

# อิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแล ของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ภาระ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

สุธิสา เต็มทับ<sup>1</sup>

สุดศิริ หิรัญชุนหา<sup>2</sup>

อังศุมา อภิชาโต<sup>3</sup>

## Abstract:

Influences of perceived family hardiness and duration of caregiving, and physical health and depression of patients, on subjective burden of caregivers of head and neck cancer patients receiving radiotherapy

Tamtup S, Hirunchunha S, Apichatoa A.

Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkla, 90110, Thailand

Department of Surgical Nursing, Department of Fundamental Nursing, Faculty of Nursing,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkla, 90112, Thailand

Songkla Med J 2005;23(6):445-454

*The purpose of this study was to examine the influence on the subjective burden of caregivers of perceived family hardiness and duration of the caregiving, and the physical health and depression of patients with head and neck cancer receiving radiotherapy. A total of 80 patients with head and neck cancer receiving radiotherapy and their caregivers at the Radiology Department, Songklanagarind Hospital, were purposively recruited. Participants completed the Demographic Data Form, the*

<sup>1</sup>RN., MS.c. (Nursing) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

<sup>2</sup>RN., DNS. อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ <sup>3</sup>RN., MS.c. (Nursing) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

รับต้นฉบับวันที่ 6 กันยายน 2548 รับลงตีพิมพ์วันที่ 27 มกราคม 2549

Family Hardiness Index (FHI), the Karnofsky Performance Status (KPS) questionnaire, the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), and the Burden Interview (BI). The reliability of the KPS questionnaire was determined using the test-retest method and the Pearson correlation coefficient was 0.90. The reliability of the other 3 questionnaires, the CES-D, the FHI, and the BI, was tested using Cronbach's alpha and the results were 0.89, 0.85, and 0.83 respectively. The data were analyzed using stepwise multiple regression.

The results of the research revealed that: the perceived family hardiness and depression of the patients explained 42.7% of the variance in the subjective burden of the caregivers ( $R^2 = 0.427, p < .01$ )

The results can be used to help caregivers of head and neck cancer patients receiving radiotherapy to enhance their adaptation when they are faced with a burdensome situation.

**Key words:** subjective burden, family hardiness, caregiving duration, physical health of patients, depression of patients, patient with head and neck cancer receiving radiotherapy, primary caregiver

## บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลสุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 80 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถทางด้านร่างกาย แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบวัดการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว และแบบวัดการรับรู้ภาระการดูแล ตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดระดับความสามารถทางด้านร่างกาย โดยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest method) ได้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.90 แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย แบบวัดการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว และแบบวัดการรับรู้ภาระการดูแล ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยวิธีครอนบาชแอลฟา (Cronbach's alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาเท่ากับ 0.89, 0.85 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติความถดถอยและสหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ได้ร้อยละ 42.7 ( $R^2 = 42.7, p < .01$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ในสถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดการรับรู้ภาระการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ :** การรับรู้ภาระการดูแล การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว, ระยะเวลาในการดูแล, สุขภาพกายของผู้ป่วย, ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย, ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา, ผู้ดูแลหลัก

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรหลายประเทศทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกา มะเร็งศีรษะและคอ เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 7 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย พบมะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1<sup>2</sup> ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความหวาดกลัววิตกกังวล เศร้าโศก หดหวั่น ไม่แน่นอนในชีวิต และความตาย

แต่ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เนื่องจากบริเวณดังกล่าวเป็นที่ตั้งของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกบุคลิกภาพและความเป็นบุคคลของผู้ป่วย<sup>3-4</sup> นอกจากนี้วิธีการรักษาด้วยรังสีรักษายังมีผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่น้อย ผู้ป่วยมักมีความรู้สึกกลัวตายและกลัวความปวดจากการฉายแสง ระหว่างรับรังสีรักษาผู้ป่วยจะมีจิตใจฟุ้งซ่าน เป็นห่วงครอบครัว อยู่กับความ

ไม่แน่นอน ท้อแท้กับการรักษา กังวล กินไม่ได้ หงุดหงิดง่าย และกลัวทรมาน<sup>5</sup> ผู้ป่วยมักต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา ภายหลังจากได้รับรังสี 2-4 สัปดาห์ เช่น เยื่อช่องปากอักเสบ ปวดแสบ ปวดร้อนในช่องปาก ปากแห้ง คอแห้ง การกลืนลำบาก คลื่นไส้ เลือดออกในปาก และเหนื่อยล้า เป็นต้น<sup>6-7</sup>

ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่ส่งผลต่อผู้ป่วย แต่มีผลต่อผู้ดูแล บทบาทในการดูแลประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลทั้งทางตรง และทางอ้อม กิจกรรมที่กระทำต่อผู้ป่วยทางตรง เช่น การช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลด้านความสบายของร่างกาย ติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมทั้งต้องทำหน้าที่ในการสื่อสารแทนผู้ป่วยในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร เป็นต้น<sup>3, 8</sup> นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่ยาก<sup>9-10</sup> ขณะที่กิจกรรมการดูแลรักษาทางอ้อม ดังเช่น การรับบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว ซึ่งครั้งหนึ่งเคยเป็นหน้าที่ของผู้ป่วย เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัว การดูแลงานบ้าน การซื้อของใช้ที่จำเป็นต่าง ๆ เป็นต้น<sup>11</sup> ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงงานเพิ่มขึ้น การดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลมักเกิดปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ตามมา เช่น มีปัญหาทางด้านสุขภาพ เหนื่อยล้า แยกห่างจากสังคม เป็นต้น<sup>12-13</sup> ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะการดูแลซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง

การรับรู้ภาวะการดูแลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งที่คอยให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การได้รับการสนับสนุนภายในครอบครัวในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และไม่รู้สึกรำคาญการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าครอบครัวเป็นแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหรือที่เรียกว่าเป็นการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว (family hardiness) จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีการปรับตัวที่ดี ผู้ดูแลรับรู้และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความยากลำบากที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยว่า เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในการดำเนินชีวิต<sup>9</sup> นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูง จะมีภาวะซึมเศร้าและเหนื่อยล้าลดลง แต่มีความผาสุกเพิ่มขึ้น<sup>14-15</sup>

ระยะเวลาในการดูแล (caregiving duration) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลเช่นกัน เนื่องจากการดูแล

ระยะเวลาที่นาน อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และอ่อนเพลีย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องรับรังสีรักษา 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลเพิ่มขึ้นและทำให้ผู้ดูแลเครียด เหนื่อยล้า มีปัญหาทางสุขภาพ

สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (physical health and depression of patients) เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลสุขภาพกายของผู้ป่วยที่ทรมาน และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้น เนื่องจากสุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่กำหนดกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแสดงที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้และประเมินสถานการณ์ในการดูแลว่าเป็นสิ่งที่ดีด้วย<sup>16</sup> และผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่รุนแรง ส่งผลให้มีความขัดแย้งกับผู้ดูแลได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรม และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย<sup>9</sup>

จากการศึกษา การรับรู้ภาวะการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะการดูแล โดยส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดังเช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยมีความผิดปกติที่คงที่และยาวนาน มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้า ๆ ส่วนการศึกษาผู้ดูแลในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นรวดเร็วทำให้ผู้ดูแลมีการตระเตรียมใจต่อการจากไปของผู้ป่วยน้อยกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อเป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ในสถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดภาวะการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลได้อย่างเหมาะสม และเพื่อนำไปสู่การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

#### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

#### สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

## วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังนี้

### ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพียงวิธีเดียวขณะศึกษาที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์แบบผู้ป่วยนอก
2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
3. ได้รับรังสีรักษาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ขึ้นไป หรือได้รับรังสีรักษาตั้งแต่ 2,000 เซนติเกรย์ ขึ้นไป
4. มีความสามารถสื่อสารได้เข้าใจ

### ผู้ดูแล

1. เป็นผู้ให้การดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พักอาศัยบ้านเดียวกับผู้ป่วย และพักกับผู้ป่วยในระหว่างผู้ป่วยรับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยพักกับผู้ป่วยที่อาคารพักผู้ป่วยและญาติชั่วคราว ซึ่งตั้งอยู่ที่วัดหน้าโรงพยาบาลบ้านตนเอง บ้านญาติ บ้านเช่า หรืออื่นๆ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระบบเครือญาติ

2. มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป
3. มีความสามารถสื่อสารได้เข้าใจ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ ชนิดและตำแหน่งของมะเร็ง เป็นต้น
3. แบบวัดสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย แบบวัดระดับความสามารถทางด้านร่างกาย และแบบวัดภาวะซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบวัดความสามารถทางด้านร่างกาย The Kamofsky Performance Status: KPS ของ Mor และคณะ<sup>17</sup> เป็นเครื่องมือวัดความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วย แบ่งคะแนนออกเป็น 11 ระดับ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน 0 คะแนน หมายถึง เสียชีวิต และ 100 คะแนน หมายถึง มีความสามารถได้ตามปกติ ไม่ปรากฏอาการเจ็บป่วย

3.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย เป็นเครื่องมือที่พัฒนาและดัดแปลงโดย วิลคอปต์นิตริคัยกุล และพนม เกตุมาน<sup>18</sup>

4. แบบวัดการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว Family Hardiness Index ของ McCubbin และคณะ<sup>19</sup> เป็นแบบวัดการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว ดัดแปลงโดย นิภา นิยมไทย และคณะ<sup>15</sup> ประกอบด้วย ดังนี้ การมีส่วนร่วมและพันธสัญญา ร่วมกัน (co-oriented commitment) ความมั่นใจและความเชื่อมั่น (confidence) ความท้าทาย (challenge) และความสามารถที่จะควบคุม (control)

5. แบบวัดการรับรู้การดูแล Burden Interview: BI ของ Zarit และคณะ<sup>20</sup> เป็นแบบวัดการรับรู้การดูแลผู้วิจัย แปลแบบวัดชุดนี้เป็นภาษาไทย เป็นแบบวัดที่วัดความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดูแลผู้ป่วย

แบบสอบถามส่วนที่ 4 และ 5 ได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามระดับความสามารถทางด้านร่างกายได้หาความเที่ยง โดยวิธีทดสอบซ้ำได้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียสัน เท่ากับ 0.90 สำหรับแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและการรับรู้การดูแล นำไปหาความเที่ยงโดยวิธีครอนบาช แอลฟา ได้ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.89, 0.85 และ 0.83 ตามลำดับ

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการขออนุมัติการเก็บข้อมูลวิจัย ตามระเบียบของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยผ่านทางคณะกรรมการด้านจริยธรรม ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจากผู้ป่วยที่เข้ารับรังสีรักษาที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยการขออนุญาตผู้ป่วยเปิดแฟ้มประวัติ เพื่อดูรายละเอียดเกี่ยวกับชนิด และตำแหน่งของมะเร็ง และปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ หลังจากนั้นรวบรวมรายชื่อของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์
3. ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
4. หลังจากเก็บข้อมูลแต่ละวันผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความละเอียด ความถูกต้องครบถ้วนอีกครั้ง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS/Windows ใช้สถิติวิเคราะห์แบบบรรยาย และการวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ( $\alpha = 0.05$ )

## ผลการศึกษา

ผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.75 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 28.75 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 50 รองลงมาคือ เป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 41.25 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 91.25 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 67.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 41.25 ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยายร้อยละ 56.25 มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 88.75 ไม่ต้องดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวร้อยละ 62.5 สภาพการทำงานในขณะนี้ไม่ได้ทำงานร้อยละ 73.75 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 65 สภาพการเงินเพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 55 รองลงมาคือมีหนี้สินร้อยละ 25 ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 95 โดยใช้บริการประกันสุขภาพร้อยละ 80 สุขภาพแข็งแรงร้อยละ 81.25 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 80 และไม่เกิดการเจ็บป่วยระหว่างการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 88.75 ในขณะที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลร้อยละ 58.75 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อนร้อยละ 90 และพักที่อาคารพักผู้ป่วยและญาติชั่วคราว ระหว่างรอรับรังสีรักษามากที่สุดร้อยละ 43.7

ผู้ป่วยเป็นเพศชายมากที่สุดร้อยละ 80 มีอายุตั้งแต่ 61-82 ปี มากที่สุดร้อยละ 58.75 ตำแหน่งของมะเร็งพบมากที่สุดคือ มะเร็งในช่องปาก ร้อยละ 42.5 ระยะของมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ ระยะ 3 ร้อยละ 43.75 รองลงมาคือ มะเร็งระยะที่ 4 ร้อยละ 33.75 ปริมาณรังสีที่ได้รับตั้งแต่ 4,001- 6,000 เซนติเกรย์ มากที่สุดร้อยละ 48.75 อาการข้างเคียงจากรังสีรักษาที่พบมากที่สุดคือ เหนื่อยล้าร้อยละ 82.5 ผลกระทบจากโรคและการรักษาที่พบมากที่สุดคือ น้ำหนักลด ร้อยละ 88.75 การรักษาก่อนได้รับรังสีรักษาพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 21.25 รับประทานยาโดยใช้สมุนไพรหอม สะเดาเคราะห์ ร้อยละ 88.75 รับประทานยา คือ ผ่าตัด และเคมีบำบัด ร้อยละ 18.75 และ 12.5 ตามลำดับ

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา มีการรับรู้ภาวะการดูแลปานกลาง คะแนนระหว่าง 16-48 คะแนน ( $\bar{X}=31.80$  SD=7.66) เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะการดูแลรายข้อ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะการดูแลข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลต้องพึ่งพาผู้ดูแล ( $\bar{X}=2.31$ ) สำหรับการรับรู้ภาวะการดูแลข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ รู้สึกว่าชีวิตสังคมแย่เพราะต้องมาดูแลผู้ป่วย ( $\bar{X}=0.79$ ) ผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวอยู่ระหว่าง 21-58 คะแนน ( $\bar{X}=38.19$  SD=9.52) การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวด้านการมีส่วนร่วมและพันธสัญญาร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย มีค่าคะแนนสูงสุด ( $\bar{X}=2.83$ ) รองลงมาคือความมั่นใจ/เชื่อมั่น ( $\bar{X}=2.01$ ) ความ

สามารถในการควบคุมมีค่าคะแนนต่ำสุด ( $\bar{X}=2.01$ ) ระยะเวลาที่ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาโดยมีระยะเวลาการดูแลตั้งแต่ 14-31 วัน ( $\bar{X}=20.83$  SD=4.62) ผู้ป่วยทุกรายมีระดับความสามารถด้านร่างกาย ระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี โดยมีระดับความสามารถทางด้านร่างกายระดับ 60 คะแนนมากที่สุดร้อยละ 50 นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังพบว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า 25 ราย และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 55 ราย ( $\bar{X}=21.56$  SD=5.10) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่ค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือรู้สึกหงุดหงิด ( $\bar{X}=1.95$ ) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ผู้คนรอบข้างไม่ชอบ ( $\bar{X}=0.26$ )

ความสามารถในการทำนายของปัจจัย การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ด้วยการวิเคราะห์ความถดถอย และสหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) พบว่า มี 2 ตัวแปรเท่านั้นที่สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา คือ การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย มีขั้นตอนในการนำเข้าสู่สมการดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวเป็นตัวทำนายแรกที่ได้รับการคัดเลือก เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแลมากที่สุด ( $r = -0.61, p < .01$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย ( $R^2$ ) เท่ากับ .376 แสดงว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะการดูแลได้ร้อยละ 37.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายถึง ถ้าการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การรับรู้ภาวะการดูแลลดลง -.564 หน่วย สำหรับในขั้นตอนที่ 2 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าพิจารณา คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแล ( $r = 0.35, p < .01$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย ( $R^2$ ) เท่ากับ .051 แสดงว่าเมื่อเพิ่มตัวแปรภาวะซึมเศร้าเข้ามาค่าการทำนายเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.1 อธิบายได้ว่า ถ้าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การรับรู้ภาวะการดูแลเพิ่มขึ้น .230 หน่วย และค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย ( $R^2$ ) เพิ่มขึ้นเป็น .427 โดยสรุปจากงานวิจัย พบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้ร้อยละ 42.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 1)

**วิจารณ์**

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล**

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ 1) การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว และ 2) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยสามารถร่วมกันทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลได้ร้อยละ 42.7 ปัจจัยแรกที่สามารถทำนายได้คือปัจจัยด้านการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว สามารถทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะการดูแลได้ร้อยละ 37.6 ส่วนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สามารถเพิ่มความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะการดูแลได้ร้อยละ 5.1 มีรายละเอียดดังนี้

**ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงซ้อนแบบขั้นตอนของปัจจัยการทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก (N = 80)**

ตัวทำนาย	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>	b	β	F	t
	Change				Change	
ความเข้มแข็งของครอบครัว	.376	.376	-.454	-.564	46.973	-6.685
ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย	.427	.051	.346	.230	6.806	2.609

SEb = 5.871; Constant = 46.679

**การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว**

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแลด้านลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูง จะมีการรับรู้ภาวะในการดูแลลดลงและการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว สามารถทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะการดูแลได้ร้อยละ 37.6 ( $R^2 = .376, p < .01$ ) การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงแหล่งช่วยเหลือภายในครอบครัว ที่คอยให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ไม่มองการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ เนื่องจากการมีแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัว เป็นแหล่งช่วยเหลือที่สำคัญ ที่ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้<sup>21</sup> การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงของผู้ป่วยไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย หรือผู้ดูแลหลัก

เพียงคนเดียว แต่มีผลกับสมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจด้วย<sup>22-23</sup> เนื่องจากครอบครัวถือได้ว่าเป็นหน่วยหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งเป็นศูนย์กลางในการดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรืออยู่ในระยะสุดท้าย<sup>24</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว ด้านการมีส่วนร่วมและพันธสัญญาร่วมกันมีคะแนนสูงสุด แสดงให้เห็นว่าการได้รับความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย หรือได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากครอบครัว สามารถช่วยลดการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้เนื่องจากการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในครอบครัว<sup>25</sup> การมีแหล่งช่วยเหลือภายในครอบครัว และเครือข่ายในสังคม จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลลดลง ผู้ดูแลที่มีเครือข่ายทางสังคมและครอบครัวต่ำ จะมีการรับรู้ภาวะการดูแลสูงกว่าผู้ดูแลที่มีเครือข่ายทางสังคมและครอบครัวสูง<sup>26</sup> ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูงจะสามารถหาแหล่งช่วยเหลือได้ง่าย การที่ผู้ดูแลมีความต้องการแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีแหล่งช่วยเหลือทางการเงินที่เพียงพอ เนื่องจากการประสบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งคุกคาม และเป็นอันตราย การปรับตัวในการดูแลลดลงและเกิดการรับรู้ภาวะการดูแลที่สูงขึ้น<sup>9</sup>

การรับรู้ภาวะการดูแลที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกตึงเครียด จากบทบาทการดูแลรวมทั้งการปรับตัวในการดูแลที่ไม่เหมาะสม จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลที่สูง การศึกษาการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ไร้ความสามารถ พบว่า ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูง จะมีการปรับตัวในการดูแลได้ดี และมีประสิทธิภาพในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวต่ำ<sup>14</sup> นอกจากนี้ การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวยังช่วยให้ผู้ดูแลมองการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์และท้าทายมากกว่ารู้สึกเป็นความเครียด การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ท้าทายและเป็นโอกาสดีที่ผู้ดูแลได้ประสบการณ์ในการดูแลจากผู้ป่วย ส่งผลให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง<sup>27</sup>

การที่ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูง ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวต่ำ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวสูงมีแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลสามารถปรับตัวในบทบาทการดูแลได้อย่างเหมาะสม

### ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการรับรู้ภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถเพิ่มความแปรปรวนของการทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลได้ร้อยละ 5.1 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลสูง และในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลลดลง เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลควบคุมและจัดการได้ยาก ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการดูแลเพื่อไม่ให้ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ<sup>27</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีภาวะการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์มาก ผู้ดูแลบอกว่าการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ยาก เพราะไม่ทราบเกี่ยวกับกระบวนการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่เปลี่ยนแปลงไป และการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าสูงจะเป็นผู้ป่วยที่มักจู้จี้ เจ้าอารมณ์ หงุดหงิดง่าย ต้องการอะไรต้องได้ทันที ผู้ดูแลรู้สึกว่าการป่วยเป็นคนที่เอาใจยากมาก ผู้ป่วยบางรายท้อแท้ อยากตาย ปฏิเสธการรักษา สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจและอารมณ์ ดังนั้นภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล

### ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า มีตัวแปร 2 ตัว ที่ไม่สามารถที่จะร่วมทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้ ได้แก่ 1) สุขภาพกายของผู้ป่วย และ 2) ระยะเวลาในการดูแล มีรายละเอียดดังนี้

### สุขภาพกายของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า สุขภาพกายของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแล จึงไม่สามารถที่จะนำเข้าสู่สมการในการทำนายได้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยทุกรายมีระดับความสามารถด้านร่างกายระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี (KPS มากกว่า 40) ปริมาณรังสีที่ได้รับโดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3,001-6,000 เซนติเกรย์ และมีผู้ป่วยเพียง 2 รายเท่านั้นที่ได้รับรังสีรักษา มากกว่า 6,000 เซนติเกรย์ ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีสุขภาพกายระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี มีอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา และผลกระทบจากโรค และการรักษาไม่ถึงขั้นรุนแรง รวมทั้งในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกเท่านั้น ผู้ป่วยได้พบแพทย์และพยาบาลเพื่อติดตามอาการทุก

สัปดาห์ จึงอาจส่งผลให้สุขภาพกายของผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้ ไม่สามารถที่จะทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลได้ นอกจากนี้กิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลต้องดูแลให้กับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ โดยส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น การช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตรประจำวัน อาหาร การรับประทานยา การเดินทางมารับรังสีรักษา และทำแผลเจาะคอ เป็นต้น แตกต่างจากงานวิจัยหลายงานวิจัย พบว่า สุขภาพกายของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแล ดังเช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะการดูแล ( $r = -0.33, p < .05$ ) โดยผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันสูงจะมีการรับรู้ภาวะการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่ำ<sup>28</sup> สอดคล้องกับการศึกษาภาวะการดูแลในผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา พบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะการดูแล ( $r = -0.22, p < .05$ )<sup>29</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องจากผลการศึกษาข้างต้น ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยแบ่งระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับ คือ ได้ทั้งหมดได้บางส่วน และไม่ได้เลย สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศหลายงานวิจัยที่พบว่า ระดับความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะการดูแล<sup>30-31</sup>

### ระยะเวลาในการดูแล

ผลการศึกษา พบว่า เมื่อผู้ป่วยรับรังสีรักษาในระยะเวลาที่นาน อาการข้างเคียงจากรังสีและผลกระทบจากรังสีจะเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความต้องการพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น การรับรู้ภาวะการดูแลน่าจะสูงขึ้นแต่การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะการดูแล จึงส่งผลให้ระยะเวลาในการดูแลไม่สามารถที่จะร่วมทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลได้ อาจเนื่องจากผู้ดูแลที่ศึกษาในครั้งนี้มีระยะเวลาในการดูแลสั้น โดยมีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 14-31 วัน และอาจเนื่องจากสุขภาพของผู้ดูแลที่ยังแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว การได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์และสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ความมั่นใจความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย การเรียนรู้จากเพื่อนในอาคารพักผู้ป่วยและญาติชั่วคราว การได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการรับรู้ว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะลุกลาม จะอยู่กับผู้ดูแลอีกไม่นาน ผู้ดูแลจึงมีความเต็มใจดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งวาระสุดท้ายของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผลการศึกษา พบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่สามารถที่จะทำนายการรับรู้ภาวะการดูแลได้<sup>26</sup> และระยะเวลาในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในการดูแล<sup>32</sup> รวมทั้งไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ดูแลด้วย<sup>15</sup> แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของ Meyers และ Gray ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานจะมีการรับรู้ภาวะการดูแลสูงกว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลานั้น<sup>33</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีการประเมินเครือข่ายทางสังคมของผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อบทบาทการดูแลได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดความเครียดการดูแลผู้ป่วย

2. พยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพิ่มมากขึ้น โดยอาจจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลและผู้ดูแล หรือจัดให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเจ็บป่วยและการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการเผชิญกับโรคได้อย่างเหมาะสม และผู้ดูแลสามารถที่จะปรับตัวในบทบาทของการดูแลได้อย่างเหมาะสมด้วย

3. เนื่องจากแนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และสมาชิกในครอบครัวที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอกมีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญถึงความต้องการในการบริการ ดังนั้นจึงควรมีการจัดการศึกษาต่อเนื่อง หรือการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือให้การดูแลแบบผู้ป่วยนอก เพื่อเพิ่มศักยภาพในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

4. พยาบาลควรมีการวิจัยเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว ลักษณะของประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ที่มีผลต่อการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัว เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมความเข้มแข็งภายในครอบครัวของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม

### สรุป

การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงเป็นสิ่ง

สำคัญภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ดูแล อย่างไรก็ตามจากการรับรู้ของผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน ผู้ดูแลจึงมีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งระยะสุดท้ายมาถึง พยาบาลจึงควรกำหนดแนวทางการพยาบาลเพื่อลดหรือบรรเทาการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

### เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute. Annual report shows overall decline in us cancer death rates: cancerburden in expected to rise with and aging population. [homepage on the Internet] [cite 2003 April]. Available from: <http://www.Nci.Nih.Gov/newsncancer/2002reportnation>.
2. Sriplung H, Sontipong S, Martin N, Wiangnon S, Vootiprux V, Khuhaprema T, editors. Cancer in Thailand. Bangkok Thailand: Bangkok Medical Publisher; 2003.
3. Sharp L, Laurell G, Tiblom Y, Andersson A, Birksjo RM. Care diaries: a way of increasing head and neck cancer patient's involvement in their own care and the communication between clinicians. Cancer Nurs 2004; 27:119-26.
4. Happ MB, Roesch T, Kagan SH. Communication need, methods, and perceived voice quality head and neck surgery. Cancer Nurs 2003;26:346-54.
5. อังศุมา อภิชาติ, กานดาศรี ตูลาธรรมกิจ. ประสบการณ์ในการใช้ธรรมะและสมาธิในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2547.
6. Rose-Ped AM, Bellm LA, Epstein JB, Trotti A, Gwede C, Fuchs H J, et al. Complication of radiation therapy for head and neck. Cancer Nurs 2002;25:461-7.
7. Sarna L, Conde F. Physical activity and fatigue during radiation therapy: a pilot study using actigraph monitors. Oncol Nurs Forum 2001;28:1043-6.
8. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, บรรณาธิการ. Palliative Care กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2542.



9. Carey PJ, Oberst MT, McCubbin MA, Hughes SH. Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 1991;18:1341-7.
10. Lundberg PC, Trichorb K. Thai buddhist patients with cancer undergoing radiation therapy. *Cancer Nurs* 2001; 24:469-75.
11. นันทพร ศรีนันท. ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. [วิทยานิพนธ์พยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2545.
12. Martinson IM, Liu-Chiang CY, Yi-Hua L. Distress symptoms and support systems of Chinese parents of children with cancer. *Cancer Nurs* 1997;20:94-9.
13. Loke AY, Lui C- F, Szeto Y. The difficulties faced by informal caregivers of patients with terminal cancer in Hong Kong and the available social support. *Cancer Nurs* 2003;26:276-83.
14. Clark PC. Effects of individual and family hardiness on caregiver depression and fatigue. *Res Nurs Health* 2002; 25:37-47.
15. Niyomthai N, Putwatana P, Panpakdee O. Caregiving duration, family life Events, family hardiness, and well-being of family caregivers of stroke survivors. *Thai J Nurs Res* 2003;7:93-103.
16. Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, Given B. Relationship of caregiver reaction and depression to cancer patients, symptoms, functional states and depression—a longitudinal view. *Soc Sci Med* 1995;40:837-46.
17. Mor V, Laliberte L, Morris JN, Wiemann M. The karnofsky performance status scale. *Cancer* 1984;53:2002-7.
18. วิไล คุปต์นิรัตติยกุล, พนม เกตุมาน. การศึกษาแบบวัดความซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือ The center for epidemiologic studies-depression scale (CES-D) ในคนไทย. *สารศิริราช* 1997; 49:443-8.
19. McCubbin HI, Thompson AI, McCubbin MA. Family assessment resiliency, coping and practice. Madison: University of Wisconsin; 1997.
20. Zarit HS, Reever Ek, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly correlates of feeling of burden. *The Gerontologist* 1997;20:649-55.
21. Ariela L, Ora G. The perception of caregiving burden on the part of elderly cancer patients, spouses and adult. *J Collaborative Family Health Care*. [serial on the Internet]. 2000. [cite 2005 May 5]; 18:337-47. Available from: <http://us.f527.mail.Yahoo.com/ym/showLetter?MsgId=4313-6506214-98957-13...>
22. Isaksen AS, Thuen F, Hanestsol B. Patients with cancer and their close relatives experiences with treatment, care, and support. *Cancer Nurs* 2003;26:68-74.
23. Friesen P, Pepler C, Hunter P. Interaction family learning following a cancer diagnosis. *Oncol Nurs Forum* 2004; 29: 981-7.
24. กิตติกร นิลมานัต. ครอบครัว: หน่วยการดูแลระดับครอบครัว. ใน: สกล สิงหะ, ลักษมี ชาญเวชช์, บรรณาธิการ. คีนส์เหี้ยกกลับเข้าสู่สังคม การช่วยเหลือด้านจิตสังคมผู้ป่วยมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 1997;49-72.
25. Chou MY. Grief, family hardiness and family resource for management after bereavement of family member. *J Korean Acad Nurs* [serial on the Internet]. 2000 [cite 2000 Dec 30]; 30: 1569-1579. Retrieved. Available from: <http://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=86640&Dt=1&QY=%22J+Kore>
26. Goldstein NE, Concato J, Fried TR, Kasl SV. Factors associated with caregiver burden among caregivers of terminally ill patients with cancer. *J Palliat Care* 2004; 20: 38-49.
27. Oberst MT, Thomas SE, Gass KA, Ward SE. Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nurs* 1989;12:209-15.
28. อานนท์ วิทยานนท์. สถานภาพทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วย. ใน: เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, บรรณาธิการ. *Palliative Care*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี. 2542:11-6.
29. จินตนา สมนึก, ชอลดา พันธุ์สนา, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2542;19:28-40.
30. วิภาวรรณ ชะอุม, ประคอง อินทรสมบัติ, พรรณวดี พุทธิวัฒนะ. ภาระในการดูแล และความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. *รามธิบดีพยาบาลสาร* 2539;2:16-25.

31. Schott-Baer D. Dependent care, caregiver burden, and self-care agency of spouse caregivers. *Cancer Nurs* 1993; 16:230-6.
32. Edward NE, Scheetz PS. Predictors of burden for caregivers of patients with Parkinson,s disease. [Electronic version]. *J Neurosci Nurs* 2000;34:184-191. Retrieved June 25, 2004, Available form: <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=41&sid=2&srchmode=1&vinst=PRODS...>
33. Meyers JL, Gray LN. The relationships between family primary caregiver characteristics and satisfaction with hospice care, quality of life, and burden. *Oncol Nurs Forum* 2001;28:73-82.