

บทที่ 2

วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ในบทนี้นำเสนอวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1. มะเร็งศีรษะและคอและรังสีรักษา
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับมะเร็งศีรษะและคอ
 - 1.2 การรักษา มะเร็งศีรษะและคอ
 - 1.3 รังสีรักษาและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
 - 1.4 ผลกระทบจากโรคและรังสีรักษาต่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
3. การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
4. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
 - 4.1 การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแล
 - 4.2 ระยะเวลาในการดูแล
 - 4.3 สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

มะเร็งศีรษะและคอและรังสีรักษา

แนวคิดเกี่ยวกับมะเร็งศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง มะเร็งบริเวณโพรงจมูก ไซนัส ริมฝีปาก ในช่องปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ลิ้น เพดานแข็ง ก่อเสียง คอหอยส่วนบน (oropharynx) ส่วนบนของคอหอยที่ต่อกับจมูก (nasopharynx) ไฮโปฟาริงค์ (hypopharynx) หูชั้นกลาง ลูกตา และต่อมน้ำลาย (Brady, Heilman, & Molls, 2003) บริเวณที่พบมากที่สุดแก่ บริเวณช่องปาก และคอหอย ชนิดของมะเร็งโดยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 เป็นชนิดเซลล์แผ่นเรียบมีเกร็ด (squamous cell) (Eng & Vokes, 2003) สาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งศีรษะและคอ คือ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อมยาเส้น และการเคี้ยวหมาก (ประยูร, 2544) มะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งที่แพร่กระจายจากอวัยวะอื่น ร้อยละ 3 -7 (Khuri et al., 1999 cited by Eng & Vokes, 2003) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพียง 1 ใน

3 เท่านั้นที่มารับการรักษาในระยะแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมารับการรักษาเมื่อมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามแล้ว (Eng & Vokes, 2003) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระยะ 1 และ 2 สามารถรักษาให้หายขาดได้ร้อยละ 95 ส่วนผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 3 และ 4 มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้แต่มีอัตราการลดลงมาก ในผู้ป่วยบางรายรักษาเพื่อหวังผลยืดชีวิตให้ยาวนาน หรือลดอาการปวด และทุกข์ทรมานจากโรค (สุเมธ, 2541)

การรักษา มะเร็งศีรษะและคอ

การรักษา มะเร็งศีรษะและคอ ต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ คือ ผลการรักษา ผลทางด้านหน้าที่การทำงานของร่างกาย และความต้องการของผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอในระยะที่ 1 และ 2 จะรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาเพื่อมุ่งหวังให้หายขาด ส่วนในรายที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลามเกินกว่าที่จะรักษาให้หายขาดได้ การผ่าตัดจะเป็นวิธีที่ดี ถ้าสามารถตัดก้อนออกได้ แต่ถ้าก้อนมะเร็งอยู่ในบริเวณที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ เช่น หลังโพรงจมูก เพดานปาก การรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นวิธีที่ดีที่สุด (ประยูทธ์, 2544) เป้าหมายของการรักษาด้วยรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมี 2 เป้าหมาย คือ 1) การรักษาเพื่อมุ่งหวังให้หายขาด และ 2) การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (Brady et al., 2003)

รังสีรักษาทำให้เกิดปฏิกิริยาของรังสีกับเนื้อเยื่อที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติ และเนื้อเยื่อที่ปกติบริเวณรอบๆรอยโรค รังสีรักษานอกจากจะช่วยทำลายหรือยับยั้งการเจริญของเซลล์ผิดปกติแล้ว ยังมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ดีโดยรอบอีกด้วย ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยบางรายจึงเกิดอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา (ศิริพร, 2542) ทั้งนี้เนื่องจากรังสีรักษาจะมีการทำลายเซลล์มะเร็งและเนื้อเยื่อปกติโดยใช้ปฏิกิริยาทางเคมีไปหยุดยั้ง ดีเอ็นเอ (deoxyribonucleic acid: DNA) โดยใช้ประจุรังสี (ionizing radiation) ทำลายโครโมโซม (chromosomes) และการแบ่งตัวของเซลล์ (mitotic apparatus) เมื่อ ดีเอ็นเอถอดแบบ (deoxyribonucleic acid replication) ส่งผลให้เกิดการยับยั้งการทำงานของเซลล์ปกติ และรังสีจะไปทำปฏิกิริยากับน้ำและออกซิเจน ได้สารประกอบชนิดอนุมูลอิสระ (free radicals) จึงส่งผลให้เกิดการทำลายเซลล์ที่ปกติเพิ่มมากขึ้น (Shih et al., 2003) เมื่อรังสีเข้าไปในเนื้อเยื่อจะสูญเสียพลังงานไป โดยปกติปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในการรักษามะเร็งด้วยรังสีจะเป็นชนิดคอมทอน-เอฟเฟกต์ (compton - effect) โดยรังสีโฟตอน (photon) จะวิ่งเข้าไปชนกับอิเล็กตรอนที่อยู่รอบนิวเคลียส ทำให้อิเล็กตรอนกระเด็นออกจากวงจร และได้พลังงานออกมาเป็นโฟตอนที่มีพลังงานลดลง การหักเหไปจากทิศทางเดิมของรังสี ส่งผลให้อิเล็กตรอนที่กระเด็นออกไปวิ่งไปชนกับอิเล็กตรอนตัวอื่นที่อยู่รอบๆบริเวณที่ได้รับรังสี (ประยูทธ์, 2544) ผลกระทบต่อเซลล์หรือเนื้อเยื่อจะมีความรุนแรงไม่เท่ากัน อาจเกิดช้าหรือเร็วแตกต่างกันออกไป ขึ้นกับปริมาณรังสีที่ได้รับ ระยะเวลาของการรักษา บริเวณหรือตำแหน่งที่ได้รับรังสี ความทนทานหรือสภาพร่างกายของผู้ป่วย (ศิริพร, 2542)

ปริมาณรังสีที่ใช้รักษา เซลล์แผ่นเรียบ มีเกร็ด (squamous cell) เพื่อมุ่งหวังให้หายขาดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจะใช้ปริมาณ 6,000 - 7,000 เซนติเกรย์ ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของมะเร็ง โดยปกติฉายรังสีแก่ผู้ป่วยวันละ 180 - 200 เซนติเกรย์ ฉายรังสีสัปดาห์ละ 5 วัน ใช้เวลาประมาณ 6 - 8 สัปดาห์ ปริมาณรังสีเพื่อบรรเทาอาการ 3,000 เซนติเกรย์ ใน 2 สัปดาห์ ปริมาณรังสีเพื่อฆ่าเชื้อโรค (sterile microscopic disease) 5,000 เซนติเกรย์ ใน 5 สัปดาห์ ปริมาณรังสีก่อนการผ่าตัด 4,000 - 4,500 เซนติเกรย์ ใน 4 - 5 สัปดาห์ และปริมาณรังสีสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด 5,500 เซนติเกรย์ ใน 6 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดออกได้หมด แต่ถ้าหากมีรอยโรคหลงเหลืออยู่ (residual disease) ต้องให้รังสี 6,500 - 7,000 เซนติเกรย์ ใน 7 - 8 สัปดาห์ เริ่มฉายรังสีภายหลังผ่าตัดแล้ว 3 - 4 สัปดาห์ หรือแผลหายดีแล้ว (ประยูทธ์, 2544)

รังสีรักษาและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

อาการข้างเคียงของรังสีรักษาสามารถแบ่งได้ 2 ประเภทใหญ่ คือ 1) อาการข้างเคียงระยะเฉียบพลัน เป็นอาการข้างเคียงที่เกิดกับบริเวณที่รับรังสีรักษาและอวัยวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเริ่มเกิดอาการตั้งแต่เริ่มรับรังสีรักษา และ 2) อาการข้างเคียงระยะเรื้อรัง มักเกิดขึ้นหลังจากรับรังสีรักษาเสร็จสิ้นไปแล้วนานหลายเดือนจนถึงหลายปี ซึ่งอาจเกิดจากการเกิดก้อนเนื้อ (stroma) ของหลอดเลือด ทำให้ อีพิทีเลียมเซลล์ (epithelium cell) เกิดการแบ่งตัวเพิ่มขึ้น เลือดไหลผ่านได้น้อย และเกิดพังพืด (fibrosis) ตามมา (ประยูทธ์, 2544) จากการศึกษาเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ของโรส-เพด และคณะ (Rose-Ped et al., 2002) โดยศึกษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 33 ราย ผู้ป่วยร้อยละ 75 ได้รับรังสีรักษาวันละ 1 ครั้ง สัปดาห์ละ 5 วัน ติดต่อกัน ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาตั้งแต่ 3 สัปดาห์ ถึง 16 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาร้อยละ 25 มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.7 วันต่อคน อาการข้างเคียงจากรังสีรักษามีดังนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 90 เกิดเชื่อบุในช่องปากอักเสบและมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรส ร้อยละ 20 มีแผลในคอ ร้อยละ 18 มีแผลในปากและมีอาการปวด ร้อยละ 14 ปากแห้ง ร้อยละ 13 มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน ร้อยละ 9 มีอาการคลื่นไส้ และร้อยละ 6 มีอาการเหนื่อยล้า

เชื่อบุในช่องปากอักเสบ (oral mucositis) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณช่องปากและลำคอจะเกิดการอักเสบของเชื่อบุในช่องปากและคอหอยได้เมื่อได้รับรังสีตั้งแต่ 2,000 เซนติเกรย์ ขึ้นไป หรือประมาณสัปดาห์ที่ 2 ของการรับรังสีรักษา บริเวณที่เริ่มเกิดการอักเสบคือ บริเวณเพดานอ่อนในปาก (soft palate) เมื่อได้รับรังสีมากขึ้นจะมีลักษณะแผ่นฝ้าสีขาวปกคลุม (เต็มศักดิ์, มปป) กระบวนการเกิดการอักเสบมี 4 ขั้นตอน คือ 1) ระยะที่หลอดเลือดมีการอักเสบ (inflammatory vascular phase) เมื่อเริ่มรับรังสีรักษาไซโตไคน์ (cytokines) ซึ่งถูกปล่อยจากเชื่อบุผิว (epithelium) และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

(connective tissue) ไชโตคาย ประกอบด้วย ทูเมอร์เนคโครติก เฟคเตอร์-เอลฟา (tumor necrosis factor- α) อินเตอร์ลิวคิน-วัน (interleukin - I) และ อินเตอร์ลิวคิน-ซิกส์ (interleukin - 6) สารเหล่านี้จะส่งเสริมให้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ โดยทำให้เกิดการบาดเจ็บของเซลล์ชั้นใต้เยื่อหลอดเลือดในช่องปาก (subepithelial vascularity) 2) ระยะอพิทีเลียม (epithelial phase) ประจุของรังสีจะมีผลด้านลบต่อการเจริญเติบโตของเซลล์ ส่งผลให้เซลล์ในเยื่อช่องปากลีบและมีแผล บริเวณเยื่อช่องปากจะแดงร้อน หลอดเลือดอักเสบ เยื่อในช่องปากบางลง 3) ระยะเกิดแผล (ulceration phase) เมื่อเนื้อเยื่อลีบ และถูกยับยั้งการทำหน้าที่ตามปกติ ทำให้เนื้อเยื่อตาย และเกิดแผลในปาก ในขณะที่เดียวกัน ไชโตคายก็จะเพิ่มจำนวนมากขึ้น แบคทีเรียในช่องปากเพิ่มมากขึ้น พบมากคือแบคทีเรียกรัมลบ สารพิษจากแบคทีเรีย (endotoxin) จะกระตุ้นให้เกิดการบาดเจ็บของเซลล์เพิ่มมากขึ้น และ 4) ระยะการหาย (healing phase) เซลล์จะมีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่เมื่อฉายรังสีเสร็จ (Shih et al., 2003) การอักเสบของเยื่อช่องปากจะหายเป็นปกติเมื่อหยุดรับรังสีรักษา 2 - 3 สัปดาห์ (เต็มศักดิ์, มปป)

อาการปากแห้ง (xerostomia) เป็นอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเช่นเดียวกับเยื่อช่องปากอักเสบ จากการศึกษาผลของรังสีรักษาต่อช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 65 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 91.8 มีอาการปากแห้ง (Epstein et al., 1999 cited by Shih et al., 2003) และการศึกษาอาการข้างเคียงของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอคนไทยจำนวน 60 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 98.25 มีอาการปากแห้ง ซึ่งเป็นอาการที่พบมากเป็นอันดับ 1 (ครุณี, ยุวดี, พิทยภูมิ, และ จารุวรรณ, 2539) อาการปากแห้งเกิดขึ้นเนื่องจากการสร้างน้ำลายลดลง มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของต่อมน้ำลาย ถ้าได้รับรังสีน้อยกว่า 6,000 เซนติเกรย์ การบวมและการอักเสบของต่อมน้ำลายจะกลับมาเป็นปกติ แต่ถ้าได้รับรังสีมากกว่า 6,000 เซนติเกรย์ จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของต่อมน้ำลาย นอกจากนี้ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในช่องปากเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกลไกป้องกันในน้ำลายลดลง ผู้ป่วยรู้สึกน้ำลายเหนียวขึ้นมากกว่าปกติ ผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บปากและลำคอ ไม้รับรู้อุรส แต่มีรสเค็มและรสขมอยู่ในปาก และผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณช่องปากและมีอาการปากแห้ง มีโอกาสเกิดฟันผุ (dental caries) ได้ง่ายเนื่องจากภาวะความเป็นกรดในช่องปากเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากมีปริมาณน้ำลายหมุนเวียนน้อย และปริมาณรังสีที่มากขึ้นทำให้เส้นเลือดบริเวณรากฟันเปลี่ยนแปลง มีการทำลายเยื่อหุ้มรอบฟันร่วมด้วย (ประยูร, 2544)

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจะประสบปัญหาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เช่น ผิวแห้ง (dryness) อาการคันบริเวณผิวหนัง (itching) ผิวหนังแดงร้อน (erythema) และผมร่วง (hair loss) เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เกิดขึ้นเนื่องจากประจุรังสี (ionization) ทำปฏิกิริยากับผิวหนัง ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีตั้งแต่ 2,000 เซนติเกรย์

ขึ้นไป จะเกิดปฏิกิริยาของรังสีต่อผิวหนัง (Korinko & Yurick, 1997) จากการศึกษาเกี่ยวกับผลของรังสีรักษาต่อการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 73 ราย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาร้อยละ 44.1 มีปัญหาเรื่องการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง โดยอาการจะเกิดเมื่อได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 4 และปริมาณรังสีที่ได้รับมากกว่า 2,700 เซนติเกรย์ขึ้นไป (Olsen et al., 2001) และการศึกษาผลของรังสีรักษาต่อการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 53 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 90.56 มีปัญหาเรื่องการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจากรังสีรักษา บริเวณที่พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังมากที่สุด คือ บริเวณคอ รองลงมาคือ บริเวณขากรรไกรล่าง และบริเวณหู ตามลำดับ โดยการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจะพบมากในช่วงสัปดาห์ที่ 5 ของการรับรังสีรักษา ปริมาณรังสีที่ได้รับ 4,320 เซนติเกรย์ (Porock, Nikoletti, & Cameron, 2004) แต่การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งคนไทย พบว่า การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจะเกิดขึ้นประมาณสัปดาห์ที่ 3 ของการรับรังสีรักษา ปริมาณรังสีที่ได้รับ 3,000 เซนติเกรย์ขึ้นไป (ดรุณี และ คณะ, 2539)

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจะติดเชื้อและเสียเลือดได้ง่าย เนื่องจากไขกระดูกและต่อมน้ำเหลือง (lymphoid tissue) มีความไวต่อรังสีมาก จะพบการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเม็ดเลือดชนิดต่างๆลดลง อาจเนื่องจากการแตกทำลายของเม็ดเลือดโดยตรงหรือมีการเสียเลือด รวมทั้งจากการสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูกลดลง ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาพบว่า เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ที่เจริญเติบโตเต็มที่ที่จะไวต่อรังสีมาก ปริมาณของรังสีแม้เพียงเล็กน้อยทำให้เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ลดลงอย่างรวดเร็ว และกลับคืนสู่ระดับปกติช้ากว่าเม็ดเลือดชนิดอื่น ถ้าเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 2,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เซนติเมตร หรือเกร็ดเลือดน้อยกว่า 8,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เซนติเมตร ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเกิดภาวะติดเชื้อและเลือดออกได้ง่าย (ศิริพร, 2542)

นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 90 ที่ได้รับรังสีรักษาจะประสบกับอาการเหนื่อยล้าขึ้นระหว่างรับรังสีรักษา (Fieles, 1997) การศึกษาผลของรังสีรักษาต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์สุดท้ายจะมีอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด และอาการเหนื่อยล้าจะค่อยๆลดลงหลังรับรังสีรักษา 4 สัปดาห์ (Barsevick et al., 2002) กลไกการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนว่าเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุที่เป็นไปได้ เช่น การเพิ่มขึ้นของการเผาผลาญที่ไม่ใช้ออกซิเจน การเปลี่ยนแปลงของพลังงาน การเกิดปฏิกิริยาออกซิเดชัน ภาวะโลหิตจาง และความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ (Winningham et al., 1994)

จากรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเกิดอาการข้างเคียงจากรังสีรักษามากมาย อาการข้างเคียงจากรังสีรักษาและผลกระทบจาก

พยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ผลกระทบจากโรคและรังสีรักษาต่อผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ประกอบด้วยผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายเนื่องจากภาวะโรคที่เกิดขึ้นและอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา อาการข้างเคียงที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาคือ เยื่อในช่องปากอักเสบ จากการศึกษาเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 33 ราย พบว่า ภาวะเยื่อในช่องปากอักเสบที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ผู้ป่วยร้อยละ 88 มีความยากลำบากในการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ ร้อยละ 29 น้ำหนักลด 17 - 79 ปอนด์ ร้อยละ 54 มีการสูญเสียการรับรสอาหารอย่างสมบูรณ์ (Rose-Ped et al., 2002) นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและกล่องเสียง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 75 มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร และปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอาการปากแห้งที่เกิดจากอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา ($r = 0.42, p < 0.05$) (Langius, Bjorvell, & Lind, 1993) จากปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในด้านโภชนาการ การศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 74 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 31 มีปัญหาทางด้านโภชนาการ โดยมีระดับอัลบูมินต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ผลการศึกษายังพบว่า ปัญหาโภชนาการพบมากในสัปดาห์ที่ 4 (Beach et al., 2001)

นอกจากผลกระทบเกี่ยวกับความสามารถในการรับประทานอาหาร ภาวะเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง และมีปัญหาเรื่องการนอนหลับในตอนกลางคืน (Berger & Ferr, 1999) ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอและรู้สึกอ่อนเพลีย นอกจากนี้รังสีรักษายังส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเสียงแหบไม่สามารถสื่อสารได้ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาร้อยละ 29 มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร (Rose-Ped et al., 2002) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดก่อนรับรังสีรักษา ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการสื่อสารมาก ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเรื่องการได้ยินร่วมด้วย เนื่องจากระบบประสาทที่ควบคุมเกี่ยวกับการได้ยินถูกทำลาย ในผู้ป่วยเหล่านี้อาจพบว่ามีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย (Happ et al., 2003)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ การเจ็บป่วยก่อให้เกิดผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผลกระทบด้านจิตใจที่สำคัญคือภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเริ่มตั้งแต่

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยร้อยละ 75 เกิดภาวะซึมเศร้าหลังจากรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง (สถาพร, 2537) เนื่องจากการรับรู้ว่าเป็นมะเร็งทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะต้องเผชิญหน้ากับความตาย ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวความทุกข์ทรมานที่ยาวนาน รู้สึกสูญเสียหน้าที่ และการควบคุมตนเอง รวมทั้งการตระหนักว่าการมีชีวิตอยู่ในขณะนี้ เป็นเพียงช่วงสั้น ครั้นสุดท้าย หรืออาจจะเป็นห่วงคนที่อยู่ข้างหลัง เช่น คู่สมรส บุตร เป็นต้น (อานนท์, 2542) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาโดยส่วนใหญ่ จะมาพบแพทย์เมื่อผ่านการรักษาโดยวิธีต่างๆตามความเชื่อ เช่น การใช้สมุนไพร ยาหม้อ เป็นต้น เมื่อการรักษาไม่ได้ผลจึงมาพบแพทย์ด้วยอาการมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่หมดหวังเหล่านี้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรค และเป็นการรักษาเพื่อพยายงอาการ ไม่ได้หวังผลให้หายขาด ผู้ป่วยมักเสียชีวิตในระยะเวลาสั้น การรับรังสีรักษาเพื่อยืดชีวิต จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากเข้าใจผิดว่ารังสีรักษาทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น (สุเมธ, 2541) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ผู้ป่วยจะนอนติดเตียง ไม่สื่อสารกับใคร และมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตายตามมา (อานนท์, 2542) จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษาจำนวน 58 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 1 มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นร้อยละ 10.3 และในสัปดาห์สุดท้ายของการรับรังสีรักษาพบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.3 โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าให้ความรู้สึกท้อใจชีวิตเป็นสิ่งที่สนุกสนาน และชีวิตข้างหน้าเป็นสิ่งที่ได้ระดับคะแนนน้อยที่สุด (Rose & Yates, 2001) และการศึกษาเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 33 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 38 มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นระหว่างรับรังสีรักษา (Rose-Ped et al., 2002)

ในประเทศไทย ได้มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด จำนวน 60 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 40 มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าด้านสภาพอารมณ์มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านความรู้สึกเบื่อหน่าย (รวีวรรณ, วรรณวิไล, และ นิตยา, 2546) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา นอกจากผู้ป่วยจะมีความรู้สึกซึมเศร้าซึ่งเป็นอาการทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยแล้ว ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีความรู้สึกอื่นร่วมด้วย เช่น วิดกกังวล กลัว และสับสน เป็นต้น จากการศึกษาความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งไทยพุทธที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 79 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 30.8 มีความวิตกกังวล ร้อยละ 17.6 รู้สึกกลัว และร้อยละ 7.2 รู้สึกสับสน (Lundberg & Trichorb, 2001)

3. ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ป่วยมะเร็งมีบทบาททางสังคมและครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ แต่การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตร

ประจำวันได้ตามปกติ รวมทั้งการปฏิบัติอาชีพหน้าที่การงาน ถูกแยกจากสังคม และมีผลต่อสถานะทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (นิตยา, 2541) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งยังมีความเจ็บปวดที่ต้องสูญเสียบทบาทที่สำคัญในสังคมและครอบครัว มีความวุ่นวายใจ และปฏิเสธที่จะแสดงให้ผู้อื่นรู้ถึงสภาพพจน์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป รู้สึกตนเองไม่มีประโยชน์ (อาร์นาโด, 2547) จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดจะมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สะดวกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (นิตยา, อารี, และ โชมพัคตร์, 2545) และในผู้ป่วยมะเร็งบางรายมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่หุนหันผองง่าย โกรธง่าย รู้สึกตนเองเป็นภาระให้กับสมาชิกในครอบครัว และกลัวถูกทอดทิ้ง (จำลอง, 2547) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการปรับตัวกับความเครียดลดลงกลัวผู้อื่นรังเกียจภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจึงมักชอบแยกตัวอยู่คนเดียว ทำให้ขาดความสนุกสนานร่าเริงที่ได้จากสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง (Baker, 1995 อ้างตาม นิตยา และคณะ, 2545)

4. ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นตัวตนภายในของผู้ป่วยเป็นส่วนที่ลึกซึ้งที่สุด อาจเป็นความสุข การยอมรับ ความเคารพและบูชาสิ่งใดสิ่งหนึ่ง บุคคลใดบุคคลหนึ่ง ความเชื่อและศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (วิรัช, 2542) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับรู้ความไม่แน่นอนของชีวิต และขาดการปฏิบัติกิจทางศาสนาเมื่อเจ็บป่วย (แสงอรุณ, อังศุมา, และ อภรณ์, 2539) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะมีผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณได้มาก เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการตอบสนองตามความเชื่อ โดยเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง หรือขาดบุคคลอื่นเป็นที่รักมาอยู่ใกล้ซัดในวาระสุดท้ายของชีวิต (นิตยา, 2541) จากการศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งได้รับผลกระทบด้านจิตวิญญาณจากโรคและการรักษาคือ ผู้ป่วยร้อยละ 74.67 ไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ดั้งเดิม เนื่องจากความหวาดหวั่นจากการรักษา ความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของชีวิต ความทุกข์ทรมาน และความกลัวความเจ็บปวดและความตาย และร้อยละ 76 ต้องเปลี่ยนแปลงจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิต (บุปผา, 2536)

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีความต้องการการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล ความต้องการการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ประกอบด้วย 1) ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย 2) ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ 3) ความต้องการการดูแลด้านสังคม และ 4) ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังรายละเอียดดังนี้

1. ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีความต้องการการดูแลด้านร่างกายอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียทั้งจากพยาธิสภาพจากโรคและอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลในด้านกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมะเร็งโดยส่วนมากจะมีอาการเบื่ออาหาร และผลจากมะเร็งในช่องปากและรังสีรักษาส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ เนื่องจากเจ็บปาก การเคี้ยวและกลืนลำบาก และพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 88 มีความยากลำบากในการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ (Rose-Ped et al., 2002) ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอกับความ ต้องการ ผู้ป่วยที่มีอาการปากแห้ง เจ็บในปาก กลืนลำบาก ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปาก บ้วนปากบ่อยๆ พยายามหาอาหารที่มีความชุ่มชื้นในช่องปาก หรือกระตุ้นน้ำลาย ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง และในผู้ป่วยที่มีการอักเสบในช่องปากอย่างรุนแรงจนกระทั่งไม่สามารถที่จะรับประทานอาหารได้ ผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง

ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยล้า จากภาวะโรคและจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษา (Sarna & Conde, 2001) รวมทั้งความปวดที่เกิดขึ้นจากมะเร็งเป็นสาเหตุ โดยตรงที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ (นิยา, 2546) หรือเกิดจากความไม่สบายจากเหงื่อออกพบได้ร้อยละ 28 ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (สถาพร, 2537) อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้เพียงช่วงสั้น ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยสบายมากที่สุด พยายามลดสิ่งเร้าที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ จัดสิ่งแวดล้อมให้มีบรรยากาศเหมาะสมในการนอน ช่วยเช็ดเหงื่อให้ผู้ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอในผู้ป่วยมะเร็งที่ตัดกล่องเสียงออก และผู้ป่วยที่เสียงแหบเนื่องจากอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา ผู้ป่วยมีความต้องการให้ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในเรื่องการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น (Happ et al., 2003) รวมทั้งการช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเองด้วย เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาต้องมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องเดินทางไปกลับระหว่างโรงพยาบาลกับที่พักทุกวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถที่จะ

เดินทางมารับการรักษาเพียงลำพังได้ เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย ผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องเดินทางมากับผู้ป่วยทุกวัน

2. ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจ นับตั้งแต่การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยรู้สึกว้าโรคมะเร็งหมายถึงความตายส่งผลให้จิตใจของผู้ป่วยเปราะบาง (อานนท์, 2542) รวมทั้งการเป็นมะเร็งก็รยะและคอยมีผลต่อสภาพลักษณะของผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากเป็นบริเวณที่สามารถสังเกตได้ง่าย และเมื่อได้รับรังสีรักษาจะมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี (ศิริพร, 2542) ผู้ป่วยมะเร็งโดยส่วนใหญ่จะกลัวรังสีรักษา (อังศุมา และ กานดาศรี, 2547) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งจึงมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์อย่างมาก ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์จากผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเพื่อประคับประคองด้านจิตใจของผู้ป่วยโดยการพูดคุยให้กำลังใจ ปลอบโยน สัมผัส อยู่เป็นเพื่อน การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์เป็นสิ่งที่ยาก ต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์ ผู้ดูแลต้องมีความอดทนและใจเย็นเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติ ผู้ดูแลต้องมีทักษะในการรับฟังในเรื่องต่างๆที่ผู้ป่วยพูดระบาย และต้องรับฟังหลายครั้งในเรื่องเดิม และที่สำคัญผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วยตระหนักว่าผู้ดูแลพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเสมอ สร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่อบอุ่น การประคับประคองด้านจิตใจจะมีผลต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยอย่างมาก (เต็มศักดิ์, 2542)

3. ความต้องการการดูแลด้านสังคม ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการการดูแลด้านสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น ถ้าอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น ยินดีและจริงใจที่จะให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย (Bloom, 1982 อ้างตาม อานนท์, 2542) ผู้ป่วยมะเร็งแสดงบทบาททางสังคมและครอบครัวได้ลดลง จึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากบุคคลในครอบครัว จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านสังคม คือ มีความต้องการได้รับการพึ่งพาที่ดี และมีครอบครัวที่สมบูรณ์ (นียา และ คณะ, 2545) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความต้องการให้สมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันตลอดไป มีความเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (จำลอง, 2547)

4. ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ ความสามารถรับรู้ถึงความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการเป็นสิ่งที่สำคัญ และยังเป็นการส่งผู้ป่วยให้จากไปอย่างสมเกียรติภูมิของความเป็นมนุษย์ การได้รับการดูแลจากบุคคลที่ผู้ป่วยผูกพัน การได้ฟังเสียงสวดมนต์ การได้เห็นผ้าเหลือง (พระภิกษุ) หรือการได้อยู่อย่างสงบปราศจากการรบกวนใดๆ ความต้องการเหล่านี้ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน (สิวลี, 2547) ผู้ป่วยมะเร็งก็รยะและคอยที่ได้รับรังสีรักษามีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งความหวังที่จะหายจากโรค ความสุขสบาย และไม่ทุกข์ทรมานจากโรค ถือเป็นความต้องการทางด้านจิตวิญญาณที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา (ผ่องศรี และ รุ่งนภา, 2538) ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะปฏิบัติตามความเชื่อที่ผู้ป่วยให้ความเคารพนับถือ ต้องการปฏิบัติกิจทางศาสนา ต้องการมีผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิดตลอดเวลา จากการศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 56 ต้องการหายจากโรค ร้อยละ 37.33 ต้องการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และร้อยละ 36 ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด (บุปผา, 2536) ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วยตระหนักว่าผู้ดูแลพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ต้องคอยช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้แสดงความเชื่อทางศาสนา

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงมีความต้องการการช่วยเหลือเพื่อให้สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิตได้ บุคคลที่มีบทบาทในการช่วยเหลือที่สำคัญคือคนใกล้ชิดหรือครอบครัว ซึ่งจะเป็นภาระในการดูแลที่หนักและต้องดูแลต่อเนื่องเป็นเวลานาน การศึกษาในครั้งนี้จึงได้ศึกษาถึงการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ภาระการดูแล (caregiver burden) เป็นปรากฏการณ์ทางการแพทย์มาตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 18 เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเด็ก สามี และผู้สูงอายุ (Reverby, 1987 cited by Hoffmann & Mitchell, 1998) ภาระการดูแลมีทั้งความหมายของผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับจากการดูแลผู้ป่วย (objective burden) และความรู้สึกหรือทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดูแลผู้ป่วย (subjective burden) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ความหมายความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยของ ซาริทและคณะ (Zarit et al., 1980) เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซาริทและคณะ ได้ให้ความหมายการรับรู้ภาระการดูแล (subjective burden) หมายถึง ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ทางด้านร่างกาย 2) ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านจิตใจ 3) ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านสังคม และ 4) ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านเศรษฐกิจ มีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6-8 สัปดาห์

ผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องเดินทางมาพร้อมผู้ป่วยทุกวัน ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาดูแลตนเอง ในบางครั้งไม่มีแม้เวลาที่จะทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้สุขภาพของผู้ดูแลทรุดโทรม และมีความรู้สึกที่ไม่สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อไปอีก ความรู้สึกที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษารับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้น การดูแลผู้ป่วยเป็นภารกิจที่หนัก ผู้ดูแลต้องใช้พลังงานอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า รู้สึกสุขภาพทรุดโทรม (จินตนา, 2540) จากการศึกษาของชูชื่น (2541) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลมีอาการเจ็บป่วย ท้องเสีย ปากแห้ง คอแห้ง หลงลืมบ่อย หงุดหงิดง่าย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลต้องทุ่มเทเวลาของตัวเองในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วยจึงส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกสุขภาพทรุดโทรม และเกิดการเจ็บป่วยขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปอีกได้และรับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลพ่อแม่ที่ให้การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า พ่อแม่ที่ให้การดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งมีอาการเจ็บป่วยระหว่างให้การดูแลเด็กโดยมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เวียนศีรษะ และปวดศีรษะ (Martinson, Lin-Chiang, & Yi-Hua, 1997)

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ต้องทุ่มเทเวลาในแต่ละวันหมดไปกับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีเวลาที่เป็นส่วนตัว ลืมสนใจตัวเอง ไม่มีเวลาพักผ่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา ประมาณ 3 - 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการข้างเคียงจากรังสีรักษามาก ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่ได้พักผ่อน ผู้ดูแลจะมีปัญหาการนอนหลับอย่างรุนแรง โดยจะมีปัญหาการนอนหลับในลักษณะการถูกปลุกให้ตื่น และระยะเวลาในการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (Carter, 2003) การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า (Jensen & Giver, 1991) ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้น

2. ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านจิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องรับรู้ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง สิ้นหวัง ทำให้เกิดการสูญเสียหมดหนทางช่วยเหลือ รู้สึกผิด และรู้สึกไม่แน่นอน (Borneman et al., 2003; Mok, Chan, Chan, & Yeung, 2003) ความรู้สึกที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตรวมทั้งพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ดูแลมีความรู้สึกลำบากใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป รู้สึกไม่อยากจะดูแลผู้ป่วย รู้สึกเครียดและเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ด้านจิตใจที่ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ศีรษะและคอรับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้น จากการศึกษาของเซนและชาง (Chan & Chang, 1999) เกี่ยวกับภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 58.6 รู้สึกวิตกกังวลในสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และร้อยละ 55.2 รู้สึกอารมณ์หงุดหงิดง่าย การที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยเป็นมะเร็งในระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความวิตกกังวลว่าผู้ป่วยอาจจะจากผู้ดูแลไปในไม่ช้า รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอาจมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอในสิ่งที่มากเกินไปจนเกินไป ขี้เกียจ ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย และรู้สึกหงุดหงิดที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเครียดและเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงง่าย และอาการทางกายที่ทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ยอมเชื่อฟังคำบอกกล่าวของผู้ดูแล เอาแต่ใจ มีพฤติกรรมเรียกร้องสูง (นันทพร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาที่ให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของ สายพิณ และ ประอรนุช (2538) พบว่า พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังที่ผันแปรไปเนื่องจากการเสื่อมของการคิดรู้ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดและเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลรับรู้พฤติกรรมของผู้ป่วยว่า ขี้เกียจ ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง คือร้อน เอาแต่ใจ อารมณ์ร้าย นอกจากนี้การให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน และการรับรู้ถึงภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าระหว่างการดูแลผู้ป่วยได้ จากศึกษานำร่อง (pilot study) เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 10 ราย พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องภาวะซึมเศร้าระหว่างการดูแลผู้ป่วย โดยมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า 16 คะแนน ซึ่งเป็นระดับคะแนนที่แสดงว่าผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นแล้ว ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะเริ่มตั้งแต่สัปดาห์แรกของการดูแล (Carter, 2003) ความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นด้านจิตใจเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษารับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้น

3. ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ด้านสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีความจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดทั้งวัน และผู้ดูแลบางรายที่บ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาล มีความจำเป็นต้องออกจากบ้านเพื่อมาพอกับผู้ป่วยในระหว่างการรับรังสีรักษา โดยอาจจะพักบ้านญาติพี่น้อง บ้านเช่า หรือที่อาคารพักผู้ป่วยและญาติชั่วคราวซึ่งตั้งอยู่ที่วัดหน้าโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาและการออกจากบ้านมาดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้บทบาททางสังคมของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป การไปมาหาสู่กับเพื่อนบ้านที่คุ้นเคยลดลง ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าชีวิตในสังคมเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกไม่สะดวกในการมีเพื่อน ความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา รับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้น จากการศึกษาของทีเซีย (Tsia, 2003) เกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าไปร่วมงานสังคมลดลง

เนื่องจากผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดตามมา สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ของนันทพร (2545) พบว่า การดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว้าวมืดมนกับเพื่อนและสังคมลดลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ไม่สามารถไปไหนมาไหนได้สะดวก ต้องใช้เวลาโดยส่วนใหญ่หมดไปกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นอกจากนี้การศึกษาของจินตนา (2540) เกี่ยวกับการระงับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ผู้ดูแลมีความรู้สึกเหมือนถูกแยกออกจากสังคม ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้น

4. ความรู้สึกและทัศนคติไม่พึงประสงค์ด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาบางคนมีความจำเป็นต้องออกจากงานประจำเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพตามปกติ หรืออาจทำงานได้ไม่เต็มที่ ผู้ดูแลรู้สึกขาดรายได้ แต่มีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลมีความรู้สึกเครียดจากการเผด็จทางด้านการเงินที่จะนำมารักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลรู้สึกว่าต้องหยุดรายจ่ายของตนเองลงด้วย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรับรู้ภาวะการดูแลที่สูง จากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 41.7 ขาดรายได้เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ภาวะขาดรายได้ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด สิ้นหวัง (สุริรัตน์, 2541) รวมทั้งการที่ผู้ดูแลขาดความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง หรือได้รับไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (นันทพร, 2545) ความรู้สึกเผด็จทางด้านการเงินที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้นด้วย

การประเมินการรับรู้ภาวะการดูแล

การประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลสามารถประเมินได้ 2 ลักษณะคือ

1. ภาระเชิงปรนัย (objective burden) หมายถึง ผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับจากการดูแลผู้ป่วย

2. ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะของแบบประเมินความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องมือประเมินความตึงเครียดของผู้ดูแล (The Caregiver Strain Index: CSI) (Robinson, 1983) เป็นเครื่องมือที่ประเมินเกี่ยวกับความตึงเครียดของผู้ดูแล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแล จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามแบ่งเป็น ใช่ กับ ไม่ใช่ การให้คะแนนเป็น 1 กับ 0 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0 - 13 คะแนน คุณภาพของเครื่องมือค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟาเท่ากับ 0.86 จุดอ่อนของเครื่องมือชุดนี้คือเป็นเครื่องมือที่วัดความเครียดจาก

การดูแลเพียง 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้โอเบิร์ต (Oberst, 1991 cited by Carey et al., 1991) ได้สร้างเครื่องมือที่วัดภาระการดูแลทั้งด้านปรนัยและอัตนัย ลักษณะคำถามจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ด้านการใช้เวลาและความยากลำบากในการปฏิบัติงาน หรือกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เลย ถึง มากที่สุด ระดับคะแนน 1 - 5 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 14 - 70 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการรับรู้ภาระการดูแลที่สูง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ภาระการดูแล Burden Interview: BI ของซาริท และคณะ (Zarit et al., 1980) เป็นแบบวัดการรับรู้ภาระการดูแล (subjective burden) แบบวัดการรับรู้ภาระการดูแลนี้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ โดยแบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับ ไม่เห็นด้วย – เห็นด้วยมากที่สุด ระดับคะแนน 0 - 4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0 - 88 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลที่สูง โดยการคิดคะแนนจะคิดเป็นภาระโดยรวม มิได้แยกการรับรู้ภาระการดูแลแต่ละด้าน เครื่องมือชุดนี้มีความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.91 และความเที่ยงของเครื่องมือโดยการวัดซ้ำได้เท่ากับ 0.71 (Zarit et al., 1980)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องทั้งปัจจัยที่ส่งผลด้านลบและด้านบวกต่อการรับรู้ภาระการดูแล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแล 2) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และ 3) สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแล

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งระบบ เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้บทบาทหน้าที่ และแบบแผนในการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวอาจต้องมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อปรับให้เข้ากับสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สำหรับรูปแบบของครอบครัวในการตอบสนองต่อความเครียดและภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) ระยะการปรองดองในครอบครัว (Family Adjustment) และ 2) ระยะการปรับตัวในครอบครัว (Family Adaptation) (McCubbin et al., 1996) มีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะเวลาปรองดองในครอบครัว (Family Adjustment) เนื่องจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว โดยมีการเปลี่ยนแปลงด้านภาระงานและพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ความยากลำบากเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยและรุนแรงในระยะนี้ เป็นระยะที่ครอบครัวเกิดความเครียดขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว โครงสร้างของครอบครัวจะไม่มั่นคง ส่งผลต่อความมั่นคงของระบบในครอบครัว ถ้าสมาชิกในครอบครัวประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ทำลายเป็นสิ่งที่ดี และครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเพียงพอ ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นคลี่คลายไปได้ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความปรองดองที่ดีต่อกัน แต่ถ้าครอบครัวประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเครียดและคุกคาม รวมทั้งขาดแหล่งสนับสนุนครอบครัว ประกอบด้วย การช่วยเหลือทางสังคม การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว การช่วยเหลือด้านการติดต่อสื่อสาร และการช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง ปัญหาไม่สามารถที่จะคลี่คลายไปได้ ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวขึ้น ซึ่งความขัดแย้งเป็นสิ่งเร้าโดยตรงที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ในการดูแล

2. ระยะเวลาปรับตัวในครอบครัว (Family Adaptation) เป็นระยะที่สมาชิกในครอบครัวตอบสนองต่อความเครียด ต่อการขาดแหล่งสนับสนุนทางครอบครัว และต่อความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งการปรับตัวมีตั้งแต่ปรับตัวได้ดีถึงไม่สามารถปรับตัวในการดูแลได้ การปรับตัวในการดูแลที่ดี จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี สามารถแสดงบทบาทและหน้าที่ภายในครอบครัวได้อย่างเต็มที่ แต่ถ้าปรับตัวไม่ดี จะส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการแสดงบทบาทและหน้าที่ในครอบครัวล้มเหลว เกิดภาวะตึงเครียด ซึมเศร้า และความผาสุกทางด้านจิตสังคมลดลง การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัวอีกแหล่งหนึ่ง ที่ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถกลับมาปรองดองกัน และช่วยให้การปรับตัวในการดูแลได้ดีในระยะยาวอีกด้วย

การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงความแข็งแกร่งภายในของครอบครัว รวมทั้งการมีแหล่งสนับสนุนภายในของครอบครัว ที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีในการดูแลผู้ป่วย รับรู้และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ความยากลำบากที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มิประโยชน์ในการดำเนินชีวิต (Clark & King, 2003) และเป็นความสามารถของสมาชิกภายในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือผู้ดูแล ในการปรับเปลี่ยนเหตุการณ์ที่ยุงยากในชีวิต โดยอยู่ภายใต้ความชำนาญและความเข้มแข็งของบุคคล (Clark, 2002) ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูงจะมีความแข็งแกร่งภายใน ที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี มีความคิด ความกระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จึงส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในด้านที่ดี (Carey et al., 1991)

ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวสูงมีการรับรู้การดูแลผู้ป่วยเป็น 4 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมและพันธะสัญญาร่วมกันภายในครอบครัวที่จะให้การดูแลผู้ป่วย (co-oriented commitment) เป็นความรู้สึกเข้าอกเข้าใจกันภายในครอบครัวของผู้ดูแล ความรู้สึกมีอิสระในการดูแลผู้ป่วย และการได้รับความร่วมมือจากบุคคลภายในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยดูแลต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง 2) ความมั่นใจและเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย (confidence) ผู้ดูแลมีความสามารถในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า มีความมั่นคงทางด้านการเงิน รวมทั้งผู้ดูแลมีความอดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย 3) ความท้าทาย (challenge) ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของผู้ดูแล ผู้ดูแลได้มีโอกาสในการเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วย และ 4) ความสามารถที่จะควบคุม (control) เป็นความรู้สึกที่ผู้ดูแลคิดว่าเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง สิ่งแวดล้อม หรือเหตุการณ์ภายนอก ผู้ดูแลสามารถควบคุมได้ (McCubbin et al., 1996)

ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวสูง จะสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดี มีการรับรู้ภาระการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวต่ำ โดยผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูงจะรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความท้าทาย และสามารถควบคุมได้ ผู้ดูแลไม่รู้สึกเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับความรู้สามารถเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับความรู้สามารถรับรู้ภาระการดูแลว่าเป็นความเครียดได้สูง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางกายที่ทุกข์ทรมาน และภาวะจิตใจที่เปลี่ยนแปลงง่าย ในบางช่วงผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากรังสีรักษามากจนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูง จะมีความรู้สึกหรือทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวต่ำ เนื่องจากผู้ดูแลมีความสามารถที่จะปรับอารมณ์ และความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นภาระการดูแลที่สูง มาเป็นการรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความท้าทาย เป็นสิ่งที่ท้าทายที่จะทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง (Carey et al., 1991)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว ต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 49 ราย พบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($r = 0.48, p < 0.01$) และความเข้มแข็งของครอบครัวร่วมอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวในการดูแลได้ ร้อยละ 50 ($R^2 = 0.50, p < 0.01$) (Carey et al., 1991) การมีแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัวช่วยให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ในการดูแลที่เกิดขึ้น

อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกซึมเศร้าและเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยลดลงด้วย จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว ต่อภาวะซึมเศร้าและเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาจำนวน 67 ราย พบว่า ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวในระดับสูง จะมีภาวะซึมเศร้าและเหนื่อยล้าเกิดขึ้นน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งของครอบครัวต่ำ (Clark, 2002)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 120 ราย พบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.44, p < 0.01$) และการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถทำนายความผาสุกของผู้ดูแลได้ร้อยละ 7 ($R^2 = 0.07, p < 0.01$) โดยการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวด้านการมีส่วนร่วมและพันธะสัญญาร่วมกันภายในครอบครัวที่จะให้การดูแลผู้ป่วย มีคะแนนสูงสุด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลร้อยละ 74.2 ได้รับความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และได้รับการช่วยเหลือทางการเงินอย่างเพียงพอร้อยละ 66.7 (Niyomthai et al., 2003) นอกจากนี้ได้มีการศึกษาปัจจัยที่ทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับรับรู้ภาระการดูแลของผู้ป่วยพาร์กินสันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.56, p < 0.02$) (Edward & Scheetz, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ($r = -0.42, p < 0.01$) และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเครียดในบทบาทผู้ดูแลได้ร้อยละ 14 ($R^2 = 0.14, p < 0.01$) (สายพิน, สมจิตร, ทัศน, สุจิตรา, และธวัชชัย, 2537)

การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง แหล่งสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Goldstein et al., 2004) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวสูง น่าจะมีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยได้ดี เนื่องจากผู้ดูแลมีความรู้สึกและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย และมีแหล่งที่คอยให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ จึงส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลต่ำ

การประเมินการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว

แบบประเมินที่ใช้วัดการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวที่ผู้วิจัยใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบวัดการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Hardiness Index: FHI) ของแมคคubin และคณะ (McCubbin et al., 1996) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากแบบวัดความเข้มแข็งของบุคคล เป็นเครื่องมือที่วัดระบบสนับสนุนภายในครอบครัว การทนทานต่อความเครียด และการปรับตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แบ่งการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของ

ผู้ดูแลเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมและพันธะสัญญาร่วมกันภายในครอบครัวที่จะให้การดูแลผู้ป่วย (co – oriented commitment) 2) ความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย (confidence) 3) ความท้าทาย (challenge) และ 4) ความสามารถที่จะควบคุม (control) โดยแต่ละข้อแบ่งคำตอบออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เป็นจริง - เป็นจริง ระดับคะแนน 0 - 3 คะแนน และให้คะแนนตรงข้ามในข้อคำถามด้านลบ โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน ระดับคะแนนสูงหมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีความเข้มแข็งของครอบครัวสูง และระดับคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีความเข้มแข็งของครอบครัวต่ำ เครื่องมือชุดนี้ได้มีการนำมาใช้ในการวัดการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็ง (Carey et al., 1991) ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องพึ่งพา (Clark, 2002) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Niyomthai et al., 2003) เป็นต้น

ระยะเวลาในการดูแล

การดูแลที่ต้องใช้เวลาดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้ผู้ดูแลท้อแท้ เบื่อหน่าย อ่อนเพลีย ความหวังลดลง (จารุวรรณ, 2544) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้พลังงานอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และไม่ได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องรับรังสีรักษา 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลาประมาณ 6 - 8 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาอย่างรุนแรง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทุกอย่าง อาจส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้การดูแลสูงขึ้นจากการศึกษาของ สายพิน และ ประอรนุช (2538) พบว่า ผู้ดูแลที่ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และระยะเวลานาน มีความเครียดจากการดูแลได้สูง และผลการศึกษายังพบว่า จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงบทบาททางสังคม ($r = - 0.28$, $p < 0.05$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกรู้สึกมีปัญหาทางด้านการเงิน ($r = 0.31$, $p < 0.01$) และการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานจะมีความรู้สึกเหนื่อยล้าและเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลในช่วงสั้น (Lee, Brennan, & Daly, 2001)

แต่จากการศึกษาของซาริตและคณะ (Zerit et al., 1980) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่จะช่วยให้ผู้ดูแลปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งการปรับตัวในการดูแลที่ดีส่งผลให้การรับรู้การดูแลลดลงได้ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ดูแลร้อยละ 56.67 ให้การดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 30 ให้การดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 ปี และร้อยละ 1.67 ให้การดูแลผู้ป่วย 3 - 4 ปี ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ดูแล (Niyomthai et al., 2003) ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาการดูแลที่นานอาจทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นจากความรู้สึกคุ้นเคยกับสถานการณ์ ส่งผลให้การรับรู้การดูแลลดลง แต่ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาเพิ่มขึ้นตลอดเวลา และระดับการพึ่งพา

ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาในการรับรังสีรักษา อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลที่สูงได้

สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

สุขภาพกายที่ทรุดโทรมและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย เกิดขึ้นเนื่องจากผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคและอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา สภาพร่างกายที่อ่อนแอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการพึ่งพาผู้ดูแลสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่ร้ายแรง ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง (Lovejoy & Matteis, 1997) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้นด้วยเช่นกัน จากการศึกษาของชูชื่น (2541) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีระดับความสามารถทางด้านร่างกายที่ดีและภาวะซึมเศร้าน้อยจะรับรู้ภาวะในการดูแลต่ำ และมีการปรับตัวในการดูแลสูงกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถลดลงและภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีความสามารถทางกายอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนถึงช่วยเหลือตนเองได้มากร้อยละ 85.5 ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมากช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย และต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลร้อยละ 14.5 และผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย โดยมีค่าคะแนนความซึมเศร้าระหว่าง 2 - 56 (ค่าที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน) ความรู้สึกของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่รู้สึกมีชีวิตไม่สนุกสนาน รู้สึกหงุดหงิด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และไม่มีความหวังตามลำดับ และผลการศึกษายังพบว่า ระดับความสามารถทางด้านร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวของผู้ดูแลได้ร้อยละ 18 ($\beta = 0.18, p < 0.01$)

การศึกษาของ สายพิน และ ประอรนุช (2538) เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของภรรยาที่ให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเสื่อมของการคิดรู้ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.24, p < .05$) และความเสื่อมในการคิดรู้ของผู้ป่วยสามารถทำนายปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลได้ร้อยละ 33 ($R^2 = 0.33, p < 0.01$) ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังที่ผันแปรไปเนื่องจากความเสื่อมในการคิดรู้ ทำให้ผู้ป่วยมีความขัดแย้งและไม่ลงรอยกับผู้ดูแลโดยผู้ดูแลรับรู้พฤติกรรมของผู้ป่วยว่า จี้เกียจ ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง คือร้อน อารมณ์ร้าย เอาแต่ใจ ผู้ป่วยเหล่านี้มีความต้องการในการดูแลสูง สอดคล้องกับการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล พบว่า ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเครียดของภรรยา ($r = 0.75, p < .01$) (สายพิน, 2536) และจากการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุ ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ความเสื่อมในการคิดรู้ของผู้ป่วยสามารถทำนายสถานการณ์ในการดูแลแล้วเครียดและคุณภาพได้ร้อยละ 27 และ 15 ตามลำดับ ($R^2 =$

0.27, $p < 0.01$ และ $R^2 = 0.15$, $p < 0.01$ ตามลำดับ) (สายพิน, วิมลรัตน์, วัฒนา, และ กัสพร, 2539) การศึกษาการรับรู้ภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Andrews, 2001)

การประเมินสุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

แบบประเมินที่ใช้วัดสุขภาพกายของผู้ป่วยมีหลายแบบ ดังเช่น แบบประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไป General Health Rating Index ของเดวิสและแวร์ (Davies & Ware, 1981) อ้างตาม ผ่องศรี และ รุ่งนภา, 2538) ซึ่งเป็นแบบประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยโดยทั่วไป มีจำนวน 22 ข้อ มีช่วงคะแนนระหว่าง 1 -4 คะแนน คะแนนน้อย หมายความว่า มีการรับรู้ความเจ็บป่วยไม่ตี คะแนนมาก หมายความว่า มีการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยดี จุดอ่อนของเครื่องมือชุดนี้คือ มีจำนวนข้อคำถามมาก และในคำถามแต่ละข้อคำถาม มีการแบ่งเป็นช่วงคะแนน 1- 4 ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการตอบ นอกจากนี้มีแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ของบาร์เทล และ มาร์โซนี (Barthel & Mahoney, 1965 อ้างตาม ชวลี, 2538) ได้สร้างขึ้นเพื่อวัดระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ภายใต้อำนาจการเคลื่อนไหวและความเสื่อมทางกายภาพ ประกอบด้วยการประเมินกิจกรรมประจำวัน 10 กิจกรรม เครื่องมือชุดนี้โดยส่วนใหญ่เหมาะสมในการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วย

แบบประเมินที่ใช้วัดสุขภาพกายในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความสามารถทางด้านร่างกาย The Karnofsky Performance Status: KPS ของ มอร์และคณะ (Mor et al., 1984) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ KPS เป็นเครื่องมือวัดสุขภาพกายของผู้ป่วย เนื่องจาก KPS เป็นเครื่องมือที่ มอร์และคณะ ใช้ในการวัดระดับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นเครื่องมือที่สะดวก เนื่องจากมีข้อคำถามเพียง 11 ข้อ และแต่ละข้อไม่มีการแบ่งเป็นช่วงคะแนน เครื่องมือ KPS แบ่งคะแนนออกเป็น 11 ระดับ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน 0 หมายถึง เสียชีวิต และ 100 คะแนน หมายถึง ปกติ ไม่มีอาการเจ็บป่วย เครื่องมือชุดนี้สามารถทำนายการอยู่รอดของผู้ป่วยมะเร็งได้ โดยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ KPS 10 - 20 คะแนน สามารถมีชีวิตอยู่รอดได้ 1 - 18 วัน KPS 30 - 40 คะแนน สามารถมีชีวิตอยู่รอดได้ 19 - 36 วัน KPS มากกว่า 50 คะแนน สามารถมีชีวิตอยู่รอดได้มากกว่า 37 วัน (Mor et al., 1984) ชูชื่น (2541) ได้นำเครื่องมือชุดนี้วัดระดับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

แบบประเมินที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้ามีหลายแบบ เช่น The One - Question Interview (Akizuki et al, 2003) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในวัดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยมะเร็งในประเทศญี่ปุ่น โดยใช้วัดระดับของอารมณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน ระดับคะแนน 100 คะแนน หมายถึง มีสภาพอารมณ์ที่ดีไม่มี

ภาวะซึมเศร้า และคะแนนน้อยกว่า 60 คะแนน หมายถึง มีระดับอารมณ์ที่ผิดปกติและมีภาวะซึมเศร้าสูง จุดอ่อนของเครื่องมือชุดนี้คือเป็นเครื่องมือที่ใหม่ และยังไม่มีการนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งคนไทย ดังนั้นระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของเครื่องมือจึงไม่สามารถนำมาใช้ในการอ้างอิงกับผู้ป่วยมะเร็งคนไทยได้ นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าชนิดที่ให้ผู้อื่นประเมิน เช่น The Hamilton Depression Scale (HRSD - 17) (อัจฉราพร และ รณชัย, 2544) เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่สามารถจำแนกกลุ่มอาการซึมเศร้าออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล 2) กลุ่มอาการนอนหลับ 3) กลุ่มอาการแสดงออกทางกายภาพ และ 4) กลุ่มอาการทางความคิด ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ โดยแต่ละข้อแบ่งคะแนนความรุนแรงของอาการออกเป็นตั้งแต่ 0 - 2 คะแนน หรือ 0 - 4 คะแนน วิธีการประเมินโดยการสัมภาษณ์ คะแนนสูงสุดของ HRSD - 17 คือ 52 คะแนน ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีระดับความซึมเศร้าที่รุนแรง จุดอ่อนของเครื่องมือชุดนี้คือเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ไม่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D) ในคนไทย เป็นเครื่องมือที่พัฒนาและดัดแปลงโดย วิล และ พนม (2540) แบบวัดภาวะซึมเศร้าชุดนี้เป็นแบบวัดที่ผู้ป่วยประเมินด้วยตัวเอง และเป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่เป็นที่นิยม เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย โดยสอบถามความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ให้คะแนนตามความถี่ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ค่าคะแนนยิ่งมากบ่งชี้ถึงระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมและอารมณ์ต่างๆของผู้ป่วยจำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ เชิงบวก 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า 7 ข้อ ความรู้สึกด้านดี 4 ข้อ อาการทางกาย 7 ข้อ และใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น 2 ข้อ ผู้ป่วยจะถูกสอบถามว่าเหตุการณ์หรือพฤติกรรมนั้นๆเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา สำหรับคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน ถ้าตอบเหตุการณ์ไม่เกิดขึ้น และให้คะแนนตรงข้ามในคำถามเชิงบวก แบบวัดภาวะซึมเศร้าชุดนี้มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน ค่าคะแนนยิ่งสูงแสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าสูง การศึกษาเกี่ยวกับ CES - D ในต่างประเทศ พบว่า ระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนน ขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น แต่ในคนไทย จากการศึกษาของ วิลและพนม พบว่า ระดับคะแนนที่เกิดภาวะซึมเศร้าคือ 19 คะแนนขึ้นไป เครื่องมือชุดนี้ชุดนี้ (2541) ได้นำไปใช้วัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 200 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟาเท่ากับ 0.91

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยข้างต้น พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้น การรับรู้ภาวะการดูแลที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

และเศรษฐกิจ ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันในผู้ดูแลแต่ละคน ซึ่งมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล โดยมีทั้งปัจจัยที่ส่งผลด้านบวกและด้านลบต่อการรับรู้ภาวะการดูแล การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้สูงอายุ การศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมีน้อย โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างทางด้านความเชื่อ ค่านิยม สังคม ประเพณีและวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพบน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ในสถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดภาวะการดูแล และเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเป็นแนวทางในการสร้างความเข้มแข็งในครอบครัวของผู้ดูแล