นตอนการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ
 - 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล
 - 3.6 ระดับของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
 - 3.7 สถานการณ์การวิจัยเชิงปฏิบัติการในประเทศไทย

1. การรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอด้วยรังสีรักษา

มะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง มะเร็งในโพรงจมูก, ไซนัส, มะเร็งช่องปาก, มะเร็งของริมฝีปาก, กระพุ้งแก้ม, เหงือก, ลิ้น, เพดานแข็ง, ก่อ่งเสียง, oropharynx, nasopharynx, hypopharynx รวมถึงมะเร็งของหูชั้นกลาง ตูมตา ต่อม้ำลาย และมะเร็งของโพรงจมูก paranasal sinuses ทั้งหมด

(พวงทอง, 2534 ; Gale & Charette, 1995 ; Davis, 1988) โดยพบส่วนใหญ่คือประมาณร้อยละ 48 ของมะเร็งศีรษะและคอ พบในบริเวณช่องปาก และพบที่บริเวณกล่องเสียง และ oropharynx รองลงมาคือคิดเป็นร้อยละ 25 และร้อยละ 10 ตามลำดับ โดยชนิดของมะเร็งที่พบส่วนใหญ่เป็นแบบ squamous cell คือพบถึงร้อยละ 95 (Gale & Charette, 1995) และผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 82.9 จะมาพบแพทย์ในระยะที่ 3-4 มีเพียงร้อยละ 5.6 เท่านั้นที่มาพบแพทย์ในระยะที่ 1 (พวงทอง, 2534) และพบมากในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป แต่ในกลุ่มมะเร็งที่ต่อมน้ำลาย และ nasopharynx อาจพบในกลุ่มที่มีอายุน้อยได้

1.1 มะเร็งศีรษะและคอและการรักษา

การรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอนั้นแบ่งออกเป็นวิธีการใหญ่ ๆ ได้ 3 วิธีคือ การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้เคมีบำบัด แต่ส่วนใหญ่พบว่าเป็นการรักษาโดยการผ่าตัด และ การฉายรังสี (Baker & Feldman, 1987; Davis, 1988) สำหรับการรักษาโดยการฉายรังสีในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักใช้ร่วมกับการผ่าตัด ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด (Davis, 1988) หรือในบางครั้งเป็นการใช้รังสีรักษาเพียงวิธีเดียว ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย หรือตามความชำนาญของกลุ่มแพทย์ผู้ให้การรักษาร่วมกัน (พวงทอง, 2534) การรักษาทางรังสีมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการรักษา มะเร็งศีรษะและคอ โดยอาจใช้เป็นวิธีการรักษาวิธีแรกในมะเร็งระยะเริ่มแรก และทำให้หายขาดได้ และในกรณีที่ใช้ร่วมกับการผ่าตัดเพื่อควบคุมการแพร่กระจาย และ ลดอุบัติการณ์ของการกลับเป็นซ้ำ หรือในบางครั้งก็ใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยนั้นเป้าหมายในการรักษามักแบ่งออกเป็น 2 เป้าหมายใหญ่ๆ คือ (พวงทอง, 2534 ; Iwamoto, 1994)

1.1.1 การรักษาเพื่อให้หายขาดจากโรค (cure หรือ radical) หรือเพื่อเพิ่มโอกาสอยู่รอดให้สูงขึ้น (definitive treatment)

1.1.2 การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (palliation) เป็นการรักษาโดยไม่หวังผลอยู่รอดของผู้ป่วย แต่เพียงเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็ง นอกจากนั้นยังเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การใช้รังสีรักษาโรคมะเร็งในสมัยปัจจุบันได้พัฒนาจากความรู้ด้านชีวรังสีและการดำเนินโรคมะเร็งทำให้รังสีแพทย์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคมะเร็งเกือบทุกตำแหน่งของร่างกาย และสามารถตัดสินใจได้ว่า ระยะใดของโรคสมควรได้รับการรักษาด้วยวิธีใด หรือเนื้อมะเร็งชนิดใดไวหรือเหมาะแก่การรักษาด้วยรังสีวิธีใด หลักสำคัญในการรักษาโรคมะเร็งทางรังสีคือ การทำลายเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด โดยให้มีผลแทรกซ้อนต่อเซลล์หรือเนื้อเยื่อปกติให้น้อยที่สุด (พรศรี และ ประมุข, 2536)

รังสีรักษาทำให้มีการทำลายของเซลล์มะเร็งโดยอาศัยประจุรังสี (ionizing radiation) ไปทำลายดีเอ็นเอ (DNA) โดยตรงเกิดการตายและการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่าง และ สรีรวิทยาของเซลล์ (สมจิต, 2536 ; Yasko, 1982 ; Hilderley and Down, 1991 ; Iwamoto, 1994) โดยเมื่อรังสีผ่านไปยังตัวกลางหรือเนื้อเยื่อรังสีจะถ่ายทอดพลังงานและเกิดปฏิกิริยา 2 ชนิดคือ ionization และ excitation ผลของปฏิกิริยานี้จะทำให้เกิด ejection ของ electron ออกจาก atom ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้าน chemical และ biological ตามมา ผลกระทบต่อเซลล์หรือเนื้อเยื่อจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเช่น ชนิดของรังสี เทคนิค และ วิธีการให้รังสีรวมไปถึงสภาพแวดล้อมของบริเวณที่ได้รับรังสีด้วย (พรศรี และ ประมุข, 2536) การรักษามะเร็งจะได้ผลดีมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความไวของเซลล์มะเร็งต่อรังสี ความทนของเซลล์ปกติโดยรอบ ขนาด และ ที่ตั้งของเซลล์มะเร็ง ระยะของโรค ความพร้อมในการร่วมมือ สภาพร่างกาย ภาวะโภชนาการ และอายุของผู้ป่วย ตลอดจนความชำนาญของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และความพร้อมของเครื่องมือ (ประอรนุช, 2531 ; สมจิต, 2536 ; Hilderley and Dow, 1991) สำหรับวิธีการรักษาทางรังสีมี 2 วิธีการคือ (พวงทอง, 2534) การฉายรังสี (external radiation) และการฝังแร่ (brachy therapy) แต่ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ นั้น ส่วนใหญ่เป็นวิธีการฉายรังสีจากแหล่งเครื่องกำเนิดรังสีภายนอก ร่างกาย (Groenwald, et al., 1993) และเนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาโดยวิธีการฉายรังสี ในที่นี้จึงจะขอกล่าวเฉพาะวิธีการรักษาโดยการฉายรังสี การฉายรังสีที่มีประสิทธิภาพจะเป็นการฉายรังสีโดยเครื่องฉายรังสีขนาดล้านโวลต์ (megavoltage) ซึ่งอาจเป็นเครื่องโคบอลต์ - 60 (cobalt - 60 units) ซึ่งมีพลังงานสูงพอที่ทำให้เกิดปริมาณรังสีมากที่สุดที่ความลึกต่ำจากผิวหนังลงไป เป็นการลดผลของรังสีต่อผิวหนังได้ นอกจากนี้ยังมีเครื่องฉายแบบเร่งอนุภาค (linear accelerator) ในการรักษาเพื่อโอกาสรอดนิยมนายรังสีวันละครั้ง ครั้งละประมาณ 180-200 เซ็นติเกรย์ ฉายติดต่อกัน 5 วันใน 1 สัปดาห์ โดยปริมาณรังสีที่ใช้จะแตกต่างกันคือ ถ้าเป็นการรักษาโดยการฉายรังสีเพียงวิธีเดียว ปริมาณรังสีทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 6,000-7,000 เซ็นติเกรย์ (พวงทอง, 2534 ; Baker & Feldman, 1987) ถ้าเป็นการรักษา ร่วมกับการผ่าตัด หรือเคมีบำบัด ปริมาณรังสีทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 3,000-5,000 เซ็นติเกรย์ แต่ถ้าเป็นการรักษาเพียงเพื่อบรรเทาอาการ ปริมาณรังสีที่ใช้ทั้งหมดประมาณ 3,000 เซ็นติเกรย์ (พวงทอง, 2534)

1.2 อาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

สำหรับอาการข้างเคียงจากการใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งนั้น อาจแบ่งเป็นอาการข้างเคียงในระยะเฉียบพลัน ซึ่งเกิดระหว่างช่วงที่ได้รับการฉายรังสีครอบคลุมจนถึง 6 เดือนแรกของการรักษากับอาการข้างเคียงระยะยาว หรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นระยะหลังซึ่งเกิดขึ้นภายหลังช่วงระยะเวลาดังกล่าว (ประอรนุช, 2531 ; พรศรี และ ประมุข, 2536 ; Strohl, 1988) นอกจากนี้ยังอาจ

แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ acute period ได้แก่ผลข้างเคียงซึ่งเกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนแรกของการรักษา subacute ได้แก่อาการที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนหลังของปีแรก chronic ได้แก่อาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2-5 ปี หลังการรักษา และ late period คืออาการที่เกิดขึ้นหลังจาก 5 ปีไปแล้ว (พวงทอง, 2534) และยังสามารถแบ่งออกเป็นอาการข้างเคียงโดยทั่วไป และอาการเฉพาะที่ (สมจิต, 2536 ; Iwamoto, 1994) ซึ่งในที่นี้จะแบ่งตามอาการข้างเคียงที่เกิดโดยทั่วไปและอาการข้างเคียงที่เกิดเฉพาะที่ดังนี้

1.2.1 อาการข้างเคียงโดยทั่วไปได้แก่

1.2.1.1 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่รับรังสี จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสี 1,000-2,000 เซ็นติเกรย์ หรือประมาณ 2-3 สัปดาห์ภายหลังจากได้รับการรักษา (อำภพร, 2529 ; วรวรรณ, 2534 ; Yasko, 1982 ; Iwamoto, 1994 ; Dunne-Daly, 1995) โดยเริ่มจากมีอาการบวมแดงในระยะเริ่มแรกที่เริ่มฉายในขนาด 1,000-2,000 เซ็นติเกรย์ เนื่องจากรังสีส่วนหนึ่งจะเปลี่ยนสภาพเป็นความร้อน ทำปฏิกิริยากับผิวหนังคล้ายกับเมื่อถูกความร้อน อาการนี้จะค่อยๆหายไปเองใน 2-3 วัน หลังจากนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับรังสีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดเมื่อบริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสีสูงกว่า 5,000 เซ็นติเกรย์ ขึ้นไป ผิวหนังจะเปลี่ยนเป็นสีดำนดำ เนื่องจากมีการเพิ่มของเมลานิน (melanin) ในชั้นเบซอลล์ (basal layer) และจะเคลื่อนไปสู่ชั้นอีพิดERMิส (epidermis) ผิวหนังแห้งเป็นขุยหรือตกสะเก็ด ผมหหรือขนร่วงหลุด เนื่องจากต่อมเหงื่อและรากขนถูกทำลาย และหากผิวหนังในระยะนี้ได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ผิวหนังแตก (ประอรณูช, 2531 ; วรวรรณ, 2533 ; (สมจิต, 2536 ; Iwamoto, 1994 ; Dunne-Daly, 1995) เป็นแผลเปื่อย ลักษณะแผลคล้ายถูกความร้อน ส่วนผลในระยะยาวได้แก่การเกิดเนื้อตาย และพังผืด และบางรายอาจเกิดการขยายตัวของหลอดเลือดทำให้เกิดลักษณะความผิดปกติที่เรียกว่า เทแลงจิเอกเตเซีย (telangiectasia) (Hassey & Rose, 1982 ; สุพัตรา, วิสุทธิ และ ประดับ, 2528, อ้างตาม ทิพาพร, 2533) แต่ในปัจจุบันความรุนแรงจากผลข้างเคียงต่อผิวหนังลดลงภายหลังจากมีการคิดค้นเครื่องฉายรังสีขนาดล้านโวลต์ (megavoltage therapy machine) เนื่องจากมีพลังงานสูงพอที่ทำให้เกิดปริมาณรังสีมากที่สุดที่ความลึกต่ำจากผิวหนังลงไปเป็นการลดผลของรังสีต่อผิวหนังลงได้ (จิระภา, 2534 ; Campbell and Pruitt, 1996)

อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงต่อผิวหนังได้สูง เนื่องจากใช้ปริมาณรังสีรังสีก่อนข้างสูงกล่าวคือ 6,000-8,000 เซ็นติเกรย์ และผิวหนังที่จะเป็นแผล moist desquamation ได้ง่ายคือบริเวณที่ปกเสื้อเสียดสีอยู่ (พวงทอง, 2534 ; Groenwald, et al., 1993)

1.2.1.2 อาการอ่อนเพลีย (fatigue) อาการอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น ไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่พบว่าเป็นอาการส่วนใหญ่ที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาซึ่งไม่ทราบสาเหตุและกลไก การเกิดที่แท้จริง ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการที่มีสารที่ได้จากการแตกสลายของเซลล์มะเร็งจากปฏิกิริยาของรังสีเข้าสู่กระแสเลือด การเพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกายทำให้ต้องใช้พลังงานสำรองของร่างกายใน

การที่จะซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย มีรายงานว่าผู้ป่วยมะเร็งมักเกิดอาการอ่อนเพลียภายหลังรับการรักษาในแต่ละวัน และจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในระหว่างรับการรักษา นอกจากนี้อาจมีผลมาจากการที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมารับรังสีรักษาทุกวัน (Hilderley and Dow, 1992 ; Iwamoto, 1994)

อาการอ่อนเพลียจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับรังสีไปแล้ว 2-3 สัปดาห์และจะสูงสุดในสัปดาห์ที่ 5 เนื่องจากเมื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย อาเจียน (Thomson, 1980 ; King, et al., 1985) อ้างตาม วรวรรณ, 2534) นอกจากนี้อาการอ่อนเพลียอาจเกิดจากภาวะซีด เลือดจาง ไชกระดูกสร้างเม็ดเลือดได้ช้ากว่าปกติ (สมจิต, 2536)

1.2.1.3 เบื่ออาหาร (anorexia) มักเกิดขึ้นเมื่อเริ่มได้รับการฉายรังสี และจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นสูงสุดในสัปดาห์ที่ 4 (King, et al., 1985, อ้างตาม วรวรรณ, 2534) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีกิจกรรมลดลง ความสามารถในการย่อยและการดูดซึมลดลง (Iwamoto, 1994) หรือเกิดจากมีการเปลี่ยนแปลงในการรับรสอาหารอาจทำให้ไม่รู้สึกหิว รับประทานลดลงหรือเปลี่ยนไป (Knox, 1983 อ้างตาม แสงอรุณ, 2533) นอกจากนี้ ความเครียด ซึมเศร้า และวิตกกังวล อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร (Rosenbaum, et al., 1981 อ้างตาม แสงอรุณ, 2533)

1.2.1.4 ความต้านทานโรคต่ำ ซีด เลือดออกง่าย เป็นผลจากการที่ไขกระดูกอาจจะถูกกดหน้าที่จากรังสี ทำให้ผู้ป่วยซีด และอาจติดเชื้อได้ง่ายและมีไข้ต่ำ ๆ จากการที่รังสีทำให้เม็ดเลือดขาวอ่อนแอและลดจำนวนลง (ประอรนุช, 2531 ; สมจิต, 2536) ซึ่งส่วนใหญ่มักพบเมื่อได้รับรังสีไปปริมาณมาก (Iwamoto, 1994)

1.2.2 อาการเฉพาะที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ ประกอบด้วย

1.2.2.1 อาการระคายเคืองของเยื่อช่องปาก หรือเยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis)

ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บ และตึงในปาก เจ็บคอ อาจพบร่วมกับอาการบวมแดงของเยื่อหรือลักษณะแผ่นฝ้าขาว หากลอกหลุดจะเกิดเป็นแผลและอาจมีเลือดออก หากอาการอักเสบรุนแรงมากขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Iwamoto, 1994) ซึ่งอาการอักเสบและระคายเคืองของเยื่อช่องปากนี้พบได้ตั้งแต่สัปดาห์แรกที่รับการรักษาและจะค่อย ๆ หายไปภายหลังฉายรังสีครบประมาณ 3 สัปดาห์

(Groenwald, et al., 1993)

การอักเสบของเยื่อช่องปากสามารถแบ่งความรุนแรงของการอักเสบได้เป็น 3 ระดับคือ ระดับไม่รุนแรง ระดับปานกลาง และระดับมีความรุนแรงสูงดังนี้ (พวงทอง, 2534)

1) ระดับไม่รุนแรง (mild mucositis) เป็นการอักเสบที่พบเกิดกับผู้ป่วยทุกรายลักษณะเป็นจ้ำแดงๆ กระจายทั่วๆ ไปผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บระคายเคืองเพียงเล็กน้อย การอักเสบนี้จะเป็นปกติภายหลังหยุดฉายรังสีแล้ว 2-3 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่ไม่มียोगค์ประกอบเสริมความรุนแรง รวมทั้งได้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ การอักเสบจะคงอยู่ในระดับนี้ตลอดระยะเวลาของการฉายรังสี

2) ระดับปานกลาง (moderate mucositis) เป็นการอักเสบที่พบว่าเยื่อช่องปากมีลักษณะสีแดงคล้ำจัดขึ้น และมีบริเวณ fibrinous exudate เป็นแห่งๆกระจายทั่วๆไป ผู้ป่วยระยะนี้จะมีอาการเจ็บในช่องปากและลำคอบ้าง ความรุนแรงระดับนี้มักพบในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้เคมีบำบัดร่วมด้วย และผู้ป่วยที่มีองค์ประกอบเสริมความรุนแรงของการอักเสบสามารถพบการอักเสบระดับนี้ได้ภายหลังได้รังสีประมาณ 2,000-3,000 เซนติเกรย์ โดยทั่วๆไปพบภายหลังได้ปริมาณรังสี 6,000 เซนติเกรย์แล้ว

3) ระดับรุนแรงสูง (severe mucositis) เป็นการอักเสบที่ทั่วทั้งช่องปากจะเกิด fibrinous exudate ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บในช่องปากอย่างรุนแรงและมักปฏิเสธการรับประทานอาหาร แพทย์จะทำการฉายรังสีไว้ชั่วคราวจนกว่าสภาพเยื่อช่องปากจะกลับเป็นปกติ

การอักเสบของเยื่อช่องปากชั้นปานกลางถึงรุนแรงนี้ ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจะกลับเป็นปกติภายใน 2-4 สัปดาห์

1.2.2.2 ปากแห้ง (xerostomia) มักเกิดขึ้นประมาณ 1-2 สัปดาห์ หลังได้รับการฉายรังสี เป็นผลมาจากการที่ต่อมน้ำลายสร้างน้ำลายลดลง จากการฉายรังสีโดนบริเวณต่อมน้ำลาย ลักษณะของน้ำลายจะเปลี่ยนไปมีลักษณะเหนียวข้น และมีความเป็นกรดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การขจัดเชื้อโรคในช่องปากลดลง ซึ่งอาจทำให้เกิดฟันผุได้และการเคี้ยวหรือการกลืนเคี้ยวอาหารไม่สะดวก (Iwamoto, 1994) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะคงอยู่ประมาณ 3 สัปดาห์ภายหลังฉายรังสีครบ (Groenwald, et al., 1993) แต่มีการศึกษาพบว่าปริมาณน้ำลายจะลดลงอย่างรวดเร็วและอาการดังกล่าวจะเป็นอยู่ตลอดไปไม่มีการกลับคืน ส่วนอาการฟันผุนั้นแม้ปริมาณน้ำลายจะลดลงจนปากแห้งแต่อาการฟันผุจะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือไม่เกิดเลย (Dudjak, 1987 ; Teichgraeber, et al., 1986 อ้างตาม นิตยา, 2534)

1.2.2.3 การเปลี่ยนแปลงการรับรส หรือสูญเสียการรับรส (loss of taste) เป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งอาการข้างเคียงนี้จะเกิดขึ้นเมื่อต่อมรับรสอยู่ในบริเวณฉายรังสีร่วมกับอาการระคายเคืองของเยื่อช่องปาก และปากแห้ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่อยากรับประทานอาหาร (Groenwald, et al., 1993) รับประทานอาหารไม่อร่อย ทำให้รับประทานอาหารได้ไม่พอที่จะนำไปช่วยซ่อมแซมและฟื้นตัวของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย น้ำหนักลดลง (สมจิต, 2536)

1.2.2.4 ช่องปากแคบ (trismus) เป็นผลจากการฉายรังสีผ่านกล้ามเนื้อช่องปาก ผ่านกล้ามเนื้อ pterygoid และผ่านข้อต่อ temporomandibular มีโอกาสทำให้เกิด fibrosis ของเนื้อเยื่อดังกล่าว ทำให้เกิดภาวะช่องปากแคบขึ้นในระยะเวลาใดก็ได้ ภายหลังฉายรังสีครบแล้ว (พวงทอง, 2534) ทำให้เคี้ยวอาหารหรือทำความสะอาดช่องปากลำบาก (สมจิต, 2536)

1.2.2.5 ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณกล่องเสียงและไฮโปฟาลิงซ์สัปดาห์ที่ 3-4 เสียงจะแหบมากขึ้น ซึ่งอาการนี้จะหายไปเองหลังจากหยุดฉายรังสีไปแล้ว 2-3 สัปดาห์ (Rao & Levitt, 1986 ; Thomson, 1980 อ้างตามบุญจันทร์, 2533)

1.2.2.6 ภาวะ osteomyelitis ของกระดูกกราม ซึ่งภาวะนี้มีโอกาสเกิดได้เมื่อผู้ป่วยได้ปริมาณรังสีผ่านช่องปากสูงกว่า 6,000 เซ็นติเกรย์ และอาจพบภาวะ osteoradionecrosis เป็นผลจากการฉายรังสีในระยะหลัง ซึ่งมักเกิดขึ้นบริเวณกระดูกกรามซึ่งเป็นผลมาจากการระคายเคือง หรือ การติดเชื้อ และมีการหายหรือกระบวนการซ่อมแซมไม่ดี (Iwamoto, 1994) โดยองค์ประกอบที่มีส่วนส่งเสริมให้อุบัติการณ์สูงขึ้น คือ สุขภาพของเหงือกและฟันที่ไม่ดี ภาวะที่ผู้ป่วยเคยดื่มเหล้าจัด สูบบุหรี่ (Iwamoto, 1994 ; พวงทอง, 2534) กินหมาก หรือ อมเมี่ยง และ ผู้ป่วยที่ได้รับการถอนฟัน ก่อน ระหว่าง หรือ หลังครบรังสี ภาวะที่ก่อนมะเร็งอยู่ติดกับกระดูกกราม หรือมีการผ่าตัดในช่องปากร่วมด้วย (พวงทอง, 2534)

ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันส่วนใหญ่แล้วจะหมดไปภายใน 4-6 สัปดาห์ หลังหยุดฉายรังสีเพราะเซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ มีการซ่อมแซมตัวเองและกลับทำงานได้ตามปกติ สำหรับผลของรังสีที่เกิดในระยะยาวจะตรวจพบใน 4-6 สัปดาห์ หรืออาจเป็นเดือนหรือเป็นปีหลังจากสิ้นสุดการรักษาแล้ว และอาจเป็นเฉพาะอวัยวะที่ฉายรังสีเท่านั้น (สมจิต, 2536)

การรักษาด้วยรังสีรักษายังส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วย ยังมีผู้ป่วยและญาติจำนวนไม่น้อยที่กลัวและมีเจตคติไม่ดีต่อรังสีรักษาหรือมีความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับรังสีรักษา เช่น เชื่อว่ารังสีเป็นวิธีการรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่หมดหวัง คิดว่ารังสีรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงใกล้ตาย หรือ ไม่มีทางเลือกวิธีอื่นแล้ว (สมจิต, 2536 ; Watson, 1979) และยังมีความกลัวต่อผลข้างเคียงของรังสี (Gluchsbury & Singer, 1980) เชื่อว่ารังสีจะทำให้บริเวณผิวหนังบริเวณฉายรังสีไหม้เกรียม อวัยวะเกิดผิดปกติ และเป็นหมัน รวมทั้งเชื่อว่ารังสีจะทำให้มะเร็งกระจายไปยังบริเวณอื่น บางรายเชื่อว่าเมื่อฉายรังสีแล้วตนเองจะเป็นแหล่งแพร่กัมมันตภาพรังสีไปสู่บุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยบางรายมีความกลัวรู้สึกไม่ปลอดภัย และไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือฉายรังสีที่ใหญ่โต รวมทั้งกลัวที่ถูกทิ้งให้อยู่ภายในห้องฉายรังสีคนเดียว (สมจิต, 2536)

นอกจากนี้การเป็นมะเร็งที่บริเวณศีรษะและคอซึ่งเป็นบริเวณที่บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ง่าย อีกทั้งผลจากการเป็นมะเร็ง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและหน้าที่ของอวัยวะ มีข้อจำกัดในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกทางสีหน้าและอารมณ์ ซึ่งล้วนแต่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ก่อให้เกิดความทราฐต่อจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Davis, 1988 ; Groenwald, et al., 1993) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาเกิดความเครียด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ไปในลักษณะต่าง ๆ ได้

แก่ ซึมเศร้า วิดกกังวล กลัว โกรธ หวาดหวั่น หมดหวัง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผันร่าย แยกตัวออก จากสังคม (วรวรรณ, 2533) และในบางรายอาจปฏิเสธการรักษา

จากผลข้างเคียงของรังสีรักษาต่อผู้ป่วยดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากโรค และ ผลข้างเคียงจากการรักษาโดยมีความต้องการ ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และความต้องการการดูแลตนเองส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้อง เรียนรู้ (แสงอรุณ, 2533) และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับความต้องการการ ดูแลตนเองทั้งหมดที่เพิ่มขึ้น

1.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ในการที่จะส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นบุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนอง และเมื่อ เกิดการเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่ง เกิดจากภาวะเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันจะต้องคัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ ที่ปกติ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จะต้องประเมินความสามารถที่จะสนองต่อ ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) เพื่อตัดสินความพร้อมใน การดูแลตนเอง (self-care deficit) โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเองเพื่อสนอง ต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) ในแต่ละข้อที่ได้แจกแจงไว้ใน การกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดหรือไม่ ถ้าไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้อง หรือ เพียงพอถือว่ามีความพร้อมในการดูแลตนเอง (self-care deficit) เพราะฉะนั้นความพร้อมในการดูแล ตนเองเกิดขึ้นเมื่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด มีมากกว่าความสามารถที่จะกระทำ และ เหตุผลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองนั้น จะต้องพิจารณาให้ละเอียดว่าเพราะเหตุใด

จากภาวะของโรคและผลข้างเคียงของรังสีรักษาที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงใน ระบบการดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น ดังการศึกษาของ คูบริชท์ (Kubricht, 1984) ซึ่งศึกษาความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสี รักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด 553 อย่าง ส่วนใหญ่เป็น การดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันอันตราย รองลงมาเป็นเรื่องเกี่ยวกับอาหาร น้ำ การพักผ่อน และ การมีกิจกรรม ส่วนการทำหน้าที่และพัฒนาให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถใน การดูแลตนเอง การดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย การคงความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นตลอดจนการดูแลตนเองเกี่ยวกับการหายใจ เป็นความต้องการอันคับคั่ง

มาตามลำดับ นอกจากนี้วรรณ (2533) และแสงอรุณ (2533) ได้สรุปความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาไว้ ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้และปรับปรุงบางส่วนให้เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ โดยเพิ่มเติมและเน้นให้เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาดังนี้

1.3.1 รับประทานอาหารให้ได้ทั้งปริมาณ และ คุณภาพที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายขณะได้รับรังสีรักษา เพื่อนำไปซ่อมแซมเนื้อเยื่อปกติซึ่งถูกทำลายจากรังสีรักษา ช่วยให้ร่างกายสามารถทนต่อการรักษาได้ เพราะเนื้อเยื่อปกติที่ถูกรังสีจะได้รับ การซ่อมแซมอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการข้างเคียงน้อยลงหรือไม่เกิดเลย และทำให้การตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น เพิ่มความต้านทานของร่างกาย พยายามควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้ลดมากเกินไป โดยรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีน ทั้งจากเนื้อสัตว์ ปลา ไข่ นม เป็นต้น ให้เพิ่มขึ้น เนื่องจากอาจมีการเปลี่ยนแปลงในการรับรสอาหาร ความไวในการรับรสหวานน้อยลง รับรสขมมากขึ้น เกิดความรู้สึกเหม็นเมื่อรับประทานเนื้อสัตว์ เนื้ออาหารประเภทเนื้อสัตว์สีแดง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง อิ่มเร็ว จึงควรปรับรูปแบบการรับประทานอาหารให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ โดย

1.3.1.1 พยายามรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย เลี้ยวช้า ๆ ให้ละเอียด รับประทานอาหารมื้อละน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้น และทุกครั้งที่หิว งดเว้นอาหารหวานจัดหรืออาหารมันของทอดหรืออาหารที่มีกลิ่นจัดหลีกเลี่ยงการนอนราบใน 2 ชั่วโมงแรกหลังรับประทานอาหารเสร็จ

1.3.1.2 รับประทานอาหารเสริมหรือเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ระหว่างมือที่ชอบหรือที่สามารถจัดหาได้ เช่น นมสด น้ำหวาน นมถั่วเหลือง โอวัลติน

1.3.1.3 แสวงหาวิธีที่ช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้นด้วยตนเอง เพราะความเครียด อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารได้ เช่น การเดินเล่นก่อนเวลาอาหาร เพิ่มจำนวนมื้อ เปลี่ยนชนิดของอาหารบ่อย ๆ สร้างบรรยากาศในการรับประทานอาหาร อาจร่วมรับประทานอาหารกับเพื่อน หรือเลือกรับประทานอาหารที่ชอบ

1.3.1.4 ขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาลเมื่อมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้มาก หรือรับประทานอาหารได้น้อยมาก น้ำหนักลดมาก

1.3.2 ดูแลตนเองให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 2,500 มล. ต่อวันในระหว่างรับรังสีรักษา เพื่อช่วยให้ผิวหนัง และ เนื้อเยื่อต่างๆ ชุ่มชื้นขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น และช่วยป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงจากรังสีต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ป้องกันการจับตัวเป็นผลึกของกรดยูริกที่เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อต่างๆ ของรังสีและป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยวางแผนแบ่งปริมาณน้ำดื่มต่อวัน ไว้อย่างชัดเจน ตรวจสอบปริมาณน้ำดื่มให้ได้ครบทุกวันตลอดช่วงของการรับรังสีรักษา และจัดหาแหล่งน้ำดื่มในระหว่างฉายรังสี

1.3.3 รักษาสมดุลของการมีเวลาที่เป็นส่วนตัว และมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับบุคคล

ในครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ โดยจัดเวลาเป็นของตนเองตามความต้องการในแต่ละวันเพื่อให้ตนเองได้มีจิตใจสงบได้ทบทวนสิ่งต่าง ๆ สำหรับการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะจะทำให้ผู้ป่วยได้รับข่าวสารทราบถึงวิธีการปฏิบัติตน (มาลี, 2535) ในระหว่างที่ได้รับรังสีรักษา โดยเฉพาะการได้มีโอกาสพูดคุยกับแพทย์ พยาบาล หรือ ผู้ป่วยด้วยกัน และการมีโอกาสพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูงหรือคนใกล้ชิดตามความเหมาะสม เพื่อดำรงบทบาทของตนเอง ทำให้เกิดการยอมรับในกลุ่มสังคม ส่งเสริมการดูแลตนเองรวมทั้งยังช่วยให้สามารถขอความช่วยเหลือ แสวงหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ (มาลี, 2535)

1.3.4 แสวงหาความรู้ที่เกี่ยวกับการรักษา และการดูแลสุขภาพ แสวงหาความรู้และข้อมูล

ในเรื่องชนิด จุดประสงค์ ขั้นตอน ผลข้างเคียงของรังสี การมาตรวจตามนัด หรือ การขอรับการตรวจเมื่อมีอาการผิดปกติ และ ขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น โดยการสนใจซักถามแพทย์ และ/หรือพยาบาล อ่านเอกสาร หรือ คู่มือการปฏิบัติตนที่ได้รับ สนใจเข้ากลุ่มสนับสนุนให้ความรู้ นอกจากนี้แสวงหาความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์เมื่อมีปัญหาการรักษาพยาบาล หรือค่าครองชีพ

1.3.5 ป้องกัน และ ดูแลเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียง และ ความไม่สบายของรังสีรักษาได้แก่

1.3.5.1 ป้องกันอันตรายจากขบวนการฉายรังสี โดยให้เนื้อเยื่อปกติถูกรังสีทำลาย

น้อยที่สุด ด้วยการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะอยู่ในห้องฉายรังสี การควบคุมความปลอดภัยขณะรับรังสี และพยายามนอนนิ่งๆในท่าที่ได้รับการจัดให้เหมาะสมบนเตียงขณะรับการฉายรังสี

1.3.5.2 การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย และอ่อนเพลีย โดยพักผ่อนให้

เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง ปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับอาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย อาจจำกัดหรือลดกิจกรรมลงเมื่อรู้สึกเหนื่อย เพื่อสงวนพลังงาน เพิ่มเวลานอนพักผ่อนกลางวันวันละ 2-3 ชั่วโมง และขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเมื่อรู้สึกอ่อนเพลียมาก หรือทำกิจกรรมบางอย่างไม่ไหวร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าสูง เช่น ผักใบเขียว ตับ วิตามิน และธาตุเหล็ก (Dodd, 1987 ; Synder, 1986 ; Trester, 1982 ; Yasko, 1987 อ้างตามขนิษฐา, 2535)

1.3.5.3 การดูแลผิวหนังในบริเวณที่ฉายรังสีที่ได้ขีดเส้นทำเครื่องหมายไว้ โดยดูแล

ผิวหนังบริเวณฉายรังสีให้แห้งอยู่เสมอ ถ้าเปียกชื้นให้ใช้ผ้านุ่ม ๆ ซับเบา ๆ ไม่เช็ดถูหรือเกา เพราะจะทำให้ผิวหนังลอกหลุด และเป็นแผลได้ ไม่ใส่หรือทายาใด ๆ โดยไม่ปรึกษารังสีแพทย์เพราะอาจมีสารที่มีปฏิกิริยาต่อรังสี ควรสวมเสื้อผ้าที่นุ่ม เพื่อป้องกันการถูกับผิวหนัง และควรหลีกเลี่ยงจาก

ฝ่ายหอสมุด ศูนย์หนังสือ อรรถกระวีสุนทร

แสงแดด เพราะอาจจะระคายเคืองต่อผิวหนังมากยิ่งขึ้น หลีกเลี่ยงการนอนทับ หรือ การประคบผิวหนังบริเวณดังกล่าว รวมทั้งประเมินความผิดปกติของผิวหนังอยู่เสมอ โดยเฉพาะบริเวณแนวคอเสื้อ ซอกคอ และ คอยตรวจสอบรอยหมักไม่ให้เกิดแผลพุพองหรือรอยไหม้ที่ลอกหลุด หรือเกิดการผิดปกติขึ้นควรรีบปรึกษาแพทย์ทันที ไม่ควรปล่อยให้หายเอง เพราะอาจเกิดแผลเปิดและติดเชื้อ นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะสามารถสระผมได้ใน 1-2 สัปดาห์แรก แต่ต้องกระทำโดยแผ่วเบา ไม่เกา หรือ ขยี้ศีรษะปล่อยให้ผมแห้งเองโดยไม่ควรใช้ไอร์ออนจากเครื่องเป่าผมหรือเซ็ดจนแห้ง เมื่อหยุดรังสีแล้วยังต้องรักษาผิวหนังให้แห้งอยู่เสมอ จนกว่าผิวหนังจะกลับเป็นปกติ ผมหรือขนจะงอกกลับมาใหม่ซึ่งอาจใช้เวลาหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือน และสีอาจจางลง เส้นผมจะละเอียดขึ้นและหยิกกว่าเก่า

1.3.5.4 การดูแลตนเองเพื่อลดอาการระคายเคืองของเยื่อช่องปาก ปากแห้ง โดยตรวจสุขภาพฟันก่อนรังสี (สมนึก, 2531 ; Morrish, et al., 1981 ; Overholser, 1986 อ้างตาม ทิพาพร, 2533) และรักษาความสะอาดริมฝีปาก ช่องปาก ลิ้น เหงือกและฟันอย่างสม่ำเสมอโดยใช้ยาสีฟันที่รสไม่จัด ใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กขนอ่อนนุ่ม ๆ ทำให้ปากชุ่มชื้นโดยจิบน้ำบ่อย ๆ (พวงทอง, 2524 ; 2531) และควรงดเหล้า บุหรี่ หมาก ซึ่งทำให้เยื่อช่องปากไวต่อรังสีและเป็นแผลได้ง่าย (Thomson, 1980 ; Raoslevitt, 1986 ; Strohl, 1989) นอกจากนี้ในระยะยาว อาจเกิดอาการช่องปากแคบ ควรป้องกันโดย การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณช่องปาก หรือคาบจุกคอร์กวันละหลาย ๆ ครั้ง ครั้งละประมาณ 1-2 นาที หรืออ้าปากให้กว้างที่สุดวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที หรืออาจให้ทันตแพทย์ช่วยขยายช่องปากในกรณีที่ไม่สามารถอ้าปากด้วยตนเองได้ (บุญจันทร์, 2533 ; สมจิต, 2536)

1.3.5.5 ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณกล่องเสียงและไฮโปฟาลิงซ์ ควรพักผ่อน หลีกเลี่ยง และ หลีกเลี่ยงบุหรี่ เพื่อบรรเทาอาการเสียงแหบ

1.3.5.6 การดูแลตนเองเพื่อลด หรือ ป้องกันอาการข้างเคียงของรังสีรักษาต่อ ไชกระดูก ที่ทำให้เม็ดเลือดขาวอ่อนแอ และลดจำนวนลงทำให้ติดเชื้อได้ง่าย โดยหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้บุคคลที่มีการติดเชื้ออื่น ๆ รักษาความสะอาดสุขอนามัย และ ดื่มน้ำมาก ๆ และบางรายอาจมีเลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำจึงควรระวังอุบัติเหตุของมีคมบาด ผิวหนังถูกระแทก (Kelley & Tinsley, 1981 ; Thomson, 1980 อ้างตาม บุญจันทร์, 2533 ; สมจิต, 2536) สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงการมีเลือดออก เช่น การถ่ายอุจจาระสีดำ การมีเลือดออกตามไรฟัน มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง นอกจากนี้บางรายอาจมีภาวะซีด ทำให้อ่อนเพลียเมื่อยล้า จึงควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และบำรุงเลือด เช่น เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว ผลไม้ที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น ส้มกล้วย ประกอบกับการดูแลให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ (Thomson, 1980 อ้างตาม วรวรรณ, 2533) โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับตนเองเป็นสำคัญ

1.3.5.7 ปรับทัศนคติในการยอมรับความเจ็บป่วย และ ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา ยอมรับการพึ่งพาผู้อื่น และ ยึดคงตระหนักถึงควมมีคุณค่าในตนเอง และ สร้างความหวังและกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย (ชนินฐา, 2535) สร้างเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา ตั้งเป้าหมายในชีวิตตามความสามารถของตน

1.3.5.8 หาวิธีผ่อนคลายความเครียด และ ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหา แสวงหาวิธีผ่อนคลายอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น การพูดคุยกับคนที่ไว้ใจ เพื่อนสนิท สมาชิกในครอบครัว หรือพระเกี่ยวกับความกลัว ความวิตกกังวลหรือปัญหาต่าง ๆ ในเรื่องของความเจ็บป่วยและการรักษา หรืออาจบอกเล่าถึงความรู้สึกของตนให้แพทย์ หรือ พยาบาลทราบ การใช้สมาธิ หรือ วิธีอื่น ๆ ที่เคยใช้ได้ผล (แสงอรุณ, 2533 ; มาลี, 2535)

2. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มีจุดเน้นของการพยาบาลคือ ความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง หรือ มีความพร่องในการดูแลบุคคลภายใต้ความรับผิดชอบ มีเป้าหมายของการพยาบาลคือ เพื่อช่วยบุคคลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดให้ถึงระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง และ ช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ การฟื้นจากความเจ็บป่วย หรือ อาการบาดเจ็บ และการเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1 แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กันคือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล ทฤษฎีการดูแลตนเอง และ ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง

2.1.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (the theory of self-care) ในทฤษฎีนี้ได้อธิบายการดูแลตนเองในลักษณะของการปรับหน้าที่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อม และ ขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมด ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (health state) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบัน และอนาคต กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการ หรือ แก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก เป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (deliberate action) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ

2.1.1.1 ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณา และ ตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ในระยะนี้บุคคลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะกระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพ และ ให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถวินิจฉัยพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

2.1.1.2 ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองเพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

การที่พยาบาลมีความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเองว่า เป็นการกระทำของบุคคลที่จงใจมีเป้าหมายจะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ ต้องแน่ใจว่าผู้รับบริการได้ข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอที่จะช่วยให้เขาได้วินิจฉัย ตัดสินใจที่จะทำการดูแลตนเองตามต้องการ ทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำ ตลอดจนการสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการทำการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก

2.1.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (the theory of self-care deficit) เป็นภาวะที่บุคคลใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารถจะใช้ได้เลย หรือปริมาณหรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งอาจเป็นผลกระแทบมาจากภาวะด้านสุขภาพ ดังนั้นบุคคลจึงต้องการการพยาบาล

2.1.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (the theory of nursing system) เป็นระบบที่เกิดจากการที่พยาบาลใช้ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) กับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ได้รับการตอบสนอง และ ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นได้ถูกปกป้องหรือได้นำมาใช้ หรือได้รับการพัฒนา (Orem & Taylor, 1986 อ้างตาม สมจิต, 2536)

ความสัมพันธ์ของ 3 ทฤษฎีข้างต้น อธิบายได้ด้วยแนวคิดของมโนคติ 6 ประการ (Orem, 1985) ได้แก่ การดูแลตนเอง (self-care) ความพร้อมในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแล

ตนเอง (self-care agency) ความสามารถทางการแพทย์พยาบาล (nursing agency) และ ระบบการพยาบาล (nursing system) เมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองสอดคล้องกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด บุคคลนั้นจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ หากความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จะเกิดความพร่องในการดูแลตนเองขึ้น ในจุดนี้พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือ เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง

เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกซึ่งมีความสามารถที่จะช่วยเหลือตนเอง และ ดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งแล้ว แต่เนื่องจากการรักษาด้วยรังสีรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดเพิ่มขึ้น (Kubrich, 1984) จึงเกิดความไม่สอดคล้องระหว่าง ความสามารถในการดูแลตนเอง กับ ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งในภาวะเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการระบบการพยาบาลเพื่อเข้าไปปรับสมดุล ระหว่าง ความสามารถในการดูแลตนเอง กับ ความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปรับตัวเผชิญกับโรค ผลข้างเคียงจากการรักษาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการข้อมูลที่เหมาะสมชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการในแต่ละระยะของฉายรังสี และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในแผนการรักษาตลอดจนอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะได้นำความรู้ดังกล่าวไปใช้ในการพิจารณาตัดสินใจในการดูแลตนเอง รวมทั้งต้องการการสนับสนุนและให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดกำลังใจที่จะต่อสู้ ดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งก็ตรงกับระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้นั่นเอง

2.2 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ระบบสนับสนุนให้ความรู้ (Orem, 1995) ใช้เมื่อผู้ป่วยขาดความรู้หรือทักษะ หรือ ไม่สามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากต้องใช้เทคนิคที่ซับซ้อน หรือ ไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองได้ ระบบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจควบคุมพฤติกรรมกรดูแลตนเอง และ มีความรู้และทักษะที่ถูกต้อง โดยในระบบนี้ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และกระทำการดูแลตนเองผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำ และ สนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมผู้ป่วยและครอบครัว หรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยด้วย ส่วนพยาบาลนอกจากจะสอนและแนะนำแล้ว ยังคอยกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง (สมจิต, 2536) โดยมีวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธีคือ การสนับสนุน การชี้แนะ การจัดเตรียมและพัฒนาสิ่งแวดล้อม และการสอน โดยในแต่ละวิธีมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้คือ

2.2.1 การสนับสนุน (support) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วย หรือ ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวด หรือ ทุกข์

ทรมานจากโรค หรือ เหตุการณ์ที่ประสบในชีวิต สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง หรือกระทบน้อยที่สุด เป็นวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม และกระทำการดูแลตนเองได้ในสภาวะการณ์ต่าง ๆ การติดต่อระหว่างผู้ให้การช่วยเหลือและผู้ป่วยอาจจะไม่ใช่คำพูด อาจเป็นการมอง การสัมผัส การสนับสนุนทางร่างกาย คำพูดที่ทำให้กำลังใจ การแสดงความช่วยเหลือทางกาย เป็นต้น การสนับสนุนยังรวมถึง แหล่งของวัตถุสิ่งของที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง และ เกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาการดูแลตนเองได้

2.2.2 การชี้แนะ (guidance) การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม ในกรณีผู้ป่วย หรือ ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองภายใต้การแนะนำ และการตรวจตรา พยาบาล และ ผู้รับบริการช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

2.2.3 การจัดเตรียม และการพัฒนาสิ่งแวดล้อม (provision of a developmental enviroment) ที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการช่วยเหลือที่ผู้ให้การช่วยเหลือ จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นแรงจูงใจ ในการสร้างเป้าหมายที่เหมาะสม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมนี้รวมทั้งด้านจิตสังคม และ ทางกายด้วย การพัฒนาที่เกิดขึ้นรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และ ค่านิยม การใช้ความสามารถสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ (self-concept) และการพัฒนาทางด้านร่างกาย ผู้ให้การช่วยเหลือต้องจัดให้มีการปฏิสัมพันธ์ และ การติดต่อสื่อสารกับตนเอง และ ผู้อื่น เพื่อได้รับการชี้แนะสนับสนุน หรือใช้วิธีการช่วยเหลืออื่น ๆ การช่วยเหลือวิธีนี้มักใช้ร่วมกับการสอนและวิธีอื่น ๆ

2.2.4 การสอน (teaching) เป็นวิธีการช่วยเหลือทางตรงต่อผู้ที่ต้องการพัฒนาความรู้ หรือ ทักษะบางประการ เป็นวิธีที่ใช้กับผู้ที่ต้องการที่จะรู้ นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงการเรียนรู้ที่ได้มาจากประสบการณ์ด้วย การสอนผู้ใหญ่ และ เด็กมีความแตกต่างกัน การสอนผู้ใหญ่จะต้องพัฒนาตามอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงความเป็นผู้ใหญ่ และ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยด้วย

หลักในการสอนผู้ป่วยที่สำคัญมีดังนี้ (สมจิต, 2536) สอนในสิ่งที่คุณป่วยต้องการเรียนรู้ เนื้อหาที่สอนจะต้องเพิ่มจากความรู้เดิม ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วม และการฝึกปฏิบัติ การประเมินโดยการให้ข้อมูลป้อนกลับจะช่วยผู้ป่วยในการเรียนรู้ และ ปรับพฤติกรรม นอกจากนี้เนื้อหา และ วิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน สิ่งรบกวนจะขัดขวางต่อระบบการเรียนรู้

สัมพันธ์ภาพที่ดี ระหว่าง พยาบาล กับ ผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้

นอกจากนี้ ได้มีผู้นำรูปแบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม มาใช้ทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา และเคมีบำบัด ซึ่งผลการวิจัยก็พบว่าได้ผลดีในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ลดภาวะอารมณ์ทุกข์โศก และความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงได้

(แสงอรุณ, 2533 ; สมจิต และ คณะ, 2534 ; Johnson, et al., 1988 ; Hiromoto & Dungan, 1991)

ผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการให้ทั้งข้อมูล และ การสนับสนุนมิใช่แต่เพียงการให้ความรู้ด้วยสื่อ และ วิธีการที่แตกต่างกันเท่านั้น แต่ยังคงติดตามด้วยการสนับสนุนให้การช่วยเหลือ และ ให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและเพียงพอ แต่เนื่องจากงานวิจัยที่มีในปัจจุบัน นักวิจัยจะวางแผนวิธีการช่วยเหลือที่แน่นอนไว้ ซึ่งในสภาพความเป็นจริงแล้ว อาจจะเหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือเฉพาะบางบริบทเท่านั้น รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ที่จัดให้กับผู้ป่วยจึงควรจัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละบริบท เพราะในแต่ละบริบทก็จะมีรูปแบบการให้บริการที่เฉพาะไปในแต่ละแห่ง ดังนั้น การที่จะได้มาถึงรูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ที่เหมาะสมนั้น ผู้วิจัยต้องมีการประเมิน หรือ วิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งเพื่อความเข้าใจสถานการณ์อย่างแท้จริงตามธรรมชาติของสถานการณ์นั้น ๆ มีการลงมือปฏิบัติกิจกรรม วิเคราะห์ กิจกรรม และ ปรับปรุงการปฏิบัติจนได้รูปแบบที่พอใจ สามารถใช้ได้สถานการณ์จริงไม่ใช่เป็นการนำผลการวิจัยจากภายนอกเข้าไปประยุกต์ใช้ จึงไม่เกิดปัญหา การนำผลการวิจัยไปใช้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวก็ตรงกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั่นเอง

3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ (อาภรณ์, 2534 ; ฌ็องสุรางค์, 2537) ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดพื้นฐานที่ว่าทฤษฎี และ การปฏิบัติจะต้องมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงต่อกัน (ฌ็องสุรางค์, 2537) โดยมีความเชื่อพื้นฐานตามกระแสแนวคิดของสำนักปรากฏการณ์นิยม (phenomenology, interpretivism, naturalism) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานทางสังคมศาสตร์ และ มนุษยศาสตร์ ที่เชื่อว่า ความจริงแท้แน่นอนนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป เพราะธรรมชาติ หรือ สังคมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ปรากฏการณ์ทางสังคมเกิดขึ้น เพราะมนุษย์มีการรับรู้ ให้ความหมาย และ แสดงพฤติกรรมที่ถือว่าเหมาะสมตามบริบท (context) ที่ตนอาศัยอยู่ ณ เวลานั้นๆ ฉะนั้นจึงถือว่าข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์ ผู้ที่จะรู้ดีที่สุดคือ ผู้ที่เป็นสมาชิกของสังคมนั้น (ชาย, 2531 ; อาภรณ์, 2534)

การวิจัยเชิงคุณภาพจึงให้ความสำคัญแก่ข้อมูลจากประสบการณ์ตรง เป็นการให้ความหมาย ความรู้สึกและวัฒนธรรมตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ เพื่อนำข้อเท็จจริง ซึ่งอยู่ใน ลักษณะของคำพูด รูปภาพ หรือข้อมูลเอกสาร เป็นต้น มาวิเคราะห์หาข้อสรุปใหม่ๆ เป็นข้อเสนอ ทางทฤษฎี เป็นการวิจัยที่มุ่งสร้างทฤษฎี หรือสมมติฐานใหม่ ไม่ใช่วิธีการทางสถิติมาใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูล เพราะไม่มุ่งที่จะทดสอบสมมติฐาน หรือพิสูจน์กฎเกณฑ์ไม่นิยมสร้างกรอบแนวคิด จากทฤษฎีที่มีอยู่ก่อน เพราะเชื่อว่าจะทำให้เกิดความลำเอียงในการวิจัย แต่เป็นการแสวงหาข้อเท็จจริงที่มีการยืดหยุ่นตามลักษณะของข้อเท็จจริง (อากรณ, 2534)

กล่าวโดยสรุปแล้วลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการมองปรากฏการณ์ให้เห็นภาพรวม (holistic) เป็นกระบวนการตั้งคำถาม และ เจาะลึกเพื่อให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจอย่าง แท้จริง เป็นการศึกษากจากปรากฏการณ์ หรือ สภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ ไม่ควบคุมตัวแปร หรือ สร้างสถานการณ์แบบควบคุมหรือทดลอง เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพ ระหว่าง ผู้วิจัย และ ผู้ถูกวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลตามการรับรู้ ความรู้สึก และ ตามความหมายของผู้ถูกวิจัย ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในประสบ การณ์นั้นๆ ผู้ถูกวิจัยจึงมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลกับผู้วิจัยอย่างใกล้ชิด การวิเคราะห์ข้อมูลอาศัย การพรรณนา และ การวิเคราะห์แบบอุปนัย (inductive) เพื่อมุ่งสร้างทฤษฎีไม่ใช่ทดสอบทฤษฎี หรือ สมมติฐาน (Boyd, 1990 ; สุภางค์, 2531 อ้างตาม อากรณ, 2534)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ อาศัยปรัชญาพื้นฐานตามแนวคิดของสำนักปรากฏการณ์นิยม โดยอาศัย การทำความเข้าใจปัญหาต่างๆ ที่ต้องการปรับปรุง หรือหาแนวทางพัฒนาตามสภาพแวดล้อมที่เป็น ธรรมชาติ ไม่สร้างสถานการณ์แบบควบคุมหรือทดลอง เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นสภาพปัญหาที่แท้จริง และร่วมมือกันพัฒนาการ ปฏิบัติงานด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกัน (อากรณ, 2534 ; อากรณ, 2536 อ้างตาม อากรณ และ คณะ, 2540)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการนำวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมอย่างใด อย่างหนึ่ง เพื่อหารูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ การวิจัยเชิง ปฏิบัติการจึงต่างจากการวิจัยเชิงคุณภาพโดยทั่วไปตรงที่ ต้องมีการลงมือปฏิบัติกิจกรรม และ ปรับ ปรุงการปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลตามต้องการ (อากรณ, 2534) ดังที่ เคมมิส และ แมคทาตากาท (Kemmis & McTaggart, 1988) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นกระบวนการร่วมมือกัน ของผู้ร่วมวิจัยเพื่อการเรียนรู้พัฒนาปรับปรุง และแก้ไขปัญหาร่วมกัน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางการพยาบาลนั้นถือว่าความรู้ หรือทฤษฎีทางการพยาบาลได้ พัฒนามาแล้วระดับหนึ่ง โดยการใช้ความรู้ที่มีอยู่และประสบการณ์ของพยาบาลทำให้สามารถ ประเมินปัญหาและความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพของ

ผู้รับบริการ และผู้รับบริการซึ่งถือเป็นผู้ร่วมวิจัย จะมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิเคราะห์ และ แก้ไขปัญหา ในกระบวนการของการมีส่วนร่วมนั้นจะเกี่ยวข้องกับสะท้อนคิด และ ไตร่ตรองเกี่ยวกับปัญหา และ การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน มีการเจรจาต่อรอง (negotiation) เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการที่เข้าร่วมในการวิจัย นอกจากนี้ยังต้องมีเรื่องของการช่วยเหลือดูแลโดยตรงเกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วย (prooviding care) เพื่อเป็นการเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ทั้งนี้เพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งนับว่าเป็นจุดที่แตกต่างกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการในศาสตร์สาขาอื่น (ทิกุล, 2539)

3.1 ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบของการรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงาน (collective self-reflective enquiry) ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคมใดสังคมหนึ่ง เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหาหลักการ เหตุผล และ วิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้รูปแบบ หรือ แนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และในขณะที่เดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคม และ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Kemmis & Mc Taggart, 1988 อ้างตาม อากรณี, 2534)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการอาจจะเป็นการวิจัยของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือการวิจัยของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ซึ่งถ้าหากเป็นการวิจัยของกลุ่มจะเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ส่วนเคมมิส และ แมคทาตกาท มีความเห็นว่า วิธีการปฏิบัติที่จะถือได้ว่าเป็นวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้น จะต้องมีการร่วมมือ (collaborative approach) ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ถึงแม้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการของกลุ่ม จะเป็นผลมาจากการวิเคราะห์การปฏิบัติงานอย่างลึกซึ้ง (critical examined action) ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานก็ตาม และได้กล่าวถึงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการสรุปได้ดังนี้ (Kemmis & Mc Taggart, 1988 ; อากรณี, 2534)

3.1.1 เป็นการพัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (improving by changing)

3.1.2 เป็นการวิจัยที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน (collaborative/participatory action research)

3.1.3 เป็นการทดลองปฏิบัติ โดยอาศัยเทคนิคการสะท้อนของบุคคลากรหรือกลุ่ม ในกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต สะท้อนการปฏิบัติ และปรับปรุงแผนเพื่อพัฒนาให้ดีขึ้นในวงจรต่อไปการทดลองปฏิบัติในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ

3.1.4 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง (critical analysis) เพื่อความเข้าใจสถานการณ์อย่างแท้จริง ตามธรรมชาติของสถานการณ์นั้นๆ ไม่ใช่การแก้ปัญหอย่างผิวเผิน

3.1.5 เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษา เรียนรู้วิธีการที่จะพัฒนากิจกรรมนั้นๆ

3.1.6 เป็นกระบวนการทางการเมือง (political process) เพราะ การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมักจะมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเสมอ การต่อต้านนี้เกิดขึ้นทั้งผู้วิจัย และ ผู้ปฏิบัติ งาน

3.1.7 เป็นการบันทึกความก้าวหน้า และ บันทึกการสะท้อนการปฏิบัติของกลุ่มอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษา และวิธีการศึกษา

3.1.8 เป็นการสร้างทฤษฎี โดยหาเหตุผลของการปฏิบัติจากปรากฏการณ์ที่ศึกษา แล้วนำมาประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (proposition) และ สรุปเป็นหลักการภายหลัง

3.1.9 เป็นการศึกษาที่เริ่มจากวงจรถูก (กลุ่มเล็กหรือแม้แต่ผู้วิจัยเพียงคนเดียว) แล้วจึงขยายเป็นวงจรมหา (กลุ่มใหญ่ เช่น หอผู้ป่วย แผนก ภาควิชา โรงพยาบาล)

นอกจากนี้ โฮลเตอร์ และชวาทซ์ บาร์คอตท์ (Holter & Schwartz - Barcott, 1993 อ้างตาม พิบูล, 2539) ได้กล่าวถึงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่าประกอบด้วย

1) ความร่วมมือซึ่งกันและกัน (collaboration) หมายถึงความร่วมมือกันระหว่างนักวิจัย และ ผู้ปฏิบัติ (practitioner) ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์หรือสถานการณ์ มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นแบบคนใน (insider) นักวิจัยเชิงปฏิบัติการถือเป็นคนนอก (outsider) นำมาซึ่งความรู้ทางทฤษฎี และ วิธีการวิจัย แต่ขณะเดียวกันก็จะเป็นผู้เรียนรู้ ในสถานการณ์ของผู้ปฏิบัติด้วย โดยการรวบรวมข้อมูลทั้งจากการสังเกต สัมภาษณ์ และ มีส่วนร่วมในสถานการณ์ ซึ่ง เว็บบ์ (Webb, 1989) เรียกว่า การเข้าใจอย่างมีส่วนร่วม (participant comprehension) ความแตกต่างของนักวิจัย กับ ผู้ปฏิบัติคือ นักวิจัยไม่ได้อยู่ในพื้นที่ หรือ สถานการณ์นั้นตลอดเวลา จะมีเวลาสิ้นสุดของบทบาท และ กลับไปสู่สถานที่ และ งานในหน้าที่ของตนต่อไป เมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุด กระบวนการของความร่วมมือกันจะเกี่ยวกับการวินิจฉัยปัญหา การออกแบบแผนการกระทำ และการลงมือกระทำการแก้ปัญหา

2) มุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ (focus on a practical problem or solution of practical problem) ปัญหาในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะถูกกำหนดขึ้น โดยความเห็นชอบของผู้ร่วมวิจัย จะเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ และสถานที่ ที่เฉพาะเจาะจง เป็นการศึกษาในสภาพการตามธรรมชาติ ระดับของการมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาจะมีความสำคัญต่อผลของกระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก

3) มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ (change in practice) เป็นเป้าหมายหลักของการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นจะขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหาและความร่วมมือกัน รวมทั้งวิธีการ (intervention) ที่ริเริ่มโดยนักวิจัยและผู้ปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงนั้นควรมีทั้งด้านความเชื่อ ค่านิยมส่วนบุคคล และวิธีการปฏิบัติทั้งของนักวิจัยและของผู้ปฏิบัติ

4) มีการพัฒนาความรู้หรือทฤษฎี (theory development) ถือเป็นเป้าหมายปลายทางของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นักวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มาจากศาสตร์สาขาต่างๆ นอกจากจะยึดแนวคิดในการวิจัยแล้ว ยังมีการประยุกต์ใช้ และ พัฒนาความรู้ตามปรัชญาความเชื่อทางวิชาชีพ หรือในศาสตร์สาขาของตนเอง นักวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถ ค้นพบความรู้ใหม่ ทดสอบหรือขยายความรู้ที่มีอยู่ โดยการทดลองใช้กับปัญหา หรือ สถานการณ์จริงตลอดจนผสมผสานใช้กับความรู้ในท้องถิ่น (local knowledge) ที่เกี่ยวข้องด้วย ทฤษฎีที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ถือเป็นทฤษฎีของการปฏิบัติ (practice theory) นอกจากนี้ได้กล่าวว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีจุดมุ่งหมายหลัก 2 ประการ คือ ประการแรก เพื่อกระตุ้น หรือ สร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ และประการที่สอง เพื่อ พัฒนา หรือ สร้างทฤษฎีใหม่ (Holter & Schwartz-Barcott ; cited in Simmons, 1995)

กล่าวโดยสรุปแล้วหลักการที่สำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน การขึ้นหัตถ์ที่จะพัฒนาการปฏิบัติงาน โดยวิเคราะห์สถานการณ์ ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานจนได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ และ เป็นที่พึงพอใจ เป็นทั้งการประยุกต์องค์ความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติ และ สร้างองค์ความรู้จากการปฏิบัติโดยอาศัยเทคนิคการสะท้อนของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (Mc Taggart, 1994 ; อากรณี, 2534 อ้างตาม อากรณี และคณะ, 2540)

3.2 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อาศัยกระบวนการวิจัยในรูปของวงจร หรือ เกลีสววิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเริ่มจากขั้นตอนการสำรวจสถานการณ์เบื้องต้นอย่างถ่องแท้ (อากรณี, 2534) การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (acting) การสังเกต (observing) การสะท้อนการปฏิบัติ (reflecting) และการปรับปรุงแผน (re-planning) ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกระบวนการพยาบาล เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานเป็นที่พอใจ (Kemmis & McTaggart, 1988) กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความแตกต่างจากกระบวนการแก้ไขปัญหามในรูปแบบเดิม (systematic problem-solving) ซึ่งยึดถือว่าปัญหาต่างๆ ได้รับการวินิจฉัยมาแล้ว และ วิธีการตลอดจนผลที่จะได้รับก็มักจะกำหนดตายตัว (Greenwood, 1993 อ้างตามพิกุล, 2539) แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นจะอาศัยการปฏิบัติโดยการสะท้อนคิด (reflective practice) ซึ่งเน้นการสะท้อนคิดในตนเอง (self reflection) ของผู้ปฏิบัติ แนวทางการพัฒนาความรู้จึงขึ้นอยู่กับทำให้ความหมายและการแปลความหมายโดยผู้ปฏิบัติ เป็นกระบวนการของประชาธิปไตย และ ไม่มีการควบคุม เน้นที่การให้อำนาจแก่บุคคลเพื่อให้แก้ไขปัญหาได้ (empowerment) (Cited in Meyer, 1993 อ้างตาม พิกุล, 2539)

3.3 ขั้นตอนการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (อาภรณ์, 2541)

3.3.1 การเตรียมความพร้อมก่อนลงมือทำวิจัย นักวิจัยจะต้องเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการวิจัย เช่น การเตรียมความรู้เรื่องระเบียบวิธีการวิจัย การสร้างสัมพันธภาพกับหน่วยงานที่ทำวิจัยร่วมกัน การเข้าใจบทบาทของนักวิจัยเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งการเข้าใจ แนวคิด หลักการ และปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างถ่องแท้ เพื่อสามารถให้กลุ่มนักวิจัย และ ผู้ร่วมวิจัยให้มีแนวคิดและหลักการเดียวกัน ในระยะนี้มักจะมีการอบรมนักวิจัย และ ผู้ร่วมวิจัยให้เข้าใจหลักการพื้นฐานไว้ขั้นหนึ่งก่อน

3.3.2 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นอย่างถ่องแท้ (reconnaissance) เป็นการสำรวจเบื้องต้นเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ที่จะศึกษา หลังจากที่ได้เลือกหัวข้อหรือเรื่องที่สนใจจะศึกษา (thematic concern) เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นอันเป็นจุดเริ่มต้นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะร่วมกันคิดพิจารณาหาแนวคิดร่วมกันเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการศึกษาให้เข้าใจตรงกัน ซึ่งควรเป็นเรื่องที่เป็นที่สนใจ เป็นความต้องการร่วมกันของกลุ่มไม่ใช่เรื่องที่คนใดคนหนึ่งสนใจและบังคับให้ผู้อื่นทำตาม

การศึกษาสถานการณ์อย่างถ่องแท้ เป็นการศึกษาเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันว่า เกิดอะไรขึ้น (บรรยาย และ อธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา) ผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ่นั้น รู้สึกอย่างไรต่อหัวข้อที่ต้องการศึกษา ให้ความหมายอย่างไร และมีแนวคิดที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอย่างไร สถานการณ์ที่ศึกษามีประวัติความเป็นมาอย่างไร มีปัญหาหรือข้อขัดแย้ง (contradiction) อะไรบ้าง เช่น ขัดแย้งระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ ขัดแย้งระหว่างเทคนิคการพยาบาล หรือ หลักการ และสรุปปัญหาที่นำมาสู่การพัฒนาในการวิจัยอะไร วิธีการศึกษาอาจจะใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์แบบเจาะลึก หรือการทำสนทนากลุ่ม (focus group) อาจจะเป็นการวิจัยแบบสำรวจ หรือการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา หรือ การวิจัยชาติพันธุ์วรรณาก็ได้แล้วแต่ความเหมาะสมของเรื่องนั้นๆ

ในขั้นตอนนี้รวมถึงการทบทวนวรรณกรรม (literature review) ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทราบว่า มีใครทำเรื่องนี้มาก่อนหรือไม่ ได้ผลอย่างไร มีปัญหาหรือช่องว่างอะไรที่ควรศึกษาเพิ่มเติม งานวิจัยของคนอื่นจะช่วยงานวิจัยของเราอย่างไร งานวิจัยของเรามีความสำคัญอย่างไรต่อผู้ร่วมงานและวิชาชีพ

3.3.3 การกำหนดปัญหาและกรอบแนวคิด หลังจากได้ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์เบื้องต้น ก็นำมากำหนดปัญหาหรือคำถามการวิจัย ปัญหาการวิจัยอาจกำหนดเป็นคำถามเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา กรอบแนวคิด เป็นการระบอบองค์ความรู้ที่จะใช้เป็นแนวทางหรือช่วยให้การวิจัยประสบผลสำเร็จ แนวคิดนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ ไม่ยึดถือตายตัวขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่ทำ ไม่ใช่กรอบแนวคิดในการควบคุมการวิจัย

3.3.4 การวางแผน เป็นการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของปัญหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนา อาศัยการประชุมปรึกษา เพื่อวางแผนกำหนดกิจกรรมอย่างเป็นระบบตามปัญหาที่ระบุ คำถามที่จะช่วยกระตุ้นกลุ่ม หรือบุคคลในการวางแผนและช่วยในการประเมินติดตามผลได้แก่

3.3.4.1 กิจกรรมที่ดำเนินการพัฒนาได้แก่ อะไรบ้าง (อธิบายกิจกรรมให้ชัดเจน ระบุเป็นกิจกรรมแต่ละประเด็น เพื่อให้เห็นรายละเอียดในการปฏิบัติพร้อมระบุเวลา และผู้รับผิดชอบ)

3.3.4.2 ทำไมเราจึงต้องการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงกิจกรรมนั้นๆ การปฏิบัติกิจกรรมนั้นในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีข้อดีข้อบกพร่องอย่างไร

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่มีวิธีการเฉพาะที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่จะใช้วิธีการของการวิจัยเชิงคุณภาพในลักษณะที่ต่าง ๆ กัน (ณัฐสุรงค์, 2537) ไม่จำเป็นต้องอาศัยวิธีการใดเป็นพิเศษ แต่จะต้องใช้ทุก ๆ วิธีด้วยกัน (Argyris et al., 1985 อ้างตาม พิกุล, 2539) เช่น การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การประชุมกลุ่ม การบันทึกเสียง เป็นต้น เพื่อหาคำตอบในการอธิบายสถานการณ์หรือกิจกรรมตามธรรมชาติของกิจกรรมนั้นๆ ทำให้เข้าใจสถานการณ์นั้นอย่างถ่องแท้ เข้าใจโครงสร้างวิธีการปฏิบัติ หลักการ และ เหตุผลที่เกี่ยวข้อง ความสัมพันธ์ของบุคคลต่างๆ ในสถานการณ์นั้น (ณัฐสุรงค์, 2539)

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเกิดขึ้นทุกขั้นตอนของวงจรการวิจัย เทคนิคที่สำคัญที่ต้องใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ เทคนิคการประชุมกลุ่มเพื่อสะท้อนการปฏิบัติและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง (critical reflection techniques) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปมีขั้นตอนดังนี้ (อาภรณ์, 2534)

3.4.1 อธิบายสถานการณ์

3.4.2 ตรวจสอบข้อมูลให้แน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง

3.4.3 จัดหมวดหมู่ และ แยกประเภทตามกลุ่มข้อมูล ตามหัวข้อ (theme) ที่เหมาะสม

3.4.4 เปรียบเทียบข้อแตกต่าง คล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภท โดยการวิเคราะห์

วิจารณ์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย

3.4.5 สรุปประมวลเป็นหลักการ หรือ ข้อเสนอเชิงทฤษฎี หรือ ทฤษฎีซึ่งต้องอาศัยหลักตรรกวิทยาโดยวิธีอุปนัย และ ความรู้เชิงทฤษฎีของผู้วิจัย

สำหรับความตรง (validity) และความเที่ยง หรือความเชื่อมั่น (reliability) ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้น กรีนวูด (Greenwood, 1984 อ้างตาม พิกุล, 2539) กล่าวว่าโดยวิธีการที่ได้มาซึ่งข้อมูล

ที่เป็นการรับรู้ของผู้ร่วมวิจัย (รวมทั้งผู้ถูกศึกษา) ก็ถือได้ว่าเป็นความตรง (face validity) แล้วทั้งความตรงและความเชื่อมั่น จึงได้มาจากการตรวจสอบความหมายที่ตรงกันของผู้ร่วมวิจัยนั่นเอง

สอดคล้องกับที่ อากรณ (2534) ได้กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการถือได้ว่าเป็นความตรงภายในต่อเมื่อข้อมูลเป็นความจริงตามธรรมชาติ คือ ตามการรับรู้ของผู้ถูกวิจัย ข้อมูลที่นักวิจัยเสนอเป็นความคิดเห็นของผู้ถูกวิจัยตามสภาพการณ์จริงของปรากฏการณ์ และ รูปแบบ หลักการที่ได้จากการวิจัย ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนความตรงภายนอกนั้นวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่เน้นว่าเป็นสิ่งสำคัญ เพราะถือว่ารูปแบบหรือหลักการมีความเหมาะสมตามสถานการณ์ และ ยืดหยุ่นได้เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง และ ถ้าหลักการ หรือ รูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ (fittingness) โดยทั่วไปก็ถือได้ว่าเป็นความตรงภายนอก

สำหรับความเที่ยงของการวิจัยสามารถทดสอบได้โดย การยืนยันความเป็นจริงได้จากข้อมูลหลายแหล่ง หรือดังที่เวบบ์ (Webb, 1989 อ้างตาม พิกุล, 2539) ได้กล่าวไว้ว่าเนื่องจากนักวิจัยเชิงปฏิบัติการมุ่งแสวงหาผลการศึกษาที่สามารถใช้ได้ตามธรรมชาติ (naturalistic generalization) กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบไม่จำเป็นสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แต่การเปรียบเทียบจะกระทำภายในแต่ละบุคคล หรือภายในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยการวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม

3.5 ระดับของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับตามลักษณะของการดำเนินการวิจัยดังนี้

(Holter & Schwartz-Barcott, 1993 ; พิกุล, 2539 ; ณัฐสุรางค์, 2537)

3.5.1 ดำเนินการ โดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค หรือ เทคนิคของการมีส่วนร่วม

(technical collaboration approach) การวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหาซึ่งพัฒนามาจากความรู้ในทฤษฎี หรือกรอบแนวคิดที่มีอยู่แล้วเพื่อที่จะทดสอบว่าความรู้นั้นสามารถประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้หรือไม่ ความร่วมมือระหว่างผู้วิจัย และ ผู้ปฏิบัติงานจะเน้นที่ เทคนิค และ การอำนวยความสะดวกให้กับผู้วิจัย โดยที่ผู้วิจัยเป็นผู้ค้นพบปัญหา และ กำหนดวิธีการแก้ไข การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัย และ ผู้ปฏิบัติงานมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสนใจในการวิจัย อำนวยความสะดวก และช่วยเหลือในการประยุกต์วิธีการไปใช้ การวิจัยในระดับนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติในทันที แต่อย่างไรก็ตามมักเป็นการเปลี่ยนแปลงในระยะสั้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปความกระตือรือร้นของสมาชิกในองค์กรมักจะลดลง ซึ่งเป็นข้อจำกัดของประสิทธิผลในระยะยาว ความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย

3.5.2 ดำเนินการ โดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (mutual collaboration approach)

โดยในระดับนี้ผู้วิจัยอาจมีแนวคิด หรือ มีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อนอย่างกว้างๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้น ผู้วิจัย และ ผู้ปฏิบัติงานจะร่วมกันในการหยิบยกประเด็นปัญหา ที่มาของสาเหตุ รวมถึงแนวทางการแก้ไข จากการร่วมมือกันนี้ทำให้มีความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และ มีการวางแผนการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน ผลที่ได้รับคือทั้งผู้วิจัย และ ผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจในปัญหา และ สาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่

3.5.3 ดำเนินการ โดยส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อนคิดถึงปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (enhancement) ซึ่งในระดับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเผชิญกับปัญหาอย่างใกล้ชิด ทำความเข้าใจสาเหตุของปัญหา และ ทฤษฎีที่สามารถอธิบาย หรือ แก้ปัญหานั้นได้ เพื่อช่วยให้ ผู้ปฏิบัติงาน วินิจฉัยปัญหา จากการประมวลความคิดด้วยตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้เอื้ออำนวย (facilitator) ให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการคิด และ อภิปรายเกี่ยวกับสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่างๆ ทั้งในระดับบุคคล และ ระดับองค์กร ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุผลของผู้ร่วมวิจัย จะทำให้ได้มุมมองใหม่ๆ เกี่ยวกับปัญหา และ การปฏิบัติ จะได้มาซึ่งความรู้เชิงบรรยาย และ เชิงทำนายด้วย

คาร์และเคมมิส (Carr and Kemmis, 1986 อ้างตาม อารณ, 2541) ได้อธิบายชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการในลักษณะที่คล้ายกัน 3 วิธีแต่อธิบายโดยใช้ ทฤษฎีวิพากษ์ (critical theory) ซึ่งอธิบายโดยฮาเบอร์มาส (Habermas) คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับเทคนิค (technical action research) เป็นการวิจัยที่อาศัยปรัชญาพื้นฐานของวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์ (empirical science หรือ natural science) การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับความเข้าใจร่วมกัน (practical action research) เป็นการวิจัยที่อาศัยปรัชญาพื้นฐานของปรากฏการณ์วิทยา (hermeneutic or interpretive science) และ การวิจัยเชิงปฏิบัติการระดับอิสระ (emancipatory action research) อาศัยปรัชญาพื้นฐานของ critical social science

3.6 สถานการณ์การวิจัยเชิงปฏิบัติการในประเทศไทย

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการในประเทศไทย ในช่วงที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนาของประชาชนในชนบท ซึ่งเป็นการปฏิบัติการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่เน้นความร่วมมือ ของนักวิชาการกับชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักอยู่ที่ การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของชุมชน ได้มีผู้นำการวิจัยเชิงปฏิบัติการไปใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งด้านการศึกษา การพัฒนาชุมชน การนำเทคนิคหรือวิธีการใหม่ๆ ไปใช้ในการปฏิบัติงาน (อารณ, 2534)

ในปัจจุบันเริ่มมีการวิจัยเพื่อใช้ในคลินิกอย่างแพร่หลาย เช่น การวิจัยเพื่อหารูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต (เขวถักณ, 2538) และ มีการวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพ หรือ ส่งเสริมการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ (พิกุล และ คณะ, 2540) การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (น้ำทิพย์, 2537) ผู้ป่วยเบาหวาน (สมจิต และ คณะ, 2540 ; วิลาวัล, 2539) การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา (อาภรณ์ และ คณะ, 2540) การหารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (จริยา, 2536) รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตในการเผชิญกับโรค (สุภาณี, 2536) และ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (สมจิต และ คณะ, 2540) เป็นต้น

ผลการวิจัยได้ความรู้ใหม่ที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เป็นทฤษฎีระดับปฏิบัติในขณะเดียวกันการวิจัยเชิงปฏิบัติการก็มีข้อจำกัดที่ ผลการวิจัยไม่เป็นสากล ไม่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้ ในสถานการณ์ทั่วไป (generalization) เนื่องจาก เป็นการศึกษาเจาะลึกในบริบทใดบริบทหนึ่ง (อาภรณ์, 2534) แม้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการเท่าที่มีการศึกษาไว้ เน้นการแก้ปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลเอง แต่การวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเองได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังเป็นการวิจัยที่ช่วยลดช่องว่าง หรือเป็นสะพานเชื่อมระหว่างทฤษฎี การวิจัย และ การปฏิบัติ (Holter & Schwartz-Barcott, 1993) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง อันเป็นเป้าหมายที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาล (ณัฐสุรางค์, 2537)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับการดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (mutual collaboration approach) ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติ คือเป็นผู้ป่วย และ ทีมวิจัยซึ่งส่วนหนึ่งเป็นบุคลากรในบริบทที่ศึกษา โดยที่ผู้วิจัยเข้าไปในลักษณะของคนนอก (outsider) ที่ไม่มีอำนาจสั่งการเป็นเพียงผู้สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแต่ในขณะเดียวกันผู้วิจัยก็ได้เรียนรู้บทบาทของผู้ปฏิบัติหรือกระทำบทบาทของผู้ปฏิบัติด้วย (Tichen & Binnie, 1998) และ การที่เลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับนี้ เพราะ จะทำให้ผู้วิจัย และ ผู้ปฏิบัติงานได้ ค้นหาปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน ทำให้ได้เห็นปัญหาที่แท้จริง และ สร้างความรู้ลึกของการมีส่วนร่วมในการวิจัย ตั้งแต่ขั้นตอนแรก ร่วมกับการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นตอนการปรับปรุงแผน และ การสะท้อนการปฏิบัติซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจ และ ความเสียสละอดทนเป็นอย่างมากกว่าที่จะสิ้นสุดการวิจัย ทำให้รูปแบบที่ได้เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบท และ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มาจากความคิดเห็นของผู้ที่จะปฏิบัติ หรือผู้ที่ จะรับบทบาทแทนผู้วิจัยเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง ส่งผลให้รูปแบบที่ได้มีการปฏิบัติต่อไปก่อให้เกิดความยั่งยืนของโครงการ

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ในระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกัน (mutual collaboration approach) โดยผู้วิจัย ผู้ป่วย และทีมวิจัย ซึ่งประกอบไปด้วย พยาบาลประจำหน่วยมะเร็งและหน่วยรังสีรักษา แพทย์ประจำหน่วยรังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค และอาจารย์พยาบาล 2 ท่านมาร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา แล้วนำมาวางแผนแก้ปัญหา ลงมือปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยจะนำเสนอ วิธีการวิจัยตามลำดับดังนี้ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ศึกษา เครื่องมือในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอในช่วงที่ศึกษาทุกราย แต่ทำการศึกษาเจาะลึก และ ติดตามต่อเนื่องจำนวน 10 ราย ซึ่งได้กำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ด้วยเครื่องฉายรังสีชนิดลิ้นไวลด์ ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอก มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไปไม่จำกัดเพศ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง สื่อสารกับผู้วิจัยเข้าใจ ยินดีเข้าร่วมวิจัย และสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดโครงการ

สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ณ หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวในเขต 14 จังหวัดภาคใต้ที่ให้บริการการรักษาด้วยรังสีรักษาโดยมีบริการให้รังสีรักษาทุกวัน ยกเว้นวันหยุดราชการตั้งแต่เวลา 8.00-16.00 น. โดยในช่วงเช้าจะเปิดบริการฉายรังสีให้กับ

ผู้ป่วยนอก ช่วงบ่ายสำหรับผู้ป่วยใน และในปัจจุบันได้เปิดให้บริการฉายรังสีนอกเวลาราชการ ภายในหน่วยรังสีรักษาจัดแบ่งเป็นห้องตรวจ และห้องฉายรังสี 3 ห้อง โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาส่งผู้ป่วยไปฉายรังสีในแต่ละห้องตามความเหมาะสมในการตรวจครั้งแรก

สำหรับการให้บริการทางสุขภาพนั้น ผู้ป่วยทุกรายจะได้พบแพทย์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ในรายที่ผลเลือดผิดปกติ หรือ มีอาการผิดปกติก็สามารถขอพบแพทย์ได้ก่อนวันนัด ทางหน่วยรังสีรักษาจะจัดแผนทันตกรรมคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษาใส่ไว้ในกล่องสำหรับผู้ที่สนใจ มีการจัดโปสเตอร์ให้ความรู้เรื่องรังสีรักษา นอกจากนี้ในบางครั้งนักสังคมสงเคราะห์จะให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามเอกสารที่แจกให้กับผู้ป่วย เนื่องจากในช่วงแรกที่ทำการศึกษายังไม่มีพยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษา

สวัสดิการที่จัดให้กับผู้ป่วยนั้นในรายที่พักอาศัยอยู่ที่อาคารเอ็นศิริ ซึ่งเป็นอาคารที่พักสำหรับผู้ป่วย เป็นอาคารคอนกรีตเสริมเหล็ก 3 ชั้น ตั้งอยู่ในบริเวณวัดหน้าโรงพยาบาล ในตอนเช้าจะมีข้าวต้มแจกฟรี และผู้ป่วยจะได้รับอุปถัมภ์ประทานอาหารกลางวัน ที่โรงอาหารโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ นอกจากนี้ทางสังคมสงเคราะห์จะพิจารณาให้ความช่วยเหลือเรื่องค่าครองชีพ เครื่องอุปโภค บริโภค หรือค่าเดินทางกลับภูมิลำเนาในรายที่มีปัญหาเศรษฐกิจ

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสังเกต สัมภาษณ์ บันทึกพฤติกรรมและบริบทต่าง ๆ ประกอบกับการใช้เครื่องมืออื่น ๆ ดังนี้

1. เทปบันทึกเสียง และตลับเทปเปล่าสำหรับบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการทำสะท้อน โดยกลุ่ม (group reflexion)

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางการรักษา

3. แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดที่เจาะลึกเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

4. แบบประเมินการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

5. แบบประเมินอาการข้างเคียงในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

6. เครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้ ได้แก่

6.1 วิดีทัศน์ เรื่อง มารู้อัจฉการฉายรังสีกันเถอะ การปฏิบัติในระหว่างมารับการฉายรังสี และการปฏิบัติตัวภายหลังฉายรังสีครบแล้ว

6.2 แผ่นพับให้ความรู้เรื่อง รังสีรักษา อาการข้างเคียง และ การดูแลตนเองในระหว่างได้รับรังสีรักษา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรังสีรักษา

6.3 หนังสือ และ คู่มือที่ช่วยในการปรับตัวเผชิญกับ โรค เช่น เปลี่ยนชีวิตพิถีพิถันเรื่อง
ใจของคุณคือปรากฏการณ์มะเร็ง ชนะ โรคร้ายด้วยหัวใจผู้ เป็นต้น

6.4 ตัวอย่างยาที่ใช้บ่อย เช่น ไซโลเดน แป้งข้าวโพด โดยจัดสาริตไว้ในห้องให้ความรู้

6.5 ตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบริเวณศีรษะและคอ

6.6 เทปฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการถือว่าจรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นสิ่งสำคัญ เพราะนักวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล จรรยาบรรณที่ถือปฏิบัติได้แก่ การได้รับความยินยอมให้ศึกษาหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรม ทราบผลของการเก็บรวบรวมข้อมูล การแก้ปัญหาความขัดแย้งโดยไม่ให้เกิดความเคียดแค้น หรือ เป็นอันตรายต่อผู้ถูกวิจัย และ ผู้ร่วมวิจัย และ การปกปิดชื่อของบุคคล (อาภรณ์, 2534) ผู้วิจัยต้องทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยต้องเคารพสิทธิ คำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย การปกปิดความลับของผู้ป่วย และ คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (Robiey, 1995) โดยในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อธิบายให้ทราบถึงวิธีการวิจัย เวลาที่จะใช้ และ สิทธิที่จะไม่เข้าร่วมวิจัย หรือ ออกจากการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่มีผลต่อการรักษา และการบริการที่ได้รับ หลังจากนั้นขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้เซ็นต์ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยหรือการรับรองด้วยวาจา

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนเตรียมการ และขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมตัวในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ

1.1.1 การเตรียมความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็ง การรักษาด้วยรังสีรักษา ผลกระทบจากรังสีรักษา การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ ความต้องการการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา แนวคิด หรือ องค์ความรู้อื่น ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และ ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการศึกษาทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในส่วนของระบบ

สนับสนุนและให้ความรู้ นอกจากนี้ก็เป็นการเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการจากหนังสือ วารสาร และ การฟังบรรยายจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1.1.2 การเตรียมตัวด้านทักษะและเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) การสังเกต (observation) และการบันทึกภาคสนาม (field note) โดยเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 วิธีมีรายละเอียดดังนี้

1.1.2.1 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) แบบไม่เป็นทางการ (informal interview) โดยใช้ทั้งในขั้นตอนการประเมินสถานการณ์ และขั้นตอนการสะท้อนการปฏิบัติโดยผู้วิจัยจะเตรียมแนวคำถามไว้ และจะใช้คำถามปลายเปิด เช่น อย่างไร ทำไม เพราะอะไร เจาะลึกในคำตอบที่ยังไม่ชัดเจนจนได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง และ ไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มโดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 1-2 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

1.1.2.2 การสังเกต (observation) กระทำไปพร้อมกับการสัมภาษณ์ เช่น สังเกตพฤติกรรมขณะเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ โดยการสังเกต ปฏิกริยา สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง การมีส่วนร่วมขณะเข้ากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองขณะติดตามเยี่ยมที่ที่หัก

1.1.2.3 การบันทึกภาคสนาม (field note) ใช้วิธีการจดบันทึกในสมุดบันทึก และ แบบบันทึกข้อมูลภาคสนามต่อหน้าผู้ถูกวิจัยโดยขออนุญาตก่อน รวมถึงการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ ขณะเข้ากลุ่ม หรือขณะสนทนากลุ่ม แล้วทำการถอดเทป และบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนในแบบบันทึกสถานการณ์ทุกวัน ต่อจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน และเตรียมคำถามสำหรับเก็บข้อมูลครั้งต่อไป นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องบันทึกความรู้สึกรู้สึกต่อการทำวิจัย (personal note) บันทึกระเบียบวิธีวิจัยและกลวิธีต่าง ๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติ (methodological note) และบันทึกทฤษฎี แนวคิด หรือ องค์ความรู้ที่ใช้ในการอธิบายข้อมูล (theoretical note) (วิลลาวัลย์, 2539) โดยผู้วิจัยศึกษาจากหนังสือ ตำรา วารสารต่างๆ และ ฝึกทักษะในขั้นตอนการศึกษานำร่องในผู้ป่วย 3 ราย และ วิเคราะห์ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

1.1.3 การเตรียมตัวด้านการควบคุมเวลาโดยวางแผนเวลาในการทำวิจัยจนถึงสิ้นสุดกระบวนการวิจัยประมาณ 12 เดือน

1.1.4 บทบาทของผู้วิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีบทบาททั้งในฐานะบทบาทของนักวิจัย และบทบาทของผู้ปฏิบัติดังนี้

1.1.4.1 บทบาทของนักวิจัยโดยเป็นผู้ประเมินสถานการณ์และวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งแล้วนำข้อมูลมาวางแผนกำหนดรูปแบบการสนับสนุนให้ความรู้ชั่วคราวร่วมกับทีมวิจัย และ เป็นผู้ดำเนินการวิจัยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จนกระทั่งได้รูปแบบที่เหมาะสม

1.1.4.2 บทบาทในฐานะผู้ปฏิบัติ เรียนรู้ในฐานะผู้ปฏิบัติ โดยเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรม สนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามรูปแบบการสนับสนุน และ ให้ความรู้ชั่วคราวที่กำหนดขึ้น

2. ขั้นตอนการวิจัย โดยได้ดำเนินการวิจัยตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการดังนี้

2.1 การวางแผน (planning) ประกอบไปด้วย

2.1.1 การสำรวจปัญหา และ ประเมินสถานการณ์อย่างต้องแท้ (reconnaissance) โดย ส่วนหนึ่งจะศึกษาจากงานวิจัยที่ได้ศึกษากับผู้ป่วยในบริบทนี้ในเรื่องของ

2.1.1.1 คุณภาพชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต กิจกรรมการดูแลตนเอง และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

2.1.1.2 ปัจจัยที่ส่งเสริม หรือ เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง

2.1.1.3 การแสวงหาข้อมูล แหล่งข้อมูล และ แรงจูงใจในการแสวงหาข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา นอกจากนี้ศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยในส่วนของความรู้ต่อการฉายรังสี การดูแลตนเอง รวมทั้ง การสนับสนุนและให้ความรู้ที่ได้รับ ตลอดจนศึกษาข้อมูลระบบบริการของ หน่วยรังสีรักษาที่ปฏิบัติอยู่อย่างละเอียด ศึกษาข้อมูลในส่วนการสนับสนุนและให้ความรู้ในปัจจุบัน ตลอดจนศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่างๆในการสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผ่านมา นอกจากนี้ศึกษาข้อมูลปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ โดยประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับทีมวิจัย

2.1.2 นำข้อมูลที่ได้ในขั้นตอนการสำรวจปัญหา และ ประเมินสถานการณ์มาวิเคราะห์ ร่วมกับทีมวิจัยร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีในการกำหนด รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วย และ รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ชั่วคราว นอกจากนี้วางแผนและตกลงร่วมกับผู้ป่วยที่ ศึกษาในการดำเนินการตามรูปแบบดังกล่าว ตั้งเป้าหมายและค้นหาวิธีการร่วมกับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ให้สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม และ เพียงพอกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่ เพิ่มขึ้น

2.2 การปฏิบัติและการสังเกต เป็นการนำเอารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ชั่วคราวที่ วางแผนไว้ไปปฏิบัติกับกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา และ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาทุกราย โดยติดตามสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างขณะเข้ากลุ่ม และ ติดตามส่งเสริมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเฉพาะราย

2.3 การสะท้อนการปฏิบัติ เป็นการสะท้อนผลการนำรูปแบบชั่วคราวไปปฏิบัติทั้งใน ส่วนที่สามารถนำไปปฏิบัติต่อไปได้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและส่วนที่ต้องปรับปรุง แนวทางการปฏิบัติเพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมต่อไป ดังนี้คือ

2.3.1 จัดให้มีการสะท้อนโดยกลุ่ม (group reflexion) กับผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ภายหลังเลิก กลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ากลุ่มได้สะท้อนความคิด ความรู้สึก ต่อการสนับสนุนและ

ให้ความรู้ที่ได้รับ ตลอดจนให้สะท้อนปัจจัยที่ช่วยส่งเสริม หรือ เป็นอุปสรรค
และการปฏิบัติตามรูปแบบดังกล่าว โดยผู้วิจัยสร้างข้อสรุป และ อธิบายสถาน...

2.3.2 ประชุมปรึกษากับทีมวิจัยทุก 1-2 เดือน เพื่อร่วมกันสะท้อนความคิด
และร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยส่งเสริม ตลอดจนปัญหา และ อุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติตาม
ดังกล่าว และร่วมกันสรุปหารูปแบบที่เหมาะสมเพื่อนำไปปรับปรุงแผนให้เหมาะสมต่อไป

2.4 การปรับปรุงแผน นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในขั้นตอนการสะท้อนการปรั
มาปรับปรุงแผนให้เหมาะสม แล้วนำแผนที่ได้ไปทดลองปฏิบัติใหม่ และปฏิบัติตามขั้นตอน
ข้อมูลเข้าไปเรื่อยๆ ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการจนได้รูปแบบที่เหมาะสม โดยในการศึ
การศึกษาจะปรึกษากับผู้ช่วยครั้งละ 2-4 คนตั้งแต่เริ่มฉายรังสีจนกระทั่งฉายรังสีครบ ซึ่งแ
เวลาประมาณ 2 เดือน

รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ชั่วคราว

แรกรับผู้ป่วย ผู้วิจัยรับผู้ป่วยใหม่ที่หอผู้ป่วย หรือที่หน่วยรังสีรักษา โดยในรายที่รั
หอผู้ป่วยนั้น ผู้วิจัยจะสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากใบส่งปรึกษา (ใบ consult) ที่ส่งมาจาก
และจะไปพบผู้ป่วยตามหอผู้ป่วยดังกล่าวในระยะก่อนเริ่มฉายรังสี สำหรับรายที่รับที่
รักษานั้นจะรับผู้ป่วยในสัปดาห์แรก โดยสำรวจรายชื่อจากสมุดเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่ แ
รายชื่อกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยจะเข้าไปพูดคุย สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แนะนำตัว
ประสงค์ของการมาพบผู้ป่วย พหัทศสิทธิ์ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆ ส
ความต้องการการช่วยเหลือ เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และไว้วางใจ นอกจากนี้
ละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยเรื่องการวินิจฉัยโรค ประวัติการรักษา และข้อมูลพื้นฐานบางส่วนจ
เวชระเบียน หลังจากนั้นเริ่มดำเนินการตามรูปแบบชั่วคราวที่กำหนดขึ้นดังนี้

ขั้นที่ 1. เมื่อผ่านขั้นแรกและผู้ป่วยเริ่มคุ้นเคย ไว้วางใจ และ ยินดีเข้าร่วมโครงการ
ถึงวิธีการวิจัยให้ทราบ เมื่อผู้ป่วยพร้อมและเข้าใจก็เริ่มสัมภาษณ์เจาะลึก ถึงความรู้สึกห
ต่อการฉายรังสี ความรู้ ความเชื่อ หรือ ประสบการณ์การรักษาด้วยรังสีรักษา โดยเป็
ระบายความรู้สึกหรือบอกเล่าอย่างเต็มที่

ขั้นที่ 2. ประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตามความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด
รับรังสีรักษาโดยประเมินเป็นระยะดังนี้

ระยะก่อนฉายรังสี (ในกรณีที่พบผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย) หรือสัปดาห์แรกของการฉายรัง
ที่เริ่มรับผู้ป่วยที่หน่วยรังสีรักษา) เป็นการประเมินการดูแลตนเองในเรื่องของความรู้

รักษาด้วยรังสีรักษา การป้องกันอันตรายจากการฉายรังสี การดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำ การปรับตัวเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากโรค และ การฉายรังสี การปรับตัวยอมรับการรักษา การปรับตัวต่อการที่ต้องจากที่อยู่อาศัย และ ปรับตัวยอมรับที่อยู่อาศัยใหม่

สัปดาห์ที่ 2-3 ของการฉายรังสี หรือ ในสัปดาห์ที่เกิดอาการข้างเคียง เป็นการประเมินการดูแลตนเองในเรื่อง การป้องกันการเกิดอาการข้างเคียง และ การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการฉายรังสี

สัปดาห์สุดท้ายของการฉายรังสี เป็นการประเมินการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบ และนำข้อมูลที่ได้จากการประเมิน มาวินิจฉัยหาความพร่องในการดูแลตนเอง และ ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการส่งเสริมการดูแลตนเอง

นักผู้ช่วยเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยจะเขียนใบนัดใส่ไว้ในแฟ้มฉายรังสีให้ผู้ช่วยทุกวันจันทร์ และ กำหนดกิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ดังนี้

1. ให้เจ้าหน้าที่ที่รับผู้ป่วยใหม่ให้คู่มือเรื่อง ความเข้าใจเกี่ยวกับรังสีรักษา พร้อมคำแนะนำเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่ได้รับจากหน่วยรังสีรักษา
2. ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการนัดเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สัปดาห์ละ 1 ครั้งเวลา 10.00 น. โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามปริมาณรังสีที่ได้รับดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้รับปริมาณรังสี 1,00-1,000 เซ็นติเกรย์ นักผู้ช่วยเข้ากลุ่มวันอังคาร

กลุ่มที่ 2 ได้รับปริมาณรังสี 1,001-4,000 เซ็นติเกรย์ นักผู้ช่วยเข้ากลุ่มวันพุธ

กลุ่มที่ 3 ได้รับปริมาณรังสี 4,001-7,000 เซ็นติเกรย์ นักผู้ช่วยเข้ากลุ่มวันพฤหัสบดี

3. กิจกรรมขณะเข้ากลุ่มมีดังนี้คือ

3.1 ขณะเข้ากลุ่มเริ่มด้วยการทักทายผู้ป่วย สร้างบรรยากาศให้อบอุ่นเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

3.2 บอกวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่มในครั้งแรก และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่ม

3.3 แนะนำผู้ป่วยภายในกลุ่มให้รู้จักกัน สร้างความรู้สึกของการเป็นพวกเดียวกัน ให้มีความห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน

3.4 สอบถามถึงความรู้สึก ความเชื่อ และ การรับรู้ต่อการรักษาที่ได้รับ ในรายที่ฉายรังสีในสัปดาห์แรก โดยเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยระบายความรู้สึกออกมาอย่างอิสระ ยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษา และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยซักถามข้อสงสัย

3.5 ให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการได้รับรังสีรักษา วิธีการดูแลจัดการและผลที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มได้ช่วยเหลือกัน โดยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันได้ร่วมกันค้นหาวิธีเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่ผ่านประสบการณ์ดังกล่าวซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยในสัปดาห์สุดท้ายของการฉายรังสีได้เล่าถึงประสบการณ์การดูแลตนเอง เพื่อเป็นแนวทางให้กับผู้ป่วยอื่น นอกจากนี้ในบางวันจะนำผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การฉายรังสีมาแล้ว และสามารถปรับตัวได้ดีเข้ามาพูดคุยกับผู้ป่วยโดยพยาบาลเป็นที่ปรึกษาแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ป่วย และให้ความรู้ ที่ผู้ป่วยต้องการ หรือในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม

3.6 การสนับสนุนให้กำลังใจ โดยการแสดงถึงความห่วงใย เอื้ออาทร แสดงถึงความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ ใช้คำพูดที่ส่งเสริมให้เกิดกำลังใจ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมที่ที่พัก

3.7 การจัดเตรียมและพัฒนาสิ่งแวดล้อม โดยจัดหาหนังสือที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดกำลังใจในการต่อสู้กับโรค เช่น เปลี่ยนชีวิตพิชิตมะเร็ง ผมหายจากมะเร็งได้อย่างไร ใจของคุณคือปราการต้านมะเร็ง ชนะโรคร้ายด้วยหัวใจสู้ เป็นต้น วางไว้สำหรับผู้ป่วยที่สนใจ นอกจากนี้จะนำตัวอย่างจากหนังสือมาเล่าให้ผู้ป่วยฟังในรายที่มีปัญหาด้านการอ่านหรือไม่อ่าน

3.8 การประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่นการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

3.9 การสอน และสาธิตเทคนิคการจัดการกับความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การนวดเพื่อผ่อนคลาย หรือการทำสมาธิ เป็นต้น โดยจะติดต่อวิทยากรมาสอนในเรื่องที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญพิเศษ

3.10 ในรายที่มีญาติ ให้ญาติเข้ากลุ่มร่วมกับผู้ป่วยด้วย เพื่อส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน กระทำทุกวันหลังจากเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้ (Morse, 1985)

1.1 ตรวจสอบข้อมูลจากการถอดข้อความเทปบันทึกเสียงและการบันทึกภาคสนามแล้ว บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนตามแบบบันทึกสถานการณ์

1.2 เลือกคำหลัก (key words) จากแบบบันทึกสถานการณ์ แล้วตีความเบื้องต้นตามแนวคิด หรือ ทฤษฎีตามความคิดเห็นของผู้วิจัย และ สรุปลงเป็นแนวคิด หรือ สมมติฐานชั่วคราว

1.3 นำคำที่เป็นคำหลักมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล และ แยกประเภทข้อมูล

1.4 ตั้งคำถามเพิ่มเติมเพื่อซักถามในข้อมูลส่วนที่ยังไม่ครบถ้วนพร้อมกับวางแผนเก็บ

รวบรวมข้อมูลในครั้งต่อไป

1.5 นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล และ เสนอข้อมูลตามการรับรู้ หรือ ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบข้อมูล ดังนี้ (Strauss & Corbin, 1990)

2.1 เปรียบเทียบข้อแตกต่าง หรือ คล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภท โดยการวิเคราะห์ วิเคราะห์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย (อาภรณ์, 2534) หรือเปรียบเทียบข้อมูลประเภทต่างๆจากการ บันทึกภาคสนาม และ จำแนกเป็นประเภทข้อมูลในเรื่องต่างๆ เช่นการรับรู้ต่อการฉายรังสี ปัจจัยที่ ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง เป็นต้น

2.2 ประมวลประเภทของข้อมูล และ คุณลักษณะของข้อมูลเข้าด้วยกันแล้วเชื่อมโยงหา ความสัมพันธ์ของข้อมูลให้เกิดเป็นกรอบแนวคิดย่อยๆ และ สรุปประมวลเป็นหลักการหรือข้อ เสนอเชิงทฤษฎีในท้ายที่สุด

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กำหนดขอบเขตในการศึกษากับผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ที่มารับการรักษาที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ พหุทัศคติ และ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมตัวผู้วิจัยในด้านความรู้ และ ทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ เจาะลึก และ การบันทึกภาคสนาม โดยมีผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับ เครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้ ดำเนินการวิจัยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บรวบรวมข้อมูล แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน และ วิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เพื่อสรุปหารูปแบบการ สนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ บริบทของหน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา การเสนอผลการศึกษาค้นคว้าวิจัย และ อภิปรายผลควบคู่กันไปโดยนำเสนอตามลำดับดังนี้คือ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 10 ราย แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มตามลักษณะก่อนมารักษา คือ กลุ่มแพทย์ส่งมาฉาย 5 ราย กลุ่มที่ตัดสินใจมารักษาเอง 3 ราย และ กลุ่มที่ไปรักษาวิธีอื่นก่อนจึงมาฉายรังสี 2 ราย การรับรู้ต่อการฉายรังสี ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่มีผลดีต่อโรค เป็นยา/เหมือนยา เหมือนแคะ/เหมือนไฟ และเป็นสิ่งที่น่ากลัว ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบ่งตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 เริ่มต้นชีวิตใหม่ เรียนรู้การฉายรังสี วงจรที่ 2 หาวิธีต่อสู้กับอาการข้างเคียง หลีกเลียงอุปสรรค ปรับหาวิธีการที่เหมาะสม และ วงจรที่ 3 เตรียมพร้อมกลับสู่สังคมด้วยความมั่นใจ

รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ประกอบด้วย การเตรียมตัวของพยาบาล ผู้ป่วย และ ครอบครัว ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ บุคลิกที่เหมาะสม ตลอดจนการเตรียมพร้อมด้านจิตใจ ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยใช้กลวิธีที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การจัดกลุ่มสนับสนุน และ ให้ความรู้ การจัดหาแหล่งประโยชน์ การติดต่อประสานงาน การติดตามเยี่ยม การสนับสนุนให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง การตั้งเป้าหมาย การสร้างกำลังใจ และ แรงจูงใจในการดูแลตนเอง การคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง การสะท้อนการปฏิบัติ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และ การพัฒนาสื่อในการให้ความรู้ที่เหมาะสม เครื่องมือประกอบการสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วยคู่มือเรื่อง จะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อฉายแสงบริเวณศีรษะและคอ วิดีทัศน์เรื่อง การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ หน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาล สงขลานครินทร์ระหว่างเดือนมกราคม - เดือนกรกฎาคม 2540 ทั้งหมด แต่คัดเลือกศึกษาเจาะลึก ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 10 ราย เป็นเพศชาย 7 ราย เพศหญิง 3 ราย ส่วนใหญ่ นับถือ ศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม แต่อย่างไรก็ตามพบว่าทุกรายหยุดประกอบอาชีพตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงมารับรังสีรักษา ผู้ป่วยที่ ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนและวัยสูงอายุ มีรายได้น้อยและไม่เพียงพอในแต่ละเดือน ทุกรายมี ปัญหาเศรษฐกิจในขณะที่เจ็บป่วย ชนิดของโรคที่พบมีมะเร็งที่ลิ้น 4 ราย, nasopharynx 2 ราย และพบ มะเร็งที่โคนลิ้น, buccal mucosa, tonsil และ glottic อย่างละ 1 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในระยะที่ 3 ปริมาณรังสีที่ได้รับอยู่ในช่วง 6,001 -7,000 เซ็นติเกรย์ ดังรายละเอียดในตาราง 1

จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนและวัยสูงอายุสอดคล้อง กับลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้ที่พบมากในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป (พวงทอง, 2534) และส่วนใหญ่ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ อาจเนื่องมาจากฐานะทางครอบครัวเดิมก่อนเจ็บป่วย ร่วมกับอยู่ในวัยสูงอายุ และวัยกลางคน จึงทำให้ความสามารถในการทำงานซึ่งส่วนใหญ่ต้องใช้แรงงาน และการว่าจ้างงาน ลดลง ประกอบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ส่งผลต่อการรับประทานอาหาร ทำให้ รับประทานอาหารไม่ได้ หรือรับประทานอาหารได้น้อยลง ร่วมกับลักษณะของโรคมะเร็งที่มีการเผาผลาญ และใช้พลังงานมาก ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่มีพลังงานพอที่จะทำงานที่จะต้องใช้แรงงานมาก อีก ทั้งลักษณะของโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาค่อนข้างนานทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดประกอบอาชีพ

เหตุผลอีกประการหนึ่ง อาจสืบเนื่องมาจาก การที่ผู้ป่วยมะเร็งจะมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่อง

กิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งอาจเกิดจากอาการของโรคเอง หรือ อาการข้างเคียงจากการ รักษา ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงานมากอาจต้องมีการ เปลี่ยนแปลงอาชีพ หรือ งดการประกอบอาชีพไว้ชั่วคราว ซึ่งส่งผลสัมพันธ์กับรายได้ที่ลดลง และ ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น และ เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยทั่วไปมักจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

(บัวหลวง, 2538) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่ (7ราย) เป็นเพศชาย ซึ่งมีบทบาทเป็นหัวหน้า ครอบครัว เมื่อต้องหยุดประกอบอาชีพทำให้มีปัญหาด้านเศรษฐกิจมาก

ตาราง 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 10 คน)

ข้อมูล	จำนวน	ข้อมูล	จำนวน
อายุ		ความเพียงพอของรายได้	
41 - 50	1	เพียงพอ	3
51 - 60	2	ไม่เพียงพอ	7
61 - 70	4	ปัญหาเศรษฐกิจขณะเจ็บป่วย	
71 - 80	1	มีบ้างเล็กน้อย	3
81 - 90	2	มีปานกลาง	3
การวินิจฉัยโรค		มีมาก	4
CA. Tongue, Base of tongue	4, 1	ระยะของโรค	
CA. Tonsil, Glottic	1, 1	ระยะที่ 1	1
CA. Buccal mucosa	1	ระยะที่ 2	2
CA. Nasopharynx	2	ระยะที่ 3	5
		ระยะที่ 4	2
ปริมาณรังสีที่ได้รับ		ประวัติการรักษา	
4,001 - 5,000	1	รังสีรักษา	4
5,001 - 6,000	3	รังสีรักษาและการผ่าตัด	5
6,001 - 7,000	6	รังสีรักษาและเคมีบำบัด	1
ศาสนา			
พุทธ	9		
อิสลาม	1		

สำหรับชนิดของโรคที่พบมาก ได้แก่ มะเร็งที่ลิ้นคือพบจำนวน 4 ราย สอดคล้องกับชนิดของ มะเร็งศีรษะและคอที่พบส่วนใหญ่คือประมาณร้อยละ 48 พบในบริเวณช่องปาก (Gale & Charette, 1995) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในระยะที่ 3 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วย สูงถึงร้อยละ 82.9 จะมาพบแพทย์ในระยะ 3 และ 4 และมีเพียงร้อยละ 5.6 เท่านั้น ที่มาพบแพทย์ใน ระยะที่ 1 (พวงทอง, 2534) เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบผู้ป่วยระยะที่ 1 เพียง 1 ราย สำหรับการ รักษาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยรังสีรักษาและการผ่าตัดซึ่งเป็นแผนการรักษาที่ พบเป็นส่วนใหญ่ในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้ (Baker & Feldman, 1987) และปริมาณรังสีที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ 6,000 - 7,000 เซนติเกรย์ สอดคล้องกับปริมาณรังสีที่ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้คืออยู่ในช่วง 6,000 - 7,000 เซนติเกรย์ (พวงทอง, 2534; Baker & Feldman, 1987) นอกจากนี้ขอเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งอธิบายลักษณะที่น่าสนใจของผู้ป่วยทั้ง 10 ราย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะก่อนมารับ การรักษาคือ แพทย์ส่งมาฉาย ดัดสติใจมารักษาเอง และไปรักษาวิธีอื่นก่อน ดังนี้คือ

1. แพทย์ส่งมาฉาย กลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลเดียวกับโรงพยาบาลที่ให้บริการ ฉายรังสี โดยเป็นแผนการรักษาต่อเนื่องจากการผ่าตัดหรือการให้เคมีบำบัด และเริ่มฉายรังสีตั้งแต่ อยู่ในโรงพยาบาล โดยที่บางรายก็ยังไม่ตัดสินใจ ยังเต็มไปด้วยความไม่แน่ใจ หรือยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจ ไม่ทราบว่าคืออะไรแต่เมื่อถึงเวลาทางหอผู้ป่วยก็ส่งลงมา ในกลุ่มนี้ประกอบด้วยผู้ป่วย 5 ราย ได้แก่

ลุงเอียด วัย 76 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ทอนซิลระยะที่ 3 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และ ภายหลังผ่าตัดแพทย์ส่งมาฉายรังสีต่อ ผลจากการผ่าตัดทำให้รับประทานอาหารแล้วสำลัก พุคออก เสียงไม่ชัด พุคเสียงขึ้นจมูก ลุงเอียดบอกว่ารู้สึกกังวลกลัวว่าจะเป็นเช่นนี้ตลอดไป และรู้สึกรำคาญ มากไม่อยากพูดกับใคร ลุงเอียดเล่าว่าตนเองไม่อยากฉายรังสี เพราะเคยได้รับข้อมูลจากเพื่อนบ้าน ว่าฉายรังสีแล้วหน้าจะดำ รับประทานอะไรก็ไม่ได้ และจะเสียชีวิต แต่ก็ไม่กล้าปฏิเสธแผนการ รักษา ช่วงแรกคิดว่าหลังผ่าตัดเสร็จเมื่อแพทย์ให้กลับบ้านก็จะไม่มาฉายรังสี แต่แพทย์ให้ฉายรังสี ต่อทันทีก่อนกลับบ้านจึงจำเป็นต้องมาฉายรังสี

ลุงเล็ก วัย 57 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่โตนลินระยะที่ 4 ก่อนนี้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ผลจากการผ่าตัดทำให้พุคออกเสียงไม่ชัด ลิ้นไม่คลุกเคล้าอาหาร จึงต้องรับอาหารทางสายให้อาหาร ทางจมูก ต่อมาเมื่อแพทย์ให้มาฉายรังสีจึงกลัวว่าฉายแล้วจะยิ่งทำให้พุคไม่ชัด และรับประทาน อาหารไม่ได้ อีกทั้งยังกลัวว่าฉายแสงแล้วผมจะร่วง หน้าจะดำและกลัวการที่ต้องออกจากโรง พยาบาลไปดูแลตนเอง เพราะคิดว่าตนยังรับประทานอาหารเองไม่ได้ บอกว่ายังรู้สึกสับสน

และยังไม่พร้อมที่จะมาฉายรังสีหรือต้องออกจากโรงพยาบาล แต่เมื่อถึงวันที่กำหนดทางหอผู้ป่วยก็ส่งลงมา จึงต้องปล่อยเลยตามเลย

น้ำเพ็ญ วัย 44 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ nasopharynx ระยะที่ 3 ก่อนหน้านี้ได้เคมีบำบัดมาแล้ว 3 ครั้งและรู้สึกว่าการทรมานมากทั้งจากอาการคลื่นไส้อาเจียน และอ่อนเพลียไม่มีแรง เมื่อรับเคมีบำบัดครบ แพทย์ให้ฉายรังสีต่อจึงมารับการรักษาตามที่แพทย์บอก ทั้งๆที่ยังไม่มีความมั่นใจ และกลัวการฉายรังสี กลัวว่าการฉายรังสีจะทำให้มีอาการเหมือนกับตอนที่รับเคมีบำบัด นอกจากนี้ผลของการได้รับเคมีบำบัดทำให้มีอาการข้างเคียงต่อผมทำให้ผมร่วงจนบางคิดกระหม่อม สีผมกลายเป็นสีน้ำตาลแดง และ ผิวหนังมีจ้ำสีคล้ำ เล็บเปลี่ยนเป็นสีดำ เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะไปในทางลบ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้วิตกกังวลมาก

แม่ชีบุญ วัย 84 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ลิ้น ระยะที่ 3 ก่อนหน้านี้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด แม่ชีรับรู้ว่าเป็นแผลที่ลิ้น และเป็นไข้มีเชื้อ ทายาก็หาย แต่ที่ไม่หายเพราะเป็นแผลจากการผ่าตัด จึงไม่ยอมฉายรังสี และอยากกลับไปอยู่ที่วัด แต่ก็ต้องมาเพราะปฏิเสธแพทย์และญาติไม่ได้ เมื่อถึงเวลาเจ้าหน้าที่ก็มารับไปฉาย และบุตรบุญธรรมก็ไม่ยอมพากลับบ้าน

ตาข่า วัย 85 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ nasopharynx ระยะที่ 3 บุตรได้พามารักษาที่โรงพยาบาลนี้ตั้งแต่ครั้งแรกซึ่งแพทย์ได้ให้ข้อมูลแก่บุตรและส่งปรึกษาแผนกรังสีรักษาตั้งแต่วันแรกจึงได้รับข้อมูลจากรังสีแพทย์อีกครั้งบุตรจึงตัดสินใจให้ผู้ป่วยมารับการรักษา ผู้ป่วยบอกว่าตนก็ไม่ทราบว่าคุณส่งลงมาเพื่อทำอะไร แพทย์ให้มาก็มา บุตรก็บอกว่าต้องฉายจึงต้องมาฉายรังสี

2. ตัดสินใจมารักษาเอง กลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ตัดสินใจมาฉายรังสีด้วยตนเอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นก่อน ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลในจังหวัดที่มีภูมิลำเนาอยู่และแพทย์แนะนำให้มายังโรงพยาบาลแห่งนี้ ถึงแม้จะมีเวลาให้ผู้ป่วยตัดสินใจและแสวงหาข้อมูลก่อนมารับการรักษา แต่เนื่องจากความเชื่อมั่นศรัทธาในตัวแพทย์และการรักษาแผนปัจจุบันจึงทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาถึงแม้ว่าจะได้รับข้อมูลในทางลบมาด้วยก็ตามบางรายก็คิดว่าน่าจะลองดู ในกลุ่มนี้ประกอบด้วยผู้ป่วย 3 รายได้แก่

ลุงมิตร วัย 61 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ glottic ระยะที่ 1 ถึงแม้ว่าเป็นผู้ที่เชื่อมั่นในการรักษาแผนปัจจุบัน ไม่เชื่อถือการรักษาแผนโบราณแต่เมื่อแพทย์ให้มาฉายรังสีก็ยังคงเกิดความลังเล เพราะเพื่อนในสภากาชาดบ้านเข็ญขันว่า ฉายรังสีไม่นานอาการก็จะทรุดหนัก รับประทานอะไรไม่ได้ แต่ก็ได้มาแสวงหาข้อมูลโดยการสอบถามผู้ป่วยที่มาฉายรังสี เมื่อได้รับข้อมูลในทางบวก จึงรู้สึกมั่นใจมากขึ้นคิดว่าน่าจะลองดู เมื่อเจ็บป่วยก็ต้องรักษา จะมานั่งกลัวอยู่ไม่ได้ จึงตัดสินใจมาฉายรังสี

ลุงหงส์ วัย 62 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ลิ้นระยะที่ 3 ก่อนมาฉายรังสีก็ได้รับข้อมูลจากเพื่อนบ้านและญาติว่ามาฉายรังสีไม่นานก็จะเสียชีวิต และห้ามไม่ให้มารักษา ให้ไปรักษากับหมอบ้าน แต่เนื่องจากความเชื่อมั่นศรัทธาในตัวแพทย์ เชื่อว่าแพทย์เป็นผู้รู้และไปศึกษาถึงต่างประเทศ และคิดว่าจะไปมั่วแต่เชื่อชาวบ้านซึ่งก็เหมือนกับตนคือไม่ได้เรียนหนังสือ จึงตัดสินใจมารับฉายรังสี

ลุงเหม วัย 61 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ลิ้นระยะที่ 2 ทราบว่าเป็นมะเร็งมาแล้ว 6 ปีได้ไปรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งแต่ปฏิเสธการผ่าตัดเพราะเข้าใจว่าแพทย์จะตัดลิ้น จึงกลับไปรักษาเองโดยรับประทานยาต้ม และเห็นผลดีขึ้น บุตรเห็นว่าอยู่มาได้หลายปีไม่เสียชีวิต จึงพามารักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้งเพื่อว่าจะอยู่ได้อีก 5 ปี 10 ปี แพทย์ได้อธิบายให้ฟังจึงยอมรับการผ่าตัด เมื่อผ่าตัดแล้วผลเป็นไปดังที่แพทย์บอก จึงรู้สึกเชื่อถือในตัวแพทย์มาก เมื่อต้องมาฉายรังสีจึงเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ว่าจะต้องหาย

3. ไปรักษาวิธีอื่นก่อน ในกลุ่มนี้เมื่อทราบว่าต้องฉายรังสี และแพทย์แนะนำให้มายังโรงพยาบาลที่ให้บริการฉายรังสี ช่วงก่อนมาฉายรังสีจะเป็นช่วงที่อยู่ในระหว่างพิจารณาตัดสินใจและตัดสินใจไปรักษาวิธีอื่นก่อน ก่อนที่จะมาฉายรังสี ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงนี้จึงมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างมากซึ่งจากการศึกษาพบว่าข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับมาจากเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้องหรือจากสื่อที่เผยแพร่แล้วนำมาพิจารณาตัดสินใจในการที่จะมารับการรักษา หรือในบางรายถึงแม้ว่ามารับการฉายรังสีแล้วก็ยังมีการพิจารณาไปรักษากับหมอบ้าน มีผู้ป่วย 1 รายเมื่อฉายรังสีไปแล้วระยะหนึ่งประเมินว่าอาการทรุดลงเพราะการฉายรังสีจึงตัดสินใจยุติการรักษา ไปหาทางเลือกใหม่ที่มีความหวังว่าจะช่วยให้หาย ในกลุ่มนี้ประกอบด้วยผู้ป่วย 2 ราย ได้แก่

ลุงแอบ วัย 52 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ buccal mucosa ระยะที่ 4 ก่อนหน้านี้แอบไปรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แพทย์บอกให้ฉายรังสีแต่บุตรไม่ให้ฉายเพราะกลัวว่าฉายแล้วตัวมะเร็งจะแตกออกลูกหลาน เมื่อพิจารณาตัดสินใจแล้วจึงไม่มารับการรักษาและได้ไปรักษากับหมอบ้านจนกระทั่งปวดมากทนไม่ไหว ประเมินว่าอาการทรุดลงเรื่อยๆ และเห็นว่าสิ้นเปลืองเงินทองจึงตัดสินใจมาฉายรังสีด้วยความรู้สึกที่สิ้นหวังและเห็นเป็นทางสุดท้าย โดยคิดไว้ว่าหากฉายรังสีแล้วอาการยังไม่ทุเลาก็จะฆ่าตัวตายจะได้ไม่ต้องทรมาน

ป้าจันทร์ วัย 58 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ลิ้นระยะที่ 3 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี ผลจากการผ่าตัดทำให้พูดออกเสียงไม่ชัด มุมปากด้านซ้ายตก และตาซ้ายปิดไม่สนิท ครั้งนี้เป็นมาฉายรังสีครั้งที่ 2 ครั้งแรกฉายไปเมื่อสี่เดือนก่อน โดยเมื่อฉายรังสีไปได้ระยะหนึ่งแล้วมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นญาติประเมินว่ายิ่งฉายยิ่งแย่จึงพากลับไปรักษากับหมอบ้านจนกระทั่งมีก้อนขึ้นที่คอปวดทรมานและยังทุกข์ทรมานกับรสชาติของยาจึงตัดสินใจกลับมาฉายรังสีอีกครั้ง เนื่อง

จากพิจารณาเปรียบเทียบแล้วเห็นว่าทุกข์ทรมานน้อยกว่าและการรักษากับหมอบ้านก็ช่วยอะไรไม่ได้ จึงกลับมาอีกครั้งด้วยความเชื่อมั่นต่อการฉายรังสี และความสามารถของแพทย์ ได้ตั้งใจไว้ว่าต้องฉายรังสีให้ครบตามกำหนดและปฏิบัติตามที่แพทย์บอกทุกอย่าง

ผู้ป่วยที่ศึกษาทั้ง 10 รายมีลักษณะก่อนมาได้รับการรักษา หรือเหตุผลที่มาได้รับการรักษาแตกต่างกันดังแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มตามที่ได้นำเสนอไปแล้ว จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจหากได้ทราบถึงการรับรู้ต่อการฉายรังสีของผู้ป่วยแต่ละรายว่ามี การรับรู้ต่อการรักษาที่ได้รับอย่างไร

การรับรู้ต่อการฉายรังสี

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้ทำการศึกษาเจาะลึกทั้ง 10 รายมีการรับรู้ต่อการฉายรังสีในหลายๆ ลักษณะด้วยกัน ได้แก่ รับรู้ว่าเป็นสิ่งที่มีผลดีต่อโรค เป็นยา/เหมือนยาเหมือนแผล/เหมือนไฟ และเป็นสิ่งที่น่ากลัว ดังนี้คือ

1. เป็นสิ่งที่มีผลดีต่อโรค ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรับรู้ว่าการฉายรังสีมีผลดีต่อโรคทำให้หายช่วยได้ เนื่องจากเชื่อมั่นต่อการรักษาอันเป็นผลมาจากความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์จึงทำให้เชื่อมั่นว่า เป็นสิ่งที่มีผลต่อโรค ทำให้หาย หรือเป็นการรักษาที่ดี ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยเองก็ยังไม่ทราบหรือไม่เข้าใจในเรื่องของการฉายรังสี ดังที่ลู่มิตรเล่าว่า “คิดว่าหายก็ให้เขาฉายแหละคิดว่าหายมันใจว่าต้องหายเพราะหมอบเขารู้ดีหว่า (กว่า) เราเชื่อว่าหายก็ต้องหาย”

สำหรับผู้ป่วยอีกรายหนึ่งคือป้าจันทร์ซึ่งมาฉายรังสีเป็นครั้งที่สอง เมื่อ 4 เดือนก่อนมาฉายรังสีอยู่ประมาณ 1 เดือน เมื่อมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นคือ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ญาติจึงพากลับไปรับประทานยาต้มที่จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพราะรับรู้ว่าฉายรังสีแล้วทำให้อาการทรุดลง ป้าจันทร์เล่าว่าเมื่อไปรับประทานยาต้มแล้วก็ยิ่งทรุดลง เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่แตกต่างไปจากภาคใต้โดยสิ้นเชิง ทั้งอาหารการกิน และ ผู้คนก็ไม่คุ้นเคย อีกทั้งอาการทรุดลงมีก้อนเพิ่มขึ้นมาที่คอจึงตัดสินใจกลับมาฉายรังสีอีกครั้ง คราวนี้ป้าจันทร์จึงมีการรับรู้ต่อการฉายรังสีในทางที่ดีว่า

ถ้าว่าหมอบให้ทำก็ต้องช่วยได้ หมอบเขาต้องช่วยเราทุกวิถีทางไม่ใช่หายได้นอกจากหมอบ ไม่มีใครช่วยได้แล้วเป็นการรักษาที่ดี ฉายแสงนี้ไม่กลัวถ้าไม่ฉายไม่ผ่าอาเขาชีวิตไม่รอดจนปานนี้

(ป้าจันทร์ ก่อนฉายรังสี)

2. เหมือนแดด/เหมือนไฟ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่รับรู้ว่าการฉายรังสีเป็นเหมือนแดด เหมือนไฟ ซึ่งมีความร้อน ทำให้แห้ง เหมือนแดดที่เผาหญ้าให้ราบ อาจเนื่องจากการฉายรังสียังเป็นสิ่งใหม่สำหรับผู้ป่วย เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การฉายรังสีผู้ป่วยจึงประเมินสถานการณ์โดยอาศัยความรู้ หรือ คิดเปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ คำว่าฉายรังสี หรือฉายแสง จึงทำให้นึกถึงไฟ แสงแดด และ ความร้อนดังที่ตาขำ น้ำเพ็ญ และ ลุงพงศ์เล่าว่า

คิดว่าหมอบเอาไฟมาฉายแล้วดิ (จะ) เจ็บแล้วดิร้อน นึกว่าฉายแล้วมันเจ็บมันร้อนเหมือนกับไฟเคยเห็นบางคนคอดำนิ คิดว่ามันต้องเผา

(ตาขำ ก่อนฉายรังสี)

คิดว่าแสงมันร้อนพอถูกก่อนมันตายเหมือนกับแดดที่เผาหญ้าให้ราบนั่นแหละ

(น้ำเพ็ญ ก่อนฉายรังสี)

คิดว่าฉายแสงนี้ต้องไหม้ เหมือนถูกไฟเผาแล้ว คิดว่าเหมือนไหม้เหมือนถูกไฟเผา

(ลุงพงศ์ ก่อนฉายรังสี)

3. เป็นยา/เหมือนยา ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเหมือนยารักษาโรคในโรงพยาบาล และ รับรู้ว่าเป็นเหมือนยากระทิง มีผู้ป่วยรายหนึ่งที่รับรู้ว่าการฉายรังสี คือ การให้ยา มีการใส่ยา และ ปล่อยยาลงมารับรู้ว่ามีกลิ่นเหมือนยาและชนิดหรือขนาดที่ให้ก็แตกต่างกันในแต่ละวัน และ รู้สึกว่าวันไหนที่ใส่ยามากก็รู้สึกเหมือนจะอาเจียนดังที่ผู้ป่วยได้เล่าให้ฟังว่า

คิดว่าแสงนั้นไม่รู้ใส่ยาอะไร (อะไร) เหมือนที่ตรวจอยู่นั้นดิ (บาง) วันยามันคิดกันรศ ยามันคิดกันทุกวันดิ (บาง) ที่มันก็ใส่มากก็รู้สึกเหมือนดิ (จะ) อาเจียนมาก ยามันเข้มหว่า (กว่า) ทุกวัน แต่ว่ารสชาติที่สะท้อนลงมานั้นหายใจเข้าออกคิดกันทุกวัน เหมือนเวลาเราเดินเข้าโรงบาลแล้วเดินผ่านห้องสม (ผสม) ยาหันนั่นแหละ นึกว่าหมอบเปลี่ยนยาให้ทุกวันดิแค่ (ที่) เปลี่ยนให้มัน (บ้าง) แรกฉายยามันไม่กล้า (เข้ม) ไม่เหม็นมากพอมานกลางๆ ยามันกล้าขึ้นเพื่อ ๆ (เรื่อย) เมื่ออาทิตย์ที่สองเหม็นจนเกือบเป็นลมเขาต้องช่วยกันจับ

(ตาขำ สัปดาห์ที่ 4)

นอกจากนี้ผู้ป่วยอีกสองรายคือลุงแอบ และ ลุงหงส์ที่รับรู้ว่าเป็นเหมือนกับยากระตุ้นโดยในช่วง สัปดาห์ที่ 5-7 เมื่อมีแผลที่ปาก และ อีกรายมีแผลแตก (moist desquamation) ก็เข้าใจว่ารังสียับยั้งเชื้อ มะเร็งออกมาข้างนอก ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจมากขึ้น เนื่องจากเข้าใจว่าโรคข้างในหมดแล้ว ดังที่ ผู้ป่วยเล่าว่า

นี่คิดว่าข้างในหายแล้วเพราะมันพุ่งออกข้างนอกหมด นี่แหละมันพาออกหลบหมด แสง มันพุ่งออกมานอก ปากเบื่อยหายแล้ว ดี มันพุ่งออกนอกหมดแล้ว คิดว่าฉายแล้วมันดัน ออกพุ่งออกนอกออกมาที่เปลือกปาก (ริมฝีปาก) ฉายแล้วมันดันออกกว่าให้มันอีก (โล) เลย

(ลุงหงส์ สัปดาห์ที่ 6)

4. เป็นสิ่งที่น่ากลัว จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่น่ากลัวโดยมีความกลัวในหลายๆ ลักษณะด้วยกัน ทั้งกลัวเป็นเหมือนเพื่อน กลัวอาการข้างเคียง รวมทั้งความรู้สึกก้าวตายเป็นต้น

4.1 กลัวเป็นเหมือนเพื่อน โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลมาจากเพื่อนบ้านเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เคยไปฉายรังสี หรือ เคยเห็นผู้ป่วยอื่นที่ฉายรังสีแล้วมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นเมื่อจะต้องมาฉายรังสีเองจึงรู้สึกกลัว จนบางรายรู้สึกถึงเล ไม่นั่นใจ ดังเช่นที่ลุงมิตรเล่าว่า

ที่แรกกลัวไม่หาย (กลัว) ฉายเพราะแถวบ้านเขาฉายกลับไปเขาว่ามาฉายกลับไปได้ไม่เท่า ไหร่ก็ไม่ไหวกินไหร (อะไร) ไม่ได้สู้ไม่ไหวต้องกลับไปแรกกลัวว่าฉายแล้วดี (จะ) เป็นเหมือนเพื่อน กลัวใจไม่ดีเห็นเขาเป็นแล้วก็ กลัว

(ลุงมิตร ก่อนฉายรังสี)

4.2 กลัวอาการข้างเคียง/กลัวการลุกลาม ความกลัวต่ออาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นก็พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อพูดถึงการฉายรังสีก็จะนึกถึงอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น และ กลัวว่าอาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นกับตน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลจากเพื่อนบ้าน และในรายที่เคยมีประสบการณ์การรักษาที่คล้ายคลึงกันมาก่อน เช่น การได้รับเคมีบำบัดก็กลัวว่าฉายรังสีแล้วจะเกิดอาการเหมือนกับตอนที่ได้รับยา ดังเช่นในรายของน้ำเพ็ญได้เล่าให้ฟังว่า

กลัวว่าฉายแสงแล้วจะหน้ามืดเป็นลม เหมือนตอนแค่ (ที) ให้อาติโมตอนอยู่ที่ตึก
(หอผู้ป่วย) ยกขึ้น (ลุกขึ้น) ไปล้างหน้า ล้างๆ อยู่หน้ามืดเป็นลมคิดแต่ว่าพยาบาลรับทันไม
นั้นหัวฟาดพื้น

(น้ำเพ็ญ ก่อนฉายรังสี)

ในรายที่ได้รับการบอกเล่ามาก็กลัวว่าจะเกิดอาการเหมือนกับที่ได้รับฟังมา เช่นในรายของ
ตาขำ และ ลุงหงส์ได้เล่าให้ฟังว่า

แล้วบ้านว่าอย่าไปฉายเลยแก่แล้วไม่ทาน (สู้) แสงติดมัยก็กลัวว่าฉายแล้วดี (จะ) เจ็บหนู
(พวก) ตามบ้านว่าคำหมดแหละ

(ตาขำ ก่อนฉายรังสี)

ที่แรกพอหมอบอกให้ฉายแสงผมก็ไม่รู้หลาว (อีก) ฉายแสงหรือ (เป็นยังไง) แบบไหนผมก็
ไม่เคยมาโรงบาลผมก็ไม่ใช่เคยเจ็บเคยไข้ผมว่าแม่ผิงผาย (ฟัง) ที่นี้กลัวว่าผิงผายแหละฉาย
แสงไม่รู้ขนาด (ขนาด) ไหนผมก็ไม่เคยที่น้องเขาก็ไม่เคยฉายแสงไหนเขาไม่เคยเห็นคิดว่า
ท่า (สงสัย) ผิงผายแล้ว เห็นเพื่อนด่าๆ ก็กลัวไม่รู้คำถึงไหนแล้วแล้วบ้านว่าถ้าฉายแสงดู
(กระดูก) พุก (ผู) หมดแหละหา (ไม่) ก็เดือนมัยถึงฟังแล้วกลัวแต่ไม่รู้ทำหรือ (ยังง)

(ลุงหงส์ ก่อนฉายรังสี)

นอกจากนี้ในเรื่องของสื่อต่างๆ ที่เผยแพร่ไปยังผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในทางที่
ไม่เหมาะสมได้ เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งได้รับความรู้เรื่องการฉายรังสีจากโทรทัศน์ ตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วย
แต่เมื่อดูแล้วกลับรับรู้ว่ามีตัว และ เมื่อฉายแล้วตัวจะมีแรงจะแตกแพร่กระจายออกมา กลัวว่า
การฉายรังสีจะยิ่งทำให้โรคลุกลาม ทำให้ผู้ป่วยยิ่งรู้สึกกลัว และ สิ่งที่จะมารับการรักษามาก
ยิ่งขึ้น ดังที่ผู้ป่วยได้เล่าให้ฟังว่า

ที่แรกจะไม่ฉายกลัว ลูกสาวเขาก็กลัว เขาว่าฉายแล้วไอ้ที่ฉายมันจะถูกลามใหญ่เลยไอ้เชื้อ
นี้มันจะหนีออกมารอบที่เป็นมันจะเป็นใหญ่ ที่นี้มันจะไม่แค่นี้มันจะยิ่งกว้างไปใหญ่เขาว่า
ไปฉายมาแล้วตายทุกคน เขาบอกฉันเราก็ก้าวเขาว่าไอ้ที่เป็นมันคุมได้แต่ไอ้รังสี ที่แตกออก
นอกมันจะเกิดขึ้นใหม่ ที่นี้มันจะใหญ่โตขึ้นแหละเขาว่า ฟังแล้วก็กลัวไม่กล้ามา ดูในโทร
ทัศน์ด้วยเขาทำวิธีฉายให้ดู เขาบอกว่าถ้าหากฉายแสงไม่หายต้องมาเรื่องแสงอีกที ผมก็ยัง
ไม่เข้าใจ ผมดูจากรายการวิจัยมะเร็งทางโทรทัศน์ ผมก็สนใจมาตั้งแต่ก่อนเป็นแต่ยิ่งดู ยิ่ง

กลัว เห็นเป็นตัวเหมือนลูกน้ำวิ่งออกจากวงกลมที่เขาฉายแสง ก็ว่าไอ้มะเร็งมันมีตัวจริง
แหละ ถ้ามันวิ่งออกมาที่ยังลาม

(ลุงแอบ ก่อนฉายรังสี)

4.3 กลัวเสียชีวิต มีผู้ป่วยบางรายที่ยอมรับและแสดงออกมาถึงความรู้สึกกลัวตายจากความ
ไม่รู้อะไรจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง จากการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องรังสีรักษา ร่วมกับการได้รับฟัง
คำบอกเล่าจากผู้อื่นจึงประเมินตัดสินเหตุการณ์ไปในทางที่รุนแรง ดังที่ลุงเอียดได้แสดงความรู้สึก
ออกมาว่า

ผมกลัว กลัวว่าจะพูดไม่ได้ ไม่รู้เหมือนกันว่าหมอจะทำยังไงคิดว่าฉายแล้วมันจะพูดเหมือน
เดิมได้รึเปล่า รึจะพูดไม่ชัดนี่แหละครับ ว่ามันฉายแสงไปแล้วไม่รู้จะพูดได้มั้ย รึไม่รู้จะเป็น
ยังไง กลัวกินข้าวไม่ได้ กลัวว่าจะตาย นึกเอาเอง เคยได้ยินเค้าพูดกันมาเค้าว่าอย่าไปรักษา
นะ ถ้าไปฉายแสงก็หมดอะไรก็ทำไม่ได้แล้ว คล้ายๆ กับว่ายาต้มอะไรก็กินไม่ได้แล้วฟัง
แล้วก็กลัวมาก

(ลุงเอียด ก่อนฉายรังสี)

จากผลการศึกษาถึงการรับรู้ต่อการฉายรังสีของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกกลัว
อาจเนื่องจากเป็นของใหม่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนและไม่ใช่การรักษาที่พบแพร่หลายในโรง
พยาบาลทั่วไป ร่วมกับไม่มีความรู้เรื่องการฉายรังสี ได้รับรู้ถึงความรุนแรงและผลเสียจากการฉาย
รังสีจากญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ตลอดจนการได้เห็นตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงจากการฉาย
รังสีหรือการได้รับการบอกเล่าประสบการณ์การฉายรังสีในทางลบ รวมถึงการนำไปเปรียบเทียบกับ
ประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมา เช่น การได้รับเคมีบำบัด

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอนุรีย์ (2522) ที่ได้ศึกษาถึงเจตคติ และ สภาพทาง
อารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อรังสีรักษาก่อนการฉายรังสีพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 65 มีความหวาดวิตก
กังวล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ไม่มีความรู้เกี่ยวกับรังสีมาก่อนเลย และ สอดคล้องกับการศึกษา
ของสุริย์พร (2537) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาที่พบว่าผู้ป่วยทุกรายจะมี
ประสบการณ์การรับรู้ข้อมูลจากญาติพี่น้อง หรือ เพื่อนบ้านในทางที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึก
กลัวการฉายรังสี ท้อแท้ คิดมาก และ สับสน ที่สำคัญคือการทำที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องการฉายรังสีที่
ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสวงหาปัจจัย หรือ แหล่งประโยชน์อื่นๆ มาช่วยประเมินสถาน
การณ์ใหม่ ขาดความรู้ในการประเมินตัดสินเหตุการณ์ คือการฉายรังสีที่ต้องประสพ ผู้ป่วยจึงมีการ

รับรู้ หรือ ประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ ตามประสบการณ์ หรือ ข้อมูลที่ได้รับจากญาติพี่น้อง ทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวล ถึงขั้นที่จะมารับการรักษา หรือ บางรายก็ตัดสินใจมารับการรักษาช้ากว่าที่ควรจะเป็น และ ไปแสวงหาการรักษาด้วยวิธีอื่น ทำให้โรคลุกลามไปมากขึ้น

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาส่วนหนึ่งมีการรับรู้ต่อการฉายรังสีว่าเป็นสิ่งที่มีผลดีต่อโรค มีความเชื่อมั่นว่าจะช่วยรักษาให้หายได้ ซึ่งเหตุผลสำคัญส่วนหนึ่งมาจากการเชื่อมั่น ศรัทธาในตัวแพทย์ผู้รักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของสุภาณี (2536) เนื่องจากสังคมไทยมีความศรัทธาและเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ และมองเห็นว่าแพทย์เป็นแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมที่สำคัญมาก นอกจากนี้ความเชื่อมั่นว่าแพทย์สามารถรักษาได้ และการได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่าการรักษาได้ผลดี ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้ป่วยรายงานว่าช่วยสร้างขวัญและกำลังใจ

มีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ได้รับรู้ว่าการฉายรังสีเป็นเหมือนยากระทุ้งจากการที่ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์การใช้ยากระทุ้งคือยาเขียว ซึ่งเมื่อรับประทานไปแล้วจะจับเป็นเม็ดผื่นออกมา และเมื่อฉายรังสีไปแล้วเกิดอาการข้างเคียงทำให้มีแผลที่ปากจึงเข้าใจว่าเหมือนกับยากระทุ้ง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากในการรับรู้นั้นบุคคลจะมีความนึกคิดตามประสบการณ์ดั้งเดิมที่ตนมีอยู่ (จำเนียร, 2523 ; Garrison and Magoon, 1972 อ้างตาม ปัทมา, 2536)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีการรับรู้ต่อการฉายรังสีทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งหากเป็นไปในทางบวกก็จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ให้ความร่วมมือ มีความหวัง มีความเชื่อมั่น ยอมรับการรักษา แต่ในทางกลับกันในราย หรือในช่วงที่มีการรับรู้ในทางลบ ก็ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว หวาดหวั่นไม่มั่นใจ สูญสิ้นความหวังและพลังใจ รู้สึกไม่แน่นอนในการรักษา จนบางรายปฏิเสธการรักษาหรือตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้าจนโรคลุกลามไประยะที่ 4

จากทัศนคติ และการรับรู้ของผู้ป่วยที่เกิดจากการได้รับข่าวสารที่ผิดมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองโดยไปรับการรักษาด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง สูญเสียเวลาที่จะรับการรักษาด้วยการฉายรังสี และต้องทุกข์ทรมานกับอาการของโรคที่ลุกลามมากขึ้น (สุรีย์พร, 2537)

เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่าสิ่งที่ผู้ป่วยใช้ประเมินสถานการณ์นั้นส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่ได้รับจากการบอกเล่าของเพื่อนบ้าน หรือ ญาติพี่น้อง และ จากการเห็นตัวอย่าง หรือ จากประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้ข้อมูลการรักษาที่เหมาะสม และ เพียงพอแก่ผู้ป่วย ก็น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้นำข้อมูลไปใช้ในการประเมินสถานการณ์ ซึ่งคาดว่าน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการฉายรังสีได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการฉายรังสี และ เหตุผลของการรับการรักษาที่แตกต่างกัน ในท้ายที่สุดผู้ป่วยทั้ง 10 รายก็เข้ามาสู่หน่วยรังสีรักษา มาถึงจุดนี้จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล และ บุคลากรที่ให้การดูแลที่จะให้การช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถฉายรังสีได้ครบตามกำหนด ซึ่งวิธีการที่จะได้มาซึ่งวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมนั้น จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงการดูแลตนเอง หรือ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละระยะอย่างลึกซึ้ง ทราบถึงปัจจัยที่ส่งเสริม และ เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตลอดจนสามารถนำกลวิธีต่างๆ มาใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และ เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาอย่างถ่องแท้ ตลอดจนได้เห็นถึงบทบาทของพยาบาล ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย อันจะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

ขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

จากการศึกษาสามารถสรุปขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยรายละเอียดของวิธีการช่วยเหลือนั้นมาจากการสังเกต จดบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาเจาะลึกในผู้ป่วยทั้ง 10 รายตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และนำผลการวิจัยที่ได้มาขยายเป็นการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาทั้งหมด โดยแบ่งการช่วยเหลือออกเป็น 3 วงจรคือ วงจรที่ 1 เริ่มต้นชีวิตใหม่ เรียนรู้การฉายรังสี วงจรที่ 2 หาวิธีต่อสู้กับอาการข้างเคียง หลีกเลี่ยงอุปสรรค ปรับหาวิธีการที่เหมาะสม และวงจรที่ 3 เตรียมพร้อมกลับสู่สังคมด้วยความมั่นใจ ดังมีรายละเอียดดังนี้

วงจรที่ 1 เริ่มต้นชีวิตใหม่เรียนรู้การฉายรังสี

ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาใครเลยจะคาดคิดว่าวันหนึ่งต้องละทิ้งบทบาทของชาวสวน ชาวนา ช่างเสริมสวย หรือกรรมกรที่แข็งแรงหาเลี้ยงสมาชิกทั้งครอบครัว มาอยู่ในฐานะผู้ป่วยมะเร็งที่ฉายรังสี ต้องหยุดงาน จากบ้าน จากบุตร ภรรยา หรือครอบครัวอันเป็นที่รัก มาสู่สภาพแวดล้อมใหม่ที่ไม่น่าคุ้นเคย ใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ ชีวิตประจำวันเกือบครึ่งหนึ่งต้องหมดไปกับการฉายรังสี อีกทั้งยังต้องเผชิญกับการฉายรังสีซึ่งเป็นประสบการณ์ใหม่ จึงต้องสร้างความคุ้นเคย ต้องเรียนรู้ศึกษา เพราะต้องใช้ชีวิตอยู่กับการฉายรังสีเป็นเวลาอย่างน้อย 4-8 สัปดาห์ ต้องเรียนรู้ที่จะไม่ให้การฉายรังสีมาทำลายหรือบั่นทอนความเป็นปกติสุขในชีวิต และจำ

เป็นต้องเรียนรู้ว่าการฉายรังสีแท้จริงแล้วคืออะไร จะมีผลหรือทำให้เกิดอันตรายอย่างไร และจะต้องทำอย่างไรกับชีวิตช่วงนี้ในช่วงระยะเวลาที่จึงเปรียบเสมือนการเริ่มต้นชีวิตใหม่

การช่วยเหลือผู้ป่วยในวงจรนี้เริ่มตั้งแต่วันแรก หรือสัปดาห์แรกของการฉายรังสี จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถปรับตัวยอมรับการฉายรังสีซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ ในขณะที่บางรายปรับตัวยอมรับการฉายรังสีได้ในสัปดาห์ที่ 3-4 เมื่อฉายรังสีไปแล้วประเมินว่ามีอาการดีขึ้น เช่นลดปวดจึงยอมรับการฉายรังสีได้ ดังได้แสดงขั้นตอนการส่งเสริมการดูแลตนเองตามภาพประกอบ 2

จากการศึกษาเจาะลึกในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาทั้ง 10 รายสามารถสรุปปรากฏการณ์ก่อนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามสภาวะการณต่างๆ ได้ดังนี้ ภาวะจิตใจก่อนฉายรังสี ความเชื่อเดิมที่มี ู่วิถีชีวิตใหม่ ลำบากใจกับปัญหาเศรษฐกิจ บริการสุขภาพที่ได้รับ ปรับการดูแลตนเอง และความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ ดังรายละเอียดดังนี้

ภาวะจิตใจก่อนการฉายรังสี

การช่วยเหลือผู้ป่วยในวงจรนี้จะเริ่มตั้งแต่วันแรก หรือสัปดาห์แรกของการฉายรังสี ระยะเวลาที่เป็นระยะที่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ามารับการรักษาด้วยเหตุผลที่แตกต่างกันตามการรับรู้ต่อการฉายรังสี ดังที่กล่าวมา เมื่อพิจารณาลักษณะของผู้ป่วยและการรับรู้ของผู้ป่วยจะเห็นว่าบางรายก็เริ่มต้นด้วยความรู้สึกที่ดี หรือเชื่อมั่นต่อการฉายรังสี ในขณะที่บางรายก็มีความไม่แน่ใจ ไม่ทราบว่าเป็นอย่างไร มีความหวาดกลัว ไม่มั่นใจในผลการรักษา หรือบางรายเห็นว่าเป็นทางเลือกสุดท้ายก่อนจะเสียชีวิต

ผู้ป่วยบางรายเดินทางมาด้วยความรู้สึกกลัว หวาดหวั่น ไม่มั่นใจในผลการรักษาที่จะได้รับ ไม่รู้ว่ามาแล้วจะต้องพบกับอะไรบ้าง หรือการฉายรังสียังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่รู้จัก เป็นสิ่งลึกลับแปลกใหม่สำหรับผู้ป่วย ยิ่งไปกว่านั้นข้อมูลที่ได้รับการบอกเล่าจากเพื่อนบ้าน พวกห้อง กำล่ำลือถึงผลเสียของการรักษา การห้าม หรือยื่นคำขาดไม่ให้มารักษา ทำให้มีการรับรู้ต่อการฉายรังสีในทางลบ หรือเมื่อมาแล้วเห็นผู้ป่วยที่อ่อนเปลี้ย ไม่มีแรง รับประทานอาหารไม่ได้ บางคนผิวแห้ง มีแผลพุพอง คอดำ หน้าดำ ก็ยิ่งบั่นทอนกำลังใจ และความมั่นใจของผู้ป่วยให้ลดลงไปอีกดังเช่นที่ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาว่า

แถวบ้านเขาว่าคนฉายแสงตายหั้น เขาเล่าว่าลูกหลานเขามารักษาตายทั้งเพ (หมด) พอได้ยินถึงหายใจแค่นั้นๆ ก็กลัวนั้นแหละ

(แม่ชีบุญ ก่อนฉายรังสี)

ภาพประกอบ 3 วงจรที่ 1 เริ่มต้นชีวิตใหม่เรียนรู้การฉายรังสี

ปัจจัยสนับสนุน

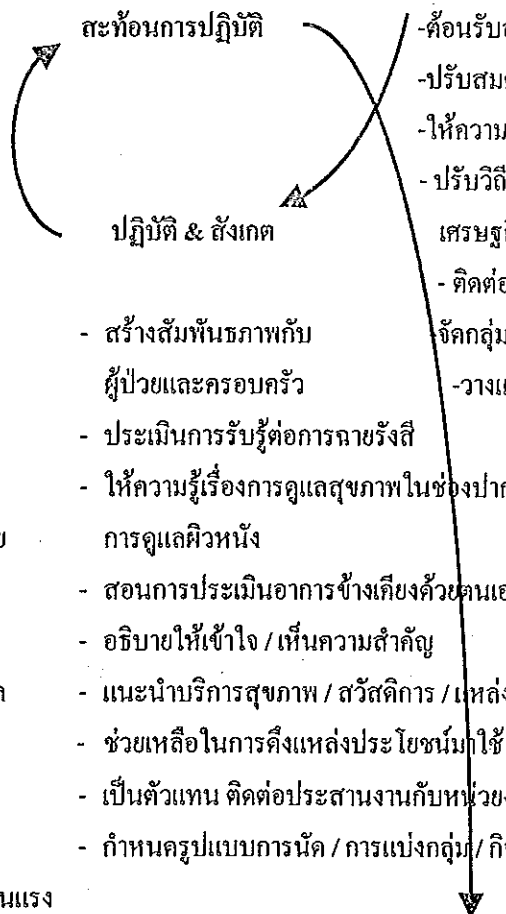
- สัมพันธภาพที่ดี
- ความไว้วางใจ
- การใช้ภาษาถิ่น
- การได้รับข้อมูลที่เหมาะสม
- สอดคล้องกับประสบการณ์เดิม-
- แรงจูงใจ
- กลัวอาการข้างเคียง
- การเห็นตัวอย่างผู้ป่วยที่ฉายรังสีแล้ว ไม่ทุกข์ทรมาน
- สวัสดิการความช่วยเหลือที่ได้รับ
- การได้รับข้อมูลทางบวกจากผู้ป่วยด้วยกัน
- ได้พบกับผู้ป่วยที่ปรับตัวได้ดี
- การสนับสนุนจากครอบครัวผู้ดูแล

อุปสรรค

- ความเชื่อ / การรับรู้ในทางลบ
- การเห็นผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงรุนแรง
- ได้รับข้อมูลในทางลบ
- ข้อจำกัดด้านร่างกาย สายตาไม่ดี
- ความสามารถในการได้ยินลดลง
- อ่านหนังสือไม่ออก / ไม่อยากอ่าน
- พยาธิสภาพจากโรค / การผ่าตัด
- ปัญหาเศรษฐกิจ

วางแผน

- คือนรับสู่หน่วยฉายรังสี
 - ปรับสมดุลของจิตใจ
 - ให้ความรู้เรื่องรังสี
 - ปรับวิถีชีวิตใหม่แก้ไขเศรษฐกิจ
 - ติดต่อประสานงานเป็นตัวแทน
 - จัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้
 - วางแผนพัฒนาสื่อ
 - ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพในช่องปาก
 - การดูแลผิวหนัง
 - สอนการประเมินอาการข้างเคียงด้วยตนเอง
 - อธิบายให้เข้าใจ / เห็นความสำคัญ
 - แนะนำบริการสุขภาพ / สวัสดิการ / แหล่งประโยชน์
 - ช่วยเหลือในการตั้งแหล่งประโยชน์มาใช้
 - เป็นตัวแทน ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - กำหนดรูปแบบการนัด / การแบ่งกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม
- ปรับปรุงแผน
- ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม
 - จัดให้ผู้ป่วยได้พบกับผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การฉายรังสีมาแล้ว ที่ปรับตัว/ดูแลตัวเองดี
 - พัฒนาทักษะของผู้ดูแล
 - ยกตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จจากการรักษา
 - วางแผนจัดทำสื่อให้ความรู้ใหม่ให้ครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย
 - วางแผนปรับปรุงการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้



กลัวไม่รู้จะทำหรือ (ซังโง) แถวบ้านเขาวุ่นแถวนี้ (ซึ่บริเวณหน้า) จะดำหมด แล้วผมหลุดหมด ไม่รู้จริงมัยแต่ก็กลัว เห็นเขาแหลง (พูด) ฉายแสงไม่เท่าไรก็ขากน้ำฉายไม่ออก เห็นคนที่ไปหักที่วัดเขาวุ่น

(ลุงเล็ก ก่อนฉายรังสี)

ความเชื่อเดิมที่มี

การรักษาแผนโบราณและการรักษากับหมอบ้านโดยใช้ยาต้ม หรือการใช้สมุนไพรก็เข้ามามีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและการตัดสินใจรับการรักษา โดยผู้ป่วยบางรายก็รักษาโดยใช้สมุนไพรหรือรักษากับหมอบ้านมาก่อน บางรายก็รักษาโดยใช้สมุนไพรควบคู่กับการฉายรังสี และบางรายก็มีความคิดที่จะไปรักษากับหมอบ้านเมื่อฉายรังสีครบ เช่นในรายของลุงเหมได้รักษาโดยใช้ยาต้มมานานถึงหกปีควบคู่กับการรับประทานเห็นผลหลินจือชนิดแคปซูลในระยะหลังก่อนที่จะมารับการรักษา

จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยตัดสินใจไปรักษากับหมอบ้านนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรักษาแผนปัจจุบันที่ได้รับ แต่กลับได้ข้อมูลที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพของการใช้ยาต้มจากเพื่อนบ้าน หรือบุคคลในครอบครัว ทำให้มีการรับรู้ต่อการฉายรังสีในทางลบ จึงไปแสวงหาการรักษาวิธีการอื่นแทน ดังที่โกมาตร (2537) กล่าวไว้ว่า เนื่องจากช่องว่างระหว่างความคิดของผู้ป่วยกับแพทย์กว้างขึ้น บริการทางการแพทย์ในปัจจุบันจึงมีลักษณะที่สามารถตอบสนองความพึงพอใจของชาวบ้านอย่างจำกัด รูปธรรมที่สะท้อนลักษณะดังกล่าวคือการที่ชาวบ้านมักไปพึ่งพาการรักษาพยาบาลจากหลายแหล่ง เช่น เมื่อไปโรงพยาบาลแล้วยังต้องไปให้หมอดตรวจดูดวงด้วย หรือรักษาด้วยยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร หรือยาผีบอกควบคู่กันไปด้วย เช่นในกรณีของจันทร์เมื่อฉายรังสีครั้งแรกผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคที่ทรุดลง ทำให้ตัดสินใจหยุดการรักษาและกลับไปดืมยารับประทานอยู่ 4 เดือนจนอาการทรุดหนักลงจึงตัดสินใจกลับมาฉายรังสีอีกครั้ง หรือในรายของแอบก็ตัดสินใจไม่มารักษาเพราะรับรู้ว่าถ้าฉายรังสีแล้วจะทำให้ตัวมะเร็งแตก และแพร่กระจายออกไป จึงไปแสวงหาการรักษาวิธีอื่นคือดืมยารับประทานตามที่ลงโฆษณาในหนังสือนิตยสาร จนกระทั่งเมื่อรับประทานแล้วประเมินด้วยตนเองว่าอาการแย่งเรื่อยๆ สิ้นเปลืองเงินทอง จึงตัดสินใจมารับการรักษาเมื่อโรคลุกลามไประยะที่ 4 แล้วดังที่ได้เล่าให้ฟังว่า

หมอเขาตัดเนื้อไปพิสูจน์เขาบอกเป็นมะเร็งให้มา โรงพยาบาลสุราษฎร์ฉายแสงได้หมาก็มาเขาบอกฉายแสงไม่ได้ให้มามออออกกลับไปบ้านลูกสาวบอกว่าให้รักษายาสมุนไพรก่อน

พวกขามืออะไรของพุทธประทีปหม้อหนึ่งสองพันสามพัน ทานอยู่เดือนหนึ่งก็ไม่ดีขึ้นมีแต่
 แยมลง ผอมลง ผอมลง กินไม่ได้แรงไม่มี ตอนแรกว่าจะไม่รักษาแล้วจะใช้กรรมฐาน ไปหา
 เจ้า (ร่างทรง) ที่ระนองเค้าว่าคุณมีของดีแต่ไม่รู้จักนำมาใช้ ไม่รู้จักวิธีใช้ ของดีคือสมาธิ
 เค้าบอกว่าไม่ได้ไหว้ครู เค้าลงโทษ เค้าว่าให้นั่งกรรมฐานล้างกรรม ก็นั่งสมาธิ มารักษา
 แผนปัจจุบันท่านก็ไม่ห้ามแต่บอกว่าไปต่ออย่างอื่นไม่ได้ไม่หาย ฟังแล้วก็กลัวก็ไม่มา กิน
 ยาของเจ้าคล้าย ๆ น้ำมันกินแล้วอาเจียนหมด รู้สึกเพลียสู้ไม่ไหวก็เลยตัดสินใจมาที่นี่ ตอน
 แรกเค้าว่ากินแล้วหายก็ไม่ดีขึ้น เลยมาน้ำมันปวดทนต์ไม่ไหว ของไอ้พุทธบูชา หม้อละสอง
 พัน ลูกสาวให้ผมซื้อไม่ได้เรื่องเลย มันไม่หายไม่ดีขึ้นเลย กินอยู่สองหม้อ เห็นเขาลงใน
 หนังสือ
 (ลุงแอบ สัปดาห์ที่1)

ในบางรายถึงแม้ไม่ใช่ยาต้ม หรือ สมุนไพร ก็กลับเกิดความเครียดไม่สบายใจเนื่องจากความ
 คิด ความเชื่อไม่สอดคล้องกับเพื่อนบ้าน มีผู้ป่วยรายหนึ่งเพื่อนบ้านห้ามไม่ให้มาฉายรังสีเพราะเชื่อ
 ว่าจะทำให้เสียชีวิตทุกราย และให้ไปรักษาโดยใช้ยาต้มแทน ทำให้รู้สึกไม่สบายใจเมื่อตัดสินใจมา
 ฉายรังสีจึงไม่บอกให้ใครทราบ เมื่อเพื่อนบ้านถามจะบอกว่ามารับยาดังเช่นที่ลุงพงค์เล่าฟังว่า

นี่มาไม่ใช่หาญ (กล้า) บอกใคร กลับไปก็ไม่หาญไปเที่ยวไหน ชาวบ้านเที่ยวแหง (พูด)
 แรงว่าถ้ามารักษานี้ตายหมดแหละ เที่ยวแนะนำให้กินยาต้ม เพื่อนว่ามาฉายแสงที่มอออกตาย
 ทั้งเพ (ผู้ป่วยร้องไห้)

(ลุงพงค์ สัปดาห์ที่1)

คู่มือชีวิตใหม่

สืบเนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขซึ่งจัดให้มีการให้บริการด้วยการฉายรังสีเพียงแห่งเดียว
 ในภาคใต้ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถเลือกรับบริการในจังหวัดที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ได้ ผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษา
 มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดและต้องมารับการรักษาช่วงระยะเวลาหนึ่งคือประมาณ 2-3 เดือน ผู้ป่วย
 ส่วนใหญ่จึงต้องจากบ้านมาเพื่อรับการรักษา มาพบกับสภาพแวดล้อม ผู้คน อาหารการกิน หรือแม้
 แต่วิถีชีวิตที่แปลกใหม่ เนื่องจากอำเภอที่เป็นที่ตั้งของหน่วยบริการแห่งนี้มีความเป็นสังคมเมือง
 ค่อนข้างสูง อีกทั้งสถานที่รักษาและบุคลากรก็ไม่คุ้นเคย

การแสวงหาที่อยู่อาศัยใหม่ในระหว่างฉายรังสีจึงเป็นภาระกิจที่สำคัญอีกประการหนึ่งของ
 ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากระยะทางระหว่างบ้านกับที่ฉายรังสีอยู่ไกล ทุกรายมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด
 จากการศึกษพบว่า ที่พึ่งสำคัญของผู้ป่วยระหว่างฉายรังสีคือ อาคารเย็นศิระเนื่องจากอยู่ใกล้ที่

ฉายรังสี อยู่ห่างจากโรงพยาบาลเพียง 500 เมตร ค่าที่พักคืนละ 5 บาท ผู้ป่วยที่มาพักอาศัยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา ร่วมกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่นผู้ป่วยที่รอรับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และในจำนวน 3 ใน 4 ของผู้พักอาศัยเป็นญาติของผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยและญาติเฉลี่ยวันละ 200-300 คนต่อคืน โดยทางวัดจะจัดหมอนและเสื่อให้ในจำนวนจำกัด ส่วนหนึ่งผู้ป่วยและญาตินำมาเอง ผู้ป่วยและญาติจะนอนรวมกันบนพื้นยก ระดับเป็นแนวยาว ไม่มีที่กั้นที่แยกความเป็นส่วนตัวได้ ด้านหลังเป็นระเบียบสำหรับซักและตากเสื้อผ้า มีบริเวณส่วนหนึ่งสำหรับให้ผู้ป่วยและญาติหุงต้มอาหาร โดยมีเตาถ่านไว้ให้บริการ 3 ใบ แต่หากจะหุงต้มต้องจัดหาถ่านมาเอง สำหรับห้องน้ำและห้องส้วมเป็นห้องรวมใช้ร่วมกันทั้งผู้หญิงและผู้ชาย แต่ละชั้นมีห้องน้ำ 3 ห้อง ห้องส้วม 5 ห้อง ที่พักส่วนหนึ่งจะแบ่งแยกไว้สำหรับผู้ป่วยและญาติที่เป็นอิสลาม โดยมีห้องน้ำ 1 ห้อง และเนื่องจากปัญหาน้ำขึ้นไม่ถึงชั้น 3 ทางวัดจึงเปิดบริการได้เฉพาะชั้น 1 และชั้น 2 ในขณะที่เดียวกันในช่วงกลางวันซึ่งผู้ป่วยและญาติมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจะปิดห้องน้ำ ห้องส้วมชั้น 2

กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา 9 รายมาพักอยู่ที่อาคารเย็นศิระ เนื่องจากอยู่ใกล้ที่ฉายรังสีที่พักมีราคาถูก แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็ประสบปัญหาเกี่ยวกับที่พักในเรื่องของความเป็นอยู่ที่แออัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่พักในบริเวณชั้น 1 ทำให้ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องพักในชั้น 2 ทั้งๆที่มีอาการอ่อนเพลีย เดินขึ้นลงบันไดไม่ค่อยไหว นอกจากนี้มีปัญหาเรื่อง ห้องน้ำไม่เพียงพอ เสียงดังรบกวน และปัญหาเรื่องการลักขโมย บางรายเล่าว่าอยากจะหาที่อยู่ที่ดี บรรยากาศดี สะอาด ไม่มีเสียงรบกวน แต่เนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงจำเป็นต้องอยู่ที่นี่ มี 1 รายเช่าบ้านอยู่โดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่าอยู่ที่อาคารเย็นศิระไม่ได้ เพราะไม่มีความเป็นส่วนตัวและรู้สึกว่าจะอยู่กันอย่างแออัดมาก คิดว่าร่างกายไม่สบายอยู่แล้ว น่าจะมีที่พักผ่อนที่ดีๆบ้าง นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลมาอยู่ด้วยมีเพียง 4 รายที่บุคคลในครอบครัวไม่สามารถมาอยู่เป็นเพื่อนหรือติดตามมาดูแลได้ เนื่องจากภาระหน้าที่และปัญหาด้านเศรษฐกิจและมี 1 รายที่เป็นผลมาจากสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัวก่อนเจ็บป่วย

ลำบากใจกับปัญหาเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะค่อนข้างยากจน ส่วนหนึ่งจึงเกิดความวิตกกังวลว่าจะไม่มีเงินรักษาหรือกลัวว่าจะได้รับการรักษาไม่เต็มที่ หรือได้รับการรักษาไม่เหมือนกับคนอื่น บางรายรับรู้ว่าการรักษาที่ต้องนำเงินแสนมา การที่ต้องมาอยู่ที่นี่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งนอกจากทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติแล้วยังต้องเพิ่มภาระในเรื่องค่าใช้จ่าย ทั้งในส่วนของค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร หรือดังที่ผู้ป่วยบอกว่า “แม้แต่น้ำจะกินยังต้องซื้อ เรื่องของกินก็แพง ลำบาก ถ้าอยู่บ้านได้เที่ยวหาผัก หาหญ้ากิน” โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ต้องรับผิดชอบหาเลี้ยงครอบครัวการที่ต้องมา

ฉายรังสีทำให้ต้องหยุดทำงานจึงวิตกกังวลต่อบุคคลที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูในครอบครัว บางรายก็รู้สึกลำบากใจที่ต้องทำให้ครอบครัวสิ้นเปลืองเพิ่มขึ้น หรือบางรายก็เกรงใจบุตรที่ต้องมาเสียเงินเพราะเรื่องความเจ็บป่วยของตน ในบางรายก็ต้องอยู่ที่นี้จนกว่าจะฉายรังสีเสร็จ เพราะไม่มีเงินค่าเดินทางกลับบ้าน และเมื่อเห็นผู้ป่วยอื่นกลับบ้านในช่วงวันหยุดก็ยังทำให้รู้สึกเหงาและคิดถึงบ้านมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้บางรายก็จำเป็นต้องประหยัดเรื่องค่าอาหาร แหล่งอาหารคือสวัสดิการที่ได้รับจากที่พัก และจากหน่วยรังสีรักษา โดยจะเฉลี่ยอาหารที่ได้แบ่งเก็บไว้รับประทานทั้ง 3 มื้อ เช่นในรายของป้าจันทร์เล่าว่าจะเก็บข้าวต้มที่ทางอาคารเย็นศิริระดมให้ไว้รับประทานจนถึงมือเย็น ร่วมกับการซื้อกับข้าวโดยใช้บัตรรับประทานอาหารที่ได้ มีบางครั้งก็หิวรับประทานมือเที่ยงมากจนลืมเก็บไว้ ทำให้มือเย็นไม่มีอาหารรับประทาน จึงต้องคั้นน้ำและนอนนิ่งๆเพื่อไม่ให้รู้สึกหิว ผู้ดูแลบางรายก็เกิดความลำบากใจ ในช่วงที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย อยากจะจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยอยากรับประทานให้แต่ก็มีอุปสรรคในเรื่องเงิน หรือในบางรายก็บอกว่าการคั้นน้ำร้อนจะช่วยบรรเทาอาการเจ็บคอ แต่มีปัญหาว่าไม่สามารถจัดหาได้ เนื่องจากต้องซื้อกระติกละ 3-5 บาท

บริการสุขภาพที่ได้รับ

การสนับสนุนและให้ความรู้ที่ทางหน่วยรังสีรักษาจัดขึ้น มีการจัดบอร์ดให้ความรู้เรื่องการฉายรังสีบริเวณหน้าห้องฉายรังสี มีแผ่นพับเรื่องคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาวางไว้บริเวณหน้าห้องตรวจสำหรับผู้สนใจ โดยเป็นแผ่นพับขนาด กว้าง 5 นิ้ว ยาว 8 นิ้ว ลักษณะพื้นสีเขียว ตัวหนังสือสีดำขนาดประมาณ 0.2 เซนติเมตร ลักษณะเนื้อหาเป็นคำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ฉายรังสีในทุกบริเวณ เป็นคำแนะนำสั้นๆไม่อธิบายรายละเอียด นอกจากนี้มีวีดิทัศน์ (video tape) ในการให้ความรู้ 3 ม้วน คือ ม้วนที่ 1 เรื่องมารู้จักการฉายรังสีกันเถอะ ม้วนที่ 2 เรื่องการปฏิบัติในระหว่างมารับการฉายรังสี และม้วนที่ 3 เรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังฉายรังสีครบแล้ว โดยลักษณะภาพเป็นภาพนิ่ง เนื้อหากล่าวรวมถึงการฉายรังสีของผู้ป่วยในทุกบริเวณ และเนื้อหาจะใช้คำว่าฉายรังสีของผู้ป่วยนะเรื่อง โดยในขณะที่เริ่มเข้าไปศึกษาไม่ได้นำมาใช้ จากการสอบถามนักสังคมสงเคราะห์พบว่าได้เคยนำมาเปิดให้ผู้ป่วยดูหน้าห้องฉายรังสี แต่สังเกตว่าผู้ป่วยไม่ค่อยสนใจ ร่วมกับไม่มีผู้ที่จะรับผิดชอบในจุดนี้ (ขณะที่ศึกษายังไม่มียุทบาตประจำหน่วยรังสีรักษา) จึงไม่ได้นำมาใช้

การบริการทางสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับ ในวันแรกเป็นขั้นตอนของการรับผู้ป่วยใหม่ คือ เริ่มจากการทำทะเบียนประวัติ หลังจากนั้นนั่งรอพบแพทย์หน้าห้องตรวจ เข้าพบแพทย์ และกลับมานั่งรอพบแพทย์เพื่อการกำหนดตำแหน่งที่ฉาย การขีดเส้น และส่งไปยังห้องฉายรังสี ซึ่งขั้นตอนการรับ

ผู้ป่วยในวันแรกใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 2-3 ชั่วโมง สำหรับในวันต่อมาก็เป็นการมาฉายรังสีตามปกติ คือยืนบัตร และนั่งรอฉายรังสีใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ผู้ป่วยจะได้พบแพทย์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ในรายที่มีอาการผิดปกติก็สามารถขอพบแพทย์ได้ ก่อนวันนัด นอกจากนี้มีการเจาะเลือดเพื่อตรวจนับเม็ดเลือด 1-2 สัปดาห์ต่อครั้ง สำหรับในเรื่องของการรอพบแพทย์ ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจที่ต้องมาพบแพทย์ทุกสัปดาห์และรู้สึกว่าสัปดาห์ไหนที่สบายดีก็ไม่อยากพบ เพราะต้องรอนานมาก บางครั้งเสียเวลาเป็นครึ่งวันแต่กลับได้พบแพทย์เพียง 1-2 นาที และไม่ได้อย่าอะไรกลับไปดังเช่นที่ลุงแอบเล่าให้ฟังว่า

แป้งข้าวโศดขอเข้ามาหน่อยหนึ่งหมดแล้ว จะขอหมอกี่ก็เก็ยจรอ เอายาที่นึ่งก็ลำบาก เดินไปเดินมาจำที่ก็ไม่ค่อยได้สายตาก็ไม่ค่อยดี อ่านไม่เห็นว่าเป็นตรงไหนๆนั่งรอหมอนานมาก เกือบไม่ไหว เพลียอยากจะนอน โอ้โห นั่งรอแต่เช้ากว่าจะเจอหมอกเกือบเที่ยงแล้วเที่ยวเดิน ย้อนไปย้อนมากว่าจะได้ยาเกือบเป็นลม

สวัสดิการที่ได้รับ ในรายที่พักที่อาคารเย็นศิระได้รับสวัสดิการในเรื่องของ ข้าวต้มในตอนเช้า ของวันราชการซึ่งเจ้าหน้าที่ดูแลอาคารต้มแจกให้กับผู้ป่วย และสวัสดิการในส่วนของน้ำดื่ม อาหารเสริม โดยนักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้แจกให้กับผู้ป่วย สวัสดิการในส่วนดังกล่าวได้รับความอนุเคราะห์จากโครงการแรงศรัทธา (กลุ่มผู้มีจิตศรัทธาร่วมกันบริจาคทุนทรัพย์เพื่อช่วยเหลือด้านอาหารและน้ำดื่ม) นอกจากนี้ทางวัดจัดแบ่งอาหารที่เหลือจากการบิณฑบาตรในช่วงเช้า และที่เหลือจากฉันทนาแบ่งให้ แต่เนื่องจากในช่วงที่ศึกษาทางวัดกำลังมีการก่อสร้างอาคาร ผู้ป่วยจึงให้ข้อมูลว่าอาหารที่ทางวัดจัดแบ่งให้นั้นบางครั้งก็ไปไม่ทันเนื่องจากคนงานก่อสร้างมาเอาไปหมด

หน่วยรังสีรักษาได้ให้ความช่วยเหลือเรื่องอาหารกลางวัน 1 มื้อที่โรงพยาบาล สงขลานครินทร์โดยให้บัตรรับประทานอาหารช่วงแรกที่เข้าไปศึกษามีมูลค่า 10 บาท และช่วงหลังเพิ่มมาเป็น 15 บาท บัตรดังกล่าวไม่สามารถเปลี่ยนเป็นเงินสดได้ เจ้าหน้าที่หน้าห้องฉายรังสีจะเป็นผู้ให้บัตรกับผู้ป่วยที่พักที่อาคารเย็นศิระหลังจากฉายรังสีเสร็จในแต่ละวัน แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ศึกษา และผู้ป่วยที่มาฉายรังสีในช่วงนั้นบางรายให้ข้อมูลว่าได้รับบัตรไม่ทั่วถึงบางวันได้รับ บางวันก็ไม่ได้รับ หรือในบางรายก็ไม่ได้รับเลยตลอดช่วงที่ฉายรังสี

ปรับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยในช่วงนี้ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการปรับตัวทั้งการปรับตัวต่อที่อยู่อาศัย ปรับตัวต่ออาหารที่ต้องออกไปใช้ชีวิต และรับผิดชอบดูแลตนเอง การปรับตัวยอมรับการรักษา

เริ่มปรับการดูแลตนเองให้เฉพาะเจาะจงตามความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น ในเรื่องของการดูแลผิวหนัง การดูแลสุขภาพในช่องปาก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การปรับตัวต่อที่อยู่ใหม่ : ทำใจ อดทน หาข้อดี หาเพื่อน รวมกลุ่ม หากิจกรรมทำ วางแผนการใช้ชีวิต ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองโดย การทำใจอดทนต่อสิ่งแวดล้อมในที่พักที่ไม่พึงประสงค์ เช่น เสียงรบกวนซึ่งส่วนใหญ่มาจากกรณีที่มีญาติผู้ป่วยส่งเสียงดังเวลากลางคืนทำให้รบกวนการพักผ่อน การคิดในทางบวกว่าเพื่อนอยู่ได้เราก็ต้องอยู่ได้ การมองหาข้อดีของที่พัก เช่นมีผู้ป่วยรายหนึ่งคิดว่า การที่มาอยู่ที่วัดก็เหมือนกับได้ไปวัดทุกวันทำให้รู้สึกร่มเย็น สบายใจ นอกจากนี้ก็มีการหากิจกรรมเพื่อน มีการรวมกลุ่มกันในการประกอบอาหาร รับประทานอาหารร่วมกัน มีการจับกลุ่มนั่งคุยกันเวลากลางคืนทำให้เพลิดเพลินช่วยให้ลืมไม่ต้องคิดมาก

เมื่อสัมพันธ์ภาพพัฒนาไประยะหนึ่งก็จะมีการช่วยเหลือ เอื้ออาทร แบ่งปันกัน ช่วยกันดูแล ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ หรือยากจน ทำให้บรรยากาศที่อยู่อาศัยน่าอยู่มากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยบางรายก็หากิจกรรมทำเพื่อให้เพลิดเพลิน เช่นการออกกำลังกาย การไหว้พระ สวดมนต์ ดังที่ผู้ป่วยได้เล่าความรู้สึก และการปรับตัวเมื่อมาพักที่อาคารเย็นศิระให้ฟังว่า

อยู่คนเดียวต้องช่วยตัวเอง นี่รวมๆพรรคพวกหุงข้าวรวมๆกันหุงข้าวซื้อกับข้าวเอง ซื้อถ่านเอง ซื้อปลามาต้มไทรหั่นนั้น นี่คิดหนักไปเพื่อหาอะไรทำให้ไม่ต้องคิด ลืมไม่ต้องคิด ไทรนี้กลางคืนนั่งแหลง (พูด) กับเพื่อนว่าอย่าไปทวด (ท้อแท้) เอาความสบายใจไว้ดีกว่า ถ้าคิดหั่นนี้ (แบบนี้) ดีมากถ้าคิดมากร่างกายเราก็ทรุด โทรม อย่าไปคิดคำนึงถึงที่บ้าน สมบัติของนอกกายไทร (อะไร) อย่าไปคิด คิดแต่ตัวเราว่าให้บาย ให้บายใจเสียดีกว่า นี่รวมกับเพื่อนๆทุกคืนบางคืนผมนั่งหลก (ตลก) หัว (หัวเราะ) กันเกรียว พอเวลาอนกันนอน ไม่นอนก็นั่งปรึกษากัน เฝ้าก็ไม่ต้องเฝ้าเราอยู่คนเดียวก็บาย (สบาย) เทียวเดิน เดินแต่สวน (คนเดียว) เดินไป ชกมวยไปก็ลืม นี้อยู่แค่นี้ (ที่นี่) ดินะมีไทรก็ป็นกันกินตอ (สะตอ) เอามาแต่บ้านก็ป็น (แบ่ง) กันฉลาด (หมด) คนที่นอนข้างๆนี่ก็เอาของมาฝากอุงๆ แรกเข้ามาอยู่ใหม่ๆกลัว เขาคุยกันชาวบ้านเขาถือกันว่ามาอยู่วัดตามใจลูก ใครเมียใคร นอนกันมั่วหมด ถึงคิดว่าอยู่ที่ตัวเรา เราแก่แล้ว เรามารักษาตัว คนสองร้อยก็ไม่ไซ (เลว) ทั้งหมดมัย ถ้าเด็กๆไม่รู้แต่มานี่กลับ ไปบอกเพื่อนว่าบาย (สบาย) บายอย่างแรง ถึงห้าบาทก็คุ้มกับค่าน้ำค่าไฟ ช่วยกันมีไทร (อะไร) ก็ป็นให้กันกินหนมไทร (อะไร) คนที่ลำบากกว่า (กว่า) เรานี่หวันเย็น (ตอนเย็น) หุงถึงนั่งล้อมวงกันกิน

(อุงพงศ์ สิปดาห์ที่6)

ร้อนอยู่ที่นี้แต่ก็ต้องอดทน ไม่อดทนก็ไม่หาย เพื่อนอยู่ได้เราก็อยู่ได้ แต่ก่อนขึ้นมาที่นี่แล้ว โธ่ไม่ไหวแล้วอยู่ไม่ได้แล้วมันอับมันอึดขึ้นเรื่อยๆ แต่คิดว่าเอ้อ เพื่อนเขาอยู่ได้เราก็ต้องอยู่ได้ เพื่อนหรือเราหรือเหมือนกันแหละ ตอนนี่ (ช่วงบ่าย) ไม่มีคนพอกกลางคืนจอบแจเต็มไปหมด บางทีก็รำคาญไม่ไหวก็เปิดมุ้งครอบ ยุงก็ม๊าก มาก แต่ว่าต้องอดทนไม่อยู่วัดก็ไม่รู้จะไหน

(น้ำเพ็ญ สัปดาห์ที่ 2)

2. การวางแผนเตรียมตัวไปใช้ชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีภรรยาผู้ป่วยรายหนึ่งได้ปรึกษาผู้วิจัยถึงวิธีการจัดเตรียมอาหารเนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับอาหารทางสายยางภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้วไม่มั่นใจว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ จึงเกิดความวิตกกังวล กลัวการออกจากโรงพยาบาล ไม่มั่นใจว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ จึงมาปรึกษาและพูดคุยปรับทุกข์กับผู้วิจัยเพื่อวางแผนการใช้ชีวิตเมื่อต้องออกจากโรงพยาบาลว่า

นี่เขาจะให้ไปพักแคะ (ที่) นู๋ (อาคารเย็นศิริระ) ออกจากโรงบาลไปพักแคะ (ที่) วัดก่อน ไม่อยากออกแต่เขาให้ออกไม่รู้ไปอยู่พันหรือ (อย่างไร) กลัว เรายังกินไหรไม่ได้ ลีนมันแข็งมันเคลื่อนไม่ได้ กลืนไหรก็ไม่ลงของเหลวๆก็ออกทางสายหมด ถึงทำหรือว่าให้กินได้ ได้ถอดสายออก ให้แกพยายามกลืนว่าได้ถอดสายออกไม่ต้องคาอยู่พันนี้ นี่คล้ายๆว่าถ้าขอยาแก้ปวดไปกิน เราไปให้เองที่วัด นมที่ใส่ทางสายเขาให้ปามาเอาจากโรงบาล ถึงการไปทำอาหารที่วัดที่ทางมันไม่สะดวกถึงน้ำไหรต่อไหร (อะไรต่ออะไร) มันสกปรกอยู่ในที่พันนั้น

(ภรรยาของลุงเล็ก ก่อนเริ่มฉายรังสี)

3. ดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการข้างเคียง ประมาณสัปดาห์ที่ 2 ของการฉายรังสีในบางรายเริ่มมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นแล้ว ได้แก่ น้ำลายน้อย เหนียว หรือบางรายก็เริ่มรู้สึกเบื่ออาหารตั้งแต่สัปดาห์แรก ทำให้ผู้ป่วยต้องเริ่มเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง เพื่อให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลมากที่สุด ในระยะนี้กลุ่มที่อยู่ในโรงพยาบาลก็ต้องออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่พักรังสี สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้ ได้แก่ การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำ การดูแลสุขภาพในช่องปาก และการดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ดังนี้คือ

3.1 การรับประทานอาหารและน้ำ ปริมาณน้ำดื่มที่ได้รับยังคงเท่ากับขณะก่อนฉายรังสี บางรายดื่มเพียง 1 ขวด (750 มล.) ต่อวัน และชนิดของอาหารที่รับประทานก็ยังไม่ปรับมาให้เหมาะสม บางรายยังคงรับประทานข้าวสวยทั้งๆที่เริ่มมีอาการเจ็บคอ และเมื่อเริ่มมีอาการเบื่ออาหารก็คิดว่าฉายรังสีแล้วทำให้แ่ลง ดังเช่นในรายของลุงเหมเล่าให้ฟังว่า

เหนื่อฉายได้สองสามวันรู้สึกเหนื่อ กินอะไรก็ไม่ได้ กินได้แต่แดง แดงจีน (แดงโม) อย่างอื่นกินแล้วเหม็นหมด กินได้แต่แดงเปล่าๆ กินนั้นอยากจะกินแหละแต่มันกินไม่ได้ ไม่รู้จะกินยังงัยมันเหม็นแล้วมันเบื่อ (เน้นเสียง)กินไม่รู้รสเลยมันเปรี้ยวๆ เหมือนส้ม ไอติมกับแดง โมนั้นแหละที่ยังพอกินได้ สงสัยว่ามันจะเกี่ยวกับฉายแสงรีเปล่า ทำไมยังฉายยังไม่
แย (ลุงเหม สัปดาห์ที่2)

3.2 การดูแลสุขภาพในช่องปาก ในรายที่ไม่มีฟัน หรือมีฟันเหลืออยู่ไม่กี่ซี่ที่ไม่แปรงฟัน ไม่บ้วนปาก เพราะคิดว่าไม่มีฟันแล้วก็ไม่ต้องทำอะไร บางรายก็บอกว่าไม่มีอุปกรณ์คือยาสีฟัน และแปรงสีฟัน และในขณะที่บางรายมีการดูแลสุขภาพในช่องปากโดย การบ้วนปากกับน้ำธรรมดา บางรายก็ใช้น้ำยาที่วางขายตามท้องตลาด โดยทราบจากโฆษณา และในรายที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องปาก หลังผ่าตัดจะได้รับ น้ำยาสำหรับบ้วน และเมื่อฉายรังสีก็ยังคงใช้ต่อและผู้ป่วยรายงานว่ารู้สึก แสบขณะใช้ ดังเช่นในรายของลุงเล็กเล่าว่า "ปากบ้วนอยู่นั้นแหละ น้ำลายมันออกเยอะ บ้วนกับน้ำยาสีฟ้าที่หมอให้ บ้วนแล้วแสบแล้วก็ขม พอลงไปในคอลถึงร้อนแสบไม่ค่อยไหว"

3.3 การดูแลผิวหนัง ผู้ป่วยที่ศึกษา 4 ราย รายงานว่ามีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณผิวหนังที่ฉายรังสีตั้งแต่สัปดาห์แรกที่ได้รับรังสีรักษาแต่ก็ไม่ได้ทำอะไรเพียงแต่มาปรึกษาผู้วิจัย สำหรับการดูแลผิวหนังนั้นผู้ป่วยจะปฏิบัติตามความเข้าใจจากคำแนะนำที่ได้รับ และจากการเห็นตัวอย่างจากผู้ป่วยอื่น ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับคำแนะนำตั้งแต่วันแรกทั้งจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการระวังไม่ให้โดนน้ำ เมื่อได้รับคำแนะนำแล้วผู้ป่วยก็พิจารณาไปในหลายลักษณะด้วยกัน และจะปฏิบัติตามความเข้าใจ ที่พบคือ บางรายเข้าใจว่าห้ามอาบน้ำ สระผม ถูหน้าแล้วจะพุพอง หรือไหม้คำ สำหรับในส่วนของผู้ที่ขีดบอกตำแหน่งบริเวณที่ฉายรังสีนั้น ผู้ป่วยบางรายเมื่อกลับไปที่พักก็พยายามลบออก บางรายให้เหตุผลว่าคิดว่าการฉายรังสีในแต่ละครั้งก็จะทำให้มีเส้นสีแดงปรากฏขึ้นอีก บางรายก็บอกว่ารู้สึกอาย และคิดว่ามีคนมองแปลกๆจึงใช้มืออุ้มน้ำล้าง นอกจากนั้นก็มีการทาครีมหรือยาตามแผนการรักษาที่ได้รับ ในรายที่เห็นตัวอย่างจากผู้ป่วยอื่นก็จะนำมาเป็นตัวอย่างในการดูแลตนเอง เช่นในรายของป้าจันทร์เห็นผู้ป่วยที่พักอยู่ใกล้ๆกันเกาที่บริเวณฉายรังสีแล้วเป็นแผลก็เลยระมัดระวังไม่ให้แผลเกา

4. การดูแลตนเองตามความเชื่อและประสบการณ์ ผู้ป่วยและครอบครัวจะนำความเชื่อและประสบการณ์มาใช้ในการดูแลตนเองในระยะนี้ โดยเฉพาะในเรื่องของการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยที่ศึกษาทุกรายมีความเชื่อเรื่องอาหารแสลง หรืออาหารที่ห้ามรับประทานแต่ไม่ได้เป็นการห้ามโดยตรงในขณะฉายรังสี แต่เชื่อมโยงมาจากความเชื่อเรื่องอาหารแสลงเมื่อเป็นแผลในรายที่ได้รับการผ่าตัด ความเชื่อเกี่ยวกับการถูกลามของโรคมะเร็ง สำหรับอาหารที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นอาหารแสลงและห้ามรับประทานในช่วงนี้ เช่น ปลาถิ่น (ปลาไม่มีเกล็ด) ผักถั่ว (ผักทอดยอด) เพราะเชื่อว่าจะทำให้โรคลูกลาม บางกลุ่มเชื่อว่าห้ามรับประทานไก่ กุ้ง ไข่ หรือแม้แต่ผัก และผลไม้บางชนิด เช่น กัลยั สะตอ ลูกเนียง เพราะเชื่อว่าจะทำให้ผิวหนังที่ฉายรังสีพุพอง และจากการวิจัยยังสังเกตพบว่าผู้ป่วยมักขาดความมั่นใจในการที่จะรับประทานอาหารชนิดต่างๆ สังเกตจากการที่ผู้ป่วยทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเจาะลึก และผู้ป่วยที่มาเข้ากลุ่มในช่วงนั้นจะซักถามผู้วิจัยถึงชนิดของอาหารต่างๆว่าสามารถรับประทานได้หรือไม่ แม้แต่กระทั่ง น้ำอัดลม น้ำผลไม้ ส่วนในรายที่ได้พบเห็นเหตุการณ์ที่ช่วยเสริมความเชื่อก็ยิ่งมีความเชื่อมากยิ่งขึ้น เช่นในรายน้ำเพ็ญ ซึ่งมีความเชื่อเรื่องอาหารแสลงว่าห้ามรับประทานปลาถิ่น (ปลาไม่มีเกล็ด) เพราะจะทำให้โรคลูกลาม และขณะฉายรังสีเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า เห็นญาติผู้ป่วยรายหนึ่งซื้อปลาตุ๋นมาต้มกับข้าวให้ผู้ป่วยรับประทาน พอดกกลางคืนผู้ป่วยรายนั้นก็ไอจนกระทั่งมีเลือดออก ญาติต้องนำส่งโรงพยาบาลในคืนนั้น และรุ่งเช้าก็ทราบข่าวว่าเสียชีวิตแล้ว ทำให้ผู้ป่วยยังเกิดความเชื่อมั่นในความเชื่อที่ได้รับมาดังที่น้ำเพ็ญ ลุงมิตร และลุงหงส์เล่าว่า

นี่พี่ไม่หาญ (กล้า) กินพวกปลาไหล ปลาถิ่น ปลาดุก ไทรพันนั้น (แบบนั้น) แหะวันก่อนเห็นคนแก่ (ที่) อยู่ชั้นล่างเอาปลาดุกตัวใหญ่มาสับใส่ข้าวต้ม พอกกลางคืนไอ เลือดออกไม่หยุดต้องหามไปโรงพยาบาลกลางดึกได้ข่าวว่าหวาง (รุ่งขึ้น) ถึงก็ตายเลยไม่หาญกินคิด (เด็ดขาด)

(น้ำเพ็ญ สัปดาห์ที่2)

แถวบ้านว่าพวกไก่ไทร (อะไร) พันนั้น (แบบนั้น) อย่าไปกินเด็ดขาดกินแล้วไม่ดีเขาว่า แต่ก็ไม่รู้ว่ามีดีหรือ (ยังง) เห็นเขาห้ามเราก็ก้าว

(ลุงมิตร สัปดาห์ที่2)

เห็นคนนั้นไม่บาย (สบาย) เหยียงก็กิน ตอ (สะตอ) ก็กิน ลูกเนียงก็กิน บอกว่ากินเข้าไปเออะ เนียนหมด พังหมด เป็นแผลชนิดเดียว เข้าก็เป็นหนองทุ (แตก) น่ากลัว

(ลุงหงส์ สัปดาห์ที่2)

นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าการไปงานศพทำให้แผลเปื่อย และโรคที่เป็นจะรักษาไม่หาย ซึ่งความเชื่อนี้ส่งผลต่อการมีกิจกรรมของผู้ป่วยบางราย เนื่องจากบริเวณหน้าอาคารเย็นศิระเป็นที่เก็บกระดูกทำให้ไม่กล้าลงมาเดิน หรือพักผ่อนบริเวณหน้าที่พัก และบางวันทางวัดจะจัดงานศพครั้งที่น้ำเหนือ และป่าจันทร์เล่าว่า

นี่ที่ไม้หาญ (กล้า) ลงมาเดินแถวนั้นคิด (เด็ดขาด) (ซีไปบริเวณหน้าอาคารเย็นศิระซึ่งมีที่เก็บกระดูกวางเรียงราย) บัว (ที่เก็บกระดูก) ทั้งเพ แถวบ้านห้ามขาดว่างานศพ หรือที่แค (ที่) มีศพอ่าไปแผลเปื่อยหมดแหละ เป็นน้ำเหลือง

(น้ำเหนือ สัปดาห์ที่ 2)

กับข้าวช่วงนี้ป่าไม้หาญ (กล้า) ไปเอาดูง (สามี) ห้ามว่าที่ศาลามีคนตาย อย่าไปให้เขาปลง (เผา) ศพก่อนแล้วค่อยไปกลัวว่าจะไม่หาย

(ป่าจันทร์ สัปดาห์ที่ 1)

ความรู้ ความเข้าใจไม่เพียงพอ

จากการประเมินความรู้ของผู้ป่วยในเรื่องของอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีเป็นบางส่วนและเป็นความรู้ที่ไม่ถูกต้อง เช่น เข้าใจว่าฉายแล้วทำให้รับประทานอะไรไม่ได้ ร่างกายอ่อนแอและเสียชีวิต เชื่อว่าอายุมากแล้วจะทนต่อรังสีไม่ได้ ฉายแล้วจะเผาตัวดำไหม้เกรียมกระดูกยุ ฉายแล้วทำให้พูดไม่ได้ หรือให้ผมร่วง เป็นต้น และเมื่อมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นผู้ป่วยบางรายประเมินว่ายิ่งฉายยิ่งแย่ บางรายคิดว่าอาการของโรคทรุดลง หรือบางรายก็ไม่ทราบว่ามีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นแล้ว จึงปล่อยไว้จนอาการรุนแรงมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการอักเสบในช่องปาก

จากการประเมินด้วยแบบประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับรังสีรักษาพบว่าในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (9 ราย) เริ่มมีน้ำลายลดลง มีลักษณะเหนียวข้น และมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องการรับประทานอาหารในระดับ 1 คือ ไม่เบื่อ-เบื่อเล็กน้อย สำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นยังเกิดขึ้นไม่ชัดเจน ในส่วนของผลกระทบต่อจิตใจพบว่า 7 รายมีความรู้สึกกลัวการรักษาระดับปานกลาง คิดมากและนอนไม่หลับเป็นบางครั้ง มีความรู้สึกไม่แน่นอนเมื่อหน้าท้อแท้ใจเป็นบางครั้ง

จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในวงจรมานี้ จะเห็นได้ว่าในระยะนี้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มาฉายรังสีต้องเริ่มประสบกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม สำหรับปัญหาด้านจิตใจนั้นอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการรับรู้ต่อการฉายรังสีในทางลบ ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว วิดก

กังวล รู้สึกไม่แน่นอน หรือไม่มั่นใจในการรักษาที่ได้รับ ประกอบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การที่ต้องปรับตัวแสวงหาที่อยู่อาศัย ปรับตัวกับสังคมใหม่ นอกจากนี้ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งปัญหาทางด้านร่างกายที่เริ่มเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากอาการข้างเคียงของการฉายรังสีในระยะแรก อีกทั้งการบริการที่ได้รับยังไม่ตอบสนอง หรือช่วยจัดปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเพียงพอ นับตั้งแต่การได้รับบริการในฐานะผู้ป่วยนอก และการบริการที่ได้รับยังไม่เอื้อ หรือส่งเสริมให้สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น

จากปัญหาสถานการณ์ก่อนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดังกล่าว ผู้วิจัยได้วางแผนการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และดูแลตนเองในช่วงนี้ได้เหมาะสมดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

การสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวงจรมุ่งได้พัฒนาขั้นตอนการช่วยเหลือโดยอาศัยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการช่วยเหลือ ผู้ป่วยในวงจรมุ่งประกอบไปด้วย ต้อนรับสู่การฉายรังสี ปรับสมดุลของจิตใจ ให้ความรู้เรื่องรังสี ปรับวิถีชีวิตใหม่ แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ ติดต่อประสานงานเป็นตัวแทน และวางแผนพัฒนาสื่อ ดังมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. **ต้อนรับสู่การฉายรังสี** ในครั้งแรกที่พบกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้วิจัยเริ่มจากการการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเริ่มจากการแนะนำตัว การใช้สรรพนามโดยเคารพในความอาวุโส ในรายที่เป็นคนภาคใต้ก็จะใช้ภาษาถิ่นในการพูดคุย ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าการใช้ภาษาถิ่นทำให้มีความกล้าที่จะพูดคุย เพราะไม่คุ้นเคยภาษากลาง กลัวจะพูดผิด และจิตใจที่ได้รับการเอาใจใส่ต้อนรับเป็นอย่างดี นอกจากนี้สอบถามถึงความต้องการการช่วยเหลือ การแนะนำสถานที่ เช่น ห้องฉายรังสี ห้องสังคมสงเคราะห์ หรือห้องที่จัดให้ความรู้ เป็นต้น ตลอดจนให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรที่จะดูแล ให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ เช่นในเรื่องของที่พัก

2. **ปรับสมดุลของจิตใจ** เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับ และเผชิญต่อความกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน ความไม่เชื่อมั่นต่อการรักษา หรือการรับรู้ต่อการฉายรังสีในทางลบโดยเริ่มจากการประเมินการรับรู้ต่อการฉายรังสี ให้ผู้ป่วยระบายการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อออกมาอย่างอิสระ แสดงท่าทียอมรับ ให้ความสำคัญ ไม่เร่งรีบ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าในผู้ป่วยบางรายจะไม่ได้คำตอบนี้ในการพบผู้ป่วยครั้งแรก ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะปฏิเสธ หรือ บอกว่า ไม่รู้สักอะไร ซึ่งวิธีหนึ่งที่ผู้วิจัยใช้เพื่อให้ได้คำตอบคือ การยกตัวอย่างถึงผู้ป่วยอื่นก่อน เช่นบอกว่า "ยายแสงนี่เห็นคนใช้ส่วนใหญ่เล่าว่าแถวบ้านเขาพูดกันไปต่างๆ นานา แล้วที่ลุงได้ยืนมาเล่าว่ายังไงบ้าง" เมื่อได้ยิน

เช่นนี้ผู้ป่วยจะเริ่มระบายความรู้สึก หรือการรับรู้ของคนออกมา เนื่องจากบางรายบอกว่ารู้สึกอายที่จะบอกความรู้สึกกลัวให้ทราบ หรือ ในบางครั้งก็จำเป็นต้องใช้คำตามนำ เช่น คิดว่ามันเป็นเหมือนกับอะไร เปรียบได้กับอะไรบ้าง ซึ่งจากการประเมินถึงการรับรู้ต่อการฉายรังสีทำให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงการรับรู้ หรือข้อขัดแย้งของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษา อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยให้สามารถวางแผนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือให้ข้อมูลที่จะช่วยแก้ไขข้อขัดแย้งได้ตรงจุดมากยิ่งขึ้น

3. ให้ความรู้เรื่องรังสี โดยการให้ข้อมูล การจัดให้พบกับผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์ตรง และการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ดังมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ให้ข้อมูล ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฉายรังสีและอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักการรักษาโรคด้วยการฉายรังสี ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยว่าอาการข้างเคียงต่างๆที่เกิดขึ้นนั้นเป็นปกติจากการฉายรังสี ไม่ใช่อาการของโรคที่เลวลง อาการที่เกิดขึ้นสามารถดูแลจัดการแก้ไขหรือบรรเทาให้น้อยลงได้ และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจะค่อยๆหายไป ภายหลังจากฉายรังสีครบแล้วจนกลับเป็นปกติในที่สุด นอกจากนี้ไม่จำเป็นที่ผู้ป่วยที่ฉายรังสีต้องมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น และรุนแรงเหมือนกันทุกราย บางรายก็มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมาจากการที่พยายามดูแลตนเองเป็นสำคัญ พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองที่สำคัญในระยะแรกในเรื่องของการรับประทานอาหารและน้ำ การดูแลผิวหนัง การดูแลสุขภาพในช่องปาก รวมทั้งอาการข้างเคียงที่อาจพบได้ตั้งแต่ในระยะแรก ได้แก่ คอแห้ง น้ำลายเหนียว ในการให้ข้อมูลใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การยกตัวอย่างเปรียบเทียบกับสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือได้ผ่านประสบการณ์นั้นมาก่อน เช่นเปรียบเทียบการฉายรังสีกับการเอ๊กเรย์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยอย่างเต็มที่ สำหรับความรู้ที่จัดให้แก่ผู้ป่วยในระยะนี้มีดังนี้คือ

3.1.1 ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพในช่องปาก อธิบายให้ทราบถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพในช่องปาก ให้คำแนะนำในเรื่องของน้ำยาบ้วนปาก โดยจะสอนให้ผู้ป่วยผสมน้ำยาบ้วนปาก คือน้ำเกลือด้วยตนเอง ร่วมกับการใช้น้ำยาบ้วนปากที่ได้รับจากรังสีแพทย์ และจากการศึกษาพบว่าสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพในช่องปากคือ การอำนวยความสะดวกโดยการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่สำคัญ คือ แปรงสีฟัน ยาสีฟันหรือเกลือให้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ทราบว่า จะไปซื้อที่ไหนหรือในรายที่มีอายุมากหรืออ่อนเพลีย ก็บอกว่าออกไปซื้อที่ตลาดก็ไม่ไหว

3.1.2 ให้ความรู้เรื่องการดูแลผิวหนัง โดยเริ่มจากการประเมินความรู้ความเข้าใจ หรือการรับรู้ต่อข้อมูลที่ได้รับมาและให้คำแนะนำในสิ่งที่ยังก่อให้เกิดความเข้าใจผิด เช่น ในรายที่เชื่อว่าการฉายรังสีทำให้ผิวหนังพุพอง โคมัยเกรียม การโดนน้ำแล้วจะทำให้ไหม้ดำ หรือเข้าใจว่าห้ามอาบน้ำ สระผมขณะฉายรังสี และให้ความรู้ในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุมให้ครบถ้วน จากการ

ศึกษาครั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าอาการข้างเคียงของรังสีรักษาต่อผิวหนังนั้นเป็นสิ่งที่ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สนใจและให้ความสำคัญมาก ซึ่งจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยเองก็ทราบวิธีการดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี และที่ทราบกันมากคือ ห้ามอาบน้ำ ซึ่งผู้ป่วยเล่าว่าได้รับข้อมูลทั้งจากแพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค รวมทั้งเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันอาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังสามารถสังเกตเห็นได้ง่ายเด่นชัดจากภายนอก ร่วมกับการเห็นตัวอย่างจากผู้ป่วยอื่น ก็เป็นเหตุจูงใจให้ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดเพราะกลัวว่าอาการข้างเคียงจะเกิดขึ้นรุนแรง ซึ่งไม่เหมือนกับอาการข้างเคียงด้านอื่นๆที่ไม่เห็นผลตั้งแต่ระยะแรก หรือบางอย่างก็ไม่เห็นผลเลยตลอดช่วงการฉายรังสี เช่นในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนต่อกล้ามเนื้อช่องปากและคอ ซึ่งเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากในการจูงใจให้ผู้ป่วยสนใจ เห็นความสำคัญ และดูแลตนเองตั้งแต่ยังไม่เกิดอาการ จุดนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาควรร่วมกันหาวิธีการสอน หรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองในทุกเรื่องตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่เกิดอาการรุนแรง

3.1.3 สอนวิธีการประเมินการเปลี่ยนแปลง หรืออาการข้างเคียงที่เกิดจากการฉายรังสี

ด้วยตนเอง โดยแนะนำการประเมินการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การหลังน้ำลาย การระคายเคืองของเยื่อช่องปาก ช่องปากอักเสบ หรืออาการอ่อนเพลีย เป็นต้น โดยในระยะแรกผู้วิจัยจะประเมินพร้อมกับผู้ป่วย หรือผู้ดูแลก่อน จนกระทั่งมั่นใจว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการรายงานความผิดปกติที่เกิดขึ้นให้ทราบตั้งแต่ระยะแรก

3.1.4 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และ เห็นความสำคัญในแผนการรักษาที่ได้รับ เช่น ในเรื่อง

ของการเจาะเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เข้าใจเหตุผลของการที่ต้องเจาะเลือดไปตรวจ และบางรายก็คิดว่าตนรับประทานอาหารไม่ได้ และอ่อนเพลียอยู่แล้วทำไมยังมาเจาะเลือดไปตรวจอีก กลัวว่าจะไม่มีแรงและอ่อนเพลียมากขึ้น หรือการที่ต้องพบแพทย์ทุกสัปดาห์โดยในเรื่องนี้ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และอธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องพบแพทย์ ว่าเพื่อเป็นการประเมินติดตามประเมินผลการรักษาและอาการข้างเคียงหรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้การที่ต้องรอนานเนื่องจากบางครั้งแพทย์ไปต้องใส่แร่ให้กับผู้ป่วยที่อยู่บนหอผู้ป่วย และได้วางแผนร่วมกับผู้ป่วยว่า ในคราวหน้าหากถ้ารู้สึกว่ารอนาน ให้สอบถามเจ้าหน้าที่ หรือ พยาบาลที่หน้าห้องตรวจ หากแพทย์ติดประชุมหรือใส่แร่ก็ควรถามเวลาโดยประมาณที่แพทย์จะลงมาเพื่อที่จะได้ใช้เวลาช่วงนั้นไปรับประทานอาหารหรือทำธุระอย่างอื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายเสนอไว้ว่าควรเขียนติดไว้หน้าห้องตรวจเลยว่าแพทย์จะลงมาตรวจได้ในเวลาใด เพราะไม่กล้าถามและเห็นว่าเจ้าหน้าที่มีงานมาก

นอกจากนี้การรอพบแพทย์เพื่อรับยาในรายที่มีอาการข้างเคียงก็พบว่าทั้งในเรื่องของการรอพบแพทย์ และระบบการรับจ่ายยาผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าต้องใช้เวลาในการรอพบแพทย์นาน ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่าต้องมานั่งรอฉายรังสีตั้งแต่เช้า หลังจากนั้นต้องนั่งรอพบแพทย์ซึ่งใช้เวลาเกือบครึ่งวัน และได้พบแพทย์เพียง 1-2 นาที และที่จ่ายยากับห้องฉายรังสีก็อยู่ไกลในความรู้สึกของผู้ป่วย ขั้นตอนการรับยาก็มีหลายขั้นตอนมากจนจำไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่ใช้สวัสดิการของสังคมสงเคราะห์เมื่อจะรับยาต้องขึ้นไปคิดราคายาที่ห้องรับยาเสร็จแล้วต้องลงมาที่ห้องสังคมสงเคราะห์ที่หน่วยรังสีรักษาซึ่งอยู่คนละชั้นกันมานั่งรอสังคมสงเคราะห์แล้วต้องกลับขึ้นไปห้องจ่ายยาเพื่อนั่งรอรับยาอีก ทำให้เหนื่อยและอ่อนเพลียมากขึ้น จึงเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับยาดังที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า

แบ่งข้าวโทคขอเค้านมาหน่อยหนึ่งหมดแล้วจะขอมอก็ขี้เกียจรอเอายาที่นึ่งก็ลำบากเดินไปเดินมาจำที่ก็ไม่ค่อยได้สายตาก็ไม่ค่อยดี อ่านไม่เห็นว่าเป็นตรงไหนๆ นั่งรอหมอนานมากเกือบไม่ไหวเพลียอยากจะนอน โอ้โห นั่งรอตั้งแต่เช้ามืดว่าจะเจอมอเกือบเที่ยงแล้วเที่ยวเดินย้อนไปย้อนมากกว่าจะได้ยาเกือบเป็นลม

(ลุงแอบ สัปดาห์ที่ 5)

สำหรับปัญหาในเรื่องนี้หากผู้วิจัยอยู่กับผู้ป่วยก็จะขอให้แพทย์ท่านอื่นที่อยู่ประจำห้องตรวจในขณะนั้นช่วยตรวจแทนให้ ซึ่งตรงจุดนี้จะประสานงานกับหน่วยรังสีรักษาว่าในผู้ป่วยที่มารอพบแพทย์เพื่อขอรับยา หากแพทย์เจ้าของไข้ติดธุระอาจมอบหมายให้แพทย์ท่านอื่นที่อยู่ประจำห้องตรวจตรวจแทนได้เพื่อลดระยะเวลาในการรอ และทำให้ผู้ป่วยอยากมารับบริการมากขึ้น ดังที่สมจิต (2537) กล่าววาระบบบริการสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่เอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

3.2 ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับ และ ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองในระหว่างฉายรังสีตั้งแต่ระยะแรก เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และผลดีของการดูแลตนเอง โดยบอกกับผู้ป่วยว่า

การฉายแสงนั้น แพทย์และพยาบาล ช่วยได้แค่เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นในการที่นำรังสีไปทำลายโรค และช่วยเป็นที่ปรึกษา เป็นกำลังใจ ส่วนที่เหลือว่าการรักษาจะได้ผลดีมากน้อยเพียงใด หรือจะสามารถรักษาได้ครบตามกำหนดหรือไม่ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเองสำคัญที่สุด

และอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นนั้นสามารถป้องกัน หรือ ดูแลให้บรรเทาเบาบางลงได้หาก ผู้ป่วยพยายามดูแลตัวเอง แพทย์และพยาบาลเป็นเพียงผู้ช่วยเท่านั้น และก็เชื่อมั่นว่าท่าน สามารถทำได้

3.3 จัดให้ผู้ป่วยได้พบกับผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์ และสามารถปรับตัวต่อการฉายรังสี หรือดูแลตนเองได้ดี ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในบางครั้งหากมีผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การเกิด อาการข้างเคียงมาแล้วและสามารถปรับตัว หรือดูแลตนเองได้ดี มาพูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยพบในขณะที่เข้ากลุ่ม หรือเป็นผู้ป่วยที่แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ แนะนำให้มาพูดคุย กับผู้ป่วย โดยให้เล่าถึงประสบการณ์ และการดูแลตนเอง พร้อมทั้งกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ได้ซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยที่มี อาการข้างเคียงเกิดขึ้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเริ่มปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพราะความกลัว ต่ออาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น แต่วิธีนี้ยังมีปัญหาในการปฏิบัติ เนื่องจากในบางครั้งไม่สามารถหาผู้ ป่วยตัวอย่างที่จะมาพูดคุยกับผู้ป่วยได้ ในจุดนี้ได้วางแผนแก้ไขโดยการจัดทำสื่อให้ความรู้ในส่วน ของวิดิทัศน์ให้ผู้ป่วยดูในกรณีที่ไม่สามารถจัดหาผู้ป่วยตัวอย่างได้

3.4 จัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ในการจัดสนับสนุนทางด้านจิตใจและให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยนั้นหากมีบุคลากรที่เพียงพอ หรือมีผู้ป่วยจำนวนไม่มากก็สามารถรับผิดชอบสนับสนุนติดตาม ผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายได้ แต่สถานการณ์จริงในทางปฏิบัตินั้นพบว่าจำนวน ผู้ป่วยที่ฉายรังสีมีมากแต่มีพยาบาลเพียงคนเดียว การติดตามสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นราย บุคคลจึงไม่สามารถกระทำได้ และเพื่อให้รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถใช้ได้ สถานการณ์ จริงคือผู้ป่วยทุกรายมีสิทธิ์ได้รับบริการจากรูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำผลการศึกษา หรือรายละเอียดการช่วยเหลือในการศึกษาเจาะลึกผู้ป่วยเฉพาะรายมา ขยายเป็นการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนอกที่ได้รับรังสีบริเวณศีรษะและคอทั้งหมด เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการใหญ่เรื่องรูปแบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เดิมมีทีมวิจัยประกอบไปด้วย แพทย์ประจำ หน่วยรังสีรักษา พยาบาลประจำหน่วยมะเร็ง นักสังคมสงเคราะห์และอาจารย์พยาบาล 3 ท่าน โดย ขณะที่เริ่มทำการศึกษานั้นทีมวิจัยได้เริ่มทำการวิจัยในส่วนของโครงการย่อยเรื่อง การหารูปแบบให้ ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และเมื่อผู้วิจัยเข้าไปในฐานะส่วนหนึ่งของผู้ร่วมโครงการ จึงรับผิดชอบในส่วนกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ โดยในช่วงแรกมีอาจารย์พยาบาล และพยาบาล ประจำหน่วยมะเร็งเป็นผู้จัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตแบบมีส่วนร่วมคือเข้ากลุ่ม

และพูดคุยกับผู้ป่วยบ้างแต่ไม่ได้เป็นผู้นำกลุ่ม สำหรับการดำเนินกิจกรรมในช่วงแรกประกอบไปด้วยรูปแบบการนัดและแบ่งกลุ่มผู้ป่วย กิจกรรมขณะเข้ากลุ่ม และสื่อที่ใช้ในการให้ความรู้ดังมีรายละเอียดดังนี้

3.4.1 รูปแบบการนัดและแบ่งกลุ่มผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ฉายรังสีทุกรายจะได้รับการนัดเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เวลา 10.00 น. โดยผู้ช่วยนักวิจัยจรรยาชื่อผู้ป่วยทั้งหมด ชื่อโรค ปริมาณรังสีที่ได้รับในช่วงบำบัดวันศุกร์ หลังจากนั้นพยาบาลประจำหน่วยมะเร็งจะจัดแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มตามปริมาณรังสีที่ได้รับดังนี้

กลุ่มที่	ปริมาณรังสีที่ได้รับ(เซนต์เกรย์)	วันที่นัดเข้ากลุ่ม
1	100-1,000	อังคาร
2	1,001-4,000	พุธ
3	4,000 ⁺	พฤหัสบดี

หลังจากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยจะเขียนรายชื่อผู้ป่วยลงในบัตรนัดใช้ชื่อว่า ใบนัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มให้ความรู้ ซึ่งมีรายละเอียดประกอบไปด้วย ชื่อ สกุล วัน เวลา และสถานที่ที่นัดเข้ากลุ่ม โดยจะนำบัตรนัดดังกล่าวเทียบไว้หน้าแฟ้มฉายรังสีในเย็นวันจันทร์ และมอบหมายให้เจ้าหน้าที่หน้าห้องฉายรังสีเป็นผู้ให้กับผู้ป่วยในเช้าวันอังคารตอนรับแฟ้มฉายรังสี เมื่อผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มก็จะให้บัตรนัดกับผู้ดำเนินการกลุ่ม และจะเขียนบัตรนัดเช่นนี้ให้กับผู้ป่วยทุกสัปดาห์ตลอดระยะเวลาการฉายรังสี

3.4.2 กิจกรรมขณะเข้ากลุ่ม กิจกรรมที่จัดให้กับผู้ป่วยขณะเข้ากลุ่มประกอบไปด้วย

3.4.2.1 การดูวิดีโอ จัดให้ผู้ป่วยดูวิดีโอที่ทางหน่วยรังสีรักษามีอยู่ โดยแบ่งออกเป็น

ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ให้ดูวิดีโอเมื่อวันที่ 1 เรื่องมารู้จักการฉายรังสีกันเถอะ

ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ให้ดูวิดีโอเมื่อวันที่ 2 เรื่องการปฏิบัติในระหว่างมารับการฉายรังสี

ผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 ให้ดูวิดีโอเมื่อวันที่ 3 เรื่อง การปฏิบัติตัวภายหลังฉายรังสีครบแล้ว

3.4.2.2 สะท้อนร่วมกับผู้ป่วยภายหลังดูวิดีโอ ถึงความรู้สึก ข้อขัดแย้ง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

3.4.2.3 สอบถามถึงอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องอาการข้างเคียง และการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียง

3.4.2.4 สนับสนุนด้านจิตใจ ซึ่งเป็นกรให้กำลังใจ โดยใช้คำพูดที่ช่วยให้เกิดกำลังใจ การยกตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จจากการรักษา

3.4.2.5 สะท้อนร่วมกับผู้ป่วยภายหลังเลิกกลุ่มทุก 2 สัปดาห์ และสะท้อนร่วมกับทีมวิจัยทุก 1 เดือน

3.4.3 สื่อในการให้ความรู้

3.4.3.1 แผ่นพับของหน่วยรังสีรักษาเรื่องคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา

3.4.3.2 วิดีทัศน์เรื่องมารู้จักการฉายรังสีกันเถอะ การปฏิบัติในระหว่างมารับการฉายรังสี และการปฏิบัติตัวภายหลังฉายรังสีครบแล้ว

4. ปรับวิถีชีวิตใหม่ แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถปรับวิถีชีวิตใหม่ และแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจได้นั้นผู้วิจัยได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยดังนี้คือ

4.1 แนะนำแหล่งประโยชน์ สวัสดิการ หรือความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยจะได้รับ และการช่วยเหลือผู้ป่วยในการดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ แหล่งประโยชน์สำคัญที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้แก่ แผนกสังคมสงเคราะห์ หน่วยรังสีรักษา สวัสดิการที่ได้รับจากที่พักในรายที่พักที่อาคารเย็นศิระ การช่วยเหลือจากกลุ่มแรงศรัทธา และช่วยผู้ป่วยในการดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ เพราะในบางรายถึงแม้จะทราบถึงแหล่งประโยชน์แล้วก็ยังไม่สามารถจะใช้แหล่งประโยชน์ดังกล่าวได้ บางรายรู้สึกอายที่จะขอความช่วยเหลือ จึงให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยส่วนใหญ่ว่าต้องได้รับการช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์ บางรายก็ช่วยพาไปพบกับนักสังคมสงเคราะห์ในครั้งแรก เช่น ในรายของป้าจันทร์ซึ่งยุติการรักษาไปเองเมื่อฉายรังสีครั้งที่ผ่านมา มาครั้งนี้จึงรู้สึกว่าคุณเองได้ทำผิด คิดว่าแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์จะต้องโกรธ และไม่ให้การช่วยเหลือจึงไม่กล้าไปพบนักสังคมสงเคราะห์ ผู้วิจัยจึงได้พาผู้ป่วยไปพบกับนักสังคมสงเคราะห์ในครั้งแรก และบอกความรู้สึกของผู้ป่วยให้นักสังคมสงเคราะห์ทราบ ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์ก็ได้ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งรับรู้ว่าการเป็นผู้ป่วยสังคมสงเคราะห์ จะได้รับการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของยาที่จัดให้จะแตกต่าง ไม่เท่าเทียมกับผู้ป่วยอื่น ซึ่งในขณะนี้ผู้วิจัยเองก็เกิดความลำบากใจ เนื่องจากในสภาพความเป็นจริงนั้นยาบางชนิด เช่น น้ำยาบ้วนปาก difflam ซี้ตัง ph 5 eucerine ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นยากันด้า ผู้ป่วยรายที่ไม่สามารถจัดหายาดังกล่าวได้ก็กลัวว่าจะเกิดอาการข้างเคียงต่อผิวหนังรุนแรง และกลัวว่าผิวหนังจะดำมาก ขณะดำเนินการกลุ่มผู้วิจัยเองก็รู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ รู้สึกว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เท่าเทียมกัน เกิดความสงสัยเมื่อเห็นผู้ป่วยมองด้วยสายตาแห่งความวิงวอน แต่ผู้วิจัยก็ไม่สามารถจัดการแก้ไขได้เนื่องจากเป็นเรื่องระดับนโยบาย อย่างไรก็ตามนับเป็นความโชคดีของผู้ป่วยที่ในระยะหลังทางกลุ่มแรงศรัทธาได้จัดเป็นสวัสดิการให้กับผู้ป่วยที่ต้องการทุกราย

5. ติดต่อ ประสานงาน เป็นตัวแทน โดยติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ รังสีแพทย์ พยาบาลประจำหน่วยมะเร็ง พยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษา แพณฑังคมสงเคราะห์หน่วยรังสีรักษา เจ้าอาวาส ผู้ดูแลอาคารเย็นศิระ เช่น การประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์ ในการนำข้อมูลของผู้ป่วยในรายที่ควรได้รับการช่วยเหลือให้กับทางสังคมสงเคราะห์ ในเรื่องคำครองชีพ เครื่องอุปโภค บริโภค หรือค่าเดินทางกลับภูมิลำเนา ซึ่งเป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับการพูดคุยกับผู้ป่วยขณะเข้ากลุ่ม ขณะติดตามเยี่ยมที่ที่พัก หรือบางรายก็มาปรึกษาผู้วิจัยเป็นการส่วนตัว เนื่องจากทางหน่วยรังสีรักษามีนักสังคมสงเคราะห์เพียงคนเดียว แต่จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือมีมาก บางครั้งผู้ป่วยจึงอาจได้รับการพิจารณาช่วยเหลือไม่ทั่วถึง นอกจากนี้ติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำหน่วยมะเร็งซึ่งเป็นหนึ่งในคณะกรรมการอาคารเย็นศิระเพื่อแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเรื่องที่พักที่ได้รับจากผู้ป่วย เพื่อจัดดำเนินการแก้ไขต่อไป รวมทั้งติดต่อประสานงานกับรังสีแพทย์เพื่อส่งต่อผู้ป่วยรายที่มีปัญหาสุขภาพให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

6. วางแผนพัฒนาสื่อ ในวงจรนี้เป็นการวางแผนพัฒนาสื่อในส่วนของแผ่นพับที่ให้กับผู้ป่วย โดยการประชุมปรึกษาร่วมกับทีมวิจัยถึงปัญหาของแผ่นพับที่จัดให้กับผู้ป่วย วางแผนร่วมกันในการจัดทำแผ่นพับใหม่ โดยปรับปรุงจากแผ่นพับเดิมแต่เพิ่มเติมในส่วนรายละเอียดของการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมในส่วนที่จะเพิ่มเติม และนำรายละเอียดเนื้อหามาตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมร่วมกับทีมวิจัย กำหนดรูปแบบในการจัดทำ โดยทางหน่วยมะเร็งเป็นผู้ให้ความอนุเคราะห์ในการจัดทำ

7. ดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวตั้งแต่ระยะแรก ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมทุกครั้งในการให้ความรู้ หรือพูดคุยกับผู้ป่วย วางแผนร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ เช่น การปรับตัวต่อที่อยู่อาศัย การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล เป็นที่ปรึกษา ให้ข้อมูลที่ต้องการ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับที่พัก จัดให้พูดคุยกับผู้ป่วย หรือญาติที่พักอาศัยอยู่ การให้ความรู้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยในระยะแรก เช่น ในรายของลูกเด็กได้ให้ความรู้เรื่องการจัดเตรียมอาหารเหลว ทักษะการให้อาหารทางสายยาง นอกจากนี้เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอุปกรณ์ และสถานที่จัดเตรียมอาหารบริเวณที่พักไม่สะดวกจึงประสานงานกับทางหอผู้ป่วยในการประสานงานกับหน่วยโภชนาการเพื่อให้ญาติมารับอาหารเหลวให้ผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งการสอนทักษะในการให้อาหารทางสายให้อาหาร ร่วมกับการติดตามเยี่ยมอย่างใกล้ชิดในช่วงแรก ซึ่งพบว่าทั้งผู้ป่วย และญาติก็เต็มใจออกจากโรงพยาบาล และไปใช้ชีวิตที่ที่พักได้ ดังที่สมจิต (2537) กล่าวว่าครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อ

ทั้งความสามารถ และความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ในการจัดการเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง

เมื่อสิ้นสุดการช่วยเหลือผู้ป่วยตามกลวิธีต่างๆดัง ได้กล่าวมาแล้วนั้น การประเมินถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก็นับ ได้ว่ามีความสำคัญเพื่อที่จะ ได้ประเมินว่ากลวิธีต่างๆที่นำมาใช้กับผู้ป่วยนั้นมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด

ผลการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การประเมินผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวงจรมีผู้วิจัยได้ประเมินจากการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดวงจร โดยการประเมินตามแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในเรื่องของการปรับความต้องการการดูแลตนเอง โดยทั่วไปเมื่อรับรังสี ได้แก่การใช้ชีวิตช่วงรับรังสี การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำ การดูแลผิวหนัง การดูแลสุขภาพในช่องปาก และประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับรังสีรักษา ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง อาการปากแห้ง และประเมินผลกระทบต่อจิตใจในเรื่องของ การรับรู้ต่อการฉายรังสี ความรู้สึกกลัวต่อการรักษา ความรู้สึกไม่แน่นอนเมื่อหน้าท้อแท้ และความรู้สึกต่อการดูแลตนเอง การประเมินบริการทางสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับ กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ดังมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. การใช้ชีวิตช่วงรับรังสี จากเดิมที่มาอยู่เพราะความจำใจ หรือความจำเป็น การประสบปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัยในส่วนของการเป็นอยู่ที่แออัด สาธารณูปโภคไม่เพียงพอ ร่วมกับการประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ แต่ภายหลังได้รับการช่วยเหลือพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (9ราย) มีการปรับตัวยอมรับต่อการที่ต้องจากที่อยู่อาศัย มีการแสวงหาความช่วยเหลือ แหล่งประโยชน์หรือกลุ่มเพื่อน ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อที่อยู่อาศัยได้ในระดับหนึ่ง สร้างความอดทน ยอมรับสภาพความเป็นอยู่ในที่พักได้ มีการพูดคุยปรับทุกข์ และขอความช่วยเหลือเรื่องการจัดการกับปัญหาที่อยู่อาศัยจากผู้วิจัย และถึงแม้ปัญหาในเรื่องที่อยู่อาศัยจะยังไม่ได้รับการแก้ไขแต่การจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รู้จักกัน มีการกลับไปรวมกลุ่มกันในที่พัก ร่วมกับการสร้างสัมพันธ์กับเพื่อนที่พักอาศัยใกล้ๆกัน ทำให้มีเพื่อนสนิทรู้ใจ มีเพื่อนคุยปรับทุกข์ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อที่อยู่อาศัยได้ดีขึ้น ดังมีผู้ป่วยที่ศึกษารายหนึ่งบอกว่า "รู้สึกดีใจที่ได้มาอยู่ที่นี่ทำให้ได้เจอเจอ (เพื่อนถูกใจ) รู้สึกรักเหมือนคบกันมานานเป็นสิบปี" และเมื่อสิ้นสุดวันฉายรังสีบางรายก็มีการแลกเปลี่ยนของที่ระลึกกัน เช่น เสื้อตัวที่ชอบ

การมีกลุ่มเพื่อน การมีเพื่อนสนิทในระหว่างมารับการรักษาจะช่วยส่งเสริมการปรับตัวต่อที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มาอยู่ตามลำพัง เนื่องจากกิจกรรมของผู้ป่วยในแต่ละวันเมื่อ

สิ้นสุดการฉายรังสีนั้นก็คือการกลับมาอยู่ที่ที่พัก การมีเพื่อนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มีที่ปรึกษา ไม่เหงาหรือว่าเหว่ นอกจากนี้ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่ายังช่วยลดภาระเรื่องค่าอาหารในกลุ่มที่รวมกลุ่มกัน ประกอบอาหาร ทำให้ได้รับประทานอาหารหลายชนิดซึ่งช่วยแก้ไขปัญหาเรื่องการเบื่ออาหารได้อีก ประการหนึ่ง

มีผู้ป่วยรายหนึ่งคือลุงแอบที่มาอยู่เพียงคนเดียวและไม่ยอมพูดคุยกับเพื่อนใกล้เคียงให้เหตุผลว่าหงุดหงิด ไม่อยากคุยกับใคร และรู้สึกว่าไม่มีใครอยากคุยกับตน ลุงแอบปฏิเสธการเข้ากลุ่มในช่วงแรกให้เหตุผลว่าไม่อยากพบใคร และรู้สึกว่าคนอื่นรังเกียจตน หรือแม้แต่กับผู้ป่วยเองช่วงแรกก็พูดคุยเพียงสั้นๆ บอกว่าตนไม่มีปัญหาอะไร แต่เนื่องจากความสม่ำเสมอในการติดตาม การช่วยเหลือในเรื่องของสวัสดิการ ทั้งเรื่องอุปโภค และบริโภคที่ผู้ป่วยขาดแคลนโดยการประสานงานกับทางสังคมสงเคราะห์ ร่วมกับการที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวดลงได้ ผู้ป่วยจึงเริ่มเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย เริ่มมาพูดคุยปรับทุกข์กับผู้วิจัยเอง เมื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยได้ จึงพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับเพื่อนข้างเคียง โดยนำเข้ามารวมกลุ่มพูดคุย ขณะเยี่ยมผู้ป่วยที่ที่พัก ทำให้เพื่อนข้างเคียงทราบถึงปัญหา ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเกิดความเห็นอกเห็นใจ และช่วยจัดหาอาหารเพื่อผู้ป่วย ผู้ป่วยเองก็ประเมินว่าดีที่มีเพื่อนช่วย เพราะในระยะที่อ่อนเพลียออกไปซื้ออาหารก็ลำบาก จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออีกทางหนึ่ง

การที่พยาบาลช่วยดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาช่วยในยามคับขัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดต่าง ๆ ได้ดีและมีทางเลือกวิธีการแก้ปัญหามากขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้มากขึ้น (สมจิต, 2535; Cohen & Wills, 1985 อ้างตามสุภาณี, 2536)

2. การบริการทางสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับ เนื่องจากไม่สามารถลดระยะเวลาในการรอได้ จึงจัดให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาช่วงนั้นให้เกิดประโยชน์มากที่สุด จากเดิมที่ผู้ป่วยนั่งรอพบแพทย์เป็นเวลา 2-3 ชั่วโมงในวันแรก แต่เมื่อได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองพบว่า ในช่วงที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา คู่มือการดูแลตนเอง ได้รับข้อมูลที่ช่วยแก้ไขข้อขัดแย้ง การรับรู้ในทางลบ รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาเศรษฐกิจ หรือการปรับตัวต่อที่อยู่อาศัย มีแหล่งข้อมูลในการซักถาม ได้ระบายออกถึงความรู้สึกกลัว หรือวิตกกังวล นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจมีที่ปรึกษา ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า

นี่ถ้ามีใคร (อะไร) บอกหมอบอกอยู่แล้ว เพราะค่อนข้างดีไม่มีหยาบมีหยิ่ง นี่ดีใจอย่างแรง กลัวว่าหมอดิฉันนั่นพันนี้ เคยเจอแค่โรงบาลที่บ้านไม่ไหวบางคนทำเต่า (อวดรู้/ทำตนเหนือกว่า) เห็นคนแก่ๆ ก็ว่าความจริงหมอนี้ น่าจะเอาใจคนไข้เหมือนแหละคนไม่บาย (สบาย) ต้องเอาใจเดี่ยวเขาไม่รักษาไม่อยู่เสียแหละ

3. ผลกระทบต่อจิตใจ/การรับรู้ต่อการฉายรังสี จากเดิมที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการฉายรังสีในทางลบ มีความกลัว ไม่มั่นใจ และไม่เชื่อมั่นต่อการฉายรังสี แต่เมื่อได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (8 ราย) มีการเปลี่ยนแปลงในระดับ 1 คือมีความรู้สึกลึกถึงการรักษาเล็กน้อย รู้สึกไม่แน่นอน เบื่อหน่ายท้อแท้ใจเป็นบางครั้ง และรู้สึกว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ แต่ก็ควรให้ผู้อื่นให้ความช่วยเหลือบ้าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ตัดสินใจรักษาเองทั้งหมด และกลุ่มแพทย์ส่งมาฉายบางราย สามารถปรับตัวเผชิญกับความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ต่อการฉายรังสีจากประสบการณ์ความเชื่อ หรือข้อมูลที่ได้รับในทางลบ ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการรับการรักษามากยิ่งขึ้น มีผู้ป่วย 2 รายคือแม่ชีบุญ และลุงแอบที่ยังมารับการรักษาเพราะความจำใจ ในรายของแม่ชีบุญบอกกับผู้วิจัยว่าอยากกลับบ้าน กลับไปรับประทานยาต้มที่วัด เชื่อว่าตนไม่ได้เป็นมะเร็ง เพราะถ้ามะเร็งต้องมีตัวและต้องมีอาการคัน รับประทานเป็นเพียงไข่มีเชื้อรับประทานยาต้มก็จะหาย แต่บุตรบุญธรรมไม่ยอมพากลับบ้าน หรือในรายของลุงแอบ ประเมินว่าฉายรังสีแล้วก็ยังทุกข์ทรมานเหมือนเดิม แต่ก็ไม่มีวิธีอื่นที่จะไปรักษาอีกแล้วจึงจำใจต้องฉายรังสีต่อ

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าจุดเปลี่ยนที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนการรับรู้ต่อการฉายรังสีในทางลบ มาเป็นการรับรู้ในทางบวกหรือมีความเชื่อมั่นมากขึ้นคือ การได้พบกับประสบการณ์การฉายรังสีด้วยตนเอง และการประเมินตนเองภายหลังฉายรังสีว่าดีขึ้น ดังเช่นในรายของลุงพงศ์เล่าว่า

พอฉายจริงรู้สึกว่ามันคิดกับที่คิดมาก เหมือนกับนอนหลับไปเลยอู่นๆ ไหวพั้นนั้นแหละถึงคิดว่าน่าหลับน่าฉายเลย (อีก) พอฉายแล้วบาย (สบาย) ไม่กลัวไม่ไหว ที่แรกคิดว่าฉายแล้วดี (จะ) ถอยแต่นี้ดีกว่าเก่าอีก ที่แรกคิดว่าฉายแล้วดีแต่ใจไม่ได้อยู่ เห็นเครื่องเห็นไรวางผงฉายแล้วเห็นเพื่อนดำๆกลัวไม่รู้ว่าดำถึงไหนแล้ว

(ลุงพงศ์ วันที่ 3 ของการฉายรังสี)

4. การดูแลผิวหนัง พบว่าในระยะนี้ผู้ป่วยทุกรายยัง ไม่มีอาการข้างเคียงต่อผิวหนังเกิดขึ้น มีเพียงอาการปวดแสบปวดร้อน และเมื่อประเมินการดูแลตนเองพบว่าผู้ป่วยทุกรายมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการข้างเคียงต่อผิวหนังได้เพียงพอ มีการรับรู้ต่อข้อมูลที่ได้รับได้ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการ ใช้น้ำ ค้างที่ลุนมิตร และลุนเหมเล่าให้ฟังว่า

นี่น้ำไม่หาย (กลัว) ให้โดน แดด ไหฺรก็ไม่หายให้ถูกมาเนี้ก็กางร่มมา เวลาคน ไหฺรก็ไม่หาย เกา ก็ขอแป้งข้าว โทคหมอไปทา เหมือนที่ลูกสาว (ผู้วิจัย) ว่าก่อนมาฉายแสงก็ทาครีมที่ หมอให้ (ใช้ที่ ph 5 eucerine)ทา เข้าหน เย็นหน

(ลุงมิตร สัปดาห์ที่2)

นี่พยายามดูแลอย่างดี น้ำอะไรก็ไม่ให้โดน แดดก็พยายามว่าไม่ตาก แป้งอะไรก็ไม่ทา เดี่ยวถ้า คนก็ค้อบอกหมอ หนวดเนี้ก็ไม่กล้าโกนกลัวว่าจะเป้นแผล วันก่อนถามหมอแล้วหมอว่า ไม่ให้โกนเดี่ยจะบาดแล้วเป้นแผล

(ลุงเหม สัปดาห์ที่1)

5. การดูแลสุขภาพในช่องปาก พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพในช่องปาก ได้อย่างเหมาะสม ภายหลังได้รับคำแนะนำร่วมกับการประเมินผลภายหลังปฏิบัติแล้วได้ผลดี คือไม่ ทำให้เสบ ช่วยลดอาการปากแห้ง ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ผู้ป่วยที่ศึกษาทุกรายเปลี่ยนมาใช้ น้ำเกลือผสมเอง ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากที่ได้รับจากรังสีแพทย์ ดังเช่นในรายชื่อของลุงแอบเล่าว่า

ปากมันอ้าไม่ค้อยขึ้นก็พยายามอ้าให้กว้างวันเนึงสามสี่หน แล้วอมน้ำเกลือค้อยเบาลงหน่อย ฟันก็แปรงกับแปรงที่หมอ (ผู้วิจัย) ให้แต่ระวังกลัวจะ ไปที่มข้างๆ พอนอนๆปากแห้ง พอ เวลานั้นปากไม่แห้ง อดน้ำเกลือแล้วปากไม่แห้ง พอดอนนอนอมน้ำเกลือไว้ไหลลงคอซัก พักก็แห้งผาก ต้องลุกขึ้นมากินค้อ ในปากที่เจ็บก็เบาแล้วก็กินยาชาบ้วนปาก

(ลุงแอบสัปดาห์ที่ 2)

6. การรับประทานอาหารและน้ำ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (8 ราย) ทราบถึงชนิดของอาหารที่ เหมาะสม และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง มีการปรับปริมาณน้ำดื่มให้เหมาะสม เช่นในรายชื่อของลุงมิตร เมื่อรู้สึกว่าน้ำลายเหนียวก็จะดื่มน้ำทดแทนดังที่เล่าให้ฟังว่า

ในปากรู้สึกว่าริมตั้งแต่สามคืนก่อนมันเหนียว เหนียว คือในปากบริเวณปากมันจะเหนียว ยกขึ้นไปถึงบ้วนน้ำสัทที่ แล้วก็กินน้ำสัทจอกก็รู้สึกยังขั้ว บางทีนอนไปสัทพักดีสามทีสี่ ตอนหัวรุ่ง รู้สึกว่จะเหนียว ยกขึ้นถึงก็เอาน้ำบ้วนปาก เอาน้ำกินสัทจอกก็รู้สึกว่ยังขั้ว นอน ค้อได้หลาว (อึก) ก่อนนอนจะแปรงฟัน เสร้งแล้วกินน้ำ กินน้ำแล้วก็นอน พอนอนแล้วสัท ทักนั้นแหละมันเหนียวๆ ในปากเหมือนยางหนน (ถนน) ที่มันติดกัน

(ลุงมิตร สัปดาห์ที่2)

มีผู้ป่วย 2 รายที่อยู่ในระยะนี้ที่ยังไม่สามารถปรับปริมาณน้ำดื่มได้ คือในรายของแม่ชีบุญ และ ตาขำ โดยในรายของแม่ชีบุญนั้นผู้ดูแลซึ่งเป็นลูกศิษย์ของผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยมีนิสัยไม่ชอบดื่มน้ำอยู่แล้ว จะดื่มน้ำเฉพาะหลังรับประทานอาหาร แต่เมื่อได้รับความรู้จากผู้วิจัยผู้ดูแลก็พยายามจัดให้ดื่มน้ำตามปริมาณที่กำหนด แต่ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมดื่มน้ำ ผู้ดูแลบอกว่าตนก็ไม่กล้าบังคับเนื่องจากแม่ชีเป็นอาจารย์ของตนจึงต้องปล่อยตามใจ และมาปรึกษาผู้วิจัยให้ช่วยพูดคุยกับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยจะเชื่อหมอ (ผู้วิจัย) ทุกอย่าง ผู้วิจัยจึงได้พูดคุยกับผู้ป่วยโดยเริ่มจากจุดที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือการกลับวัด จึงให้ข้อมูลให้เชื่อมโยงกับความต้องการของผู้ป่วย โดย ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยว่าหากผู้ป่วยดื่มน้ำน้อย อาจทำให้มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นรุนแรง และหากเป็นเช่นนั้นแพทย์จะพิจารณาให้งดฉายรังสีชั่วคราว ซึ่งจะยิ่งทำให้การฉายรังสีล่าช้าออกไป เมื่อได้ฟังเช่นนี้ผู้ป่วยจึงขอต่อรองว่าหากจะดื่มน้ำผลไม้ หรือน้ำอย่างอื่นได้หรือไม่ ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลจุดนี้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยจึงสามารถปรับปริมาณน้ำดื่มได้อย่างเหมาะสม

ในรายของตาขำ เมื่อได้รับคำแนะนำให้ปรับปริมาณน้ำดื่ม ผู้ป่วยกลับเข้าใจว่าต้องดื่มน้ำครั้งละ 2,000 มิลลิลิตร จึงมาปรึกษาผู้วิจัยว่าตนเองไม่กล้าดื่มน้ำเพราะกลัวว่าท้องจะแตก ในจุดนี้จึงได้ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยอีกครั้ง ร่วมกับการวางแผนปรับปริมาณน้ำดื่ม และแบ่งปริมาณน้ำดื่มต่อวัน อย่างชัดเจนร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

7. กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ การประเมินการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ประเมิน โดยการสะท้อนร่วมกับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ากลุ่มทุก 2 สัปดาห์ และสะท้อนร่วมกับทีมวิจัยทุก 1 เดือน ในเรื่องของรูปแบบการนัดผู้ป่วย การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย กิจกรรมกลุ่ม สื่อในการให้ความรู้ ดังมีรายละเอียดดังนี้คือ

7.1 รูปแบบการนัดผู้ป่วย ในเรื่องการนัดผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยได้รับบัตรนัดไม่ทั่วถึง ยังคงมีบัตรนัดจำนวนหนึ่งเสียบบ้างไว้หน้าแฟ้มฉายรังสี ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ได้รับบัตรนัดไม่สม่ำเสมอ สัปดาห์ไหนที่ไม่ได้รับจึงไม่มาเข้ากลุ่ม นอกจากนี้บางรายให้ข้อมูลว่าไม่เข้าใจบัตรนัดที่ได้รับ ไม่ทราบว่าต้องทำอะไร จากการสังเกตพบว่าบางรายถือบัตรนัดไปนั่งรอหน้าห้องตรวจ บางรายถือบัตรนัดนั่งรอหน้าห้องสังคมสงเคราะห์ จำนวนผู้ป่วยที่มาเข้ากลุ่มครั้งละ 4-5 คน ผู้ป่วยบางรายบอกว่าเสร็จกิจกรรมต่างๆ (การฉายรังสี การพบแพทย์ พบนักสังคมสงเคราะห์ การไปจ่ายเงินค่าฉายรังสี การไปเจาะเลือด) ภายหลังเริ่มกลุ่มไปแล้วจึงไม่กล้าเข้ากลุ่ม บางรายก็บอกว่ายังทำกิจกรรมต่างๆไม่เสร็จจึงไม่เข้ากลุ่ม นอกจากนี้ผู้ป่วยประเมินว่าเวลาในการเริ่มกลุ่มช้า ต้องรอนาน บางรายเกรงใจเพื่อน หรือญาติที่รอ บางรายก็บอกว่ากลับไปรับประทานอาหาร เพราะรับประทานอาหารต้มมาตั้งแต่ 05.00 น. หรือในขณะที่บางรายไม่ได้รับประทานอะไรมาเลยทำให้รู้สึกหิว

เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคที่เป็นผู้ยื่นบัตรนัดให้กับผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ไม่ทราบว่าต้องให้กับ

ผู้ป่วย ไม่เข้าใจบัตรนัดทำให้ไม่สามารถอธิบายผู้ป่วยได้เพราะผู้ป่วยบางรายเมื่อได้รับบัตรนัดแล้วก็จะถามรายละเอียด นอกจากนี้ในรายที่ฉายรังสีครบก่อนวันนัดเข้ากลุ่ม เช่น การยื่นบัตรให้กับผู้ป่วยในเช้าวันอังคาร นัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มวันพฤหัสบดีแต่ผู้ป่วยรายนั้นฉายรังสีครบในวันพุธจึงไม่แน่ใจว่า จะต้องให้บัตรนัดกับผู้ป่วยหรือไม่

7.2 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย จากการสะท้อนร่วมกับทีมวิจัยพบว่า การจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามปริมาณรังสีที่ได้รับ ทำให้ภายในกลุ่มมีผู้ป่วยที่หลากหลาย การดูแลตนเองจึงแตกต่างกัน จึงต้องแบ่งเป็นกลุ่มย่อยในการพูดคุยผู้ป่วยที่เหลือจึงอาจเบื้อหน้าย ได้รับข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และปัญหาบางปัญหาซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าพูดคุย นอกจากนี้ปริมาณรังสีที่ได้รับในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน เช่นในกลุ่มมะเร็งปากมดลูกได้รับรังสีประมาณ 3,000-4,000 เซ็นติเกรย์ ในขณะที่กลุ่มมะเร็งศีรษะและคอได้รับรังสีประมาณ 6,000-7,000 เซ็นติเกรย์ ทำให้การจัดให้ความรู้อาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย เนื่องจากสื่อในการให้ความรู้ที่จัดให้แก่ผู้ป่วยนั้นแบ่งตามปริมาณรังสีที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์สุดท้ายก็ยังคงเข้ากลุ่มที่ 2 (กลุ่มที่ได้รับรังสี 1,001-4,000 เซ็นติเกรย์) หรือในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในช่วงที่ได้รับรังสี 4,000 เซ็นติเกรย์ก็ต้องมาเข้ากลุ่มที่ 3 ในขณะที่กำลังเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงรุนแรง สื่อในการให้ความรู้ที่ได้รับจึงไม่เหมาะสม

7.3 กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมกลุ่มส่วนใหญ่เป็นการดูวิดีโอ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และการซักถามน้อย และหากผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มทุกครั้งก็จะได้ดูวิดีโอซ้ำๆ กิจกรรมกลุ่มในส่วนนี้จึงยังไม่เหมาะสม ดังที่สมจิต (2537) ได้กล่าวไว้ว่าแม้ว่าการใช้วิดีโอจะช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ แต่การใช้มากเกินไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วย ที่มีความเครียดสูงจากโรคและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยมีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากต้องการสัมพันธภาพที่อบอุ่นจากพยาบาลในการเรียนรู้ซึ่งจะหาไม่ได้จากสื่อการสอน ความรู้ในวิดีโออาจเป็นสื่อที่ผู้ป่วยไม่ต้องการในขณะนั้น อาจมีสิ่งอื่นหรือปัญหาอื่นที่ผู้ป่วยกังวลห่วงใยมากกว่า

7.4 สื่อในการให้ความรู้ ในส่วนของคู่มือที่ให้กับผู้ป่วย และวิดีโอพบว่า

7.4.1 คู่มือที่ให้กับผู้ป่วย จากการสะท้อนร่วมกับทีมวิจัยพบว่า เมื่อพิจารณาตามความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยขณะได้รับรังสีรักษา พบว่าเนื้อหายังไม่ครอบคลุม ไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย ไม่ได้ให้รายละเอียดหรือบอกแนวทางในการปฏิบัติ นอกจากนี้ตัวหนังสือมีขนาดเล็กจึง ไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาประเมินว่า อ่านไม่เห็น สายตาไม่ดี และบางรายก็บอกว่าอ่านไม่ออก หรือไม่ยอมอ่านอะไรในช่วงนี้สิ่งที่ผู้ป่วยเล่าว่า

หนังสืออ่านไม่เห็น ตามันแลไม่เห็น ถ้ามีแว่นพองเห็นมั่ง (บ้าง) นีเด็ก (บุตรหลาน) มันลืม
ไม่รู้เอาไปไว้ไหน ไม่รู้เขาเขียนว่าหรือ (ยังง)

(ตาจำ สัปดาห์ที่ 2)

มันไม่รู้ทำไมช่วงนี้มันไม่ อยากอ่านไม่อยากจะทำอะไรเลย มันหงุดหงิดในใจยัง งบอกไม่
ถูกถ้านั่งคุยกับหมอ (ผู้วิจัย) ยังงี้ (อย่างนี้) หมอมาพูดให้ฟังนี่ดี ถ้าให้อ่านเองบอกตรงๆว่า
ไม่อยากจะอ่าน ไร่รามันไม่ค่อยรู้หนังสือด้วย อ่าน ไปก็ไม่รู้เรื่อง

(ลุงเหม สัปดาห์ที่ 2)

7.4.2 วิถีทัศน์ ลักษณะภาพเป็นภาพนิ่ง คือเป็นภาพถ่าย แทรกภาพวาด และตัวหนังสือ
ประกอบเสียงบรรยาย ลักษณะภาพไม่คมชัด สีซีด จึงอาจไม่ดึงดูดความสนใจ เนื้อหากว่าถึงการดู
แลตนเองของผู้ป่วยในทุกบริเวณ มีรายละเอียดการดูแลตนเองไม่ครอบคลุม เนื้อหาเน้นว่าเป็นการ
ฉายรังสีของผู้ป่วยมะเร็งจึงอาจส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยได้ เนื่องจากยังมีผู้ป่วยส่วน
หนึ่งไม่ทราบ หรือยังไม่ยอมรับการวินิจฉัย

7.5 ผลกระทบต่อผู้ป่วย กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ที่จัดให้กับผู้ป่วยนั้นนอกจากช่วย
ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแล้วยังพบว่าก่อให้เกิดผลกระทบในด้านลบแก่ผู้ป่วยได้ในขณะ
เดียวกันดังนี้คือ

7.5.1 เกิดการเปรียบเทียบภายในกลุ่มผู้ป่วยในเรื่องของอาการข้างเคียงหรือความทุกข์
ทรมานที่เกิดขึ้น และปริมาณรังสีที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับรังสีปริมาณมากกว่า และความ
รุนแรงของอาการข้างเคียงเกิดขึ้นชัดเจนตั้งแต่สัปดาห์แรกๆ คือในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเข้า
ใจว่าเป็นมาก หรือมีอาการหนัก ดังเช่นที่ผู้ป่วยรายหนึ่งตั้งคำถามกับผู้วิจัยในขณะที่เข้ากลุ่มว่า "เห็น
เพื่อนฉายไม่กี่วันก็เสร็จได้กลับบ้าน พวกที่มาพร้อมๆกันกลับบ้านหมดแล้วเหลือแต่เรา สงสัยเป็น
หนักกว่าเพื่อนใช้มั้ย"

7.5.2 กลุ่มไม่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการระบายความทุกข์ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ เนื่องจาก
ความแตกต่างระหว่างเพศ และปัญหาที่เกิดขึ้น โดยในกลุ่มที่ฉายรังสีบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ หรือ
กลุ่มมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ปัญหาที่เกิดขึ้นบางอย่างเป็นเรื่องที่ค่อนข้างละเอียดอ่อน
ต้องการความเป็นส่วนตัว หรือการพูดคุยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เช่นปัญหาเรื่องเพศสัม
พันธ์ การสูญเสียอวัยวะ ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าพูดคุยซักถาม เพราะในกลุ่มจะมีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ
คอซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย แต่พบว่าภายหลังเลิกกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม/มะเร็งปากมดลูกจะรวม
กลุ่มกันและมาขอพูดคุยกับผู้วิจัยเป็นการส่วนตัว

7.5.3 เกิดความเข้าใจผิด เนื่องจากปัญหาการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยที่ฉายรังสีในแต่ละบริเวณจะมีความแตกต่างกัน แต่เมื่อได้รับการบอกเล่าอาการจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะเกิดความเข้าใจผิดว่าตนเองจะต้องมีอาการข้างเคียงดังกล่าวเกิดขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวล

นอกจากนี้ในส่วนของผู้ป่วยก็เกิดความลำบากใจในการดำเนินกลุ่ม เนื่องจากภายในกลุ่มประกอบด้วยผู้ป่วยที่ฉายรังสีในทุกบริเวณ ซึ่งปัญหาการดูแลตนเองบางอย่างก็เป็นเรื่องที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจง จึงต้องแบ่งพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นกลุ่มๆ และรู้ดีว่าขณะพูดคุยกับกลุ่มหนึ่งอีกกลุ่มหนึ่งต้องนั่งรอ จึงกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียเวลา หรือจะไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้ากลุ่มอย่างเต็มที่

กลยุทธ์ของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวงจรเริ่มต้นชีวิตใหม่ เรียนรู้การฉายรังสีนี้ ผู้วิจัยในฐานะของผู้ปฏิบัติ คือบทบาทของพยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษาได้ใช้กลวิธีต่างๆ ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินการรับรู้ต่อการฉายรังสี การให้ความรู้ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ใช้แหล่งประโยชน์ การติดต่อประสานงานเป็นตัวแทน และการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมดังนี้คือ

1. การสร้างสัมพันธภาพ การช่วยเหลือผู้ป่วยในครั้งแรกนั้นผู้วิจัยได้เริ่มจากการสร้าง

สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้การต้อนรับที่อบอุ่น ให้การช่วยเหลือตามความต้องการ การให้เกียรติ เคารพสิทธิและความเป็นอาวุโสของผู้ป่วย ตลอดจนเป็นที่ปรึกษารับฟังให้ผู้ป่วยระบายทุกข์อย่างเต็มที่ซึ่งการช่วยเหลือในลักษณะดังกล่าวนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ โอเรียม (Orem, 1985) แนวคิดเรื่ององค์ประกอบของการดูแลของเมเยอร์ออฟ (Mayeroff, 1971 cited by Wolf, 1986) และลาร์สัน (Larson, 1986) ดังนี้

1.1 แนวคิดของโอเรียม โอเรียม (Orem, 1985) ได้เน้นให้เห็นว่าการปฏิบัติพยาบาลนั้นต้องอาศัยระบบย่อย 3 ระบบคือระบบทางสังคม ระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และระบบวิชาชีพและการปฏิบัติ ซึ่งลักษณะสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยนั้นเป็นสัมพันธภาพของการให้ความช่วยเหลือ จำกัดด้วยเวลา และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยนั้นต้องใช้ความพยายามและพลังงานในการติดต่อ ในผู้ป่วยบางรายที่ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาล ในภาวะเช่นนี้พยาบาล จะต้องเป็นผู้ริเริ่มติดต่อ สร้าง และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ พยาบาลจะต้องเห็นความสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและศรัทธาในตัวพยาบาล เพราะความไว้วางใจ และ ศรัทธาเป็นเสมือนแรงผลักดัน ที่จะช่วยคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ถึงแม้ว่าในบางครั้งพยาบาลจำเป็นต้องจำกัด หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่ภายใต้ความรู้สึกที่ไว้วางใจ การเคารพนับถือและยอมรับซึ่งกันและกัน จะ

ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าถูกจำกัด หรือถูกบังคับ แต่กลับรู้สึกว่ายบายาสใจ เอาใจใส่ และช่วยเหลือเขาอย่างจริงจัง

1.2 แนวคิดองค์ประกอบการดูแลของเมเยอร์ออฟ (Mayeroff, 1971 cited by Wolf, 1986) ที่กล่าวว่าผู้ให้การดูแลและบุคคลที่ได้รับการดูแลต้องมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน นอกจากนี้ผู้ให้การดูแลที่มีความอ่อนน้อมถ่อมตน จะทำให้เกิดการเรียนรู้ผู้ที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และไม่ทำให้เกิดการใช้อำนาจกับผู้ได้รับการดูแล

1.3 แนวคิดเรื่องสัมพันธภาพของลาร์สัน (Larson, 1986 อ้างตามบัวหลวง, 2538) กล่าวว่าไว้วางใจบายาสมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย มีความรู้สึกห่วงใยเอื้ออาทร และมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง โดยหลักการที่นำมาใช้ได้แก่ การแสดงความสนใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวได้แล้วก็ตาม การเป็นสื่อกลางที่ผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึก หรือบอกเล่าเกี่ยวกับ โรคและการรักษาการยอมรับในความเป็นบุคคลและเห็นความสำคัญของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกและกำหนดกิจกรรมของตนเองในการรับการรักษา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ การแสดงความเป็นมิตร เป็นกันเองกับครอบครัวของผู้ป่วยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องด้วย ทักทายและพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และยอมรับว่าผู้ป่วยจะมีลักษณะเฉพาะของตนเอง

2. การประเมินการรับรู้ โดยจะประเมินการรับรู้ต่อการฉายรังสีในผู้ป่วยทุกราย เพื่อให้ทราบถึงความคิด ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้สามารถเข้าใจความคิด ความเชื่อ หรือจุดขัดแย้งที่เกิดกับผู้ป่วย อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้ความรู้ หรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วย สอดคล้องกับที่โกมาตร (2537) กล่าวว่าเนื่องจากบุคคลย่อมมีวัฒนธรรมความเชื่อ และความคิดเห็นต่อความเจ็บป่วยของตนแตกต่างกันไป ผู้ป่วยต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนในลักษณะที่น่าเชื่อถือ โดยความน่าเชื่อถือในจุดยืนของผู้ป่วยหมายถึงสอดคล้องกับความคิด หรือความเชื่อเบื้องต้นของตน การขาดความรู้ความเข้าใจในวัฒนธรรมและระบบวิถีคิดของชาวบ้านต่อสุขภาพความเจ็บป่วยทำให้เราไม่สามารถทำความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ต่างๆดังกล่าวได้

3. การให้ความรู้ นับเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง การให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตัดสินใจเหตุการณ์คือการฉายรังสี นำข้อมูลมาใช้ในการพิจารณาตัดสินใจดูแลตนเอง อันจะเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985 อ้างตามสมจิต, 2537) ในเรื่องของการดูแลตนเองซึ่งกล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการ

พินิจพิจารณาตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ โดยในขณะนี้บุคคลที่จะสามารถระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นได้ว่าสิ่งที่จะกระทำเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกตการให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพินิจพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

4. การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ โดยการแนะนำแหล่งประโยชน์ สวัสดิการ ความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยจะได้รับ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Orem, 1985)

5. การติดต่อประสานงานเป็นตัวแทน บทบาทในส่วนนี้โอเร็มไม่ได้กล่าวไว้ แต่จากการศึกษาพบว่า เป็นบทบาทที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ช่วยรักษาสิทธิของผู้ป่วย รวมทั้งการช่วยเจรจาต่อรอง ซึ่งบทบาทในส่วนนี้เปรียบได้กับ advocacy หรือการทำหน้าที่แทนผู้ป่วยโดยทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการของตนเอง และช่วยให้ความต้องการนั้นได้รับการตอบสนอง พิทักษ์คุณค่าของความเป็นมนุษย์ และทำหน้าที่ปกป้องไม่ให้เกิดการล่วงละเมิดศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัว และทางเลือกของผู้ป่วย (Fry, 1994 อ้างตามวงจันทร์, 2539)

6. การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษานับได้ว่าเป็นมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน และวัยสูงอายุร่วมกับการจัดให้บริการแบบผู้ป่วยนอก จึงต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985) ซึ่งให้ความสำคัญกับครอบครัว โดยกล่าวว่าครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแล หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้อาจใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจแหล่งประโยชน์ในการจัดระบบการดูแลตนเอง และเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการเลือกวิธีการช่วยเหลือและจัดระบบการพยาบาล

นอกจากนี้จากการศึกษาเพื่อหารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในวงจรนี้พบว่า มีปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การที่ทราบถึง

ปัจจัยดังกล่าวจะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้พยาบาลนำมาใช้วางแผนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งจะเสนอรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

ปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย

จากการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวงจรมีพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยดังนี้

1. ปัจจัยที่สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าปัจจัยหลายประการที่สนับสนุน หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับวงจรมีได้แก่ ความกลัวต่ออาการข้างเคียงหรือความผิดปกติที่จะเกิดขึ้น แรงจูงใจ สวัสดิการหรือความช่วยเหลือที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว หรือผู้ดูแล การได้พบกับผู้ป่วยที่ปรับตัวต่อการฉายรังสีได้ดี และการได้รับข้อมูลที่เหมาะสม สอดคล้องกับประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย ดังนี้คือ

1.1 ความกลัวต่ออาการข้างเคียงหรือความผิดปกติที่จะเกิดขึ้น การที่ผู้ป่วยได้เห็นตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงรุนแรง หรือ เห็นผู้ป่วยอื่นปฏิบัติแล้วมีผลเสีย เช่นในเรื่องของการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยพยายามรับประทานอาหารเพราะกลัวว่าจะไม่มีแรงกลัวว่าจะทรุดหนักเหมือนผู้ป่วยอื่น บางรายก็พยายามดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ เช่นการพยายามดื่มน้ำมากๆ หรือพยายามบ้วนปากเพราะไม่อยากให้อาการข้างเคียงเกิดขึ้นกับตนเอง หรือในบางรายเมื่อเห็นผู้ป่วยอื่นเกาะบริเวณที่ฉายรังสีแล้วมีแผลก็ไม่กล้าเกาะบริเวณที่ฉายรังสีเพราะกลัวว่าจะเกิดอาการดังกล่าวขึ้นกับตน ดังที่นำเพ็ญเล่าว่า "เห็นของหลวง (ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า) แกเกาะปราดไปแค่ (ที่) คอทีเดียวเป็นแผลเลยนี่เลยไม่หาย (กล้า) เกาะที (เด็คขาด)" ในรายของลุงพงศ์ก็เช่นกันได้เล่าให้ฟังว่า "แค่ (ที่) คอไม่คันไม่ไทรเห็นของเพื่อนป่วยหงหมด นี่ไม่หายเกลายกลัว พอดันก็เอามือหยิบๆ เอามือกดๆก็หายถ้าเที่ยวเกาะเดียวหงหมด"

นอกจากนี้ในรายที่มีประสบการณ์มาก่อนก็จะพยายามดูแลตนเองเพราะไม่อยากจะให้อาการข้างเคียงเกิดขึ้นเหมือนครั้งก่อนอีก ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต หรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้ประสบมาในอดีตเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต, 2537) เช่นในรายของป้าจันทร์เมื่อมาฉายรังสีครั้งนี้กลัวว่าจะเกิดอาการข้างเคียงรุนแรงเหมือนที่ผ่านมา จึง ได้พยายามดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ดังที่เล่าว่า

กลัวว่าจะเหมือนหนก่อนหลาว (อีก) ต้องอุดสา (พยายาม) เทียนนี้ว่าอย่าให้เหมือนหนก่อนนู้ (โน้น) เทียนนี้อุดสากินน้ำ กินของเป็นน้ำยังกำ (ตลอด) กินทีสองสามช้อนพอหันคอไม่รู้เรื่องไทร (อะไร) ว่าทรอย (อรอย) ไม่ทรอย

(ป้าจันทร์ สัปดาห์ที่1)

1.2 แรงจูงใจ แรงจูงใจสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยคือ ต้องการฉายรังสีให้ครบตามกำหนดเพื่อจะได้กลับบ้าน และจากการที่เห็นผู้ป่วยที่ต้องหยุดการฉายรังสีเพราะมีอาการข้างเคียงรุนแรง เป็นสิ่งกระตุ้นหรือช่วยจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ดังที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า

นี่ตั้งใจเอาไว้ว่าต้องฉายให้ครบ ว่าเอาให้หลอด (ตลอด) สามสิบกว่าแสงตั้งใจไว้แล้วว่าได้กลับบ้าน นี่สุดส่าห์ทำทุกอย่างใจ (ตามใจ) หมอให้ทำอะไรตั้งใจไว้แล้ว ว่าทนให้หลอด (ตลอด) ให้ได้ฉายครบ ได้กลับบ้านสิ่ง (อย่าง) เดียว

(อุงมิตร สัปดาห์ที่ 2)

1.3 สวัสดิการ หรือความช่วยเหลือที่ได้รับ ทั้งจากหน่วยรังสีรักษา แผนกสังคมสงเคราะห์ และจากที่พักในรายที่พักอยู่ที่อาคารเย็นศิระ เนื่องจากดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเศรษฐกิจ การได้รับการสนับสนุนด้านสวัสดิการ ทั้งในส่วนของข้าวต้มฟรีตอนเช้า การได้รับการแบ่งปันอาหารจากทางวัด และบัตรรับประทานอาหารที่โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ รวมทั้งอาหารเหลว ได้แก่ น้ำหวาน และ โอวัลติน ซึ่งทางหน่วยรังสีรักษาจัดไว้ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารอฉายรังสี และอนุญาตให้นำขวดมาแบ่งไปดื่มได้ หรือการได้รับความช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์ในเรื่องของค่าครองชีพ ตลอดจนอาหารเสริม น้ำดื่ม หรือเสื้อผ้าที่ได้รับ ความอนุเคราะห์จากผู้มีจิตศรัทธา โดยใช้ชื่อว่ากลุ่มแรงศรัทธาก็เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนในผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ดังเช่น ในรายของลุงแอบซึ่งมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจมาก ลุงแอบบอกว่าอยู่ที่นี้ได้เพราะความช่วยเหลือที่ได้รับทั้งในเรื่องค่าครองชีพ เสื้อผ้า เนื่องจากคนมีเงินจำกัดที่ต้องเก็บไว้ยามฉุกเฉิน หรือเมื่อถึงคราวจำเป็นจริงๆดังที่ลุงแอบได้เล่าให้ฟังว่า

นี่วันจันทร์นี่สังคมสงเคราะห์ให้ไปเอาค่ากับข้าว พอได้ซื้ออะไรกิน ช่วงเช้าก็อาศัยกิน ข้าวต้มที่นี่ (อาคารเย็นศิระ) มือเย็นหลวงพ่อบ้านให้กับข้าวเพื่อนก็ ไปเอามาคือไปเองก็ไม่ ไหวแย่งเค้าไม่ทัน นี่เสื้อตัวนี้ (จับเสื้อที่ใส่) สังคมเค้าก็ให้เค้าเห็นเราใส่อยู่ตัวเดียวก็สงสาร นมอะไรเค้าก็ให้มาไม่รู้จะตอบแทนเค้ายังไงเราก็อาศัยว่าอยู่ได้กับของพวกนี้ ถ้าพึ่งเราเอง ดังค์ก็ไม่มี ก็พอมันบ้างแต่ต้องเก็บไว้เพื่อวันไหนเค้าไม่ต้มข้าวก็ต้องซื้อกินบ้าง เก็บไว้เป็นค่ารถกลับบ้านด้วย

(ลุงแอบ สัปดาห์ที่ 2)

1.4 การสนับสนุนจากครอบครัวหรือผู้ดูแล ในรายที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือในรายที่เป็นผู้สูงอายุรวมทั้งในระยะที่อ่อนเพลียมาก ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และยังคงคอยกระตุ้นส่งเสริมให้กำลังใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เช่นในเรื่องของการจัดหาอาหารและดูแลให้รับประทาน นอกจากนี้ในรายที่ไม่มีญาติบางครั้งก็มีผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่อยู่ใกล้กันมาช่วยดูแล ช่วยจัดหาอาหาร หรือพาไปฉายรังสีในแต่ละวัน ดังที่ผู้ดูแลเล่าให้ฟังว่า

นี่ตามใจแก่อยากจะกินอะไรหามาให้ทั้งเพ พยายามว่าหาของนี่ๆ ของอ่อนๆ ให้กินเหมือนหมอว่า วันก่อนแกอยากกินปลาสำลี อุตสาหัสออกไปหาที่ตลาดกว่าจะได้มาถึงบึงเอาให้กินกิน ได้น้อยเดี๋ยวก็เลิกบอกว่าเบื่อแล้ว ไม่เอาแล้ว อยากกินปลาต้มอีก เอาก็ไปหามาอีก

(ภรรยาลุงเอียด)

นี่ตามใจว่าแกอยากกินไทร น้ำพริ้ว (มะพริ้ว) น้ำอ้อยหามาให้ทั้งเพ ว่าให้กินสิ่งเดียว (อย่างเดียว) นี่ตามใจหมอแนะว่าให้ทำศรีหรือ (ยัง) ใจ) ทำให้ทั้งเพ (ทั้งหมด)

(ผู้ดูแลแม่ชีบุญ)

1.5 การได้พบกับผู้ป่วยที่ปรับตัวต่อการฉายรังสีได้ดี หรือเห็นตัวอย่างผู้ป่วยที่ฉายรังสีที่ไม่มีอาการทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะรับการรักษาคต่อไป ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการรับการรักษา เพิ่มความเชื่อถือในข้อมูลที่ได้รับ ช่วยลดความกลัวต่ออาการข้างเคียง จากการที่ได้พบกับผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์จริง ดังที่ลุงเอียดบอกว่า “เห็นเพื่อนฉายแล้วดีก็มีกำลังใจ” หรือดังที่ลุงพงศ์บอกว่า “เห็นเพื่อนฉายแล้วบาย (สบาย) ดีก็บายใจ”

นอกจากนี้การได้รับฟังการรับรู้ต่อการฉายรังสีจากผู้ป่วยอื่นในทางที่ดีจะเป็นจุดสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการรับรู้ต่อการฉายรังสีจากการรับรู้ในทางลบมาเป็นการรับรู้ในทางบวกมากขึ้น ลดความรู้สึกกลัว มีกำลังใจ และเต็มใจที่จะมารับการรักษามากขึ้น

1.6 การได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น นำมาใช้พิจารณาการรับรู้ต่อการฉายรังสีในทางที่เหมาะสมมากขึ้น ได้รับข้อมูลที่ช่วยแก้ไขข้อขัดแย้ง ความเข้าใจผิด และที่สำคัญคือช่วยให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียง และความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ดังเช่นในรายของลุงพงศ์และผู้ดูแลแม่ชีบุญบอกว่า

นี่ดีได้มาพบกับหมอ (ผู้วิจัย) ได้ฟังจากหมอ ได้รู้ไทรามั่ง เกี่ยวฟังพวกตามบ้านแหล่ง (พูด) ใจเสียหมด เกี่ยวแหล่งกันว่าถ้ามาฉายแสงตายเพ (หมด) แผละถึงมานี่พอได้ฟังจาก หมอ ได้มาเห็นเพื่อนพอได้บายใจมั่ง (บ้าง)

(ลุงพงศ์สถาปดาห์ที่1)

นี่ไม่ใช่รู้เรื่อง ไม่ใช่เข้าใจดีที่หมอบอก ถ้ามีคนมาบอกมาแนะทีหลังก็ได้บอกให้แก้ทำ ได้ เข้าใจ หมอแนะไทร (อะไร) มาทำให้ทุกอย่าง ถ้าหมอแนะก็ได้ทำ ไม่นั่น ไม่ใช่เรื่อง

(ผู้ดูแลแม่ชีบุญ)

2. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้ได้แก่ ความพลั้งเผลอ ข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจดังนี้คือ

2.1 ความพลั้งเผลอ ได้แก่ การลืมตัว ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองเพื่อลดและบรรเทาอาการข้างเคียงต่อผิวหนัง ในเรื่องของลืมตัว เผลอเวลาเวลากลางคืนขณะหลับ ทำให้เกิดเป็นแผลถลอก ผู้ป่วยทุกรายจะทราบข้อควรปฏิบัติในการดูแลผิวหนังว่าไม่ให้เกา แต่มีผู้ป่วย 3 รายในเวลากลางคืนขณะหลับเมื่อตื่นก็เผลอไปเกาจนเกิดเป็นแผลถลอกขึ้นมา ซึ่งผู้ป่วยเองก็ทราบว่าเกิดจากความพลั้งเผลอ แต่ก็ไม่ทราบว่าแก้ไขอย่างไร มี 1 รายคือลุงจำที่พยายามแก้ไขโดยการใช้น้ำข้าวต้มมัดมือให้ติดกัน ผู้ป่วยบอกว่าได้ผลดีมากเมื่อแผลเธอขึ้นมายกมือขึ้นจะเกาก็ติดผ้าที่ผูกไว้ดั่งที่ตาข่าและลุงแอบเล่าให้ฟังว่า

ที่ฉายแสงรู้สึกว่าคุณก็บอกหมอ ขอแป้งเหมือนที่หมอ (ผู้วิจัย) แนะนำเอาแป้งไปแต่เนี่ (ที่นี้) ทาแล้วยังชั่วลงที (บางที) กลางคืนครบ (ผล) เกาไปถูกมันลืมตัว มันเกากลางคืน กลางวันรู้แหละมีหนวย (ก้อน) อยู่หนวยหนึ่งนั่นแหละไปเกามันลึมนกลางคืน เอาผ้าที่เย็บเอา ผ้าขาวม้าถู ลูบๆมันยังชั่ว ทีนี้กลางคืนเอาผ้าขาวม้าผูกมือไว้ พอครบยกมือก็เกาได้ติดผ้า

(ตาข่าสถาปดาห์ที่4)

เผลอไปเกาเอาตอนหลับ หนึ่งมันเลยถลอก คันหมดเลยแต่ไม่เกาแล้ว กลัวเป็นแผลอีก ลืมไปเกามันตอนหลับ

(ลุงแอบสถาปดาห์ที่ 3)

2.2 ข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรคและการผ่าตัด ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองให้ได้รับอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จากการศึกษาครั้งนี้พบในผู้ป่วย 2 ราย โดยรายหนึ่งผ่าตัดเอาเพศานออก และอีกรายหนึ่งผ่าตัดลิ้นออกบางส่วน ส่งผลให้การเคี้ยวและการกลืนผิดปกติมีการตำลักขณะกลืน และอีกรายหนึ่งลิ้นไม่สามารถคลุกเคล้าอาหารได้ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหารอย่างมาก ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

กินไม่ค่อยได้กินแล้วมันติดคอ ติดสายนี้ (NG) พอลงไปในหูมันก็ออกทางสายอยากเอายาออก กลืนแล้วมันออกทางคอหมดไม่ก็ออกทางหู (จมูก) ไม่ว่าจะกินเท่าไหนมันออกทั้งเพ (หมด) แผลช่วงน้ำหนักแต่เข้าลดไปสองขีด แต่ก่อนสี่สิบนี้หย่อนลงหิด (นิด) นิ่งลิ้น มันแข็งหยับ (ขยับ) ไม่ได้อยากกินทุกอย่างแต่มันกินไม่ได้ ลิ้นมันแข็ง มันเคลื่อนไหวไม่ได้กลืนไหราก็ไม่ลง ของเหลวก็ออกทางสายหมด น้ำแข็งไหรไม่หาย (กล้า) อม คือว่ากลัวกลัวในปากกลัวว่าแผลมันยังไม่หายแต่เจ็บแค่ (ที่) คอที่เจาะมันยังไม่สนิท น้ำลายก็กลืนไม่ได้ กลืนไม่ลงรีว่ามันติ (จะ) เกี่ยวกับสายมันทับอยู่ มันกลืนไม่ลงเหมือนก้างมันติดคอ ของเหลวก็ดูดไม่ขึ้น นมก็ดูดไม่ขึ้น ข้าวสวยลองตักกินแผล (ดู) มันติดอยู่ช่วงนั้นแหละช่วงข้างลิ้นที่ตัดนั้นแหละไม่ลง ต้องการให้มันดูดคิกแต่ว่าคิกไม่ได้มันอยู่เฉยๆ พันนั้น (แบบนั้น) อยู่ที่ไม่ผลึกเข้า ไม่ไปไหน

(ลุงเล็ก สัปดาห์ที่ 1)

มันกินไม่ได้ กลืนน้ำก็ไม่ได้ออกจุมกหมด ไหลออกจุมกหมด มันกินไม่ได้เมื่อก่อนใส่ สายอาหารทางจุมกนี้หอมเอาออกกินข้าวได้นิดๆ นำเวลากินก็ออกจุมก ใช้ช้อนน้อยๆ (เน้นเสียง) ตักก็ยังออก กินข้าวกินน้ำก็ไม่ได้ ผมงกลัวมันออกจุมกหมด ของผมลำบากตรงกินไม่ได้มันไหลออกอุดสำไส้หลอดแล้วหยอดยังไหลออกมาเลย เมื่อก่อนนี้กินได้หน่อย แต่น้ำแหละมีปัญหากินเข้าไปออกพรุเลย นี่ถ้าผมกินอาหารได้บ้างก็คงจะมีแรง คอมันตีบ ของป็นน้ำๆก็ไม่ค่อยลง

(ลุงเอียด สัปดาห์ที่ 1)

2.3 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้เป็นอุปสรรคในการจัดหาเครื่องอุปโภค บริโภค หรือปัจจัย 4 ในการดำรงชีวิต เช่น การจัดซื้ออาหารที่เหมาะสม หรือการเลือกหาอาหารที่อยากรับประทาน อีกทั้งแหล่งขายอาหารก็หายาก อยู่ไกล การเดินทางไปซื้อไม่สะดวก ตลอดจนที่ประกอบอาหารไม่สะดวกขาดแคลนอุปกรณ์ โดยในบริเวณที่พักจะจัดบริเวณประกอบอาหาร มีเตาถ่านให้ แต่ต้องซื้อถ่านมาเองดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

ลำบากถ้าเอาน้ำดื่มสุกดี (จะ) ดื่มน้ำใครไม่คล่อง เหมือนอยู่บ้าน ถ้าอยู่บ้านได้ดื่มใส่ขวด
ไว้มาไม่ได้ดื่มไม่ได้ใคร (อะไร) ที่ดื่มลำบากเตายัง (มี) แต่ต้องซื้อถ่าน ซื้อหม้อ ปากก็ไม่
ขายหน้า (อาย) มั้ยมันไม่มีตางค์ (เงิน) ตางค์ไม่มีไม่รู้ทำอะไร (ยังไป) มาอยู่ที่เกรงใจหมอ
เหมือนแหละ ตางค์ก็ไม่มีนี่ดีว่าเขาให้บัตรกินข้าวได้ที่นั่งสิบบาท บางวันหมอเขาสงสาร
ให้สองใบ ซื้อ ไปก็พอได้กินกินแล้วก็แบ่งไว้กินมือเย็นต่อถ้าวันไหนกินหมดมือเย็นก็อด ก็
นอนเฉยๆ นิ่งๆ ไม่ให้หิว

(ป้าจันทร์ สัปดาห์ที่ 4)

กล่าวโดยสรุปแล้วการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวงจรมีส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการ
สนับสนุนประคับประคองจิตใจก่อนฉายรังสี ส่วนใหญ่สามารถปรับความเชื่อเดิมที่มีต่อการรับรู้ต่อการ
ฉายรังสีที่เหมาะสม ได้รับการช่วยเหลือเรื่องปัญหาเศรษฐกิจ ปรับวิถีชีวิตใหม่ ปรับการรับรู้/ความ
เชื่อต่อการฉายรังสี ตระหนักถึงความสำคัญและมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการข้างเคียงที่เกิด
ขึ้นตั้งแต่ระยะแรก มีความเข้าใจ เห็นความสำคัญของบริการสุขภาพที่ได้รับ และเมื่อมาถึงระยะนี้
สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และผู้วิจัยได้พัฒนาไปมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่กล้าที่จะพูด
คุย ซักถาม หรือมาปรึกษาปัญหาต่างๆ และสังเกตว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการให้
ความรู้ การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ

อย่างไรก็ตามเมื่อสิ้นสุดวงจรมีพบว่าอาการข้างเคียงจากการฉายรังสียังคงมีอยู่ และมีแนวโน้ม
จะทวีความรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลาที่ฉายรังสี แต่ความรู้ในเรื่องอาการข้างเคียง และ การดูแล
ตนเองเพื่อป้องกันหรือจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นยังไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาใน
ส่วนของการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ทั้งในเรื่องของรูปแบบการนัด การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย การ
จัดกิจกรรมกลุ่ม สื่อในการให้ความรู้ และการวางแผนแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้นดังรายละเอียดในวง
จรต่อไป

วงจรที่ 2 ทาวิธีต่อสู้กับอาการข้างเคียง หลีกเลียงอุปสรรค ปรับหาวิธีการที่เหมาะสม

เมื่อผ่านวงจรแรกมาถึงระยะนี้ ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการฉายรังสีในทางที่ดีมากขึ้น ขอมรับการ
ฉายรังสีเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เริ่มเรียนรู้ถึงผลของการฉายรังสีที่จะเกิดต่อร่างกาย
ผู้ป่วยได้ปรับการดำเนินชีวิต และมีการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตนเองที่
เพิ่มขึ้นจากการฉายรังสีในระยะแรก เมื่อถึงระยะนี้ซึ่งเริ่มประมาณสัปดาห์ที่ 3 จนถึงก่อนสัปดาห์สุดท้าย

ท้ายของการฉายรังสีผู้ป่วยต้องประสบกับอาการข้างเคียง และอาการข้างเคียงต่างๆมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า "มันหนักลงเรื่อยๆเจ็บแสบคอก็เริ่มเจ็บหมด ในปากเหมือนมีเข็มมาแทงอยู่" ระยะเวลาจึงเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องมีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถปรับตัวต่อการฉายรังสี และสามารถฉายรังสีได้ครบตามกำหนด ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะนี้ก่อนให้การส่งเสริมการดูแลตนเองประกอบไปด้วย การเผชิญหน้ากับอาการข้างเคียง ขาดความรู้ความเข้าใจ วิตกกังวล ท้อแท้ ใจไม่แน่ใจ และมีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขาดความรู้ความเข้าใจ จากการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้พบว่าความรู้ในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษายังไม่เพียงพอ และในบางส่วนยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง ดังนี้

1.1 ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยา จากการศึกษาทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา และ ผู้ป่วยที่รับรังสีรักษาทั้งหมดในช่วงที่ศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจ และมีการบริหารยาที่ได้รับยังไม่ถูกต้อง เช่น ในรายที่มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ และเมื่อดูตามแผนการรักษาที่ได้รับยาเพื่อบรรเทาปวด คือไซโลเคน (xylocaine viscous) แต่เมื่อสอบถามผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าได้รับยา และในกลุ่มที่บอกว่าได้รับยาบอกว่าไม่ได้ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดลงเลย ดังเช่นในรายของลุงเล็กเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า

หมอให้ยาสีส้มแก้เจ็บคอมา เลยเอามาบ้วนปากว่ามันเหมือนน้ำยาบ้วนปาก บ้วนหมดไปแล้วขวดนึง แต่ใส (ทำไม) ยังไม่ดีขึ้นว่ามีไหร (อะไร) คาคอว่าสงสัยเข็มอยู่ในสั๊กเล่มไม่รู้หมอลืมเข็ม ไว้มั้งเปล่า

(ลุงเล็ก สัปดาห์ที่4)

จากการติดตามเยี่ยมที่ที่พบพบว่าในรายที่มีแผนการรักษาอยู่ที่ได้รับยาตามแผนการรักษาจริงเมื่อสอบถามผู้ป่วยจึงพบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งคิดว่าเป็นน้ำยาบ้วนปากซึ่งบางรายก็ใช้บ้วน บางรายก็ไม่ใช้เพราะคิดว่าใช้น้ำเกลือบ้วนอยู่แล้ว และรสชาติก็ไม่ดี เฝื่อน เค็ด แสบ ส่วนในกลุ่มที่ใช้รับประทานนั้นก็ใช้โดยการอมไว้ในปากประมาณ 2-3 นาทีแล้วบางรายก็บ้วนทิ้ง บางรายก็กลืน เพราะไม่แน่ใจว่าสามารถรับประทานได้หรือไม่ นอกจากนี้เนื่องจากผู้ป่วยไม่ทราบสรรพคุณของยา บางรายจึงเข้าใจว่าตนไม่ได้รับยา หรือเข้าใจว่าไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์ต่างๆที่ตนก็มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอรุนแรง ในบางรายก็ซื้อยาเองตามท้องตลาดที่มีสรรพคุณช่วยลดอาการเจ็บคอโดยทั่วไป แต่ก็รายงานว่าช่วยบรรเทาอาการเจ็บคอจากการฉายรังสีลงได้และจะปรับเปลี่ยนชนิดของยาไปเรื่อยๆโดยประเมินจากความเจ็บปวดเมื่อความเจ็บปวดไม่ลดลงก็จะแสวงหายาใหม่ที่ช่วยบรรเทาปวด

จากการประเมินและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่ที่พบว่านอกจากยาแล้วผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจในการบริหารยาที่ได้รับอีกหลายชนิดด้วยกัน และบางอย่างก็เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายอย่างมาก เช่น ผู้วิจัยพบผู้ป่วยรายหนึ่งกำลังจะรับประทานมอร์ฟีนชนิดน้ำเพื่อบรรเทาอาการไอ เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจว่ายานี้แก้ปวดจะมีสรรพคุณช่วยลดไข้ด้วยเหมือนกับยาพาราเซตามอล

1.2 ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจ ปัญหาอีกอย่างหนึ่งที่พบในช่วงนี้คือ ผู้ดูแลไม่เข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีสถานการณ์บางอย่างที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจ ทำให้ไม่เข้าใจผู้ป่วยหรือตีความผิดไปได้ เช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งบอกว่าบางครั้งรู้สึกหงุดหงิดเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอะไรเลย ตนพยายามไปหามาเหนื่อยยากแต่ผู้ป่วยกลับไม่รับประทานหรือรับประทานแค่คำสองคำ

2. การดูแลตนเอง การดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้พบว่าเป็นการดูแลตนเองในเรื่องของการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด อาการเสียงแหบ และการดูแลตนเองตามความเชื่อและประสบการณ์ ดังนี้คือ

2.1 การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ทั้งความเจ็บปวดซึ่งเป็นผลมาจากอาการข้างเคียงของการฉายรังสีที่ทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อช่องปากหรือเยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis) ที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บและตึงในปาก เจ็บคอ และความเจ็บปวดที่เกิดจากตัวโรคมะเร็งเอง ในรายที่มีการลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ซึ่งพบว่าก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างมากจนบางรายมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากความเจ็บปวด ความไม่สบาย และภาวะเครียดที่มากเกินไปจะขัดขวางต่อความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง และอาจทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ หมดหวัง และสูญเสียพลังใจได้ (สมจิต, 2537) ดังเช่นที่ลุงแอบได้แสดงความรู้สึกว่า

ปวดทรมานมากเลยครับ กินพาราสองเม็ดทิ่มใจหนึ่งก็ไม่อยู่ เหน็ดกินเมื่อคืนทิ่มใจกินควมธรรมดา กินพาราอย่างเดียวห้าร้อยกว่าเม็ดแล้วกินมาตั้งแต่เริ่มเป็นก็วันที่ไปตรวจยิบห้า(25) มกรา พาราที่ซื้อเองลูกสาวแนะนำให้กินเขากินกันแก้ปวดก็เลยซื้อกิน กินครั้งละสองเม็ดไม่แน่ชั่วโมงกว่าก็กิน ปวดเป็นกิน นีว่าถ้ารักษาแล้วยังปวดอีกก็จะผูกคอตายแล้วอยู่ไปก็ทรมาน ทรมานทั้งเราทั้งลูกก็ไม่รู้จะอยู่ไปทำไม

(ลุงแอบ สัปดาห์แรก)

การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด เป็นไปทั้งในรูปแบบของการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องของการรับประทานยา ร่วมกับการดูแลตนเองตามความรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ การซื้อยารับประทานเอง เช่น ในรายของลุงแอบบอกว่าซื้อยาทิ่มใจมารับประทาน

ต่างๆที่ทราบว่าเป็นอันตรายแต่เมื่อทำให้ความเจ็บปวดลดลงจึงตัดสินใจใช้ นอกจากนี้ในรายที่มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดซึ่งเป็นผลมาจากผลข้างเคียงของรังสีรักษาที่ทำให้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ นอกจากทำให้เจ็บปวดทรมานแล้วยังทำให้รับประทานอาหาร หรือแม้แต่ น้ำก็ไม่ได้ ในช่วงที่ทำการศึกษา พบว่า มีบางรายยุติการรักษา หรือ ขาดการรักษาไป และ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษานั้นพบว่าบางรายก็ได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าว ในขณะที่บางรายไม่มีแผนการรักษา

2.2 การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการเสียงแหบ จากการศึกษาพบอาการเสียงแหบในผู้ป่วย 4 ราย โดยพบตั้งแต่สัปดาห์ที่ 5 เป็นต้นไปและจะมีอาการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งผู้ป่วยมีการดูแลตนเองโดยการคิดผ่อนคลายให้กำลังใจตนเอง การถามยาเพื่อขอความมั่นใจจากผู้วิจัยว่าอาการที่เกิดขึ้นจะหายไป การมาขอคำปรึกษาจากผู้วิจัย และการหลีกเลี่ยงหรืองดการรับประทานอาหารที่คิดว่ามีผลต่อเสียง จากการสังเกตตนเองภายหลังรับประทานอาหารชนิดนั้นว่าทำให้เสียงแหบลง นอกจากนี้ก็มีการดื่มน้ำ และแสวงหายาที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น ยาอมแก้เจ็บคอ ดังเช่น ในรายของลุงมิตรบอก

ถ้าพูดมากเสียงแห้งก็ไม่ได้ทำหรือ (ยัง) อยาอมไทรพันนั้นแหละมันเป็นยารากไม้สมุนไพรเป็นเม็ดเปรี้ยวๆ เขาว่าให้คอมันชุ่มชื้น อมแล้วดีคือไม่แห้งถ้าเราไปอมซอลล้อมลูกอมไทรพันนั้น คอแห้งช่วงนี้รู้สึกว่ดีขึ้นพูดไทร (อะไร) ก็ดีขึ้นสงสัยเกี่ยวกับเราเลย แสง ด้วย น้ำกินมาก นอนๆไปพอรู้สึกเจ็บ ก็ยกขึ้นมาบ้วนปากถึงกินน้ำแต่ว่าจริงแหละถ้าไม่กินน้ำ พูดเสียงไม่ไช่ออก วันก่อนกลับบ้านไปสองวันไปช่วยทำการ (ทำงาน) รู้สึกว่าเสียงแห้งแต่ว่าอดไม่ได้มันเกี่ยวกับออกกำลังมัย นี้เสียงฟัง (ฟัง) แห้งมากวันสองวันนี้แหละ ถ้ายังไปกินของนั้นๆแล้วยังพาให้แห้งพาให้ไอ อย่างถั่วคั่ว ถั่วกระป๋อง ที่เขาทำสำเร็จรูปมาขายกินสักเม็ด (เม็ด) สองเม็ด ไอ สงสัยมันจะระคายแล้วทำให้ไอ ให้หายแล้วค่อยกินต่อ เสียงนี้ เรื่องกินนี้มันจะดีขึ้นไซ้มัย มันต้องใช้เวลาไซ้มัย เสียงไม่ออกเลยแต่ไม่หรือ (เป็นไร) หมอ (ผู้วิจัย) ก็บอกไว้แล้วเลยไม่ตกใจ

(ลุงมิตร สัปดาห์ที่6)

2.3 การดูแลตนเองตามความเชื่อ หรือประสบการณ์ ได้แก่

2.3.1 การดูแลตนเองตามความเชื่อ การดูแลตนเองตามความเชื่อที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ การใช้น้ำข้าวลูปทอง การรับประทานข้าวกับน้ำตาลทราย การบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และยังคงมี

ความเชื่อเรื่องอาหารแสลง เช่น ญาติผู้ป่วยรายหนึ่งในสัปดาห์หลังที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนเพลียมากก็ใช้น้ำข้าวลูปท้อง เพราะมีความเชื่อว่าช่วยให้อ่อนเพลีย ไม่หิว ตัวผู้ป่วยเองก็บอกว่า ทำแล้วรู้สึกดี และมีผู้ป่วย 2 ราย ในช่วงที่รู้สึกอ่อนเพลียรับประทานอาหารไม่ได้ก็รับประทาน ข้าวกับน้ำตาลทรายด้วยเหตุผลเดียวกันคือมีความเชื่อว่า น้ำตาลทำให้มีแรง และเมื่อรับประทานแล้ว ก็รายงานว่ารู้สึกดี สดชื่น มีผู้ป่วยรายหนึ่งคือน้ำเห็บ ในช่วงสัปดาห์หลังเมื่อ รับประทานอาหารไม่ได้ก็บนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้รับประทานอาหารได้ โดยได้เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าได้ บนบานไว้ว่าหากรับประทานอาหารได้ประมาณ 1-2 สัปดาห์ก็จะบวชชี ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าทำให้รู้สึก อบอุ่นใจ และเชื่อมั่นว่าอีกไม่นานจะต้องรับประทานอาหารได้ ดังที่เล่าว่า

นี่ว่าถ้าฉายแสงเสร็จกินข้าวกินไทร ได้ประมาณอาทิตย์นึง (จะ) บวชชี บนไว้ นี้ก็บนทุกวัน
 เลยขอให้กินข้าว ได้เร็วๆ บนบวชวัดหน้าถ้ำ ว่าให้กินข้าว ได้สักอาทิตย์จะบวชชี ร่างกาย
 แข็งแรงดีบวชชีทันทีเลย นี่นั่งนับทุกวัน บนทุกวันว่าให้กินข้าว ได้ให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย
 (น้ำเห็บ สัปดาห์ที่ 5)

ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากในระยะนี้อาการข้างเคียงจากการฉายรังสีเกิดขึ้นเต็มที่ส่งผลให้ ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ถึงแม้ว่าได้พยายามดูแลตนเองอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม จึงอาจส่งผลให้ ความเชื่ออำนาจภายในตนลดลง หันมาพึ่งสิ่งภายนอก คือมีความเชื่อต่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น (ซอลดา, 2537) นอกจากนี้ในส่วนของความเชื่อเรื่องอาหารแสลงพบว่า ผู้ป่วยที่ศึกษาทุกรายมีความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับอาหารแสลง แต่เมื่อทราบจากผู้วิจัย และ แพทย์ว่าไม่มีข้อห้ามทำให้ ผู้ป่วยบางรายรู้สึกสบาย

2.3.2 การดูแลตนเองตามประสบการณ์ พบในการดูแลผิวหนัง ตามประสบการณ์ การดูแลแผลครั้งก่อนๆ เช่นในรายของลุงเล็กซึ่งมีรอยแผลผ่าตัดอยู่ที่บริเวณฉายรังสีเมื่อฉายรังสีไปได้ ระยะเวลาหนึ่งแผลมีน้ำเหลือง (serum) ซึมก็ซื้อผงวิเศษมาทา เพราะจากประสบการณ์ที่ผ่านมามีแผล มีน้ำเหลืองออกก็ซื้อผงวิเศษมาทาแล้วแผลหายเร็ว

2.4 การประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยใช้แบบประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดจากการ ได้รับรังสีรักษา และแบบประเมินการดูแลตนเองพบว่า

2.4.1 ประเมินด้วยแบบประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับรังสีรักษาได้แก่

2.4.1.1 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง พบการเปลี่ยนแปลงระดับ 1 คือผิวหนังแห้ง คัน มีสีคล้ำ เป็นขุย จำนวน 4 ราย มีการเปลี่ยนแปลงระดับ 2 คือผิวหนังบวมเมื่อสัมผัสจะเจ็บ

ผิวหนังเป็นสิบลำเหมือนใหม่ 4 ราย และมีการเปลี่ยนแปลงระดับ 3 คือ ผิวหนังแตกเป็นแผลเยิ้ม คล้ายถูกความร้อน 2 ราย

2.4.1.2 การระคายเคืองของเยื่อช่องปาก ในระยะนี้พบการเปลี่ยนแปลงระดับ 2 คือเยื่อบวมแดง หรือเป็นแผ่นฝ้าขาว 6 ราย และพบการเปลี่ยนแปลงระดับ 3 คือแผ่นฝ้าขาวลอก หลุดเป็นแผล หรืออาจมีเลือดออก 4 ราย

2.4.1.3 ปากแห้ง พบการเปลี่ยนแปลงระดับ 2 คือมีน้ำลายน้อยมาก น้ำลายเหนียว ปากแห้ง 9 ราย ในขณะที่พบว่ามี 1 รายคือลูกเด็กที่มีน้ำลายออกมากตลอดเวลา

2.4.1.3 ริมฝีปาก พบว่า ปากแห้งเล็กน้อย 1 ราย ปากแห้งเป็นสะเก็ด 7 ราย และพบการเปลี่ยนแปลงระดับ 3 คือ ริมฝีปากเป็นแผลแต่ไม่มีเลือดออก 2 ราย สำหรับในส่วนของเหงือก นั้นทุกรายมีการเปลี่ยนแปลงระดับ 2 คือบวมแดง และมีเลือดออก 1 ราย

2.4.1.4 การเปลี่ยนแปลงของลิ้น พบการเปลี่ยนแปลงระดับ 1 คือขุ่นขึ้น แต่มีฝ้าขาว เกาะ 6 ราย และพบการเปลี่ยนแปลงระดับ 2 คือ ลิ้นแดงหรืออักเสบ 4 ราย

2.4.1.5 อาการเจ็บคอ พบการเปลี่ยนแปลงในระดับ 1 คือเจ็บคอเล็กน้อย 1 ราย และพบการเปลี่ยนแปลงระดับ 3 คือรับประทานได้เฉพาะอาหารเหลวและน้ำ 9 ราย

2.4.1.6 เบื่ออาหาร พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงระดับ 1 คือไม่เบื่อ-เบื่อน้อย 1 ราย เบื่อปานกลาง 5 ราย และเบื่ออาหารมาก 4 ราย

2.4.1.7 การเปลี่ยนแปลงการรับรส พบการเปลี่ยนแปลงระดับ 1 คือรับรสอาหารได้ 2 รสคือ รสหวานและรสเค็ม หรือ รสหวานและรสเปรี้ยว 8 ราย รับรสอาหารได้เฉพาะรสหวาน 1 ราย และสูญเสียการรับรสทุกรส 1 ราย

2.4.2 เมื่อประเมินโดยใช้แบบประเมินการดูแลตนเองพบว่า ผู้ป่วย 4 รายมีความพร้อมเรื่องการดูแลผิวหนังในระยะที่มีภาวะแทรกซ้อน 5 รายมีความพร้อมเรื่องการดูแลตนเองในเรื่องอาการเบื่ออาหาร 3 รายมีความพร้อมในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการระคายเคืองของเยื่อช่องปาก ปากแห้ง เจ็บปากเจ็บคอ

จากการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยพบว่า อาการข้างเคียงที่พบในผู้ป่วยทุกราย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง อาการเจ็บคอ เบื่ออาหาร นอกจากนี้ที่พบเพิ่มเติมจากการศึกษาคั้งนี้คือ การมีน้ำลายออกมากตลอดเวลาในรายของลูกเด็ก ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความผิดปกติในการกลืนจากการผ่าตัดลิ้นออกบางส่วน สำหรับการเปลี่ยนแปลงการรับรสนั้นจะพบรุนแรงในรายที่ฉายรังสีบริเวณช่องปากโดยตรง ส่วนการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังนั้นพบรุนแรงในรายที่ได้รับการผ่าตัด คือในรายของแม่ชีบุญ ลูกเอียด และลูกเล็ก รวมทั้งในรายที่มีภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่ก่อน

ฉายรังสี คือในรายชื่อของถุงแอบ ซึ่งข้อมูลจากการประเมินการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผู้วิจัยนำมาวางแผนการส่งเสริมการดูแลตนเอง ให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

3. วิตกกังวล ท้อแท้ ไม่แน่ใจ ในระยะหลังที่อาการข้างเคียงเกิดขึ้นรุนแรง ผู้ป่วยจะวิตกกังวล ท้อแท้ และในบางรายก็ทำให้กำลังใจลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่อาการข้างเคียงในช่องปากเกิดขึ้นรุนแรงจนดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารไม่ได้ และในรายที่มีอาการเสียงแห้งผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก กลัวจะพูดไม่ได้ตลอดไป ดังที่ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมาว่า

กินข้าวสวยไม่ได้คอโหระพทั้งหมด เริ่มแห้งมากสัปดาห์นี้ ที่กลัวว่าจะเป็นมากกว่านี้กลัวจะแห้งไม่ออกถึงทำศรือ (ยังไป) อย่าให้มันแห้งพ่นนี้ ริแห้งมากกว่านี้ ที่กลัวสิ่งเดียวกลัวว่ามันแห้งจนแห้งโหระ (อะไร) ไม่ได้ฝึก (เลย)

(น้ำทิพย์ สัปดาห์ที่6)

แยแล้วหมอ เจ็บปากเจ็บคอหนักขึ้นเรื่อย เจ็บกว่าอาทิตย์ที่แล้วก็กินยาใส่ยาที่หมอให้แต่ไม่เห็นดีขึ้นเลย บอกหมอแล้วว่ากินยาแล้วไม่ดีขึ้นแต่หมอไม่ว่าไป ยาแก้ปวดนี้ปวดก็กินหมอสั่งให้กินทุกสี่ชั่วโมง แต่ไม่ถึงสี่ชั่วโมงก็กิน รู้ว่ามันไม่ดีแต่มันปวดไม่รู้ทำไป

(ลูจแอบ สัปดาห์ที่6)

นี่สงสัยว่าฉายแล้วไซ (ทำไม) มันยังเจ็บคอหลาว (อีก) นี่มันแรงขึ้นเพื่อ (เรื่อย) ๆ แล้วไม่รู้ว่าจะต่อไปมันตีขนาด (ขนาด) ไหน

(ตาจำ สัปดาห์ที่5)

ช่วงนี้เปลี่ยนมากินของเหลว ข้าวสวยไม่หาญ (กล้า) กินแล้วก็กินพวกกล้วยเตี้ยมันลื่นๆดี เมื่อเข้านี้กินข้าวต้ม ข้าวสวยไม่ไหวฝืดคอ คอก็มาแห้งแรง ดังที่ไม้ได้นอนเลยนอนถึงมันจะไออยู่เรื่อย นี่เสียงก็มาพูดไม่ออก กลางคืนก็นอนไม่ได้คอแห้ง กินน้ำแล้วก็ไม่ได้ขึ้น อมขามก็ไม่ดีขึ้น สงสัยมันถูกแสงมาก แล้วไม่รู้ว่ามันดี (จะ) ดีขึ้นมั๊ย เสียงนี้ เรื่องกินนี่มันจะดีขึ้นมั๊ย มันต้องใช้เวลาไขมั๊ย

(ลูจมิตร สัปดาห์ที่6)

เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินอาการข้างเคียง พบว่าในช่วงสัปดาห์หลังของการรักษา (สัปดาห์ที่ 4 เป็นต้นไป) ผู้ป่วยกลับมามีความรู้สึกกลัวต่อการรักษา ในส่วนของอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น โดยทุกรายมีความรู้สึกกลัวต่อการรักษาในระดับ 2 คือมีความรู้สึกกลัวการรักษาปานกลาง

คิดมากและนอนไม่หลับเป็นบางครั้งแต่ยังยอมรับการรักษาได้ นอกจากนี้มีความรู้สึกไม่แน่นอน เบื่อหน่ายท้อแท้ใจเป็นบางครั้ง 6 ราย และรู้สึกไม่แน่นอนเบื่อหน่ายท้อแท้ใจมาก แต่ก็ยังมีความหวังในชีวิต 4 ราย

4. สื่อในการให้ความรู้ คู่มือที่จัดทำให้แก่ผู้ป่วยนั้น เป็นคู่มือที่พัฒนามาตั้งแต่วงจรแรกจากคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา มาเป็น ความเข้าใจเกี่ยวกับรังสีรักษา ซึ่งจากการประเมินร่วมกับทีมวิจัย และการทดลองใช้กับผู้ป่วยพบว่าเนื้อหาคล่าถึงผู้ป่วยที่ฉายรังสีในทุกบริเวณ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการนำมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างพบว่ายังไม่ครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา นอกจากนี้เนื้อหาบางส่วนที่ไม่เฉพาะเจาะจง ไม่ได้เป็นปัญหา หรือไม่ใช้การดูแลตนเองที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และยังคงก่อให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องตามมา เช่น ฉายแล้วผมร่วงในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบนศีรษะ การให้งดการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างฉายรังสีในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยอ่านแล้วก็เข้าใจว่าอาการข้างเคียงทั้งหมดจะเกิดขึ้นกับตนทำให้วิตกกังวลมากยิ่งขึ้น จึงได้วางแผนในการจัดทำคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มีความเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น

จากสถานการณ์ก่อนส่งเสริมการดูแลตนเองดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์สรุปปัญหา พบว่าปัญหาสำคัญของผู้ป่วยในช่วงนี้คือ การเผชิญกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ร่วมกับมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ มีความพร้อมในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น อีกทั้งมีความวิตกกังวลท้อแท้ ไม่แน่ใจเมื่อต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงที่รุนแรง ผู้วิจัยจึงได้ วางแผนการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถปรับตัวเผชิญกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ และสามารถรับการฉายรังสีได้ครบตามกำหนด ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

การสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

สำหรับการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยใช้กลวิธีต่างๆดังสรุปในภาพประกอบ 3 และมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. เป้าหมายดี มีพลังกาย พลังใจ โดยตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วย และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาดังนี้คือ

1.1 ตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วย ทั้งเป้าหมายระยะยาวในเรื่องของการฉายรังสีได้ครบตามกำหนด และเป้าหมายระยะสั้นในเรื่องต่างๆของการดูแลตนเอง และจากการศึกษาค้นคว้าพบว่า การนำจุดที่ผู้ป่วยกังวลห่วงใยมาตั้งเป้าหมายจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการปฏิบัติ เช่น

ภาพประกอบ 4 วงจรที่ 2 หาวิธีต่อสู้กับอาการข้างเคียง หลีกเลี่ยงอุปสรรคปรับหาวิธีการที่เหมาะสม

ปัจจัยสนับสนุน

- ความกังวลห่วงใย
- กลัวอาการข้างเคียง
- เห็นตัวอย่างจากผู้อื่น
- ปฏิบัติแล้วได้ผลดี
- ได้พบกับผู้ที่ฉายรังสีครบแล้ว กลับสู่สภาวะปกติ
- ได้พบกับผู้ที่มีปัญหาเหมือนกัน หรือรุนแรงกว่า
- ความอดทนตั้งใจจริง
- การมีผู้ช่วยเหลือดูแล
- สวัสดิการ / ความช่วยเหลือที่ได้รับ
- กำลังใจ การสนับสนุนด้านจิตใจ และอารมณ์อย่างต่อเนื่อง
- ความเชื่อถือว่าไว้วางใจผู้วิจัย

อุปสรรค

- ความรุนแรงของอาการข้างเคียง
- ความอ่อนเพลีย
- ความวิตกกังวลท้อแท้
- ปัญหาด้านเศรษฐกิจ
- การผลัดเปลี่ยนผู้ดูแล
- ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ
- ข้อยกาคัดค้านร่างกาย

สะท้อนการปฏิบัติ

ปฏิบัติ & สังเกต

- นำจุดที่กังวลห่วงใยมา ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย
- ค้นหาวิธีการในการจัดการ กับอาการข้างเคียงร่วมกับผู้ป่วย
- ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาอาการข้างเคียง
- สาธิตการใช้ยา / ให้ความรู้ สอนเทคนิคการผ่อนคลาย ใช้เทปฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย
- ติดตามสนับสนุนให้กำลังใจ อย่างต่อเนื่อง
- ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
- การส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์
- จัดกลุ่มสนับสนุนและให้ ตามแผนที่ปรับปรุง
- พัฒนาทักษะผู้ดูแล

วางแผน

- เป้าหมายดีมีพลังภายหลังใจ
- ค้นหาวิธีการที่ช่วยได้
- จัดให้ความรู้ / กลุ่มสนับสนุน และให้ความรู้
- สนับสนุนสิ่งที่เป็นกำลังใจ
- คงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง

ปรับปรุงแผน

- พัฒนาทักษะผู้ดูแล
- ติดตามแผนการรักษา ที่ได้รับ ประเมินความรู้ ในการปฏิบัติตามแผน
- สาธิตการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองที่ต้องอาศัย ทักษะเฉพาะให้กับผู้ป่วย เช่น การทำแผล
- ปรับปรุงรูปแบบการจัดกลุ่ม
- การติดตามเยี่ยมที่ที่หัก



อย่าให้เป็นเหมือนเพื่อน อย่าให้แผลเปื่อย อย่าให้น้ำหนักลดลงมากกว่าห้ากิโล เป็นต้น มีผู้ป่วยรายหนึ่งที่พยายามดูแลตนเอง เพราะต้องการฉายรังสีให้ครบตามกำหนด เนื่องจากได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยเรื่องการใส่เพดานเทียมว่าจะสามารถใส่ได้ภายหลังฉายรังสีครบแล้ว เนื่องจากผลของการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยไม่มีเพดานอ่อน ส่งผลให้พูดออกเสียงไม่ชัด และมีการสำลักขณะกลืน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลมาก เมื่อผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใส่เพดานเทียม ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจในการดูแลตนเองอย่างมากดังที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟังตอนหนึ่งว่า

นี่รู้สึกว่ามันลงแต่ยังไหว นี่ปากผมบ้วนวันหนึ่งไม่รู้กี่หน หลายครั้งแล้ว แล้วก็ใช้น้ำแข็งใส่กระติกไว้อม อมทั้งวันไปไหนก็หิ้วกระติกไป ผมไม่ท้อหรอก อยากใส่เพดานจะแยะ กระจ่างถ้าใส่เพดานได้สบายดี

(ลูกเอิบค สัปดาห์ที่ 5)

1.2 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การที่พยาบาลได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงปัญหาที่สำคัญๆ ในแต่ละระยะ ไม่ให้ไปวิตกกังวลกับปัญหาที่ยังไม่เกิดขึ้น หรือการช่วยดึงผู้ป่วยกลับมาอยู่กับปัญหาปัจจุบันและแก้ไขปัญหานั้นก่อน นับว่าเป็นสิ่งสำคัญ เพราะหากผู้ป่วยไปกังวลกับปัญหาที่ยังไม่เกิดขึ้น และยังไม่สามารถทำอะไรเพื่อแก้ไขได้ในขณะนี้ก็จะยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลเช่นในผู้ป่วยรายหนึ่งเมื่อฉายรังสีได้สองสัปดาห์ก็วิตกกังวลว่าถ้าฉายรังสีครบแพทย์จะนัดเมื่อไหร่อย่างไร และถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นก่อนจะทำอย่างไร เพราะอยู่ไกลจากโรงพยาบาลไม่มีใครคอยดูแล ซึ่งในรายนี้ผู้ป่วยได้คุยกับผู้ป่วยว่าตอนนี้ผู้ป่วยเพิ่งฉายรังสีได้สองสัปดาห์และต้องฉายต่อไปอีกประมาณ 4-5 สัปดาห์ และเมื่อถึงตอนนั้นแพทย์จะเป็นผู้นัดผู้ป่วยมาพบ และผู้ป่วยจะวางแผนร่วมกับผู้ป่วยอีกครั้งในสัปดาห์สุดท้ายของการฉายรังสี แต่ในช่วงนี้ที่สำคัญคือให้พยายามดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ก่อน

2. ค้นหากลวิธีที่ช่วยได้ การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในขั้นตอนนี้เป็นการสะท้อนกลวิธีการดูแลตนเอง และค้นหากลวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

2.1 สะท้อนวิธีการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ รวมทั้งประสิทธิผลของการปฏิบัติ โดยสะท้อนออกมาว่าผู้ป่วยมีการดูแลจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นอย่างไร มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เมื่อปฏิบัติไปแล้วก็ไม่ทราบว่าเป็นวิธีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เช่นมีผู้ป่วยรายหนึ่งรายงานกับผู้วิจัยว่าเจ็บคอ รับประทานอาหารไม่ได้ และเมื่อผู้วิจัยถามว่าแล้วทำอย่างไรให้ดีขึ้น ผู้ป่วยก็บอกว่าไม่ได้ทำอะไร รับประทานอาหารได้ทีละนิด และรับประทานอาหารได้แต่ของเป็นน้ำๆ ผู้วิจัยจึงชี้ให้เห็นว่าสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่เป็นวิธีแก้ไขปัญหาคือมาก ทั้งในเรื่องของ

การรับประทานอาหารครั้งละน้อย และรับประทานอาหารเหลว เพราะจะช่วยให้คล่องคอไม่เจ็บคอมาก และเป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในระยะนี้ พร้อมทั้งให้คำชมเชยและแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติต่อไป นอกจากนี้ได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในเรื่องของการปรับจำนวนมื้ออาหารมาเป็นการรับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง การใช้ยาชาก่อนรับประทานอาหาร

2.2 ค้นหากลวิธีในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ค้นหากลวิธีในการปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และ การติดตามสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วย ถึงแม้ว่าในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ให้ความรู้ต้องอาศัยหลักการ แนวคิด หรือทฤษฎีที่ถูกต้อง แต่ก็ต้องไม่ลืมว่าผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน หรือมีความเป็นปัจเจกบุคคลอยู่ ดังนั้นในการให้ความรู้ หรือส่งเสริมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริงนั้น ควรค้นหากลวิธีร่วมกันระหว่างผู้ให้ความรู้กับ ผู้ปฏิบัติคือผู้ป่วย เพื่อให้มีความเหมาะสม และเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากในการให้คำแนะนำตามทฤษฎีในบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถนำไปใช้ได้ ดังเช่นผู้ป่วยกรณีตัวอย่างที่ผู้วิจัยจะนำเสนอต่อไปนี้ ในช่วงแรกผู้วิจัยได้แนะนำเทคนิคในการกลืนเพื่อไม่ให้สำลัก โดยการก้มคางจรดอกขณะกลืน และการกลืนอาหารเป็นจังหวะ แต่เมื่อผู้ป่วยนำไปใช้กลับไม่ได้ผลดังที่ลูกเล็กเล่าว่า "เมื่อวานนี้กินได้หน่อย แต่น้ำแหละมีปัญหา กินเข้าไปออกพรุเลย วันก่อนลองใช้เทคนิคที่หมอบอกกินแล้วก้ม พอกินแล้วออกพรุเลย หมอให้ก้มยิ่งออก"

ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างผู้ป่วยที่ศึกษารายที่มีปัญหาในเรื่องการค้ำน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการกลืนจากพยาธิสภาพของการผ่าตัดทำให้ค้ำน้ำแล้วสำลัก ทำให้ต้องรับประทานอาหารทางสายยางในตอนแรกถึงแม้ผู้ดูแลได้ใส่น้ำตามภายหลังให้อาหารมากๆ และพยายามให้น้ำระหว่างมือแล้วก็ตามผู้ป่วยยังรู้สึกว่คอแห้งมากเนื่องจากน้ำไม่ได้สัมผัสกับลำคอโดยตรง และไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ เนื่องจากลิ้นแข็งไม่คลุกเคล้าอาหาร ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ที่รับประทานอาหารไม่ได้กลืนไม่ได้ และไม่ยอมลองรับประทานอาหารอีก เนื่องจากยังฝังใจว่ารับประทานอาหารไปก็กลืนไม่ได้ ร่วมกับการที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ และผู้ป่วยมีการรับรู้ที่แผลผ่าตัดในคอยังไม่หายดีรับประทานอาหารลงไปจะโดนแผล ทำให้เจ็บและแผลอักเสบ แต่ในขณะที่เดียวกันตนก็ไม่อยากรับประทานอาหารทางสายอีก

การช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วงแรกได้ประเมินการรับรู้ และประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยพบว่า การหายใจของแผลเป็นไปตามปกติ และแผลเจาะคอค้ำนอกก็บิคสนิทสามารถหายใจทางจมูกได้ตามปกติ จึงได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพร่างกาย การหายใจของแผล และผู้วิจัยถามผู้ป่วยว่าคิดจะทำอย่างไรถึงจะรับประทานอาหารได้ ผู้ป่วยตอบว่าไม่รู้จนปัญญา ในขณะนั้นผู้วิจัยก็ช่วยได้เพียงให้ผู้ป่วยมองสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในแง่ดีว่าการได้รับอาหารทางสายยางยังดีกว่าผู้ป่วยคนอื่นที่เมื่อเจ็บคอก็รับประทานไม่ได้ แต่ของผู้ป่วยถึงแม้จะเจ็บคอก็ยังได้รับอาหารเท่าเดิม ร่วมกับพยายามกระตุ้นให้

ผู้ป่วยลองหาวิธีรับประทานทางปาก และบอกผู้ป่วยว่าผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าหากผู้ป่วยได้พยายามลองบ่อยๆแล้วก็น่าจะพบวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานได้

วางแผนร่วมกับภรรยาซึ่งเป็นผู้ดูแลให้ช่วยเป็นกำลังใจ และช่วยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง และให้พยายามจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยอยากรับประทานให้ลองเพื่อเป็นการจูงใจ และในช่วงที่ยังรับประทานไม่ได้ แนะนำภรรยาให้เริ่มจากการลองหาน้ำแข็งให้ผู้ป่วยอมไว้ในปากเพื่อให้ละลายลงไปให้ความชุ่มชื้นในคอ เมื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งต่อมาภรรยาผู้ป่วยเล่าว่าช่วงแรกผู้ป่วยก็ยังปฏิเสธที่จะลอง ภรรยาจึงพยายามเกลี้ยกล่อมให้ลองรับประทานโดยอ้างว่า ถ้าไม่ลองแล้วต้องใส่สายกลับไปตลอด และให้เกรงใจผู้วิจัยที่หวังดี เป็นห่วง ตามมาเยี่ยมถึงที่พัก ผู้ป่วยจึงเริ่มลองโดยเริ่มจากการอมน้ำแข็งเมื่ออมได้ไม่ลำบากและรู้สึกว่าจะชุ่มชื้นในคอก็อยากดื่มนมเอง ผู้ป่วยเล่าว่าช่วงแรกกลืนลงบ้างไม่ลงบ้าง แต่สังเกตว่าถ้ากลืนติดต่อกันจะไม่ลำบากดังที่เล่าให้ฟังว่า

ของเหลวก็ดูดไม่ขึ้น นมก็ดูดไม่ขึ้น ถ้ากินกับแก้วอื่นๆพอได้ลง ต้องกินรวดเดียวอย่าให้ผ่านลิ้น ถ้าหยุดออกหมด น้ำส้มเป็นลูกนิ่งคั้นเป็นน้ำมิก (ชด) หมดแหละ มิกแบบที่เดียวไปเลย อื่นๆรวดเดียวได้เลยถ้าหยุดแล้วไม่ลงออกหมด

สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้วิธีที่ค้นพบ คือวิธีการกลืนติดต่อกัน พร้อมทั้งให้คำชมเชยที่ผู้ป่วยสามารถค้นพบวิธีได้ด้วยตนเอง และให้ผู้ป่วยลองดื่มน้ำหวานด้วยวิธีดังกล่าวให้ผู้วิจัยดูก็พบว่ากลืนได้ดีไม่ลำบาก ผู้ป่วยและภรรยาจึงปรึกษาผู้วิจัยต่อว่าจะให้ลองรับประทานข้าวต้ม ผู้วิจัยได้สนับสนุนและให้ความมั่นใจให้ลองรับประทาน ภรรยาจึงหามาให้และสังเกตว่าถ้าดื่กให้ดื่มน้ำมากๆ จะรับประทานได้ดี ผู้ป่วยวางแผนต่อว่าอยากจะทำอาหารออก แต่แพทย์บอกว่ารอให้ฉายรังสีครบก่อน ผู้ป่วยสงสัยและไม่เข้าใจเหตุผลว่าทำไมแพทย์ไม่เอาออก ผู้วิจัยจึงได้อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าเหตุผลที่แพทย์ไม่เอาสายให้อาหารออก เพราะต้องรอให้แน่ใจก่อนว่าผู้ป่วยรับประทานด้วยตนเองได้เพียงพอ เพราะหากเอาออกแล้วรับประทานไม่ได้ นั่น การใส่สายที่มีรอยแผลผ่าตัดอยู่ต้องอาศัยเทคนิคพิเศษ และความชำนาญของแพทย์จึงกลัวจะใส่กลับลำบาก และทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอ

วางแผนร่วมกับผู้ป่วยว่าหากผู้ป่วยมั่นใจว่าสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองเพียงพอ ก็สามารถบอกยืนยันให้แพทย์ทราบ แพทย์จะได้พิจารณาถอดสายให้อาหารออกให้ ซึ่งจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในครั้งต่อมาพบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้เพียงพอ และมั่นใจว่าสามารถรับประทานอาหารทางปากได้เอง จึงวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการปรึกษาแพทย์เพื่อเอาสายให้

อาหารออก เมื่อผู้ป่วยคุยกับแพทย์ แพทย์ก็ได้ถอดสายให้อาหารออกให้ ผู้ป่วยเองก็สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ

การส่งเสริมการรับประทานอาหารด้วยตนเองของผู้ป่วยรายนี้ประสบความสำเร็จได้จากการที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในทุกขั้นตอน ร่วมกับการสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือต้องอดทนรอคอยในการเริ่มรับประทานอาหารของผู้ป่วยเองโดยไม่ไปบังคับ การที่ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองจากการทดลองปฏิบัติแล้วเกิดผลสำเร็จ โดยผู้วิจัยได้เริ่มจากสิ่งที่ย่ำ หรือคาดว่าจะเกิดผลสำเร็จแน่นอนก่อน คือเริ่มจากการอมน้ำแข็ง ดังที่บานดูรา (Bandura, 1986 อ้างตามสมจิต, 2537) ได้เน้นให้เห็นว่าความเชื่อในความสามารถของตนว่าจะปฏิบัติในกิจกรรมที่ต้องกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพจะเป็นแรงจูงใจภายในที่สำคัญ พยาบาลจะต้องใช้ทักษะความชำนาญในการช่วยให้บุคคลเลือกปฏิบัติในพฤติกรรมดูแลตนเองที่คิดว่าจะมีทางสำเร็จก่อนเพื่อช่วยให้เขามีกำลังใจที่จะกระทำพฤติกรรมอื่นๆที่คาดว่าจะได้รับผลสำเร็จต่อไป

3. จัดให้ความรู้ การจัดให้ความรู้ในระยะนี้ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียง ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียง และการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ดังมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ประเมินความรู้ของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียง และวิธีการดูแลตนเองเพื่อลดหรือ บรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น โดยให้ความรู้ในเรื่องของ การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการเจ็บคอ เมื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงการรับรส รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาการระคายเคืองของเยื่อหูช่องปาก หรือเยื่อหูช่องปากอักเสบ การบรรเทาอาการเสียงแหบ น้ำลายออกน้อย การดูแลผิวหนังในระบะที่มีภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการบรรเทาความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่างๆ โดยเป็นการให้ความรู้ตามทฤษฎี ร่วมกับประสบการณ์และความรู้ที่ได้รับจากผู้ป่วย และจะพิจารณาให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยในขณะนั้น

การให้ความรู้ ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัย และคู่มือที่แจกให้กับผู้ป่วยก็เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากความรู้ที่ได้รับจะเป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของอาการข้างเคียง และช่วยลดความรู้สึกลัวหวาดกลัวเมื่อมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังรับรู้ว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีที่ปรึกษาคั้งที่ผู้ป่วยรายหนึ่งได้เปรียบเทียบการฉายรังสีครั้งนี้กับครั้งที่ผ่านมาว่า

ช่วงก่อนที่ชายไม่มีใครหอบเขาเลยแล้วเขาก็หันไปวันๆตอนนี้ดีหอบคอยแนะนำเอาใจใส่ ดีได้รู้ไรรๆ (อะไร) มั่ง (บ้าง) รู้สึกว่าไม่ถูกทั้งมีไรรก็ปรึกษาได้ หอบดวงใจก็ดีมากเขา เรียกไปคุยบ่อย หนนี้ดูแลตัวเองดีหว่า (กว่า) หนนี้มันรู้เท่าหนก่อนไม่รู้ไรร (อะไร) ปล่อย ไปตาม เรื่อง (ป่าจันทร์ สัปดาห์สุดท้าย)

ในรายของลุงมิตร และญาติของแม่ชีบุญได้ประเมินว่า

ดีมีหอบ (ผู้วิจัย) มากุขมาอธิบายเราได้ฟังเอาไว้มั่ง (บ้าง) ได้เข้าใจทันนั้น (แบบนั้น) ถ้า เสียงแห่งแรง (มาก) ริมไรรก็มาถามลูกสาว (ผู้วิจัย) หลาว (อีก) หมออ่านหนังสือ คู่มือที่ หอบ (ผู้วิจัย) ให้ แล้วอ่านตามที่เขาคิดไว้ (บอรรค์) ก็เข้าใจดี แล้วยาย แสงเขาว่าไม่ให้ถูก น้ำก็ไม่หาญ (กล้า) ให้ถูก ก่อนจะมาฉายแสงทาคริมที่หมอบว่าให้ทาตอนเช้าๆถึงตอนเย็น อีกครั้ง แต่ว่ามันลอกมั่ง (บ้าง) ไซ้มีมันมาคั้นตรงล่างๆนี้ไม่หาญ (กล้า) ทาไรร (อะไร) เพราะลูกสาว (ผู้วิจัย) เคยบอกทีก่อน (ครั้งก่อน) แล้วว่าแป้ง ยายอย่างอื่น นอกจากที่หมอบ สั่งไม่ให้ทา

(ลุงมิตร สัปดาห์ที่ 6)

นี่ไม่ใช่รู้เรื่องไม่ใช่เข้าใจดีที่หมอบ (ผู้วิจัย) บอกถ้ามีคนมาบอกมาแนะที่หลังก็ได้บอกให้ แก่ทำให้เข้าใจหมอบแนะไรร (อะไร) มาทำให้ทุกอย่างใจ (ตามใจ) เขาว่าหรือ (ยังง) ถ้า หมอบแนะก็ได้ทำไม่นั้น ไม่ใช่รู้เรื่อง

(ผู้ดูแลแม่ชีบุญ)

3.2 ให้ความรู้เรื่องยา จัดสาธิตชนิดของยาที่ใช้บ่อย ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย จากสภาพ ปัญหาเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้วางแผนร่วมกับพยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษาในการที่จะให้ผู้ป่วยสามารถบริหารยาเองได้อย่างถูกต้อง โดยเริ่มจากการประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องยาที่ได้รับ และให้ความรู้ในขณะเข้ากลุ่ม เน้นย้ำให้ผู้ป่วยสอบถามแพทย์ หรือพยาบาลก่อนใช้ยาหาก ไม่เข้าใจตัวยาที่ได้รับไป ร่วมกับการจัดสาธิตชนิดของยาที่พบบ่อย เขียนอธิบายสรรพคุณ วิธีใช้ จัด ไว้ในห้องที่ให้ความรู้ โดยร่วมกับพยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษาในการขอความอนุเคราะห์ตัว อย่างยาที่ใช้บ่อยจากแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พร้อมทั้งแนะนำผู้ป่วยว่าหาก ได้รับยาใดไปแล้วรู้สึกสงสัยไม่แน่ใจทั้งในเรื่องวิธีใช้ และ สรรพคุณ ขอให้ปรึกษาแพทย์ หรือ พยาบาลก่อนที่จะเริ่มใช้ จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่สนใจซักถาม แสวงหาข้อมูลเมื่อได้รับยามา

ก็จะปรึกษาผู้วิจัย ผู้วิจัยก็ได้บอกสรรพคุณและแนะนำวิธีการใช้ที่ถูกต้อง ในกลุ่มนี้ก็สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องและรายงานว่าช่วยลดอาการเจ็บปาก เจ็บคอลงได้มาก เมื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ที่พักในครั้งหลังร่วมกับการประเมินขณะเข้ากลุ่มพบว่ามีการใช้ยาได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นการติดตามแผนการรักษาในส่วนของยาที่ผู้ป่วยได้รับ และยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ ร่วมกับการประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา พร้อมทั้งการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบริหารยาได้เองอย่างถูกต้องโดยไม่ต้องมีการดูแลกำกับจากพยาบาล ก็นับได้ว่ามีความสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง ได้รับประโยชน์จากแผนการรักษาอย่างเต็มที่

นอกจากนี้เนื่องจากอาการข้างเคียงสำคัญที่พบในผู้ป่วยในกลุ่มนี้คือ การอักเสบของเยื่อช่องปาก ทำให้เจ็บปาก เจ็บคอ และจะมีผลต่อการกลืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังของการฉายรังสี แต่ลักษณะของยาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่อยู่ในรูปของยาเม็ด ทำให้บางรายมีปัญหาเรื่องการกลืน คือทำให้คิดคอดังที่แม่ชีบุญ บอกว่า "ยาเม็ดกลืนลำบาก กลืนไม่ลง ต้องลายน้ำ คั้นน้ำดื่มคอก" และในราชของลุงเอียดเล่าว่า " นียาที่ปลดอกสีแดงกินแล้วไปติดอยู่ต้องขากออกมา กินไม่ลงกินน้ำตามก็ไม่ได้สลักออกจุกหมด วันนั้นกินไปแล้วมันไปคา ไส้หนักไม่ได้สลัก ต้องหยอดน้ำแข็งตาม" ซึ่งปัญหาในจุดนี้ผู้วิจัยได้แนะนำวิธีการรับประทานยาชนิดแคปซูล โดยลดแคปซูลด้านนอกออกและใช้เฉพาะตัวยาด้านในมาละลายน้ำ นอกจากนี้จะประสานงานกับรังสีแพทย์ในการปรับชนิดของยาที่ให้กับผู้ป่วยให้อยู่ในรูปของยาน้ำให้มากขึ้น

3.3 ประเมินถึงประสพการณ์การดูแลตนเองในเรื่องที่คล้ายคลึงกับอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี หรือประเมินถึงการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้อยู่ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ประสพการณ์ที่ประสพผลสำเร็จในการแก้ปัญหาที่ผ่านมามาใช้กับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะฉายรังสี เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งใช้ผงวิเศษทาบริเวณที่ฉายรังสี เมื่อผู้ป่วยมีแผลตลอกและมีน้ำเหลืองซึมเพราะเคยมีประสพการณ์ว่า เป็นแผลมีน้ำเหลืองออกทาผงวิเศษแล้วดี ทำให้การอักเสบของผิวหนังรุนแรงมากขึ้นดังที่เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า

แค่แผลผ่าตัดมีหนองถึงนี้ซื้อผงวิเศษมาทา ว่ามันกลัดน้ำเหลืองออกดี นี่เพิ่งใส่ได้สองวันแต่
วา (เมื่อวาน) กับวันนี้ ให้หมอแล (ดู) แล้วหมอไม่ว่าหรือ (ยังง) เลยว่าน้ำเหลืองก็ยังไม่ออกถ้า
มียาไหรเป็นผงๆ รีเป็นครีมทาน่าจะดี เลยซื้อผงวิเศษมาทา

(กรรยา ลูกเล็ก สัปดาห์ที่ 5)

ในจุดนี้ผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจ อธิบายให้ทราบถึงผลเสีย และ การส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ เมื่อผู้ดูแลได้รับข้อมูลทั้งจากแพทย์และผู้วิจัยจึงได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือหยุดใช้น้ำนั้น และใช้ยาตามแผนการรักษา ดังนั้นการประเมินถึงการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้ร่วมอยู่ด้วย เพื่อให้การใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆเกิดผลดีและปลอดภัยแก่ประชาชน (สมจิต, 2537)

3.4 นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการให้คำแนะนำ หรือ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งนับได้ว่ามีความสำคัญในทุกชั้นตอนนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามา และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะนี้ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ครอบครัวมีความสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง หรือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทดแทนให้กับผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีญาติ หรือ ผู้ดูแลก็จะให้ญาติหรือผู้ดูแลอยู่ด้วยทุกครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ความสามารถในการดูแลตนเองไม่สามารถพัฒนาให้ถึงระดับที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ในระยะที่อ่อนเพลีย หรือเกิดอาการข้างเคียงมากเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้นนำไปสู่ความเห็นอกเห็นใจ

3.5 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วย โดยช่วยแก้ไขข้อขัดแย้ง หรือความเข้าใจผิดของผู้ดูแล ในเรื่องของผู้ดูแลไม่เข้าใจ หรือเกิดความเข้าใจผิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ช่วยบอกเล่าถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้ผู้ดูแลทราบ และเป็นสื่อกลางให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้พูดคุยกัน และบางครั้งทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลก็ใช้ผู้วิจัยเป็นสื่อกลางในการพูดคุยกับอีกฝ่ายหนึ่ง เช่นในรายของลุงมิตรบุตรสาวบอกผู้วิจัยว่ารู้สึกขัดใจมากที่เห็นผู้ป่วยยังรับประทานข้าวสวยต่างๆที่เจ็บคอ อยากให้ผู้วิจัยช่วยพูดเพราะผู้ป่วยเชื่อผู้วิจัยเชื่อหมอยกอย่าง และเมื่อคุยกับผู้ป่วยจึงทราบว่าผู้ป่วยไม่ชอบรับประทานข้าวต้มและจะรู้สึกว่ามีแรงหากรับประทานข้าวต้ม ผู้วิจัยจึงนำผู้ป่วยและบุตรมานั่งเผชิญหน้ากัน บอกความรู้สึกของบุตรให้ผู้ป่วยทราบ ผู้ป่วยจึงอธิบายให้บุตรฟัง บุตรเองก็บอกว่าตนเองก็เพิ่งทราบว่าบิดาไม่ชอบรับประทานข้าวต้มคิดแต่เพียงว่าบิดาเจ็บคอควรรับประทานอาหารอ่อนๆ ผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยและบุตรวางแผนร่วมกัน บุตรจึงเสนอว่าจะทำอาหารที่มีน้ำมากๆและเวลาผู้ป่วยรับประทานก็ให้ใส่น้ำมากๆ (ใส่น้ำเลนๆ) และจะหุงข้าวให้ละเอียดมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยเองก็ยินดี

3.6 ประเมินถึงความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่ผลัดเปลี่ยนมา เนื่องจากการฉายรังสีต้องใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 5-7 สัปดาห์ผู้ป่วยบางรายจึงมีผู้ดูแลที่ผลัดเปลี่ยนกันผู้วิจัยมีบทเรียนจากรายของแม่ชีบุญ ช่วงแรกมีบุตรบุญธรรมมาดูแลประจำซึ่งก็มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี แต่ในช่วงหลังเนื่องจากมีภาระครอบครัวจึงต้องกลับไป และมีผู้ดูแลอีกคนหนึ่งมาดูแลแทนในช่วงวันหยุด เมื่อพบผู้ป่วยในวันจันทร์พบว่าบริเวณคอที่ฉายรังสีมีลำไส้แปรติดอยู่กับน้ำยาสีขาวอมชมพูที่แห้งกรัง เมื่อสอบถามและตามไปดูที่ที่หัก ปรากฏว่ายา

ดังกล่าวคือคาลามายด์ (calamine) ผู้ดูแลคนใหม่บอกว่าเห็นผู้ป่วยบนคันบริเวณที่ฉายรังสี และผู้ดูแลคนเก่าบอกว่ายาที่อยู่ในขวดเป็นยาแก้คัน จึงเอาทาให้กับผู้ป่วย

ดังนั้นการประเมินและให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลที่ผลัดเปลี่ยนมาจึงมีความจำเป็นเพื่อให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

3.7 ส่งเสริมการใช้เทคนิคในการจัดการกับความเครียด และความไม่สุขสบาย ในการส่งเสริมให้ใช้เทคนิคในการจัดการกับความเครียดและความไม่สุขสบายผู้ป่วยได้ใช้วิธีการต่างๆดังนี้

3.7.1 แนะนำเทคนิคในการจัดการกับความเครียด หรือความไม่สุขสบายต่างๆ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคในการจัดการกับความเครียดหรือความไม่สุขสบายตามประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ในการแนะนำเทคนิคในการจัดการกับความเครียดหรือความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นนั้นจะเริ่มจากการบอกทางเลือกของการใช้วิธีการอื่นนอกเหนือจากแผนการรักษา บอกให้ทราบถึงประโยชน์และสอบถามถึงความต้องการ หรือ ความสนใจของผู้ป่วยหลังจากนั้นหากผู้ป่วยสนใจ หรือต้องการก็จะสอนเทคนิคการผ่อนคลายง่ายๆ เช่น การกำหนดลมหายใจเข้าออก การกำและแบมือ นอกจากนี้ในบางครั้งขณะทำกลุ่มจะนำเทปเทคนิคการผ่อนคลายเปิดให้ผู้ป่วยฟังและปฏิบัติ โดยในขณะที่อยู่ในระหว่างการปรับปรุงเนื่องจากความยาวของเทปซึ่งยาวถึง 30 นาทีเมื่อรวมกับกิจกรรมอื่นขณะเข้ากลุ่มด้วยจะใช้เวลานาน และเนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มบางรายไม่สามารถอยู่ได้ต่อเนื่อง ต้องออกเมื่อถึงคิวตรวจ ไปเจาะเลือด ไปจ่ายเงินค่าฉายรังสี หรือต้องรอพบสังคมสงเคราะห์ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่อง อีกทั้งมีผู้ป่วยและญาติที่เดินเข้าออกกลุ่มอยู่เรื่อยๆจึงอาจรบกวนสมาธิของผู้ป่วยอื่น ร่วมกับลักษณะห้องที่ผนังด้านหน้าโปร่งจึงมีเสียงรบกวน ไฟในห้องก็สว่างจ้าเกินไปเนื่องจากเป็นสวิตช์รวมจึงไม่สามารถควบคุมการปิดเปิดได้ บริเวณหน้าห้องที่จัดให้ฝึกการผ่อนคลายเป็นห้องตรวจ และห้องสังคมสงเคราะห์จึงมีผู้ป่วยและญาติพลุกพล่านอยู่ตลอดเวลาบรรยากาศจึงไม่ค่อยเหมาะสม ไม่เงียบสงบ หรือเหมาะกับการผ่อนคลาย แต่อย่างไรก็ตามในรายงานนี้ปฏิบัติจนจบรายงานว่า ช่วยให้สบาย รู้สึกผ่อนคลาย เหมือนลืมไปชั่วขณะ

3.7.2 ประเมินถึงวิธีการในการจัดการกับความเครียดที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติมาแล้ว จากการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วย 3 รายที่เคยฝึกและใช้สมาธิ มี 1 รายที่นำมาใช้ตอนเจ็บป่วยครั้งนี้โดยบอกว่าใช้เพื่อให้นอนหลับและไม่ให้คิดมาก และอีก 2 รายไม่ได้นำมาใช้ ผู้วิจัยจึงได้อธิบายถึงการนำสมาธิมาใช้ในการรักษาโรคควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน โดยยกตัวอย่าง เอียน เกาเลอร์ จากหนังสือเปลี่ยนชีวิตพิศมัยะเร้ง เมื่อประเมินถึงวิธีการที่ผู้ป่วยเคยใช้ ในรายชื่อของลุงแอบเล่าว่ามีความรู้เรื่องสมาธิค่อนข้างมากเนื่องจากศึกษาและปฏิบัติมาเป็นเวลานาน ผู้วิจัยจึงได้อธิบายและแนะนำให้เอามาใช้ในการลดความเจ็บปวดร่วมกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยก็ปฏิบัติตามบอกว่า

ยินดีทำทุกอย่างเพื่อให้หายปวด แต่เมื่อปฏิบัติไปในช่วงแรกผู้ป่วยทำแล้วไม่ได้ผลบอกว่าปวดมากจนทำไม่ไหว จึงวางแผนร่วมกับผู้ป่วยต่อไปให้ผู้ป่วยขอพบแพทย์และเล่าอาการปวดให้แพทย์ฟังอย่างละเอียด แพทย์ได้ปรับเป็นยาที่ออกฤทธิ์แรงขึ้นให้ ผู้วิจัย ได้แนะนำและวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการบริหารยาแบบต่อเนื่อง (around the clock) ร่วมกับการใช้สมาธิเมื่อความปวดเริ่มทุเลาลง ซึ่งเมื่อปฏิบัติตามแผนครั้งนี้คือการบริหารยาแบบต่อเนื่องร่วมกับการใช้สมาธิ ผู้ป่วยรายงานว่าได้ผลดีมาก ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดลงได้ ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

อาศัยสมาธินี้ได้ผลจริง หายปวดเร็ว นั่งอยู่ครึ่งชั่วโมงกว่าๆก็หายผมนั่งอยู่คั่นนึ่งสองชั่วโมงตอนแรกคิดว่าจะปวดมาก กินยาแก้ปวดแล้วนั่งพักเดี๋ยวก็หาย พอนอนตื่นขึ้นมาปวด ปวดก็กินยากับนั่งสมาธิก็หาย ไอ้บนหัวนี้ตั้งแต่นั่งกรรมฐานหายปวดไปแล้วตรงขมับเหลือแต่ปวดแผลในปากเจ็บๆ แต่ถ้าเรานั่งสมาธิที่เวลาช่วงที่นั่นนี่คือว่าไอ้ความเจ็บปวดมันจะค่อยๆผ่อน ผ่อนไปแล้วเราก็นอนได้ ถ้าเราไม่นั่งมันปวดอยู่นั้นแหละครึ่งชั่วโมงฤทธิ์ ยาที่ไม่ออกนั้งแล้วมันสงบ ไอ้อาการปวดมันช่วยได้ คือว่าจุดที่เรามีสมาธิทำให้เราลืมตัวที่ปวดชั่วคราว ถ้าปวดมากง่วงมากก็นอน ต้องเอาแผนปัจจุบันควบคุมไปด้วย สมาธิ เรายังแก่กล้าไม่พอที่จะรักษาโรคให้หาย คือมันช่วยคลายเครียดได้พักหนึ่งเหมือนเราดื่มน้ำ เรื่องโน้นเรื่องนี้ เหมือนกับเหล้าแล้วหายกลุ้มแต่สมาธิไม่มีพิษมีภัย เหล้ากินแล้วมีพิษมีภัย

(ลุงแอบ สัปดาห์ที่2)

สำหรับการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดนั้น จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยยังได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดไม่เพียงพอ จึงแสวงหาวิธีการลดปวดด้วยตนเอง จุดนี้จึงเป็นจุดสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่าการบรรเทาความเจ็บปวดให้เพียงพอเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมาก มิฉะนั้นหากผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดที่ไม่เพียงพอแล้วผู้ป่วยก็จะพยายามแสวงหาวิธีการเพื่อลดความทุกข์ทรมานซึ่งบางครั้งก็ไม่ก่อให้เกิดผลดีแก่สุขภาพ

บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับเรื่องความเจ็บปวดของผู้ป่วย ควรมีการประเมินความเจ็บปวด ให้ยาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพียงพอมีการประเมินติดตามผลการรักษา (สถาพร, 2540) ตลอดจนค้นหาทวิวิธีในการลดความเจ็บปวดด้วยตนเองร่วมกับผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีที่มีอยู่ เช่นการใช้สมาธิ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ในจุดนี้พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ หรือนำมาให้ผู้ป่วยรายงานอาการให้แพทย์ทราบหรือขอพบแพทย์ก่อนวันนัด เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานและ

อัตราการสูญหายในระหว่างฉายรังสี สำหรับทางหน่วยรังสีรักษาในขณะที่พยาบาลประจำหน่วย มะเร็งได้ร่วมกับทางหน่วยรังสีรักษาในการหารูปแบบการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย การสร้างแบบประเมิน การส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งขณะสรุปผลการวิจัยกำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการ

3.8 จัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้

ปัญหาจากการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ในวงจรที่ผ่านมา พบว่ายังมีปัญหาในเรื่องของรูปแบบการนัดผู้ป่วย การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย กิจกรรมกลุ่ม สื่อในการให้ความรู้ และผลกระทบจากการจัดกลุ่ม ในวงจรนี้จึงได้วางแผนการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ดังนี้

3.8.1 รูปแบบการนัดผู้ป่วย สำหรับรูปแบบการนัดผู้ป่วยนั้นแพทย์ประจำหน่วยรังสี จะชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินการ โครงการ บัตรนัด และขอความร่วมมือในการให้บัตรนัดแก่ผู้ป่วย เขียนคำอธิบายเรื่องการเข้ากลุ่มรวมทั้งบริการสุขภาพที่จะได้รับไว้หน้าคู่มือการดูแลตนเอง และให้กับผู้ป่วยใหม่ทุกราย รวมทั้งปรับเวลาในการนัดผู้ป่วยเดือนมาเป็น 09 . 30 น .

3.8.2 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย ปรับรูปแบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยจากการแบ่งกลุ่มตามปริมาณรังสีที่ได้รับ มาเป็นการแบ่งกลุ่มตามบริเวณที่ฉายรังสีดังนี้คือ

กลุ่มที่	บริเวณที่ฉายรังสี	วันที่นัดเข้ากลุ่ม
1	ทรวงอก ขา แขน หรือผู้ป่วยอื่นๆที่ไม่เข้าเงื่อนไขกลุ่ม2,3	อังคาร
2	ศีรษะและคอ	พุธ
3	ช่องท้อง อวัยวะสืบพันธุ์	พฤหัสบดี

สำหรับในส่วนของการเขียนใบนัดให้กับผู้ป่วยยังคงใช้วิธีการแบบวงจรแรกผู้ป่วยในกลุ่มจะมีทุกระยะคือ ตั้งแต่ระยะที่เพิ่งฉายรังสีจนถึงสัปดาห์สุดท้ายของการฉายรังสี

3.8.3 กิจกรรมขณะเข้ากลุ่ม งดการใช้สื่อวีดิทัศน์เดิม วางแผนจัดทำสื่อใหม่ และให้พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยปรับกิจกรรมกลุ่มดังนี้คือ

3.8.3.1 ขณะเข้ากลุ่มเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพ สร้างบรรยากาศให้อบอุ่นเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

3.8.3.2 บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่ม

3.8.3.3 แนะนำผู้ป่วยภายในกลุ่มให้รู้จักกัน

3.8.3.4 ประเมินการรับรู้ต่อการฉายรังสี ในรายที่ฉายรังสีสัปดาห์แรก โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมาอย่างอิสระ

3.8.3.5 ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

3.8.3.6 ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาการ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการฉายรังสี วิธีการดูแลจัดการและผลที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มได้ช่วยเหลือกัน โดยให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ได้ร่วมกันค้นหากลวิธีเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่ผ่านประสบการณ์หรือปัญหาดังกล่าว ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยในสัปดาห์สุดท้ายของการฉายรังสี ได้เล่าถึงปัญหาและการดูแลตนเองเพื่อเป็นแนวทางให้แก่ผู้ป่วยอื่น นอกจากนี้ในบางวันจะนำผู้ป่วยที่ฉายรังสีครบแล้ว และสามารถปรับตัวได้ดี เข้ามาพูดคุยกับผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นที่ปรึกษา แลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ป่วย และให้ความรู้ที่ผู้ป่วยต้องการ หรือในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม

3.8.3.7 สนับสนุนให้กำลังใจโดยแสดงถึงความห่วงใยเอื้ออาทร แสดงถึงความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ ใช้คำพูดที่ส่งเสริมให้เกิดกำลังใจ

3.8.3.8 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล การปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพ ให้เกียรติ การขออนุญาตก่อนนำข้อมูลไปถ่ายทอดให้ผู้อื่นฟัง

3.8.3.9 การจัดเตรียมและพัฒนาสิ่งแวดล้อม โดยจัดหาหนังสือ ที่ช่วยส่งเสริมกำลังใจในการต่อสู้กับโรค เช่น เปลี่ยนชีวิตให้ดีขึ้น ฝ่าฟันจากมะเร็งได้อย่างไร ใจของคุณคือปราการด่านมะเร็ง ชนะโรคร้ายด้วยหัวใจสู้ เป็นต้น วางไว้ในห้องที่จัดให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยที่สนใจ นอกจากนี้จะนำตัวอย่างจากหนังสือมาเล่าให้ผู้ฟังฟังในรายที่มีปัญหาด้านการอ่าน หรือไม่อ่าน

3.8.3.10 ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น การส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ หรือนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม

3.8.3.11 สอนและสาธิต เทคนิคการจัดการกับความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การนวดเพื่อผ่อนคลาย หรือการทำสมาธิ เป็นต้น โดยจะติดต่อวิทยากรมาสอนในเรื่องที่ต้องการอาศัยความเชี่ยวชาญพิเศษ

3.8.3.12 ในรายที่มีญาติ ให้ญาติเข้ากลุ่มกับผู้ป่วยด้วยเพื่อกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

3.8.4 วางแผนพัฒนาสื่อ จากปัญหาเรื่องสื่อในการให้ความรู้ที่ไม่เหมาะสมในวงจรที่ผ่านมา ในวงจรนี้ผู้วิจัยจึงได้วางแผนในการพัฒนาสื่อในส่วนของแต่ละบท และวิดิทัศน์ดังนี้คือ

3.8.4.1 แผนพับ วางแผนจัดทำแผนพับใหม่ ปรับในส่วนเนื้อหา และรูปแบบ ในส่วน
ของเนื้อหาผู้วิจัยจะทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ให้ครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเองทั้ง
หมดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และปรับเนื้อหาให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะ
สมกับผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาโดยแพทย์ประจำหน่วยรังสี
รักษาและพยาบาลประจำหน่วยมะเร็ง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำมาปรับให้เหมาะสม และส่งตรวจ
สอบอีกครั้ง เมื่อเห็นชอบร่วมกันแล้ว ก็ปรึกษาร่วมกับพยาบาลประจำหน่วยมะเร็งในการจัดทำ
กำหนดรูปแบบที่น่าสนใจ ปรับขนาดตัวอักษรให้เพิ่มขึ้น เมื่อได้รูปแบบที่เหมาะสมแล้ว ขอความ
อนุเคราะห์จากหน่วยมะเร็งในการจัดทำ และเมื่อได้รูปเล่มแล้วก็จะนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยต่อไป

3.8.4.2 วัตถุประสงค์ การวางแผนจัดทำวิทยุทัศน์มีขั้นตอนดังนี้

ก. ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมวิจัยเพื่อกำหนดรูปแบบ เนื้อหา ความยาว และ
ขอบเขตโดยผู้วิจัยรับผิดชอบเขียนเนื้อหาในส่วนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ข. ประชุมทีมวิจัย เพื่อพิจารณา แก้ไข และผู้วิจัยปรับเนื้อหาตามมติ
ของที่ประชุมจำนวน 5 ครั้งจึงได้เนื้อหาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

ค. ติดต่อขอความร่วมมือในการทำวิทยุทัศน์โดย หัวหน้าหน่วยรังสีรักษา
ติดต่อขอความอนุเคราะห์จากหน่วยโสตทัศนศึกษา คณะแพทยศาสตร์ในการจัดถ่ายทำ

ง. เตรียมการถ่ายทำโดย ผู้วิจัยเตรียมผู้ป่วย ผู้ที่เกี่ยวข้อง อุปกรณ์ และสถานที่
ในการถ่ายทำ

จ. ดำเนินการถ่ายทำ โดยระยะเวลาในการถ่ายทำ 4 วัน และระยะเวลาตั้งแต่
เริ่มดำเนินการวางแผนกำหนดเนื้อหา รูปแบบ การลงมือถ่ายทำ การตัดต่อแก้ไขใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 2
เดือน และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย

4. สนับสนุนสิ่งที่เป็นกำลังใจ คงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง การช่วยเหลือผู้ป่วยในขั้นตอนนี้เป็นการ
สนับสนุนสิ่งที่เป็นกำลังใจในการดูแลตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ต่อเนื่องตลอด
ระยะการฉายรังสีโดย จัดให้ผู้ป่วยได้พบกับผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การฉายรังสีมาแล้ว แสดงการ
ยอมรับ ชื่นชมในวิธีการแก้ปัญหา หรือการดูแลตนเองที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติไปแล้ว ยอมรับ
ความเชื่อและการปฏิบัติตามความเชื่อที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมองสถานการณ์ที่
เกิดขึ้นในทางบวก การมองหาข้อดีจากความเจ็บป่วย หรือการใช้ความขบขัน การสนับสนุนความ
คิดทางบวกของผู้ป่วย การติดตามสนับสนุนให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ดังมีรายละเอียดดังนี้คือ

4.1 การจัดให้ผู้ป่วยได้พบกับผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การฉายรังสีมาแล้ว โดยอาจเป็น
ผู้ป่วยที่ฉายรังสีในสัปดาห์สุดท้ายหรือเป็นผู้ป่วยที่แพทย์นัดมาตรวจ ให้มาพูดคุยกับผู้ป่วยโดยให้
เล่าถึงประสบการณ์การฉายรังสีที่ผ่านมา การเกิดอาการข้างเคียง และการจัดการกับอาการข้างเคียง

ที่เกิดขึ้น ตลอดจนการหายจากอาการข้างเคียงดังกล่าว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้เห็นผู้ป่วยอื่นที่ฉายรังสีครบแล้ว กลับสู่สภาพปกติ ผู้ป่วยประเมินว่าทำให้เกิดกำลังใจในการรับการรักษาและการดูแลตนเองต่อไป

4.2 การแสดงการยอมรับ ชื่นชม โดยแสดงการยอมรับ ชื่นชมในวิธีการแก้ปัญหา หรือการดูแลตนเองที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติไปแล้ว การขออนุญาตเพื่อนำไปถ่ายทอด หรือแนะนำให้ผู้ป่วยอื่น การกล่าวถึงผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงวิธีการดูแลตนเองที่ปฏิบัติไปแล้วขณะเข้ากลุ่ม และบอกผู้ป่วยว่าวิธีการในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นที่ผู้ป่วยค้นพบด้วยตนเอง และปฏิบัติแล้วได้ผลดีนั้นเป็นวิธีการที่ดีที่สุด เพราะตัวเราเองจะรู้ดีที่สุดว่าอะไรที่เป็นสิ่งที่เหมาะสมกับตน แพทย์หรือพยาบาลเป็นได้เพียงที่ปรึกษา หรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามความรู้ที่เรียนมา แต่วิธีการที่ผู้ป่วยค้นพบด้วยตนเองจะเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและช่วยผู้ป่วยได้มาก

4.3 การยอมรับความเชื่อและการปฏิบัติตามความเชื่อที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การปฏิบัติตามความเชื่อที่พบจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความเชื่อในเรื่องของการงดของแสลง การขนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การไม่เข้าใกล้บริเวณที่เผาศพหรือที่ใส่กระดูก การใช้น้ำข้าวอุบท้องเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย หรือรับประทานอาหารไม่ได้

เนื่องจากความเชื่อเป็นความคิด ความรู้สึกที่ฝังแน่นที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และบางครั้งไม่อาจอธิบายได้ด้วยข้อเท็จจริงเสมอไป (ทัศนยา, 2531) ความเชื่อในเรื่องการฟื้นฟูที่เหนือธรรมชาติ เช่นการปฏิบัติตามความเชื่อ การสวดมนต์ จะช่วยให้คนคงไว้ซึ่งความหวัง และมุมมองในทางบวกในการที่จะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่รุนแรง หากผู้ให้การดูแลมีความขัดแย้งกับผู้ป่วย ทำให้ความไว้วางใจถูกทำลายลง ดังนั้นผู้ให้การดูแลจะต้องแสดงถึงความสนใจในผู้ป่วย และยอมรับในความเชื่อของผู้ป่วยเพื่อให้เขามีความตั้งใจในการรักษา ตลอดในขณะที่เขายังหวังความมหัศจรรย์หรือการรักษาที่เหนือธรรมชาติ เช่น การสะเดาะเคราะห์ การบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ (Ellis & Nowlis, 1994).

ดังนั้นความเชื่อของผู้ป่วยบางประการถึงแม้จะไม่มีประโยชน์หรือไม่มีคุณค่าทางด้านการแพทย์ก็ตาม แต่อาจจะมีประโยชน์หรือมีคุณค่าต่อจิตใจของผู้ป่วยอย่างมหาศาลก็ได้ เนื่องจากสิ่งเหล่านี้เป็นภาวะนอกเหนือตนเองเป็นการหาความมั่นคง หรือการสนับสนุนให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต (Dossy, et al. , 1995) ในบางครั้งการดูแลตนเองของบุคคลอาจไม่เป็น therapeutic ตามทัศนะของเจ้าหน้าที่สุขภาพ แต่ในวัฒนธรรมไทยประชาชนทั่วไปอาจเชื่อว่าเป็น therapeutic คือทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยในสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่าไม่อันตรายก็ไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยน (สมจิต, 2537)

นอกจากนี้ควรประเมินถึงการได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ เช่นในเรื่องของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการฉายรังสีส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในทางศาสนาอิสลาม คือการทำละหมาด มีผู้ป่วยที่ศึกษา 1 รายคือสูงเหมที่นับถือศาสนาอิสลามผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจออกมาว่า การฉายรังสีทำให้ต้องงดทำละหมาดนานประมาณ 2 เดือน เนื่องจากการทำละหมาดต้องชำระร่างกายให้สะอาดตั้งแต่หัวจรดเท้า แต่เนื่องจากเป็นข้อห้ามของการฉายรังสีที่ห้ามไม่ให้โดนน้ำบริเวณที่ฉายรังสี ตนจึงรู้สึกลำบากใจอย่างมาก รู้สึกว่าญาติพี่น้องก็ไม่ค่อยสบายใจที่ตนต้องงดทำละหมาด เพราะขัดกับหลักทางศาสนา คือหลักศรัทธา หลักการปฏิบัติ หลักคุณธรรม หรือหลักความดี และกลัวว่าจะยังทำให้เจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่าสถานการณ์เช่นนี้อาจทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณได้ แต่นับเป็นความโชคดีของผู้ป่วย ที่บังเอิญมีผู้นำทางศาสนา (โต๊ะอิหม่าม) ในหมู่บ้านเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงนั้น และได้พูดคุยกับผู้ป่วยถึงปัญหาดังกล่าวว่า สามารถละเว้นการทำละหมาดได้ในช่วงที่เจ็บป่วย และให้ทำซุญเจเมื่อฉายรังสีเสร็จแล้ว ดังนั้นการจัดให้ผู้ป่วยได้พบกับผู้นำทางศาสนาต่างๆตามที่อยู่ผู้ป่วยนับถือก็น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง หรือการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณที่เหมาะสม ส่งผลให้สามารถใช้ชีวิตช่วงรับรังสีได้อย่างมีความสุขมากยิ่งขึ้น

4.4 ช่วยให้ผู้ป่วยมองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก และการสนับสนุนความคิดทางบวกของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยหรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสัปดาห์หลังๆที่อาการข้างเคียงเกิดขึ้นรุนแรง ถึงแม้ผู้ป่วยจะเตรียมใจไว้จากการได้รับข้อมูลแล้วก็ตาม แต่เมื่อพบกับอาการข้างเคียงที่รุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะวิตกกังวล ท้อแท้ หดงำลังใจ และผู้ป่วยช่วงที่ศึกษาบางรายก็ตัดสินใจยุติการรักษา การสนับสนุนให้ผู้ป่วยคิดในทางบวกจึงช่วยลดการรับรู้ต่อความรุนแรงของเหตุการณ์ลง เช่นในผู้ป่วยรายหนึ่งเมื่อมีแผลอักเสบ (fibrinous exudate) เกิดขึ้นที่ริมฝีปากถึงแม้จะเจ็บปวดและเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหารอย่างมาก แต่ผู้ป่วยกลับคิดว่าฉายรังสีแล้วไปذنออก กระทั่งออก คิดว่าโรคข้างในถูกขับออกมาทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ อดทนต่ออาการที่เกิดขึ้น และสามารถฉายรังสีได้ครบตามกำหนดเช่นในรายของสูงแอบได้เล่าว่า " เป็นแผลก็ไม่ได้ทำอะไรก็ทนเอา ก็ทำแต่ทายาที่หมอให้ แต่นี่คิดว่าข้างในหายแล้วเพราะมันหึ่งออกข้างนอกหมด"

นอกจากนี้การมองหาข้อดีจากความเจ็บป่วย หรือการใช้ความขบขัน ก็เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยอดทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ ดังเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งคิดว่าถึงแม้ผ่าตัด และ ฉายรังสีแล้วจะทำให้ลักษณะรูปร่าง และ สีผิวเปลี่ยนแปลงไปดูไม่สวยงามแต่ก็คุ้มค่าเมื่อแลกกับว่าจะได้มีชีวิตอยู่ต่อ ได้ทำบุญให้ทาน ได้เห็นหน้าลูกหลาน หรือบางรายก็คิดว่า ต้องเอาชนะโรคให้ได้ คิดแต่เรื่องที่สนุกสนาน หรือเรื่องที่ทำให้สบายใจ ดังเช่นที่ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า

เอาชนะโรคให้ได้แล้วก็คิดหนัก เพลิดเพลินไปเรื่อยๆ หนัก (สนุก) นอง (คะนอง) ไปเรื่อย ภายมาห้าวันแล้วยังชั้ว มันบายใจแผลมันยังชั้วขึ้น เมื่อก่อนมันเป็นคดัก (หลุม) อยู่แต่ที่ มันทิ (จะ) เหมอ (เสมอ) แล้ว บาย (สบาย) นี่ผมว่าเอาให้หลอด (ตลอด) ตั้งความหวังไว้ ว่าครบออกกำลังทุกวันๆ นี่บายใจว่าแผลหายแล้ว เหมอ (เสมอ) แต่ว่าเจ็บคอกจากฉายแสง เคี้ยวฉายครบก็หาย นี่ยังบาย (สบาย) บางคนร้องติ (จะ) ตายแล้ว บอกว่าแค่น (พยายาม) ตะ (เออะ) หมอเขาให้มารักมาก็ตั้งใจรักษาให้หาย บอกทน มาถึงนี้ถ้าตายก็ให้มัน ตายถ้าไม่ตายก็รอดนี่ถ้าตาย ตายนานแล้ว ไครติ (จะ) วังบอกอย่าวังเซื่อตะ (เออะ) ถ้ามาที่ ตายอยู่บ้านตาย นี่หมอช่วยให้เราหายอยู่ต่อตะ (เออะ) เสียงแห้งๆ เคี้ยวมันก็หายไปเอง เสียงแห้งแต่ไม่ตกใจคุยกับหมอแล้วว่าแห้งจากกินน้ำน้อย

(ลุงพงศ์ สัปดาห์ที่ 5)

4.5 การติดตามสนับสนุนให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ การสร้างความมั่นใจ เป็นที่ปรึกษา และการติดตามเยี่ยมที่อาคารเย็นศิระ จากการศึกษาพบว่าในระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้นั้น ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานและท้อแท้อย่างมาก คิดว่าตนเองนั้นแย่แล้ว บางรายก็ถามย้ำผู้วิจัยซ้ำๆ ว่าทำไมเป็นอย่างนี้ บางรายก็ขอความมั่นใจซ้ำๆ ว่า “มันเป็นปกติๆ และมันจะดีขึ้นเองใช้มั้ย” ในจุดนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ให้ความมั่นใจในการกลับสู่ปกติ และบางครั้งผู้วิจัยจำเป็นต้องให้ข้อมูลเพิ่มเติมซ้ำอีก ทั้งในเรื่องของการเกิดอาการข้างเคียง ย้ำว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีที่รุนแรงขึ้นจากการที่ได้รับรังสีมากขึ้น และให้ความมั่นใจอีกครั้งว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นอยู่ตลอดเวลา แต่จะค่อยๆลดลงจนหมดไปภายหลังฉายรังสีครบ รวมทั้งแนะนำและค้นหากลวิธีในการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งก็พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าอาการข้างเคียงจะยังคงมีอยู่ก็ตาม

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังติดตามเยี่ยม โดยในรายที่ไม่ได้พักที่อาคารเย็นศิระจะติดตามเยี่ยมทุกวัน ที่หน่วยรังสีรักษา และในรายที่พักที่อาคารเย็นศิระจะติดตามเยี่ยมที่ที่พักสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง วัตถุประสงค์ที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่อาคารเย็นศิระในช่วงแรกเพราะต้องการพูดคุยเจาะลึกกับผู้ป่วยเป็นการส่วนตัว ไม่ต้องจำกัดด้วยเวลา เนื่องจากการพูดคุยกับผู้ป่วยที่หน่วยรังสีรักษาพบว่าผู้ป่วยจะกำหนดกิจกรรมที่ต้องทำไว้จนกลับที่พัก และหากคุยกับผู้ป่วยก็รู้สึกว่าเป็นการทำให้ผู้ป่วยเสียเวลา เสียแผนที่วางไว้ อีกทั้งบรรยากาศเต็มไปด้วยความเร่งรีบ ไม่มีบริเวณพูดคุยที่เป็นส่วนตัว และในทีมนั้นผู้วิจัยจะอยู่ในบทบาทของทีมรักษา ซึ่งผู้ป่วยอื่นก็ต้องการพูดคุย หรือปรึกษาเช่นกัน แต่การคิด

ตามไปยังที่หักโดยส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะไปในช่วงบ่าย ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยปลอดจากกิจกรรมต่างๆ มานั่งผ่อนคลายบริเวณหน้าต่างที่หัก บรรยากาศจึงเป็นไปด้วยความไม่รีบเร่ง และสังเกตว่าผู้ป่วยยินดีที่จะพูดคุย หรือเล่าระบายความรู้สึกในเรื่องต่างๆ ออกมามากกว่า อีกทั้งยังหาบริเวณที่เป็นส่วนตัวได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกรายบอกว่ารู้สึกยินดีมากที่สุดที่ผู้วิจัยไปเยี่ยมถึงที่หัก โดยผู้ป่วยไม่ได้มองว่าเป็นการไปเก็บข้อมูลแต่กลับมองว่าเป็นการไปเยี่ยมด้วยความมีน้ำใจและความห่วงใย บอกว่ารู้สึกอุ่นใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไม่มีญาติ หรือรายที่ไม่ได้กลับไปเยี่ยมบ้าน เช่นในรายของป้าจันทร์ และแม่ชีบุญบอกว่า " เวลาเจ้บๆ เห็นหมอ (ผู้วิจัย) ไปเยี่ยมก็หาย มีกำลังใจทำไหรๆ (อะไรๆ) ต่อ" และคั้งที่แม่ชีบุญบอกว่า " เห็นหมอมายเยี่ยมจิตใจ บายใจ กินไม่ได้พอหมอ (ผู้วิจัย) มากก็กินได้ ได้เป็นกำลังใจ"

ประโยชน์ที่ได้รับที่สำคัญยิ่งจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หักคือ ทำให้ได้เห็นบริบทการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่แท้จริง เพราะกิจกรรมการดูแลตนเองเกือบทั้งหมดเกิดขึ้นที่หัก ได้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้น เช่นปัญหาเรื่องการใช้จ่าย ปัญหาภายในที่หัก หรือแม้แต่ชนิดของอาหารที่จัดไว้รับประทาน ชนิดของน้ำยาบ้วนปากที่ใช้ และยังได้ช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะประสบปัญหา เช่น การส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหามาโรงพยาบาล การสอนทักษะการทำแผล การให้อาหาร เป็นต้น

4.6 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นรุนแรงนั้น ไม่ได้เป็นผลมาจากความล้มเหลวในการดูแลตนเอง เนื่องจากในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงแรก ได้พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนัก และเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองในระหว่างฉายรังสี ดังนั้นเมื่อมาถึงระยะที่มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นรุนแรงควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกผิด หรือรู้สึกว่าการดูแลตนเองล้มเหลว เช่น จากการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยรายหนึ่งคือลุงพงศ์ ที่แสดงออกถึงความสนใจในการดูแลตนเอง ชักชวนเพื่อนให้ดูแลตนเอง และให้คำแนะนำ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอื่นเสมอในขณะที่เข้ากลุ่ม มาในสัปดาห์ที่ 6 ลุงพงศ์มีอาการอ่อนเพลีย และมีการอักเสบภายในช่องปาก แต่ลุงพงศ์กลับบอกผู้วิจัย และ ผู้ป่วยอื่นๆ ที่เข้ากลุ่มว่าตนสบายดี แต่เมื่อติดตามเยี่ยมที่อาคารเย็นศิริะได้พบกับภรรยาของลุงพงศ์ซึ่งได้เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า ลุงพงศ์มีอาการปวดแผลในปากมาก นอนร้องไห้แทบทุกคืน คนรู้สึกสงสารมากแต่ก็ไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร เห็นผู้วิจัยมาจึงมาปรึกษา ลุงพงศ์จึงระบายความรู้สึกออกมาว่า ตนก็พยายามดูแลตนเองทุกอย่างแต่ทำไมถึงเป็น เช่นนี้ พงศ์บอกว่าต้องอดทนกับความเจ็บปวดอย่างมากเพราะไม่กล้าบอกให้ใครทราบ เพราะกลัวผู้อื่นคิดว่าตนทำตัวไม่ดี และรู้สึกอายผู้อื่นที่มีอาการรุนแรง จนคิดว่าถ้าตนเป็นผู้หญิงก็คงจะผูกคอตายไปแล้ว

ในจุดนี้ผู้วิจัยได้อธิบายให้เข้าใจถึงสาเหตุความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และบอกว่า เป็นปกติที่เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกคน แสดงความชื่นชมผู้ป่วยที่พยายามดูแลตนเองมาตลอด นอกจากนี้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยไม่ควรใช้คำพูดคาดหวังในสิ่งที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ หรือคาดหวังสูงเกินไป เพราะจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และยังมองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางลบ เช่นใน

ระยะที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้นั้น ผู้วิจัยได้บอกกับผู้ป่วยว่า ให้รับประทานเท่าที่พอจะรับประทานได้ให้มีแรงมาฉายรังสีก็พอ เพราะช่วงนี้ถ้าจะให้รับประทานให้ได้มากเหมือนก่อนก็คงจะเป็นไปไม่ได้ ซึ่งทำให้ความรู้สึกของผู้ป่วยดีขึ้นมาก ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกดีใจที่มีคนเข้าใจเพราะบางครั้งแพทย์บอกว่าให้รับประทานมากๆ ถ้ารับประทานน้อยๆก็ไม่ไหว ทำให้รู้สึกเครียดมาก เพราะตนก็พยายามรับประทานเต็มที่แล้ว และรู้สึกไม่สบายใจที่รับประทานมากๆ ไม่ได้

4.8 การสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล นอกจากการสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยแล้ว การสนับสนุนให้กำลังใจและการส่งเสริมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลหรือครอบครัวก็นับได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้ดูแลเองก็เกิดความเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ หรือความทุกข์ใจไม่แพ้ผู้ป่วยเช่นกัน การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลเองก็ต้องการ มีผู้ดูแลบางรายที่ต้องมาเป็นผู้ดูแลเพราะไม่สามารถหาบุคคลอื่นมาดูแลผู้ป่วยได้ แต่ในบางรายก็มาดูแลเพราะความรักความห่วงใย

สำหรับการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ดูแลนั้น ได้เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก แสดงความชื่นชมที่ได้ดูแลผู้ป่วย และบอกว่าช่วงนี้ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดช่วยให้ผู้ป่วยรับการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการส่งเสริมการดูแลตนเอง

ผลการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา แบบประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับรังสีรักษา การสังเกตพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย และการประเมินการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ดังนี้คือ

1. การประเมินโดยใช้แบบประเมิน เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาโดยในระยะก่อนส่งเสริมการดูแลตนเองพบว่า มีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ แต่เมื่อผ่านการสนับสนุนและให้ความรู้ในวงจรมีพบว่าผู้ป่วยทุกรายมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และมีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงได้เพียงพอ เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับรังสีรักษาพบว่าอาการข้างเคียงต่างๆยังคงอยู่ในระดับเดิม แต่เมื่อประเมินผลกระทบต่อจิตใจพบว่าผู้ป่วยทุกรายมีความรู้สึกกลัวต่ออาการข้างเคียง และความรู้สึกไม่แน่นอน เบื่อหน่าย ท้อแท้ใจลดลง ผู้ป่วยทุกรายยังคงมารับการฉายรังสีตามปกติ

2. การสังเกตพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการสังเกตพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะเข้ากลุ่ม และจากการติดตามเยี่ยมที่ที่พัก พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น มีการนำน้ำมาดื่มขณะรอฉายรังสี มีการเตรียมน้ำยาบ้วนปากเก็บไว้ใช้ มีการจัดหา

ชนิดของอาหารที่เหมาะสมมารับประทาน และติดต่อขอพบแพทย์ก่อนวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติมากขึ้น นอกจากนี้แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยมีการซักถามปัญหา ข้อสงสัยขณะพบแพทย์มากขึ้น นอกจากนี้เมื่อประเมินความรู้ในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ และในเรื่องของการใช้ยาพบว่ามีการบริหารยาที่ได้รับอย่างถูกต้องดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่าว่า

คอแห้ง น้ำลายเหนียวหมด ก็กินน้ำหมอบอกให้กินน้ำ ก็เชื่อหมอกินน้ำ กินน้ำแล้วดีขึ้น
บายคอไม่แห้ง น้ำลายก็กลืนคล่อง ถ้าไม่กินรู้สึกว่ามันแน่น ไปหมดในหมูก (จุมก) สองข้าง
หายใจไม่ออก พอกินน้ำแล้วมันโล่งขวาง (สบาย) ไปวันหนึ่งขวดใหญ่กินหมดแหละ
(ป่าจันทร์ สัปดาห์ที่2)

ช่วงนี้พยายามกินน้ำมากๆ แล้วก็บ้วนปากเหมือนลูกสาว (ผู้วิจัย) ว่าลุงเอาน้ำใส่ขวดมานั่งรด
ไทรก็ได้กิน ต้มน้ำสุกใส่ขวดมาแล้วต้มน้ำร้อนไว้ดื่ก (กระตัก) นึ่งก่อนนอนเพื่อว่าดื่กๆ
คอแห้งได้เอามากิน โดยมากกินคืนหนึ่งสองสามหน

(ลุงมิตร สัปดาห์ที่3)

ข้าวกินไม่ค่อยได้ แรกกินสองสามช้อน ถ้าของเย็นๆน้ำๆกินได้ เหมือนข้าวเมื่อข้าวกินได้แต่
น้ำนม น้ำส้ม ซอสน้ำพริกมัน น้ำอ้อยมัน (ข้าง) น้ำเต้าหู้ ซอของพืชนั้นมากินได้ น้ำข้าวก็
ได้โหวดติน นม ถึงข้าวนั้นแหละข้าวโหดที่หมอ (ผู้วิจัย) ให้กินได้ลาย (ขง) ให้กินเพื่อๆ
(เรื่อยๆ) ช่วงนี้แรกกินได้แต่น้ำข้าวต้มกับนม น้ำส้มเป็นก็สองลูก น้ำข้าวก็ทีครึ่งแก้ว นม
ตราหมีป่องนึ่ง กินหมด ก็หาพวกน้ำพริก น้ำถั่วเขียว น้ำส้มเป็นเก็บไว้

(ผู้ดูแลแม่ชัญญู สัปดาห์ที่5)

3. การประเมินการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ โดยประเมินในเรื่องของคู่มือที่ให้กับ
ผู้ป่วย กิจกรรมกลุ่ม รูปแบบการนัดผู้ป่วย การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย และผลกระทบจากการทำกลุ่มดังมี
รายละเอียดดังนี้คือ

3.1 คู่มือที่ให้กับผู้ป่วย โดยปรับจากคู่มือเรื่อง ความรู้ความเข้าใจในการรักษา มาเป็น
จะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อกายแสงบริเวณศีรษะและคอ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาทุกรายประเมินว่า
อ่านแล้วทำให้เข้าใจ และ บางเรื่องที่ได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัยไปแล้ว แต่ลืมก็ได้เปิดดูจากคู่มือที่

ได้รับ แต่เมื่อสอบถามในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาเข้ากลุ่ม พบว่ามีผู้ป่วยส่วนน้อยที่สนใจอ่าน ผู้ป่วยส่วนหนึ่งให้เหตุผลว่าไม่ชอบอ่านอะไรในช่วงนี้ บางรายก็บอกว่าสายตาไม่ดี อ่านไม่เห็น หรือบางรายก็อ่านหนังสือไม่ออก แต่ในส่วนที่สนใจอ่านก็บอกว่า อ่านเพื่อให้ทราบว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง หรืออ่านเพื่อจะได้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และในรายที่มีญาติส่วนใหญ่ญาติจะสนใจอ่าน เพราะบอกว่าจะได้เข้าใจ และดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ซึ่งในจุดนี้ทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3.2 กิจกรรมกลุ่ม เมื่อประเมินในส่วนของกิจกรรมกลุ่มพบว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีกำลังใจมากขึ้นดังที่ผู้ป่วยได้สะท้อนออกมาว่า "คุยกับหมอ (ผู้วิจัย) ได้รู้ใ้หลายๆ (อะไร) มั่ง(บ้าง)พวกตามบ้านเที่ยวแหล่งกัน ไปด้วยกัน ไม่เชื่อหมอไม่รู้เชื่อใคร"

นอกจากนี้ผู้ป่วยสะท้อนว่ากิจกรรมที่จัดให้ได้พบกับผู้ที่ฉายรังสีครบแล้วกลับสู่ปกติ ทำให้รู้สึกมีกำลังใจ และมีความหวังว่าสักวันหนึ่งต้องกลับเป็นคนเดิม และการที่ได้พบกับเพื่อนผู้ป่วยในกลุ่มทำให้รู้สึกว่ายังมีอีกหลายคนที่เป็นเหมือนกับตน และ บางรายก็รู้สึกว่าอาการของตนเป็นเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอื่น หรือบางรายเมื่อเห็นผู้ป่วยอื่นอดทน หรือสู้ได้ก็มีกำลังใจว่าต้องทำให้ได้ด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยประเมินว่าการมาเข้ากลุ่มช่วยให้ได้รู้จักเพื่อน และ สนับสนุนกันมากขึ้นกลับไปรวมกลุ่มกันต่อที่ที่พัก ทั้งๆที่บางรายบอกว่าเห็นหน้ากันทุกวันแต่ไม่เคยทักทายกัน (ในรายที่พักที่อาคารเย็นศิริ)

การใช้ภาษาถิ่นในการดำเนินกลุ่ม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินว่าช่วงไหนที่ผู้วิจัยพูดภาษาถิ่น รู้สึกว่าเข้าใจ และ กล้าซักถาม เนื่องจากไม่กล้าพูดภาษากลาง ใช้ภาษากลางไม่ชำนาญ และการเข้ากลุ่มทำให้ได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัว เข้าใจ ได้รู้ในสิ่งที่ไม่รู้ สำหรับในส่วนของหนังสือที่จัดไว้ให้บริการแก่ผู้ป่วยนั้นพบว่าผู้ป่วยสนใจยืมหนังสือที่จัดไว้ น้อย อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา อีกทั้งเนื้อหาในหนังสือส่วนใหญ่ก็มีรายละเอียดค่อนข้างมาก และ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเสนอว่าน่าจะมีน้ำดื่มให้ขณะเข้ากลุ่ม เพราะมาฉายรังสีตั้งแต่เช้าตรู่ รู้สึกหิว ร่วมกับคอแห้ง น้ำลายเหนียว จึงหิวน้ำบ่อย

จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ซักถามมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพูดคุยและซักถามจากผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การฉายรังสีมาแล้ว และ จากการสะท้อนร่วมกับทีมวิจัย พบว่ากิจกรรมกลุ่มค่อนข้างเหมาะสม โดยจากการประเมินเวลาพบแพทย์ ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจกล้าซักถามแพทย์มากขึ้น นอกจากนี้การนำผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การฉายรังสีแล้วมาเข้ากลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยสนใจซักถามและยังช่วยเป็นกำลังใจ ในส่วนของการสนับสนุนให้กำลังใจนั้นควรจัดให้มีบุคลากรติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่อาคารเย็นศิริเพื่อเป็นกำลังใจ แสดงถึงความห่วงใย ไม่ทอดทิ้ง

ของบุคลากรในทีมสุขภาพแม้ผู้ป่วยอยู่นอกโรงพยาบาล และ ยังช่วยให้ได้ประเมิน หรือแก้ไข ปัญหาในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น

3.3 รูปแบบการนัดผู้ป่วย ในเรื่องของบัตรนัดซึ่งผู้ช่วยนักวิจัยต้องเป็นผู้กระจายชื่อ มาให้ พยาบาลประจำหน่วยมะเร็ง หรือ ผู้วิจัยเป็นผู้แบ่งกลุ่มผู้ป่วย และ ผู้ช่วยนักวิจัยเขียนใบนัดผู้ป่วยเข้า กลุ่มและนำไปไว้ในแฟ้มฉายรังสีทุกสัปดาห์ เมื่อมาถึงวงจรถัดพบว่าผู้ช่วยนักวิจัยลาออกด้วยเหตุผล ส่วนตัว และ ทางหน่วยมะเร็งได้จัดให้มีเจ้าหน้าที่มาทำหน้าที่นี้แทน ซึ่งเป็นผู้ที่มีภาระงานประจำ มากอยู่แล้ว บางครั้งจึงมีปัญหาทำให้ใบนัดกับผู้ป่วยในวันอังคารไม่ทัน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับใบนัด ในการเข้ากลุ่ม และ เมื่อถึงสัปดาห์ถัดไปก็มีใบนัดเดิมซ้ำซ้อนอยู่ ทำให้เป็นภาระแก่ทั้งนักวิจัย และ เจ้าหน้าที่ในการให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ใบนัดที่ให้กับผู้ป่วยทุกสัปดาห์ก็ไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ การใช้ใบนัดใหม่ทุกสัปดาห์จึงเป็นการสิ้นเปลืองอีกประการหนึ่ง

จากการสะท้อนร่วมกับผู้ป่วยพบว่า บัตรนัดยังคงได้รับไม่สม่ำเสมอ ทำให้คิดว่าไม่ต้องเข้า กลุ่ม และ มีบางรายที่มาเข้ากลุ่ม โดยไม่ได้รับบัตรนัดแต่มาเพราะอยากฟัง และ จากการสะท้อนร่วมกับทีมวิจัย ในเรื่องของบัตรนัดพบว่าเจ้าหน้าที่ยังไม่ได้ให้กับผู้ป่วยทุกราย จำนวนผู้ป่วยที่เข้ากลุ่ม ยังน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และ ควรปรับเวลาในการนัดผู้ป่วยให้เร็วขึ้นเพื่อลดระยะเวลาการรอ นอกจากนี้ควรจัดเครื่องดื่ม หรือน้ำไว้บริการขณะเข้ากลุ่ม เพราะระยะเวลาตั้งแต่มารอ ฉายรังสีจนเข้ากลุ่มใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมงร่วมกับอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีที่ทำให้ คอแห้งน้ำลายเหนียว อีกทั้งในเรื่องของเวลาในการนัดผู้ป่วยเข้ากลุ่ม ยังคงทำให้ผู้ป่วยต้องรอ ประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

3.4 การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย การแบ่งกลุ่มโดยใช้บริเวณที่ฉายรังสีทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาคล้ายคลึง กัน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองซึ่งกันและกัน และ เนื่องจากภายในกลุ่มมี ผู้ป่วยที่ฉายรังสีในสัปดาห์ต่างๆทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับตน เป็นการ เตรียมตัวในการที่จะเผชิญกับอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น ได้รับฟังประสบการณ์ซึ่งบางอย่างก็ สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับตนเองได้ นอกจากนี้ยังช่วยสนับสนุนด้านจิตใจจากการที่ได้เห็นผู้อื่นก็ มีปัญหาเช่นเดียวกับตน บางรายเล่าว่าคิดว่ามีตนเพียงคนเดียวที่มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น แต่เมื่อได้ พบกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเหมือนๆ กันในขณะที่เข้ากลุ่มจึงรู้สึกว่าเป็นเรื่องธรรมดา

3.5 ผลกระทบจากการทำกลุ่ม จากการศึกษาในช่วงนี้ผู้วิจัยได้บันทึกผลกระทบที่เกิดจากการ ทำกลุ่มพบว่ามีดังนี้คือ

3.5.1 ความวิตกกังวลและความกลัว พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่เริ่มฉายรังสีหรือสัปดาห์ แรกๆที่ยังไม่เกิดอาการข้างเคียง หากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นมากเกินไป อาจทำ

ให้เกิดความกลัวหรือวิตกกังวลได้ นอกจากนี้ในรายที่เพิ่งฉายรังสี เมื่อเห็นผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณเดียวกันมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นรุนแรง ทำให้กลัวว่าอาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นกับตน

3.5.2 การเปรียบเทียบกันภายในกลุ่ม พบว่าก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจจากการเปรียบเทียบกันภายในกลุ่มในเรื่องต่างๆดังนี้

3.5.2.1 ความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ในรายที่รับรู้ว่ามีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นมาก บางรายก็คิดว่าตนเอง โชคร้ายกว่าคนอื่น บางรายก็เกิดความท้อแท้

3.5.2.2 ในรายที่มีกลิ่นปาก กลิ่นตัว หรือผู้ป่วยที่มีเสมหะออกมาต้องบ้วน หรือเช็ดบ่อยๆ ผู้ป่วยหรือญาติบางราย จะแสดงอาการหลีกเลี่ยงไม่เข้าใกล้ ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเป็นคนที่น่ารังเกียจ นอกจากนี้มีผู้ป่วยหรือญาติบางรายที่ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยอื่นในค่านลบ ขณะเข้ากลุ่ม โดยเอ่ยชื่อผู้ป่วยรายที่ถูกพาดพิงออกมา เช่น ให้ข้อมูลว่าไม่ยอมแปรงฟัน บ้วนปาก จึงทำให้ผู้ป่วยที่ถูกกล่าวถึงรู้สึกอับอายและไม่มาเข้ากลุ่มอีก

3.5.2.3 ความแตกต่างเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ป่วยบางรายเกิดการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอื่น และรู้สึกว่าตน โชคร้ายที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือมีฐานะยากจน เช่น ในรายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีก็จะบอกเล่าถึงความสามารถในการจัดหาที่อยู่อาศัยที่สุขสบาย การจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยอยากรับประทานทุกอย่าง หรือการพยายามจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกนานาประการให้กับผู้ป่วย ในขณะที่บางรายไม่มีเงินแม้แต่จะจัดซื้ออาหารต้องอดมื้อกินมื้อ นอกจากนี้บางรายอย่างแพทย์จะจัดให้เฉพาะผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษา หรือสามารถจัดซื้อเองได้ จึงอาจก่อให้เกิดความรู้สึกไม่เท่าเทียมกันได้

3.5.2.4 การเปรียบเทียบกันในเรื่องของระยะของโรค ผู้ป่วยจะเปรียบเทียบกับว่า ระยะ 1 ระยะ 2 จะดีกว่าระยะ 3 และ 4 ทำให้ผู้ป่วยที่ทราบว่าโรคของตนอยู่ในระยะ 3 หรือ 4 รู้สึกท้อแท้

3.5.3 ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยในการเข้ากลุ่มบางครั้งอาจไม่ใช่ข้อมูลที่แท้จริง เช่น ในรายของลุงพงศ์ที่พยายามดูแลตนเอง และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอื่น เมื่อมีอาการข้างเคียงคือการอักเสบของเยื่อช่องปากรุนแรง ลุงพงศ์กลับบอกผู้ป่วยอื่นในขณะที่เข้ากลุ่มว่าตนสบายดี แต่เมื่อผู้วิจัยไปพบกับผู้ป่วยและภรรยาที่ที่พักกลับได้รับข้อมูลว่ามีอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

3.5.4 ความลำบากใจของผู้วิจัย จากการที่ไม่ได้ศึกษารายละเอียดของผู้ป่วย หรือไม่รู้จักผู้ป่วยทุกรายที่เข้ากลุ่ม ทั้งในเรื่อง การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ปริมาณรังสีที่ได้รับ วันสิ้นสุดการฉายรังสี แพทย์เจ้าของไข้ หรือแผนการรักษาที่ได้รับ ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในบางเรื่องได้ เช่น ผู้ป่วยมักถามถึงวันสิ้นสุดการฉายรังสี วันที่แพทย์นัด เป็นต้น นอกจากนี้คำถามบางคำถาม

เป็นเรื่องลำบากใจที่จะตอบ เช่น การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค โอกาสที่จะอยู่รอด โอกาสหายจากโรค ระยะเวลาแน่นอนที่จะหายจากอาการข้างเคียง

กลยุทธ์ของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

จากการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวงจรเผชิญกับอาการข้างเคียง หลักเคียงอุปสรรคปรับหาวิธีการที่เหมาะสม สามารถสรุปกลวิธีที่สำคัญของพยาบาลในระยะนี้ ได้แก่

1. เป้าหมายดี มีพลังกาย พลังใจ เป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ทั้งเป้าหมายระยะสั้น และเป้าหมายระยะยาว สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985) ที่ว่าการช่วยให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายที่เป็นจริง และ มองเห็นเป็นรูปธรรมจะเป็นเครื่องช่วยให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจ และ เป็นข้อผูกพันที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตามวิธีการที่ได้เลือก

2. สะท้อนหาวิธีที่ช่วยได้ จัดให้ความรู้ การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในกลวิธีนี้ ได้แก่ การประเมินความรู้ของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น สะท้อนวิธีการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ รวมทั้งประสิทธิผลของการปฏิบัติ ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับอาการข้างเคียง และวิธีการดูแลตนเองเพื่อลดหรือ บรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ร่วมกับการค้นหากลวิธีในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และ การติดตามสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วย ค้นหากลวิธีในการปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ให้ความรู้เรื่องยา จัดสารนิเทศของยาที่ใช้บ่อย ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย ประเมินถึงประสิทธิภาพการดูแลตนเองในเรื่องที่คล้ายคลึงกับอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี หรือประเมินถึงการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้อยู่ นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำ หรือ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย แก้ไขข้อขัดแย้ง หรือความเข้าใจผิดของผู้ดูแล ประเมินถึงความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่ผลัดเปลี่ยนมา แนะนำเทคนิคในการจัดการกับความเครียด หรือความไม่สุขสบายต่างๆ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยใช้เทคนิคในการจัดการกับความเครียดหรือความไม่สุขสบายตามประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ประเมินถึงวิธีการในการจัดการกับความเครียดที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติมาแล้ว และการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้

วิธีการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดสำคัญในเรื่องของ หลักการสะท้อน เทคนิคการผ่อนคลาย แนวคิดเรื่องการสร้างพลังอำนาจ หลักการสอนผู้ใหญ่ แนวคิดเรื่องกลไกการเผชิญปัญหา และการปรับตัว แบบแผนการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งของไวส์แมน และ แนวคิดเรื่องกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

3. สนับสนุนสิ่งที่เป็นกำลังใจ คงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง โดยการจัดให้ผู้ผู้ป่วยได้พบกับผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การฉายรังสีมาแล้ว แสดงการยอมรับ ชื่นชมในวิธีการแก้ปัญหา หรือการดูแลตนเองที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติไปแล้ว ยอมรับความเชื่อและการปฏิบัติตามความเชื่อที่ไม่เป็น

อันตรายต่อสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวกและการสนับสนุนความคิดทางบวกของผู้ป่วย การมองหาข้อดีจากความเจ็บป่วย หรือการใช้ความขบขัน รวมทั้งการติดตามสนับสนุนให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล

วิธีการช่วยเหลือดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดในเรื่องของ การสร้างกำลังใจในการต่อสู้กับโรค จากความเชื่อภายในบุคคล ตามแบบของไซมอนตัน แนวคิดเรื่องการปรับตัวและการเผชิญปัญหา รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และแนวคิดการดูแล (caring concept)

เนื่องจากแนวคิดการดูแลเป็นแนวคิดพื้นฐานที่ผู้วิจัยใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกือบทุกขั้นตอนจึงขอเสนอแนวคิดการดูแลในส่วนของการดูแลของพยาบาลเพื่อให้เกิดผลเป็นพลังบำบัด (Euswas, 1997) ในเรื่องของ การให้อำนาจแก่ผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการทางสุขภาพ ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีการรับรู้ตรงกันในการแก้ปัญหา และตอบสนองความต้องการ การสื่อสารด้วยความเข้าใจ ความเมตตาเอื้ออาทร ทั้งทางคำพูด และ การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง และใช้แนวคิดพฤติกรรมกรดูแล ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของพยาบาลที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการได้รับการดูแล ได้แก่ การตระหนักถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และความต้องการของผู้ป่วย (Mullin, 1996) หรือยอมรับความแตกต่างของผู้ป่วย (Wolf, et al., 1994) การสนับสนุนให้กำลังใจ ปลอบใจเมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์ เป็นการสนับสนุนช่วยเหลือทำให้อบอุ่นใจ และสุขสบายในยามที่ผู้ป่วยท้อถอยหรืออ่อนล้า (Brown, 1986) ให้ข้อมูลข่าวสาร ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการเกี่ยวกับสภาวะที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งแผนการดูแลจัดการทุกอย่างเกี่ยวกับผู้ป่วย (Mayer, 1986; Mullins, 1996) ยอมให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษาอย่างเต็มที่ ตลอดจนปกป้องข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ (Mayer, 1986)

ปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย

จากการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวงจรมีปัจจัยที่ส่งเสริม และเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยสรุปได้ดังนี้คือ

1. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง จากการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สำคัญในระยะนี้ได้แก่ อาการข้างเคียงจากการฉายรังสี จากผลของการฉายรังสีที่ทำให้เบื่ออาหาร จากผลการฉายรังสีโดนต่อมรับรสบริเวณลิ้น ทำให้การรับรสเปลี่ยนแปลงไปหรือรับประทานอาหารไม่รู้สึก (Groenwald, et al. , 1993) ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ฉายรังสีบริเวณลิ้น โดยตรงการเปลี่ยนแปลงในการรับรสจะเกิดขึ้นสูงมาก วัตถุประสงค์การรับรสขมมากขึ้น ทำให้สูญเสียความอยากอาหาร ความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร ปฏิเสธอาหาร เช่นในรายของน้ำเพ็ญได้ระบายความรู้สึกออกมาว่า

มันเสียแต่ (ที่) กินไหรไม่ได้ เมื่อไปหมดพยามหาของที่คิดว่าอยากกิน คิดว่าจะกินได้ ซื่อ
 ข้าวต้มมากินก็กินไม่ได้ มันไม่กลืนเหมือนมีอะไรติดอยู่ กินเข้าไปมันก็จะอ้วก มันกลืนไม่
 ลงมันติดไม่รู้เป็นอะไร ใก่ก็กินไม่ได้ ปลา (พวยยาม) เคี้ยวจะกลืนก็กลืนไม่ลง หาเส้นแกง
 จืดว่าลื่นๆคอกก็กลืนไม่ลง ยิ่งเป็นน้ำยิ่งเหม็นห้าวหอม หัวเทียม (กระเทียม) เหมือนแค้นท้อง
 เลย คิดว่ายังมีพวกกล้วยมันลื่นๆคอง่าจะพอกินได้ ลอดช่องก็กินได้ว่าหาของที่ลื่นๆ คอ
 กินมันไม่ใคร่อยากกินไหร หลบ (กลับ) มาถึงอยากนอนสิ่งเดียว ลูกม่วงลูกไหรก็ไม่อยาก
 ซื่อมาก็ให้เขากินหมด มันไม่กลืนเสียสิ ส้มก็เหมือนพอกกลืนแล้วมันขม ใก่ทอดก็กิน ไม่
 ได้เหม็นน้ำมันที่ทอด เนื้อมันก็สาปๆ ช่วงนี้กินได้แต่วันดำใต้น้ำเชื่อมอย่างอื่นกินไม่ได้เลย
 ข้าวกินไม่ได้เลย ของหวานถ้าหวานมากก็กินไม่ได้ มันเสียฟัน ข้าวต้มยังไม่ลงเลยเจ็บคอ
 มาก ถ้าเป็นน้ำๆพอลงมั่ง นี้ว่ากินข้าวไม่ได้ถ้ากินน้ำหม้อ ได้มัย

(น้ำเพ็ญ สัปดาหที่ 5)

นอกจากนี้จากผลของการฉายรังสีที่ทำให้เกิดอาการระคายเคืองของเยื่อช่องปาก หรือเยื่อ
 ช่องปากอักเสบทำให้เจ็บและตึงในปาก เจ็บคอ และจากการที่ผลข้างเคียงของการฉายรังสีทำให้ปาก
 แห้ง (xerostomia) จึงทำให้การเคี้ยว และ การกลืนเคี้ยวอาหารไม่สะดวก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่
 รับประทานอาหาร ร่วมกับผลจากการฉายรังสีที่ทำให้น้ำลายลดลง และมีลักษณะเหนียวขึ้นที่ส่งผล
 ให้รับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากทำให้ปากแห้ง และมีผลทำให้การรับรสเปลี่ยนแปลงไป
 (Kusler&Kusler, 1992) อีกทั้งผลจากพยาธิสภาพทางด้านร่างกาย เช่น ข้อจำกัดในการเคี้ยว การกลืน
 อีกทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจ ได้รับข้อมูลไม่ถูกต้อง หรือการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจ

2. ปัจจัยสนับสนุนการดูแลตนเอง จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง
 ที่เหมาะสมในระยะนี้ได้แก่ การคิดในทางบวก กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ และการเห็นตัว
 อย่างหรือการได้พบกับผู้ป่วยที่ฉายรังสีแล้วไม่ทุกข์ทรมาน ดังนี้คือ

2.1 การคิดในทางบวก ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารได้
 เหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยเมื่อถึงระยะที่เบื่ออาหารมาก หรือรับประทานอาหารไม่ได้ก็คิดว่าจำเป็น
 ต้องรับประทานอาหารเพราะเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตอยู่ได้ หรือคิดว่าถึงแม้จะรับประทานแล้วไม่มีรสชาติก็จำเป็น
 ฝืนต้องรับประทานอาหารเพราะทำให้ไม่อ่อนเพลีย และยังช่วยส่งเสริมการปรับตัวต่อที่อยู่อาศัย เช่น ใน
 รายที่มาอยู่ที่อาคารเย็นศิระก็คิดว่าการมาอยู่ที่วัดก็เหมือนกับได้ไปวัดทุกวัน

การใช้วิธีการเช่นนี้เป็นการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยโดยการพยายามมองหาข้อดี เพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์ที่เลวร้ายให้ดีขึ้น หรือลดความรุนแรงลงโดยการหาข้ออ้างหรือหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (Weisman, 1979 อ้างตามแสงอรุณ, 2535)

2.2 กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ในช่วงนี้การใช้กระบวนการกลุ่มนับว่ามีความสำคัญมาก เพราะในขณะที่เข้ากลุ่มผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยระบายทุกข์ออกมาอย่างเต็มที่ การได้พบกับบุคคลที่ประสบปัญหาเหมือนกัน ทำให้เกิดพลังใจในการต่อสู้สิ่งที่ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า "เพื่อนหรือ เราหรือ เพื่อนยังทนได้ ของเพื่อนหนักกว่าเราหลาย (อีก)" นอกจากนี้การเข้ากลุ่มยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจจากสมาชิก มีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งได้พูดให้ผู้ป่วยอื่นฟังว่า "เรามาร่วมมือกันต่อสู้กับไอ้โรคประตี่นี้แหละอย่าไปกลัวมัน" หรือ "ของคุณน้อยกว่าของหม่อีกคุณ แข็งแรงกว่าหม่อีก อย่าไปกลัวมัน ผมยังไม่กลัวมันเลย"

จากการสอบถามผู้ป่วย ผู้ป่วยประเมินว่าได้ฟังเพื่อนพูดแล้วทำให้สบายใจ มีกำลังใจที่จะต่อสู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเห็นผู้ป่วยที่ดูอาการหนักกว่าตนแต่ก็ยังไม่ท้อแท้ และที่สำคัญคือการได้รับฟังประสบการณ์การดูแลตนเองจากผู้ป่วยอื่น จะเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะเป็นวิธีการที่มีผู้ปฏิบัติมาแล้วได้ผลจริง และมีลักษณะเป็นรูปธรรมง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ

การรวมผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเหมือนกันเข้ากลุ่มเดียวกัน จะช่วยเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการรู้จักพึ่งตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้ (สมจิต, 2537) และการที่ผู้ป่วยได้พูดคุยกับบุคคลที่เป็นพวกเดียวกัน หรือ มีปัญหาคล้ายๆกัน ทำให้ได้ระบายความรู้สึกทุกข์ คับข้องใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง และปัญหาอื่นๆ ได้โดยไม่ต้องกังวลว่าเขาเหล่านั้นจะไม่เข้าใจ แต่กลับได้รับการยอมรับในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงใจ และให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและกำลังใจอย่างเต็มที่ และการได้พบปะบุคคลอื่นที่มีปัญหาเช่นเดียวกันทำให้ไม่รู้สึกแตกต่างจากคนอื่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือสิ้นหวัง (Robinson, 1985 ; Steiger & Lipson, 1985 ; Gilbey, 1987 อ้างตามครุณี, 2537)

2.3 การเห็นตัวอย่าง หรือได้พบกับผู้ป่วยที่ฉายรังสีที่ไม่ทุกข์ทรมาน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยทุกรายจะได้รับความรู้จากผู้วิจัยเกี่ยวกับเรื่องอาการข้างเคียงแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยก็ยังคงมีความเชื่อ หรือ มีความหวาดกลัวอยู่สักๆว่า สักวันหนึ่งเมื่อฉายรังสีไปมากๆ จะต้องมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นรุนแรง แต่เมื่อผู้ป่วยได้เห็นตัวอย่าง หรือ ได้พบกับผู้ป่วยที่ฉายรังสีแล้วอยู่ในสภาพที่ไม่ทุกข์ทรมาน จะช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ลดความกลัวต่ออาการข้างเคียง ดังเช่นในรายชื่อของลุงมิตรบอกว่า "เห็นเพื่อนฉายแล้วดีก็มีกำลังใจ หรือ เห็นเพื่อนฉายแล้วก็บาย (สบาย) ดี"

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ยังคงต่อเนื่องมาจากวงจรที่ 1 ได้แก่ในเรื่องของ การได้รับความรู้ หรือข้อมูลที่เหมาะสม สวัสดิการที่ได้รับ แรงจูงใจ การได้รับความกำลังใจจากเพื่อนผู้ป่วย ครอบครัว

สรุปผลการส่งเสริมการดูแลตนเอง

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้ช่วยให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ในบางรายก็สามารถค้นหาวิธีการที่เหมาะสมที่ช่วยลดหรือบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับอาการข้างเคียงที่รุนแรงขึ้น ได้รับการดูแลจัดการเพื่อลดความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยปรับตัวได้ในสัปดาห์ที่ 4 มีบางรายที่ปรับตัวได้ในสัปดาห์ที่ 5 และ 6 ของการฉายรังสี

เมื่อมองในภาพรวมแล้วการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะนี้ถึงแม้ว่าไม่สามารถขจัดอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้หมดไปได้ เนื่องจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นก็ยังคงเป็นไปตามกระบวนการทางชีวรังสี แต่การช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะนี้ ก็หวังผลเพียงเพื่อ บรรเทาความรุนแรงของอาการข้างเคียง ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงได้เหมาะสม และ สามารถปรับตัวยอมรับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ หรือ มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างฉายรังสี

อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยยังคงมีปัญหาในส่วนของอาการข้างเคียงที่ยังคงเกิดขึ้น อีกทั้งปัญหาในเรื่องของการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ทั้งในส่วนของรูปแบบการนัดผู้ป่วย และกิจกรรมกลุ่มบางอย่างที่ยังไม่เหมาะสม หรือควรมีการเพิ่มเติม ตลอดจนผลกระทบจากการทำกลุ่มและการปรับปรุงสื่อให้ความรู้ให้มีความเหมาะสม ซึ่งปัญหาต่างๆเหล่านี้ผู้วิจัยได้วางแผนแก้ไขในวงจรถัดไป

วงจรที่ 3 เตรียมพร้อมกลับสู่สังคมด้วยความมั่นใจ

จากวงจรที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยยังคงมีปัญหาเรื่องอาการข้างเคียงที่ยังคงเกิดขึ้น และปัญหาในส่วนของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ที่จัดให้กับผู้ป่วย เมื่อถึงระยะนี้ซึ่งเป็นสัปดาห์สุดท้ายของการฉายรังสี เป็นระยะที่การฉายรังสีเกือบจะสิ้นสุดลง และผู้ป่วยกำลังจะสิ้นสุดจากบทบาทของผู้ป่วยมะเร็งที่ฉายรังสีกลับไปสู่บทบาทเดิมที่ละทิ้งมานาน นอกจากนี้เมื่อสิ้นสุดการฉายรังสีก็ได้หมายความว่าอาการข้างเคียงต่างๆ หรือการรักษาจะสิ้นสุดลงทันที ผู้ป่วยยังคงต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการฉายรังสีต่อไปอีกระยะหนึ่ง จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบ และเตรียมพร้อมที่จะกลับสู่สังคมด้วยความมั่นใจ ซึ่งจากการศึกษาปรากฏการณ์ก่อนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้พบว่ามีดังนี้คือ

ไม่มั่นใจในการกลับสังคมเดิม

สืบเนื่องมาจากการให้บริการฉายรังสีไม่สามารถจัดให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ได้ ผู้ป่วยที่ศึกษาทุกรายมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ทำให้ต้องเดินทางฉายรังสีเป็นเวลา ประมาณ 2-3 เดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องมาก่อนก็ยิ่งเพิ่มระยะเวลาที่ห่างหายจากสังคมเดิมมา ประกอบกับมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจึงไม่สามารถกลับไปเยี่ยมบ้านได้ตามที่ต้องการใน ช่วงระยะที่ผ่านมาผู้ป่วยได้ประสบกับเหตุการณ์อันเป็นสิ่งที่ค่อยๆปรับตัวและหล่อหลอมเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิต เกิดสังคมใหม่ คือสังคมของผู้ป่วยมะเร็งที่ฉายรังสี มาในสัปดาห์นี้การฉายรังสีใกล้ที่จะสิ้นสุดลงไปทุกทีๆ เป็นการปลุกให้ผู้ป่วยมีพลังที่จะมารับการฉายรังสีอีกครั้งด้วยความหวังที่เต็มเปี่ยมว่า อีกไม่นานการฉายรังสีก็จะสิ้นสุดลง ได้กลับบ้านไปพบกับบุคคลที่รักและบรรยากาศที่จากมานาน

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายมีความวิตกกังวล และรู้สึกไม่มั่นใจที่จะกลับไปสู่สังคมเดิม เช่น ในรายของป้าจันทร์เมื่อใกล้จะฉายรังสีครบได้มาปรึกษาผู้วิจัยว่า รู้สึกวิตกกังวลในการที่กลับไปทันทีเมื่อฉายรังสีครบ อายกรองจนกระทั่งสภาพกลับเป็นเหมือนเดิม คือคอไม่ดำ หน้าไม่ดำ ไม่มีเส้นสีแดง และกลัวว่ากลับไปแล้วหากมีปัญหาไม่ทราบว่าจะไปปรึกษาใคร เพราะบ้านอยู่ห่างจากแหล่งบริการทางสุขภาพ และตนเองมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน นอกจากนี้ยังวิตกกังวลเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ เพราะสามีซึ่งมาดูแลในขณะที่ฉายรังสีห่างหายจากงานประจำมานาน จนรู้สึกไม่มั่นใจว่าเมื่อกลับไปจะสามารถหารายได้ได้เหมือนเดิมหรือไม่

มีผู้ป่วยอีกรายหนึ่งคือลุงแอบ ลุงแอบเล่าว่าช่วงแรกก็ไม่อยากมาฉายรังสีแต่เมื่อมาใช้ชีวิตที่นี่ ช่วงระยะเวลาหนึ่งพบว่า เป็นชีวิตที่สงบ ไม่ต้องวุ่นวายหรือรับรู้ปัญหาทางบ้านซึ่งเป็นเรื่องที่แก้ไม่ได้ ตกไม่ว่าจะเป็นเรื่องบุตร หรือภรรยา ลุงแอบเล่าว่าภรรยาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง เอาแต่ดื่มเหล้า และค่าทอดนไปวันวัน วันไหนที่ไม่มีเงินให้ภรรยาก็จะเอาตนไปค้าประจันกับเพื่อนบ้าน ทำให้รู้สึกอับอายไม่มีใครให้ปรึกษาหรือระบายทุกข์ บุตรก็ไม่เคยมาเยี่ยมเยียน เนื่องจากโกรธที่ตนไม่ยอมยกบ้านเช่าอีกหนึ่งหลังให้เป็นกรรมสิทธิ์ แต่บุตรก็จะมาเก็บค่าเช่าเอาไปใช้จ่ายเองทุกเดือนลุงแอบบอกว่ารู้สึกดีมากที่สุดที่มาอยู่ที่นี่แล้วมีคนมาไต่ถาม เอาใจใส่ แอบบอกว่าเป็นครั้งแรกที่รู้สึกว่าได้รับความรัก ความใส่ใจ จากคนที่ไม่ใช่ญาติ รู้สึกว่ามีที่ปรึกษา มีคนที่รับสนใจรับฟังความทุกข์ของตน เมื่อใกล้สิ้นสุดการฉายรังสีแอบบอกว่ารู้สึกกังวลกับชีวิต ไม่รู้ว่าจะจัดการอย่างไร เพราะตนเองไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ไม่ทราบว่าจะจัดการกับภรรยาอย่างไร และกังวลว่าหากตนเป็นอะไรไป ใครจะมาดูแลภรรยา แต่ลุงแอบก็บอกว่ารู้สึกดีใจที่ฉายรังสีครบจะได้กลับเป็นคนเดิม

จากกรณีตัวอย่างผู้ป่วยสองรายที่เสนอไปนั้น เป็นผู้ป่วยที่ขาดแหล่งสนับสนุน ทั้งจากครอบครัว และ สังคม แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าถึงแม้จะเป็นผู้ที่มิมีแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์เพียงพอ แต่ก็เกิดความไม่มั่นใจในการกลับสู่สังคมเดิมได้เช่นกัน เนื่องจากการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ นั้นนอกจากก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อผิวหนัง และ อวัยวะบริเวณที่ฉายรังสีเนื่องจากขบวนการทางชีวรังสีแล้ว บริเวณศีรษะและคอ ยังเป็นบริเวณที่สังเกตเห็นได้ง่ายจากภายนอกอยู่ นอกเหนือการปกปิดจากเครื่องแต่งกาย อีกทั้งยังเป็นที่ยอมรับของอวัยวะที่ใช้ออกเสียง และ แสดงออกทางสีหน้าและอารมณ์ ทำให้มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย ตลอดจนเจตคติต่อโรคและการรักษา หรือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในผลของการรักษา ก็ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เช่นในรายของน้ำเพ็ญ

น้ำเพ็ญเป็นผู้ที่รู้สึกว่าคุณลักษณะเปลี่ยนแปลงไปในทางลบอย่างมาก อันเป็นผลมาจากการได้รับเคมีบำบัดที่ทำให้ผมร่วง ลักษณะเส้นผม และ สีผมเปลี่ยนแปลง ไปรวมกับการฉายรังสีบริเวณใบหน้า และลำคอ ที่ทำให้ผิวหนังมีสีคล้ำและลอกหลุด นอกจากนี้มีผู้ป่วยบางรายที่รู้สึกว่าการฉายรังสีทำให้แตกต่างจากผู้อื่น และ กลัวว่าสังคมจะรังเกียจ จึงไม่อยากที่จะกลับไปสู่สังคมเดิมเพราะกลัวว่าคนจะมาซักถาม พูดหรือแสดงท่าทีที่ทำให้ไม่สบายใจ ดังที่ได้ระบายความรู้สึกออกมาว่า

คิดถึงลูกแต่ไม่อยากพามาเลย กลับไปแค่อึดใจ ไม่กลัว แต่กลัวแต่ก่อนหน้าแม่สวยเดี๋ยวนี้หน้าเหมือนขี้หนูหมดแล้ว จริงของลูกนั่นแหละถึงเราไม่ได้แต่งทั้งผมทั้งหน้าผมก็ร่วงเกือบหมดแต่ก่อนผมยาวแบบน้อง (ผู้วิจัย) นี่แหละถึงนานๆผมกลายเป็นพุ้นนี้ (แบบนี้) แผละมันเป็นสีแดง สีขาวไม่รู้ไอไหนมันเป็นหรือ (ยังง) แต่ก่อนผมยาวดำ (นั่นเสีย) มาเนี่ยถ้าผมยาวร่วงมากมันโหระ (น่าเกลียด) เลยช่วงนี้คิดว่าแลหน้าไม่ได้เลย พอไปแลรูปถ่ายสมัยก่อนชื่นใจนะตอนที่ยังไม่เป็นไทร สมัยก่อนมีการประกวดก็ไปประกวด เดี่ยวนี้ไม่หนักแล้วเที่ยวไปจืด ใฮ้ ใฮ้ นี้ ดำ ดำไปหมด ถึงความจริงที่ชอบรักสวยรักงาม เมื่อก่อนที่เป็นช่าง ช่างแต่งหน้า ช่างเสริมสวยเย็บเสื้อผ้า ถึงพอบอยู่ในสภาพพุ้นนี้ หน้าพุ้นนี้ไม่อยากจะแลเลย ว่ามันไม่สวยไม่อยากให้ใครเห็น ใครมอง กลุ้มใจแต่ก่อนหน้าไม่เป็นพุ้นนี้ หน้าไม่ดำถึงผมก็ไม่ใช้พุ้นนี้ผมอีกแบบ ผมยาวเทียม (แค่) เอวผมสวยมากเลยใครเห็นใครทักผมยาวเส้นสวยพอเป็นไอนี้ พอผ่าตัดผมมันยาวไซ้มี เลือดมันย่อยถูกผมต้องคีบทิ้งเสียคายเลย เสียคายมาก หน้านี้ก็เหมือนเมื่อก่อนที่ใช้ครีมบำรุง ใช้โลชั่นเช็ดหน้า มาเนี่ยหน้าดำหมดแล้วนี้ดูไม่งามเลยตัวไหน (อะไร) ไม่อยากแต่ง กลัวไม่รู้ว่าจะหายไม่หาย นี่เขาว่ามาหลายแสงระวังแฟนไปควงคนอื่น บอกว่าตัดไปเลยเรื่องนั้นไม่สนใจ ไม่กังวลรักษาตัวก่อน เสียคนหมดเลยนี้เป็นโรคนี้ใครมาก็ไม่อยากให้แล นี่เมื่อก่อนหนักหกลีบเอ็ด เดี่ยวนี้เหลือ ห้าสิบเอ็ด

ทนอย่างแรงเลยพอดีไม่ได้กินไอโหร ไม่มีอาหารเข้าไปบำรุงยิ่งเหี่ยวลง เหี่ยว ลงนมก็เหี่ยว
(เล็ก)ลง

(น้ำเพ็ญ สัปดาห์ที่ 6)

นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และการที่ต้องมาฉายรังสีทำให้บทบาทของผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงไป เช่น จากการเป็นหัวหน้าครอบครัวมาเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาบุตร และ ภรรยา ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนบทบาทจากการพึ่งตนเองได้หรือให้ผู้อื่นพึ่งพา มาเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพานุคคลอื่น มีผู้ป่วยบางรายที่รู้สึกผิด ไร้คุณค่า จนในบางรายไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีผู้ป่วยรายหนึ่งในช่วงที่กลับไปเยี่ยมบ้านก็พยายามทำงานทุกอย่างเช่นเดิมเพื่อพิสูจน์ให้ผู้อื่นเห็นว่าตนยังปกติ จนกระทั่งทำให้อ่อนเพลียมาก เดินทางกลับมาฉายรังสีแทบจะไม่ไหว ดังเช่นที่บุตรสาวของผู้ป่วย และผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าให้ฟังว่า

กลับบ้านไปเสาร์อาทิตย์บอบ (แม่) เลยแก่ทำ ทำทุกอย่างห้ามก็ไม่ฟัง แกว่าเดี๋ยวเพื่อนรู้ว่า
ไอ้ (ไม่สบาย) แกไปเที่ยวชูดดิน ลอกร่อง (ห้องร่อง) จนเหนื่อยพอมาวันอาทิตย์ยกขึ้น
(ลุกขึ้น) ไม่รอด ปล้ำ (พยายาม) กันว่านั่งรถมาเกือบไม่รอด

(บุตรสาวของลุงมิตร สัปดาห์ที่ 6)

นี่สงสารลูก สงสารลูกอย่างแรง (มาก) ว่ามันก็ไม่ค่อยมีตางค์ ทำงานข้างทั้งเพ ลูกเมียมันก็
ยัง (มี) ต้องใช้ต้องกินแล้วต้องมาเขียด (แบ่ง) ให้เราหลาว (อีก) พอไม่เอามันก็ไม่ยอม มัน
ว่ามีพ่ออยู่คนเดียวตามใจเสียที่ตางค์ให้พ่อหายสิ่งเดียวหมดตัวก็ยอม ถึงเราสงสารลูกตางค์
ที่มันเก็บไว้ก็หมด โม โหตัวเองทำไหราก็ไม่ได้ต้องมาแบมือขอตางค์ลูกบักดี (อาย) บักดี
อย่างแรงแต่ไม่รู้ทำหรือ (ยัง) นี่ถ้าเป็นเมื่อก่อนรับจ้างชูดบ่อได้ที่นั่งหลายๆพัน ผมทำไม่
หยุดมั้ยวันนั่งถ้ายังแลเห็นผมก็ทำ ไม่หยุดจนมีตางค์ำนุ่นแหละ บางทีก็เหมาทำทาง ทำ
หนน (ถนน) เงินดี มาตั้งแต่เป็นไอนี้ มานี้ไม่ได้สักบาท (ผู้ป่วยร้องไห้ตลอดขณะเล่า)

(ลุงพงศ์ สัปดาห์ที่ 7)

จากการประเมินด้วยแบบประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับรังสีรักษาในเรื่องของ
ความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงระดับ 1 คือไม่สบายใจบ้างแต่ไม่
นำมาคิด 9 ราย และอีก 1 รายคือน้ำเพ็ญที่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับ 2 คือไม่สบายใจกับการเปลี่ยนแปลง
ที่เกิดขึ้น ไม่อยากดูแลตัวเองในกระจก

การดูแลตนเอง : ปกปิด หลีกเลี้ยง เผชิญหน้า อธิบาย คิดในทางบวก

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง โดย การพยายามปกปิด โดยใช้ผ้าคลุม ใส่เสื้อที่มีปกสูง และหลีกเลี้ยงการเดินทาง หรือพบปะผู้อื่น หลีกเลี้ยงที่จะรับข้อมูลที่ทำให้ไม่สบายใจ โดยบางรายเล่าว่าเมื่อกลับไปเยี่ยมบ้านก็จะเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน หรือขณะนั่งรถโดยสารก็จะแกล้งทำเป็นหลับจะได้ไม่ต้องคุยกับใครหรือบางรายก็ปิดบังไม่ให้เพื่อนบ้านทราบว่ามาลาจริงดี แต่ในทางกลับกันบางรายก็อธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจ หรือใช้วิธีการพูดคุยปรับทุกข์กับเพื่อน ตลอดจนการคิดในทางบวก การทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น ในรายชื่อของปี๋จันทร์ และลุงมิตรเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า

เอาผ้าพันคอ เห็นผ้ามันยังอยู่เลยผูกอย่าให้คนเห็นแรง (มาก) นั่งรถแล้วคนทักถามว่าเป็นอะไรทำอะไรแค่ว่า (ที่) คอ นั่งรถอยากจะนั่งเฉยๆ แต่เวลาที่คนถามไม่ใช่อาย เพราะว่าของเจ็บธรรมดา แต่ว่าซี้คร้าน (ซี้เกียจ) จะตอบเบื่อบอกหลายคนแรง ฝ่ายฟังเขาไม่เคยเห็นทหน้า วาดสีเขาว่าใส (ทำไม) ไปทำพินนี้ (แบบนี้) ป้าว่าไปฉายแสง เขาว่าเป็นอะไรที่ต้องฉายแสงบอกว่าหมอเขา ว่า เป็นเนื้อร้ายเขาผ่าตัดแล้วถึงฉายแสงต่อ เขาว่าถ้าหายก็ดี พวกเด็กกลัว เห็นเที่ยวทาสีพูดกันว่า ยายนั่นแกเป็นอะไรมา แกทาสีมาหลอกเด็ก ยายว่าไม่ใช่ หลอก ยายเจ็บหมอเขารักษาให้หายนะลูกนะไม่ต้องกลัวไม่ใช่ยายเป็นไทร ยายเป็นคนเดิมนั้นแหละ

(ปี๋จันทร์ สัปดาห์ที่ 6)

นี่ใครถามว่าไปไหนก็ไม่บอกว่าไปฉายแสง บอกว่าหมอนัดไปให้ยากแล้วเขาจะว่าพันผู้พันนี้ (อย่างโน้นอย่างนี้) ไม่ได้ยินเสียคิดว่า ฟังแล้วเดี๋ยวใจเสียเปล่าๆ แล้วว่าจะลองปรึกษาถูกหมอแล้วไม่อยากให้คำติกลับบ้านไป กลัวว่าไปเดี๋ยวสังคมจะรังเกียจ ไม่อยากให้คำกลัวคนจะถามไม่อยากให้ใครเห็น

(ลุงมิตร สัปดาห์ที่ 6)

นอกจากนี้ในรายชื่อเคยใช้สมานธิมาก่อนก็นำมาใช้ในการจัดการกับความเครียด หรือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและที่รายงานว่าได้ผลดี คือทำให้สบายใจ และช่วยคลายเครียด ได้ดังที่แม่ชีบุญและลุงแอบเล่าให้ฟังว่า

เวลาไม่บายน (สบาย) ก็ต้องคิดมากแหละไม่รู้ทำหรือ ก็นอนทำสมาธิทำแล้วจิตใจสบาย
นอนบางครั้งก็หลับ บางครั้งก็นอนไม่หลับ ช่วงที่ไม่หลับก็นอนภาวนานึกอยู่เพื่อ (เรื่อย)
ร่างกาย เรายังอยู่ในไตรชุดแล้ว ท่องเตือนใจว่าอย่าให้ระหกระเหินเพลิดเพลิน

(แม่จันทู)

สมาธิเรายังแก่กล้าไม่พอที่จะรักษาโรคให้หาย คือมันช่วยคลายเครียดได้ทุกคนตามตรง
เวลาเราเครียดมันช่วยคลายเครียดได้พักหนึ่ง เหมือนเรานี้กำลังกลุ่มเรื่อง โน้นเรื่องนี้ ถ้าใช้
สมาธิเหมือนกับกินเหล้าแล้วหายกลุ่ม แต่สมาธิไม่มีพิษมีภัยเหล้ากินแล้วมีพิษมีภัย พอ
เครียดๆ นั่งแล้วช่วยได้

(ลุงเอบ)

มีบางรายที่ใช้วิธีคิดในทางบวกเพื่อให้สบายใจ เช่นในรายของป้าจันทร์ คิดว่า “ถึงตาย ถึงผ่า
แล้วไม่สวยก็ไม่เป็นไร แลกกับว่า ได้มีชีวิตอยู่ต่อ ได้เห็นลูกเห็นหลาน ทำบุญ ทำทาน”

ความรู้ ความเข้าใจ : สับสน ไม่ทราบว่าต้องทำอะไร

ในเรื่องของความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบ พบว่าผู้ป่วยยังมีความรู้ไม่เพียงพอ
หรือในบางรายไม่ทราบถึงวิธีการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบ เช่น ในเรื่องของการดูแลตนเอง
เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อช่องปากและคอ หรือวันที่เริ่มอาบนำผ่านบริเวณที่ฉายรังสีได้ ดังเช่น
ตัวอย่างที่ผู้ป่วยมาปรึกษาผู้วิจัยว่า

นี่ไม่รู้ว่ายายแสงเสร็จแล้วอีกกี่เดือนถึงอาบน้ำได้ นี่เบื่อ เบื่ออย่างแรงแล้วมันเหนียวๆบอ
กไม่ถูก มันขัดใจกัน รู้สึกว่ามันสกปรก หรือโง่

(น้ำเพ็ญ สัปดาห์ที่7)

นี่ฉายเสร็จแล้วก็เสร็จเลยใช่ไหม กลับบ้านตลอด (ตลอด) ได้เลยไม่ต้องมาแล้ววิธี (จะ) ต้อง
ทำหรือ (ยังง) ไม่รู้

(ลุงเล็ก สัปดาห์ที่7)

นี่ว่าดิ (จะ) มาถามลูกสาวแผล (ดู) ว่าฉายเสร็จแล้วหมอด้องนัดหลาว (อีก) มั้ย ว่าดิถามกัน
ว่าต่อหรือ (เมื่อไหร่) อาบน้ำได้ บางคนว่าไม่กี่วัน บางคนก็ว่าเป็นเดือนๆ

(ลุงมิตร สัปดาห์ที่7)

นี่ว่าจะปรึกษาหมอ (ผู้วิจัย) แล้วฉายเสร็จแล้วใส (ทำไม) มันยังเจ็บคอ คอก็ยังแห้ง น้ำลายก็หาไม่ (ไม่มี) กินไทรก็ยังไม่ว่าหรือ ไม่ออกกรสไทร แล้วต่อใจ (เมื่อไหร่) ดีหาย
(ตาขำ สัปดาห์ที่7)

ลูกสาวให้ถามหมอ (ผู้วิจัย) ว่าถ้าไม่ต้องมาหาหมอที่นี่แล้วขอไปมหาราชได้มั๊ย มาลำบาก ไม่มีใครว่าง ใกล้เคียง มาทีหนึ่งอย่างน้อยต้องสองวัน ว่าฉายเสร็จแล้วถ้าไม่ต้องฉายอีก ไม่มาได้มั๊ย

(ลุงเหม สัปดาห์ที่6)

จากการประเมินด้วยแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีการดูแลตนเองในเรื่องการรับรู้และสนใจแสวงหาข้อมูลในการติดตามการรักษาเมื่อสิ้นสุดการฉายรังสี และการดูแลตนเองในการเตรียมตัวกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเดิมไม่เพียงพอ

จากการศึกษาปรากฏการณ์ก่อนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวงจรมี ปัญหาในเรื่องของความไม่มั่นใจในการกลับสู่สังคมเดิม การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ฉายรังสีนั้น ไม่เพียงแต่การจัดส่งเสริม ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมในระหว่างฉายรังสีเท่านั้น แต่ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบ หรือเมื่อกลับไปบ้านโดยที่ไม่มีผู้วิจัย หรือทีมสุขภาพคอยกำกับดูแล ตลอดจนมีความพร้อมที่จะกลับไปสู่สังคมหรือวิถีชีวิตเดิม โดยไม่รู้สึกลัวตนเองแปลกแยกหรือแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับสู่สังคมเดิม ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบจึงนับได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญ

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

สำหรับการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้ผู้วิจัยจึงได้วางแผนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดังสรุปในภาพประกอบ 4 ซึ่งประกอบไปด้วยการสร้าง ความมั่นใจในการกลับสู่สังคมเดิม และ เพิ่มความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ดังมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. สร้างความมั่นใจในการกลับสู่สังคมเดิม โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางแผนที่เป็นรูปธรรมร่วมกัน การวางแผนในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมร่วมกับผู้ป่วย อธิบายให้ครอบครัวเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงหรือผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย วางแผนร่วมกับครอบครัวใน

ภาพประกอบที่ 5 วงจรที่ 3 เตรียมพร้อมกลับสู่สังคมด้วยความมั่นใจ

ปัจจัยสนับสนุน

- การสนับสนุนจากครอบครัว
- ได้พบกับผู้ป่วยที่ฉายรังสีครบและกลับสู่ปกติ
- แหล่งประโยชน์ที่เพียงพอ
- ความกลัวต่ออาการข้างเคียง
- การได้พูดคุยปรับทุกข์
- ศรัทธา ความช่วยเหลือที่ได้รับ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

- ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว
- ขาดแหล่งประโยชน์
- ปัญหาเศรษฐกิจ
- รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในทางลบ

วางแผน

- สร้างความมั่นใจในการกลับสู่สังคมเดิม
- เพิ่มความรู้ ความเข้าใจ
- จัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้

- สะท้อนการปฏิบัติ
- ปฏิบัติ & สังเกต
- บอกให้ทราบถึงวันสุดท้ายของการฉายรังสี
 - แนะนำวิธีการปรับปรุงภาพลักษณ์
 - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว

วางแผนที่เป็นรูปธรรมร่วมกัน ปรับปรุงแผน

- ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ
 - ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ภายหลังฉายรังสีครบ
 - สอนการบริหารกล้ามเนื้อช่องปากและคอ
 - อธิบายให้ครอบครัวเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
 - จัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ตามรูปแบบที่ปรับปรุง
 - จัดให้พบกับผู้ป่วยที่ฉายรังสีครบแล้วที่กลับสู่ภาวะปกติ
 - ประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์ ในการให้ความช่วยเหลือ การส่งต่อผู้ป่วย
 - การจัดหาแหล่งประโยชน์ในชุมชน
- ↓
- สิ้นสุดการฉายรังสี

การคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และการประสานงานกับทางสังคมสงเคราะห์ดังนี้คือ

1.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางแผนที่เป็นรูปธรรมร่วมกัน ในระยะนี้พยาบาลเป็นเพียงที่ปรึกษา สอบถามถึงการวางแผนการใช้ชีวิตภายหลังฉายรังสีครบ ให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ บอกให้ทราบถึงวันสิ้นสุดการฉายรังสี

1.2 การวางแผนในการปรับปรุงภาพลักษณ์ร่วมกับผู้ป่วย ด้วยการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความหวังในทางที่เป็นจริงว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวไม่ได้เป็นอยู่ตลอดไป แต่จะค่อยๆ ลดลงเมื่อฉายรังสีครบ จนกลับสู่ปกติ และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการปรับปรุงภาพลักษณ์ได้แก่ การสวมหมวก สวมวิก การใช้ผ้าพันคอ หรือ ผ้าขาวม้าปกคลุม สำหรับในรายของน้ำเหลืองนั้นเมื่อได้พูดคุยปรึกษากับผู้วิจัย ร่วมกับได้พบกับผู้ป่วยที่กลับสู่สภาพปกติภายหลังฉายรังสีครบแล้ว 1 เดือน ก็เกิดความหวังในการกลับสู่ปกติ และวางแผนปรับปรุงภาพลักษณ์โดย การตัดแต่งผมให้เข้ารูปและสั้นลง

นอกจากนี้การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มเพื่อพบปะ พูดคุยกับผู้ป่วยอื่น การจัดให้พูดคุยกับผู้ป่วยที่ฉายรังสีครบแล้ว ซึ่งในจุดนี้พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยได้เห็นผู้ป่วยที่ฉายรังสีครบแล้วกลับสู่ภาวะปกติ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยจะสนใจซักถามข้อมูลจากผู้ป่วยด้วยกันมาก สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องกลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งกล่าวว่า กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกมีอึดทน โน้ตสนดีขึ้น ลดภาวะการแยกตัวจากสังคม ปรับเปลี่ยนการรับรู้ต่อตนเองจากที่เห็นว่าตนเองแตกต่างจากคนอื่น มาเป็นการยอมรับว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ก็มีปัญหาอย่างเดียวกัน (ครุณี, 2537)

1.3 อธิบายให้ครอบครัวเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงหรือผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และ วางแผนร่วมกับครอบครัวในการคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โดยแนะนำให้ครอบครัว ขอคำปรึกษา คำแนะนำ หรือให้ผู้ป่วยตัดสินใจในเรื่องที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติอยู่ สำหรับในรายที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจากการเปลี่ยนบทบาทนั้น ได้ให้ผู้ป่วยประเมินถึงการปฏิบัติบทบาทของตนเองที่ผ่านมา และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าบทบาทที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยตอนนี้คือการพักรักษาตัวให้เต็มที่ ภายหลังฉายรังสีครบแล้วก็สามารถทำกิจกรรมทุกอย่างได้ตามปกติ

นอกจากนี้วางแผนร่วมกับครอบครัวในการให้อำนาจผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองว่ากิจกรรมใดที่ทำแล้วไม่เหน็ดเหนื่อยหรือไม่เหนื่อยก็สามารถทำได้ทุกอย่าง แต่หากกิจกรรมใดที่ทำแล้วรู้สึกเหนื่อยก็ควรจะหยุดพัก เพราะหากร่างกายต้องใช้พลังงานมากเกินไปก็อาจเกิดอันตรายได้ และ บอกผู้ป่วยว่าไม่มีใครที่จะมากำหนดหรือบอกผู้ป่วยได้ว่าอะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำผู้ป่วยเองเท่านั้นที่จะทราบดีที่สุด

1.4 ประสานงานกับทางสังคมสงเคราะห์ การประสานงานกับทางสังคมสงเคราะห์ในระยะนี้เพื่อให้ความช่วยเหลือในเรื่องค่าเดินทางกลับภูมิลำเนาในรายที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้มีผู้ป่วยที่ศึกษารายหนึ่งมาปรึกษากับผู้วิจัยว่ารู้สึกวิตกกังวลในการที่ต้องมาตรวจภายหลังฉายรังสีครบเนื่องจากมีปัญหาด้านเศรษฐกิจมาก คงจะมีความสามารถเพียงแค่เงินค่าเดินทางมา แต่กลัวว่าจะไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งในจุดนี้ได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการช่วยเหลือของทางสังคมสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยนอก และประสานงานให้ผู้ป่วยได้ปรึกษากับทางสังคมสงเคราะห์อีกครั้งหนึ่งซึ่งพบว่าช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้

2. เพิ่มความรู้ ความเข้าใจ เป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังฉายรังสีครบแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้ความรู้เรื่องของการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อช่องปากและคอ และการวางแผนปรับปรุงรูปแบบการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ดังมีรายละเอียดดังนี้คือ

2.1 ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังฉายรังสีครบแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในระยะนี้เป็น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองเหมือนขณะฉายรังสีต่อไปอีกระยะหนึ่งจนกว่าจะกลับเหมือนปกติ ทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหารและน้ำ การดูแลผิวหนัง การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การปฏิบัติเมื่อมีอาการเจ็บป่วย อธิบายถึงความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด และการปฏิบัติเมื่อไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้ และ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย

2.2 ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อช่องปากและคอ ในเรื่องของการบริหารช่องปากและคอ และการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่าทำให้ผู้ป่วยได้ประเมินถึงภาวะแทรกซ้อนต่อช่องปากและคอด้วยตนเอง ร่วมกับการเห็นตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจะเป็นปัจจัย หรือ ตัวกระตุ้นที่สำคัญให้ผู้ป่วยมีการบริหารช่องปากและคอจากความกลัวต่ออาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ในระยะแรกของการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อได้รับคำแนะนำไปแล้วก็ไม่ได้ปฏิบัติ หรือ ในช่วงที่พยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษาไปนำกายบริหารที่บริเวณที่พักในตอนเช้าก็ไม่ลงมารวม เมื่อถามถึงเหตุผลก็บอกว่าอ่อนเพลีย ไม่มีแรง และคิดว่ารับประทานอาหารไม่ได้อยู่แล้วให้ออกกำลังอีกคงไม่ไหวและคำว่าออกกำลังกายหรือบริหารในความเข้าใจของผู้ป่วยนั้นเป็นเรื่องที่ต้องใช้พลังงานเป็นอย่างมาก เมื่อพูดถึงคำว่าออกกำลังก็จะนึกถึงการทำงาน ดังนั้นในการสอนผู้ป่วยครั้งหลังจึงต้องอธิบายถึงกิจกรรมที่จะปฏิบัติให้เข้าใจ ซึ่งให้เห็นถึงผลเสียของการไม่ออกกำลังกาย และเปลี่ยนมาใช้คำว่าขยับ หมุนคอ หรือเคลื่อนไหวร่างกายแทน

2.3 วางแผนปรับปรุงรูปแบบการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้

ปัญหาในการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ในวงจรที่ผ่านมา พบว่ายังมีปัญหาในเรื่องของรูปแบบการนัดผู้ป่วย การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย กิจกรรมกลุ่ม สื่อในการให้ความรู้ และผลกระทบจากการจัดกลุ่ม เมื่อเข้าสู่วงจรนี้จึงได้วางแผนการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้โดยปรับปรุงจากรวงจรที่ 2 ดังนี้คือ

2.3.1 รูปแบบการนัดผู้ป่วย ปรับวิธีการนัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มดังนี้

2.3.1.1 ในเรื่องของใบนัดให้ใช้ใบนัดใบเดียวตลอดระยะที่ฉายรังสี โดยจัดทำใบ

นัดใหม่ และเสียใบนัดเปล่าไว้กับเพิ่มประวัติผู้ป่วยใหม่ และให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มในตอนผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ในวันแรก หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ประจำหน้าห้องตรวจ ซึ่งเป็นผู้รับผู้ป่วยใหม่จะเป็นผู้ให้ใบนัด และอธิบายผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยเก่าที่ฉายรังสีมาก่อนเริ่มใช้ใบนัดใหม่ในช่วงนั้น ผู้วิจัยและพยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษาจะเขียนใบนัดใหม่ใส่ไว้หน้าเพิ่มฉายรังสี และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ให้ส่งใบนัดให้ผู้ป่วยตอนมารับเพิ่มฉายรังสีอีกครั้ง

2.3.1.2 ประชาสัมพันธ์การใช้ใบนัดใหม่ขณะเข้ากลุ่ม เขียนโปสเตอร์ไว้บริเวณ

หน้าห้องให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์ในช่วงเช้าโดยใช้เสียงตามสาย

2.3.1.3 ปรับเวลาในการนัดผู้ป่วยมาเป็นเวลา 09.00 น.

2.3.2 กิจกรรมขณะเข้ากลุ่ม สำหรับกิจกรรมขณะเข้ากลุ่มได้เพิ่มในส่วนของ การจัดเครื่องดื่มไว้ให้บริการแก่ผู้ป่วยขณะเข้ากลุ่ม โดยวางแผนร่วมกับพยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษาในการประสานงานติดต่อกับหน่วยโภชนาการ เพื่อขอเบิกอาหารเหลว ได้แก่ น้ำหวาน โอวัลติน มาให้แก่ผู้ป่วย สำหรับกิจกรรมกลุ่มอื่นๆ ให้คงกิจกรรมเดิมไว้

ผลการส่งเสริมการดูแลตนเอง

การประเมินผลการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้ เป็นการประเมินในเรื่องของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ และการประเมินการดูแลตนเองโดยใช้แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ได้ประเมินกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ในส่วนของรูปแบบการนัดผู้ป่วย กิจกรรมกลุ่ม และสื่อในการให้ความรู้ ดังนี้คือ

1.1 รูปแบบการนัดผู้ป่วย และกิจกรรมกลุ่ม จากการสังเกต จำนวนผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มเพิ่มขึ้น โดยมีผู้ป่วยครั้งละประมาณ 10-15 คน การปรับเวลาทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องนั่งรอนานใช้เวลารอประมาณ 15-20 นาที จากการสะท้อนร่วมกับผู้ป่วย พบว่า เวลาในการนัดเหมาะสม ไม่ต้องคอยนาน การจัดให้มีเครื่องดื่มในขณะที่เข้ากลุ่มดีมาก บางรายบอกว่าอยากให้อีกทุกวัน นอกจากนี้เข้ากลุ่มแล้วทำให้เข้าใจ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง รู้สึกว่ามีที่ปรึกษา อีกทั้งภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย ฟังรู้เรื่องดี

จากการสะท้อนร่วมกับทีมวิจัย พบว่าไบอนด์ใหม่ลดภาระงานของผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน ผู้ป่วยที่มาเข้ากลุ่มมีมากขึ้น ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลารอนาน การมีเครื่องดื่มให้ทำให้ผู้ป่วยไม่หิว ไม่ ต้องลุกออกมาดื่มน้ำ แต่อาหารเหลวที่เบิกมาบางวันเหลือ บุคต้องทิ้ง จึงวางแผนแก้ไขปัญหาใน ส่วนอาหารเหลวที่เหลือโดยนำอาหารเหลวส่วนหนึ่งมาวางไว้หน้าห้องรอฉายรังสี เขียนป้ายประชาสัมพันธ์ให้ดื่ม และอนุญาตให้ผู้ป่วยนำภาชนะมาแบ่งไปเก็บไว้ดื่มได้

1.2 สื่อในการให้ความรู้ ในส่วนของคู่มือและวีดิทัศน์ที่พัฒนามาตั้งแต่ช่วงแรก เมื่อนำไป ทดลองใช้กับผู้ป่วยผู้ป่วยประเมินว่า อ่านแล้วทำให้เข้าใจ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และ ในส่วนของ วีดิทัศน์นั้น ผู้ป่วยประเมินว่าดูแล้วเข้าใจ ได้เห็นภาพชัดเจน บางรายก็บอกว่าดีกว่าการอ่านคู่มือ เนื่องจากเหตุผลต่างๆ เช่น สายตาไม่ดี อ่านหนังสือไม่ออก หรือบางรายก็บอกว่าไม่ยักอ่านอะไร ในช่วงนี้

2. การดูแลตนเอง จากการประเมินด้วยแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ คอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองในเรื่องการรับรู้และสนใจแสวงหาข้อมูลในการ ติดตามการรักษาเมื่อสิ้นสุดการฉายรังสี และการเตรียมตัวเพื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเดิมเพียงพอ เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับรังสีรักษา พบว่ายังคงมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอยู่ในระดับเดิมคือ ไม่สบายใจบ้างแต่ไม่นำ มาคิด สำหรับในรายของน้ำเพ็ญนั้นเมื่อผู้ป่วยได้วางแผนในการปรับปรุงภาพลักษณ์ที่ชัดเจน ดังที่ น้ำเพ็ญบอกว่า " บอกแฟนแล้วว่าให้ซื้อวิกไว้ให้ แล้วเอามาถัก (ด้วย) วันกลับบ้านได้ใส่กลับแต่ไม่ คิดไรมากแล้ว มาถึงนี้แล้วไม่ตายก็บุญแล้ว ยังได้กลับไปเห็นหน้าลูก ชาวบ้านข้างเขาเราไม่ได้ขอ เขากิน ว่าคุยกับใคร ได้ก็คุย ใครหลงมากแรงก็ไม่ต้องคุย แฟนว่าคนเรามันไม่เหมือนกัน ถ้าพบคน เหมือนน้อง (ผู้วิจัย) หมดก็ดี คุยแล้วบายใจ ไม่ต้องนั่งระวังตัว " ร่วมกับการได้รับข้อมูลของการ กลับเป็นปกติ และการได้พบกับผู้ป่วยที่ฉายรังสีครบแล้วกลับสู่ภาวะปกติพบว่า ผู้ป่วยประเมินว่า สบายใจขึ้น มีความกระตือรือร้นที่จะปรับปรุงภาพลักษณ์ และมั่นใจว่าบุตรและสามีเข้าใจไม่รัง เกียจตน นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกรายมีการวางแผน วางเป้าหมายในการกลับไปถึงกิจการงานที่จะกระทำ หรือการใช้ชีวิตดังเช่นตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่าว่า

คิดว่าจะกลับบ้านไปดิ (จะ) ขุดบ่อเลี้ยงปลา นั้งนี้กว่าบ่อก็ขุดไว้มั้ง (บ้าง) แล้ว แล้วก็เลี้ยงวัว ยังลูกวัวอยู่ 3 ตัวลูกๆก็ปรึกษากันแล้วว่ากลับไปนี่ไม่ให้งานจ้างแล้ว เขาว่าดิรวมๆต่างก็ กันให้พ่อกินนมเอง นี่ซึ่งๆน้ำใจดูอย่างแรง ดีใจว่าลูกมันยังรักยังห่วงเรา ให้เราพึ่งได้ นี้ ร่าลึก (คิดถึง) บ้านอย่างแรงเป็นห่วงบ่อปลา ห่วงลูกวัว คิดถึงหลานกัน หลานกำลังน่ารัก

เพิ่งหัดพูดแต่เรียกตาๆ ได้แล้ว กลับไปลูกทำให้เลี้ยงหลานไม่ต้องออกไปเที่ยวตากแดดรับ
จ่าง

(ลุงหงส์ สัปดาห์ที่7)

นี่กลับไปว่าจะปลูกผัก ว่าปลูกให้เต็มที่บ้าน ผักบุ้ง ผักกาด พริก ค่ะน้ำ ว่าถ้าเหลือกิน
พอได้ขาย เก็บตางค์ไว้รักษาตัว ขอลูกก็ไม่เหมือนตนเอง ถ้ามีเองมันอุ่นใจ

(ป้าจันทร์ สัปดาห์ที่7)

นอกจากนี้การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการ
ปรับตัวกับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีการวางแผนถึงกิจกรรม หรืองานที่จะ
กระทำเมื่อกลับไป ผู้ป่วยบางรายมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองจากเดิมที่มีการปกปิด หลีกเลี่ยง
มาเป็นมั่นใจ เต็มใจที่จะอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจ และไม่วิตกกังวลกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป บาง
รายรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้มาฉายรังสี ผู้ป่วยที่อยู่วัยสูงอายุบางรายวางแผนที่จะหยุดทำงาน มาเป็นที่
ปรึกษาคอยให้คำแนะนำ แก่ลูกหลาน บางรายตั้งใจที่จะใช้เวลาที่เหลืออยู่ในการทำบุญ ทำนุบำรุง
ศาสนา ผู้ป่วยบางรายมองเห็นสังขรณ์ของชีวิตในเรื่องการเกิด แก่ เจ็บ ตาย และมองเห็นความตาย
เป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตที่ทุกคนต้องประสบ บางรายบอกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนี้เป็นการ
เตือนไม่ให้ประมาทในการดำรงชีวิต ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

นี่ตั้งแต่เป็นไอนี้มานั่งคิดว่า เออชีวิตคนมันไม่แน่ จากแข็งแรงดี ทำไร (อะไร) ได้ทุก
อย่างไม่เคยเจ็บเคยไข้กับเพื่อน พอเริ่มเสียงแห้งก็คิดว่าไปรักษาหัด ไปหายาแก้ไอ แก้เจ็บ
คอ พอไปถึงกลายเป็นไอนี้ เป็นเรื่องใหญ่โต นึกๆแล้วก็จำ แต่ก็ภูมิใจว่ารามารถทาง นี้
กลับไปคิดว่ามีหลายเรื่องต้องเตรียมการไว้ให้พร้อม บอกลูกว่าไม่ใช่แข่งตัวเอง แต่เตรียม
ไว้ไม่รู้ต่อหรือ (มะรีน) ต่อพรั่ง ใครก็บอกไม่ได้ สอนลูกว่าเตรียมไว้อย่าประมาท ไม่ใช่เป็น
แต่พ่อแม่แต่ละพวกหนุ่มๆสาวๆรุ่นลูกก็ยังเป็น

(ลุงมิตร สัปดาห์ที่7)

นี่กลับไปว่าต้องทำความดีเยอะๆ เวลาที่เหลือต้องทำดี ต้องเคร่งครัดกว่านี้ ที่ผ่านมารเราไม่
เต็มที่ ทำ (ละหมาด) บ้างหยุดบ้าง ต่อไปว่าต้องเต็มที่แล้ว

(ลุงเหม สัปดาห์ที่6)

นี่กลับไปว่าทำบุญสิ่งเดียว (อย่างเดียว) ว่าไปวัดจนไปไม่รอดจนคลานไปแล้วค่อยหยุด ถึง
ทำแล้วได้ไหมไม่ไหวแต่เราก็บายใจ เวลาที่เหลือว่าให้บายใจไม่ทรمانก็พอ ตั้งใจว่าดีทำ
บุญให้ทาน สมบัติหัดสถานอะไรไม่เอาแล้ว ปล้ำ (พยายาม) สร้างไว้ให้ลูกพอได้มีเทียม
เพื่อนก็พอแล้วตายแล้วไม่เห็นใครหอบเอาไปได้ แต่ถ้าบุญพอ ได้คิดตัวไปมั่ง

(ตาข่า สัปดาห์ที่7)

เป็นที่น่าสังเกตว่าในสัปดาห์สุดท้ายของการฉายรังสีถึงแม้ว่าอาการข้างเคียงต่างๆจะยังคงมีอยู่
แต่สังเกตว่าผู้ป่วยสดชื่น ประเมินตนเองว่าอาการต่างๆเลลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น ที่เป็น
เช่นนี้ อาจเนื่องมาจาก วันสิ้นสุดการฉายรังสีต่างก็เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทุกคนเฝ้ารอ จึงทำให้ช่วยเบี่ยงเบน
ความสนใจจากอาการข้างเคียง หรือความทุกข์ทรमानที่เกิดขึ้น จากการทำสิ่งที่อดทนกระทำกำลังจะ
บรรลุเป้าหมาย การมองเห็นผลสำเร็จใกล้เข้ามา ดังที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเล่าว่า

วันนี้ค่อยยังชั่วเจ็บน้อยลงแล้วก็อยู่เฉยๆ ไม่ได้ทำอะไร กินอะไรได้เยอะขึ้น รู้สึกว่าดีขึ้น
หายเสร็จแล้วรู้สึกสบายใจว่าที่นี่ได้คืนสภาพเดิมซึกที ตอนฉายมันทรमान

(ลุงแอบ วันสุดท้ายของการฉายรังสี)

อาทิตย์นี้ยังชั่ว ไม่บอบ (แยะ) เหมือนวันก่อน วันก่อนเจ็บ เจ็บที่เขี้ยว โกง โกงมานี่น้ำไหนกิน
ได้คล่อง สงสัยดี (จะ) ได้กลับบ้านดีใจ หายเลย

(ลุงพงค์ สัปดาห์ที่7)

นี่วันนี้ไอ้ที่เพี้ยๆอยู่หายหมดเลย รู้สึกว่าเดินอะไรก็คล่องเหมือนเดิม ดีใจครับ ดีใจมากได้
กลับบ้าน ผมรอวันนี้มานานแล้วรู้สึกว่ามันโล่ง สบายใจ คิดถึงไอ้ตัวน้อย (หลาน) ปานนี้ไม่
รู้จะยังจำผมได้มัย

(ลุงเอียด วันสุดท้ายของการฉายรังสี)

กลยุทธ์ของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

กลยุทธ์ของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่สำคัญคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วย
และครอบครัวได้วางแผนที่เป็นรูปธรรมร่วมกัน และการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ดังนี้คือ

1. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางแผนที่เป็นรูปธรรมร่วมกัน การวางแผนช่วยให้

ผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับไปอย่างมีจุดหมาย รู้ถึงสิ่งที่จะต้องกระทำ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการกลับไปสู่สังคมเดิม

2. การจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ที่จัดขึ้นสอดคล้องกับหลักการของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง คือเป็นกลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกัน เนื่องจากมีปัญหาที่ต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมือนกัน โดยที่สมาชิกของกลุ่มมาจากบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน มารวมกันเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นคล้ายๆกัน กลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ตั้งขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลจะได้รับการช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน และสมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายถึงความรู้สึก ร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นกลุ่มจะช่วยสมาชิกในการแก้ปัญหาต่างๆโดยใช้ประสบการณ์ ที่แต่ละคนเคยได้รับ และได้แก้ไขจนผ่านพ้นภาวะต่างๆมาแล้ว มาร่วมกันอภิปรายเพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกมีกำลังใจและเกิดความศรัทธาจากการที่ได้เห็นปัญหาและผลสำเร็จในการแก้ปัญหาของสมาชิกคนอื่นๆทำให้มีกำลังใจและมีเจตคติที่ดีขึ้น (Steiger & Lipson, 1985 อ้างตาม ครุณี, 2537)

ปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย

จากการศึกษาการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้พบว่าปัจจัยที่สนับสนุน และเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยสรุปได้ดังนี้คือ

1. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง ที่สำคัญในระยะนี้ได้แก่ การขาดแหล่งประโยชน์ หรือขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยขาดปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนทั้งในการดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด และการดำรงชีวิต เช่นในรายของลุงแอบ ผู้วิจัยได้ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยประสานงานกับทางสังคมสงเคราะห์ และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องค่าครองชีพ เมื่อสอบถามจึงทราบว่าบริเวณรอบๆบ้านยังมีที่ดินว่างเปล่าเหลืออยู่ผู้ป่วยจึงคิดได้ว่าถ้าหากปลูกผักขายก็น่าจะดี จึงมีความหวังว่าเมื่อกลับบ้านไปก็จะเริ่มปลูกผัก และเก็บเงินไว้เพื่อดูแลภรรยา และมารักษาตัว

2. ปัจจัยสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้ได้แก่ การได้พบกับผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงเหมือนกัน การได้พูดคุยปรับทุกข์กับผู้อื่น การเห็นตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ความกลัวต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น การเห็นผู้ป่วยที่ฉายรังสีครบแล้วกลับสู่ภาวะปกติ สวัสดิการ ความช่วยเหลือที่ได้รับ และการมีเป้าหมายที่ชัดเจน

การสิ้นสุดการฉายรังสีนี้เปรียบเหมือนสิ่งที่มาหล่อเลี้ยงจิตใจให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสุข

มีความหวังที่จะได้กลับไปพบกับครอบครัว หรือบุคคลที่รักที่ต้องจากมานาน เป็นระยะที่ผู้ป่วยค่อยๆปลดปล่อยบทบาทของผู้ป่วยมะเร็งที่ฉายรังสีกลับไปสู่บทบาทเดิม เปรียบเสมือนการเดินทางจากจุดเริ่มต้นมาจนถึงหลักชัย โดยมีครอบครัว พยาบาล บุคลากรที่ดูแล หรือกำลังใจจากคนรอบข้าง คอยเป็นเพื่อนร่วมทาง ร่วมล้มลุกคลุกคลาน ชักอุบสรรคขวากหนาม สนับสนุนแผ้วถางสิ่งที่ช่วยให้ก้าวย่างถึงหลักชัย และคอยแนะนำประทับประคองช่วยเหลือตลอดระยะทางที่ก้าวเดิน นับเป็นความภาคภูมิใจอีกประการหนึ่งของพยาบาลที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฉายรังสีได้จนครบตามกำหนด ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และที่สำคัญคือได้นำความรู้ ความสามารถทางการพยาบาลมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ส่งผลให้ได้รูปแบบที่เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

จากผลการวิจัยสามารถสรุปรูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้ดังภาพประกอบ 5 รายละเอียดของรูปแบบดังกล่าวประกอบด้วยระยะของการส่งเสริมการดูแลตนเองตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 เริ่มต้นชีวิตใหม่ เรียนรู้การฉายรังสี วงจรที่ 2 หาวิธีต่อสู้กับอาการข้างเคียง หลีกเลียงอุปสรรค ปรับหาวิธีการที่เหมาะสม และวงจรที่ 3 เตรียมพร้อมกลับสู่สังคมด้วยความมั่นใจ การส่งเสริมการดูแลตนเองทั้ง 3 วงจร ต้องอาศัยการเตรียมพร้อมของพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ผู้ที่นำรูปแบบไปใช้ควรทราบถึงข้อปฏิบัติ หรือข้อควรระวังเพื่อให้การใช้รูปแบบดังกล่าวเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ดังมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. การเตรียมพร้อมของพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว

ในการที่จะส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพนั้น พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการเตรียมพร้อมในด้านต่างๆดังนี้คือ

1.1 พยาบาล ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญ ที่ช่วยส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งการที่พยาบาลจะส่งเสริมการดูแลตนเอง

ภาพประกอบ 5 รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา



ของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องถึงพร้อมทั้งความรู้ ทักษะ และมีบุคลิกที่เอื้อหรือส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเอง ตลอดจนมีความพร้อมทางด้านจิตใจ มีเจตนาและมีความตั้งใจจริง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1.1 ความรู้ พยาบาลต้องมีความรู้พื้นฐานในเรื่องพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง แนวคิด การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ความรู้เรื่องการรักษาโรคมะเร็งด้วยการฉายรังสี ความรู้เรื่องอาการข้างเคียง และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (ในกรณีที่ประเมินความต้องการการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม) แนวคิดการดูแล แนวคิดเรื่องความเครียดและการจัดการกับความเครียด แนวคิดเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง แนวคิดเรื่องการสร้างพลังอำนาจ แบบแผนของไซมอนตัน และแบบแผนการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งของไวส์แมน รวมทั้งความรู้เรื่องกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ร่วมกับความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลทั้งหมด

1.1.2 ทักษะ ทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้แก่ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทักษะในการสอน การให้คำปรึกษา ทักษะในการดำเนินกลุ่ม ทักษะในการจูงใจ และ สร้างกำลังใจในการดูแลตนเอง ทักษะในการแก้ไขความขัดแย้ง ทักษะในการผลิตสื่อ รวมทั้งทักษะในการติดต่อประสานงาน และติดต่อขอความช่วยเหลือ

1.1.3 บุคลิกภาพ บุคลิกภาพของพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้แก่ เป็นผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการช่วยเหลือผู้ป่วย มีความอดทนต่อความหลากหลายของผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้อง ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น รวมทั้งความคิดเห็นและความเชื่อที่หลากหลาย และแตกต่างจากความเชื่อของตัวเอง และนำมาพินิจพิเคราะห์จนสามารถหล่อหลอมความหลากหลายให้เกิดประโยชน์ หรือเกิดความเป็นหนึ่งเดียวที่เป็นที่ยอมรับของส่วนใหญ่ อดทนต่อปฏิกิริยาต่อต้าน ขัดแย้ง หรือความเพิกเฉยของบุคคลอื่น รวมทั้งควรเป็นคนที่มีความซื่อสัตย์ เป็นที่ยอมรับของหน่วยงาน หรือสถานที่ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนควรมีความพร้อมทางด้านจิตใจ มีความเต็มใจที่จะรับฟังปัญหา หรือความทุกข์ยากของผู้ป่วย

1.2 ผู้ป่วยและครอบครัว ควรเป็นผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อการฉายรังสี มีความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง เป็นผู้แสวงหาข้อมูล แสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ตลอดจนสามารถผสมผสานความคิด ความเชื่อ ให้สอดคล้องกับการรักษาที่ได้รับ เป็นผู้ที่มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการบริการทางสุขภาพที่ได้รับ แสวงหาแหล่งประโยชน์ และใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม แสวงหาวิธีในการจัดการกับความเครียด หรือสามารถนำความรู้หรือวิธีการที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในขณะเจ็บป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรที่ดูแล และเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน สำหรับครอบครัวนั้น

ควรมีความรู้ความเข้าใจในการรักษา และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้ป่วย มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีความสนใจ ห่วงใย เข้าใจ และ สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการฉายรังสี

2. กลวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือระยะที่ 1 เริ่มต้นชีวิตใหม่เรียนรู้การฉายรังสี ระยะที่ 2 หาวิธีต่อสู้กับอาการข้างเคียง หลีกเลียงอุปสรรค ปรับหาวิธีการที่เหมาะสม และระยะที่ 3 เตรียมพร้อมกลับสู่สังคมด้วยความมั่นใจ ดังมีรายละเอียดการช่วยเหลือดังนี้คือ

2.1 ระยะที่ 1 เริ่มต้นชีวิตใหม่เรียนรู้การฉายรังสี (สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 2)

การช่วยเหลือผู้ป่วยในวาระนี้เริ่มตั้งแต่วันแรก หรือสัปดาห์แรกที่มารับการรักษา ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยในระยะนี้คือ การรับรู้ต่อการฉายรังสีในด้านลบ มีความกลัว วิตกกังวล ไม่มั่นใจ ไม่เต็มใจที่จะมารับการรักษา มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการฉายรังสีไม่เพียงพอ และสิ่งที่ต้องพบและปรับตัวกับวิถีชีวิตใหม่ สำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะนี้ประกอบไปด้วย

2.1.1 ด้อนรับสู่การฉายรังสี โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว สอบถามถึงความต้องการการช่วยเหลือ แนะนำสถานที่ เช่น ห้องฉายรังสี ห้องสังคมสงเคราะห์ ห้องที่จัดให้ความรู้ เป็นต้น ร่วมกับให้คู่มือวิทัศน์ เรื่องการดูแลตนเองของผู้ที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ

2.1.2 ปรับสมดุลของจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยมาฉายรังสีด้วยความรู้สึกกลัว ตั้บสน วิตกกังวล หรือไม่แน่ใจ จึงเป็นการช่วยเหลือเพื่อปรับให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะสมดุลของจิตใจ คือ ลดความกลัว วิตกกังวล มีความเต็มใจและมั่นใจที่จะรับการรักษา โดยในการช่วยเหลือประกอบไปด้วย

2.1.2.1 ประเมินการรับรู้ต่อการฉายรังสี

2.1.2.2 ประเมินความรู้ความเข้าใจ และให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี

2.1.2.3 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยยอมรับ และ ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองในระหว่างฉายรังสีตั้งแต่วาระแรก

2.1.2.4 จัดให้ผู้ผู้ป่วยได้พบกับผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การฉายรังสีมาแล้ว และสามารถปรับตัวต่อการรักษาหรือดูแลตนเองได้ดี

2.1.3 จัดให้ความรู้ โดยให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพในช่องปาก การดูแลผิวหนัง สอนวิธีการประเมินการเปลี่ยนแปลง หรืออาการข้างเคียงที่เกิดจากการฉายรังสีด้วยตนเอง อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจ และ เห็นความสำคัญในการรักษาที่ได้รับ และการจัดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ดังมีรายละเอียดดังนี้

2.1.3.1 นักผู้ป่วยเข้ากลุ่มทุกวันพุธเวลา 09.00 น.

2.1.3.2 จัดกิจกรรมขณะเข้ากลุ่มดังนี้

ก. ขณะเข้ากลุ่มเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพ สร้างบรรยากาศให้อบอุ่นเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน

ข. บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ากลุ่ม

ค. แนะนำผู้ป่วยภายในกลุ่มให้รู้จักกัน

ง. ประเมินการรับรู้ต่อการฉายรังสี ในรายที่ฉายรังสีสัปดาห์แรก โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมาอย่างอิสระ

จ. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษา และ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

ฉ. ประเมินอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงอาการ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการฉายรังสี วิธีการดูแลจัดการและผลที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มได้ช่วยเหลือกัน โดยให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันได้ร่วมกันค้นหาวิธีเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และ ให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่ผ่านประสบการณ์หรือปัญหาดังกล่าว ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยในสัปดาห์สุดท้ายของการฉายรังสี ได้เล่าถึงปัญหาและการดูแลตนเองเพื่อเป็นแนวทางให้แก่ผู้ป่วยอื่น นอกจากนี้ในบางวันจะนำผู้ป่วยที่ฉายรังสีครบแล้ว และสามารถปรับตัวได้ดี เข้ามาพูดคุยกับผู้ป่วย โดยพยายามเป็นที่ปรึกษา แลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ป่วย และ ให้ความรู้ที่ผู้ป่วยต้องการ หรือในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม

ช. สนับสนุนให้กำลังใจโดยแสดงถึงความห่วงใยเอื้ออาทร แสดงถึงความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ ใช้คำพูดที่ส่งเสริมให้เกิดกำลังใจ

ซ. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล การปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพ ให้เกียรติ การขออนุญาตก่อนนำข้อมูล ไปถ่ายทอดให้ผู้อื่นฟัง

ฅ. การจัดเตรียมและพัฒนาสิ่งแวดล้อม โดยจัดหาหนังสือที่ช่วยส่งเสริมกำลังใจในการต่อสู้กับโรค เช่น เปลี่ยนชีวิตพิชิตมะเร็ง ผมหายจากมะเร็งได้อย่างไร ใจของคุณคือปราการด่านมะเร็ง ชนะโรคร้ายด้วยหัวใจสู้ เป็นต้น วางไว้ในห้องที่จัดให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยที่สนใจ นอกจากนี้จะนำตัวอย่างจากหนังสือมาเล่าให้ผู้ป่วยฟังในรายที่มีปัญหาด้านการอ่าน หรือไม่อ่าน

ฉ. ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น การส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ หรือนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม

ฉ. สอนและสาธิต เทคนิคการจัดการกับความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การนวดเพื่อผ่อนคลาย หรือการทำสมาธิ เป็นต้น โดยจะติดต่อวิทยากรมาสอนในเรื่องที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญพิเศษ

ค. ในรายที่มีญาติ ให้ญาติเข้ากลุ่มกับผู้ป่วยด้วยเพื่อกระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

จ. เปิดโอกาสให้พูดคุยหรือปรึกษาเป็นการส่วนตัวภายหลังเลิกกลุ่ม

ช. จัดเครื่องดื่ม เช่น น้ำหวาน โอวัลติน หรือน้ำดื่มให้แก่ผู้ป่วยขณะเข้ากลุ่ม

2.1.4 แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ โดยการแนะนำแหล่งประโยชน์ สวัสดิการ หรือความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยจะได้รับ และการช่วยเหลือผู้ป่วยในการดึงแหล่งประโยชน์มาใช้

2.1.5 ติดต่อ ประสานงาน เป็นตัวแทนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

กล่าวโดยสรุปแล้วกลวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะนี้ที่สำคัญคือ การให้ข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขข้อขัดแย้ง หรือการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องประเมินและเข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วย จากพื้นฐานของการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รวมทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหาเศรษฐกิจ และ การปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม โดยการช่วยเหลือดังกล่าวจัดโดยผ่านทางกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้

2.2 ระยะที่ 2 ทาวิธีต่อสู้กับอาการข้างเคียง หลีกเลียงอุปสรรค ปรับหาวิธีการที่เหมาะสม (สัปดาห์ที่ 2 - สัปดาห์ที่ 6) ในระยะนี้ปัญหาสำคัญที่เกิดกับผู้ป่วยคือ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความวิตกกังวล ท้อแท้ ไม่น่าใจเมื่อต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงที่รุนแรง สำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะนี้ประกอบไปด้วย

2.2.1 เป้าหมายดี มีพลังกาย พลังใจ โดยตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การดึงผู้ป่วยกลับมาอยู่กับปัจจุบันและแก้ไขปัญหapingปัจจุบันก่อน

2.2.2 สะท้อนหาวิธีที่ช่วยได้ จัดให้ความรู้

2.2.2.1 ประเมินความรู้ของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น สะท้อนวิธีการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ที่ผู้ป่วยปฏิบัติ รวมทั้งประสิทธิผลของการปฏิบัติ

2.2.2.2 ให้ความรู้และคำแนะนำ เกี่ยวกับอาการข้างเคียง และ วิธีการดูแลตนเองเพื่อลดหรือ บรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น

2.2.2.3 ค้นหากลวิธีในการปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลเพื่อให้เหมาะสมกับ

ผู้ป่วยแต่ละราย และ การติดตามสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วย

2.2.2.4 ให้ความรู้เรื่องยา จัดสาธิตชนิดของยาที่ใช้บ่อย ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย

2.2.2.5 ประเมินถึงประสิทธิภาพการดูแลตนเองในเรื่องที่คล้ายคลึงกับอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี หรือประเมินถึงการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้อยู่

2.2.2.6 นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการให้คำแนะนำ หรือ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

2.2.2.7 แก้ไขข้อขัดแย้ง หรือความเข้าใจผิดของผู้ดูแล ประเมินถึงความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่ผลัดเปลี่ยนมา

2.2.2.8 แนะนำเทคนิคในการจัดการกับความเครียด หรือความไม่สุขสบายต่างๆรวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคในการจัดการกับความเครียดหรือความไม่สุขสบายตามประสบการณ์เดิมที่มีอยู่

2.2.3 สนับสนุนสิ่งที่เป็นกำลังใจ โดยใช้วิธีต่างๆดังนี้คือ

2.2.3.1 จัดให้ผู้ป่วยได้พบกับผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การฉายรังสีมาแล้ว

2.2.3.2 แสดงการยอมรับ ชื่นชมในวิธีการแก้ปัญหา หรือการดูแลตนเองที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติไปแล้ว

2.2.3.3 ยอมรับความเชื่อและการปฏิบัติตามความเชื่อที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2.2.3.4 ช่วยให้ผู้ป่วยมองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวกและการสนับสนุนความคิดทางบวกของผู้ป่วย การมองหาข้อดีจากความเจ็บป่วย หรือการใช้ความขบขัน

2.2.3.5 การติดตามสนับสนุนให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นรุนแรงนั้น ไม่ได้เป็นผลมาจากความล้มเหลวในการดูแลตนเอง

2.2.3.6 การสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล

กล่าวโดยสรุปแล้วการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะนี้เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวยอมรับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ โดยเริ่มจากการตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วย ให้ความรู้ในเรื่องอาการข้างเคียง และการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ที่สำคัญคือการสะท้อนการดูแลตนเอง และค้นหาวิถีในการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วย และในระยะที่อาการข้างเคียงเกิดขึ้นรุนแรงควรมีการติดตามสนับสนุนให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการใช้เพื่อนช่วยเพื่อน และ การจัดกลุ่มสนับสนุน และให้ความรู้

2.3 ระยะที่ 3 เตรียมพร้อมกลับสู่สังคมด้วยความมั่นใจ (สัปดาห์ที่6-7)

ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยในระยะนี้คือ ไม่มั่นใจในการกลับสังคมเดิม ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบ สำหรับการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวงจรรณี ประกอบไปด้วย

2.3.1 สร้างความมั่นใจในการกลับสู่สังคมเดิม เป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดย

2.3.1.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางแผนที่เป็นรูปธรรมร่วมกัน

2.3.1.2 การวางแผนในการปรับปรุงสภาพลักษณะร่วมกับผู้ป่วย

2.3.1.3 อธิบายให้ครอบครัวเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงหรือผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2.3.1.4 วางแผนร่วมกับครอบครัวในการคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

2.3.1.5 การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จัดให้พูดคุยกับผู้ป่วยที่ฉายรังสีครบแล้วที่กลับสู่สภาพปกติ หรือผู้ป่วยที่ประสบปัญหาคล้ายคลึงกัน

2.3.1.6 การประสานงานกับทางสังคมสงเคราะห์ เพื่อขอความช่วยเหลือในเรื่องค่าเดินทางกลับภูมิลำเนา หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือเรื่องค่ารักษาพยาบาลเมื่อมาตรวจตามนัด

2.3.1.7 อธิบายให้ครอบครัวเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงหรือผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และวางแผนร่วมกับครอบครัวในการคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

2.3.2 เพิ่มความรู้ ความเข้าใจ โดยให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวภายหลังฉายรังสีครบแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อช่องปาก และคอ

การส่งเสริมการดูแลตนเองในวงจรรณีช่วยให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการใช้ชีวิตเมื่อกลับสู่สังคมเดิม มีการปรับตัวกับสภาพลักษณะหรืออัตมโนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนช่วยให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบ เมื่อมองในภาพรวมแล้วกลวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะต่างๆช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองในระหว่างฉายรังสี และมีการปรับตัวต่อการฉายรังสีได้อย่างเหมาะสม สำหรับในการช่วยเหลือนั้นควรจัดให้เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสำคัญ นอกจากนี้ขอเสนอข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ดังนี้คือ

3. ข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

จากการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผ่านมา มีข้อเสนอแนะ และข้อควรระวังบางประการในการนำรูปแบบไปใช้ดังนี้คือ

3.1 ผู้ใช้รูปแบบควรเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

3.2 ผู้ใช้รูปแบบควรมีความเข้าใจรูปแบบ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยในแต่ละระยะของการฉายรังสีอย่างถ่องแท้

3.3 ควรใช้รูปแบบนี้เป็นแนวทางกว้างๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วย และควรเข้าใจถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย

3.4 ผู้ใช้รูปแบบควรมีการบันทึกและประเมินถึงผลกระทบ ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นทุกครั้ง และนำมาวางแผนหาแนวทางแก้ไข หรือพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นไป

3.5 ผู้ใช้รูปแบบควรเป็นบุคคลที่มีทักษะในการทำกลุ่ม มีทักษะในการติดต่อประสานงาน ตลอดจนมีบุคลิกที่เอื้อต่อการใช้รูปแบบ

3.6 ผู้ใช้รูปแบบควรศึกษารายละเอียดของผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่ม มีการประสานงาน หรือทำความเข้าใจกับแพทย์ในการให้ข้อมูลบางอย่างแก่ผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน เช่น การบอกการวินิจฉัยโรค หรือการอธิบายระยะของโรค เป็นต้น

เครื่องมือประกอบการสนับสนุนและให้ความรู้

จากการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในครั้งนี้ ได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยควบคู่กันไป จนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัยได้เครื่องมือประกอบการสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และ วัสดุทัศนที่แนะนำการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับเครื่องมืออื่นๆที่ทางหน่วยรังสีรักษา และหน่วยมะเร็งจัดทำขึ้น ได้แก่ คำแนะนำผู้ป่วยฉายรังสีในระหว่างรับการรักษาด้วยรังสี และ โภชนาการ อาหารที่ถูกต้อง เปรียบเหมือนการได้ยาที่ดีสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ตัวอย่างอาหารสำหรับผู้ป่วย หนังสือที่ช่วยในการปรับตัวเผชิญกับโรค เช่น เปลี่ยนชีวิตพิชิตมะเร็ง ผมหาย

จากมะเร็งได้อย่างไร มะเร็งพ่าย ใจคุณคือปรากฏการณ์ด้านมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งในที่นี้จะขอเสนอเฉพาะเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา คือ จะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อฉายแสงบริเวณศีรษะและคอ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) ซึ่งเนื้อหาเป็นเรื่องที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ

2. วิดีทัศน์ เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ มีความยาวประมาณ 20 นาที เป็นภาพประกอบเสียงบรรยาย ซึ่งเนื้อหาสอดคล้องกับปรากฏการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้ง 3 วงจร และสอดคล้องกับการให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่สำคัญในระยะเวลาต่างๆ ของการฉายรังสี ความรู้ที่ช่วยแก้ไขความเข้าใจผิด หรือ ข้อขัดแย้งต่างๆ ตลอดจนคำพูดที่ช่วยสนับสนุนให้กำลังใจ

3. การจัดสาริตตัวอย่างยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ ไซโลเคน แป้งข้าวโพด ยาสีม่วง (gentian violet) และยาแก้ปวด ซีตึง ph 5 eucerine โดยจัดสาริตไว้ในห้องที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

โดยสรุปแล้วผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เมื่อได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ตามรูปแบบดังกล่าว ร่วมกับเครื่องมือที่ใช้ในการสนับสนุนและให้ความรู้นั้น พบว่าช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการฉายรังสี ช่วยบรรเทาความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น หรือในรายที่มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นนั้นก็สามารปรับด้วยอมริบ และดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือในเรื่องปัญหาเศรษฐกิจและการปรับตัวต่อที่อยู่อาศัย ผู้ป่วยที่ศึกษาทุกรายฉายรังสีได้ครบตามปริมาณที่กำหนด และเมื่อมองในภาพรวมเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ฉายรังสีไม่ครบตามกำหนดโดยเปรียบเทียบในช่วงก่อนเริ่มโครงการ คือในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2539 และหลังเริ่มโครงการในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2540 พบว่าผู้ป่วยที่ฉายรังสีไม่ครบตามกำหนดมีจำนวนลดลงคือจากร้อยละ 24.6 มาเป็นร้อยละ 23.2 (ข้อมูลดิบจากหน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์)

สำหรับในส่วนของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้นั้นจากการสะท้อนกับผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาและผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มพบว่า มีความพึงพอใจ ช่วยให้ได้รับความรู้และช่วยลดความวิตกกังวล ได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา รู้สึกว่ามีที่พึ่งที่ปรึกษาช่วยให้มีกำลังใจ นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มมีเพิ่มขึ้น จากเดิมตอนเริ่มโครงการมีผู้ป่วยเข้ากลุ่มประมาณครั้งละ 4-5 คนและค่อยๆเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนช่วงหลังเพิ่มมาเป็นครั้งละ 10-15 คน

จากการสะท้อนร่วมกับทีมวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสามารถปรับตัวยอมรับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ และสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมมากขึ้น มีเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา ช่วยลดความกลัวหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น จากการประเมินด้วยแบบประเมินการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ

คอกที่ได้รับรังสีรักษาพบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพียงพอ และที่สำคัญคือผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจทำให้สามารถปรับตัวในช่วงรับรังสีได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากจากผลการศึกษาที่ผ่านมาวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Hanucharumkul, 1988) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (วรวรรณ, 2534 ; นิตยา, 2534) และ โอเร็ม (Orem, 1995 อ้างตาม สมจิต, 2537) ได้ตั้งสมมติฐานว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคุณภาพชีวิต นั่นคือบุคคลที่มีการดูแลตนเองดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการดูแลตนเองดีจะมีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (อาภรณ์ และคณะ, 2540)

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในครั้งนี้ จึงน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความยั่งยืนของโครงการ จากการศึกษาที่มีการปฏิบัติในหน่วยงานต่อไปถึงแม้ว่าโครงการวิจัยจะสิ้นสุดลง และเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ของ โอเร็มเป็นแนวทางกว้างๆ ในการกำหนดกิจกรรม ร่วมกับวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จึงช่วยสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็มซึ่งในระบบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ ควบคุมพฤติกรรมดูแลตนเอง มีความรู้ และทักษะที่ถูกต้อง โดยใช้วิธีการช่วยเหลือ 4 วิธีคือ การชี้แนะ การสนับสนุน การสร้างสิ่งแวดล้อม และการสอน และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีบทบาทบางประการที่โอเร็มไม่ได้กล่าวไว้ แต่ผู้วิจัยมีความเห็นว่ามีสำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย คือบทบาทในการติดต่อประสานงาน หรือเป็นตัวแทนให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มจะมีความเด่นชัด หรือนำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นหากนำมาใช้ร่วมกับแนวคิดการดูแล (caring) ซึ่งพยาบาลต้องเลือกวิธีการช่วยเหลือให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จึงสอดคล้องกับวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งมีความยืดหยุ่น และสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทและผู้ป่วยแต่ละราย จนได้รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกันทุกขั้นตอน (mutual collaboration approach) ของผู้วิจัย ผู้ป่วย และทีมวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ ในช่วงเดือนตุลาคม 2539 ถึงเดือนกรกฎาคม 2540 แต่ศึกษาสัมภาษณ์เจาะลึกและติดตามต่อเนื่องจำนวน 10 รายจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ได้รับรังสีด้วยเครื่องฉายรังสีชนิดล้าน โวลต์ (megavoltage) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง สื่อสารกับผู้วิจัยเข้าใจ ยินดีเข้าร่วมวิจัย และสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดโครงการ

การดำเนินการวิจัยเริ่มจากการวิเคราะห์บริบทที่ศึกษาอย่างถ่องแท้ ร่วมกับการศึกษาการรับรู้ต่อการฉายรังสี และการดูแลตนเองของผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนกำหนดรูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ชั่วคราว หลังจากนั้นนำรูปแบบที่กำหนดไว้ไปทดลองปฏิบัติ แล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์เจาะลึก ใช้การบันทึกเทป การบันทึกภาคสนาม ร่วมกับการสังเกต และดำเนินการวิจัยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งในแต่ละวงจรประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติและสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผน

เมื่อสิ้นสุดการวิจัยสามารถสรุปการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้เป็น 3 วงจรคือ เริ่มต้นชีวิตใหม่ เรียนรู้การฉายรังสี หัวใจต่อสู้กับอาการข้างเคียง หลีกเลียงอุปสรรค ปรับหาวิธีการที่เหมาะสม และเตรียมพร้อมกลับสู่สังคมด้วยความมั่นใจ โดยใช้ระยะเวลาในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 9 เดือน

การตรวจสอบความตรงของข้อมูลโดยการนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ ตีความ แล้วนำไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล และสรุปผลการศึกษิตตามการรับรู้ หรือ ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล สำหรับการ

วิเคราะห์ข้อมูลใช้เทคนิคการจัดหมวดหมู่ การตีความ และการสร้างข้อสรุป จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. การรับรู้ต่อการฉายรังสี รับรู้ว่าเป็นสิ่งที่มีผลดีต่อโรค เป็นยา/เหมือนยา เหมือนแอด/เหมือนไฟ และ เป็นสิ่งที่น่ากลัว เมื่อผ่านกระบวนการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ โดยในกลุ่มที่กลัว ลังเล ไม่มั่นใจ ไม่เข้าใจ ไม่เต็มใจที่จะรับการรักษา มาเป็น เต็มใจ เชื่อมั่น เข้าใจ พร้อมทั้งจะรับรังสีรักษา หรือบางรายก็พร้อมที่จะอธิบายให้คนอื่นเข้าใจ

2. การดูแลตนเองขณะได้รับรังสีรักษา สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ระยะแรกเต็มไปด้วยความวิตกกังวล กลัว มีเจตคติไม่ดีต่อโรคและการรักษา ไม่มั่นใจในการรับการรักษา มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ การปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตใหม่ และต้องเริ่มรับผิดชอบในการดูแลตนเองซึ่งเป็นสิ่งใหม่มาในระยะที่ 2 เป็นระยะของอาการข้างเคียง มีอาการข้างเคียงต่างๆเกิดขึ้น และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ร่วมกับความวิตกกังวล ท้อแท้ รู้สึกไม่แน่นอนในผลการรักษา กลัวอาการข้างเคียง จนกระทั่งมาถึงระยะสุดท้าย การฉายรังสีใกล้จะสิ้นสุดลง และจะต้องกลับไปสู่สังคมเดิม ระยะนี้ก็ยังต้องดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงที่ยังคงมีอยู่ และยังคงเรียนรู้ถึงการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบแล้ว นอกจากนี้ยังต้องมีการเตรียมตัว วางแผนเพื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเดิม

3. การปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลตนเอง เมื่อผ่านกระบวนการวิจัยผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยในระยะแรก พร้อมทั้งจะเริ่มต้นชีวิตใหม่กับการฉายรังสี มีการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตรอยู่อย่างผู้ที่ได้รับรังสี ทำความรู้จักกับการรักษาด้วยรังสีรักษา เรียนรู้ถึงอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง เรียนรู้ถึงการดูแลตนเองที่จำเป็นตั้งแต่ระยะแรก มีการปรับตัวยอมรับการรักษาที่ได้รับ มีการปรับตัวกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีการปรับตัวกับที่อยู่อาศัย สถานที่มารับบริการ การจัดการกับปัญหาค่าครองชีพ และค่ารักษาพยาบาล มาถึงระยะที่ 2 เป็นระยะของการหาวิธีต่อสู้กับอาการข้างเคียง หลีกเลี่ยงอุปสรรค ปรับหาวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยในระยะนี้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น มีการดูแลตนเอง และปรับตัวยอมรับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และมาในระยะที่ 3 ผู้ป่วยเตรียมพร้อมที่จะกลับสู่สังคมด้วยความมั่นใจ มีการวางแผนการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเดิม มีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ หรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่มีผลมาจากการฉายรังสี ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสีครบ

4. ปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม พบว่าในเรื่องของสวัสดิการ และความช่วยเหลือที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ การที่มีผู้ดูแล การคิดในทางบวก การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ คำปลอบใจที่ได้รับ ความกลัวต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น การได้พบกับผู้ป่วยฉายรังสีที่

ไม่มีอาการทุกข์ทรมาน และสามารถปรับตัวดูแลตนเองได้ดี ร่วมกับการได้รับความรู้ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยโดยผ่านกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ และมีสื่อในการให้ความรู้ที่เหมาะสม สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้แก่ อาการข้างเคียงของรังสีรักษา ข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ นิสัยประจำตัว การเห็นผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นรุนแรง ขาดแหล่งประโยชน์และการสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งระบบบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และที่สำคัญยิ่งคือ การมีความรู้ ความเข้าใจไม่เพียงพอ และการได้รับข้อมูลที่ไม่เหมาะสม

5. ผู้ป่วยที่ศึกษาเจาะลึกทั้ง 10 รายได้รับรังสีครบตามปริมาณที่กำหนด ความรุนแรงของอาการข้างเคียงโดยรวมเกิดขึ้นไม่มาก และเมื่อมองในภาพรวมแล้วผู้ป่วยที่ฉายรังสีรักษาครบมีจำนวนมากขึ้น

6. รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ประกอบด้วย การเตรียมตัวของพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และการเตรียมพร้อมทางด้านจิตใจ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออำนวย โดยการส่งเสริมการดูแลตนเองมี 3 ระยะ โดยใช้กลวิธีการช่วยเหลือ ที่สำคัญได้แก่การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ข้อมูลที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย การค้นหาวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การสะท้อนการปฏิบัติการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือการใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ป่วยได้พบกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน หรือผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การฉายรังสีมาแล้ว ร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การจัดทำสื่อในการให้ความรู้ที่เหมาะสม

7. เครื่องมือประกอบการให้ความรู้ประกอบด้วย คู่มือเรื่อง จะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อได้ฉายแสงบริเวณศีรษะและคอ การจัดสาริตตัวอย่างยา และอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และวีดิทัศน์เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ

ความคิดเห็นของผู้วิจัย (personal reflection)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความคิดเห็นและความรู้ดีต่อการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ความคิดเห็นและความรู้ดีต่อการพัฒนาตนเอง ความคิดเห็นต่อกิจกรรมพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งความคิดเห็น และความรู้ดีต่อทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็มครั้งนี้คือ

1. ความคิดเห็นและความรู้สึกต่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จากรูปแบบและลักษณะวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนแรกซึ่งทำให้เข้าใจ และทราบปัญหา ในบริบทอย่างดั่งแท้ จนเข้าสู่การวางแผน การปฏิบัติและสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผน จึงทำให้สามารถวางแผนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับสถานะการณ์ที่เป็นจริง ผลการวิจัยจึงสามารถช่วยเหลือผู้ป่วย และนำมาใช้กับบริบทที่ศึกษาได้จริง นอกจากนี้เป็นการวิจัยที่เกิดจากการทำงานร่วมกับทีมวิจัยซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในบริบทนั้น ซึ่งได้มาศึกษาร่วมกันในทุกขั้นตอน ร่วมกันสะท้อน แก้ไขปัญหา และปรับปรุงแผน จนกระทั่งได้รูปแบบซึ่งเป็นที่ยอมรับ ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติต่อไป

อย่างไรก็ดีเนื่องจากในแต่ละขั้นตอน หรือในแต่ละวงจรของการวิจัยใช้เวลาค่อนข้างนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นตอนการปฏิบัติ และปรับปรุงแผนเพื่อปฏิบัติใหม่จนกว่าจะได้รูปแบบที่เหมาะสม ทำให้บางครั้งรู้สึกเหน็ดเหนื่อย และท้อแท้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนำมาใช้ในขณะที่มีบทบาทเป็นนักศึกษา ซึ่งมีระยะเวลาตลอดหลักสูตรทั้งหมดเพียง 2 ปี เมื่อไม่สามารถปฏิบัติให้เสร็จสิ้นตามหลักสูตรที่กำหนด จึงส่งผลต่อความมีคุณค่าในตนเอง และอัตรานมโนทัศน์อย่างมาก

นอกจากนี้ในระยะแรกของการทำวิจัยทั้งในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้วิจัยไม่คุ้นเคยจึงรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ยาก จนแทบจะเลิกล้มเลิกหลายครั้ง และกว่าที่จะเริ่มคุ้นเคยข้อมูลก็ทับถมกันเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ในการเขียนสรุปผลการวิจัย ก็จำเป็นต้องอาศัยความอดทน และความพยายามอย่างสูง หากจะมีสิ่งที่จะช่วยให้มีพลังใจขึ้นมาบ้างก็จะเป็นคำพูดหรือการแสดงออกถึงการยอมรับ ชื่นชมที่ได้รับจากผู้ป่วย และแรงเสริมที่ได้รับจากอาจารย์ที่ปรึกษาและทีมวิจัย

ดังนั้นอาจจะเป็นการดีหากมีการนำการวิจัยแบบนี้มาใช้ในการพัฒนาการให้บริการ โดยมีทีมวิจัยที่เข้มแข็ง มุ่งมั่น มีความร่วมมือร่วมใจพร้อมที่จะสละเวลา และฝ่าฟันอุปสรรคไปด้วยกัน หรืออาจจะมีทีมที่ทำงานร่วมกันแต่แบ่งกันศึกษา หรือรับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน ก็น่าจะช่วยลดความรู้สึกของความยาวนานในการศึกษาลงได้

2. ความคิดเห็นและความรู้สึกในการพัฒนาตนเอง ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ครั้งแรกที่เลือกทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพราะมีความรู้สึกท้อทลาย อยากรลง เนื่องจากได้ยินมาว่า เป็นวิจัยที่ยาก ใช้เวลานาน และเหน็ดเหนื่อยมาก ตอนนั้นมั่นใจในศักยภาพตนเองเต็มที่ว่าต้องทำได้ และตั้งความหวังไว้ว่าต้องเสร็จภายในระยะเวลาที่หลักสูตรกำหนด แต่เมื่อลงมือทำก็ตระหนักแล้วว่าไม่ผิดไปจากคำกล่าวลือมากนัก แต่สิ่งหนึ่งซึ่งแฝงไว้ ภายใต้อารมณ์ท้อทลาย และ เหน็ดเหนื่อยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา นั้น เมื่อมองย้อนกลับไปจะเห็นว่าตัวผู้วิจัยเองได้มีการพัฒนาด้านต่างๆหลายๆ ด้านด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของวุฒิภาวะทางด้านอารมณ์ จากการที่เป็นคนใจร้อน ไม่

ค่อยมีความอดทน และชอบทำงานคนเดียวไม่ค่อยฟังความคิดเห็นของผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เรานั้นใจว่าเรามีความรู้มากกว่า แต่เมื่อได้มาทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนั้น ทำให้มีความอดทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสอน หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะของการค่อยเป็นค่อยไป รู้จักคุณค่าของการรอ เพราะในบางครั้งผู้ป่วยไม่ตอบเรื่องที่เราอยากทราบ แต่จะพูดในเรื่องที่เค้าอยากพูด หรือเรื่องที่เราเห็นว่าสำคัญเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตอนนั้นกลับไม่ใช่สิ่งสำคัญของผู้ป่วยเลย เปลี่ยนบทบาทของการเป็นผู้พูดมาเป็นผู้ฟัง ลดการทำตนจากการที่คิดว่าเป็นผู้รู้ที่คอยจะถ่ายทอดให้กับผู้ป่วย มาเป็นการแลกเปลี่ยน หรือรับฟังความรู้ของผู้ป่วย นอกจากนี้ลดการยึดมั่นถือมั่นในตัวตนสูง มาสู่การยอมรับ ความรู้ ความเชื่อตามวิถีชาวบ้าน อีกทั้งยังพัฒนาทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่นเป็นทีม การรับฟังและยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น ตลอดจนพัฒนาทักษะในการติดต่อ ประสานงาน และที่สำคัญก็คือพัฒนาทักษะในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ อันจะเป็นพื้นฐานในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการในเรื่องอื่นๆต่อไป

3. ความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในการที่จะพัฒนาศักยภาพ หรือส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้น ต้องเริ่มจากการเข้าใจในตัวผู้ป่วยอย่างถ่องแท้ ยอมรับในความเป็นเฉพาะตัวของแต่ละคน ทั้งความรู้ ความเชื่อ หรือการดูแลตนเองที่ปฏิบัติมา และที่สำคัญคือผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เผชิญอย่างไร และในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้นควรเป็นไปในลักษณะของการหาแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน ไม่ใช่เป็นผู้นำ หรือชี้แนะการปฏิบัติให้กับผู้ป่วย ควรเป็นไปในลักษณะของการให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลพื้นฐานที่เหมาะสมเพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้เป็นข้อมูลในการ คิดพิจารณาเหตุการณ์ที่เผชิญ การใช้ผู้ป่วยด้วยกันเป็นแหล่งข้อมูลในการให้ความรู้ หรือถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับผู้ป่วย การคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง โดยการรักษากำลังใจให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะที่ประสบปัญหาหรือมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นรุนแรง การสร้างกำลังใจจากผู้ดูแล ครอบครัว และเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน รวมทั้งการสะท้อนผลสำเร็จที่เกิดจากการรักษาหรือการปฏิบัติ การช่วยให้ผู้ป่วยมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก รวมทั้งต้องทราบถึงทั้งปัจจัยที่ช่วยส่งเสริม และเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยในแต่ละระยะ และต้องยอมรับว่าศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องอาศัยความอดทน กล่าวโดยสรุปแล้วในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้นต้องเริ่มจากการเข้าใจในตัวผู้ป่วยอย่างถ่องแท้ การยอมรับความคิด ความเชื่อ หรือความเป็นปัจเจกบุคคล มีทักษะในการนำความรู้ทางทฤษฎีต่างๆในการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับใช้ขั้นตอนการพัฒนาที่เป็นระบบ โดยอาศัยวิธีการวิจัย

4. ความคิดเห็นและความรู้สึกของการนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาใช้ในการวิจัย จาก การที่ได้นำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในส่วนหนึ่งของระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในการ วิจัยครั้งนี้โดยใช้เป็นแนวทางกว้างๆในการวางแผนกำหนดรูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ช่ว คราว และได้พัฒนาหลายครั้งโดยผ่านวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า เป็นระบบการพยาบาลที่ ช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยให้เข้าใจความต้องการ และการกระทำของผู้ป่วย เมื่อใช้ ร่วมกับแนวคิด และ องค์ความรู้อื่นๆทางการพยาบาลก็พบว่าช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ความยั่งยืนของโครงการ

งานวิจัยครั้งนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ ของทีมวิจัยในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งทีมวิจัย ส่วนหนึ่งเป็นบุคลากรในบริบทที่ทำวิจัย ซึ่งต้องการพัฒนาการให้บริการของหน่วยงานอยู่แล้ว ทำ ให้ได้รับความร่วมมือ ร่วมใจ การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ในทุกขั้นตอน ของการวิจัยเพื่อร่วมกันหารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับรังสีรักษา ตลอดจนการผลิตสื่อที่เหมาะสม ส่งผลให้รูปแบบที่ได้มีการปฏิบัติต่อไป ถึงแม้ว่าโครงการวิจัยจะสิ้นสุดลง

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้งานวิจัยชิ้นนี้เกิดประโยชน์แก่วิชาชีพมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอข้อเสนอแนะในการ นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป และข้อเสนอแนะในการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาดังนี้คือ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกัน โดยศึกษาเจาะ ลึกในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 10 ราย ในบริบทหนึ่ง ดังนั้นในการ นำผลการวิจัยไปใช้จึงควรใช้ในบริบทและกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

1.2 บทบาทของพยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษาควรเน้นบทบาทในด้านการสนับสนุนและ ให้ความรู้ มากกว่าบทบาทในลักษณะงานประจำ

1.3 ควรมีการปรับปรุงบริการของห้องตรวจ ในเรื่องของการลดระยะเวลาในการรอพบแพทย์ โดยในการนัดผู้ป่วยไม่ควรให้ตรงกับวันที่แพทย์ต้องขึ้นไปใส่แร่ หรือ เข้าห้องผ่าตัด และในผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ หรือต้องการพบแพทย์ก่อนวันนัด ในกรณีที่แพทย์เจ้าของไข้ติดธุระควรมีการมอบอำนาจให้แพทย์ที่อยู่ห้องตรวจ ดูแลแทนได้ เพื่อช่วยลดระยะเวลาในการรอ

1.4 การนัดผู้ป่วยมาตรวจภายหลังฉายรังสีครบ สำหรับในรายที่ได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา เช่นในรายที่ได้รับการผ่าตัด หรือเคมีบำบัดร่วมด้วยหากเป็นไปได้ควรมีการประสานงานกันในการนัดผู้ป่วยในวันเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด เพื่อลดการสูญเสียวเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง หรือค่าที่พัก เป็นต้น

1.5 ควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการฉายรังสีตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยทราบว่าต้องรับการรักษาด้วยการฉายรังสี โดยอาจเริ่มตั้งแต่ในหอผู้ป่วย หรือทำสื่อเผยแพร่ความรู้ไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายที่ส่งผู้ป่วยมาฉายรังสี หรือมีการอบรมบุคลากรเฉพาะทางเกี่ยวกับรังสีรักษาให้มีประจำอยู่ในโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารับการฉายรังสี เพื่อให้สามารถให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในการประเมินสถานการณ์ที่เหมาะสม ช่วยลดความกลัว ความไม่แน่นอน หรือ ช่วยลดอัตราสูญหายของการมารับรังสีรักษาตั้งแต่ระยะแรก

1.6 รัฐควรขยายการให้บริการการรักษาด้วยการฉายรังสีไปยังโรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งในด้านค่าเดินทาง ค่าที่พัก หรือค่าครองชีพ นอกจากนี้ยังเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากการที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิมไม่ต้องปรับตัวกับวิถีชีวิตใหม่ อีกทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การทำวิจัยรูปแบบนี้ในผู้ป่วยที่มารับรังสีรักษาในบริบทอื่น หรือทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณทรวงอก ช่องท้อง หรือผู้ป่วยที่เข้ารับการฝังแร่ เป็นต้น

2.2 การทำวิจัยรูปแบบนี้จะตักในปัญหาที่สำคัญ เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องการรับประทานอาหาร การลดภาวะแทรกซ้อนต่อช่องปาก และ ลำคอ เป็นต้น

2.3 ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาหารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาที่เป็นผู้ป่วยใน และผู้ป่วยที่ไม่มาเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้

3. ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

3.1 บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยควรเข้าใจการรับรู้ต่อการฉายรังสี และปรากฏการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยในแต่ละระยะอย่างถ่องแท้

3.2 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยควรมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งในเรื่องของภาษา ประสบการณ์เดิม ตรงกับปัญหาและความสนใจของผู้ป่วยในขณะนั้น

3.3 บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมมือกันในการจัดปรับปรุงที่พัก สำหรับผู้ป่วยมะเร็งให้ถูกสุขลักษณะ ให้มีบรรยากาศเหมาะสม เอื้อต่อการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ

3.4 ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่พัคนอกเหนือจากการให้บริการในโรงพยาบาล เพราะจะทำให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริง นอกจากนี้ยังทำให้เห็นบริบทการดูแลที่แท้จริงของผู้ป่วย และยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ

3.5 ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นรุนแรง ควรมีการติดตามให้คำปรึกษา และสนับสนุนทางด้านจิตใจอย่างใกล้ชิด

3.6 ควรมีการจัดกิจกรรมในยามว่างให้แก่ผู้ป่วยภายหลังฉายรังสีเสร็จในแต่ละวัน เช่น จัดอาชีพเสริม เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ช่วยเพิ่มพูนรายได้ และทำให้เพลิดเพลิน

3.7 ควรมีการหาแนวทางในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในเรื่องที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ เช่น การบอกการวินิจฉัยโรค ระยะของโรค หรือโอกาสที่อยู่รอด

3.8 ควรมีการประเมินติดตามความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากแผนการรักษาที่ได้รับ

3.9 ควรมีการพัฒนาสื่อให้ความรู้ให้เฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ฉายรังสีในบริเวณต่างๆ

3.10 การช่วยเหลือผู้ป่วยในการบรรเทาความเจ็บปวด ควรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การประเมินความเจ็บปวด การให้ยาที่มีประสิทธิภาพ การติดตามประสิทธิผลของการให้ยา รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคในการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเอง

3.11 บุคลากรที่ให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ควรให้ความชัดเจน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และควรมีการประเมินการรับรู้ หรือความเข้าใจของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่ได้รับ

3.12 การจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และให้การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ดูแล

3.13 แผนการรักษาที่จัดให้กับผู้ป่วย ควรให้เป็นไปในลักษณะเดียวกันทั้งในผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ หรือผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี กับ ผู้ป่วยที่ใช้บริการสังคมสงเคราะห์ หรือบัตรประกันสุขภาพ เช่น ในเรื่องของ ยาซีคิง ph 5 eucerine น้ำยาบ้วนปาก difflam

3.14 ทางโรงพยาบาลควรให้สิทธิแก่รังสีแพทย์ในการคัดกรอง หรือพิจารณารับผู้ป่วยที่ฉายรังสีเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน ในกรณีที่มิมีปัญหาสุขภาพต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3.15 ควรมีการจัดกิจกรรมที่ช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อ

ช่วยลดความขัดแย้ง หรือภาวะบีบคั้นด้านจิตวิญญาณ เช่น การนิมนต์พระ หรือผู้นำในศาสนาต่างๆ มาพูดคุยกับผู้ป่วย

3.16 ควรมีการประสานงานกันระหว่าง โรงพยาบาลที่ให้บริการฉายรังสี กับ โรงพยาบาล เครื่องข่าย หรือแหล่งบริการสาธารณสุขในชุมชน ในการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อฉายรังสีครบ

3.17 ควรมีการจัดให้บริการทางสุขภาพแบบผสมผสานในโรงพยาบาลระหว่างการรักษา แผนปัจจุบัน คือการฉายรังสี ควบคู่กับกลวิธีที่ผู้ป่วยสนใจ เช่น การใช้สมุนไพร การใช้สมาธิ

3.18 รัฐควรเข้มงวดหรือมีการตรวจตราแหล่งบริการที่จัดให้การรักษาแก่ผู้ป่วยแบบไม่ถูกต้องทางกฎหมาย หรือเป็นการหลอกลวง เพื่อลดการสูญเสียเวลา และเศรษฐกิจในการไปรับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง

3.19 ควรมีการจัดให้ความรู้ หรือจัดสื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องการฉายรังสี ให้แพร่หลายไปยังชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการฉายรังสีที่ถูกต้อง

3.20 หน่วยงานควรมีนโยบายในการส่งเสริมให้มีการจัดสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยอาจรวมเป็นกิจกรรมหนึ่งของการให้บริการตามปกติ

3.21 สื่อในการให้ความรู้ที่จัดเผยแพร่ทางสื่อวิทยุ หรือโทรทัศน์ควรมีการทดสอบ หรือประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยก่อนนำไปเผยแพร่

3.22 โรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วย โรคอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ไร้กลองเสียง เป็นต้น

3.23 โรงพยาบาลควรจัดสวัสดิการในเรื่องของอุปกรณ์ในการปรับปรุงสภาพลักษณะ เช่น วิกัมม หมวก หรือผ้าพันคอ เป็นต้น ไว้ให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องสภาพลักษณะ ร่วมกับมีปัญหา เศรษฐกิจ โดยอาจจัดขอรับบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา หรือจากผู้ป่วยที่ไม่ใช้ประโยชน์จากอุปกรณ์ดังกล่าวแล้ว

บรรณานุกรม

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (กรกฎาคม-ธันวาคม, 2540). เคล็ดลับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบ
เจาะลึก. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 1(2)

กองแผนงานสาธารณสุข. (2533). สภาพและปัญหาสาธารณสุขนโยบายและกลวิธีการ
พัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539).
กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวง.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2536). แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย. ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนา
ชนบท เล่ม 2. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2537). เจ็บไข้ได้ป่วย. เอกสารการสอนชุดวิชา หน่วยที่ 7-15 แนวคิดไทย
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. นนทบุรี : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ. (2535). ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อ
อาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์ และความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ เคมี
บำบัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.

จริยา ตันติธรรม. (2536). รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการ
พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขา
การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ช่อลดา พันธุเสนา. (2537). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามแบบแผนสุขภาพ.
กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด.

ชัย อยู่สวัสดิ์. (2538). มะเร็งศีรษะและคอ. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์.

ชูชื่น ดำรงธรรม. (กรกฎาคม-กันยายน, 2533). การดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็ง.
วารสารพยาบาลศาสตร์, 8(3)

ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์. (กรกฎาคม-กันยายน, 2537). การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับคุณภาพของการ
พยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(3)

ครุณี ชูณหวัต. (2539). การดูแลผู้ป่วยโรคหูดอกมูก. คณะแพทยศาสตร์. โรงพยาบาลรามาธิบดี.
มหาวิทยาลัยมหิดล.

เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. (กรกฎาคม-กันยายน, 2536). ต้องตรวจนับเม็ดเลือดในผู้ป่วยรังสีรักษาทุก
สัปดาห์หรือไม่? สงขลานครินทร์เวชสาร, 11(3)

ถนอมศรี คูอาริยะกุล. (2538). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุน ทางอารมณ์
ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. (2533). ผลการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความ
รู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.

ทัศนาศา บุญทอง. (2531). การพยาบาลแบบองค์รวม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาล
ครั้งที่ 1 เรื่อง มโนคติในการพยาบาลแบบองค์รวม. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.

ธิดา ปัญงพันธ์พงศ์. (2532). ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็ง. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

นงลักษณ์ จินตนาดิติก. (ตุลาคม-ธันวาคม, 2539). การดูแลผิวหน้าผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี
วารสารพยาบาลศาสตร์, 4(4)

นวลขนิษฐ ลิมนวัตส์. (2531). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ
และจิตสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิตยา ดากวิริยะนันท์. (2533). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง
บริเวณศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิตยา โรจน์ทินกร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติ
กรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นำทิพย์ แสงจันทร์. (2536). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วย
มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บัวหลวง ลำแดงฤทธิ์. (2538). ความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลจากพยาบาลตามการ
รับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีในโรงพยาบาลรามารัตติ.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. (2533). ผลการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความ
รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประอรนุช ตูลยาทร. (2531). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับรังสีรักษา. ใน
พรรณนิภา ธรรมวิรัช (บก.). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี. กรุงเทพฯ: โกรง

การตำราวิทยาศาสตร์อุตสาหกรรม.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (ตุลาคม-ธันวาคม, 2532). วิดีโอเทป, สื่อการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาล.
วารสารพยาบาล, 38(2).

หวงทอง ไกรพิบูลย์ วิชา บุญกิตติเจริญ และจิระภา ตันนันท.(2534). รังสีรักษา: ฟิสิกส์
ชีวรังสี การรักษาพยาบาลผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

พรศรี คัดชอบ และประมุข พรหมรัตน์พงส์. (2536). Principles of Radiation Oncology ใน
พรศรี คัดชอบ และคณะ. (บก.). มะเร็งวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

พรรณนิภา ธรรมวิรัช. (กรกฎาคม-กันยายน, 2531). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยที่ได้
รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน. วารสารพยาบาล, 37(3).

พิกุล นันทชัยพันธ์. (2540). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
เอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (มกราคม-มีนาคม, 2530). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: การ
สนทนากลุ่ม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 7(1).

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (เมษายน-มิถุนายน, 2535). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล : วิธีการ
ตรวจสอบแบบสามเส้า. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 12(2).

เพ็ญจันทร์ มั่นย่อง. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่
ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์.

มาลี วรรัตน์กุล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแล
ตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์

มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เขวาลักษณ์ บรรจงปรุ และเรณา พงษ์เรืองพันธ์. (2538). รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวในเขตพื้นที่พัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วรวรรณ เหนือคลอง. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิทานิช. (เมษายน-มิถุนายน, 2538). พยาบาลผู้ป่วยให้เกิดความหวังได้อย่างไร. วารสารพยาบาลศาสตร์, 13(2).

วิลาวัลย์ ผลพลอย. (2539). การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร. (April-June, 1988). การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง. Nursing Newsletter, 15(2).

ศิริวรรณ วินิจสร. (2539). Nursing care in Cancer patient undergoing Radiation Therapy. เอกสารประกอบการฝึกอบรมเฉพาะทางในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ. (เมษายน-มิถุนายน, 2539). รายงานการวิจัยเรื่องความทุกข์จากความเจ็บป่วย. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในพรศรี คิดชอบ และคณะ (บก.). มะเร็งวิทยา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ. (ตุลาคม-ธันวาคม, 2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองการเผชิญโรคความเชื่ออำนาจในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาล, 37(4).

สมจิต หนูเจริญกุล, แม้นมมา จิระจรัส และวรชัย รัตนธราธร. (กรกฎาคม-ธันวาคม, 2540). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล, 1 (2)

สถาพร ลีลานันทกิจ. (พฤษภาคม-สิงหาคม, 2539). การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. ใน ข่าวสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์, 9(2)

แสงอรุณ สุขเกษม. (2533). ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

แสงอรุณ สุขเกษม. (ตุลาคม-ธันวาคม, 2534). ศาสตร์ทางการแพทย์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 11(4).

สุกัญญา โลงนาภิวัฒน์. (ตุลาคม-ธันวาคม, 2531). พยาบาลและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 8(4)

สุภาณี กาญจนจारी. (2536). รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตในการเผชิญกับโรค. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรีย์พร กฤษณ์เจริญ. (มกราคม-มีนาคม, 2537). การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 14(1).

สุรีย์พร มาลา. (2534). ความวิตกกังวลความสามารถในการควบคุมตนเองความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร

มหาวิทยาลัยสาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อาคม เขียรศิลป์และคณะ. (เมษายน-มิถุนายน, 2531). พยายามกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง.
วารสารโรคมะเร็ง, 14(2).

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2534). การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล.
จดหมายข่าวสมาคมวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย, 51(1-2), 3-10.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2534). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 42(1),
16-31.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ และคณะ (กรกฎาคม-ธันวาคม 2540). การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อ
เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารวัดแห่งหนึ่งในจังหวัด
สงขลา. วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 1 (2)

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2541). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อังศุมา วิทธีวีรศักดิ์. (2534). การแสวงหาข้อมูล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ
และการควบคุมตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อังศุมา วิทธีวีรศักดิ์ และแสงอรุณ สุขเกษม. (2536). รายงานการวิจัยเรื่อง การแสวงหาข้อมูล
และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อำภพร หัววิไล. (ตุลาคม-ธันวาคม, 2529). รังสีรักษากับการพยาบาล. วารสารคณะพยาบาล
ศาสตร์, 9(4).

อนูริย์ ต้นสกุล. (2522). เจตคติและสภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อรังสีรักษา. สารศิริราช
5(2), 703-713

Baker, K. H. & Feldman, J. E. (1987). Cancers of the head and neck. Cancer Nursing, 10(6)

Baker, A. (1992). Factors associated with rehabilitation in head and neck cancer.
Cancer Nursing, 15(6), 395-400.

Bauer, M. (1994). Psychoneuroimmunology and cancer : An integrated review. Journal
of Advanced Nursing, 19(3), 1114-1120.

Bildstein , C . Y . (1993) . Head and Neck malignancies In S . L Groenwald et al. (Eds.).
Cancer Nursing Principles and Practice. (3rd ed.) . Boston: Jones and Bartlett
Publishers.

Bocancgra, H.T. (1992). Cancer patient's interest in group support programm.
Cancer Nursing, 13(4).

Braden, J. (1990, January-February). A Test of the self-help Models : Learned response to
Chronic illness experience. Nursing Research, 39(1).

Bucholtz, D. (1994). Comforting children during radiotherapy. Oncology Nursing Forum, 21(6).

Campbell, M.K., & Pruitt, J.J. (1996, January). Radiation therapy : Protecting your patient's
skin. RN, 46-47.

Campbell - Forsyth, L. (1990). Patients' perceived knowledge and learning needs concerning
radiation therapy. Cancer Nursing, 13(2)

- Cancer Council. (1995, March). Booklet of Understanding Radiotherapy. (2nd ed). Sydney Australia: King Cross.
- Christman, N. J. (1990, January-February). Uncertainty and adjustment during radiotherapy. Nursing Research, 39(1).
- Chuaprapaisilp, A. (1997). Thai buddist philosophy and the action research process. educational action research, 5(2)
- Cobb, S. C. (1984, April). Teaching relaxation technique to cancer patients. Cancer Nursing, 10(2)
- Cox, J.D. (1994). Moss' Radiation Oncology : Rationale, Technique, Results. St. louis: Mosby.
- Davis , S. Z. (1988). Head and neck cancer. In V. Tschudin. (Ed.). Nursing care the patient with cancer. New York: Preutice Hall.
- Dickmann, M. (1988). An evaluation of selected "I can cope" programs by registered participants. Cancer Nursing, 11(5), 274-282.
- Dini, et al. (1993). Management of acute radiodermatitis. Cancer Nursing, 16(5), 366-370.
- Dodd, M.J. (May-June, 1984). Pattern of self care in cancer patients receiving radiation therapy. Oncology Nursing Forum, 11(2)
- Dodd, M.J. and Ahmed, N. (October, 1987). Preference for type of information in cancer patient receiving radiation therapy. Cancer Nursing, 11(2)

- Dudjak, L.A. (June, 1987). Mouth care for mucositis due to radiation therapy. Cancer Nursing, 10(3).
- Dunne - Daly, C. F. (1994). Programmed instruction: Radiation therapy nursing care and adverse reaction of external radiation therapy: A self - learning module. Cancer Nursing, 17(3)
- Dunne - Daly, C. F. (1994). Programmed instruction: Radiation therapy external radiation therapy self-learning module. Cancer Nursing, 17(2)
- Dunne - Daly, C. F. (1994). Programmed instruction: Radiation therapy for oncological emergencies. Cancer Nursing, 17(6)
- Dunne - Daly, C. F. (1995). Programmed instruction: Radiation therapy skin and wound care in radiation oncology. Cancer Nursing, 18(2)
- Eardley, A. (1986, April). Radiotherapy : After the treatment's over. Nursing Times, 82(8), 40-41.
- Ellis, J.R., Nowlis, C.A. (1994). Nursing: A human need approach. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Euswas, P. (1993). The actualized caring moment: A grounded theory of caring in nursing practice. A thesis presented in fulfillment of requirements for the degree of doctor of philosophy in nursing of Massey University Newzeland.
- Euswas, P. (1997). The actualized caring-healing moment: The essence of caring nursing practice. In the 7th asian regional conference November 9-13, 1997. Bangkok.

Farell, B. R. et al., (1995). Quality of life in long - term cancer survivors. Oncology Nursing Forum, 22(6)

Fredette, L. (1990). A model for improving cancer patient education. Cancer Nursing, 13(4), 207-215.

Frosyth, C. (1990). Patients' perceived knowledge and learning needs concerning radiation therapy. Cancer Nursing, 13(2), 81-89.

Galbraith, E. (1995). What kind of social support do cancer patients get from nurses?. Cancer Nursing, 18(5). 362-317.

Gale, D. & Charette, J. (1995). Oncology nursing care plans. Texas: Skidmore - Roth Publishing Inc.

Gast, H.L. et al., (1981, October). Self-care agency: Conceptualization and operationalizations. Advance in Nursing Science, 12(3)

Gauley, B. J. (1996). Mouth care for the patient undergoing head and neck radiation therapy: A survey of radiation oncology nurses. Oncology Nursing Forum, 23(1)

Gibson, H. (1990, August). A concept analysis of empowerment. Journal of advanced Nursing, 16, 354-361.

Given, A. (1989). Compliance among patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 16(1), 97-102.

Graydon, A. et al., (1995). Fatigue-reducing strategies used by patients receiving treatment for cancer. Cancer Nursing, 18(1), 23-28.

- Grassman, D. (1993). Development of inpatient oncology educational and support programs. Oncology Nursing Forum, 20(4).
- Groenwald, S.L. et al., (Ed.). (1992). Comprehensive cancer nursing review. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Hagopian, A. (1996). The effects of informational audiotapes on knowledge and self-care behaviors of patients undergoing radiation therapy. Oncology Nursing Forum, 23(4), 697-700.
- Hanucharunkul, L.S. (1988). Predictor of self-care in cancer patients receiving radiotherapy. Cancer Nursing, 12(1).
- Hassey, M. (1987). Radiation therapy for rectal cancer and the implications for nursing. Cancer Nursing, 10(6), 311-317.
- Hilderley, L.J. & Dow, K.H. (1991). In S.B. Bair et al., (ed). Cancer nursing: A comprehensive textbook Philadelphia: W.B Saunders.
- Hilderley, L.J. (1993). In S.L Groenwald, et. al., (3rd ed). Cancer nursing principles and practice. Boston Jones and Bartlett Publishers.
- Holly, S.P. (1991, February). Fatigue in cancer patients. Cancer Nursing, 14(1)
- Holter, I. & Schwartz - Barcott, D. (1993, July). Action research: What is it ? how has it been used and how can it be used in nursing ?. Journal of Advanced Nursing, 18(7)
- Iwamoto, R. (1994). In Otto, S.E. (2nd ed.). Oncology Nursing. St louis: Mosby-Year Book.

Johnson, J.E. et al., (1988, January). Reducing the negative impact of radiation therapy on functional Status. Cancer, 61(1), 46-51.

Kelly, P.P. & Tinsley, C. (1981, February). Planning care for the patient receiving external radiation. American Journal of Nursing, 81(3)

Kemmis, S. & McTaggart, R. (1998). The action research planner. (3rd ed) Victoria: Deakin University Press.

Kendall, J. (1992, December). Fighting back: Promoting emancipatory nursing action. Advances in Nursing Science.

Korinko, A. & Yurick, A. (1997, February). Maintaining skin integrity. American Journal of Nursing, 97(2)

Kuause, K. (1991). Contracting cancer and coping with it. Cancer Nursing, 14(5).

Kubricht, D.W. (1984, February). Therapeutic self-care demands expressed by outpatient receiving external radiation therapy. Cancer Nursing, 7,43-51.

Kuisler, L. and Rambur, A. (1992). Treatment for radiation induced xerostomia. Cancer Nursing, 15(3), 191-195.

Larson , P.J. (1984, November-December). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 11(6), 46-50.

Larson , P.J. (1986, April). Cancer nurses' perceptions of caring. Cancer Nursing, 9(2), 86-91.

Lewis, F. & Levita, M. (1988, March). Understanding radiotherapy. Cancer Nursing, 11(3), (174-184)

- Loeffler, R.K. et al., (1991). In A.R. Moosa, et al., (2nd ed) Comprehensive textbook of oncology. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Margolin, S.G. et al., (1990). Management of radiation induced moist skin desquamation using hydrocolloid dressing. Cancer Nursing, 13(2)
- Mayer, D.K. (1986, July). Cancer patients' and families' perceptions of nurse caring behaviors. Topics in Clinical Nursing, 8(2).
- McHugh, N. G. , Christman, N. J. & Johnson, J. E. (1982, May). Preparatory information: What helps and Why. American Journal of Nursing, 89(4)
- McTaggart. (1994). Participatory action research: Issue in theory and practice. Educational Action Research.
- Meade, D. (1996). Producing videotape for cancer education: Methods and examples. Oncology Nursing Forum, 23(5), 837-846.
- Meyer, J. (1993). New paradigm research in practice: The trials and tribulations of action research. Journal of Advanced Nursing, 18(2)
- Morse, W. & Werner, J. S. (1988). Individualization of patient care using Orem's theory. CancerNursing, 11(3)
- Natt, J. J. (1991). Nursing. In E. M. Myer., (ed.). Head and neck oncology: Diagnosis, treatment, and rehabilitation. Boston: Little Brown and Co.
- Nolan, M. & Grant, G. (1993). Action research and quality of care: A mechanism for agreeing basic values as a precursor to change. Journal of Advanced Nursing, 18(3)

- O'Berly, K. & Davies, B. (1992). Support and caring: Exploring the concept. Oncology Nursing Forum, 15(5)
- Oberst, M. T. , Chang, A. S. & McCubbin, M. A. (1991). Self - care burden, stress appraisal and mood among persons receiving radiotherapy. Cancer Nursing, 14(2)
- Orem, D. E. (1995). Nursing: Concepts of practice. (5th ed). St. Louis: Mosby Year Book
- Parzuchowski, J. (1994). Head and neck cancer. In S. E. Otto, (ed.). Oncology Nursing. (3rd ed.). St. Louis: Mosby Year Book
- Patton, D. (1993). Action research and the process of continual quality improvement in a cancer centre. Oncology Nursing Forum, 20(5), 751-735.
- Peck, A. & Boland, J. (1977, July). Emotional reaction to radiation treatment. Cancer, 40(2)
- Poroch, D. (1995) The effect of preparatory patient education on the anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiation therapy. Cancer Nursing, 18(3).
- Rainey, L.C. (1985, September). Effects of preparatory patient education for radiation oncology patients. Cancer, 56.
- Raleigh, E.D. (1992, April). Source of hope in chronic illness. Oncology Nursing Forum, 21(6), 987-993.
- Reese, J. L. (1991). Head and neck cancer. In S. B. Baird, (eds.). McCorkle, R. & Grant, M. Cancer nursing: A Comprehensive textbook. Philadelphia: W. B. Saunders Co.

- Robley, L. R. (1995, January-February). The ethics of qualitative action research. Journal of Professional Nursing, 11(1)
- Rose, M. A. et al., (1996). Identifying patient symptoms after radiotherapy using a nurse managed telephone interview. Oncology Nursing Forum, 23(1)
- Samarel, N. and Fawcett, J. (1992). Enhancing adaptation to breast cancer: Tradition of coaching to support groups. Oncology Nursing Forum, 19(4), 591-595.
- Saunders, J.M. & Mc. Cordle, R. (1985, June). Models of care for person with progressive cancer. Nursing Clinics of North America, 20(2)
- Schreler, A.M. & Lavenia, J. (1977, March). The nurse's role in nutritional management of radiotherapy patients. Nursing Clinic of North America, 12(1), 173-181.
- Shira, R. B. (1986, March). Complications following radiation therapy to the head. Oral Surgery, 61(3)
- Simmons, S. (1995). From paradigm to method in interpretive action research. Journal of Advanced Nursing, 21(2)
- Skelton, R. (1994). Nursing and empowerment: Concepts and strategies. Journal of Advanced Nursing, 19(2)
- Speese - Owens, N. (1981). Nursing care of patient with head and neck tumor. In B.S. Kurtz & N. Owens, (eds.). Nursing care of the cancer patient. (4th ed). St. Louis: Mosby Co.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). Basic of qualitative research: Grounded theory procedures and technique. Newbury Park: SAGE

- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). Basic of qualitative research. (3rd ed). Victoria Deakin: University Press.
- Strohl, R. A. (1983, October). Nursing management of the patient with cancer experiencing taste change. Cancer Nursing, 6.(3)
- Strohl, R.A. (1988, July-August). The nursing role in radiation oncology: Symtom management of acute and chronic reactions. Oncology Nursing Forum, 15(2)
- Strohl, R. A. (1990, June). Radiation therapy recurrent advances and nursing implications. Nursing Climics of North America, 25(2)
- Strohl, R.A. (1990, June). Radiation therapy. Nursing Clinics of North America, 25(2), 309-329.
- Taylor, E. J. , Amenta, M. & Highfield, M. (1995). Spiritual care practice of oncology nurses. Oncology Nursing Forum, 22(1)
- Thomson, L. (1980, May). Side effects of radiotherapy. Nursing Times, 76(2)
- Tichen, A. & Bennie, A. (1996) Putting patient - centred nursing into practice: The cultural journey. Paper presented at the 13th CARN Conference Changing the Context. University of Birmingham, 22 - 24 April.
- Tichen, A. & Bennie, A. (1993). Research partnership: Collaborative action research in nursing. Journal of Advanced Nursing, 18(2)
- Varricchio, C. G. (1981, February). The patient on radiation therapy. American Journal of Nursing, 81(3)

Watson, P. M. (1982). Patient education: The adult with cancer. Nursing Clinics of North America, 17(4).

Watts, W. B. (1989, July). Coping with cancer. Nursing Times, 85(28)

Weintraub, N. & Hagopian, A. (1990). The effect of nursing consultation on anxiety, side effects, and self-care of patients receiving radiation therapy. Oncology Nursing Forum, 17(3); 31-35.

Wilson, P. R. , Herman, J. & Chubon, S. J. (1991). Eating strategies used by person with head and neck cancer during and after radiotherapy. Cancer Nursing. 14(2)

Yasko, J. M. (1982, December). Care of the patient receiving radiation therapy. Nursing Clinics of North America, 17(2)

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉัน นางสาวโชมพัตร์ มณีวัต เป็นพยาบาลที่กำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษาว่าการรักษาโดยการฉายแสง (รังสีรักษา) ก่อให้เกิดปัญหา การเปลี่ยนแปลงหรือผลกระทบต่อท่านอย่างไร และพยาบาลรวมถึงหน่วยรังสีรักษา จะมีรูปแบบวิธีการช่วยเหลือให้ท่านและผู้ป่วยรายอื่นที่ได้รับรังสีรักษาสามารถปรับตัวและดูแลตนเองเพื่อลดหรือจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการฉายแสง (รังสีรักษา) ได้อย่างไร ด้วยความคาดหวังว่าเมื่อท่านเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้จะสามารถช่วยเหลือให้ท่านและผู้ป่วยรายอื่นที่ได้รับรังสีรักษาใช้ชีวิตช่วงนี้อย่างมีความสุข และได้รับประโยชน์จากการรักษามากที่สุด และตลอดจนสามารถดูแลตนเองในระหว่างรับรังสีรักษาได้อย่างเหมาะสม หากท่านยินดีเข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้ดิฉันจะขอสัมภาษณ์ถึงเรื่องความรู้ ความคิด ความเชื่อ การปฏิบัติตนในการรักษาด้วยรังสี ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่มีต่อการปฏิบัติในการดูแลตนเองของท่าน รวมถึงความคิดเห็นหรือความรู้สึของท่านในส่วนความเหมาะสมของการสนับสนุนและให้ความรู้จากรูปแบบที่ท่านได้รับ หรือสิ่งใดที่ควรปรับปรุง ซึ่งดิฉันจะขออนุญาตบันทึกคำบอกเล่าของท่านด้วยการจดบันทึกหรือด้วยเทปบันทึกเสียงโดยข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ เพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้นและจะไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการศึกษาคั้งนี้ดิฉันยินดีจะตอบให้เข้าใจและไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการบริการจากหน่วยรังสีรักษาตามปกติ ท่านมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาคั้งนี้และถึงแม้ท่านจะยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้แล้ว ท่านก็ยังมีสิทธิ์จะยกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ลงชื่อ (.....)

ผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

วันที่.....เวลา.....

ลงชื่อ (.....)

(นางสาวโชมพัตร์ มณีวัต)

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ข.

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โรคและการรักษา

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย/หย่า/แยก/ร้าง
4. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ
5. ระดับการศึกษา
6. การศึกษานอกโรงเรียน/การศึกษานอกหลักสูตร/การอบรม
() ไม่มี () มี.....
7. อาชีพ.....
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนบาท และความเพียงพอของรายได้
() พอใช้ () ไม่พอใช้
9. วิธีการเสียค่ารักษาพยาบาล
() เบิกค่ารักษาได้ () เสียค่ารักษาเอง () สังคมสงเคราะห์ () อื่น ๆ
10. ปัญหาเศรษฐกิจขณะเจ็บป่วยและรักษาด้วยรังสีรักษา
() มีบ้างเล็กน้อย () ไม่มีเลย () มีปานกลาง () มีมาก
11. ผู้ให้การช่วยเหลือดูแลขณะรับการรักษา
12. ที่พักระหว่างรับรังสีรักษา
13. การวินิจฉัยโรค
14. ระยะของโรค
15. ชนิดของการรักษา
16. ปริมาณรังสีที่ได้รับ
17. บริเวณที่ฉายรังสี
18. ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี

ภาคผนวก ค.

แนวคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระหว่างได้รับรังสีรักษา

ผู้ป่วยรายที่

วันที่สัมภาษณ์ เดือน พ.ศ.

ครั้งที่สัมภาษณ์

แนวคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง/ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อได้รับรังสีรักษา

1. ท่านคิดว่าการรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นอย่างไร
2. ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา
3. ท่านมีความเชื่อ/ประสบการณ์ เกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษาอย่างไร
4. การรักษาด้วยรังสีรักษาทำให้ชีวิตของท่านเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร และท่านมีวิธีการจัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างไร
5. ท่านมีวิธีการดูแลตนเองเมื่อได้รับรังสีรักษาอย่างไร
6. ขณะนี้ท่านมีอาการข้างเคียงหรือความผิดปกติอะไรบ้างภายหลังได้รับรังสีรักษา และท่านดูแล/จัดการกับอาการข้างเคียงดังกล่าวอย่างไร
7. มีปัจจัยอะไรบ้างที่ช่วยส่งเสริมให้ท่านดูแลตนเองตนเองในขณะที่รับรังสีรักษาได้ดี และมีปัจจัยอะไรที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของท่าน
8. ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดความสงสัยไม่เข้าใจขณะรับการรักษาด้วยรังสีรักษา
9. สิ่งใดที่ช่วยให้ท่านมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการรักษาด้วยรังสีรักษาและช่วยส่งเสริมให้ท่านดูแลตนเองได้ และสิ่งใดที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคในเรื่องดังกล่าว
10. ท่านต้องการให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหน่วยรังสีรักษาช่วยเหลือท่านอย่างไรบ้างในขณะที่ได้รับรังสีรักษา และสิ่งใดที่ท่านคิดว่าควรปรับปรุง และควรปรับปรุงอย่างไร

ภาคผนวก ง.

แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

สำหรับแบบประเมินนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจาก กลุ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา (ideal set of self-care action in head and neck cancer patients receiving radiation therapy) ซึ่ง บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ ได้สร้างขึ้น ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรมและปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ความต้องการการดูแลตนเองในเรื่อง	พฤติกรรมดูแลตนเอง	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
<p>1. การปรับความต้องการ การดูแลตนเอง โดยทั่ว ๆ ไปเมื่อรับรังสี</p> <p>1.1 สามารถใช้ชีวิตช่วงรับรังสีได้อย่าง ผาสุก</p> <p>1.2 รับประทานอาหารให้ได้ทั้งปริมาณ และคุณภาพที่เพียงพอกับความต้องการ ของร่างกาย</p> <p>1.3 ดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตรต่อวัน</p>	<p>1.ปรับตัวยอมรับต่อการที่ต้องจากที่อยู่ อาศัยหรือมีการปรับตัวยอมรับสถานที่ ใหม่</p> <p>2.แสวงหาความช่วยเหลือ แหล่ง ประโยชน์หรือกลุ่มเพื่อน</p> <p>1.ปรึกษาและแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับ ชนิดของอาหารที่ควรรับประทานจาก เจ้าหน้าที่สุขภาพ</p> <p>2.เสาะแสวงหาวิธีที่ทำให้รับประทาน อาหาร ได้มากขึ้นด้วยตนเอง</p> <p>3.รับประทานอาหารระหว่างมือเช่น โอวัลติน ไม โด นม หรืออาหารเสริม</p> <p>4.ขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือ พยาบาลเมื่อรับประทานอาหารไม่ได้ หรืออ่อนเพลียมาก</p> <p>1.ปรับการรับประทานอาหารเหลว และดื่มน้ำอย่างเหมาะสมในแต่ละวัน</p> <p>2.จัดนำน้ำมาดื่มหรือเสาะแสวงหา แหล่งน้ำดื่ม ขณะรอรับการฉายรังสี</p> <p>3.เพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย โดยดื่มน้ำ หรือของเหลวที่มีประโยชน์ เช่น นม น้ำเต้าหู้ น้ำส้มตามความเหมาะสม</p>		

ความต้องการการดูแลตนเองในเรื่อง	พฤติกรรมดูแลตนเอง	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
<p>1.4 ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จาก</p> <p>1.4.1 ขบวนการฉายรังสี</p>	<p>แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะอยู่ในห้องฉายรังสีปฏิบัติตนขณะอยู่ในห้องฉายรังสีได้ถูกต้อง</p> <p>1. แสวงหาความรู้ สอบถามเจ้าหน้าที่สุขภาพ เกี่ยวกับ</p> <p>1.1 ประโยชน์ของรังสีรักษา</p> <p>1.2 จุดประสงค์ของรังสีรักษา</p> <p>1.3 ระยะเวลา จำนวนครั้งและปริมาณรังสีทั้งหมดที่จะได้รับ</p> <p>1.4 อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นขณะรับรังสีรักษาและวิธีการดูแลเพื่อบรรเทาหรือป้องกันอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น</p>		
<p>2. ความต้องการการดูแลตนเองเนื่องจากความเป็ยเบนทางด้านสุขภาพ</p> <p>2.1 แสวงหาความรู้และข้อมูลในเรื่องของชนิดจุดประสงค์ขั้นตอนและอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี</p>	<p>1. แสวงหาความรู้ สอบถามเจ้าหน้าที่สุขภาพเกี่ยวกับ</p> <p>1.1 ประโยชน์ของรังสีรักษา</p> <p>1.2 จุดประสงค์ของรังสีรักษา เช่น เพื่อการรักษา</p> <p>1.3 ระยะเวลา จำนวนครั้งและปริมาณรังสีทั้งหมดที่จะได้รับ</p> <p>1.4 อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นขณะรับรังสีรักษาและวิธีการดูแลเพื่อบรรเทาหรือ ป้องกันอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น</p> <p>2. มารับการฉายรังสีติดต่อกันทุก</p>		

ความต้องการการดูแลตนเองในเรื่อง	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
<p>1.4.2 การติดเชื้อ</p>	<p>วันราชการ</p> <p>3. มารับการตรวจจากแพทย์ตามนัด และสอบถามเกี่ยวกับวันที่แพทย์นัดตรวจ</p> <p>4. ติดต่อขอพบแพทย์ก่อนวันนัด เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น</p> <p>1. หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัด หรือบริเวณอากาศถ่ายเทไม่สะดวก</p> <p>2. หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้ หรือสัมผัสกับผู้ป่วย โรคติดต่อ โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินหายใจ</p> <p>3. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองอยู่เสมอ และปรึกษาแพทย์ทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ เจ็บคอ</p> <p>4. รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>5. ประเมินอาการของตนเองอย่างต่อเนื่อง ปรึกษาเจ้าหน้าที่สุขภาพเมื่ออาการไม่ดีขึ้น</p>		
<p>2.2 ปรับความไม่สุขสบายหรืออาการข้างเคียงจากการฉายรังสีในเรื่องของ</p> <p>2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น มีความวิตกกังวล กลัว</p>	<p>1. สะแสแสวงหาวิธีผ่อนคลายอารมณ์ โดยสนทนากับเพื่อนสนิท สมาชิกในครอบครัว พระ หรือ</p>		

ความต้องการการดูแลตนเองในเรื่อง	พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
2.2.2 อ่อนเพลีย	<p>พยายามฝึกสมาธิหรือวิธีที่เคยใช้ได้ผล</p> <p>2. พูดคุยกับคนที่ไว้ใจถึงความกลัว ความวิตกกังวล หรือปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา</p> <p>1. ลดหรือจำกัดกิจกรรมการทำงานลง</p> <p>2. ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อมีอาการอ่อนเพลียมาก</p> <p>3. พักหรืองีบในเวลากลางวัน</p> <p>4. นอนเต็มทีในเวลากลางคืนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง</p> <p>5. กำหนดกิจกรรมของตนเองได้เหมาะสม</p> <p>6. ปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการอ่อนเพลียมาก</p>		
2.2.3 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง	<p>1. ไม่ลบหรือเติมรอยหมักที่ผิวหนังบริเวณฉายรังสีเอง</p> <p>2. ดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีโดย</p> <p>2.1 หลีกเลี่ยงการนอนทับนาน ๆ</p> <p>2.2 สวมเสื้อผ้าหลวม ๆ นุ่ม</p> <p>2.3 หลีกเลี่ยงการเกา ถู ขยี้</p> <p>2.4 หลีกเลี่ยงการโกนหนวด หรือขนบริเวณที่ฉายรังสี</p> <p>2.5 หลีกเลี่ยงการประคบด้วยน้ำร้อน หรือน้ำแข็ง</p> <p>2.6 หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ ยา โลชั่น แป้งหรือสารใด ๆ</p> <p>2.7 หลีกเลี่ยงแสงแดดจัดและความเปียกชื้น</p> <p>2.8 ขำระร่างกายโดยเช็ดตัว หรืออาบน้ำตาม</p>		

ความต้องการการดูแลตนเองในเรื่อง	พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
2.2.4 เบื่ออาหาร	<p>2.10 สระผมได้ใน 1-2 สัปดาห์แรก กระทำโดยตัวเองโดยไม่เกาหรือขยี้ศีรษะ ปล่อยให้ผมแห้งเองโดยไม่ใช้ฮีโรน จากเครื่องเป่าผมหลีกเลี่ยงการตัด ข้อม กัศลีผม</p> <p>3. ประเมินความคิดปกติบริเวณฉาย รังสีทุกวัน</p> <p>4. รายงานและขอคำปรึกษาจากแพทย์ ทันทีเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ผิวหนังมีตุ่มน้ำ หรือแตก</p> <p>5. ทายตามแผนการรักษาของแพทย์ ทุกวันถ้ามี</p> <p>1. แสวงหาวิธีเพิ่มความอยากอาหาร เช่น</p> <p>1.1 เดินออกกำลังกายก่อนเวลาอาหาร</p> <p>1.2 เปลี่ยนบรรยากาศในการรับ ประทานอาหาร รับประทานอาหาร ร่วมกับเพื่อน</p> <p>1.3 เปลี่ยนชนิดและวิธีการปรุง อาหารเสาะแสวงหาอาหารที่รับ ประทานได้</p> <p>1.4 ปรับจำนวนมื้ออาหาร มารับ ประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยขึ้น หรือ ทุกครั้งที่มีรู้สึกหิว</p> <p>2. ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเมื่อรับ ประทานอาหาร ได้น้อยลงมากหรือน้ำ หนักลดลงมาก</p>		

ความต้องการการดูแลตนเองในเรื่อง	พฤติกรรมดูแลตนเอง	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
<p>2.2.5 การระคายเคืองของเยื่อช่องปาก ปากแห้ง เจ็บปากหรือเจ็บคอ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบสุขภาพฟันก่อนรับรังสี 2. รักษาความสะอาดริมฝีปาก ช่องปาก ลิ้น เหงือก และฟันสม่ำเสมอโดยใช้ยา สีฟันที่รสไม่จัด ใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กขนอ่อนนุ่ม ๆ 3. จิบน้ำและบ้วนปากบ่อย ๆ (โดยน้ำยาบ้วนปากอาจใช้เกลือครึ่งช้อนชา ผสมน้ำ 1 แก้ว) ทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร เพื่อความชุ่มชื้นภายในปากและลำคอ 4. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเปรี้ยวจัด เค็มจัด เผ็ดจัด ร้อนจัด หรือเย็นจัดจนเกินไปนอกจากนี้หลีกเลี่ยงจากการดื่มเหล้า เบียร์หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และงดการสูบบุหรี่รวมทั้งการเคี้ยวหมากด้วย ควรรับประทานอาหารอ่อน นุ่ม ๆ หรืออาหารเหลว อาจแบ่งรับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง 5. ตรวจสอบสภาพในช่องปากด้วยตนเองทุกวันเพื่อประเมินแผลในปากหรือความผิดปกติ 6. ประเมินแพทย์เมื่อเกิดแผลในปากหรือเจ็บคอบ่อยและบริหารยาที่ได้รับจากแพทย์อย่างถูกต้อง 		

ความต้องการการดูแลตนเองในเรื่อง	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
2.2.6 ภาวะแทรกซ้อนต่อกล้ามเนื้อช่องปาก	บริหารกล้ามเนื้อบริเวณช่องปากโดย อ้าปากให้กว้างที่สุดวันละ 3 ครั้ง ครั้ง ละ 20 นาที		
2.3 รับรู้และสนใจแสวงหาข้อมูลในการ ติดตามการรักษา เมื่อสิ้นสุดการฉายรังสี	<ol style="list-style-type: none"> 1. สอบถามแพทย์เมื่อสิ้นสุดการรักษา เกี่ยวกับ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การกลับมาตรวจตามนัด 1.2 การหายขาดจากโรค และโอกาส กลับเป็นซ้ำ 1.4 การมีกิจกรรมตามปกติ เช่น การ ทำงาน การออกกำลังกาย 1.5 การดูแลตนเองภายหลังฉายรังสี ครบหรืออาการผิดปกติที่ค้องมาพบ แพทย์ 2. มารับการตรวจตามแพทย์นัดอย่าง สม่ำเสมอ 3. ติดต่อขอพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ ผิดปกติ 		
2.4 การเตรียมตัวเพื่อกลับไปใช้ชีวิตใน สังคมเดิม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับตัวกับสังคมใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไป ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากภาวะโรค และการ รักษา เลือกวิธีเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีการวางแผนในการปรับปรุงภาพ ลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป 2. วางแผนการใช้ชีวิตภายหลังฉายรังสี ครบ 		

ภาคผนวก จ.

แบบประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับรังสีรักษา

ชื่อผู้ป่วย

วันที่ประเมิน

ปริมาณรังสีที่ได้รับ

ชนิดของยา/การรักษาชนิดอื่นที่ได้รับร่วมกับรังสีรักษา

อาการข้างเคียง	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
การเปลี่ยนแปลง ของผิวหนัง	ผิวหนังแห้ง/คัน ผิวหนังมีสีคล้ำ เป็นขุย (Dry Desquamation)	ผิวหนังบวมเมื่อ สัมผัสจะเจ็บ ผิวหนัง เป็นสีคล้ำเหมือนไหม้ (Moist Desquamation)	ผิวหนังแตก เป็นแผลเย็บ คล้ายถูกความร้อน
การระคายเคือง ของเยื่อช่องปาก	มีบวมแดงทั่วๆ ไป อาจเจ็บหรือไม่เจ็บก็ได้	เยื่อบวมแดง หรือ เป็นแผ่นฝ้าขาว	แผ่นฝ้าขาวลอกหลุด เป็นแผล อาจมีเลือดออก
ปากแห้ง	น้ำลายลดลง ลักษณะเหนียวข้น ชุ่มชื้นในปากบ้าง	มีน้ำลายน้อยมาก น้ำลายเหนียว ปากแห้ง	ไม่มีน้ำลายปากและ คอแห้งตลอดเวลา
ริมฝีปาก	แห้งเล็กน้อย	แห้งเป็นสะเก็ด	เป็นแผล มี/ไม่มีเลือด ออก
เหงือก	ชุ่มชื้นแต่มีคราบเกาะ	บวมแดง อาจมี เลือดออกง่าย	บวมแดงจัดเป็นแผล หรือมีหนองไหล

อาการข้างเคียง	ระดับ1	ระดับ2	ระดับ3
ลิ้น	ชุ่มชื้นแต่มีฝ้าขาว เกาะ	แดง/อักเสบหรือ มีจุดเลือดออก	เป็นแผล
ฟัน	มีคราบเกาะรอบฟัน น้อยกว่า 50% ไม่มีฟันผุ	มีคราบเกาะรอบฟัน มากกว่า 50%หรือมี ฟันผุ1-2ซี่	มีคราบเกาะรอบฟัน ทั้งหมดหรือมีฟันผุ มากกว่า 2 ซี่
เจ็บคอ	เจ็บคอเล็กน้อย	รับประทานอาหาร- ธรรมดาไม่ได้แต่ รับประทานอาหาร- อ่อนได้	รับประทานได้เฉพาะ อาหารเหลวและน้ำ
ช่องปากแคบ	อ้าปากกว้างได้ปกติ แต่มีอาการติ่งรอบปาก	อ้าปากกว้างได้น้อย กว่าปกติ	ไม่สามารถอ้า ปากกว้างได้
เบื่ออาหาร	ไม่เบื่อ-เบื่อเล็กน้อย	เบื่อปานกลาง	เบื่ออาหารมาก
อ่อนเพลีย	เล็กน้อย กิจกรรมได้ปกติ	ปานกลาง ทำกิจกรรมได้ลดลง ต้องการพักบ้างบางครั้ง	มากต้องการนอนพัก ต้องได้รับการช่วย เหลือ
การเปลี่ยนแปลง การรับรส	รับรสอาหาร ได้2รสคือรสหวาน และรสเค็มหรือรส หวานและรสเปรี้ยว	รับรสอาหารได้เฉพาะ รสหวาน	สูญเสียการรับรส ทุกรส

ผลกระทบต่อจิตใจ

การเปลี่ยนแปลง	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
ความรู้สึกลัวต่อการรักษา	มีความรู้สึกลัว การรักษาเล็กน้อย	มีความรู้สึกลัว การรักษาปานกลาง คิดมากและนอนไม่ หลับเป็นบางครั้ง ยอมรับการรักษาได้	มีความรู้สึกลัว การรักษามาก คิดมากตลอดเวลา ไม่ยอมรับการรักษา
ความรู้สึกไม่แน่นอน/เบื่อหน่าย/ท้อแท้ใจ	รู้สึกไม่แน่นอน เบื่อหน่าย/ท้อแท้ใจ เป็นบางครั้ง	รู้สึกไม่แน่นอน เบื่อหน่าย/ท้อแท้ใจ มากแต่ยังมีความหวัง ในชีวิต	รู้สึกไม่แน่นอน เบื่อหน่าย/ท้อแท้ใจ ตลอดเวลา ไม่มี ความหวังในชีวิต ไม่ อยากมีชีวิตอยู่
ความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย	ไม่สบายใจบ้าง แต่ก็ไม่นำมาคิดมาก	ไม่สบายใจกับการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่อยากดูตัวเองในกระจก	อับอาย ไม่อยากพบบุคคลอื่น
ความรู้สึกต่อการดูแลตนเอง	การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติแต่ก็ควรมีผู้อื่นให้ความช่วยเหลือบ้าง	ไม่สนใจการดูแลตนเอง มากแต่บางอย่างก็ควรทำ ด้วยตนเอง	ไม่มีความจำเป็นที่ จะต้องดูแลตนเอง

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาว โขมพัคตร์ มณีวัต		
วัน เดือน ปี เกิด	11 เมษายน 2515		
วุฒิการศึกษา			
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา	
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2535	