

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 80 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดการรับรู้ภาวะการดูแลของซาริทและคณะ (Zarit et al., 1980) แบบวัดการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของแมคคubinและคณะ (McCubbin et al., 1996) แบบวัดระดับความสามารถทางด้านร่างกาย The Karnofsky Performance Status: KPS ของมอร์และคณะ (Mor et al., 1984) และแบบวัดภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale: CES-D เป็นเครื่องมือที่พัฒนาและดัดแปลงโดย วิไล และ พนม (2540) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ใช้การวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการวิเคราะห์นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 แสดงการกระจายของข้อมูลการรับรู้ภาวะการดูแล การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 4 แสดงความสามารถในการทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับเมตริกซ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะการดูแล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอน ของปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.75 มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 28.75 รองลงมาคือ มีอายุในช่วง 31 - 40 ปี และ 51- 60 ปี ร้อยละ 20 เท่ากัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นกลุ่มสมรสมากที่สุดร้อยละ 50 รองลงมาคือ เป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 41.25 โดยเป็นบุตรสาวร้อยละ 37.5 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 91.25 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 67.5 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาร้อยละ 22.5 ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยายร้อยละ 56.25 มีสมาชิกในครอบครัว 3 - 5 คน ร้อยละ 52.5 รองลงมาคือ 6 คน ขึ้นไป ร้อยละ 36.25 ไม่ต้องดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวร้อยละ 62.5 รองลงมาคือ คู่ดูแล 1 - 2 คน ร้อยละ 30 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 41.25 รองลงมาคือ รับจ้างและค้าขายร้อยละ 22.5 และ 18.75 ตามลำดับ สภาพการทำงานในขณะนี้ไม่ได้ทำงานร้อยละ 73.75 จากการศึกษาเพิ่มเติม พบว่า ไม่ได้ทำงานเนื่องจากต้องมาดูแลผู้ป่วยร้อยละ 62.5 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 65 รองลงมาคือ 5,001-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 17.5 สภาพการเงินเพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 55 รองลงมาคือ มีหนี้สินร้อยละ 25 ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 95 โดยใช้บัตรประกันสุขภาพร้อยละ 80 สุขภาพแข็งแรงดีร้อยละ 81.25 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 80 และไม่เกิดการเจ็บป่วยระหว่างการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 88.75 ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลร้อยละ 58.75 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อนร้อยละ 90 และพักที่อาคารพักผู้ป่วยและญาติชั่วคราวระหว่างรอรับรังสีรักษามากที่สุดร้อยละ 43.75 รองลงมาคือ พักที่บ้านของตนเองร้อยละ 30 (ตาราง 1)

ตาราง 1

แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 80)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	13.25
หญิง	69	86.75
อายุ (\bar{X} = 46.26 , SD = 12.67, Rang = 26 - 70)		
26- 30 ปี	10	12.5
31- 40 ปี	16	20

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ต่อ)		
41- 50 ปี	23	28.75
51- 60 ปี	16	20
61- 70 ปี	15	18.75
สัมพันธภาพกับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	1	1.25
คู่สมรส	40	50
-สามี	5	6.25
-ภรรยา	35	43.75
พี่/น้อง	3	3.75
บุตร	33	41.25
-บุตรสาว	30	37.5
-บุตรชาย	3	3.75
สถานภาพสมรส		
คู่	73	91.25
โสด	6	7.5
ม่าย	1	1.25
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	3.75
ประถมศึกษา	54	67.5
มัธยมศึกษา	18	22.5
ปริญญาตรี	5	6.25

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะของครอบครัว		
เดี่ยว	35	43.75
ขยาย	45	56.25
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (\bar{X} 5.78, SD = 1.89)		
2 คน	9	11.25
3 – 5 คน	42	52.5
6 คนขึ้นไป	29	36.25
บุคคลอื่นๆในครอบครัวที่ต้องให้การดูแล (x = 0.53, SD = 0.80)		
ไม่มี	50	62.5
1 – 2 คน	24	30
2 คนขึ้นไป	6	7.5
อาชีพ		
เกษตรกร	33	41.25
รับจ้าง	18	22.5
ค้าขาย	15	18.75
ไม่ได้ทำงาน	9	11.25
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	3.75
บริษัท	2	2.5
สภาพการทำงานปัจจุบัน		
ทำงาน	21	26.25
ไม่ได้ทำงาน	59	73.75
- ดูแลผู้ป่วย	50	62.5
- เกษียณอายุ	9	11.25

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัว บาท/เดือน		
น้อยกว่า 5,000	52	65
5,001 – 10,000	14	17.5
10,001 – 15,000	6	7.5
15,001 – 20,000	3	3.75
20,001 ขึ้นไป	5	6.25
สภาพการเงินในครอบครัว		
มั่นคง	8	10
เพียงพอใช้จ่าย มีเหลือเก็บ	8	10
เพียงพอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ	44	55
ไม่พอใช้จ่าย มีหนี้สิน	20	25
ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย		
จ่ายเอง	4	5
ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล	76	95
- ใช้บัตรประกันสุขภาพ	64	80
- เบิกจากราชการ	12	15
สุขภาพโดยทั่วไป		
แข็งแรงดี	65	81.25
แข็งแรงพอสมควร	10	12.5
ไม่ค่อยแข็งแรง	5	6.25
โรคประจำตัว		
ไม่มี	64	80
มี	16	20

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล		
ไม่มี	71	88.75
มี	9	11.25
ผู้ช่วยเหลือในการดูแล		
มี	47	58.75
ไม่มี	33	41.25
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ		
มี	8	10
ไม่มี	72	90
ที่พักอาศัยระหว่างดูแลผู้ป่วย		
อาคารพักผู้ป่วยชั่วคราว (เย็นศิระ)	35	43.75
บ้านเช่า	8	10
บ้านตนเอง	24	30
บ้านญาติ	13	16.25

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นเพศชายมากที่สุดร้อยละ 80 มีอายุตั้งแต่ 61- 82 ปี มากที่สุดร้อยละ 58.75 รองลงมาคือ มีช่วงอายุ 41- 50 ปี ร้อยละ 21.25 ตำแหน่งของมะเร็งพบมากที่สุดคือ มะเร็งในช่องปาก ร้อยละ 42.5 รองลงมาคือมะเร็งเพดานแข็ง และมะเร็งนาโสภาพาริงค์ ร้อยละ 25 และ 20 ตามลำดับ ระยะของมะเร็งที่พบมากที่สุดคือระยะ 3 ร้อยละ 43.75 รองลงมาคือ มะเร็งระยะที่ 4 ร้อยละ 33.75 ปริมาณรังสีที่ได้รับ 4,000 - 6,000 เซนติเกรย์ มากที่สุดร้อยละ 48.75 รองลงมาคือ ปริมาณรังสีในช่วง 3,001- 4,000 เซนติเกรย์ ร้อยละ 31.25 อาการข้างเคียงจากรังสีรักษาพบในผู้ป่วยทุกราย อาการข้างเคียงจากรังสีรักษาที่พบมากที่สุดคือ เหนื่อยล้าร้อยละ 82.5 รองลงมาคือ ปากแห้งร้อยละ 80 เยื่อหูในช่องปากอักเสบร้อยละ 75 ผลกระทบจากโรคและการรักษาพบ

ในผู้ป่วยทุกราย ผลกระทบจากโรคและการรักษาที่พบมากที่สุด คือ น้ำหนักลด ร้อยละ 88.75 รองลงมาคือ สูญเสียการรับรส และนอนไม่หลับ ร้อยละ 86.25 และ 81.25 ตามลำดับ การรักษาก่อนได้รับรังสีรักษา พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 21.25 รับการรักษาโดยใช้สมุนไพร ยาหม้อ สะเดาะเคราะห์ รองลงมา คือ ผ่าตัด และเคมีบำบัด ร้อยละ 18.75 และ 12.5 ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 2

แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล(N = 80)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	80
หญิง	16	20
อายุ (\bar{X} = 61.88, SD = 11.88, Rang = 31-82)		
31 – 40 ปี	3	3.25
41 – 50 ปี	17	21.25
51 – 60 ปี	13	16.25
61 – 82 ปี	47	58.75
ตำแหน่งของมะเร็ง		
มะเร็งในช่องปาก	34	42.5
มะเร็งเพดานแข็ง	20	25
มะเร็งนาโอฟาร์ลิ่งค์	16	20
มะเร็งกล่องเสียง	4	5
มะเร็งหูชั้นกลาง	4	5
มะเร็งไฮโปฟาร์ลิ่งค์	2	2.5

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะของมะเร็ง		
ระยะที่ 1	1	1.25
ระยะที่ 2	17	21.25
ระยะที่ 3	35	43.75
ระยะที่ 4	27	33.75
ปริมาณรังสีที่ได้รับ ($\bar{X} = 4,052$, $SD = 906.07$, $Rang = 2,200 - 7,200$)		
2,001- 3,000 เซนติเกรย์	14	17.5
3,001 - 4,000 เซนติเกรย์	25	31.25
4,001 - 6,000 เซนติเกรย์	39	48.75
6,001 เซนติเกรย์ขึ้นไป	2	2.5
ภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา		
มี	80	100
ลักษณะของภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา *		
เหนื่อยล้า	66	82.5
ปากแห้ง	64	80
เชื่อบุในช่องปากอักเสบ	60	75
ผิวหนังแห้ง	54	67.5
คลื่นไส้	51	63.75
แผลในปาก	45	56.25
แผลในคอ	43	53.75
คันบริเวณผิวหนัง	40	50
ผิวหนังแดงร้อน	26	32.5
ผมร่วง	11	13.75
น้ำลายเหนียวและน้ำลายมาก	3	3.75

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผลกระทบจากโรคและการรักษา		
มี	80	100
ลักษณะผลกระทบโรคและการรักษา*		
น้ำหนักลด	71	88.75
สูญเสียการรับรส	69	86.25
นอนไม่หลับ	65	81.25
ปัญหาเรื่องการสื่อสาร	35	43.75
รับประทานอาหารทางปากไม่ได้	22	27.5
การรักษาก่อนการรับรังสีรักษา *		
ไม่มี	38	47.5
มี	42	52.5
- เคมีบำบัด	10	12.5
- ผ่าตัด	15	18.75
- สมุนไพร หรือ อื่นๆ	17	21.25

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

แสดงการกระจายของข้อมูลการรับรู้การดูแล การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา มีคะแนนการรับรู้การดูแลระหว่าง 16 - 48 คะแนน (ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 0 - 88 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.80 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.66 คะแนนการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวอยู่ระหว่าง 21- 58 คะแนน (ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 0 - 66 คะแนน) ค่าเฉลี่ย 38.19 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.52 ระยะเวลาที่ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา โดยมีระยะเวลาการดูแลตั้งแต่ 14 - 31 วัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.83 วัน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.62 วัน สุขภาพกายของผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในช่วง 50 - 90 คะแนน (ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 0 - 100 คะแนน) ค่าเฉลี่ย 64 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.63 ภาวะซึมเศร้าของ

ผู้ป่วยมีคะแนนระหว่าง 12 - 34 คะแนน (ค่าคะแนนที่เป็นไป 0 - 60 คะแนน) ค่าเฉลี่ย 21.56 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.10 (ตาราง 3)

ตาราง 3

แสดงช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ของข้อมูลการรับรู้ การระการดูแล การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (N = 80)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน ที่เป็นจริง	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าความเบ้
การรับรู้การระการดูแล	16-48	32	31.80	7.66	.20
การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว	21-58	37	38.19	9.52	.08
ระยะเวลาในการดูแล	14-31	17	20.83	4.62	.31
สุขภาพกายของผู้ป่วย	50-90	40	64.00	9.63	.68
ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย	12-34	22	21.56	5.10	.20

แสดงความสามารถในการทำนายการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารับรังสีรักษา โดยแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับเมตริกซ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการรับรู้การดูแล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอน ของปัจจัยทำนายการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารับรังสีรักษา

ในการศึกษานี้มีตัวแปรอิสระ คือ การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ตัวแปรตาม คือ การรับรู้การดูแล ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ ตัวแปรต่อไปนี้ คือ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพกายของผู้ป่วยในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.21, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการดูแลในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้การดูแลในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.61, p < .01$) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้การดูแลในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการดูแลในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.19, p < .05$) (ตาราง 4)

ตาราง 4

แสดงเมตริกซ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายของการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ($N = 80$)

ปัจจัย	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5
การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว(Z1)	1				
สุขภาพกายของผู้ป่วย (Z2)	.34**	1			
ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (Z3)	-.21*	-.13	1		
ระยะเวลาการดูแล (Z4)	-.23*	-.06	-.19*	1	
การรับรู้การดูแล (Z5)	-.61**	.34	.35**	.03	1

หมายเหตุ * $p < .05$; ** $p < .01$

ในการศึกษาถึงปัจจัยทำนายการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยการวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์เชิงซ้อนครั้งนี้เป็นไปตามมีข้อตกลงเบื้องต้น กล่าวคือ ตัวแปรตามต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรอิสระ (linearity) โดยใช้ scatterplot ตัวแปรตามบนทุกค่าของตัวแปรอิสระมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบโดยใช้กราฟการกระจายโค้งปกติ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องต่ำกว่า 0.80 ทดสอบโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทดสอบ หรือ ใช้ค่า Variance Inflation Factor: VIF โดยค่า VIF ทุกค่าบนตัวแปรอิสระมีมากกว่า 10 ถือว่าต้องระวังอาจมีตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันสูง หรือ ใช้สถิติ Tolerance ถ้ามีค่าต่ำแสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นมาก และทดสอบความมีอิสระจากกันของความคลาดเคลื่อนโดยใช้ค่า Durbin-Watson มีเกณฑ์ระหว่าง 1.5 – 2.5 (เพชรน้อย, 2546) (ภาคผนวก ก)

ความสามารถในการทำนายของปัจจัย การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) พบว่า มี 2 ตัวแปรเท่านั้นที่สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย มีขั้นตอนในการนำเข้าสู่สมการดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวเป็นตัวทำนายแรกที่ได้รับการคัดเลือก เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลมากที่สุด ($r = -.61, p < .01$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการ

ทำนาย (R^2) เท่ากับ .376 แสดงว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะการดูแลได้ร้อยละ 37.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายถึง ถ้าการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การรับรู้ภาวะการดูแลลดลง -.564 หน่วย สำหรับในขั้นตอนที่ 2 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าพิจารณา คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแล ($r = .35, p < .01$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย (R^2) เท่ากับ .051 แสดงว่าเมื่อเพิ่มตัวแปรภาวะซึมเศร้าเข้ามาค่าการทำนายเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.1 อธิบายได้ว่า ถ้าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การรับรู้ภาวะการดูแลเพิ่มขึ้น .230 หน่วย และค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย (R^2) เพิ่มขึ้นเป็น .427 โดยสรุปจากงานวิจัย พบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย สามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้ ร้อยละ 42.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตาราง 5)

ตาราง 5

แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอนของปัจจัยการทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ($N = 80$)

ตัวทำนาย	R^2	R^2	b	β	F	t	p-value
		Change			Change		
ความเข้มแข็งของครอบครัว	.376	.376	-.454	-.564	46.973	- 6.685	.01
ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย	.427	.051	.346	.230	6.806	2.609	.01

$SE_b = 5.871$; Constant = 46.679

จึงสามารถสรุปได้ว่าจากการวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอนเพื่อหาปัจจัยการทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยสร้างสมการทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$y = -.564x_1 + .230x_2$$

โดยกำหนดให้

y หมายถึง การรับรู้ภาวะการดูแล

x_1 หมายถึง การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว

x_2 หมายถึง ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ มีประเด็นที่ใช้ในการอภิปราย ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล และปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล ตามลำดับดังนี้

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.75 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นภรรยาร้อยละ 43.75 และบุตรสาวร้อยละ 37.5 เนื่องจากอุบัติการณ์ของมะเร็งศีรษะและคอมักพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเป็นภรรยาหรือบุตรสาว เนื่องจากในสังคมไทยเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูและปลูกฝังให้เป็นผู้ดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัว เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้เพศหญิงยังถูกสังคมคาดหวังให้เป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย (Lubkin, 1995 อ้างตาม จารุวรรณ, 2544) นอกจากนี้เมื่อผู้หญิงเข้าสู่ชีวิตการสมรสแล้วคือสมบัติของสามี บทบาทของภรรยาคือการดูแลเอาใจใส่สามีทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามที่สามีเจ็บป่วยถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแล ดังนั้นเพศหญิงจึงเป็นเพศที่สามารถยอมรับที่จะมาดูแลผู้ป่วยได้มากกว่าเพศชาย ซึ่งถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว(สายพิน, สมจิตร, ทศนา, สุจิตรา, และรัชชัย, 2537)

นอกจากนี้ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาผู้ป่วย ยังยอมรับบทบาทการดูแลสามีว่าเป็นบทบาทของตนเองทั้งหมด อาจเนื่องจากเป็นหน้าที่ของคู่สมรส ความคาดหวังของสังคม ความรักความผูกพันที่มีต่อกัน รวมทั้งการตอบสนองความดีที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติต่อตนเองเมื่อยามปกติ ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “ไม่มีใครรู้ใจลูกเท่ากับป้าหรอก” และผู้ดูแลอีกรายยังเล่าว่า “ตอนลูกสบายดีคอยช่วยเหลือป้าทุกอย่าง ตอนนี้ลูกไม่สบายป้าก็ต้องดูแล” นอกจากนี้ยังเล่าต่อว่า “...เป็นหน้าที่ของภรรยาที่ต้องดูแลสามีอยู่แล้ว” สำหรับผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวของผู้ป่วยที่ต้องมาให้การดูแลโดยส่วนใหญ่ก็ถือว่าเป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “การดูแลพ่อแม่เป็นหน้าที่ของลูก เพราะจะได้ตอบแทนบุญคุณพ่อด้วย” จากการศึกษายังพบว่าการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกัน ผู้ดูแลเพศชายโดยส่วนใหญ่ที่มาดูแลผู้ป่วย เนื่องจากความจำเป็นของโครงสร้างทางครอบครัว เช่น อยู่ในครอบครัวเดียวกับภรรยาซึ่งป่วยและลูกยังเล็กอยู่ บางคนที่อยู่ในครอบครัวขยาย แต่พี่น้องที่เป็นผู้หญิงมีงานประจำต้องทำ ผู้ดูแลทำงานรับจ้างรายวัน จึงมีความจำเป็นต้องมาดูแลผู้ป่วย ดังเช่น ผู้ดูแลราย

หนึ่งเล่าว่า “...พี่สาวกับแม่ต้องไปทำงาน ผมอยู่บ้านทำงานรับจ้างบางวันก็มีงานแต่บางวันไม่มีงาน แม่เลยให้มาอยู่กับพ่อที่วัด” และผู้ดูแลอีกรายเล่าว่า “ที่บ้านอยู่กับภรรยาและลูกอีก 2 คน ซึ่งยังเล็ก จึงต้องมาดูแลเอง”

สอดคล้องกับการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรสและบุตรใกล้ชิดเคียงกัน (สายพิน, วิมลรัตน์, วัฒนา, และภัทพร, 2539; ชูชื่น, 2541) แต่การศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งในต่างประเทศผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่ สมรสมากกว่าบุตร (Mellon, 2002; Borneman et al., 2003 ; Loke, Liu, & Szeto, 2003; Nikoletti et al., 2003; Gaston-Jahansson, Lachica, Fall-Dickson, & Kennedy, 2004; Given et al., 2004) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากค่านิยมและวัฒนธรรมในสังคมตะวันตกกับตะวันออกที่แตกต่างกัน เพราะในสังคม ตะวันตกมีวัฒนธรรมที่บุตรต้องดูแลบิดามารดาเจ็บป่วยเหมือนสังคมตะวันตกดังเช่นประเทศไทย น้อย และลักษณะของครอบครัวโดยส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่อยู่ร่วมกันเฉพาะคู่สมรส เมื่อบุตรโตจะออกจากบ้านไปตั้งครอบครัวของตนเอง ดังนั้นหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ จึงเป็นหน้าที่ของคู่สมรสมากกว่าของบุตร แม้ว่าในปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง สังคมไทย ส่งผลให้ครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ลักษณะครอบครัวของผู้ดูแลเป็นครอบครัวขยายถึงร้อยละ 56.25 โดยมีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไปถึงร้อยละ 88.75 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลที่ศึกษาโดยส่วนใหญ่จะอยู่ใน ชนบทมากกว่าในเมือง จึงส่งผลให้ลักษณะของครอบครัวมากกว่าครึ่งยังคงเป็นครอบครัวขยาย

อายุของผู้ดูแลอยู่ในช่วง 26 - 70 ปี จากความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่เป็น ทั้งคู่สมรสและบุตร จึงส่งผลให้ช่วงอายุของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกว้าง ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 31- 60 ปีขึ้นไป และอายุมากที่สุดคือ 70 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของชูชื่น (2541) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 31- 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 68.5 แต่การศึกษาในต่างประเทศบางการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงวัยสูงอายุตอน ปลาย 26 - 83 ปี (Bakas, Lewis & Parsons, 2001) ในสังคมไทยไม่พบว่าผู้ดูแลอายุมากถึงวัยสูง อายุตอนปลาย เนื่องจากสังคมไทยบุตรหลานอยู่รวมกันในครอบครัว และมีระบบเครือญาติ ระบบเกื้อกูลและให้การช่วยเหลือกัน ไม่เหมือนสังคมตะวันตกเมื่อบุตรโตก็ย้ายออกไปตั้ง ครอบครัวใหม่

ส่วนทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่า แม้ว่าผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 95 ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล แต่ผู้ดูแลร้อยละ 55 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีเงินเหลือเก็บ และร้อยละ 25 มีปัญหาเรื่องหนี้สิน โดยผู้ดูแลและผู้ป่วยกลุ่มนี้มีรายจ่ายเกี่ยวกับค่าเดินทาง ค่าที่พักระหว่าง รับรังสีรักษา ค่าอาหารเสริมให้ผู้ป่วย ค่าอาหารของผู้ดูแล และค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่จำเป็น ดังเช่น

ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “มาดูแลลูกที่นี่มีค่าใช้จ่ายเยอะ เพราะต้องจ่ายค่าเช่าบ้าน ค่าอาหาร รวมทั้งค่าของใช้ที่จำเป็น...” รวมทั้งผู้ดูแลร้อยละ 68.75 อยู่ในวัยกลางคนซึ่งเป็นวัยที่ต้องสร้างเนื้อสร้างตัว ผู้ดูแลบางคนมีหนี้สินจากการสร้างบ้าน ผ่อนรถ ผ่อนที่ดิน และผ่อนอุปกรณ์ไฟฟ้า เป็นต้น ดังเช่นผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “...หนี้สินส่วนใหญ่ ก็มาจากการผ่อนบ้าน ผ่อนรถ...” นอกจากนี้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งต้องใช้ระยะเวลาาน ผู้ป่วยบางรายก่อนที่จะมารับการรักษาด้วยรังสีรักษา ได้มีการรักษาแบบแผนอื่นมาก่อน ดังเช่น ยาสมุนไพร ยาหม้อ การสะเดาะเคราะห์ เป็นต้น ทำให้ต้องสิ้นเปลืองเงินในการซื้อยาสมุนไพร ยาหม้อ และการสะเดาะเคราะห์ การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลถึงร้อยละ 62.5 ต้องหยุดงานเนื่องจากต้องมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยขาดรายได้ทำให้มีปัญหาการเงิน

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.75 และเป็นเพศชายร้อยละ 80 เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพบอุบัติการณ์สูงในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ คือการสูบบุหรี่ และ อมยาเส้น (ประยูรท์, 2544; สุธเมธ, 2541) พฤติกรรมเหล่านี้มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จึงส่งผลให้พบอุบัติการณ์ของมะเร็งศีรษะและคอในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Dropkin, 2001; Rose-Ped, et al., 2002; Rodrigues, McMillan, & Yarandi, 2004) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอโดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

การศึกษานี้พบว่า ตำแหน่งมะเร็งศีรษะและคอที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งในช่องปาก มะเร็งเพดานแข็ง และมะเร็งหลังโพรงจมูก ตำแหน่งของมะเร็งศีรษะและคอที่พบในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการสำรวจของสถาบันมะเร็งแห่งประเทศไทย พบว่า ตำแหน่งมะเร็งศีรษะและคอที่พบมากในประเทศไทยคือ มะเร็งในช่องปาก มะเร็งเพดาน และมะเร็งหลังโพรงจมูก (Cancer in Thailand, 2003) และการศึกษาในต่างประเทศก็ยังพบว่า มะเร็งทั้งสามชนิดนี้เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยเช่นกัน (Jemal et al., 2004) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาโดยส่วนใหญ่จะเป็นมะเร็งในระยะที่ 3 และ 4 ร้อยละ 43.75 และ 33.75 ตามลำดับ การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 หรือระยะลุกลามมักนิยมนำรังสีรักษา และผู้ป่วยมะเร็ง 1 ใน 3 เท่านั้นที่มารับการรักษาเมื่อมะเร็งอยู่ในระยะแรก (Eng & Vokes, 2003) เนื่องจากไม่ทราบว่า เป็นมะเร็งหรือไปรับการรักษาที่แพทย์แผนโบราณก่อน เมื่ออาการไม่ดีขึ้นหรือมีอาการหนักจึงมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา ผู้ป่วยร้อยละ 21.25 เคยรับการรักษาด้วยยาสมุนไพร ยาหม้อ และการสะเดาะเคราะห์ ก่อนที่จะมารับการรักษาด้วยรังสีรักษา เนื่องจากผู้ป่วยบางรายกลัวการฉายรังสีเพราะคิดว่าการฉาย

รังสีหมายถึงความตาย ดังเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “ตอนที่เป็ระยะแรก ไม่กล้าฉายรังสีเพราะเห็นคนที่ฉายรังสีแล้วตายเกือบทุกคน” นอกจากนี้ผู้ป่วยจะกลัวอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเนื่องจากรังสีรักษา ดังเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “ฉายรังสีแล้วคอดำเป็นแผล น้ำกลั้ว”

อาการข้างเคียงจากรังสีรักษาเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาทุกรายประสบกับอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา อาการข้างเคียงจากรังสีรักษาที่พบมากที่สุดคือ เหนื่อยล้า ปากแห้ง และเชื่อบุในช่องปากอักเสบตามลำดับ อาการข้างเคียงจากรังสีรักษาที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 82.5 ได้รับรังสีรักษาตั้งแต่ 3,001 เซนติเกรย์ขึ้นไป การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอของครุณี และคณะ (2539) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจะมีอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย คือ ปากแห้ง อ่อนเพลีย และเชื่อบุในช่องปากอักเสบ

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะเหนื่อยล้าร้อยละ 82.5 อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 58.75 เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอวัยวะต่างๆในร่างกายเสื่อมถอย นอกจากนี้ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 77.5 เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งสูง ประกอบกับการได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 51.25 ได้รับรังสีรักษามากกว่า 4,000 เซนติเกรย์ขึ้นไป และผู้ป่วยมีอาการ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เป็นพลังงานให้กับร่างกายน้อย การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์เนื่องจากการฉายรังสี ผู้ป่วยบางรายมีแผลที่คอ คอดำ เจาะคอ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และเกิดภาวะเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น (เพ็งใจ และ ชนกพร, 2546) แต่การศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศบางการศึกษาที่พบภาวะเหนื่อยล้าเพียงร้อยละ 7 เท่านั้น (Rose-Ped et al., 2002

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 81.25 มีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับ ในลักษณะที่นอนไม่ค่อยหลับในตอนกลางคืน อาจเนื่องจากผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งสถานที่นอนหลับ เนื่องจากผู้ป่วยเกือบครึ่งต้องพักที่อาคารพักผู้ป่วยและญาติชั่วคราว ซึ่งเป็นสถานที่คับแคบ มีผู้ป่วยและญาติหลายคนอยู่ร่วมกัน ในช่วงกลางคืนบางคืนมีงานมหรสพส่งเสียงดัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับสูง นอกจากนี้ภาวะเหนื่อยล้ายังมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับของผู้ป่วยอีกด้วย (เพ็งใจ และ ชนกพร, 2546; Berger & Farr, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในการนอนหลับถึงร้อยละ 30 – 88 (Clark, Cunningham, Mcmillan, Vena & Parker, 2004) และมักพบมากในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาด้วย (Miaskowaki & Lee, 1999; So, Dodgson, & Tai, 2003)

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษา ผู้ป่วยร้อยละ 88.75 น้ำหนักลด อาจเนื่องจากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง จาก

ภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา เช่น ปากแห้ง เจ็บในปาก แผลในปากและคอ การกลืนอาหารลำบาก เป็นต้น ประกอบด้วยผู้ป่วยร้อยละ 40 เป็นมะเร็งในช่องปาก การได้รับรังสีรักษาบริเวณช่องปาก ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของต่อมน้ำลาย ส่งผลให้การรับรสอาหารของผู้ป่วยลดลง (เต็มศักดิ์, มปป) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยถึงร้อยละ 86.25 มีปัญหาเรื่องการรับรสอาหาร ในผู้ป่วยบางรายรู้สึกแตรสเค็มและขมในช่องปาก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง

สรุปภาพรวมของผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยกลางคน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นครอบครัวขยายอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหลายคน ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ค่อยดี ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน สภาพการเงินเพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ได้รับความช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย สุขภาพของผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว พักที่อาคารพักผู้ป่วยและญาติชั่วคราวระหว่างนำผู้ป่วยมารับรังสีรักษามากที่สุด สำหรับผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ตำแหน่งของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดคือในช่องปาก ได้รับรังสีรักษาตั้งแต่ 4,000 เซนติเกรย์ ขึ้นไป และได้รับภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากโรคและการรักษาทุกราย

การรับรู้ภาวะการดูแล

การศึกษานี้ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้ภาวะการดูแลเฉลี่ย 31.80 (SD = 7.66, range = 16 - 48) เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะการดูแลรายข้อ (ภาคผนวก ค ตาราง 1) ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะการดูแลข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ ผู้ดูแลรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแล (ค่าเฉลี่ย = 2.31) การที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลมีคะแนนสูงสุด ทั้งที่ผู้ดูแลร้อยละ 58.75 มีผู้คอยช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วย อาจเนื่องจากผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่จะช่วยดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านช่วงวันหยุดที่ไม่มีการรับรังสีรักษา หรือสมาชิกในครอบครัวเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแล และช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาสั้นช่วงวันหยุดเท่านั้น มิได้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จากการซักถามและสังเกต พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวเท่านั้น ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้ดูแลเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่พักที่บ้านในช่วงที่มารับรังสีรักษา ส่วนอีกร้อยละ 70 พักอาศัยที่อาคารพักผู้ป่วยและญาติชั่วคราว บ้านเช่า และบ้านญาติ ผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่จึงต้องรับภาระในการดูแลเพียงลำพังเป็นระยะเวลานาน จึงส่งผลให้ผู้ดูแล

มีการรับรู้ว่าคุณป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “ที่ฉันต้องดูแลคุณคนเดียวตั้ง 5 วัน วันหยุดพี่ชายถึงมาช่วยดูแลบ้าง”

นอกจากนี้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยคาดหวังที่จะให้ผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลเพียงคนเดียวที่คุณป่วยต้องการพึ่งพา (ค่าเฉลี่ย = 2.10) โดยผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพึ่งพาผู้ดูแลคนอื่น เนื่องจากผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย เมื่อบุตรอาสาที่จะมาอยู่ดูแลผู้ป่วยที่อาคารพักผู้ป่วยชั่วคราวแทนคู่สมรส ผู้ป่วยมักจะปฏิเสธ เพราะผู้ป่วยคิดว่าไม่มีผู้ดูแลคนใดมีความเข้าใจผู้ป่วยได้ดีเท่ากับคู่สมรส และยังมีรู้สึกเกรงใจบุตร เพราะบุตรต้องทำงาน หากมาดูแลผู้ป่วยทำให้ต้องลางาน ดังเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “อยู่กับใครไม่ได้ ปรารถนาใจสูงมากที่สุดแล้ว” เนื่องจากผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและเพศหญิงจะมีความเข้าใจผู้ป่วยได้ดี ถึงแม้ผู้ป่วยจะหงุดหงิดหรือโมโหก็ตาม ดังเช่น ลูกยังเล่าต่ออีกว่า “บางทีลูกก็ชอบหงุดหงิด แต่ป้าก็เข้าใจลูก”

สำหรับการรับรู้การดูแลที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ รู้สึกว่าชีวิตสังคมแย่เพราะต้องมาดูแลผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย = .79) ถึงแม้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องออกจากบ้านและห่างไกลจากสังคมและเพื่อนบ้านที่คุ้นเคย แต่ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในด้านนี้น้อย เนื่องจากผู้ดูแลได้พบปะพูดคุยกับผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้ป่วยที่พักอาศัยที่อาคารพักผู้ป่วยและญาติชั่วคราวของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรักษา หลังจากที่พาผู้ป่วยมารับรังสีรักษาแล้วก็จะกลับไปพักที่อาคารพักผู้ป่วยและญาติชั่วคราว มีการนั่งพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มนี้ ซึ่งในบางวันมีกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้มีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรม เช่น ระบายสีปูนพลาสเตอร์ การประดิษฐ์สิ่งของต่างๆ เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยจะส่งผลต่อการเข้าร่วมสังคมลดลง ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “...อยู่ที่นี้ก็เหมือนอยู่ที่บ้าน มีเพื่อนคุย” และผู้ดูแลอีกรายยังเล่าว่า “บางวันก็มีงานประดิษฐ์ให้ทำ ไม่เบื่อ ได้เข้าร่วมกลุ่มกับเพื่อน” แต่ในผู้ดูแลที่มีความรู้สึกว่าเข้าร่วมสังคมลดลงตั้งแต่มาดูแลผู้ป่วยโดยผู้ดูแลบอกว่า เมื่อเพื่อนบ้านเห็นว่าผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยมักไม่กล้าที่จะบอกงานต่างๆ ให้ผู้ดูแลไปร่วม ดังเช่น ผู้ดูแลที่รับรู้การเข้าร่วมสังคมลดลงตั้งแต่มาดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “เพื่อนบ้านเห็นว่าเราต้องดูแลคนไข้ เวลาทำงานมีการเขาก็ไม่กล้ามาบอก...” เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ซาริตและคณะ (Zarit et al., 1980) ศึกษาการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากที่สุด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ คาร์รีและคณะ (Carey, et, al, 1991) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีภาระในการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยทั้งปริมาณเวลาที่ใช้และความยากลำบากที่เกิดขึ้นมากกว่ากิจกรรมอื่นๆ ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเหล่านี้การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ยาก และไม่ทราบเกี่ยวกับกระบวนการในการให้การช่วยเหลือเมื่อ

ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไป จึงส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของชูชื่น (2541) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามรู้สึกเป็นภาระในการปลอบใจ และอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมากเป็นอันดับ 2 รองจากภาระในเรื่องการเดินทาง โดยผู้ดูแลบอกว่า ผู้ป่วยมักจู้จี้ เจ้าอารมณ์ หงุดหงิดง่าย ต้องการอะไรก็ต้องได้ทันที รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นคนที่เอาใจยากมาก และผู้ป่วยบางคนท้อแท้อยากตาย ปฏิเสธการรักษา สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยมาก

การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวเฉลี่ย 38.19 คะแนน (SD = 9.52, range = 21- 58) การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวด้านการมีส่วนร่วมและพันธสัญญา ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย มีค่าคะแนนสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 (ภาคผนวก ค ตาราง3) การที่ผู้ดูแลมีระดับคะแนนการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวด้านการมีส่วนร่วมและพันธสัญญา ร่วมกันสูงที่สุด อาจเนื่องจากผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่อยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยาย และอาศัยอยู่ในชนบทเป็นส่วนใหญ่ โดยมีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป และมีความสัมพันธ์โดยเป็น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย และหลาน รวมทั้งผู้ดูแลร้อยละ 58.75 มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ไม่ปล่อยให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังเป็นระยะเวลานาน ถึงแม้ว่าผู้ช่วยเหลือในการดูแลจะมาช่วยเหลือในการดูแลเป็นบางช่วง โดยผู้ช่วยเหลือในการดูแลจะช่วยเหลือทั้งในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “...มาดูแลผู้ป่วยที่วัด ลูกๆก็มาเยี่ยม และมาช่วยดูแลทุกอาทิตย์” นอกจากนี้ผู้ดูแลที่บุตรยังเล็กอยู่ก็สามารถฝากฝังให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือดูแลบุตรได้อีกด้วย ดังเช่น ผู้ดูแลที่เป็นบุตรผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “มาดูแลพ่ออยู่ที่วัด ลูกๆอยู่ที่บ้านก็ให้แม่ช่วยเหลือ”

นอกจากการได้รับความช่วยเหลือด้านการดูแลผู้ป่วยโดยตรงแล้วการให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจก็เป็นสิ่งที่สำคัญ ถึงแม้ว่าผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 65 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ไม่มีเงินเหลือเก็บร้อยละ 55 และมีหนี้สินร้อยละ 25 แต่ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในค่ารักษาพยาบาลโดยผู้ป่วยถึงร้อยละ 95 ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากสมาชิกในครอบครัว ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “มาอยู่ที่วัด ไม่ได้ทำงาน ลูกๆก็ช่วยเหลือในเรื่องการเงิน” การได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือในเรื่องการเงิน ถือได้ว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางครอบครัวด้านวัตถุอีกด้านหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัว นอกจากนี้การที่สมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้ผู้ป่วยเป็นมะเร็ง

ซึ่งอาจมีช่วงชีวิตอยู่ในช่วงสั้นๆ จึงส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี เพื่อให้ชีวิตที่เหลือของผู้ป่วยอยู่อย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดังเช่น คำบอกเล่าของสมาชิกในครอบครัวรายหนึ่งที่ได้เดินทางมาเยี่ยมผู้ดูแลและผู้ป่วย “*พ่อกองอยู่กับผม และพี่น้องคนอื่นได้ไม่นาน ก็อยากที่จะดูแลพ่อให้ดีที่สุด*”

การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา การรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ นิยมไทย และคณะ (Niyomthai et al., 2003) พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวในด้านการมีส่วนร่วมและพันธสัญญาร่วมกันมีค่าคะแนนสูงที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลที่ศึกษามีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางการเงินอย่างเพียงพอถึงร้อยละ 66.7 และมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 74.2 สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิณ (2536) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุความเครียดของภรรยาที่ให้การดูแลสามีที่ป่วยเรื้อรัง พบว่า ฐานะทางการเงินมีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของภรรยาที่ให้การดูแลสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .01$)

นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในต่างประเทศ พบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ($r = .47, p < .01$) (Mellon & Northouse, 2001) และการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ไร้ความสามารถ พบว่า ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวสูง จะสามารถหาแหล่งสนับสนุนที่คอยช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจากครอบครัวได้สูง (Clark, 2002) และจากการศึกษาการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในครอบครัว รวมทั้งยังมีความสัมพันธ์กับความสามัคคีปรองดองกันของสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย (Clark & King, 2003) และในปีต่อมาได้มีการศึกษาที่ช่วยสนับสนุนผลการวิจัยของคราร์กและคิง โดยการศึกษาร่วมกันของคราร์กและคณะ (Clark et al., 2004) ศึกษาเกี่ยวกับความขัดแย้งในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่มีความขัดแย้งในครอบครัวสูง สมาชิกในครอบครัวจะปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้ลดลง

สำหรับการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวด้านความสามารถในการควบคุม ซึ่งมีค่าคะแนนต่ำสุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.21 (ภาคผนวก ก ตาราง 3) โดยผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่มีการรับรู้สาเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่สามารถที่จะควบคุมได้ เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความบังเอิญและเป็นโชคชะตาที่มีการกำหนดไว้แล้ว รวมทั้งผู้ดูแลยังมีการรับรู้ถึงเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวและผู้ป่วยเป็นเพราะความผิดของสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ นิยมไทย และคณะ (Niyomthai et al., 2003) พบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวด้านความสามารถที่จะควบคุมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าต่ำที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะของผู้ดูแลที่ศึกษาในครั้งนี้อาศัยอยู่ในชนบท ซึ่งมีความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับโชคชะตาชีวิตว่า

เมื่อเกิดมาถึงศักราชจะกำหนดไว้แล้วทำให้แต่ละคนมีการดำรงชีวิตแบบใด เมื่อไหร่จะเจ็บ และเมื่อไหร่จะตาย เราไม่สามารถกำหนดได้เอง ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “ป่าไม้ก็คอะไรมากอยู่แล้ว เพราะคงเป็นกรรมเดิมที่ป่ากับลุงได้ทำไว้” นอกจากนี้ผู้ดูแลอีกรายยังเล่าว่า “โชคชะตาเขา กำหนดไว้แล้ว เราไปฝืนไม่ได้หรอก” เป็นต้น เนื่องจากความเชื่อในเรื่องกรรมเป็นค่านิยมและความเชื่อของสังคมไทยเมื่อประสบกับความโชคร้าย (อังศุมา และ กานดาวศรี, 2547) และจากการศึกษาของบุปผา (2536) พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งโดยส่วนใหญ่จะมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นผลจากการทำกรรม

นอกจากนี้สิ่งสำคัญที่ส่งผลให้การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว ด้านความสามารถในการควบคุมมีคะแนนต่ำที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่จะให้ความหมายของมะเร็งเป็นสิ่งอันตรายและคุกคาม และไม่สามารถที่จะควบคุมได้ (Long, 2001) และความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง (Bomeman et al., 2003) จากการศึกษาในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลและผู้ป่วยรับรู้ว่ามีมะเร็ง และการฉายรังสี เป็นสิ่งที่อันตรายและคุกคาม (Mah & Johnston, 1993) การที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นสิ่งที่ไม่อันตรายและคุกคาม จึงส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่สามารถควบคุมได้ด้วย จากการศึกษาของ อังศุมา (2534) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจะมีความเชื่อว่าถ้าโรคร้ายดำเนินไปมากแล้ว จะไม่สามารถรักษาได้ และจะเสียชีวิตเร็วกว่าผู้ที่ที่เป็นโรคร้ายในระยะแรก ผู้ป่วยจะมีความเชื่อมั่นในตนเองน้อย และตั้งความหวังไว้ที่แพทย์ หรือโชคชะตาชีวิต

สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

สำหรับสุขภาพกายของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว แต่ยังสามารถดูแลตนเองในเรื่องต่างๆได้เป็นส่วนใหญ่ แม้ว่าผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุและเป็นมะเร็งในระยะลุกลามร้อยละ 77.25 ได้รับรังสีรักษามากกว่า 4,000 เซนติเกรย์ ขึ้นไป และพบอาการข้างเคียงและผลกระทบจากโรคและการรักษาทุกราย แต่โดยส่วนใหญ่ยังไม่ถึงขั้นรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยได้พบแพทย์และพยาบาล เพื่อมีการติดตามผลการรักษาและอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาทุกสัปดาห์ ส่งผลให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ในผู้ป่วยที่ได้รับผลข้างเคียงจากรังสีที่รุนแรงจะฉายรังสี หรือต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล จึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่ศึกษาสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีความต้องการความ

ช่วยเหลือเป็นครั้งคราวแต่ยังสามารถดูแลตนเองในเรื่องต่างๆได้เป็นส่วนใหญ่ (ชูชื่น, 2541) เช่นเดียวกับการศึกษาระดับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ความสามารถทางด้านร่างกายในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษาโดยส่วนใหญ่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ มีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยร้อยละ 85.2 และระหว่างที่ได้รับรังสีรักษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 78.8 ยังคงมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ และมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย (Lai et al., 2003)

สภาพจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกท้อแท้กับการรักษา กลัวความเจ็บปวดและทรมาณจากการรังสีรักษา รวมทั้งเป็นห่วงสมาชิกในครอบครัว ดังเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “รักษามานานหลายวันแล้ว แต่อาการไม่ดีขึ้น บางทีก็รู้สึกท้อแท้เหมือนกัน” สภาพจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเหมือนกับผู้ป่วยโดยทั่วไป เมื่อรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกกลัว ไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยในกลุ่มนี้ยังต้องประสบกับปัญหาเรื่องการพูด การรับประทานอาหาร เพิ่มขึ้นมาอีกด้วย (Semple, Sullivan, Dunwoody, & Kemohan, 2004) รวมทั้งการสูญเสียหน้าที่ และการควบคุมตนเอง (อานนท์, 2542) สิ่งเหล่านี้จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าตามมา ผลการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า 25 ราย และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 55 ราย (ค่าคะแนน 19-34 คะแนน) (ภาคผนวก ค ตาราง 5) และเมื่อดูรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือรู้สึกหงุดหงิดง่าย (ค่าเฉลี่ย = 1.95) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้คนรอบข้างไม่ชอบ (ค่าเฉลี่ย = .26) (ภาคผนวก ค ตาราง 4) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ ประคับประคองทางด้านจิตใจจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ญาติ แพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยที่เป็นโรคคล้ายคลึงกัน ดังเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “ลูกๆดูแลดูเป็นอย่างดี ให้กำลังใจตลอดเวลา” นอกจากนี้ผู้ป่วยอีกรายยังเล่าว่า “...เวลาไม่สบายใจ ได้นั่งคุยกับเพื่อนที่เป็นโรคเดียวกันก็สบายใจขึ้น” เป็นต้น นอกจากนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยในด้านบวก โดยผู้ป่วยรับรู้เรื่องโรค ภาวะสุขภาพ รวมทั้งการเจ็บป่วยจากคำบอกกล่าวของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ดังเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “...หมอบอกว่าหลังฉายแสงแล้ว ลุงจะหาย ลุงก็เลยไม่เครียดมาก และมีความหวังมากขึ้น” สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี (ผ่องศรี และ รุ่งนภา, 2538)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล ประกอบด้วย 2 ปัจจัยด้วยกัน คือ 1) การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว และ 2) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะการดูแลได้ร้อยละ 42.7 ปัจจัยแรกที่สามารถทำนายได้คือปัจจัยด้านการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว สามารถทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะการดูแลได้ร้อยละ 37.6 ส่วนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สามารถเพิ่มความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะการดูแลได้ร้อยละ 5.1 มีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแลด้านลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.61, p < .01$) แสดงว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูงจะมีการรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง และการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลได้ร้อยละ 37.6 ($R^2 = .376, p < .01$) ซึ่งเป็นขนาดของอิทธิพลในระดับที่สูง (Cohen, 1988) การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงแหล่งช่วยเหลือภายในครอบครัว ที่คอยให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ไม่มองการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ แต่มองการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทำทนายที่ผู้ดูแลได้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (McCubbin et al., 1996) เนื่องจากกรณีแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัว เป็นแหล่งช่วยเหลือที่สำคัญที่ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (Cohen & Lazarus, 1979 cite by Ariela & Ora, 2000)

การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงของผู้ป่วยไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย หรือผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว แต่มีผลกับสมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจด้วย (Isaksen, Thuen, & Hanestsol, 2003; Friesen, Pepler, Hunter, 2004) เนื่องจากครอบครัวถือได้ว่าเป็นหน่วยหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งเป็นศูนย์กลางในการดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรืออยู่ในระยะสุดท้าย (กิตติกร, 2548) ครอบครัวเป็นหน่วยสำคัญที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่รู้สึกรว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวด้านการมีส่วนร่วมและพันธสัญญาร่วมกันมีคะแนนสูงสุด แสดงให้เห็นว่าการได้รับความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัวในการดูแล หรือได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆจากครอบครัว สามารถช่วยลดการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับ

รังสีรักษาได้ เนื่องจากการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในครอบครัว (Chou, 2000)

จากการศึกษา พบว่า ข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีคะแนนอยู่ในระดับที่สูง (ภาคผนวก ก ตาราง 2) ดังเช่นการทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การช่วยเหลือร่วมมือกันเพื่อให้ปัญหาต่างๆผ่านพ้นไปได้ และการรับฟังปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวมีความร่วมมือเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้การดูแลลดลงได้ ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “ลูกๆก็ปรองดองกันดี คอยช่วยเหลือกัน ปากก็สบายใจ ไม่ต้องเครียด” เป็นต้น

การมีแหล่งช่วยเหลือภายในครอบครัว และเครือข่ายในสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การรับรู้การดูแลลดลง ผู้ดูแลที่มีเครือข่ายทางสังคมและครอบครัวต่ำจะมีการรับรู้การดูแลสูงกว่าผู้ดูแลที่มีเครือข่ายทางสังคมและครอบครัวสูง (Goldstein et al., 2004) ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูงจะสามารถหาแหล่งช่วยเหลือได้ง่าย (Clark & King, 2003) การที่ผู้ดูแลมีความต้องการแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีแหล่งช่วยเหลือทางการเงินที่เพียงพอ เนื่องจากการประสบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งคุกคาม และเป็นอันตราย การปรับตัวในการดูแลลดลง และเกิดการรับรู้การดูแลที่สูงขึ้น (Carey et al., 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิณ และประอรนุช (2538) ศึกษาปัจจัยทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาที่ทำให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาทางการเงินมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการประเมินสถานการณ์ในการดูแลว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม ($r = .41, p < .01$)

จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย พบว่า ครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ มีอิทธิพลทางตรงในทางลบกับการประเมินสถานการณ์ในการดูแลว่าเป็นความเครียดและคุกคาม ร้อยละ 12 และ 7 ตามลำดับ ($R^2 = .12, p < .01$; $R^2 = .07, p < .01$ ตามลำดับ) แสดงว่าครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งหากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะประเมินสถานการณ์ในการดูแลว่าเป็นความเครียดและคุกคามน้อย (สายพิณ, 2536; สายพิณ และคณะ, 2539) ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และรู้ว่าบุคคลในเครือข่ายสังคมพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อมีความต้องการ จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งประเมินตนเองว่ามีคุณค่า มีคนรักและมีความสำคัญ ประกอบกับการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงทำให้ปัญหาต่างๆลดลง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้นหรือสามารถที่จะควบคุมได้ การได้รับการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยหรืองานอื่นๆที่เกี่ยวข้องจะช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลได้

การรับรู้ภาวะการดูแลที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกถึงเครียดจากบทบาทการดูแล รวมทั้งการปรับตัวในการดูแลที่ไม่เหมาะสม จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลที่สูง การศึกษาการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยอายุที่ไร้ความสามารถ พบว่า ผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในครอบครัวสูงจะมีการปรับตัวในการดูแลได้ดี และมีประสิทธิภาพในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวต่ำ (Clark, 2002) นอกจากนี้การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวยังช่วยให้ผู้ดูแลมองการดูแลผู้ป่วยว่า เป็นสิ่งที่มีประโยชน์และท้าทายมากกว่ารู้สึกเป็นความเครียด การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ท้าทาย และเป็นโอกาสที่ผู้ดูแลได้ประสบการณ์ในการดูแลจากผู้ป่วยส่งผลให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง (Oberst, Thomes, Gass, & Ward, 1989; Carey et al., 1991) จากการศึกษาผู้ดูแลเด็กที่พิการ พบว่า ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวต่ำ ส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ในการดูแลว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมากกว่าความท้าทาย (Failla & Jones, 1991) การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวนอกจากจะช่วยลดภาระในการดูแลแล้ว ผลการศึกษาของนิยมไทยและคณะ (Niyomthai et al., 2003) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถทำนายความผาสุกของผู้ดูแลได้ร้อยละ 32 ($R^2 = .32, p < .01$) แสดงว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูงจะมีความผาสุกมากกว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวต่ำ

ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูง นอกจากจะมีผลดีต่อผู้ดูแลแล้วยังส่งผลดีต่อผู้ป่วยด้วย (Haluska, Jesse, & Nagy, 2002) เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว (Isaksen et al., 2003) การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูง มีผลให้พฤติกรรมและความจำของผู้ป่วยดีขึ้น (Clark, 2002) การที่ผู้ป่วยมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจลดลง จะส่งผลถึงการรับรู้ภาวะการดูแลลดลงได้เนื่องจากผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ดี และไม่มีอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวในผู้หญิงวัยกลางคน พบว่า ผู้หญิงวัยกลางคนที่รับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวต่ำจะมีความเครียดเพิ่มขึ้น (Choi, 2003) การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในญี่ปุ่น พบว่า ผู้ป่วยที่มีแหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเพียงพอจะสามารถช่วยลดอัตราการตาย และภาวะซึมเศร้าได้ (Fukui, Koike, Ooba, & Uchitomo, 2003) และการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเด็กวัยรุ่น พบว่า เด็กวัยรุ่นที่ได้รับการช่วยเหลือจากพ่อแม่และเพื่อนอย่างเพียงพอ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการช่วยเหลือไม่เพียงพอ (Haluska et al., 2002)

การที่ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูงส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวต่ำ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็ง

ในครอบครัวสูง มีแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลสามารถปรับตัวในบทบาทการดูแลได้อย่างเหมาะสม

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

การศึกษาล่าสุด พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .01$) และสามารถเพิ่มความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะการดูแลได้ร้อยละ 5.1 ($R^2 = .051, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าสูงส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลสูง และในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต่ำหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลลดลง เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลควบคุมและจัดการได้ยาก ผู้ดูแลต้องใช้เวลาพยายามอย่างมากในการดูแลเพื่อไม่ให้ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย (อานนท์, 2542) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น ผู้ดูแลจะรับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้นด้วย ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “*ลุงชอบหงุดหงิด ป้ารู้สึกเหนื่อยทั้งกายและใจ...*” นอกจากนี้ผู้ดูแลที่เป็นบุตรของผู้ป่วยยังเล่าว่า “*เวลาที่พี่เห็นพ่อซึมๆ ก็รู้สึกกลัวเหมือนกัน ไม่รู้ว่าพ่อคิดอะไรอยู่*” ความรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลเช่นเดียวกัน จากการศึกษาความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับความวิตกกังวลสูงสามารถที่จะทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลได้ โดยผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงจะมีการรับรู้ภาวะการดูแลที่สูงด้วย (Gaston-Johansson et al., 2004)

เนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมาก เพราะผู้ดูแลเป็นผู้รับรู้ปฏิกิริยาของผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ดูแลจะประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นรุนแรงกว่าที่ตัวของผู้ป่วยประเมิน (Higginson, Wade, & McCarthy, 1990 อ้างตาม เต็มศักดิ์, 2542) ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลจะรับรู้ความรุนแรงมากกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ ผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจสูงจะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลที่สูง (Watson, Modeste, Catolico, & Crouch, 1998) ภาวะจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย บางครั้งการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลมีความขัดแย้งกับผู้ป่วย จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีระดับคะแนนสูงบางรายบอกว่า บางครั้งผู้ป่วยเอาแต่ใจ ให้อินยามก็ไม่ยอมกิน คือร้อน และไม่อาบน้ำเองต้องให้ผู้ดูแลเป็นคนอาบน้ำให้ ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “*...ลุงเอาแต่ใจตัวเอง บางทีป้าก็เครียดเหมือนกัน...*” และ

ผู้ดูแลก็รายงานว่า “ตั้งแต่ลูกไม่สบาย ก็ไม่ค่อยยอมทำอะไร น้ำก็ต้องให้ป่าอาบให้” จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมีผลต่อกิจกรรมในการดูแลของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น

จากการศึกษาผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีภาระในการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์มาก ผู้ดูแลบอกว่าการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ยาก เพราะไม่ทราบเกี่ยวกับกระบวนการในการให้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่เปลี่ยนแปลงไป (Carey et al., 1991) และการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าสูงจะเป็นผู้ป่วยที่มักจู้ใจ เจ้าอารมณ์ หงุดหงิดง่าย ต้องการอะไรก็ต้องได้ทันที ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นคนที่เอาใจยากมาก และผู้ป่วยบางคนท้อแท้อยากตาย ปฏิเสธการรักษา สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจและอารมณ์ ดังนั้นภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสามารถที่จะทำนายภาระการดูแลและการปรับตัวของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชูชื่น, 2541) แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้าสูง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลที่สูงและการปรับตัวต่อบทบาทการดูแลต่ำ แต่ผู้ดูแลที่ให้การผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต่ำ จะรับรู้ภาระการดูแลต่ำและปรับตัวต่อบทบาทการดูแลได้สูง

ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระการดูแล

การศึกษารั้งนี้พบว่า มีตัวแปร 2 ตัว ที่ไม่สามารถที่จะร่วมทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้ ได้แก่ 1) สุขภาพกายของผู้ป่วย และ 2) ระยะเวลาในการดูแล มีรายละเอียดดังนี้

สุขภาพกายของผู้ป่วย

การศึกษารั้งนี้ พบว่า สุขภาพกายของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแล (ตาราง 4) จึงไม่สามารถที่จะนำเข้าสมการในการทำนายได้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยทุกราย มีระดับความสามารถด้านร่างกายระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี (KPS มากกว่า 40) (ภาคผนวก ค ตาราง 6) ปริมาณรังสีที่ได้รับโดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3,001- 6,000 เซนติเกรย์ และมีผู้ป่วยเพียง 2 รายเท่านั้นที่ได้รับรังสีรักษามากกว่า 6000 เซนติเกรย์ (ภาคผนวก ค ตาราง 7) ดังนั้นผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ยังคงมีสุขภาพกายระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี มีอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาและผลกระทบจากโรคและการรักษาไม่ถึงขั้นรุนแรง รวมทั้งในการศึกษารั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกเท่านั้น และผู้ป่วยได้พบแพทย์และพยาบาลเพื่อติดตามอาการทุกสัปดาห์ จึงอาจส่งผลให้สุขภาพกายของผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้ ไม่สามารถที่จะทำนายการรับรู้ภาระการดูแล นอกจากนี้

กิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลต้องดูแลให้กับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ โดยส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น การช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตรประจำวัน อาหาร การรับประทานยา การเดินทางมารับรังสีรักษา และทำแผลเจาะคอ เป็นต้น

แตกต่างจากงานวิจัยหลายงานวิจัย พบว่า สุขภาพกายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแล ดังเช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะการดูแล ($r = -.33, p < .05$) โดยผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันสูง จะมีการรับรู้ภาวะการดูแลต่ำกว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่ำ (จินตนา, ซอลดา, และ สาวิตรี, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาภาวะการดูแลในผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะการดูแล ($r = -0.22, p < .05$) (วิภาวรรณ, ประคอง, และ พรรณวดี, 2539) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผลการศึกษาข้างต้น ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยแบ่งระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับ คือ ได้ทั้งหมด ได้บางส่วน และไม่ได้เลย รวมทั้งลักษณะกิจกรรมที่ผู้ดูแลกลุ่มนี้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยก็มีความหลากหลาย เช่น การช่วยรับประทานยา อาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนไหว การควบคุมการขับถ่าย และการใช้ห้องสุขา เป็นต้น ซึ่งในแต่ละกิจกรรมก็มีความยากง่ายแตกต่างกัน จึงอาจส่งผลให้การศึกษาข้างต้น พบว่า ระดับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแล สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศหลายงานวิจัย พบว่า ระดับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะการดูแล (Zarit et al, 1980; Schott-Bare, 1993; Edwards & Scheetz, 2002) นอกจากนี้ระดับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุยังมีความสัมพันธ์กับความตึงเครียดส่วนบุคคลของผู้ดูแลอีกด้วย (Gilbar, 1998)

ในการศึกษาครั้งนี้สุขภาพกายของผู้ป่วย ไม่สามารถที่จะร่วมทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลได้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพกายระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ และกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติให้กับผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ดังนั้นสุขภาพกายของผู้ป่วยจึงไม่สามารถที่จะทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลในการศึกษาครั้งนี้ได้

ระยะเวลาในการดูแล

ถ้าพิจารณาจากระยะเวลาที่รับรังสีรักษา พบว่า เมื่อผู้ป่วยรับรังสีรักษาในระยะเวลาที่นาน อาการข้างเคียงจากรังสีและผลกระทบจากรังสีจะเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความต้องการพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้นการรับรู้ภาวะการดูแลน่าจะสูงขึ้นแต่การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแล (ตาราง 4) จึงส่งผลให้ระยะเวลาในการดูแลไม่สามารถที่จะร่วมทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลได้ อาจเนื่องจากผู้ดูแลที่ศึกษาในครั้งนี้มีระยะเวลาในการดูแลสั้น โดยมีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 14 - 31 วัน และอาจเนื่องจากสุขภาพของผู้ดูแลที่ยังแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว การได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์และสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ความมั่นใจความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย การเรียนรู้จากเพื่อนในอาคารพักผู้ป่วยและญาติชั่วคราว การได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นมะเร็ง

แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภารกิจที่หนัก ผู้ดูแลต้องใช้ระยะเวลาต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า สุขภาพทรุดโทรม และเกิดการรับรู้ภาวะการดูแลตามมา แต่การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 81.5 มีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 80 และร้อยละ 88.75 ไม่มีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเนื่องจากต้องมาดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลมีสุขภาพที่แข็งแรงถึงแม้ว่าระยะเวลาในการดูแลจะแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ไม่เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “ตั้งแต่ดูแลลงมา ไม่มีเรื่องปวดเมื่อย ปวดหัว รู้สึกไม่เหนื่อย” เป็นต้น จากการศึกษาปัจจัยทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาที่ให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า ระยะเวลาในการดูแลไม่สามารถที่จะทำนายปัญหาสุขภาพและสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลได้ (Gasemgitvatana & Tulyatorn, 1995) แต่ในผู้ดูแลผู้ป่วยที่กลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน พบว่า ระยะเวลาในการดูแลเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยระยะเวลาที่นานมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (Baillie, Norbeck, & Barnes, 1988) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากในระยะแรกที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลจะได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว แต่เมื่อระยะเวลาในการดูแลนานวันเข้า ครอบครัวมักจะให้ความช่วยเหลือและเอาใจใส่ผู้ป่วยลดลง ผลักภาระการดูแลให้ผู้ดูแลเพียงลำพัง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ เกิดความเครียดและมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (สุคศิริ, 2541)

แต่การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยประมาณ 5 วันต่อสัปดาห์ โดยผู้ดูแลจะได้รับการช่วยเหลือจากญาติพี่น้องในการดูแลผู้ป่วยในช่วงวันหยุด ไม่ได้ผลภาระการดูแลให้ผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว โดยผู้ดูแลที่ศึกษาร้อยละ 70 พักอาศัยที่อาคารพักผู้ป่วยและญาติชั่วคราว บ้านเช่า และบ้านญาติ ผู้ดูแลและผู้ป่วยบางส่วนจะกลับบ้านในวันหยุด เมื่อกลับไปถึงบ้าน

ผู้ดูแลและผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี เพราะสมาชิกในครอบครัวไม่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลในระหว่างที่รับรังสีรักษา ดังนั้นจึงส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือและเอาใจใส่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องทุกวัน จึงอาจส่งผลให้ระยะเวลาที่แตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแล ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า “...ช่วงที่กลับบ้าน มีลูกหลานมาดูแลเอาใจใส่สูงเป็นอย่างดี” เป็นต้น

นอกจากการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลยังมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยอีกด้วย โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 50 เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ซึ่งการเป็นคู่สมรสเป็นความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและแนบแน่นทางด้านอารมณ์ที่สุดที่บุคคลมีต่อผู้อื่น ทำให้เกิดความรักความเอื้ออาทรต่อกัน ผู้ดูแลจึงให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือมีอาการทุเลาลง ดังนั้นถึงแม้ว่าระยะเวลาในการดูแลจะแตกต่างกันเล็กน้อยเพียงใด การรับรู้การดูแลไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ ทาวน์เซนด์และ แฟรงค์ (Townsend, & Franks, 1997 อ้างตาม ดาริกา, 2542) พบว่า คู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความพร้อมของการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต เป็นต้น จะประเมินการให้การดูแลที่ให้กับผู้ป่วยว่าเป็นเรื่องของความพอใจ ความผูกพันใกล้ชิดที่คู่สมรสพึงมีต่อกัน แต่จะประเมินการดูแลเป็นทางลบถ้าให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความพร้อมทางความรู้สึกลึกซึ้ง เช่น มีอาการหลงลืม สับสน ย้ำคิดย้ำทำ ประสาทหลอน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้เช่นกันที่พบว่า สุขภาพกายของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแล แต่ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแล

นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่พักที่อาคารพักผู้ป่วยและญาติชั่วคราว ได้มีโอกาสในการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยรับรังสีรักษา รวมทั้งระยะเวลาในการดูแลที่นาน จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวในการดูแล มีความมั่นใจและเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้ระยะเวลาการดูแลที่แตกต่างกันไม่สามารถที่จะทำนายการรับรู้การดูแลได้ รวมทั้งผู้ป่วยร้อยละ 77.5 เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม ผู้ดูแลรู้ว่าผู้ป่วยอยู่กับผู้ดูแลได้อีกไม่นาน ผู้ดูแลเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ดังนั้นระยะเวลาในการดูแลที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถที่จะทำนายการรับรู้การดูแลได้

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยทำนายการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาในการดูแลไม่สามารถที่จะทำนายการรับรู้การดูแลได้ (Goldstein et al., 2004) และระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในการดูแล (Yamamoto-Mitani et al., 2003) รวมทั้งไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ดูแลด้วย (Niyomthai et al., 2003) แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของ มาร์ซี่ และ เกรย์ (Meyers & Gray, 2001) ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลหลัก ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานจะมีการรับรู้ภาวะการดูแลสูงกว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยใน ระยะเวลาสั้น และการศึกษาของเกรเนอร์ (Gayner, 1990 อ้างตาม นมิตา, 2544) พบว่า ผู้ดูแลที่ ให้การดูแลเป็นระยะเวลานาน จะเกิดภาวะจากการดูแลสูงกว่าผู้ให้การดูแลเป็นช่วงสั้นๆ เนื่อง จากระยะเวลาที่ยาวนานมากขึ้น การดูแลที่ต่อเนื่องตลอด และนับวันอาการของผู้ป่วยจะทรุดลง จากภาวะเจ็บป่วย อาจทำให้ผู้ดูแลท้อแท้ เบื่อหน่าย ความหวังลดลง (จารุวรรณ, 2544)

การที่ระยะเวลาในการดูแลไม่สามารถที่จะร่วมทำนุบำรุงการรับรู้ภาวะการดูแลได้ อาจ เนื่องจาก สุขภาพของผู้ดูแลที่ยังแข็งแรงอยู่ การได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจากสมาชิก ในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ความมั่นใจในการดูแล การเรียนรู้จาก สังคม การได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นมะเร็ง