

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรหลายประเทศทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกา พบมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ มะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งที่พบบ่อยมากเป็นอันดับ 7 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 5 (National Cancer Institute, 2003) สำหรับประเทศไทยพบมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากโรคติดเชื้อ (สถิติสาธารณสุข, 2546) มะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งที่พบบ่อยมากเป็นอันดับ 1 โดยภาคใต้พบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมากเป็นอันดับ 1 พบผู้ป่วยร้อยละ 25.6 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด รองลงมาคือ ภาคเหนือพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอร้อยละ 14.4 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด และภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอร้อยละ 12.2 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (Cancer in Thailand, 2003) จากการเก็บข้อมูลของหน่วยมะเร็งวิทยาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2544 จำนวน 494 ราย และในปี พ.ศ. 2546 พบผู้ป่วย 567 ราย (หน่วยมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2546)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความหวาดกลัว วิตกกังวล เศร้าโศก หมดหวัง ไม่แน่นอนในชีวิต และความตาย (ดวงกมล, 2540; ประดิษฐ์, 2539) แต่ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (สกล, 2547) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เนื่องจากบริเวณดังกล่าวเป็นที่ตั้งของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออก บุคลิกภาพ และความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (Happ, Roesch, & Kagan, 2003; Sharp, Laurell, Tiblom, Andersson, & Briksjo, 2004) นอกจากนี้วิธีการรักษาด้วยรังสีรักษาก็มีผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่น้อย ผู้ป่วยมักมีความรู้สึกกลัวตายและกลัวความปวดจากการฉายแสงระหว่างรับรังสีรักษาผู้ป่วยจะมีจิตใจฟุ้งซ่าน เป็นห่วงครอบครัว อยู่กับความไม่แน่นอน ท้อแท้กับการรักษา กังวลกินไม่ได้ หงุดหงิดง่าย และกลัวทรมาณ (อังศุมา และ กานดาวศรี, 2547) ภายหลังจากรับรังสี 2-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมักต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา เช่น เยื่อช่องปากอักเสบ ปวดแสบปวดร้อนในช่องปาก ปากแห้ง คอแห้ง การกลืนลำบาก คลื่นไส้ เลือดออกในปาก และเหนื่อยล้า เป็นต้น (Barsevick, Whitmer, Sweeney, & Nail, 2002; Beach, Siebeneck, Buderer, & Ferner, 2001; Rose-Ped et al., 2002; Sarna & Conde, 2001; Shih et al., 2003) ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่ส่งผลต่อผู้ป่วย แต่มีผลต่อผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่คอยให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่รับรู้ปฏิกิริยาทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด (Higginson, Wade, & McCarthy, 1990 อ้างตาม เต็มศักดิ์, 2542) บทบาทในการดูแลจะประกอบด้วยกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยทางตรงและทางอ้อม กิจกรรมที่กระทำทำให้ผู้ป่วยทางตรง เช่น การช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลด้านความสุขสบายของร่างกาย ติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมทั้งต้องทำหน้าที่ในการสื่อสารแทนผู้ป่วยในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร (เต็มศักดิ์, 2542; Happ et al., 2003; Shih et al., 2003) นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่ยาก (Carey, Oberst, McCubbin, & Hughes, 1991; Lundberg & Trichorb, 2001) ขณะที่กิจกรรมการดูแลรักษาทางอ้อม เช่น การรับบทบาทภายในครอบครัวซึ่งครั้งหนึ่งเคยเป็นหน้าที่ของผู้ป่วย เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัว การดูแลงานบ้าน การซื้อของใช้ที่จำเป็นต่างๆ เป็นต้น (นันทพร, 2545; Andershed, Ternestedt, 1999; Aranda, Hayman-White, 2001) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงงานเพิ่มขึ้น การดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลมักเกิดปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ตามมา เช่น มีปัญหาทางด้านสุขภาพ เหนื่อยล้า (Jensen & Giver, 1991; Martinson, Lin-Chiang, & Yi-Hua, 1997) แยกห่างจากสังคม เป็นต้น (Loke, Liu, & Szeto, 2003; Tsia, 2003) ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะการดูแลขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง (Cater, 2002)

การรับรู้ภาวะการดูแลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งที่ยกให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลที่มีแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัวคอยให้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และไม่รู้สึว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Hardiness) ของผู้ดูแลจะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลลดลงได้ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูง รับรู้และมีความเชื่อมั่นว่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลเผชิญอยู่เป็นสิ่งที่ท้าทาย สามารถควบคุมได้ ผู้ดูแลมีความสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า โดยผู้ดูแลมีแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัวที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (McCubbin, Thompson, & McCubbin, 1996) การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีการปรับตัวที่ดี ผู้ดูแลรับรู้และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งความยากลำบากที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในการดำเนินชีวิต (Carey et al., 1991; Clark & King, 2003) นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว

สูงจะมีภาวะซึมเศร้าและเหนื่อยล้าลดลง แต่มีความผาสุกเพิ่มขึ้น (Clark, 2002; Niyomthai, Putwatana, & Panpakdee, 2003)

ระยะเวลาในการดูแล (Caregiving Duration) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้การดูแลเช่นกัน เนื่องจากการดูแลระยะเวลาที่นาน อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และอ่อนเพลีย (จารุวรรณ, 2544) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องรับรังสีรักษา 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลาประมาณ 6 – 8 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นาน อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้การดูแลเพิ่มขึ้น เนื่องจากระยะเวลาการดูแลที่นานส่งผลให้ผู้ดูแล เกรียด เหนื่อยล้า มีปัญหาทางสุขภาพ (สายพิน และ ประอรนุช, 2538; Baillie, Norbeck, & Barnes, 1988; Lee, Brennan & Daly, 2001) อย่างไรก็ตามระยะเวลาการดูแลที่นานขึ้น อาจทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดี ขึ้นเคยกับการดูแล ส่งผลให้การรับรู้การดูแลน้อยลงได้ (ชูชื่น, 2541)

สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (Physical Health and Depression of Patients) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้การดูแล สุขภาพกายของผู้ป่วยที่ทรุดโทรมและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้จากผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรค และจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษา ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกวิตกกังวล เกรียด ไม่สบายใจ และเกิดการรับรู้การดูแลตามมา ผู้ป่วยที่มีสุขภาพกายที่ทรุดโทรมไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีภาวะซึมเศร้าสูงส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้การดูแลสูงขึ้น (ชูชื่น, 2541; สุจินต์, ช่อลดา, และ นิตยา, 2543) เนื่องจากสุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่กำหนดกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงที่ดีผู้ดูแลจะรับรู้และประเมินสถานการณ์ในการดูแลว่าเป็นสิ่งที่ดีด้วย (Kurtz, Kurtz, Given, & Given, 1995) และผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่รุนแรงส่งผลให้มีความขัดแย้งกับผู้ดูแลได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย (สายพิน และ ประอรนุช, 2538; Carey et al., 1991)

จากการศึกษาการรับรู้การดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การดูแลโดยส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดังเช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีน้อย (Goldstein et al., 2004) ในประเทศไทย ส่วนใหญ่มักศึกษาการรับรู้การดูแลในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยมีความผิดปกติที่คงที่และยาวนาน มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้าๆ ส่วนการศึกษาผู้ดูแลในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นรวดเร็ว และผู้ดูแลมักตระหนักถึงการจากไปของผู้ป่วยตลอดเวลาที่มีน้อย (ชูชื่น, 2541) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ อิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อเป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่

ได้รับรังสีรักษา ในสถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดภาวะการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลได้อย่างเหมาะสม และเพื่อนำไปสู่การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

คำถามการวิจัย

การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

กรอบแนวคิด

การรับรู้ภาวะการดูแล (subjective burden) ในการศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของ ซาริต ริเวอร์ส และบาร์ค-ปีเตอร์สัน (Zarit, Reever, & Bach-Peterson 1980) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา การรับรู้ภาวะการดูแล หมายถึง ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย และเกิดขึ้นจากรู้สึกของผู้ดูแลเองที่มีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านร่างกาย ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานติดต่อกัน ต้องเดินทางมาอยู่กับผู้ป่วยทุกวัน ส่งผลให้ผู้ดูแลพักผ่อนน้อย เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่มีเวลาสนใจตนเอง จนกระทั่งผู้ดูแลมี

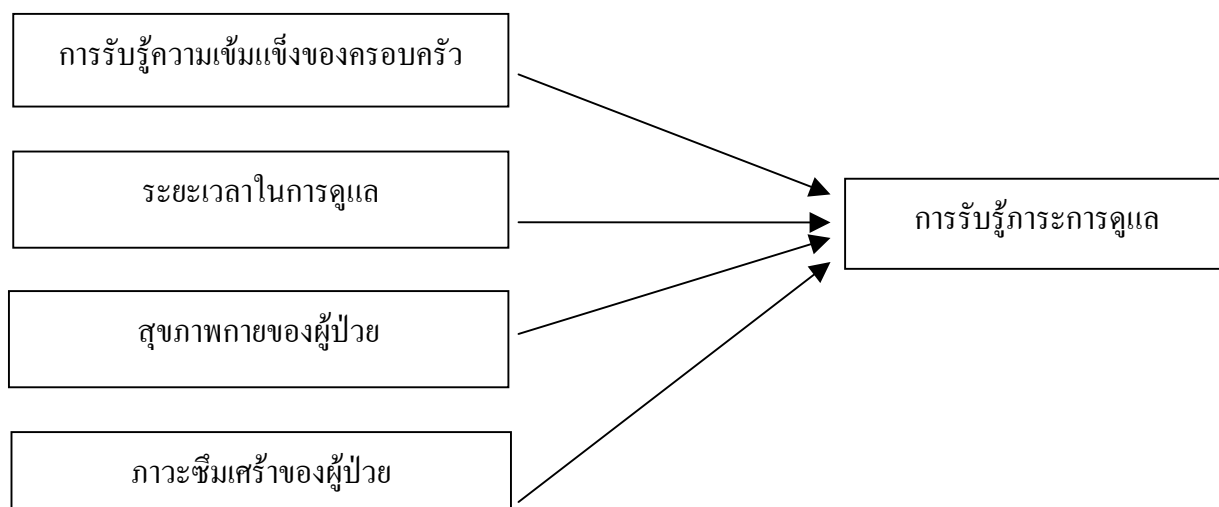
ความรู้สึกว่าเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ และผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป ได้ 2) ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องรับรู้ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง ก่อให้เกิดการสูญเสีย พลัดพราก ผู้ดูแลมีความรู้สึกกลัวถึงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย และลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกที่ผู้ป่วยร้องขอในสิ่งที่มากเกินไป และผู้ดูแลมีความรู้สึกเครียดเนื่องจากตัวผู้ดูแลเองด้วย โดยผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าสิ่งที่ผู้ดูแลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ ผู้ดูแลน่าจะให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่านี้ 3) ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านสังคม ผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าติดต่อกับสังคมและเพื่อนฝูงลดน้อยลง ผู้ดูแลรู้สึกไม่สะดวกในการมีเพื่อนฝูงและออกงานสังคม รู้สึกว่าเวลาส่วนตัวลดลง และ 4) ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลต้องมาดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ หรือผู้ดูแลบางรายต้องออกจากงานประจำที่ปฏิบัติอยู่ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกขาดรายได้ แต่มีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น ไม่มีเงินในการดูแลผู้ป่วย และในบางครั้งผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องหยุดรายจ่ายของตนเองลงด้วยภาวะขาดรายได้ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด สิ้นหวัง และส่งผลให้มีการรับรู้ภาระการดูแลที่สูงตามมา การรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลขึ้นกับปัจจัยดังนี้

การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Hardiness) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของ แมคคubinและคณะ (McCubbin et al., 1996) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเชื่อมั่นว่าสถานการณ์ในการดูแลเป็นสิ่งที่ทำนาย สามารถควบคุมได้ และผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูงจะรับรู้ภาระการดูแลลดลง

ระยะเวลาในการดูแล (Caregiving Duration) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย อ่อนเพลีย เนื่องจากไม่มีส่วนตัว และการพักผ่อนไม่เพียงพอ ระยะเวลาในการดูแลนานส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลสูงขึ้น

สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (Physical Health and Depression of Patients) สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ทั้งจากผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรค และอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา ผู้ป่วยที่มีสุขภาพกายดี ส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าสูงส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลสูงขึ้น

ดังนั้นการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดแสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้การดูแล

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณโพรงจมูก ไช้นัส ริมฝีปาก ในช่องปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ลิ้น เพดานแข็ง กล่องเสียง คอหอยส่วนบน (oropharynx) ส่วนบนของคอหอยที่ต่อกับจมูก (nasopharynx) ไฮโปฟาลังค์ (hypopharynx) หูชั้นกลาง ลูกตา และต่อมน้ำลาย และได้รับรังสีรักษาวิธีเดียว โดยได้รับรังสีรักษาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ขึ้นไปหรือได้รับรังสีรักษาตั้งแต่ 2,000 เซนติเกรย์ ขึ้นไป

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลซึ่งรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระบบเครือญาติ เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

การรับรู้การดูแล หมายถึง ความรู้สึก หรือทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบวัดการรับรู้การดูแลของ ซาริตและคณะ (Zarit et al., 1980) ผู้วิจัยแปลแบบวัดเป็นภาษาไทย ประกอบด้วย ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ที่เกิดขึ้นจากการดูแล

การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว หมายถึง การรับรู้และความเชื่อมั่นของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลเผชิญว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย สามารถควบคุมได้ ผู้ดูแลมีความสามารถวางแผนในการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า โดยผู้ดูแล

มีแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัวที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และมีความสามารถในการทำงานร่วมกันภายในครอบครัว ประเมินโดยใช้แบบวัดความเข้มแข็งของครอบครัวของแมคคubin และคณะ (McCubbin et al., 1996) แปลโดยนิยมไทยและคณะ (Niyomthai et al., 2003) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมและพันธสัญญาร่วมกัน ความมั่นใจและความเชื่อมั่น ความท้าทาย และความสามารถที่จะควบคุม

ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ดูแลต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก

สุขภาพกายของผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงระดับความสามารถทางด้านร่างกายของตนเองที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแล ประเมินโดยใช้แบบวัดระดับความสามารถทางด้านร่างกาย The Kornofsky Performance Status Scale: KPS ของ มอร์ ลาลิเบอร์ตี มอร์รี่ และไวส์แมน (Mor, Laliberte, Morris, & Wieman, 1984) นำมาใช้โดยชูชื่น (2541)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแล ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale: CES-D ซึ่ง วิไล และ พนม (2540) นำมาแปลงใช้ในคนไทย

ขอบเขตของงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่มารับการรักษาที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และในช่วงที่เก็บข้อมูลผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยรังสีรักษาเพียงวิธีเดียว โดยผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาแบบอื่นมาก่อน เช่น เคมีบำบัด การผ่าตัด และยาสมุนไพร เป็นต้น

ความสำคัญของงานวิจัย

1. พยาบาลมีแนวทางในการวางแผนการพยาบาล เพื่อลดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก
2. พยาบาลมีแนวทางในการส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก