

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก และมีแนวโน้มจะเป็นปัญหาต่อไปในศตวรรษหน้า ถึงแม้ว่าในหลายประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้สูญเสียเงินไปเป็นจำนวนมหาศาลต่อปี เพื่อค้นหาการดำเนินของโรคมะเร็ง วิธีการรักษา และการป้องกันการเกิดโรค แต่อุบัติการณ์เกิดโรค อัตราการตายจากโรคมะเร็งยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ใน ค.ศ. 2000 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกทั้งหมด 10 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มเป็น 20 ล้านคนและ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นผู้ที่อยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว สาเหตุมาจากการเพิ่มจำนวนประชากร จำนวนผู้สูงอายุและอัตราของผู้สูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น การดำเนินชีวิตของผู้คน และภาวะสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกัน และควบคุมได้อย่างทั่วถึง (Ash, 2002) สำหรับประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2547 มีรายงานผู้ป่วยจากสถานบริการของ กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นเนื้องอก (รวมมะเร็ง) ทั่วประเทศ จำนวน 188,619 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.51 (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากสถิติของศูนย์มะเร็ง ชลบุรี ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2548 – 31 มี.ค.2549 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งจำนวน 830 ราย เพศหญิง 503 ราย พบว่า 3 อันดับแรกได้แก่ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 29.1 มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 27.4 มะเร็งลำไส้ ร้อยละ 3.2 เพศชาย 327 ราย 3 อันดับแรกได้แก่ มะเร็งปอด ร้อยละ 14.1 มะเร็งลำไส้ ร้อยละ 8.6 มะเร็งตับ ร้อยละ 5.8 (ศูนย์มะเร็ง, 2549) ดังนั้น มะเร็งจึงเป็นโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรง และมีการพยากรณ์ของโรคไม่แน่นอน การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้อาจต้องเปลี่ยนแปลงไป ความหวังและอนาคตของครอบครัวต้องพังทลายลงเพราะเป็นโรคร้ายที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเป็นมะเร็งและการรักษาเป็นสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต (อัญชติ แก้วสระศรี, 2541) การรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธี ได้แก่ วิธีการผ่าตัด การใช้รังสีรักษา การใช้ฮอร์โมนบำบัด และการใช้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะมีผลกระทบมากในรายที่ได้รับการรักษามากกว่าหนึ่งวิธี ซึ่งการใช้ยาเคมีบำบัดถือว่าเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาโรคมะเร็ง แต่ตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรักษา

ผู้ป่วยจะต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงต่าง ๆ จากการให้ยาเคมีบำบัด (ศิริไท พฤกษ์ศรี, 2546)

จากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยมากมายในทุกด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สำหรับด้านร่างกายมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจกรรมตามปกติลดลง จากภาวะของโรคมะเร็งที่เป็นอยู่และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น ซึ่งยาเคมีบำบัดจะไปรบกวนหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งซึ่งเป็นเซลล์ผิดปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว แต่เซลล์บางชนิดที่มีการเจริญเติบโตเร็วก็อาจได้รับผลจากยาเคมีบำบัดด้วย เช่น เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร เซลล์ไขกระดูกและรากผม อันเป็นสาเหตุอาการข้างเคียงที่สำคัญของการรักษาทางเคมีบำบัดที่พบเสมอในผู้ป่วยแทบทุกรายขณะที่ยังได้รับการรักษาอยู่จะมีอาการแทรกซ้อน ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายและทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เมื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แผลในปาก เม็ดเลือดขาวต่ำเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ใ้ถ่าย เกร็ดเลือดต่ำอาจทำให้เลือดออกผิดปกติ ผิวหนังและเล็บมีสีคล้ำ ผมร่วง กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท้องเสียหรือท้องผูก ซีด ขาดตามปลายมือปลายเท้า ไ้ดล้อมสภาพประจำเดือนผิดปกติในเพศหญิงและเพศชายมีการลดลงของเชื้อสเปิร์ม เป็นต้น (กฤษณา ธรรมแสง, 2539; อุไร ขลุ่ยนาถ, 2540; อาคม เขียวศิลป์, 2531; Dodd, 1987; Portenoy, 1987; Walter, 1982; Yasko, 1987)

ผลกระทบทางด้านจิตใจนั้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้และหมดกำลังใจ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย กลัวเสียชีวิต กลัวว่าจะรักษาไม่หาย กลัวถูกทอดทิ้งหมดหวังในชีวิต กลัวตาย ทุกข์ใจจนกระทั่งมีอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดที่รุนแรงจนไม่สามารถยอมรับได้ เกิดความรู้สึกปฏิเสธ โกรธ วิตกกังวล พฤติกรรมถดถอยอย่างมากและมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด หวาดกลัว (กฤษณา ธรรมแสง, 2539; ศิริไท พฤกษ์ศรี, 2546; สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; Clark, 1993; Gordon, 1992) ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่รุนแรงและยาวนาน ผู้ป่วยจะรู้สึกไร้ค่า หมดหวัง รู้สึกผิดและเศร้าใจ มีอาการเบื่ออาหารและนอนไม่หลับไม่มีเรี่ยวแรง พฤติกรรมถดถอยนี้ เก็บตัว ต้องการการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ ลดลงและอาจฆ่าตัวตายได้ (Gordon, 1992)

ส่วนในด้านสังคม ผู้ป่วยจะขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพราะสภาพร่างกายที่อ่อนเพลียและมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีความรู้สึกอับอายบุคคลอื่นเมื่อผมร่วงมาก ๆ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งไม่ได้มารับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจปฏิเสธการรักษา (นุชรวิรุณศิริพงษ์, 2541) บางรายขาดสมาธิในการทำงาน สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายจนต้องขาดงานบ่อย ๆ ไม่สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่เดิมได้ จนต้องต้องหยุดงานหรือถูกไล่ออกจากงาน (อัญชลี

แก้วสระศรี, 2541) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนี้ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป จากที่เคยเป็นอยู่ ได้แก่ การประกอบกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การประกอบอาชีพการงาน ซึ่งสภาพที่ทรุดโทรมลงนี้ทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเป็นปกติ (อุไร ขลุ่ยนาถ, 2540) ปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดมีปัญหามากมาย ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานหรือเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ จากการศึกษาของเมโยโรวิทซ์ และคณะ (Meyerowitz et al., 1979) ศึกษาผลกระทบทางจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88 มีการปฏิบัติกิจกรรมน้อยทั้งในอาชีพที่ทำให้ได้มาซึ่งรายได้ และกิจกรรมต่างๆไป ในการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮันติงตัน (Huntington, 1985) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัด มีความคล่องตัวในการทำงานน้อย และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนกับช่วงก่อนได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัด มักหยุดงาน 2-15 วัน หลังได้รับยาเคมีบำบัดและมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อได้รับคำบอกเล่าจากแพทย์หรือพยาบาลว่าจะต้องได้รับการรักษา มักจะเกิดความไม่เข้าใจสงสัยหรือไม่แน่ใจต่อผลการรักษา มีความกลัวหลาย ๆ อย่างเกิดขึ้น ประกอบกับระยะเวลาในการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทางจำนวนมาก เป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Sollner et al., 2001) จากผลกระทบดังกล่าวของโรคมะเร็งและผลของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและไม่มั่นคงในชีวิตจึงต้องการการพึ่งพาจากบุคคลอื่น (วรรณวิมล แก้วประถม, 2543)

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดเมื่อกลับมาอยู่บ้านจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพาะญาติผู้ดูแล ในการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี จะต้องมีการมีญาติเพื่อรับทราบข้อมูลในการยินยอมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและรับฟังคำอธิบายเกี่ยวกับโรค ซึ่งจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับ โรค ระยะของโรค แผนการรักษา ชนิดของยาเคมีบำบัดการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การได้รับยาเคมีบำบัดมีผลข้างเคียงเป็นอย่างมาก เช่น มีไข้ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อดูแล เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาตามแผนการรักษา รวมถึงการดูแลเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน แผลในปาก เป็นต้น (นันทพร ศรีนิม, 2546) จะเห็นได้ว่าจากผลกระทบของความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการที่จะต้องปรับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จากการศึกษาสถานการณ์และ

ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในเขตภาคตะวันออก พบว่า ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย คือ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแล ไม่มีเวลา เหนื่อย และสื่อสารลำบาก ซึ่งมูลเหตุจึงให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเนื่องจากเป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ มีความสะดวก และมีความสามารถในการดูแลตามลำดับ (วรรณรัตน์ ลาวัณ, รัชณี สรรเสริญ และบุตรี รอดจากภัย, 2547) จากการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่เกิดขึ้นและภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเหนื่อย อ่อนล้าด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ซึ่งผู้ดูแลจะต้องรับภาระความรับผิดชอบต่อในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากภาระหน้าที่ตามปกติ ความรับผิดชอบดังกล่าวจึงเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นของผู้ดูแลที่ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงกายและแรงใจในการประกอบกิจกรรมการดูแล (อัจฉรา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาสกุล, 2541) ไม่มีโอกาสที่จะละวางผู้ป่วยเพื่อทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่เคยทำเช่น การอบรมบุตร การพบปะสังสรรค์กับสังคม หรือการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเสื่อมถอยลง ก่อให้เกิดความรู้สึกกักกันหรือถูกแยกตัวออกจากสังคม (ชูชื่น ชีวพุดผล, 2541) ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินชีวิต ด้านการบริหารเวลา หน้าที่การงาน ภารกิจในสังคม การมีอิสระและการมีเวลาเป็นส่วนตัว (Periad & Ames, 1993 อ้างถึงใน สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) ทั้งยังต้องเสียสละร่างกาย พลังใจในอย่างยิ่งกับปัญหาต่าง ๆ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของชนิตา มณีวรรณ (2537) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน พบว่าปัญหาของผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 66 คือเหนื่อยล้าเบื่อง่าย ร้อยละ 58 ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เพราะต้องดูแลผู้ป่วยทำให้รายได้ลดลง ร้อยละ 54 ต้องการความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย

ในการดูแลนั้นพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจาก การดูแลเป็นพฤติกรรมระหว่างบุคคลที่เป็นกระบวนการกระทำที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นหรือกลุ่มบุคคล เพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ และการอยู่รอดของชีวิต เพื่อจุดประสงค์ใด จุดประสงค์หนึ่งเป็นความรู้สึกที่มีร่วมกัน เช่น การดูแลระหว่างบุคคลในครอบครัว การดูแลระหว่างเพื่อนเป็นต้น (ยี่สุน ใจดี, 2540) วัตสัน (Watson, 1988) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลเป็น กระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลองค์รวมของ กาย จิต และจิตวิญญาณ การดูแลเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะที่บุคคลทั้งสองเข้าถึงจิตใจกัน (Transpersonal Caring) มีความรับรู้ตรงกันในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น เป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค (Coparticipant)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลที่บ้าน พบว่ายังมีงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็น โรคมะเร็งยังมีน้อย ส่วนใหญ่งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ เช่น จากการศึกษาของสมยศ ศรีจารนัย และคณะ (2545)

ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการดูแลทำให้ผู้ดูแลยังไม่ดี และจากการศึกษาของยูชิตะ (Yoshida, 2002) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคท้องร่วงของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี พบว่า ผู้ดูแลมากกว่าครึ่งยังต้องปรับปรุง พฤติกรรมการป้องกันโรคท้องร่วง สอดคล้องกับการศึกษาของชอดสรี้อย วิเวกวรรณ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาจะศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแล ของผู้ป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะพบว่าจะยังอยู่ในระดับที่ไม่ดีเท่าที่ควร

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัย เกี่ยวกับการดูแล และปัจจัยอื่น ๆ สำหรับปัจจัยเกี่ยวกับของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ได้แก่ ปริมาณเวลาในการดูแลและระยะเวลาในการดูแล เบนเนอร์ (Benner, 1984) กล่าวว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงทักษะในการดูแล ซึ่งผลต่อความชำนาญและ ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการดูแล ประสบการณ์ในการดูแลมีผลต่อการปฏิบัติงาน บุคคลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานนาน จะสามารถเรียนรู้สภาพแวดล้อม ลักษณะงานและ สิ่งต่าง ๆ ได้ดี จากการศึกษาของสมรภัย สุวรรณมาลี (2539) พบว่าประสบการณ์ในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $r = .1786$) สอดคล้องกับการศึกษาของไคเตอร์ (Dter, 1981 อ้างถึงใน รัตนา ลือวานิช, 2539) ที่พบว่าประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล และ การศึกษาของ เพ็ญภา ไชยเสนา (2546) ที่ศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด พบว่าประสบการณ์การดูแลที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลบุตรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ที่พบว่าระยะเวลา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานจะมีกิจกรรมการดูแลน้อยลง

สำหรับปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เกิดทัศนคติที่ดีในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแล ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุม โรคได้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี การที่ผู้ดูแลจะสามารถดูแล ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีความรู้และมีการเรียนรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยโรคนั้น ๆ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ และผู้ดูแล จะเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลที่ดี ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการดูแลนั้น

จะเน้นไปที่ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า การรับประทานอาหารและยา ดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การไปพบแพทย์ตามนัด และดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย การดูแลด้านจิตสังคม ประกอบด้วย การยอมรับและเข้าใจ อารมณ์ของผู้ป่วย การส่งเสริมความมั่นใจและให้กำลังใจผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับครอบครัว (ศุคศิริ หิริยคุณหะ, 2541) ชนิตา มณีวรรณ (2538) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลต้องการคำแนะนำและความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติการพยาบาลร้อยละ 50.9 และผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับคำแนะนำพอเพียงที่ชัดเจนและเข้าใจ จะสามารถนำไปปฏิบัติได้ร้อยละ 49 จากการศึกษาของนฤมล นาคเรือง (2544) พบว่า ผู้ดูแลที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมิพพฤติกรรมการดูแลที่ช่วยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับความรู้ สอดคล้องกับ การศึกษาของสมยศ ศรีจารนัย และคณะ (2545) พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานผู้สูงอายุที่ควบคุมโรคได้ดี จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้และทัศนคติสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ดี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของปานจิตต์ เอี่ยมสำอาง (2545) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับการความรู้ตามโปรแกรมการสอน มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรู้ตามปกติ ส่วนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของผู้ดูแล ไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการรู้ปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับข่าเคมีบำบัดของผู้ดูแล

สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยทั่วไปแหล่งสนับสนุนทางสังคมมักจะเป็นญาติพี่น้องในครอบครัว กลุ่มสมรส บุคคลในครอบครัว เพื่อนและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่จะช่วยให้ข้อจำกัดต่าง ๆ ของผู้ดูแลลดลงหรือหมดไปและจะมีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการดูแลให้ดีขึ้นเพราะการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลได้รับความ เอาใจใส่ ยอมรับนับถือ มีความหวัง ความเอื้ออาทรมีกำลังใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นใจในตนเอง ตลอดจนความช่วยเหลือด้านการเงิน อุปกรณ์ ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ จึงเปรียบเสมือนเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมและเอื้ออำนวย จากการศึกษาของพรชัย จุลเมตต์ (2540) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ พบว่างานหรือกิจกรรมที่ผู้ดูแลรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง ภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ จากการศึกษาของพัชรินทร์ กิตติธงโสภณ (2541) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านวัสดุ สิ่งของ เงินทอง แรงงาน และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมแก่ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล

และการศึกษาของสตุคิริ หิรัญขุนพะ (2540) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับการดูแลผู้ป่วยได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นเหมือนแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์เครียดต่าง ๆ จากการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นแหล่งที่สำคัญในการช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษา และให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล

ส่วนสัมพันธภาพของผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อน ด้วยความรักและความผูกพัน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลกับผู้รับการดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญต่อพฤติกรรมในการดูแล ซึ่ง วัตสัน (Watson, 1989) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น อันเนื่องมาจากสัมพันธภาพมีมิติทัศน์พื้นฐานคือ ความรัก ความใส่ใจ ความมีน้ำใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อถือ การให้เกียรติซึ่งกันและกัน จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความพึงพอใจซึ่งกันและกัน เช่น ความสนใจในกันและกัน ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความยินดีที่จะแบ่งปัน ความยินดีที่จะรับใช้หรือช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วยความเต็มใจก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลที่ดีต่อกัน (Sullivan, 1993) จากการศึกษาของซูซัน ชิวพูนผล (2541) พบว่าผู้ดูแลรับรู้ว่ามีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลนั้น ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว โนทัศน์พื้นฐานเหล่านั้นนำมาซึ่งการยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย จะช่วยให้กระบวนการการดูแลประสบความสำเร็จ จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพที่ดีย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลที่ดีด้วย จากการศึกษาของมินตกาญจน์ ชลธวัช (2547) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยวัย โรคที่บ้าน สอดคล้องกับ การศึกษาของเพิงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540) พบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย สำหรับผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดพฤติกรรมในการดูแลที่ดีและมีคุณภาพการดูแลที่ดีด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังน้อยอยู่ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ และพบว่าพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลยังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญที่จะสนับสนุนช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากความเจ็บป่วยและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแต่พฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ครอบคลุม

เรื่องปัจจัยเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ปริมาณเวลาในการดูแล และประสบการณ์ในการดูแล ซึ่งผลของงานวิจัยจะเป็นแนวทางในการวางแผนสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหาการดูแลที่เกิดขึ้น และช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ระดับของพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นอย่างไร
2. ปริมาณเวลาในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือไม่
3. ปริมาณเวลาในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับของพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณเวลาในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย กับพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. ศึกษาอำนาจในการทำนายของ ปริมาณเวลาในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ มีสมมติฐานดังนี้

1. ปริมาณเวลาในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. ระยะเวลาในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด
4. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด
5. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด
6. ปริมาณเวลาในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดในเขตภาคตะวันออก โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด ซึ่งมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลาง จนถึงต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด ที่ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ถึงเดือนเมษายน 2550 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย และแบบสอบถามปัจจัยที่ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่

- 1.1 ปริมาณเวลาในการดูแล
- 1.2 ระยะเวลาในการดูแล
- 1.3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด
- 1.4 การสนับสนุนทางสังคม
- 1.5 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล นำผลการศึกษาที่ได้มาปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการวางแผนให้ ความรู้ คำแนะนำรวมทั้งให้ความช่วยเหลือ

ระดับประคองแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด ตลอดจนวางแผนช่วยเหลือและส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลโดยเน้นบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการศึกษามาวางแผนการเรียนการสอนให้กับนิสิตพยาบาลในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัดที่บ้านอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงปัจจัยทางบวกและทางลบที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีต่อผู้ป่วย

3. ด้านการบริหารพยาบาล เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยนำผลที่ได้จากการศึกษามาปรับปรุงการจัดฝึกอบรมและเพิ่มพูนความรู้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนและได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

นิยามคำศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดในลักษณะเครือญาติ ที่ทำหน้าที่เป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลในภาวะที่เจ็บป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น และไม่ได้รับค่าจ้างหรือรางวัลตอบแทน

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัด หมายถึง บุคคลที่เป็นเพศหญิงหรือเพศชายที่มารับบริการที่ ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามและต้องได้รับการบำบัด ซึ่งต้องการการดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลางจนถึงต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index: BADL) ซึ่งแปลโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541)

ปริมาณเวลาในการดูแล หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดใน 1 วัน

ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง จำนวนระยะเวลาที่นับเป็นเดือน ที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด หมายถึง ความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัด ซึ่งวัดโดยใช้แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมเกี่ยวกับด้านการดูแลทั่วไปสำหรับผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและการดูแลภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด โดยให้เลือกตอบ เพียงคำตอบเดียว คือใช่ หรือไม่ใช่

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนจากการติดต่อ สัมพันธ์กับบุคคลใน ครอบครัว ได้แก่สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยประเมินจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) ซึ่งสร้างจากแนวคิด ของคอบบี้ (Cobb, 1976) ร่วมกับแนวคิดของเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) โดยผู้วิจัย นำมาพัฒนาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้มาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ไม่จริงเลย จริงเล็กน้อย จริงปานกลาง จริงมาก จริงมากที่สุด ประกอบด้วย การสนับสนุน ทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมี บำบัด ถึงการได้รับความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ ยกย่อง ชมเชย และให้ กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ถึงการ ได้รับการยอมรับความสำเร็จ ความสามารถและการแสดงออก การได้รับการยกย่องจากผู้อื่น
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา เคมีบำบัดถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบัต ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการ แก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้
4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัดถึงการได้รับการช่วยเหลือโดยตรงในสิ่งของ เงินทองที่สามารถสนับสนุนให้ ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้
5. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมนอกบ้านและ ได้มีส่วนร่วมใน กิจกรรมต่าง ๆ

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมระหว่าง ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ความผูกพัน การยอมรับความคิดเห็นและการวิจารณ์ ต่าง ๆ ของกันและกัน โดยประเมินจากแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยของ

มินตากานจน์ ชลอรักษ์ (2547) ซึ่งสร้างจากแนวคิดของ ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) โดยผู้วิจัยนำมาพัฒนาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้มาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ซึ่งประกอบด้วย ไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง จริงมาก

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกหรือการปฏิบัติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตามแนวคิดของวัตสัน (Watson, 1989) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรม 10 ด้าน และด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้มาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ซึ่งประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลแสดงออกซึ่งความรัก ความเอ็นดู ความเอื้อเฟื้อ เอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนหรือค่าจ้างรางวัล ผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วย เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย
2. ให้กำลังใจและให้ความหวัง หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลให้กำลังใจ ชมเชย แสดงความชื่นชมทั้งทำที่และคำพูดได้แก่ การยกย่อง ชมเชย และให้การดูแลอย่างกระตือรือร้น สร้างให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น ศรัทธาในตัวผู้ดูแลและการดูแลที่ได้รับ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และร่วมมือในการรับการรักษา รวมทั้งมีความหวัง มีกำลังใจที่จะสู้ต่อไป
3. สังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่ หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลสังเกตปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์
4. มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลแสดงต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างเป็นธรรมชาติ มีความสม่ำเสมอและเป็นตัวของตัวเอง มีความเข้าใจ เข้าใจ เป็นกันเอง และใช้คำพูดที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่มีความขัดแย้งกันระหว่างความรู้สึกและพฤติกรรมแสดงออก
5. แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งทางบวกและทางลบ หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลแสดงออกถึงความเข้าใจว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด แสดงออกมานั้นมีความหมายและมีความต้องการบางอย่าง ผู้ดูแลยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกนับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการประคับประคองจิตวิญญาณผู้ป่วยให้เข้มแข็ง

6. แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลค้นหาสาเหตุของปัญหา หรือพฤติกรรมและอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยพิจารณาวางแผนและให้การช่วยเหลืออย่างเป็นเหตุเป็นผล

7. ชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถให้การดูแลตนเองตามศักยภาพของตนเอง

8. จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลจัด หรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ความปลอดภัย โดยสร้างบรรยากาศภายในบ้านให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีความเป็นอยู่ที่ดีและรู้สึกปลอดภัย

9. ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ให้ได้รับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และความต้องการด้านจิตสังคม

10. ช่วยให้เกิดความเข้าใจในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลช่วยให้เกิดความเข้าใจในผู้ป่วย ส่งเสริมสนับสนุน ประคับประคองให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้น การอยู่อย่างมีความหมาย และเห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่

11. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson, 1985) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ คอปป์ (Cobb, 1976; Schacfer et al., 1981) แนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซัลลิแวน (Sullivan, 1993) และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งวัตสัน (Watson, 1985) ได้กล่าวว่า กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งต่างเป็นบุคคลองค์รวมของ กาย จิต และวิญญาณ ตามทฤษฎีของวัตสัน การดูแลที่ดีประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแล 10 ประการ (Carative Factors) คือ 1) การยอมรับความเป็นมนุษย์และคุณค่าของบุคคล 2) การสร้างความศรัทธาและความหวัง 3) การมีความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น 4) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความไว้วางใจและการช่วยเหลือ 5) การแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ 6) การแก้ปัญหาในกระบวนการดูแล 7) การเรียนการสอนระหว่างบุคคล 8) การสนับสนุน การป้องกัน และ/ หรือ การปรับสภาวะทางด้านร่างกาย จิตสังคม และวิญญาณให้ดีขึ้น 9) การตอบสนองความต้องการของบุคคล

10) การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมทั่วไป 10 ประการ และเพิ่มพฤติกรรมการดูแลเฉพาะโรคโดยประยุกต์จากแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

นอกจากนี้วัตสัน ยังกล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลจะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ โดยเฉพาะ ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลมีผลต่อพฤติกรรมการดูแล ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาระยะเวลาในการดูแลและปริมาณเวลาที่ใช้ไปในการดูแลแต่ละวัน นอกจากนี้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่วัตสัน (Watson, 1985) กล่าวว่า มีผลต่อพฤติกรรม กล่าวคือ ความรู้จะทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ สามารถที่จะแก้ปัญหาได้ ซึ่งความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับ โรคที่เป็นของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการตัดสินใจที่ดี มีความมั่นใจ มีทักษะ ในการที่จะดูแลผู้ป่วยได้ ก็จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลที่ดีได้ นอกจากนี้ วัตสัน (Watson, 1985) ยังกล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นการจัดให้เกิดความสนับสนุน ปกป้อง หรือแก้ไขในสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมช่วยในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นคุณภาพการดูแลที่ครอบคลุม นำไปสู่พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดี การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของคอปปี (Cobb, 1976; Schacfer et al., 1981) ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาใช้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่วัตสัน (Watson, 1985) ได้กล่าวถึงคือ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และห่วงใยในตัวผู้ป่วยมาก ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย