



ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้
ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเป็นไข้
ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา

**The Effect of Supportive-Educative Nursing System
on Uncertainty in Illness in Head and Neck
Cancer Patients Receiving Radiation Therapy**

อภิธานนการ

จาก

เบญจันท์ วงศ์สุนทรวิทย์

๑

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคณะหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขานพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2533

ISBN 974-586-869-8

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

20284

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา

.....
BPE

บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์

ผู้วิจัย

.....
สมจิต หนูเจริญกุล

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
นางทอง ไกรนิบูลย์

นางทอง ไกรนิบูลย์, พ.บ., ว.ว.รังสีรักษา

และเวชศาสตร์นิวเคลียร์

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
ธีรชัย จุลสมัย

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....
สมจิต หนูเจริญกุล

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

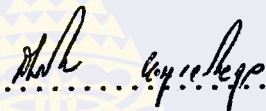
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 12 กรกฎาคม 2533



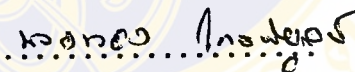
บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์

ผู้วิจัย



สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



พวงทอง ไกรนิบลุย์, พ.บ., ว.ว.รังสีรักษา

และเวชศาสตร์นิวเคลียร์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อรสา พันธุ์กักติ, วท.บ., M.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

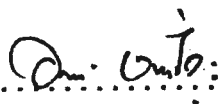


มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล



อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S., F.R.C.P.,

F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.ว.

คณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติภูมิวิจัย

ชื่อ นางสาวบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์

วัน เดือน ปี เกิด 21 เมษายน พ.ศ. 2495

สถานที่เกิด จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2515-2518 :
อนุปริญญาพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์
มหาวิทยาลัยรามคำแหง, พ.ศ. 2519-2522 :
เศรษฐศาสตรบัณฑิต (เศรษฐศาสตร์ระหว่างประเทศ)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2522-2523 :
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2531-2533 :
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
วิทยุวิจัยแห่งชาติ, พ.ศ. 2532-2533 :
รายได้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ทุนวิจัย

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2518-ปัจจุบัน : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง : พยาบาลระดับ 5

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้รับความกรุณาจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ คือ รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล และ รองศาสตราจารย์ พญ.นางทอง ไกรนิบูลย์ ซึ่งได้กรุณาแนะนำ สนับสนุนและตรวจสอบแก้ไขจุดบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย รวมทั้งอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และอาจารย์ผู้ให้คำปรึกษาการประมวลข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ จนวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงด้วยความสมบูรณ์ ซึ่งผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ.ที่นี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยงานการแพทย์ และผู้อยู่เบื้องหลังในการจัดทำสไลด์-เทปโปรแกรม เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยหน่วยรังสีรักษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีและสภากาชาดแห่งประเทศไทยที่กรุณาให้ทุนในการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้ที่ปรารถนาดีและเอาใจช่วย เจ้าหน้าที่ในโครงการบัณฑิตศึกษา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และผู้ช่วยวิจัยที่ร่วมงานวิจัย ด้วยดีมาตลอด

บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์

ชื่อวิทยานิพนธ์

ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา

ผู้วิจัย

บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์

ปริญญา

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

นางทอง ไกรนิบลุย์, พ.บ., ว.ว.รังสีรักษาและ

เวชศาสตร์นิวเคลียร์

วันที่สำเร็จการศึกษา

12 กรกฎาคม พ.ศ. 2533

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยอาศัยทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) และทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1985)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา ที่หน่วยรังสีรักษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คัดเลือกโดยเจาะจงคุณสมบัติจำนวน 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2532 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2532 จำนวน 34 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2532 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2533 จำนวน 34 ราย ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามแบบสอบถามของ มิเชล (Mishel, 1981a) 3 ช่วง คือ ก่อนรับรังสีรักษาขนาดแรก ระหว่างรับรังสีรักษา (ก่อนรับรังสีรักษาครั้งที่ 16) และในสัปดาห์สุดท้าย (2 วัน) ก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ตอบแบบสอบถามครบ 3 ช่วงจำนวน 26 และ 28 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับ ความต้องการข้อมูลและการ

ได้รับข้อมูลจริง พร้อมกับการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับรังสีรักษาและ
ในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความ
เจ็บป่วยไม่แตกต่างกับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ทั้งในช่วงกลางระหว่างรับรังสีรักษา และในช่วงสัปดาห์
สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และก่อนรับรังสีรักษาผู้ป่วยทั้ง
2 กลุ่ม มีความต้องการข้อมูลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่ก่อนสิ้นสุด
รังสีรักษา พบว่า กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจริง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < 0.01$)

Thesis Title The Effect of Supportive-Educative Nursing System on Uncertainty in Illness in Head and Neck Cancer Patients Receiving Radiation Therapy

Name Boonchan Wongsunopparat

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

 Somchit Hanucharurnkul, B.Sc.,M.S.,Ph.D.

 Puangtong Kriphibul, M.D.,Cert. of Proficiency (Radiotherapy and Nuclear Medicine)

Date of Graduation 12 July B.E. 2533 (1990)

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to test the effect of supportive-educative nursing system on uncertainty in illness based on theoretical framework derived from the combination of Mishel (1988) uncertainty in illness theory and Orem's (1985) theory of nursing system. Sixty-eight head and neck cancer patients receiving radiation therapy at the Division of Radiotherapy, Ramathibodi Hospital were selected by purposive sampling according to the predetermined criteria. The first 34 patients who received radiation treatment between August-November 1989 were assigned to the control group and the later 34 patients who received radiation treatment between December 1989 to May 1990 were in the experimental group. Patients in both group received usual care provided in the setting, but patients in the experimental group received additional supportive-

educative nursing systems intervention provided by the investigator. Uncertainty in illness was measured by The Uncertainty in Illness Scale developed by Mishel (1981,a) at 3 times; before the first and the sixteenth dose of treatment, and two days before the treatment ended. Furthermore, information need and receive were assessed before the first dose of treatment and last week before treatment ended, respectively.

The results of this study showed that the mean score on uncertainty in illness for the experimental group before the sixteenth dose of treatment and two days before treatment ended were not significantly different from the control group ($p > 0.05$). Furthermore, subjects in both groups reported no significantly different for the mean score on information needed before the treatment ($p > 0.05$). however, before the treatment ended the subjects in the experimental group reported significantly higher mean score on information received than for the control group ($p < 0.01$).

สารบัญ

ค

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญภาพ

บทที่ 1 บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรอบทฤษฎี

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

วัตถุประสงค์

สมมติฐาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

ข้อตกลงเบื้องต้น

นิยามตัวแปร

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การรักษาเมเร็งด้วยรังสีและอาการข้างเคียง

ความต้องการข้อมูลและผลของการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะงานของสถานที่ที่ทำการศึกษา

ก

ข

ค

ง

จ

1

1

3

3

7

10

10

11

11

11

13

13

17

23

27

27

27

28

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	29
เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย	29
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	29
การหาความตรงของแบบสอบถาม	31
การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	31
การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	32
บทที่ 4 ผลของการวิจัยและการอภิปรายผล	35
ผลการวิจัย	35
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	35
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	39
ผลการทดสอบสมมติฐาน	41
ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม	44
การอภิปรายผล	48
ข้อจำกัดของการวิจัย	52
บทที่ 5 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	53
สรุปการวิจัย	53
ข้อเสนอแนะ	54
การนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์	55
การทำวิจัยต่อไป	56
บรรณานุกรม	57
ภาคผนวก	67
ก การนิทศาสตร์ลึทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย	68
ข แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	70
ค แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	74

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก (ต่อ)	
ง แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	77
จ แบบสอบถามความต้องการข้อมูล	79
ฉ แบบสอบถามการได้รับข้อมูลจริง	81
ช แบบสอบถามความเข้าใจบทความรู้ในสไลด์- เทป	84
ซ กลุ่มนวัตกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่กำลังรับรังสีรักษา	87
ณ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	95

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ จำนวนปีที่ศึกษา เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ปัญหาทางการเงิน วิธีเสียค่ารักษา ที่อยู่ ขณะรับรังสีรักษา ตำแหน่งและระยะของมะเร็ง	37
2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ก่อนรับรังสีรักษา ระหว่างรับรังสีรักษา และ ในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	39
3 เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยระหว่างรับรังสีรักษา ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบทางเดียว มีคะแนนเฉลี่ย ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับรังสีรักษา เป็นตัวแปร ร่วม	42
4 เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบทางเดียว มี คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับรังสีรักษา เป็นตัวแปรร่วม	43

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
5	44
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ ความต้องการข้อมูลก่อนรับรังสีรักษา และการได้รับข้อมูลจริงในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ (t-test)	
6	46
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่าง ความต้องการข้อมูลก่อนรับรังสีรักษา กับ การได้รับข้อมูลจริงในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ทั้งรายข้อและโดยรวมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ (t-test)	
7	47
แสดงการได้รับข้อมูลจริงจาก แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยด้วยตนเอง และ บุคคลอื่น ๆ ในกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง	

สารบัญ

ภาพที่

หน้า

- 1 รูปแบบของการรับรู้ในความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล 4
- 2 กราฟเส้นตรง แสดงการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในแต่ละระยะของการรักษา คือ ก่อนรับรังสีรักษา ระหว่างรับรังสีรักษาและในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา 40

บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน มะเร็งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชาชนในเกือบทุกประเทศ สำหรับประเทศไทยนั้น ในปี พ.ศ. 2523 พบว่าอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งมีความสำคัญเป็นอันดับ 3 รองจากอุบัติเหตุและโรคหัวใจ โดยมีอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด 23.6 ต่อประชากรแสนคน (วารสาร โรจนโชนี 2527:24) ซึ่งถ้ามองแนวโน้มของมะเร็งจากปี พ.ศ.2517 ถึง พ.ศ.2528 แล้ว อัตราการตายเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าทุก 10 ปี (ธีระ รามสุต, นิพนธ์คิด 2531:7) และเป็นอันดับ 2 ในปี พ.ศ.2529 (วาทีณี บุญชะลิกชี 2530:353) มะเร็งที่พบได้บ่อยของประเทศไทย คือ มะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ทั้งจากการสำรวจของกองสถิติสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1982:23) และรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Institute Development of Medical Service 1987:7) สำหรับในโรงพยาบาลรามธิบดีนั้น (Mahidol University, Ramathibodi Hospital 1987: 14-15) มะเร็งนาโซฟาริงซ์ ช่องปากและกล่องเสียงพบสูงเป็นอันดับ 2, 5 และ 7 ตามลำดับในเพศชาย และมะเร็งช่องปากสูงเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิง

มะเร็ง นอกจากจะเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและเป็นสาเหตุของการตายมากแล้ว ยังเป็นโรคที่ต้องใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลนานมากกว่าโรคอื่น ๆ มีความสูญเสียทางเศรษฐกิจและศักยภาพของชีวิตสูงมาก (ธีระ รามสุต, นิพนธ์คิด 2531:1) ถึงแม้ว่าจะมีการประเมินค่าใช้จ่ายก่อนรักษาไว้แล้ว แต่เมื่อทำการรักษาจริงค่าใช้จ่ายกลับสูงขึ้นมากจนไม่สามารถจ่ายได้ (McNaul 1981:207) และยังก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนได้สูงมาก เนื่องจากลักษณะของโรคและการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันว่าจะได้ผลเต็มที่ แม้การรักษาที่ดีที่สุดก็ยังมีโอกาสที่โรคจะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำได้อีก (Holland, et al. 1973 cited in Somchit Hanucharurnkul 1988:1) มะเร็ง ในความรู้สึกของผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงหมายถึงความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระต่อครอบครัวและเพื่อนฝูง สูญเสียเสน่ห์

ทางเพศและรวมไปถึงความตาย (Krumm 1982:729)

ผู้ป่วยและญาติจำนวนไม่น้อยเมื่อได้รับคำบอกเล่าจากแพทย์หรือพยาบาลว่า เป็นมะเร็ง และต้องรับการรักษาด้วยรังสี ซึ่งอาจจะโดยวิธีฉายแสง วางแร่หรือฝังแร่ก็ตาม มักจะเกิดความไม่เข้าใจ สงสัย หรือไม่แน่ใจต่อวิธีการรักษา (ไพรัช เทพมงคล 2528:1) มีความกลัวในหลาย ๆ อย่างเกิดขึ้น เช่น กลัวผลของรังสีจะทำให้เกิดผิวหนังไหม้เกรียม เสียรูปร่าง กลัวการเป็นหมัน กลัวที่จะกลับเป็นซ้ำอีก นอกจากนี้แล้ว ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกว่าการใช้รังสีรักษามีลักษณะและเสียงเหมือนกับสิ่งประหลาดลึกลับ การที่ต้องรับการรักษาด้วยรังสีนี้ เปรียบเสมือนข่าวร้ายและหมุดหมายในการรักษาแล้ว (Peck & Boland 1982:57) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนรับรังสีส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 ไม่มีความรู้เกี่ยวกับรังสีมาก่อนเลย เมื่อรับรังสีไปแล้วและเกิดอาการข้างเคียงขึ้นความวิตกกังวลก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้น (อนุริย์ ต้นสกุล 2522:703) ผู้ป่วยอาจตกใจกลัวคิดว่าโรครุกลาม หรือการรักษาของแพทย์ล้มเหลว เป็นเหตุให้หยุดการรักษาเองเสียกลางคัน (Israel & Mood 1982:58; Winslow 1976:215)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด (Mishel 1984:163) เกิดภาวะทุกข์ (Christman, et al. 1988:75) มองโรคในแง่ร้าย ไม่มีความหวัง และมีปัญหาในการดูแลตนเอง (Mishel, et al. 1984:291) ซึ่งปัญหาขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเองและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอาจลดลงได้โดยการให้ข้อมูล (Eardley 1986:24; Mishel 1984:163; Mollenman, et al. 1984:475) ที่เป็นภาษาที่ง่าย ชัดเจน ใช้ศัพท์ทางการแพทย์น้อยที่สุด (Winslow 1976:214; Denning 1982:270) และให้คำแนะนำสนับสนุนทั้งผู้ป่วยและครอบครัว หรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่มารับรังสีรักษา (Varricchio 1981:334; Yasko 1982:638-647) ข้อมูลที่ให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในแผนการรักษาตลอดจนอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น (Bille 1983:479; Linde & Janz 1979:282) สิ่งเหล่านี้จะช่วยช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง และช่วยครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วย ขณะพักอยู่ที่บ้านได้เป็นอย่างดี (Cawley & Gerdtz 1988:267) ซึ่งโอเร็ม (Orem 1985:152) เรียกการพยาบาลในลักษณะของการให้ข้อมูลและสนับสนุนตามความต้องการของผู้ป่วย รวมไปถึงบุคคลสำคัญของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนี้ว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ผู้วิจัยเห็นว่า ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาาน เกิดอาการข้างเคียงได้ง่าย และอาการต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงอยู่เกือบตลอดระยะเวลาของการรักษา การให้ข้อมูลเพียงครั้งเดียวโดยไม่มีการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่องนั้น อาจไม่เพียงพอ ในผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้วิจัยจึงต้องการทราบว่า การใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษาหรือไม่ อย่างไร

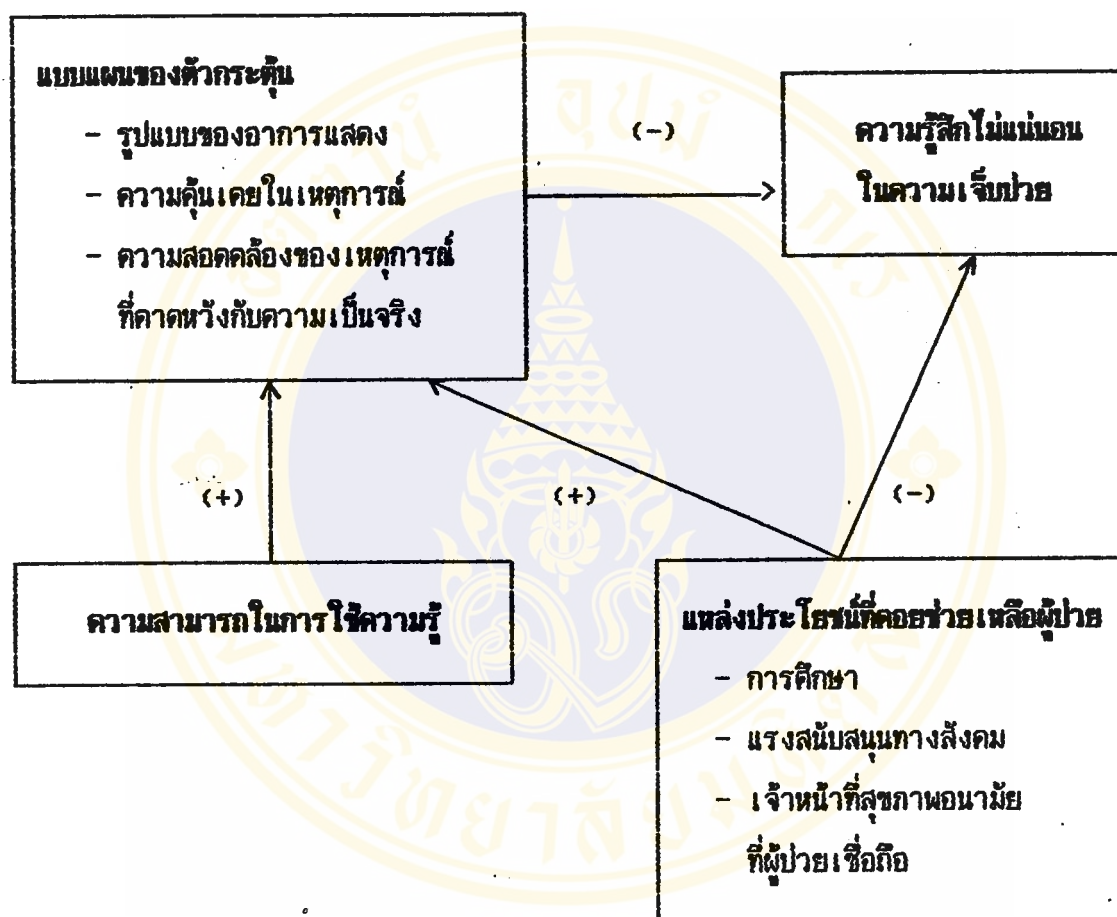
กรอบทฤษฎี (Theoretical Framework)

การวิจัยครั้งนี้ อาศัยทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) และทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1985) เป็นแนวทาง ซึ่งจะเสนอรายละเอียดดังต่อไปนี้

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in Illness)

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้น อธิบายถึงการใช้ระบบของความคิด (cognitive process) เพื่อแปลความหมายของสิ่งเร้าคือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือการที่บุคคลไม่สามารถกำหนดรูปแบบความหมายของความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (cognitive scheme) ในการแปลความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมี 4 รูปแบบ คือ (1) ความกำกวมเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (ambiguity) (2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบให้บริการ (complexity) (3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (lack of information) (4) การไม่สามารถทำนายการดำเนินและพยากรณ์โรค (unpredictability) ส่วนปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นมี 3 ประการ คือ แบบแผนของตัวกระตุ้น (stimuli frame) ความสามารถในการใช้ความรู้ (cognitive capacity) และแหล่งประโยชน์ที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วย (structure providers) (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 รูปแบบของการรับรู้ในความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel 1988 : 226)

แบบแผนของตัวกระตุ้น หมายถึงรูปแบบและโครงสร้างของตัวกระตุ้นที่บุคคลรับรู้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ รูปแบบของอาการแสดง (symptom pattern) ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (event familiarity) และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง (event congruence) ส่วนประกอบทั้ง 3 นี้ ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจซึ่งจะมีส่วนช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน

รูปแบบของอาการแสดง หมายถึงอาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยรับทราบว่าจะเกิด หรือเคยมีประสบการณ์กับอาการแสดงเหล่านี้มาแล้ว เมื่ออาการแสดงเหล่านี้เกิดขึ้นหรือเกิดซ้ำผู้ป่วยสามารถให้ความหมายของอาการนั้น ๆ ตลอดจนทราบถึงวิธีการปฏิบัติตน ส่วนความคุ้นเคยในเหตุการณ์นั้น หมายถึงเหตุการณ์นั้นเคยเกิดซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยและสามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ใหม่กับเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นแล้วได้ สำหรับความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง หมายถึงความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่คาดว่าจะเกิดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากความเจ็บป่วยหรือจากการรักษา ความสอดคล้องนี้บ่งบอกถึงความเชื่อมั่น และความคงที่ของเหตุการณ์ ฉะนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ส่วนประกอบทั้ง 3 นี้ จึงมีผลต่อการลดความรู้สึกไม่แน่นอน (ภาพที่ 1)

ปัจจัยอีกสองประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน คือ ความสามารถในการใช้ความรู้และแหล่งประโยชน์ที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วย

ความสามารถในการใช้ความรู้ หมายถึงความสามารถในการแปลข้อมูล ข่าวสาร เพื่อพิจารณาตัดสินใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละคนจะมีความสามารถแตกต่างกัน ปริมาณและชนิดของข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับการเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลาไม่มากหรือน้อยเกินไป ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการแปลข้อมูลสูง จะสามารถรับรู้รูปแบบของอาการแสดงได้ถูกต้องสามารถคาดการณ์ในเรื่องที่จะเกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง จึงมีผลให้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนลงได้

ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน คือ แหล่งประโยชน์ที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ปัจจัยนี้มี 3 อย่างด้วยกัน คือ การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมและเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัยที่ผู้ป่วยเชื่อถือ

ระดับการศึกษาของผู้ป่วย มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม คือ ในทางตรง ช่วยให้เข้าใจข้อมูลและการรับรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจึงสามารถให้ความหมายแก่สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหรือที่ตนเองต้องเผชิญได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง ส่วนในทางอ้อมจะใช้ข้อมูลและความรู้กำหนดแบบแผนของตัวกระตุ้นซึ่งจะไปช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนลงได้เช่นกัน

แรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนโดยตรงได้ โดยช่วยแปลความหมายของเหตุการณ์และช่วยในการแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ ตลอดจนการที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยการปรึกษาหารือและสนับสนุนจากบุคคลอื่นจะช่วยสร้างกรอบแบบแผนความนึกคิดให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง และในทางอ้อม ช่วยให้เข้าใจรูปแบบของอาการแสดงชัดเจนขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง

เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัยของผู้ป่วย เชื่อกัน มีส่วนในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วย ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม คือ ในทางอ้อมมีผลต่อการสร้างแบบแผนของตัวกระตุ้น โดยการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แผนการรักษา ระบบบริการของโรงพยาบาล ตลอดจนวิธีการดูแลตนเองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย สำหรับในทางตรง การที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้ติดต่อกับแพทย์ พยาบาลอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยทราบความคาดหวังของแพทย์ พยาบาล และลักษณะของการรักษามากยิ่งขึ้น และแพทย์ พยาบาลยังเป็นผู้ช่วยแปลความหมายของอาการแสดงต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยประสบ จึงมีส่วนช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยได้โดยตรง

จากแนวความคิดในทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เสนอโดยมิเชลนี้ จะเห็นได้ว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นมีหลายอย่าง และปัจจัยบางอย่าง เช่น ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นที่นอกเหนือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย สถิติปัญหาที่ติดตัวผู้ป่วยมาแต่กำเนิด เป็นสิ่งที่ยอยู่นอกเหนือการควบคุมของพยาบาล แต่ปัจจัยอื่น ๆ หลายด้าน เช่น แบบแผนของตัวกระตุ้นทั้ง 3 ส่วน คือ รูปแบบของอาการแสดง ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ต่าง ๆ ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง การช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในแพทย์ พยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่มีส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วย และแม้แต่การให้ข้อมูลและความรู้ที่เหมาะสม การช่วยให้ผู้ป่วยใช้ความรู้และข้อมูลให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยเอง เป็นสิ่งที่พยาบาลน่าจะกระทำได้โดยการจัดการพยาบาลให้เป็นระบบ ที่เรียกว่า

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing systems) ที่เสนอโดยโอเร็ม (Orem, 1985)

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลทั่วไปของโอเร็มประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) (Orem 1985:33-39)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง อธิบายถึงการปรับหน้าที่ในชีวิตประจำวันของบุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโตเพื่อพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ความคุม กำจัดโรค และการบาดเจ็บต่าง ๆ เรียนรู้ที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2533:6 อ้างถึง Orem & Taylor 1986:44) โดยเน้นความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความพร้อมและตั้งใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง (deliberate self-care action) และดูแลบุคคลในครอบครัวที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ (dependent family members) เพื่อหน้าที่และการพัฒนาการของบุคคลนั้น (Orem 1985:36) ซึ่งทั้งการดูแลตนเองและดูแลบุคคลภายใต้ความรับผิดชอบนั้น เป็นพฤติกรรมที่จงใจ มีเป้าหมาย (goal oriented) โดยก่อนที่จะกระทำการดูแลตนเองนั้นบุคคลต้องเสาะแสวงหาข้อมูล ความรู้และความหมายของเหตุการณ์ มีการวินิจฉัยพิจารณาประมวลเหตุการณ์และข้อมูลที่ได้รับ แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ (สมจิต หนูเจริญกุล 2533:7-8)

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง อธิบายถึงบุคคลที่ไม่สามารถใช้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องได้เลย หรือใช้ได้เพียงบางส่วนหรือใช้ได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ หรือคุณภาพของการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ อันเนื่องมาจากผลกระทบทางด้านสุขภาพหรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ดังนั้นบุคคลนั้นจึงต้องการการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล 2533:5 อ้างถึง Orem & Taylor 1986:44; Orem 1985:34-35)

ทฤษฎีระบบการพยาบาล อธิบายถึงผลผลิตของพยาบาลที่สัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองดังนี้ คือ การกระทำทั้งหมดที่ประกอบเป็นระบบการพยาบาลนั้น (nursing action system) ได้มาจากพยาบาลใช้ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) ภายใต้ข้อตกลงกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ กำหนด ออกแบบ และเตรียมการพยาบาลอย่างรอบคอบและเป็นระบบ โดยอาศัยความสัมพันธ์ในฐานะพยาบาลกับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อให้แน่ใจว่าความต้องการในการดูแลตนเอง (therapeutic self-care demand) ของบุคคลนั้นเป็นที่ทราบและได้รับการตอบสนอง และความสามารถในการดูแลตนเองนั้นได้รับการปรับหรือพัฒนา หรือนำมาใช้ ให้บรรลุถึงความต้องการในการดูแลตนเองของบุคคลนั้น (สมจิต หนูเจริญกุล 2533:5 อ้างถึง Orem & Taylor 1986:44; Orem 1985:37-38)

การปฏิบัติพยาบาลนั้นเกิดขึ้นจากระบบย่อย 3 ระบบ คือ (1) ระบบสังคม (social subsystem) ซึ่งเป็นตัวกำหนดให้พยาบาลและผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมาพบกัน โดยผู้รับบริการมีความพร้อมในการดูแลตนเอง สังคมกำหนดให้มีวิชาชีพพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลเหล่านั้น (2) ระบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal subsystem) ช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นไปในทางสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเอง และปรับการใช้หรือพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจะเกิดขึ้นได้จากความสัมพันธ์ที่ตกลง หรือสัญญาภายใต้ระบบสังคม (3) ระบบการปฏิบัติการพยาบาล (professional - technological subsystem) เป็นระบบที่พยาบาลนำเอากระบวนการพยาบาลรวมทั้ง ศิลปกรรม จรรยา มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2533:18; Orem 1985:148-150)

สำหรับการแบ่งระบบการพยาบาลเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมการเคลื่อนไหวและจัดกระทำนั้น แบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ คือ (1) การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing systems) (2) การพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing systems) และ (3) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive - educative nursing systems)

การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะ ความคุม หรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ระบบการพยาบาลชนิดนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยหรือบุคคลที่ (1) ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องจงใจกระทำ (deliberate action) ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว (coma) (2) รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ แต่ไม่ควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการให้มีการเคลื่อนไหวใด ๆ ทั้งสิ้น (3) ไม่สามารถสนใจหรือเอาใจใส่ตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเองแม้ว่าจะเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้ ในการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมดนี้ พยาบาลมีบทบาทในการสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกรดูแลตนเองและช่วยระดับระครองปกป้องผู้ป่วย

การพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน เป็นระบบที่ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยและพยาบาลอาจตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยผู้ป่วยอาจจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการสนองความต้องการโดยทั่วๆ ไป (universal self-care requisites) ส่วนพยาบาลอาจช่วยผู้ป่วยสนองความต้องการการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับความต้องการที่เกิดจากภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites) กิจกรรมของพยาบาลระบบนี้ ได้แก่ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่างสำหรับผู้ป่วย ชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง และช่วยผู้ป่วยตามที่ต้องการ ส่วนกิจกรรมของผู้ป่วย คือ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่างด้วยตนเอง ปรับความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้นและยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลในระบบทดแทนบางส่วนมีลักษณะดังนี้ คือ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือจากการรักษาของแพทย์ ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น และขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

สำหรับการพยาบาลในระบบที่ 3 ซึ่งเป็นระบบที่ผู้วิจัยเห็นว่าเหมาะสมและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ใช้สำหรับผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติ และเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้เมื่อได้รับความช่วยเหลือ โดย (1) การแนะนำและสนับสนุน (2) การสอน (3) การจัดสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองความต้องการในการดูแลตนเอง และ (4) สามารถแสวงหาคำแนะนำ

ได้เป็นระยะ ๆ ซึ่งในส่วนนี้เป็นบทบาทของพยาบาลในการที่จะให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุน และคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้คงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง ซึ่งนอกจากจะให้แก่ผู้ป่วยแล้วยังต้องรวมไปถึงครอบครัวและบุคคลสำคัญของผู้ป่วยด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2533:18-20; Orem 1985:33, 152-157)

จะเห็นได้ว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) และแนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1985) มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดและตัดสินใจ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยผู้ป่วยจะคิดและตัดสินใจว่าควรดูแลตนเองอย่างไร ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง พยาบาลจะเข้าไปมีบทบาทช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการให้การพยาบาลในระบบที่เหมาะสมตามระดับและลักษณะความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem, 1985) ผู้ป่วยที่สามารถคิดและตัดสินใจที่ดีนอกจากทำให้สามารถดูแลตนเองได้ดีแล้ว ยังช่วยให้สามารถเข้าใจข้อมูล รับรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ได้รับจากการพยาบาลที่เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลาได้ดี ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ลดลงไปได้เช่นเดียวกัน (Mishel, 1988)

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในระหว่างการรับรังสีรักษาและในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรับรังสีรักษา ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

สมมติฐาน

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีรักษา ซึ่งได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีรักษาซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียวกัน ทั้งใน

ช่วงกลางระหว่างรับรังสีรักษา และในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อปรับปรุงระบบการพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารับการรักษาด้วยรังสี
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติและเรียนรู้ในการดูแลตนเอง ได้อย่างเหมาะสมและมั่นใจ
3. พิสูจน์ความตรงของทฤษฎีการพยาบาล ช่วยในการพัฒนาศาสตร์ของวิชาชีพ
4. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลเฉพาะทาง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา
5. เป็นแนวทางในการส่งเสริมค่านิยมวิจัย เพื่อปรับปรุงการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในประเด็นอื่นต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ต้องการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

นิยามทั่วไป

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ หมายถึง ระบบการพยาบาลที่นำมาใช้กับผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ เมื่อได้รับความช่วยเหลือโดยการให้ความรู้และคำแนะนำ สนับสนุนและส่งเสริมให้ความพยายามและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย และจัดสร้างสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ และติดต่อกับพยาบาลและบุคคลอื่น ๆ ที่จะให้

คำแนะนำ สนับสนุน และใช้วิธีการช่วยเหลืออื่น ๆ รวมทั้งจากผู้วิจัยด้วย ซึ่งการพยาบาลระบบนี้จะรวมทั้ง ผู้ป่วย ครอบครัว หรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย สำหรับการให้ความรู้นั้น จัดทำในรูปของสไลด์-เทป เกี่ยวกับรังสีรักษา อากาศข้างเคียงและการดูแลตนเองมี 3 ตอน ซึ่งได้กล่าวโดยละเอียดใน บทที่ 3

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่ของหน่วย รังสีรักษา ซึ่งในแง่ของความรู้ได้แจกเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เมื่อรับ รังสีอย่างย่อ ๆ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ระบบความนึกคิดที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วย ไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจาก 2 สาเหตุ คือ ความท้อแท้เกี่ยวกับภาวะความ เจ็บป่วย และความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบให้บริการ ซึ่งวัดโดย แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (The Mishel Uncertainty in Illness Scale = MUIS, 1981 a)

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่อไปนี้ คือ (1) การรักษามะเร็งด้วยรังสีและอาการข้างเคียง (2) ความต้องการข้อมูลและผลของการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (3) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

การรักษามะเร็งด้วยรังสีและอาการข้างเคียง

รังสี ใช้รักษาได้ทั้งโรคมะเร็งและโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง แต่ปัจจุบันนิยมใช้รังสีเพื่อรักษาโรคมะเร็งเป็นส่วนใหญ่ การรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสีได้ผลดีมากพอควร ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคและมีชีวิตยืนยาวขึ้นเป็นจำนวนมาก (สุภัทรา แสงรุจิและคนอื่น ๆ 2528:134) จุดมุ่งหมายในการใช้รังสีรักษาใหญ่ ๆ มี 2 ประการ คือ เพื่อบรรเทาอาการ และเพื่อรักษาโรคให้หายขาด นอกจากนี้ยังใช้ร่วมกับการผ่าตัด ซึ่งอาจจะให้ก่อนหรือหลังผ่าตัดเพื่อความคุมโรคก่อนผ่าตัดและลดการกลับเป็นซ้ำหลังจากผ่าตัดแล้ว (Ahuja, et al. 1986:261-262)

การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ เป็นการรักษาโรคในระยะสุดท้ายที่หมดโอกาสหายขาดแล้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อระงับความเจ็บปวด ห้ามเลือด ระงับคลื่นเหเมนจากน้ำเหลือง ป้องกันหรือรักษาไม่ให้เกิดอาการอุดตันของหลอดเลือด หรือท่อน้ำเหลือง เพื่อความสบาย และเพื่อการรักษาจิตใจ (กวี ทั้งสุบุตร 2530:54; พวงทอง ไกรนิบุลย์ 2531:164)

การใช้รังสีเพื่อรักษาโรคมะเร็งให้หายขาดนั้นมี 2 วิธี คือ (1) การใส่แร่หรือฝังแร่ (brachy therapy) ใช้รักษามะเร็งขนาดไม่เกิน 4 เซ็นติเมตร และอยู่ในตำแหน่งที่ใส่หรือฝังแร่ได้ เช่น มะเร็งของนาโซฟาริงซ์ (2) การฉายรังสีโดยเครื่องซูเปอร์ไวลเทจ (Super-

voltage) ซึ่งอาจฉายรังสีโคบอลต์-60 หรือเครื่องเร่งอนุภาค (Linear accelerator) ผลดีของการฉายรังสี คือสามารถรักษามะเร็งขนาดใหญ่และครอบคลุมเนื้อที่ไปถึงอวัยวะใกล้เคียงที่โรคลุกลามได้ด้วย (นางทอง ไกรนิบูลย์ 2531:161-162; Baker & Feldman 1987:297)

ผลของรังสีจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ (1) ความพร้อมในการร่วมมือ สภาพร่างกาย ภาวะโภชนาและอายุของผู้ป่วย (2) ลักษณะของมะเร็ง เช่น ความไวต่อรังสี ลักษณะของเซลล์ ระยะของโรค ตำแหน่งที่เป็น และ (3) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ความชำนาญ ความพร้อมของเครื่องมือ (ไพรัช เทพมงคล 2524 : 13-18) ก่อนที่จะรับรังสีผู้ป่วยต้องมีความสมบูรณ์ของร่างกาย และอยู่ในภาวะที่ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ น้ำจะช่วยขับถ่ายเซลล์ที่ตายจากการรักษาออกไป ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวเร็วขึ้น เพื่ออาหารหรือมิใช่ตัว ๆ ระหว่างรักษาได้ และต้องได้รับอาหารครบถ้วนเพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์พร้อมทั้งสามารถควบคุมโรคอื่น ๆ ที่ร่วมอยู่ด้วยได้แล้ว เช่น เบาหวาน วัณโรค เป็นต้น (นางทอง ไกรนิบูลย์ 2531:163)

รังสีรักษา ทำให้มีการทำลายของเซลล์มะเร็ง โดยอาศัยประจุรังสี (ionizing radiation) ไปทำลายดีเอ็นเอ (DNA) โดยตรง เกิดการตายและการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและสรีรวิทยาของเซลล์ นอกจากนี้รังสียังมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกายบริเวณข้างเคียงอีกด้วย เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงตามมา ซึ่งอาการข้างเคียงนี้จะต่างกันตามความไวต่อรังสีของเนื้อเยื่อและเซลล์แต่ละชนิด (ไพรัช เทพมงคล 2524:23-27)

ผลของรังสีแบ่งออกเป็น ผลที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน (acute effect) และผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว (late effect)

ผลที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ได้แก่

1. อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ท้องเสียที่เรียกว่า อาการแพ้แสง เป็นต้น อาการเหล่านี้เกิดจากผู้ป่วยได้รับรังสีบริเวณคอหอยกว้างในปริมาณมากพอสมควร และความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ได้รับรังสีรักษาโดยตรงด้วย เช่น ถ้าฉายรังสีบริเวณช่องท้องจะมีอาการดังกล่าวมาก (ไพรัช เทพมงคล 2524:

26-30; Strohl 1988:430)

2. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่รับรังสี ผิวหนังอาจมีลักษณะบวมแดง คล้ำแห้งเป็นขุย หรือตกสะเก็ด คัน ผมหหรือขนร่วงหลุด ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถควบคุมไม่ให้รุนแรงได้โดยดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีให้แห้งอยู่เสมอ ถ้าเปื่อยขึ้นให้ใช้ผ้านุ่ม ๆ ซับเบา ๆ ไม่เช็ดถู หรือเกาเพราะจะทำให้ผิวหนังลอกหลุดและเป็นแผลได้ ไม่ใส่ หรือทายาใด ๆ โดยไม่ปรึกษา รังสีรักษาแพทย์เพราะอาจมีสารที่มีปฏิกิริยาต่อรังสี การสวมเสื้อผ้าที่นุ่ม ผ่าหน้า เพื่อป้องกันการถูกับผิวหนัง และควรหลีกเลี่ยงจากแสงแดดเพราะอาจเกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังมากยิ่งขึ้น ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะสามารถสระผมได้ใน 1-2 สัปดาห์แรก แต่ต้องกระทำโดยผ้าเบา ไม่เกาหรือขยี้ศีรษะ ปล่อยให้ผมแห้งเอง โดยไม่ควรใช้ไอร้อนจากเครื่องเป่าผมหรือเซ็ทจนแห้ง เมื่อหยุดรังสีแล้วยังต้องรักษาผิวหนังให้แห้งอยู่เสมอจนกว่าผิวหนังจะกลับปกติ ผมหหรือขนจะงอกกลับมาใหม่ซึ่งอาจใช้เวลาหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือนและสีอาจจางลง เส้นผมจะละเอียดขึ้นและหยิกกว่าเก่า (ไพรัช เทพมงคล 2524:28; 2528:41; พางทอง ไกรนิบูลย์ 2524:316; 322-323; 2531:163; Hasshy & Rose 1982:444-49; Rao & Levitt 1986:126; Walker 1982:2068-2069)

3. อาการระคายเคืองของเยื่อช่องปาก ท่อน้ำลายสร้างน้ำลายลดลง ปากแห้ง มีการเปลี่ยนแปลงในการรับรส เช่น ชอบรสหวาน ไม่ชอบเนื้อสัตว์ รับประทานอาหารไม่อร่อย ทำให้รับประทานอาหารได้ไม่พอที่จะนำไปช่วยซ่อมแซมและฟื้นตัวของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย น้ำหนักลดลง จึงควรรับประทานอาหารอ่อนที่มีประโยชน์ กลืนง่าย ไม่ร้อนและบ่อยครั้ง เช่น นม โจ๊ก ไข่ลวก เลี่ยงอาหารรสจัด เครื่องเทศ อาหารแห้ง ๆ อาการข้างเคียงนี้จะลดลงได้เมื่อมีการตรวจสุขภาพฟันก่อนรับรังสี (สมนึก วัฒนสุนทร 2531:503; Morrish, et al. 1981:1980 ; Overholser 1986:439) และรักษาความสะอาดริมฝีปาก ช่องปาก ลิ้น เหงือกและฟันอย่างสม่ำเสมอโดยใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กขนอ่อนนุ่ม ๆ ร่วมกับยาสีฟันที่รสไม่จัด (พางทอง ไกรนิบูลย์ 2524:318; 2531:163) และน้ำยาบ้วนปากที่สามารถเตรียมได้เองโดยใช้เกลือ 1/2 ช้อนชา หรือโซดาไบคาร์บอเนต 1/2 ช้อนชาผสมน้ำอุ่น 1 แก้ว (250 มิลลิลิตร) (Ahana & Kunishi 1986:107) หรือใช้เกลือ 1 ช้อนชาและโซดาไบคาร์บอเนต 1 ช้อนโต๊ะผสมในน้ำอุ่น 1 ลิตร กลั้วคอบ่อย ๆ เพื่อลดเชื้อราที่อาจเกิดขึ้นในช่องปาก (Strohl 1989:171) ทำให้ปากชุ่มชื้นโดยจิบน้ำบ่อย ๆ (พางทอง ไกรนิบูลย์ 2524:232) และควรดื่มน้ำ บุนหรี ซึ่งทำให้เยื่อ

ช่องปากไวต่อรังสีและเป็นแผลได้ง่าย (Rao & Levitt 1986:126; Strohl 1989:171; Thomson 1980:879) นอกจากนี้อาจเกิดอาการช่องปากแคบ ทำให้เคี้ยวอาหารหรือทำความสะอาดช่องปากลำบาก ซึ่งป้องกันอาการช่องปากแคบได้โดยคาบจุกคอร์กวันละหลาย ๆ ครั้ง ๆ ละประมาณ 1-2 นาที (นางทอง ไกรพิบูลย์ 2524:232; 2531:163) หรืออ้าปากให้กว้างที่สุดวันละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที หรืออาจให้ทันตแพทย์ช่วยขยายช่องปากในกรณีที่ไม่สามารถอ้าปากด้วยตนเองได้ (Ahena & Kunishi 1986:132)

4. อาการอ่อนเพลีย มักจะพบในขณะรับรังสี (Kobashi-Schoot, et al. 1985 :306) เนื่องจากเบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย (ไพรัช เทนมงคล 2528:22) ประกอบกับร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลายและขับเซลล์ที่ตายออก ซึ่งเป็นอาการปกติเมื่อได้รับการฉายรังสี ไม่ได้เป็นอาการของโรคที่เลวลง อาการอ่อนเพลียนี้อาจเกิดจากภาวะช็อคหรือเลือดจางจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดได้ช้ากว่าปกติ (Strohl 1988 : 432) ทำให้ต้องมีการเจาะเลือดเพื่อตรวจสอบเป็นครั้งคราว และอาจต้องให้เลือดถ้าเม็ดเลือดแดงลดลงกว่าเกณฑ์ปกติ (Thomson 1980:879) อาการอ่อนเพลียลดลงได้เมื่อได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ (Strohl 1988:432) และการรับประทานอาหารที่ช่วยส่งเสริมการสร้างเลือด เช่น ตับ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว จะช่วยลดอาการช็อคได้มาก (ไพรัช เทนมงคล 2528:23)

5. ความต้านทานโรคต่ำ เกิดจากรังสีทำให้เม็ดเลือดขาวอ่อนแอและลดจำนวนลง ทำให้ติดเชื้อได้ง่ายและมีไข้ต่ำ ๆ จึงควรหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้บุคคลที่มีการติดเชื้ออื่น ๆ รักษาความสะอาดของสุขอนามัย และดื่มน้ำมาก ๆ (ไพรัช เทนมงคล 2528:22; Thomson 1980 :881) และในบางรายอาจมีเลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำ จึงควรระวังอุบัติเหตุ ของมีคมบาด ฝาน้ำหนักกระดูกแตก (Kelly & Tinsley 1981:341-342; Thomson 1980:88)

6. อาการที่เกิดเฉพาะที่บริเวณฉายรังสี เช่น ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณกล่องเสียง และไฮโปฟาลังซ์ลิปคาร์ทที่ 3-4 เสียงจะแหบมากขึ้น ควรพักเสียงและหลีกเลี่ยงบุหรี่ อาการนี้จะหายไปเองหลังจากหยุดฉายรังสีไปแล้ว 2-3 ลิปคาร์ท (Rao & Levitt 1986 : 126 ; Thomson 1980:879)

ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันดังกล่าวนี้ ส่วนใหญ่แล้วจะหมดไปภายใน 4-6 สัปดาห์หลังหยุดฉายรังสี เพราะเซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ มีการซ่อมแซมตัวเองและกลับทำงานได้ตามปกติ สำหรับผลของรังสีที่เกิดในระยะยาวจะตรวจพบใน 4-6 สัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี หลังจากสิ้นสุดการรักษาแล้วและอาจเป็นเฉพาะอวัยวะที่ฉายรังสีเท่านั้น เช่น ถ้าฉายรังสีบริเวณตาอาจเกิดต้อกระจก เป็นต้น (ไพรัช เทพมงคล 2524:30; Strohl 1988:431)

การรักษาด้วยรังสี นอกจากจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงทางกายต่าง ๆ มากมาย ดังกล่าวแล้ว ความเครียด ความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนยังเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่รับรังสีโดยทั่ว ๆ ไปอันเนื่องมาจากมีความคิดเกี่ยวกับรังสีรักษาไม่ถูกต้อง การได้รับข้อมูลที่เพียงพอในระยะเวลาที่เหมาะสมน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดีขึ้น อาการข้างเคียงลดลงลดความวิตกกังวล (Eaedlry 1986:26) และความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการรักษาและอาการข้างเคียงลงได้ (Mishel 1984:163) ซึ่งในเรื่องของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ มิเชลได้ศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเสนอการทบทวนงานวิจัยในส่วนของความต้องการข้อมูลและผลของการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และส่วนของงานวิจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยดังต่อไปนี้

ความต้องการข้อมูลและผลของการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษามักจะเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากขาดข้อมูล ซึ่งจากการศึกษาของ อนุรีย์ ต้นสกุล (2522:703-714) และของ เพคและโบลันด์ (Peck & Boland 1977:180-184) ในผู้ป่วยที่รับรังสีรักษาจำนวน 100 และ 50 รายตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล โดยเฉพาะหลังฉายรังสีจะมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการฉายรังสี ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำในเรื่องของวิธีการรักษาและอาการข้างเคียงของรังสีจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ดังนั้นการให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าวจึงมีความจำเป็นซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และเจตคติต่อรังสีรักษาดีขึ้นแล้ว ยังทำให้เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาด้วย (Torabi & Seffrin 1989:39)

คิง และคนอื่น ๆ (King, et al. 1985:55-61) ได้ศึกษาถึงอาการข้างเคียงในผู้ป่วยที่กำลังรับรังสีรักษาบริเวณทรวงอก คีระและคอ เเชิงกรานในเพศชาย และทางนรีเวช จำนวน 15, 25, 26 และ 30 รายตามลำดับ โดยสัมภาษณ์อาการข้างเคียงเฉพาะที่ ด้วยแบบสัมภาษณ์อาการแสดง (The Symptom Profile = SP) ทุกสัปดาห์ขณะรับรังสีรักษา และทุกเดือนหลังสิ้นสุดการรักษานาน 3 เดือน พบว่าอาการข้างเคียงเปลี่ยนแปลงตามบริเวณที่ฉายรังสี และมากกว่า 30 % ของแต่ละกลุ่มตัวอย่างมีอาการข้างเคียงอย่างน้อย 1 ชนิด ที่คงอยู่ตลอด 3 เดือน หลังสิ้นสุดการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าข้อมูลพื้นฐานที่เหมาะสมสำหรับนำมาใช้ในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับรังสีรักษา คือ ข้อมูลที่เกี่ยวกับเวลาเริ่มฉายรังสี ความถี่ ระยะเวลาและความรุนแรงของอาการเคียงของรังสี

จากการศึกษาถึงชนิดของความรู้หรือข้อมูลที่ผู้ป่วยรังสีรักษาต้องการ ของคอคค์ และอาห์เมด (Dodd & Ahmed 1987:244-251) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับรังสีรักษาจำนวน 60 ราย ด้วยแบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Opinion Survey) และแบบสำรวจข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องการ (Health Care Preference Surveys) 2 ครั้ง คือ เริ่มรับรังสีรักษาและเมื่อสิ้นสุดรังสีรักษา พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการในช่วงแรกเป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้ที่ช่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา เช่น ตนเองจะได้รับการรังสีอย่างไร เมื่อไร จากใครและเหตุผลในการใช้รังสีรักษา มากกว่าที่จะเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ต้องกระทำเพื่อดูแลตนเอง แต่ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับรังสีนี้จะลดลงตามลำดับเมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการรับรังสีรักษาแล้ว

คูโบรท์ (Kubricht 1984:43-52) ศึกษาถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในผู้ป่วยนอกที่มารับรังสีรักษาจำนวน 30 ราย โดยใช้คำถามปลายเปิดและบันทึกคำตอบด้วยเครื่องบันทึกเสียงเกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่ว ๆ ไปในเรื่อง อากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ และการพัฒนาการตามปกติ พบว่าความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงมากในเรื่องการป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ ชนิดของความต้องการการดูแลตนเองนั้นมีความสัมพันธ์กับบริเวณที่ฉายและอาการข้างเคียงจากรังสี เช่น ผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณทรวงอกและคอ มีความต้องการดูแลตนเองในเรื่อง อากาศ ไอ เสียงแหบ หายใจตื้น มีแผลในปาก ปากแห้ง กลืนลำบาก เป็นต้น ซึ่งในรายที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียง

มาก่อนจะยอมรับผลของอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้มาก

ดอดด์ (Dodd 1984:23-27) ศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับอาการข้างเคียงของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปที่กำลังรับรังสีรักษาจำนวน 30 ราย ที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของรังสีและกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกวัน (Self-Care Behavior Log) ตามแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และวัดความวิตกกังวลด้วยแบบวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory) พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ในเรื่องรังสีรักษาที่จะดูแลตนเองดี ผู้ป่วยที่เอาใจใส่ต่ออาการข้างเคียงจากการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง แต่ถ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงไม่ถูกต้องพฤติกรรมในการดูแลตนเองจะต่ำ สำหรับความวิตกกังวลเกิดจากเชื่อว่าได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง ซึ่งบางรายมีเพิ่มขึ้นขณะรับรังสีรักษาแต่ไม่มีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีความลำบากในการแยกความรุนแรงของอาการข้างเคียงกับภาวะวิตกกังวลออกจากกันให้ชัดเจนได้และในเรื่องของความรู้หรือข้อมูลในการดูแลตนเองนั้น ผู้ป่วยมักจะสอบถามจากแพทย์มากกว่าพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลจำเป็นต้องปรับตนเอง ในเรื่องของการให้ข้อมูลในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยให้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้วิจัยหลายท่านศึกษาถึงรูปแบบของการให้ความรู้หรือข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้และการดูแลตนเองไว้หลายลักษณะด้วยกันดังนี้คือ

จอห์นสัน (Johnson 1982:117-123) ได้ศึกษาถึงผลของการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตและความรู้เกี่ยวกับโรคในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มเข้ากลุ่ม ๆ ละ 26 ราย กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมความรู้ในเรื่อง โรค การจัดการในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้น การสมาคมกับบุคคลอื่น ความพึงพอใจในชีวิต การมีชีวิตอยู่อย่างจำกัด และแหล่งประโยชน์จากหนังสือ เกมส์ เทป ที่ได้จัดหาไว้ให้ตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลจากแพทย์ และพยาบาลตามปกติ ประเมินความวิตกกังวลจากแบบวัดของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1966) วัดจุดมุ่งหมายในชีวิตด้วยแบบทดสอบของครัมบาคท์ (Crumbaugh, 1966) และใช้แบบสอบถามวัดความรู้ พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ที่จัดขึ้นลดความวิตกกังวล และเพิ่มจุดมุ่งหมายในชีวิตและความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ซึ่งผลดังกล่าวเป็นจุดเริ่มของการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

อิสราเอล และมูด (Israel & Mood 1982:51-63) ได้ประเมินประสิทธิภาพของสื่อความรู้ที่จัดทำเป็นสไลด์-เทปสำหรับให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา โดยจัดแบ่งเนื้อหาของความรู้ออกเป็น 3 ส่วนเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยในแต่ละระยะ คือ ส่วนที่ 1 อธิบายถึงวิธีการรับรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยก่อนรับการรักษา ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับอาการข้างเคียงสำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษา 1-3 สัปดาห์ และส่วนที่ 3 เกี่ยวกับปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์สำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษา 4-7 สัปดาห์ แล้วนำไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษาเป็นครั้งแรกที่มีลักษณะดังกล่าว 3 กลุ่ม ๆ ละ 12 ราย แต่ละกลุ่มแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสุ่มเข้ากลุ่ม ๆ ละ 6 ราย กลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มชมและฟังสไลด์-เทปตามส่วนที่กำหนดไว้ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลตามปกติ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามช่วงเดียวกันทั้งก่อนและหลังชมสไลด์-เทปทันที พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้แตกต่างกันทั้ง 3 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง รังสีรักษา อาการข้างเคียงและปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์มากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งจากการประเมินนี้ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยที่รับความรู้เรื่องรังสีรักษามีความรู้เพิ่มขึ้น และอาจเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองขณะรับการรักษาด้วยรังสี

สำหรับ ครอปकिन (Dropkin 1981:103-106) ได้พัฒนาคู่มือในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด จากระบบการพยาบาลที่คณะกรรมการการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอสร้างขึ้น ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในกิจกรรมต่าง ๆ ภายหลังจากผ่าตัด เช่น การล้างทำความสะอาดช่องปาก การดูแลสุขภาพจากท่อหลอดลม การให้อาหารทางสายยาง ซึ่งในคู่มืออธิบายวิธีปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้โดยมีภาพประกอบคำบรรยาย และนำไปใช้ในผู้ป่วยจำนวน 42 ราย พบว่าโปรแกรมการสอนที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังจากผ่าตัดนี้ ช่วยเพิ่มความรู้และการดูแลตนเองได้ถูกต้อง เจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้คู่มือนี้ และช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองดีขึ้นด้วย

ดอดด์ (Dodd 1982:447-451) ได้ประเมินความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็ง 49 ราย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior Questionnaire) พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างไม่ต่อเนื่อง พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ปฏิบัติเป็น

ประจำ คือ การป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เบื่ออาหาร ผมหงอก และพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อย เนื่องจากมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจำกัดและได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลน้อย

จากผลการศึกษาดังกล่าว ดอดด์ (Dodd 1983:63-67; 1984:43-50) จึงได้ทดสอบประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะทางด้านอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 48 ราย โดยสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่ม 4 กลุ่ม ๆ ละ 12 ราย และแบ่งการให้ข้อมูลดังนี้ กลุ่มที่ 1 ให้ข้อมูลเฉพาะเรื่องยา กลุ่มที่ 2 ให้ข้อมูลการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา กลุ่มที่ 3 ให้ข้อมูลทั้งเรื่องยา และการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา ส่วนกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ วัตถุประสงค์การดูแลตนเองด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดอดด์สร้างเอง ส่วนภาวะทางด้านอารมณ์วัดด้วยแบบสอบถามที่สร้างโดยแมคเนียร์ ลอร์ และครอนพลีเมน (McNair, Lorr & Dropplemen, 1971) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 มีความรู้เรื่องยาเพิ่มขึ้น กลุ่มที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น และกลุ่มที่ 3 มีความรู้เรื่องยาและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สำหรับคะแนนภาวะทางด้านอารมณ์ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากคะแนนภาวะทางด้านอารมณ์ก่อนได้รับข้อมูลคืออยู่แล้ว ฉะนั้นถึงจะได้รับข้อมูลก็ไม่เปลี่ยนแปลง และการที่ผู้ป่วยเหล่านี้อารมณ์ดีอาจเป็นได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะปฏิเสธ

นอกจากนี้ จอห์นสัน และคนอื่น ๆ (Johnson, et al. 1988:46-51) ศึกษาถึงประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก เพื่อลดความรู้สึกในทางลบต่อรังสีรักษาที่ได้รับในครั้งแรกในผู้ป่วยจำนวน 84 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการสุ่มเข้ากลุ่ม ๆ ละ 42 ราย กลุ่มควบคุมได้รับความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษาตามปกติจากผู้ช่วยวิจัยในช่วงเวลาเดียวกันกับกลุ่มทดลอง และกลุ่มทดลอง ได้รับความรู้จากผู้วิจัยในเรื่องกิจกรรมการดูแลตนเอง การรักษา และอาการข้างเคียง ที่จัดเป็นลิสต์-เทปโปรแกรมซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนแรกอธิบายถึงแผนการรักษาให้ก่อนการรักษา ส่วนที่ 2 อธิบายถึงวิธีการรับรังสีรักษาให้เมื่อเริ่มการรักษา ส่วนที่ 3 อธิบายถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิด และวิธีปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการข้างเคียง ให้เมื่อรับรังสีรักษาไปแล้ว 5 ครั้ง และส่วนที่ 4 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนระหว่างติดตามผลการรักษาให้ในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรักษา ซึ่งตลอดระยะเวลาในการวิจัยกลุ่มทดลองสามารถซักถามปัญหาและข้อข้องใจต่าง ๆ จากผู้วิจัยได้ แล้ววัดการปรับตัวด้วย

แบบวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile) และแบบวัดภาวะทาง
 ด้านอารมณ์ (Profile of Mood state) ในสัปดาห์ที่ 1,3 และสุดท้ายของการรักษา และ
 เดือนที่ 1 และ 3 หลังจากจำหน่ายจากรังสีรักษา ผลของการศึกษานพบว่า กลุ่มทดลองสามารถ
 กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เกือบเป็นปกติ โดยมีผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีน้อยมาก
 ทั้งขณะและหลังจากได้รับรังสีรักษา สำหรับภาวะทางด้านอารมณ์มีความเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยและ
 ไม่แตกต่างกันในสองกลุ่ม

สำหรับในประเทศไทย ชฎานทร คงเผ็ชร (2528) ได้ศึกษาถึงผลการสอนอย่างมี
 แบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการฉายรังสี ในผู้ป่วย
 มะเร็งศีรษะและคอจำนวน 30 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงคุณสมบัติ แบ่งเป็น
 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลากกลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับการสอนจากผู้วิจัย
 เป็นรายบุคคล โดยแบ่งหัวข้อการสอนในเรื่องของความรู้ทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับรังสีรักษา อาการ
 ข้างเคียงและการดูแลตนเองออกเป็น 5 ส่วน สำหรับสอนติดต่อกันเป็นเวลา 5 วันในสัปดาห์แรก
 พร้อมแจกคู่มือประกอบ ติดตามผล สอนซ้ำ ให้กำลังใจและตอบข้อซักถามอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3
 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 5 สำหรับกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่
 ประจําการและผู้วิจัยติดตามเยี่ยม ตอบข้อซักถามตามแนวการสอนตามปกติของเจ้าหน้าที่ และ
 คอยให้ความช่วยเหลือบริการการรักษาพยาบาลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่นเดียวกัน ทั้งสอง
 กลุ่มประเมินภาวะทางสุขภาพโดยใช้แบบประเมินของ สมคิด โพนีชนะพันธ์ุ และประเมินการ
 ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองในช่วงเดียวกัน คือ ก่อนการ
 สอน ปลายสัปดาห์ที่ 4 และ 6 ผลการวิจัยพบว่า เมื่อฉายรังสีครบ 4 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีภาวะ
 ทางสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อฉายรังสีครบ 6 สัปดาห์ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจ
 เนื่องมาจากอาการข้างเคียงรุนแรงขึ้น และเมื่อฉายรังสีครบ 4-6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความรู้
 เรื่องการฉายรังสีและการดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่ม
 ควบคุม

จากงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษามีความวิตกกังวลอาจ
 เนื่องจากขาดข้อมูล (อนูริย์ ทันสกุล 2522:703-714; Peck & Boland 1977:180-184)
 และข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการในระยะแรก คือ ข้อมูลทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับรังสีรักษา (Dodd & Ahmed
 1987:244-251; King, et al. 1985:55-61) และข้อมูลในการดูแลตนเอง เมื่อได้รับรังสีรักษา

(Dodd & Ahmed 1987:244-251) นอกจากนี้แล้ว ผู้ป่วยยังต้องการความรู้เพื่อดูแลตนเอง ในเรื่องการป้องกันตนเองจากอันตราย หรืออาการข้างเคียง (Kubr-icht 1984:43-520) ซึ่งผู้ป่วยที่มีความรู้ในเรื่องของรังสีรักษา จะมีการดูแลตนเองในเรื่องของอาการข้างเคียงได้ดี (Dodd 1984:23-27) และการให้ความรู้นอกจากลดความวิตกกังวลแล้ว (Johnson 1982 : 117-123) ยังทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น และความรู้ยังเป็นระบบช่วยให้ดูแลตนเองในการ ลดอาการข้างเคียงได้ดีขึ้น (ชญาพร คงเพ็ชร 2528; Dodd 1983:63-67; 1984:43-49 ; Dropkin 1981:103-106; Israel & Mood 1982:57-63; Johnson 1982:117-123) ซึ่งอาจจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงได้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เป็นการ หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังนี้

มิเชล (Mishel 1984:163-171) ศึกษาถึงความรู้สึกไม่แน่นอนและภาวะเครียดใน ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรศาสตร์จำนวน 100 ราย โดยสอบถามความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (Mishel, 1981a) และสอบถาม ภาวะเครียดจากการอยู่ในโรงพยาบาล ตามที่โวลเลอร์ และคนอื่น ๆ (Vollicer, et al., 1977) สร้างขึ้น พบว่า ยิ่งขาดข้อมูลผู้ป่วยจะรู้สึกเครียดและมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความ เจ็บป่วยสูง ผู้ป่วยที่อายุมากมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยน้อยและมีความรู้สึกที่ดีก่อนเข้ามาอยู่ ในโรงพยาบาลจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนและความเครียดน้อย

คริสต์แมน และคนอื่น ๆ (Christman, et al. 1988:71-82) ศึกษาถึงอิทธิพลของ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการใช้วิธีการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดภาวะทุกข์ ในผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 70 ราย โดยสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้วยแบบ สอบถามของมิเชล (Mishel, 1981; Mishel, et al., 1984) วัดภาวะทางด้านอารมณ์ด้วย แบบวัดของ แมคเนร์ ลอร์และดรอพเพิลเมน (McNair, Larr & Dropplemen, 1971) และ ประเมินการเผชิญปัญหาด้วยสเกลการวัดของ เจโลวีซ (Jalowiec Coping Scale 1981;

1984) ใช้ดัชนีกิจกรรมทางกายภาพของ คริสต์แมน ดูรา และโฮล์ม (Christman, Dura & Holm, 1984) และดัชนีพยากรณ์โรคของพีล (Peel, 1961) วัดความรุนแรงของโรค ซึ่งการวัดทั้งหมดนี้กระทำในช่วง 72 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย และ 1 และ 4 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าระดับการศึกษาที่สูงความรู้สึกไม่แน่นอนยิ่งน้อยลง ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงจะมีภาวะทุกข์มากและจะเสี่ยงการใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยการเผชิญหน้าทั้ง 3 ระยะ และผู้ป่วยที่อายุมากจะแก้ปัญหาโดยใช้วิธีการเผชิญหน้ามากขึ้น และความรุนแรงของโรคสูงความรู้สึกไม่แน่นอนจะเพิ่มมากขึ้น สำหรับกิจกรรมในการฟื้นฟูสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล แต่ในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 หลังจำหน่ายผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงจะปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสุขภาพน้อย ส่วนภาวะทุกข์ไม่มีผลต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพทั้ง 3 ระยะ

นอกจากนั้น คริสต์แมน (Christman 1990:17-20) ยังได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความหวัง ความรุนแรงของอาการแสดงหรืออาการข้างเคียงของรังสีรักษา ความพึงพอใจในการควบคุมดูแลสุขภาพและการปรับตัว ในผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องรับการรักษารังสีที่เลือกโดยเจาะจงตามคุณสมบัติจำนวน 55 ราย วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้วยแบบสอบถามของ มิเชล (Mishel, 1981) วัดความหวังด้วยแบบวัดของเบค (Beck Hopelessness Scale, 1974) สำนวความพึงพอใจในการควบคุมดูแลสุขภาพ ด้วยแบบสำรวจความคิดเห็นทางสุขภาพของ ครานท์ซ์ (The Krantz Health Opinion Survey, 1980) วัดความรุนแรงของอาการแสดงด้วยแบบวัดของแมคคอร์เคิลและยังก์ (Symptom Distress Scale; McCorkle & Young, 1978) และวัดการปรับตัวด้วยแบบวัดการปรับตัวในความเจ็บป่วยทางจิตสังคมของ ดีโรเกติส และคนอื่น ๆ (The Psychosocial Adjustment to Illness Scale; Derogatis & Lopez, 1983; Morrow, Chiarello & Derogatis, 1978) ในช่วงการรักษาครั้งแรก ครั้งที่ 15 และครั้งสุดท้าย พบว่าความรุนแรงของอาการแสดงหรืออาการข้างเคียงของรังสีรักษาสูงขึ้นในการรักษาครั้งที่ 15 และคงอยู่ในระดับเดิมจนถึงการรักษาครั้งสุดท้าย และความรุนแรงของอาการแสดงที่สูงขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ยากในช่วงสุดท้ายของการรักษา สำหรับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึงสิ้นสุดการรักษาและทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการปรับตัว ทั้งในช่วงการรักษาครั้งที่ 15 และครั้งสุดท้าย ส่วนความหวังลดลงตลอดระยะเวลาของการรักษามีผลให้มีการปรับตัวได้ยากทั้ง 3 ช่วง สำหรับในส่วนของความพึงพอใจในการควบคุมดูแลสุขภาพ มี

อิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความหวังหรือการปรับตัวเพียงเล็กน้อย จากการศึกษา นี้ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีจะมีความรุนแรงของอาการแสดงสูงขึ้น ความหวังลดลงและมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง มีผลให้การปรับตัวในความเจ็บป่วยทางจิตสังคมได้ยาก

มิเชล และคนอื่น ๆ (Mishel, et al. 1984:291-299) ศึกษาถึงอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอน การมองโรคในแง่ดี ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและการควบคุมการปรับตัวของร่างกายและจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีจำนวน 40 ราย โดยวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้วยแบบสอบถามของมิเชล วัดการมองโรคในแง่ดีด้วยแบบวัดของเบค (Beck Hopelessness scale) และวัดการปรับตัวด้วยแบบวัดการปรับตัวในความเจ็บป่วยทางจิตสังคม (Psychosocial Adjustment to Illness Scale) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอน การมองโรคในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว แต่การปรับตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงจะมีการมองโรคในแง่ดีต่ำและมีปัญหาในการปรับตัว ผู้ป่วยที่มีการมองโรคในแง่ดีต่ำจะมีความลำบากมากในการปรับตัวในส่วนของเจตคติที่นำไปสู่การดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ต่อครอบครัว ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ไม่กระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และจิตใจอยู่ในภาวะทุกข์ ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอน การมองโรคในแง่ดีและการปรับตัวทั้งร่างกายและจิตสังคม มีความสำคัญในการอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ 36 %

หลังจากนั้น มิเชล และบราเดน (Mishel & Braden 1987:43-57) ได้ทดสอบถึงความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการปรับตัวทางด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็งของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ที่อยู่ระหว่างการวินิจฉัยและรักษาจำนวน 34 ราย โดยใช้แบบสอบถามของ นอร์เบค (Norbeck, 1981) วัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามของมิเชลวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการปรับตัวทางด้านจิตสังคม เมื่อเกิดความเจ็บป่วยวัดการปรับตัว ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในส่วนของความกำกวมในการวินิจฉัยโรคและความซับซ้อนในการรักษา ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการรักษาดีขึ้นลดความรู้สึกกำกวมและซับซ้อนลง และในระยะที่อาการคงที่ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าในการทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางอ้อมต่อการปรับตัวทางด้าน

จิตสังคมช่วยให้สามารถคาดการณ์ในอนาคตได้ดีขึ้น

จากงานวิจัยเหล่านี้ จะเห็นได้ว่าตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ได้แก่ การได้รับข้อมูล ภาวะความเครียด (Mishel 1984; 163-171) ภาวะทุกข์ (Christman, et al. 1988:71-82; Mishel, et al. 1984:291-299) ความรุนแรงของโรค (Christman, et al. 1988:71-82) การมองโรคในแง่ดี (Mishel, et al. 1984 : 295-299) การปรับตัว (Christman 1990:17-20; Mishel & Braden 1987:43-57; Mishel, et al. 1984:291-299) ระดับการศึกษา (Christman, et al. 1988:71-82) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Mishel & Braden 1987:43-57) ซึ่งทั้งการได้รับข้อมูลและแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (Mishel 1984 : 163-171 ; Mishel & Braden 1987:43-57) และระบบสนับสนุนและให้ข้อมูลหรือความรู้เป็นการพยาบาลระบบหนึ่ง ที่ใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการลดอาการข้างเคียงจากรังสีได้ดีขึ้น (ชฎาพร คงเน็ชร, 2528 ; Dodd 1983:63-67; 1984:43-49; Dropkin 1981: 103-106; Israel & Mood 1982:57-63; Johnson 1982:117-123) ซึ่งเมื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จะทำให้ผู้ป่วยมองการรักษาในแง่ดีมีความหวังมากขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน่าจะลดลง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งรังสีรักษาและคอที่กำสัງรับรังสีรักษา

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยมะเร็งรังสีรักษาและคอที่มารับรังสีรักษาที่หน่วยรังสีรักษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ.2532 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2533

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยนอก
2. มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีการรับรู้และมีสติสัมปชัญญะดี สามารถเข้าใจและสื่อความหมายได้
4. เข้ารับรังสีรักษาเป็นครั้งแรก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาไม่ใช่เพื่อบรรเทาอาการ
5. ยินดีและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยนี้

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้จากผู้วิจัย นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยรังสีรักษา แต่เนื่องจากลักษณะของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้นั้นได้จัดทำความรู้เป็นสไลด์-เทปจึงเป็นการยากที่จะสุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่ม (random assignment) แล้วให้เฉพาะกลุ่มทดลองชมและฟังสไลด์-เทปนั้นเพราะ (1) ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ากลุ่มกันเอง เช่น การมารอรับรังสีรักษาด้วยกัน และมีผู้ป่วยบางรายที่พักบ้านพักรังสีรักษาด้วยกัน อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เกิดการปนเปื้อน ไม่สามารถทดสอบประสิทธิภาพที่แท้จริงของการพยาบาลที่ให้ได้ (2) ถ้าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมทราบถึงความไม่เท่าเทียมกันในการได้รับการพยาบาลอาจทำให้เกิดความสงสัย ไม่แน่ใจ และอาจคิดว่าถูกทอดทิ้งทำให้เกิดการเสียขวัญและกำลังใจเป็นผลให้การวิจัยคลาดเคลื่อนได้ นอกจากนี้ยังเป็นการผิดจรรยาบรรณ ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดแบ่งระยะเวลาในการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2532 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2532 เป็นกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยที่มารับบริการตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2532 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2533 เป็นกลุ่มทดลอง

ลักษณะงานของสถานที่ที่ทำการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้กระทำใน หน่วยรังสีรักษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งรับผู้ป่วยเข้ารับรังสีรักษาประมาณเดือนละ 70 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอประมาณเดือนละ 14 ราย มีแพทย์ประจำ 6 ท่านผลัดเปลี่ยนกันตรวจและให้การรักษาผู้ป่วยในแต่ละวัน และมีพยาบาลประจำหน่วย 6 ท่านช่วยแพทย์ในการตรวจผู้ป่วย 3 ท่าน และหมอนเวียนมาประจำที่ห้องฉายรังสีในแต่ละเดือน 3 ท่าน ผู้ป่วยนอกจากจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์แล้วยังได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมจากพยาบาลในห้องตรวจเมื่อผู้ป่วยยังไม่เข้าใจคำแนะนำนั้นๆ รวมทั้งคำแนะนำจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคพร้อมแจกเอกสาร เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อรับรังสีอย่างย่อๆ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยรังสี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ เครื่องมือในการให้ข้อมูลและความรู้ ซึ่งจัดเป็นสไลด์-เทป ประกอบด้วยข้อมูล 3 บท ดังนี้คือ

บทที่ 1 กล่าวถึง ข้อมูลทั่วไปในการรับรังสีรักษา ระบบการให้บริการของหน่วย การเตรียมตัวมารับรังสี การดูแลตนเองในเรื่อง ผิวหนัง อาหาร และน้ำ มีความยาว 24 นาที

บทที่ 2 กล่าวถึง ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดอาการข้างเคียง การป้องกัน และการดูแลตนเอง เมื่อเกิดอาการข้างเคียงขณะรับรังสี มีความยาว 23 นาที

บทที่ 3 กล่าวถึง ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อสิ้นสุดรังสีรักษา การฟื้นฟู สุขภาพ การติดตามผลการรักษา มีความยาว 18 นาที

บทความรูนี้จัดสร้างโดย สมจิต หนูเจริญกุล นางทอง ไกรนิบูลย์ ปรีชา ไพรัชเวทย์ อนันต์ อนุศาสนะนันท์ นภาพร ประกายทรงษ์มณี และกาญจนา วรธนาวิษ โดยดัดแปลงมาจาก สไลด์-เทปโปรแกรมของ มุต และคนอื่นๆ (Mood, et al., 1985) ที่ได้รับรางวัลจากการแสดง นิทรรศการในการประชุมสมาคมพยาบาลมะเร็งแห่งชาติของอเมริกันเมื่อปี ค.ศ. 1987 คณะผู้สร้างได้แปลเป็นภาษาไทย ดัดแปลงและเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยไทย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลจริง ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ภูมิลำเนา ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา ระดับการศึกษา จำนวนปีที่ศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล ปัญหาทางการเงินเกี่ยวกับการรักษา จำนวนบุตร โรคประจำตัวอื่น ๆ (ภาคผนวก ข)

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ ตำแหน่งของมะเร็ง ระยะของมะเร็ง ชนิดของการรักษา อาการข้างเคียงจากรังสีรักษาและการรักษา (ภาคผนวก ค)

3. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (ภาคผนวก ง) เป็นแบบสอบถามที่ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยให้ผู้ตอบบ่งบอกว่าข้อความในแต่ละข้อ เป็นจริงสำหรับตนเองมากน้อยเพียงใดใน 5 ระดับ จาก 1 เท่ากับไม่จริงที่สุด จนถึง 5 เท่ากับจริงที่สุด ซึ่งในแบบสอบถามนี้มีข้อที่เป็นลบทั้งหมด 7 ข้อ ข้อความที่เป็นลบนี้ให้กลับคะแนนแล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนน้อย หมายถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ และคะแนนมาก หมายถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง

มิเชลได้ตรวจวัดความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ของแบบสอบถามใน 3 ลักษณะ ดังนี้คือ

ก. การหาความแตกต่างในกลุ่มที่คาดหวัง (known group technique) โดยหาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนใน 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยศัลยกรรม ($n=68$) ผู้ป่วยอายุรกรรม ($n=134$) และผู้ป่วยกำลังวินิจฉัยโรค ($n=51$) พบว่าคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความแตกต่างกันตามทฤษฎีที่คาดไว้ดังนี้ คือ กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมน้อยที่สุด อายุรกรรมรองลงมาและผู้ป่วยกำลังวินิจฉัยโรคมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยสวนหัวใจ ($n=37$) มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สูงกว่าผู้ป่วยฟอกโลหิต ($n=18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามที่คาดหวังไว้เช่นเดียวกัน

ข. การหาความตรงเหมือน (convergent validity) โดยหาความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนกับความเครียดของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล ($n=100$) และวัดภาวะความเครียดด้วยแบบวัดที่โวลเลอร์ (Volicer, 1977) สร้างขึ้น พบว่า คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน

ที่วัดด้วยเครื่องมือของมิเชลนั้น มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความเครียดตามทฤษฎีที่คาดไว้

ค. การหาความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ (criterion validity) หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการขาดความเข้าใจ ในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาเป็นวันแรก ($n=26$) และวัดความเข้าใจด้วยแบบวัดที่คาสลีเลท (Cassileth, 1980) สร้างขึ้น พบว่า ผลที่ได้สนับสนุนความตรงของเครื่องมือ คือ การขาดความเข้าใจมีผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง เป็นไปตามทฤษฎี

เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลมี 34 ข้อ ได้นำไปใช้ในงานวิจัยมากมาย และจากข้อมูลที่ได้มิเชลได้วิเคราะห์หาทั้งความเที่ยงและความตรงโดยตัดข้อที่ซ้ำซ้อนออกไปจนเหลือ 28 ข้อ โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 28 คะแนน ถึง 140 คะแนน และมี 2 ด้าน คือ ความกำกวมเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยจำนวน 16 ข้อมีความเชื่อมั่นในระดับแอลฟา 0.87 ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบให้บริการจำนวน 12 ข้อ มีความเชื่อมั่นในระดับแอลฟา 0.81 และความเชื่อมั่นรวมของแบบสอบถามทั้งหมด 28 ข้อ อยู่ในระดับแอลฟา 0.89

3.1 การหาความตรงของแบบสอบถาม (Validity) ผู้วิจัยได้แปลแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล และนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ซึ่งมีประสบการณ์ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดทางจิต เพื่อตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนในภาษา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอนั้น ๆ แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เพื่อปรับปรุงให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและตอบแบบสอบถามได้ ก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นต่อไป

3.2 การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) หาความเชื่อมั่นของความคงที่ภายใน (coefficient of interconsistency) ของแบบสอบถามจากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (coefficient alpha or cronbach coefficient) ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งฉบับมีค่าระดับแอลฟาเท่ากับ 0.92 และในการวิจัยครั้งนี้ ได้วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ทั้งฉบับ ช่วงก่อนรับรังสีรักษา (n=68) ระหว่างรับรังสีรักษา (n=56) และในสัปดาห์สุดท้าย ก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา (n=54) มีค่าระดับแอลฟาเท่ากับ 0.79, 0.89 และ 0.89 ตามลำดับ

4. แบบสอบถามความต้องการข้อมูล และการได้รับข้อมูลจริง (ภาคผนวก จ และ ภาคผนวก ฉ) เป็นแบบสอบถามที่ สมจิต หนูเจริญกุล แปลมาจากของ มูด (Mood, 1984) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ จาก 1 เท่ากับ ไม่ต้องการเลย หรือ ไม่เลย จนถึง 5 เท่ากับ ต้องการมาก หรือ เป็นอย่างมาก ซึ่งในแบบสอบถามแต่ละชุดมีคำถามจำนวน 10 ข้อ และผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 68 และ 54 ราย มีค่าความเชื่อมั่นในระดับแอลฟา 0.88 และ 0.74 ตามลำดับ ใช้เป็นแบบวัดความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลจริงของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้จากผู้วิจัยจริง

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันราชการ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จากทะเบียนการรับรังสี แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือจากผู้ป่วยตามคำขออนุญาตและนิทกษสิทธิ์ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (ภาคผนวก ก) เมื่อผู้ป่วยอนุญาตจึงดำเนินการขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาลอกจากทะเบียนการรับรังสีของผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 3 ช่วง คือ ในช่วงก่อนรับรังสีรักษาขนาดแรก ในระหว่างรับรังสีรักษา (ก่อนรับรังสีรักษาครั้งที่ 16) และในสัปดาห์สุดท้าย (2 วัน) ก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา

ระยะที่ 2 เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองหลังจากเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมเรียบร้อยแล้ว โดยเริ่มขั้นตอนในการเลือกและให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรค



และการรักษา เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม หลังจากที่ได้ให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับรังสีรักษาขนาดแรกจากผู้วิจัยเรียบร้อยแล้ว จึงได้เริ่มทำการทดลอง โดยให้ผู้ป่วยและญาติชมและฟังบทความรู้ในสไลด์-เทปเป็นกลุ่ม ๆ ละประมาณ 2-5 คน แบ่งเป็น 3 ครั้ง ดังนี้

- บทที่ 1 ชมและฟัง หลังจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามประเมินภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความต้องการข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ก่อนรับรังสีรักษาขนาดแรกเรียบร้อยแล้ว
- บทที่ 2 ชมและฟัง ก่อนรับรังสีรักษาครั้งที่ 6
- บทที่ 3 ชมและฟัง 5 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา

หลังจากสิ้นสุดการชมและฟัง บทความรู้ในสไลด์-เทป แต่ละครั้ง ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความเข้าใจในบทความรูนั้น ๆ (ภาคผนวก ข) โดยอาจปรึกษาญาติและช่วยกันตอบ ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ ในกรณีที่เข้าใจไม่ถูกต้องหรือจดจำเนื้อหาในสไลด์-เทปไม่ได้ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามจนเป็นที่พอใจ ในบริเวณที่จัดฉายสไลด์-เทป และตลอดระยะเวลาของการรับรังสีรักษาจากผู้วิจัย นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้กลุ่มพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา (Ideal set of self-care actions in head and neck cancer patients receiving radiation therapy: ภาคผนวก ฉ) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นเกณฑ์สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยตามสาเหตุของความพร้อมนั้น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องซึ่งอาจเป็น การให้ความรู้ ชี้แนะ สนับสนุน ให้กำลังใจ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อนำไปสู่การเพิ่มพลังใจซึ่งกันและกัน ในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอาการข้างเคียงที่มีอยู่แล้ว หรืออาจเกิดขึ้นจากรังสีที่ได้รับอยู่

สำหรับการตอบแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยครั้งที่ 2 และ 3 ในช่วงก่อนรับรังสีรักษาครั้งที่ 16 และในสัปดาห์สุดท้าย 2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาของกลุ่มทดลองนั้น เพื่อเป็นการลดอคติในการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยในช่วงหลัง จึงให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม

ทั้ง 2 ช่วงนี้จากผู้ช่วยวิจัย

นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองยังได้รับการประเมินความต้องการข้อมูล
พร้อมกับการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับรังสีรักษาขนาดแรก และประเมิน
การได้รับข้อมูลจริงพร้อมกับการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในสัปดาห์สุดท้ายก่อน
สิ้นสุดรังสีรักษา

มีผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวน 25 รายที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ ผู้วิจัย
หรือผู้ช่วยวิจัยได้อ่านให้ฟัง เพื่อให้เลือกคำตอบในแบบสอบถามนั้น ๆ

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอในกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ได้ใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSSx คำนวณ ผลการวิจัยได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้ คือ ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผลการทดสอบสมมติฐาน และผลการ วิเคราะห์เพิ่มเติม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามกำหนดจำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองดังนี้ กลุ่มควบคุมจำนวน 34 ราย ปฏิเสธในการตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 จากผู้ช่วย วิจัยหลังจากเข้าร่วมโครงการแล้ว 1 ราย ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 1 ราย สูญหายจากการ รักษา 6 ราย เหลือผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ตอบแบบสอบถามถึงช่วงที่ 2 จำนวน 27 ราย และตอบ แบบสอบถามสมบูรณ์ทั้ง 3 ช่วงจำนวน 26 ราย และผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามกำหนดในกลุ่ม ทดลองจำนวน 36 ราย ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการ 2 ราย เข้าร่วมโครงการ 34 ราย สูญหายจากการรักษา 4 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ราย เหลือผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ ตอบแบบสอบถามถึงช่วงที่ 2 จำนวน 29 ราย และตอบแบบสอบถามครบทั้ง 3 ช่วงจำนวน 28 ราย โดยสรุปแล้วมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่เริ่มโครงการจำนวน 68 ราย และ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยคงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 ราย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังแสดงในตารางที่ 1 จะเห็นว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยแต่ละกลุ่มค่อนข้างสูงคือ 54.82 ปีและ 50.24 ปี ตามลำดับ จำนวนปีที่ศึกษา โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับประถมศึกษา คือ 5.50 ปี และ 6.53 ปี ตามลำดับ เมื่อทดสอบความ

แตกต่างกันของอายุและจำนวนปีที่ศึกษาโดยเฉลี่ยด้วยสถิติที (t-test) พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุและจำนวนปีที่ศึกษาโดยเฉลี่ย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศชาย มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาคือประกอบอาชีพเกษตรกรรม แต่ไม่มีปัญหาในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาเนื่องจากเบิกค่ารักษาได้เป็นส่วนใหญ่ พักบ้านผู้อื่นขณะรับรังสีรักษา ตำแหน่งของมะเร็งที่พบส่วนใหญ่เป็น มะเร็งบริเวณหลังโพรงจมูก ได้แก่ นาโซฟาริงซ์ และโพรงอากาศในกระโหลกศีรษะ และอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 ของโรค ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบแต่ละลักษณะในเรื่อง เพศ อาชีพ ปัญหาทางการเงิน วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษาและตำแหน่งของมะเร็ง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยไคสแควร์ (chi-square test) แล้ว พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในส่วนของ สถานภาพสมรส $\chi^2(1, N=68)=3.70, p < 0.05$ และระยะของมะเร็ง $\chi^2(4, N=68)=10.26, p < 0.05$

เมื่อหาความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับ สถานภาพสมรสและระยะของมะเร็ง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) แล้ว พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งก่อนรับรังสีรักษา ระหว่างรับรังสีรักษาและสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรสและระยะของมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r(66)=-0.01, 0.09$; $r(54)=0.05, -0.10$; $r(52)=0.06, 0.01$ ตามลำดับ $p > 0.05$

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สูญหายจากการรักษาจำนวน 10 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 6 ราย และกลุ่มทดลอง 4 ราย มีคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับรังสีรักษาขนาดแรก 90.83, 95.00 และ 7.91, 22.26 ตามลำดับ สูญหายระหว่างรับรังสีรักษาครั้งที่ 3-26 ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งในระยะที่ 4 และไม่ทราบระยะที่อยู่ประจำอยู่ต่างจังหวัดและมาพักบ้านญาติขณะรับรังสีรักษา มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท ต่อเดือน แต่ผู้ป่วยรายงานว่าไม่มีปัญหาทางการเงินเลยหรือมีบ้างเล็กน้อยเนื่องจากสามารถเสียค่ารักษาเองและผ่านสังคมสงเคราะห์

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ จำนวนปีที่ศึกษา เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ปัญหาทางการเงิน วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา ตำแหน่งและระยะของมะเร็ง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม ($n_1=34$)	กลุ่มทดลอง ($n_2=34$)	รวม ($N=68$)
อายุ (ปี)			
พิสัย	23-81	19-80	19-81
ค่าเฉลี่ย	54.82	50.24	52.53
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	13.76	16.92	15.49
จำนวนปีที่ศึกษา (ปี)			
พิสัย	0-13	0-20	0-20
ค่าเฉลี่ย	5.91	6.53	6.02
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.17	4.79	4.48
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	28 (82.4)	26 (76.5)	54 (79.4)
หญิง	6 (17.6)	8 (23.5)	14 (20.6)
สถานภาพสมรส			
เดี่ยว (โสด หม้าย หย่า แยก)	5 (14.7)	13 (38.2)	18 (26.5)
คู่	29 (85.3)	21 (61.8)	50 (73.5)
อาชีพ			
รับราชการ (วิชาชีวะ วิชาการ)	4 (11.8)	2 (5.9)	6 (8.8)
ค้าขาย	3 (8.8)	7 (20.6)	10 (14.7)
เกษตรกรรม	10 (29.4)	12 (35.3)	22 (32.4)
รับจ้าง (บริหาร เสมียน กรรมกร)	4 (11.8)	3 (8.8)	7 (10.3)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (อื่น ๆ)	13 (38.2)	10 (29.4)	23 (33.8)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม ($n_1=34$)	กลุ่มทดลอง ($n_2=34$)	รวม (N=68)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ปัญหาเรื่องการเงิน			
ไม่มีเลย	16 (47.1)	14 (41.2)	30 (44.1)
มีเล็กน้อย	13 (38.2)	10 (29.4)	23 (33.8)
มีปานกลาง	3 (8.8)	6 (17.6)	9 (13.2)
มีมาก	2 (5.9)	4 (11.8)	6 (8.8)
วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล			
เบิกได้	17 (50.0)	15 (44.1)	32 (47.1)
เสียเอง	10 (29.4)	6 (17.6)	16 (23.5)
สังคมสงเคราะห์	7 (20.7)	13 (38.2)	20 (29.4)
ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา			
บ้านตนเอง	9 (26.4)	8 (23.5)	17 (25.0)
บ้านผู้อื่น (ลูก ญาติ คนรู้จัก)	21 (61.8)	21 (61.8)	42 (61.8)
บ้านพักรังสี	4 (11.8)	5 (14.7)	9 (13.2)
ตำแหน่งของมะเร็งศีรษะและคอ			
บริเวณโพรงหลังจมูก	18 (52.9)	15 (44.1)	33 (48.5)
บริเวณปาก	6 (17.6)	14 (41.2)	20 (29.4)
บริเวณกล่องเสียง	7 (20.6)	3 (8.8)	10 (14.7)
ผิวหนังและอื่น ๆ	3 (8.8)	2 (5.9)	5 (7.4)
ระยะของมะเร็ง			
ระยะที่ 1	4 (11.8)	8 (23.5)	12 (17.6)
ระยะที่ 2	7 (20.6)	7 (20.6)	14 (20.6)
ระยะที่ 3	4 (11.8)	11 (32.3)	15 (22.1)
ระยะที่ 4	14 (41.2)	4 (11.8)	18 (26.5)
ไม่ทราบระยะ	5 (14.7)	4 (11.8)	9 (13.2)

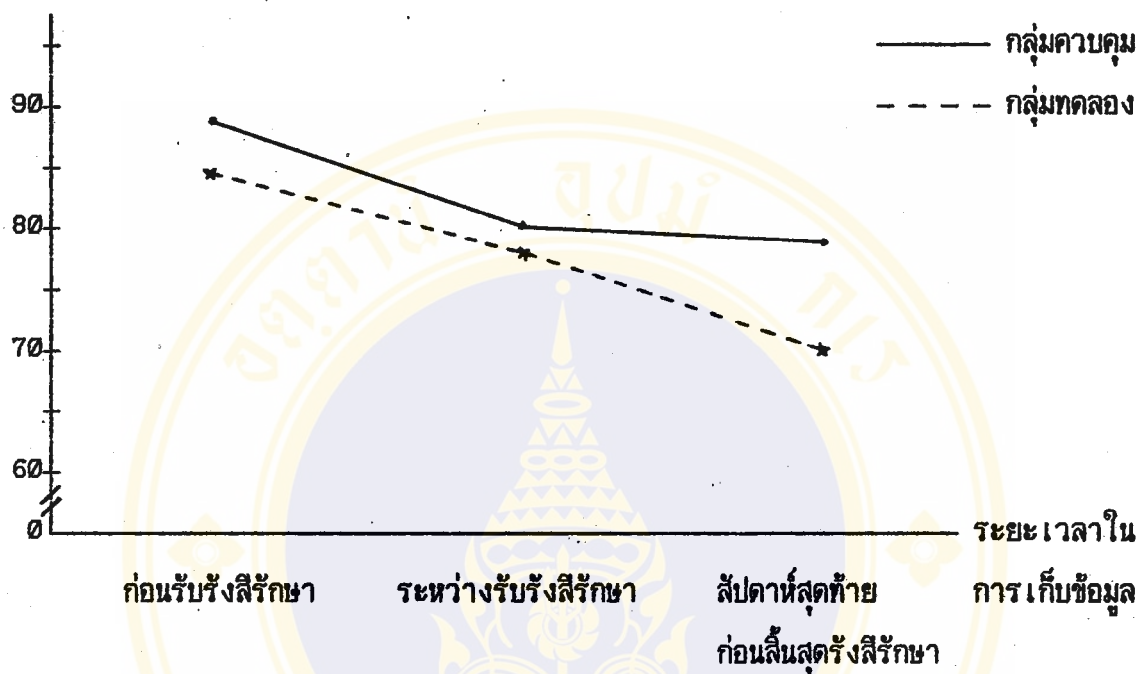
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีค่าที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 28 คะแนน ถึง 140 คะแนน จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งระยะก่อนรับรังสีรักษา ระหว่างรับรังสีรักษา และสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา จะเห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับรังสีรักษาของกลุ่มควบคุม สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีการกระจายของคะแนนในลักษณะเบ้ซ้าย (Skewness=-0.67) และคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ก่อนรับรังสีรักษาของกลุ่มทดลอง มีการกระจายของคะแนนค่อนข้างปกติ (Skewness=0.15) แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับรังสีรักษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที (t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับรังสีรักษาของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละระยะของการรักษาด้วยรังสี ดังแสดงในแผนภาพกราฟเส้นตรง (ภาพที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับรังสีรักษา ระหว่างรับรังสีรักษา และในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระยะเวลาที่เก็บข้อมูล	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	n_1	\bar{x}	SD	n_2	\bar{x}	SD
ก่อนรับรังสีรักษา	34	89.35	12.29	34	85.06	13.82
ระหว่างรับรังสีรักษา	27	80.63	15.81	29	77.21	17.66
สัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรักษา	26	78.08	15.09	28	69.75	14.87

คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึก
ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย



ภาพที่ 2 กราฟเส้นตรงแสดงการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในแต่ละระยะของการรับรังสีรักษา คือ ก่อนรับรังสีรักษา ระหว่างรับรังสีรักษา และในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานกล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีรักษาซึ่งได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย น้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีรักษาซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว ทั้งในช่วงกลางระหว่างรับรังสีรักษาและในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ระหว่างรับรังสีรักษาและสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบทางเดียว โดยใช้คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับรังสีรักษาเป็นตัวแปรร่วม ผลการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทั้งในช่วงกลางระหว่างรับรังสีรักษา และในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4 ดังนั้น สมมติฐานจึงไม่ได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ระหว่างรับรังสีรักษา ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบทางเดียว มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ก่อนรับรังสีรักษาเป็นตัวแปรร่วม (N=56)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ตัวแปรร่วม	1	9,457.06	9,457.06		
กลุ่ม	1	73.58	73.58	0.67	0.42
ความคลาดเคลื่อน	53	5,868.22	110.72		
รวม	55	15,398.86			

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
ในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ
วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบทางเดียว มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอน
ในความเจ็บป่วยก่อนรับรังสีรักษาเป็นตัวแปรร่วม (N=54)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ตัวแปรร่วม	1	6,713.76	6,713.76		
กลุ่ม	1	248.61	248.61	2.25	0.41
ความคลาดเคลื่อน	51	5,639.50	110.58		
รวม	53	12,601.87			

ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม

คะแนนความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลจริง มีค่าที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 10 คะแนน ถึง 40 คะแนน จากตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความต้องการข้อมูลก่อนรับรังสีรักษาและการได้รับข้อมูลในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จะเห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของความต้องการข้อมูลก่อนรับรังสีรักษา สูงทั้งของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีการกระจายของคะแนนเบ้ไปทางซ้าย (Skewness = -0.55, -1.02) ส่วนการกระจายของคะแนนการได้รับข้อมูลจริงในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ของทั้ง 2 กลุ่ม เบ้ไปทางขวา (Skewness = 0.65, 0.39) ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความต้องการและการได้รับข้อมูลจริงของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที (t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความต้องการข้อมูลของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยของการได้รับข้อมูลจริงของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ ความต้องการข้อมูลก่อนรับรังสีรักษาและการได้รับข้อมูลจริงในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยค่าสถิติที (t-test)

	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t
	n_1	\bar{x}	SD	n_2	\bar{x}	SD	
ความต้องการข้อมูล	34	32.24	5.94	34	30.50	7.17	1.09
การได้รับข้อมูล	26	22.35	4.16	28	26.39	5.59	-3.03**

** $p < 0.01$

นำคะแนนความแตกต่างระหว่าง ความต้องการข้อมูลก่อนรับรังสีรักษา กับการได้รับ ข้อมูลจริงในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา รายชื่อและโดยรวม มาหาค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างความต้องการข้อมูล ก่อนรับรังสีรักษากับการได้รับข้อมูลจริงในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาทั้งรายชื่อและโดยรวม ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที (t-test) พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความ ต่างต่างระหว่างความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริงมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ 4 ข้อ คือ ความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา ($p < 0.05$) คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเมื่อรับการ ฉายรังสี ($p < 0.01$) ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($p < 0.001$) และการเลือกวัน เวลา พบแพทย์ ($p < 0.05$) ส่วนข้อที่เหลือ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่อย่างไรก็ตาม คะแนนเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างความต้องการข้อมูลก่อนรับรังสีรักษา กับการได้รับข้อมูลจริงในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาโดยรวมของกลุ่มควบคุม มากกว่ากลุ่ม ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่าง ความต้องการข้อมูลก่อนรับรังสีรักษา กับการได้รับข้อมูลจริงในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ทั้งรายข้อและโดยรวม ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที (t-test) (N=54)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n ₁ =26)		กลุ่มทดลอง (n ₂ =28)		t
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
ความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา	0.96	1.08	0.36	1.06	2.08**
การไต่ถามแพทย์ พยาบาล	0.88	0.99	0.75	1.21	0.45
การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา	0.31	1.38	-0.21	1.48	1.34
คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อฉายรังสี	0.73	0.96	-0.04	0.99	2.87**
ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	1.23	0.95	0.36	1.09	3.13***
การไต่ถามผลการตรวจทางการแพทย์	1.35	1.36	1.19	1.57	0.42
เล่าความรู้สึกให้แพทย์ พยาบาลทราบ	0.65	1.33	0.36	1.49	0.77
การเลือกวัน เวลา พบแพทย์	1.12	1.68	0.39	1.45	1.69*
การเลือกเวลาฉายรังสี	1.04	1.82	0.29	1.61	1.61
การไต่ถามอาการข้างเคียงของรังสี	1.59	1.27	1.14	1.35	1.22
ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยรวม	9.85	6.93	4.57	7.87	2.62**

*p < 0.05

**p < 0.01

***p < 0.001

สำหรับแหล่งประ โยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลนั้น เมื่อเปรียบเทียบการได้รับข้อมูลการจริง จาก แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยด้วยกันเอง และบุคคลอื่น ๆ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วย ไคสแควร์ (chi-square test) ดังแสดงในตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่า ทั้ง 2 กลุ่มได้รับข้อมูลจริงจาก แพทย์ ผู้ป่วยด้วยกันเอง และบุคคลอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ แหล่งประ โยชน์ที่กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจริง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ พยาบาล $\chi^2 (1, N=54)=4.69, p < 0.05$

ตารางที่ 7 แสดงการได้รับข้อมูลจริงจาก แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยด้วยกันเอง และบุคคลอื่น ๆ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

แหล่งประ โยชน์		กลุ่มควบคุม (n ₁ =26)	กลุ่มทดลอง (n ₂ =28)	รวม (N=54)
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
แพทย์	ได้	21 (80.8)	21 (75.0)	42 (77.8)
	ไม่ได้	5 (19.2)	7 (25.0)	12 (22.2)
พยาบาล	ได้	11 (42.3)	21 (75.0)	32 (59.3)
	ไม่ได้	15 (57.7)	7 (25.0)	22 (40.7)
ผู้ป่วยด้วยกันเอง	ได้	15 (57.7)	9 (32.1)	24 (44.4)
	ไม่ได้	11 (42.3)	19 (67.9)	30 (55.6)
บุคคลอื่น ๆ	ได้	5 (19.2)	10 (35.7)	15 (27.8)
	ไม่ได้	21 (80.8)	18 (64.3)	39 (72.2)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา ที่หน่วยรังสีรักษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีสมมติฐานว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีรักษาซึ่งได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย น้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีรักษาซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดี่ยว ทั้งในช่วงกลางระหว่างรับรังสีรักษาและในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สมมติฐานดังกล่าว ไม่ได้รับการสนับสนุน ถึงแม้จะมีข้อมูลสนับสนุนว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจริงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 5) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ อิสเรลและมูด (Israel & Mood 1982:51-63) ก็ตาม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับการรักษาด้วยรังสี ต้องใช้เวลาในการรักษานาน เกิดอาการข้างเคียงได้มาก อาการข้างเคียงที่เกิดส่วนใหญ่รุนแรง เป็นเวลานาน เปลี่ยนแปลงอยู่เกือบตลอดระยะเวลาของการรักษา และอาการข้างเคียงที่สำคัญบางอย่างนั้นไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ เช่น อาการเจ็บปากและคอ การรับรสเปลี่ยน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคสูง (Christman, et al. 1988:71-82) หรือมีอาการข้างเคียงจากรังสีรักษามาก (Christman 1990:17-20) จะเป็นช่วงที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงด้วย ดังนั้นถึงแม้ผู้วิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ได้นำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Orem, 1985) มาใช้ในการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย แผนการรักษา ระบบบริการของโรงพยาบาล ตลอดจนวิธีการดูแลตนเองในการป้องกัน และลดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงรูปแบบและโครงสร้างของตัวกระตุ้น คือ รูปแบบของอาการแสดง ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความ เป็นจริง เพื่อนำไปสู่การช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในทางอ้อมลง (Mishel, 1988) ก็ตาม จึงไม่ได้ผล

นอกจากนี้ การพยาบาลในระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่จัดให้ผู้ป่วยตามทฤษฎีระบบการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 1985) ยังคาดหวังที่จะลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้โดยตรง โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการติดต่อกับแพทย์ พยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้

ทราบถึงความคาดหวังของแพทย์ พยาบาล และลักษณะของการรักษายิ่งขึ้น (Mishel, 1988) แต่ในความเป็นจริง เนื่องจากลักษณะงานของแพทย์ พยาบาลในหน่วยงานนั้น ต้องรีบเร่งและไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อข้องใจต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ผลของการรักษา ความคาดหวังและลักษณะของแผนการรักษาที่อาจมีเพิ่มจากแพทย์ได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะนึกเตรียมคำถามก่อนเข้าพบแพทย์ไว้แล้วก็ตาม อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับการรักษาด้วยรังสีต้องได้รับการดูแลและกำหนดวิธีการรักษาจากแพทย์หลายฝ่ายด้วยกัน ทั้งแพทย์ทางหู คอ จมูก เคมิบำบัด ทันตแพทย์และรังสีรักษาแพทย์โดยแพทย์ไม่สามารถรับรองผลของการรักษาได้ และในส่วนของปริมาณรังสีและระยะเวลาของการฉายรังสีนั้น รังสีรักษาแพทย์จะเป็นผู้กำหนดแผนการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกับนักรังสีฟิสิกส์อย่างรอบคอบตั้งแต่ก่อนเริ่มรังสีรักษา แต่เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก็จริงมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องปรับเปลี่ยนแผนการรักษา เช่น การเพิ่มปริมาณของรังสีและระยะเวลาในการรักษา โดยเฉพาะในช่วงหลังของการวิจัย คือในช่วงของการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยที่รับการรักษาถึงสัปดาห์สุดท้ายของการรักษาที่กำหนดไว้ครั้งแรก 28 รายมีถึง 15 ราย หรือร้อยละ 53.57 ที่ต้องเพิ่มปริมาณของรังสีและระยะเวลาในการรักษา ส่วนในช่วงแรกของการวิจัยในกลุ่มควบคุมมีการเพิ่มปริมาณของรังสีและระยะเวลาในการรักษา 8 รายใน 26 ราย หรือ ร้อยละ 30.76 ที่รับการรักษาถึงสัปดาห์สุดท้ายของการรักษาที่กำหนดไว้ครั้งแรก จึงอาจทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มทดลอง ไม่ลดลงเท่าที่ควรจะเป็น

2. การเลือกระบบการพยาบาลอาจไม่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากอาการข้างเคียงที่รุนแรงและคงอยู่เกือบตลอดระยะเวลาของการรับรังสีในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ คุกคามต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการรักษา ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องให้สารน้ำหรือเลือดทางหลอดเลือดดำคาบคู่ไปกับการฉายรังสี การให้การพยาบาลเฉพาะระบบสนับสนุนและให้ความรู้อาจไม่เพียงพอในผู้ป่วยเหล่านี้ อาจจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนหรือนำเอาการพยาบาลระบบอื่นเข้ามาร่วมด้วย โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตามอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เช่น การพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน เป็นต้น

3. อาจมีความคลาดเคลื่อนของความตรงภายใน (internal validity) ที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ

3.1 ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล (history) ของทั้ง 2 กลุ่มต่างกัน

3.1.1 ช่วงเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม แผนกป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรามาศิริบดี ได้จัดนิทรรศการและฉายวิดีโอเทป (video tape) ในบริเวณที่พักรอของผู้ป่วยด้านหน้าของโรงพยาบาล เรื่องมะเร็งโรครที่นำรู้จัก ซึ่งได้กล่าวถึงมะเร็งของช่องปาก และการฉายรังสีเป็นเวลานาน 1 สัปดาห์ อาจเป็นเหตุให้กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับรังสีรักษาเพิ่มขึ้นกว่าปกติ ซึ่งอาจช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในกลุ่มควบคุมได้

3.1.2 ช่วงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เป็นช่วงฤดูหนาวและฤดูร้อน มีผู้ป่วยเล่าว่า ความหนาวเย็นของอากาศทำให้ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีตึงและแตกง่าย และความร้อนของอากาศทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดน้อยลงกว่าที่เป็นอยู่แล้ว ซึ่งอาจมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองสูงขึ้นอันเนื่องมาจากมีปัจจัยดังกล่าวร่วมด้วย

3.2 ความเข้มข้นของการจัดกระทำ (manipulation) การฉายรังสีในผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอเพื่อการรักษาในแต่ละรายใช้เวลา 5-9 สัปดาห์ การรับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัยในช่วงเวลาที่ต่อเนื่องกันทำให้มีการสะสมจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีส่วนน้อยที่จำหน่ายจากรังสีรักษา ประกอบกับการเก็บข้อมูลตั้งแต่เริ่มการวิจัยจนถึงสิ้นสุดการวิจัยเป็นระยะเวลานาน ผู้วิจัยอาจทำให้การพยาบาลในระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้ไม่เต็มที่ จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความต้องการข้อมูลสูง ซึ่งในการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ให้อยู่ยังไม่เพียงพอในหลายข้อด้วยกัน ดังตารางที่ 6 คือ การไต่ถามแพทย์ พยาบาล การไต่ถามผลการตรวจทางพยาธิ การบอกเล่าความรู้สึกให้แพทย์ พยาบาลทราบ การเลือกเวลาฉายรังสี และการไต่ถามอาการข้างเคียงของรังสี แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับความรู้หรือข้อมูลมากกว่ากลุ่มควบคุมและมีการสูญหายจากการรักษาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม คือ กลุ่มควบคุมมีการสูญหาย 6 ราย หรือร้อยละ 17.65 ใน 34 ราย และกลุ่มทดลองมีการสูญหาย 4 ราย หรือ ร้อยละ 11.76 ใน 34 ราย ซึ่งการสูญหายน้อยลงในกลุ่มทดลอง อาจเนื่องมาจากผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับ

3.3 การสัมภาษณ์ เนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลนาน ช่วงหลังของการเก็บข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอาจรู้สึกเบื่อหน่าย เกิดความจำเจในการอ่าน และอธิบายแบบสอบถามให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองฟัง เพื่อตอบคำถามในแบบสอบถาม เป็นผลให้เข้าใจแบบสอบถามได้ไม่ถูกต้องและอาจมีผลต่อการตอบแบบสอบถามได้

4. การเลือกตัวแปรที่ใช้วัดผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ อาจไม่เหมาะสม วัดเพียงตัวแปรเดียว (monocooperative bias) ซึ่งจากตารางที่ 5 จะเห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองรับรู้ว่าได้รับข้อมูลจริงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ซึ่งการได้รับข้อมูลนี้อาจจะช่วยลดความวิตกกังวล (Johnson 1982 :117-123) และผู้ป่วยที่มีความรู้ในเรื่องรังสีรักษาและมีความรู้อย่างเป็นระบบ อาจช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เพื่อลดอาการข้างเคียงได้ดีขึ้น (ชฎาพร คงเพชร 2528; Dodd 1983:63-67; Dodd 1984:43-49; Dropkin 1981:103-108; Israel & Mood 1982:57-63; Johnson 1982:117-123) ดังนั้นในการเลือกตัวแปรวัดผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เช่น ความวิตกกังวล และความพร้อมในการดูแลตนเอง อาจจะได้เห็นผลของการพยาบาลในระบบที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้นมากกว่า การวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว

สำหรับในส่วน of ข้อมูลนั้น จะเห็นว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความต้องการข้อมูลสูง (ตารางที่ 5) และแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากการพยาบาลตามปกติส่วนใหญ่ก็คือ แพทย์ โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูลน้อย (ตารางที่ 7) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) และ ดอดด์ (Dodd 1984:23-27) แต่เมื่อผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติที่ได้รับอยู่ พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าพยาบาลมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน (ตารางที่ 7) ดังนั้นพยาบาลจึงควรปรับบทบาทในการให้ข้อมูลเพิ่มขึ้น มีการจัดการพยาบาลอย่างเป็นระบบโดยนำสื่อในการให้ความรู้หรือข้อมูลมาใช้ร่วมในการให้การพยาบาลด้วย เช่น การจัดบทความรู้เป็นสไลด์-เทป ดังที่กลุ่มทดลองได้รับ เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยในการที่จะนำข้อมูลหรือความรู้นั้นไปใช้ในการดูแลตนเอง ในการลดหรือป้องกันอาการข้างเคียงอันอาจเกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น

กล่าวโดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีรักษา ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลจริงมากกว่ากลุ่มควบคุม และงานวิจัยนี้เป็นเพียงการเริ่มต้นในการนำเอาทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1985) มาเชื่อมโยงกับ ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) ซึ่งผลการวิจัยเพียงครั้งเดียว ยังไม่เป็นการเพียงพอ สมควรที่จะมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. งานวิจัยนี้เป็นส่วนย่อยของโครงการวิจัยใหญ่ เรื่องการพัฒนารูปแบบการพยาบาล โดยให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา ในขณะที่วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยยังมีการวัดตัวแปรอื่น ๆ ด้วย เช่น คุณภาพชีวิต ซึ่งอาจมีผลต่อการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วย ทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงประชากรอื่นที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถามนี้ด้วย

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาเฉพาะที่โรงพยาบาลรามาริบติเท่านั้น ฉะนั้นการสรุปผลวิจัยไปอ้างอิงถึงประชากรอื่น ๆ ด้วยอาจจะมีข้อจำกัด

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยมะเร็ง ตีระชะและคอที่รับการรักษาด้วยรังสี ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ที่นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งตีระชะและคอที่กำลังรับรังสีรักษาที่หน่วยรังสีรักษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2532 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2533 การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ป่วยนอกเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สื่อความหมายได้เข้าใจ รับรังสีเป็นครั้งแรกเพื่อการรักษา และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมดจำนวน 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 34 ราย ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยรังสีรักษา แต่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามรูปแบบของโอเร็ม (Orem, 1985) จากผู้วิจัยเพิ่มเติมรวมทั้งการชมและฟังบทความรู้ที่จัดเป็นสไลด์-เทป 3 ครั้ง

บทความรู้ในสไลด์-เทปบทที่ 1 กล่าวถึงข้อมูลทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับการรับรังสีรักษา ให้ชมและฟัง เมื่อตอบแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนเริ่มรับรังสีรักษาขนาดแรกเรียบร้อยแล้ว บทที่ 2 กล่าวถึงการเกิดอาการข้างเคียงและการดูแลตนเองให้ชมและฟัง ก่อนรับรังสีรักษาครั้งที่ 6 และบทที่ 3 กล่าวถึงการติดตามผลการรักษาและการดูแลตนเองหลังจากสิ้นสุดรังสีรักษาแล้วให้ชมและฟัง 5 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามแบบสอบถามของ มิเชล (Mishel, 1981a) 3 ครั้ง คือ ก่อนรับรังสีรักษาขนาดแรก ระหว่างรับรังสีรักษา (ก่อนรับรังสีรักษาครั้งที่ 16) และในสัปดาห์สุดท้าย (2 วัน) ก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ขณะรับรังสีรักษา มีกลุ่มตัวอย่างสูญหายจากการรักษาพิเศษเข้าร่วมโครงการต่อ ตอบคำถามไม่สมบูรณ์ เข้าร่วมการรักษาในโรงพยาบาล เหลือ

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ตอบแบบสอบถามครบทั้ง 3 ครั้ง จำนวน 26 ราย และ 28 ราย ตามลำดับ

นอกจากนี้ ยังได้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ความต้องการข้อมูลพร้อมกับการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยครั้งแรก และการได้รับข้อมูลจริงพร้อมกับการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยครั้งที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSSx พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีรักษาในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ทั้งในช่วงกลางระหว่างรับรังสีรักษาและในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และผลวิเคราะห์เพิ่มเติมในเรื่อง ความต้องการและการได้รับข้อมูลจริงด้วยสถิติ (t-test) พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความต้องการข้อมูลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจริงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

การที่ผลการวิจัย ไม่ได้สนับสนุนถึงประสิทธิภาพของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ อาจมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการข้างเคียง เหตุการณ์ในระหว่างการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่แตกต่างกัน ความเข้มข้นของการจัดกระทำ ตลอดจนการเลือกวัดผลของการจัดกระทำที่ไม่เหมาะสม ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นเพียงจุดเริ่มในการนำเอาทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1985) มาเชื่อมกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) ที่ต้องการ การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ถึงแม้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้จะไม่มีผลในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีรักษา เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะการเลือกตัวแปรวัดผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ อาจไม่เหมาะสม แต่ยังมีประโยชน์ในแง่ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับข้อมูลเพิ่มเติมขึ้น (ตารางที่ 5) ทั้งในเรื่อง

ของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รั้งสิรักษาและการปฏิบัติตนเมื่อฉายรังสี (ตารางที่ 6) ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลหรือความรู้ อาจช่วยลดความวิตกกังวล (Johnson 1982:117-123) และผู้ป่วยที่มีความรู้ในเรื่องรั้งสิรักษาดีและมีความรู้อย่างเป็นระบบ อาจช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเพื่อลดอาการข้างเคียงได้ดีขึ้น (ชฎาพร คงเพชร 2528; Dodd 1983:63-67; Dodd 1984: 43-49; Dropkin 1981:103-108; Israel & Mood 1982:57-63; Johnson 1982: 117-123) ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของงานวิจัยในครั้งนี้และคาดว่าสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทางการพยาบาลและในการนำไปทำวิจัยเพื่อ ศึกษา ค้นคว้า ปรับปรุง พัฒนาการวิชาชีพทางการพยาบาลได้ ดังต่อไปนี้

การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล

1. เนื่องจาก ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลสูง ดังแสดงในตารางที่ 5 แต่ในการพยาบาลตามปกติพยาบาลยังมีบทบาทในการให้ข้อมูลน้อย (ตารางที่ 7) ดังนั้นจึงควรจัดให้มีการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยรังสี เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเองในการลดอาการข้างเคียงบางอย่างที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้อาจพิจารณานำการพยาบาลระบบอื่นมาใช้ร่วมด้วยเป็นครั้งคราว ตามลักษณะความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เช่น การพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังและคอ

2. เป็นแนวทางในการนำไปพัฒนาบทบาทของพยาบาลเฉพาะทางโดยการเพิ่มหลักสูตรการเรียนการสอนที่เฉพาะเจาะจงในการพยาบาลผู้ป่วยที่รับรั้งสิรักษา เพื่อให้พยาบาลมีความสามารถในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องรับการรักษาด้วยรังสี ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการพยาบาลที่มีความรู้เฉพาะเป็นที่ปรึกษา ให้ความรู้ สนับสนุน ให้กำลังใจและเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยและการรักษาที่ต้องเผชิญอยู่

การทำวิจัยต่อไป

1. ศึกษาถึงการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อทดสอบความตรงของงานวิจัยและสามารถนำอ้างอิงถึงประชากรอื่นได้ และอาจวัดผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อ ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเอง ร่วมด้วย
2. ศึกษาถึงการนำเอาการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งส่วนอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากบริเวณศีรษะและคอต่อไป
3. ศึกษาถึงการนำเอาทฤษฎีทางการพยาบาลในระบบอื่น เช่น ระบบทดแทนบางส่วนร่วมกับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มาใช้ในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีรักษา
4. ศึกษาถึงการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป



บรรณานุกรม

- กวี ทั้งสุบุตร. "การใช้ความรู้ทางชีวรังสีในการรักษามะเร็งด้วยรังสี." รังสีวิทยาสาร. 24(เมษายน 2530) : 135-144.
- _____. "การรักษามะเร็งศีรษะและคอด้วยการฉายแสง." รังสีวิทยาสาร. 24(ตุลาคม 2530) : 53-56.
- กวี ทั้งสุบุตร, นางทอง ไกรนิบูลย์และไพรัช เทพมงคล. "Radiotherapy of the Head and the Neck Cancer." ใน การประชุมใหญ่ทางวิชาการงานฉลอง 100 ปี ศิริราช 2531. หน้า 159-171. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์, 2531.
- กานดา พูลลาภทวี. สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : พิลิกส์เซ็นเตอร์การพิมพ์, 2530.
- จรัญ จันทลักขณา. สถิติวิธีวิเคราะห์และวางแผนงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2523.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ชฎาพร คงเฟื้อง. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- ชุตี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2527.
- ธีระ งามสุต. "มะเร็งกับปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย." การประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติครั้งที่ 1/7-9 ธันวาคม 2531. (พิมพ์ติด).
- บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์. การวิเคราะห์ความแปรปรวนประยุกต์เพื่อการวิจัย. ภาควิชาสังคมศึกษา. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหิดล, 2528.

- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. "จำนวนตายด้วยสาเหตุที่สำคัญกับอัตรา (ต่อประชากร 100,000 คน) พ.ศ. 2525-2529." กองสถิติสาธารณสุข. (นิมฟ์ติด).
- ไพรัช เทพมงคล. โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์, 2524.
- ไพรัช เทพมงคล. จะปฏิบัติอย่างไร? เมื่อฉายแสง. มุขนิธิต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. ม.ป.ท., 2528.
- นางทอง ไกรนิบูลย์. "การดูแลผู้ป่วยมะเร็งหู คอ จมูก หลังได้รับรังสีรักษา." Hospital Medicine. 9(กุมภาพันธ์ 2524) : 315-330.
- _____ . "รังสีรักษาในมะเร็งระบบศีรษะและคอ." ในการประชุมใหญ่ทางวิชาการงานฉลอง 100 ปีศิริราช 2531. หน้า 161-164. กรุงเทพมหานคร : ภาพนิมฟ์, 2531.
- ยุวดี ภาษาและคณะ. คู่มือวิจัยทางการแพทย์. นิมฟ์ครั้งที่ 2. กทม. : วิกตอรีเฟาเวอร์-พอยท์ จำกัด, 2531.
- รัชตะ รัชตะนาวิน. รังสีรักษาและตัวทำน. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯ จำกัด, 1984.
- ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการแพทย์. นิมฟ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ทวีกิจการนิมฟ์, 2524.
- วราณี โรจนโพธิ์. "สารก่อมะเร็งและการตรวจสอบสารก่อมะเร็ง." วารสารโรคมะเร็ง. 10(กรกฎาคม-กันยายน 2527) : 94-102.
- วาทีนิ บุญชะลิกษ์. "ความเหลื่อมล้ำในสาเหตุการตาย." ในการประชุมทางวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2530. หน้า 315-357. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. โครงการบัณฑิตศึกษา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. (นิมฟ์ติด).
- สมนึก วัฒนสุนทร. "โรคฟันกับรังสีรักษามะเร็งช่องปาก." ในการประชุมใหญ่ทางวิชาการงานฉลอง 100 ปี ศิริราช 2531. หน้า 503-504. กรุงเทพมหานคร : ภาพนิมฟ์, 2531.
- สุภัทรา แสงรุจิและคนอื่นๆ. "มะเร็งชนิดใหม่เกิดขึ้นในบริเวณที่เคยฉายรังสี." วารสารโรคมะเร็ง. 11(ตุลาคม-ธันวาคม 2528) : 134-137.
- สำเริง บุญเรืองรัตน์. ลักษณะหลากหลายวิธีหลายการประยุกต์ใช้วิเคราะห์ความเที่ยงตรงแบบทดลอง. กรุงเทพฯ : สยามศึกษาจำกัด, 2528.
- อนุรีย์ ตันสกุล. "เจตนาดีและสภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อรังสีรักษา." สารศิริราช. 31(พฤษภาคม 2522) : 703-713.

- Ahana, D.N. & Kunishi, M.M. Cancer Care Protocols and Home Care Use. 2nd.ed. New York : Springer Publishing Company, 1986.
- Ahuja, R.K., et al. "Radiation Therapy in Cancer Management : Principles and Complications." In Comprehensive Textbook of Oncology. pp.257-268. Ballimore : William & Wilkins, 1986.
- Baker, K.H. & Feldman, J.E. "Cancers of the head and neck." Cancer Nursing. 10(October 1987) : 293-299.
- Bille, D.A."Humanizing Patient Education." In The Nursing Profession: A Time to Speak. pp.479-488. New York. McGraw-Hill Book, 1983.
- Bolze, M.S., et al. "Taste Acuity, Plasma Zinc Levels and Weight Loss during Radiotherapy : A Study of Relationship." Therapeutic Radiology. 144(July 1982) : 163-169.
- Burns, N. & Grove, S.K. The Practice of Nursing Research Conduct, Critique and Utilization. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1987.
- Butler, J.H. "Nutrition and Cancer : a review of the literature." Cancer Nursing. 3(April 1980) : 131-135.
- Cawley, M.M. & Gerdtz, E.K."Establishing a cancer caregivers program." Cancer Nursing. 11(October 1988): 267-273.
- Chen, T.Y. & Webster, J.H. "Oral Monilia Study on Patients with Head and Neck Cancer During Radiotherapy." Cancer. 34(August 1974) : 246-249.
- Christman, N.J. "Uncertainty and Adjustment During Radiationtherapy." Nursing Research. 39(January/February 1990):17-20.
- Christman, N.J., et al. "Uncertainty, Coping, and Distress Following Myocardial Infarction : Transition from Hospital to Home." Research in Nursing & Health. 11(April 1988) : 71-82.
- Denning, D.C. "Head and neck cancer : Our reactions." Cancer Nursing. 5(August 1982) : 269-273.

- Dilley, J.W., et al. "Findings in psychiatric consultations with patients with acquired immune deficiency syndrome". American Journal Psychiatry. 142(January 1985) : 82-86.
- Dodd, M.J. "Assessing patient self-care for side effects of cancer chemotherapy-Part I." Cancer Nursing. 5 (December 1982) : 447-451.
- _____. "Self-Care for Side Effects in Cancer Therapy and Assessment of Nursing Interventions-Part II". Cancer Nursing. 6(February 1983) : 63-67.
- _____. "Measuring Information Intervention for Chemotherapy Knowledge and Self-Care Behavior." Research in Nursing and Health. 7(1984) : 43-50.
- _____. "Pattern of Self-Care in Cancer Patients Receiving Radiotherapy." Oncology Nursing Forum. 11(May/June 1984) : 23-27.
- Dodd, M.J. & Ahmed, N. "Preference for type of information in cancer patients receiving radiation therapy." Cancer Nursing. 10(October 1987) : 244-251.
- Dropkin, M.J. "Development of a self-care technique program for postoperative head and neck patients." Cancer Nursing. 4(April 1981) : 103-106.
- Dudjak, L.A. "Mouth care for mucositis due to radiation therapy." Cancer Nursing. 10(June 1987) : 131-140.
- Eardley, A. "Radiotherapy." Nursing Times. 83(April 1986) : 24-26.
- Freidenbergs, I., Gordon, W. & Hibbard, M.R. "Assessment and Treatment of Psychosocial Problems of the Cancer Patient." Cancer Nursing. 3(February 1980) : 111-120.

- Hassey, K.M. & Rose, C.M. "Altered Skin Integrity In Patients Receiving Radiation Therapy." Oncology Nursing Forum. 9(July/August 1982) : 44-49.
- Israel, M.J. & Mood, D.W. "Three media presentations for patients receiving radiation therapy." Cancer Nursing. 5(February 1982) : 57-63.
- Johnson, J. "The effects of a patient education course on persons with a chronic illness." Cancer Nursing. 5(April 1982) : 117-123.
- Johnson, J.E., et al. "Reducing the Negative Impact of Radiation Therapy on Function States." Cancer. 61 (January 1988) : 46-61.
- Kaplan, M. "Viewpoint : the cancer patient." Cancer Nursing. 6(April 1983):103-107.
- Kelly, P.P. & Tinsley, C. "Planning Care For The Patient Receiving External Radiation." American Journal of Nursing. 81(February 1981):338-342.
- King, K.B., et al. "Patients' Descriptions of the Experience of Receiving Radiation Therapy." Oncology Nursing Forum. 12 (July/Aug 1985) : 55-61.
- Klagsburn, S.D. "Communications in the Treatment of Cancer." American Journal of Nursing. 71(May 1971):944-948.
- Kobashi-Schoot, J.A.M., et al. "Assessment of malaise in cancer patients treated with radiotherapy." Cancer Nursing. 8 (December 1985):306-313.
- Knox, L.S. "Nutrition and Cancer." The Nursing Clinics of North America. 18(March 1983):97-109.
- Krumm, S. " Psychosocial Adaptation of the Adult with Cancer." The Nursing Clinics of North America. 17 (December 1982) : 729-737.

- Kubricht, D.W. "Therapeutic self-care demand expressed by outpatients receiving external radiation therapy." Cancer Nursing. 7(February 1984):43-52.
- Linde, B.J. & Janz, N.M. "Effect of a Teaching Program on Knowledge and Compliance of Cardiac Patient." Nursing Research. 20 (September-October 1979):282-286.
- Lum, L.Q. & Gallagher-Allred, C.R. "Nutrition and the cancer patient: A cooperative effort by nursing and dietetics to overcome problems." Cancer Nursing. 7(October 1984):469-474.
- McNuall, F.W. "The cost of cancer : a challenge to health care providers." Cancer Nursing. 4(June 1981):207-211.
- Mishel, M.H. "The Measurement of Uncertainty in Illness." Nursing Research. 30(October 1981):258-262.
- _____. "Perceived Uncertainty and Stress in Illness." Research in Nursing and Health. 7(September 1984):163-171.
- _____. "Uncertainty in Illness." IMAGE : Journal of Nursing Scholarship. 20(Winter 1988):225-232.
- Mishel, M.H. & Braden, C.J. "Uncertainty a Mediator Between Support and Adjustment." Western Journal of Nursing Research. 9(February 1987):43-57.
- _____. "Finding Meaning : Antecedents of Uncertainty in Illness." Nursing Research. 37(March/April 1988):98-103, 127.
- Mishel, M.H., et al. "Predictors of psychosocial adjustment in patients nearly diagnosed with gynecological cancer." Cancer Nursing. 7(August 1984):291-299.
- Mollenman, E., et al. "The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer." Social Science and Medicine. 18(1984):475-480.

- Morrish, R.B., et al. "Osteonecrosis in Patients Irradiated for Head and Neck Carcinoma." Cancer. 47(April 1981):1980-1983.
- National Cancer, Institute. Cancer Statistics 1987. Department of Medical Service. no place, 1987.
- Oncology Division. TMN Classification UICC 1987. Bristol-Myers, 1987.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 3rd.ed. New York : McGraw-Hill black Company, 1985.
- Overholser, C.D. "Oral Complication of Cancer and its Therapy." In Comprehensive textbook of Oncology. pp.431-441 Edited by A.R.Moossa, M.C. Robson & S.C. Schimpff. Baltimore : William & Wilkins, 1986.
- Peck, A. & Boland, J. "Emotional Reactions to Radiation Treatment." Cancer. 40(July 1977):180-184.
- Planning & Statistics, Division. Annual Report 1987. National Cancer Institute Development of Medical Service. no place, 1987.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. Nursing Research. 3rd.ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1987.
- Puangtong Kriphibul. Annual Report 1987. Ramathibodi Hospital. Mahidol University. no place, 1987.
- Rao, Y. & Levitt, S. "General Principles of Radiation Therapy for Head and Neck Malignancy." In Head and Neck Cancer : clinical decision and management principles. pp. 111-131. Chicago : Year Book Medical Publishers, 1986.
- Schnaper, N. & Kellner, T.K. "Emotional and Psychologic Aspects of Cancer Management." In Comprehensive Textbook of Oncology. pp. 425-430 Edited by A.R. moossa, M.C. Robinson & S.C. Schimpff. Baltimore : William & Wilkins, 1986.

- Seffrin, J.R. & Lamarine, R.J. "Social Value and Cancer." In Proceedings of the Fifth national Conference on Human Value and Cancer 1987. pp.19-21. A Service and Rehabilitation Education Publication San Francisco American Cancer Society : California, 1987.
- Singler, B.A. "Nursing Care for Head and Neck Tumor Patients." In Comprehensive Management of Head and Neck Tumors. pp.79-99. Vol.1 Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1987.
- Shelley, S.E. Research Methods in Nursing and Health. Boston : Little Brown and Company, 1984.
- Simonton, O.C. Matthews-Simonton, S. & Creighton, J.L. Get Well Again. Toronto :Bantam Books, 1978.
- Snyder, C.C. Oncology Nursing. Boston : Little Brown and Company, 1986.
- Somchit Hanucharurnkul. Social Support, Self-Care and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand. Doctoral Dissertation of Nursing. Wayne State University, 1988.
- Strohl, R.A. "Nursing management of the patient with cancer experiencing taste changes." Cancer Nursing. 6(October 1983) : 353-359.
- _____. "The Nursing Role in Radiation Oncology : Symptom Management of Acute and Chronic Reactions." Oncology Nursing Forum. 15(July/August 1988) : 429-434.
- _____. "Radiation Therapy for Head and Neck Cancers." Seminar in Oncology Nursing. 5(August 1989) : 166-173.
- Thomson, L. "Side Effects of Radiotherapy." Nursing Times. 76(May 1980) : 877-881.

- Torabi, M.R. & Seffrin, J.R. "Evaluation of the Effects of Cancer Education on Knowledge, Attitude, and Behavior of University Undergraduate Students." Journal Cancer Education. 4(1989) : 39-47.
- Varricchio, C.G. "The Patient on Radiation Therapy." American Journal of Nursing. 81(February 1981) : 334-337.
- Walker, V.A. "Skin care during radiotherapy." Nursing Times. 78 (December 1982) : 2068-2070.
- Winer, B.J. Statistical Principles in the Experimental Design. 2nd.ed. New York : McGraw-Hill Book Company, 1971.
- Winslow, E.H. "The Role of the Nurse in Patient Education Focus : The Cardiac Patient." The Nursing Clinics of North America. 11 (June 1976) : 213-222.
- Yasko, J.M. "Care of the Patients Receiving Radiation Therapy." The Nursing Clinics of North America. 17(December 1982):613-647.





ภาควิชาการศึกษาศาสตร์
การนิเทศศาสตร์ของฝ่ายที่เข้าร่วมงานวิจัย

การนิเทศสิทธิ์ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย

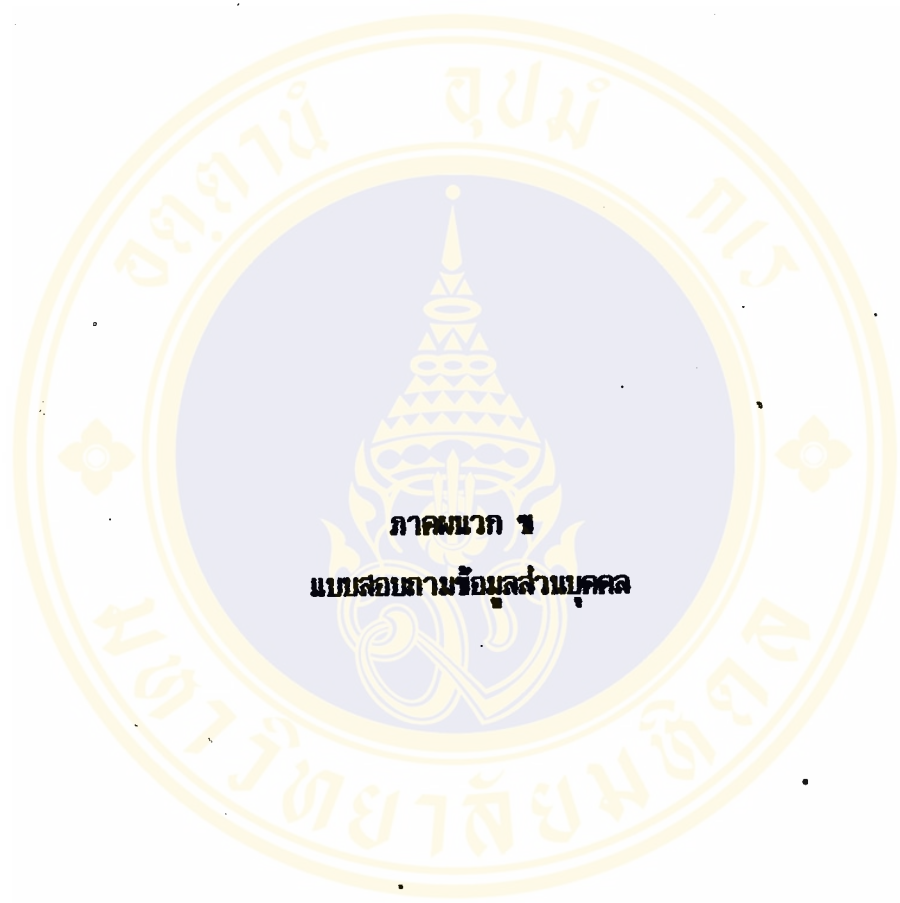
ในการนิเทศสิทธิ์ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองตลอดจน หัวข้อในการทำวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ป่วยทราบดังนี้

กลุ่มควบคุม

"สวัสดีค่ะ คิฉฉินชื่อณัฐจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ เป็นนักศึกษานพยาบาลปริญญาโท คณะแพทย- ศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิบติ สนใจทำวิจัยเรื่องการนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มาช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยที่เป็นโรคและได้รับรังสีรักษาเช่นเดียวกับคุณ เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงวิธีการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารับรังสีที่ต่อไป จึงใคร่ขอความร่วมมือจากคุณเข้าร่วมโครงการ โดยตอบแบบสอบถามเป็นระยะ ๆ ตลอดการฉายรังสีที่คุณได้รับทั้งหมด 3 ครั้ง ซึ่งข้อมูลจากแบบสอบถามนี้คิฉฉินจะเก็บไว้เป็นความลับ และคุณมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการเมื่อไรก็ได้ถ้าคุณต้องการ โดยการปฏิเสธหรือร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาของคุณทั้งสิ้น"

กลุ่มทดลอง

"สวัสดีค่ะ คิฉฉินชื่อณัฐจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ เป็นนักศึกษานพยาบาลปริญญาโท คณะแพทย- ศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิบติ สนใจทำวิจัยเรื่องการนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มาช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยที่เป็นโรคและได้รับรังสีรักษาเช่นเดียวกับคุณ เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงวิธีการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารับรังสีที่ต่อไป จึงใคร่ขอความร่วมมือจากคุณเข้าร่วมโครงการ โดยตอบแบบสอบถามเป็นระยะ ๆ ตลอดการฉายรังสีที่คุณได้รับทั้งหมด 3 ครั้ง ซึ่งข้อมูลจากแบบสอบถามนี้คิฉฉินจะเก็บไว้เป็นความลับ และคุณจะได้ชมภาพสไลด์ประกอบคำบรรยายเกี่ยวกับรังสีรักษา อาการข้างเคียงและการดูแลตนเอง 3 ครั้ง และสอบถามข้อข้องใจเกี่ยวกับรังสีรักษาจากคิฉฉินได้ โดยคิฉฉินจะมาพบคุณสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ตลอดระยะเวลาที่คุณรับรังสีอยู่นี้ และคุณมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการเมื่อไรก็ได้ถ้าคุณต้องการ โดยการปฏิเสธหรือร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาของคุณทั้งสิ้น"



แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย (วงกลม) ล้อมรอบ
หัวข้อหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

- 1) ชาย
- 2) หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพสมรส

- 1) โสด
- 2) คู่
- 3) หม้าย หย่า แยก

4. ศาสนา

- 1) พุทธ
- 2) อื่น ๆ โปรดระบุ

5. กุณิลำเนา จังหวัดที่เกิด

จังหวัดที่อยู่ประจำ

6. ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา

- 1) บ้านตนเอง
- 2) บ้านลูก
- 3) บ้านญาติ
- 4) บ้านคนรู้จักหรือเพื่อนฝูง
- 5) บ้านพักรังสี
- 6) อื่น ๆ โปรดระบุ

7. ระดับการศึกษา

- 1) ไม่ได้เรียน
- 2) ประถมศึกษา

- 3) มัธยมศึกษา
 - 4) ประกาศนียบัตร
 - 5) ปริญญาตรี
 - 6) สูงกว่าปริญญาตรี
 - 7) อื่น ๆ โปรดระบุ
8. จำนวนปีที่ศึกษา ปี
9. อาชีพ
- 1) งานวิชาชีพและวิชาการ
 - 2) งานบริหาร
 - 3) งานเสมียน
 - 4) ค้าขาย ระบุ
 - 5) เกษตรกรรม ประมง ป่าไม้ เหมืองแร่
 - 6) งานขนส่ง
 - 7) ช่างหรือผู้ปฏิบัติงานในขบวนการผลิตหรือกรรมการ
 - 8) ผู้ปฏิบัติงานบริหารการกีฬาและการเล่นต่าง ๆ
 - 9) คนงานที่มีได้จำแนกไว้ในหมวดอื่น ๆ
10. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
- 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท
 - 2) 2,001 - 4,000 บาท
 - 3) 4,001 - 6,000 บาท
 - 4) 6,001 - 8,000 บาท
 - 5) 8,001 - 10,000 บาท
 - 6) 10,001 - 12,000 บาท
 - 7) 12,001 - 14,000 บาท
 - 8) 14,001 - 16,000 บาท
 - 9) 16,001 - 18,000 บาท
 - 10) 18,001 - 20,000 บาท
 - 11) ตั้งแต่ 20,001 บาทขึ้นไป

11. วิธีการเสียดำรักษาพยาบาล

- 1) เบียดำรักษาพยาบาลได้
- 2) เสียดำรักษาเอง
- 3) ส่งคนส่งเคราะห์
- 4) อื่น ๆ โปรดระบุ

12. ความเจ็บป่วยและการรักษาบางครั้งก่อให้เกิดปัญหาเรื่องการเงินในครอบครัว ท่านมีปัญหาระหว่างการเงินมากน้อยเพียงใด

- 1) ไม่มีเลย
- 2) มีบ้างเล็กน้อย
- 3) มีปานกลาง
- 4) มีมาก

13. ท่านมีบุตร

14. ท่านมีโรคประจำตัวอย่างอื่นหรือไม่

- 1) มี โปรดระบุ
- 2) ไม่มี



แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

1. ตำแหน่งของมะเร็งศีรษะและคอ

- 1) มะเร็งของกล่องเสียง (Larynx)
- 2) มะเร็งของทางเดินอาหารระดับกล่องเสียง (Laryngopharynx)
- 3) มะเร็งของช่องปาก (Oral cavity)
- 4) มะเร็งของนาโอฟาริงส์ (Nasopharynx)
- 5) มะเร็งของโพรงอากาศในกระดูกศีรษะ (Sinuses)
- 6) มะเร็งของทางเดินอาหารระดับช่องปาก (Oropharynx)
- 7) มะเร็งของต่อมน้ำลาย (Salivary glands)
- 8) เมลาโนมาของส่วนศีรษะและคอ (Melanomas)
- 9) มะเร็งของผิวหนังส่วนศีรษะและคอรวมทั้งมะเร็งของริมฝีปาก (Skin, Lips)
- 10) ลิมโฟมา (Malignant Lymphoma) ของส่วนศีรษะและคอ
- 11) มะเร็งที่ไม่พบบ่อยนักแต่อาจพบได้ เช่น Angiofibroma, glomus jugulare, plasmacytoma, sarcoma
- 12) มะเร็งที่อวัยวะอื่นและกระจายมาที่คอ (Metastatic carcinoma)

2. ระยะของมะเร็งศีรษะและคอ

1	2	3	4
---	---	---	---

3. ชนิดของการรักษา

- 1) รังสีรักษา
- 2) รังสีรักษาก่อนผ่าตัด
- 3) รังสีรักษาพร้อมกับเคมีรักษา
- 4) รังสีรักษาภายหลังเคมีรักษา
- 5) รังสีรักษาภายหลังผ่าตัด
- 6) อื่น ๆ โปรดระบุ

4. ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการข้างเคียงหลังจากได้รับรังสีรักษาครั้งที่

5.

ชนิดของอาการ ข้างเคียงที่เกิดขึ้น	วันที่ เกิด	ความรุนแรง			การรักษา ของแพทย์		วิธีการ รักษา	การหยุด ฉายรังสี	
		เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	ต้อง	ไม่ต้อง		ต้อง	ไม่ต้อง
1) ฝ้าหนัง 2) ผมหรือขนร่วง 3) เจ็บในปาก/คอ 4) เสียงแหบ 5) เบื่ออาหาร 6) คลื่นไส้ 7) อ่อนเพลีย 8) ชีค 9) กล้ามเนื้อปากคิ๊งรีง 10) อื่น ๆ ระบุ									

6. หยุดฉายรังสีจากเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากอาการข้างเคียง

- 1) มี ครั้ง
- 2) ไม่มี

7. การรักษา

- 1) ครบ
- 2) สูญหาย ฉายรังสีครั้งสุดท้ายครั้งที่



แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเชื่อ

คำแนะนำ :

โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้แต่ละข้อ แล้วใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียง 1 ช่อง การใส่เครื่องหมายทำดังนี้

1. ถ้าท่านมีความเห็นว่าข้อความนี้เป็นจริงหรือไม่จริง ให้ใส่เครื่องหมายลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านตามความมากน้อยของความเป็นจริงหรือไม่จริง
2. หากท่านไม่แน่ใจ ให้ใส่เครื่องหมายลงในช่องไม่แน่ใจ

	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1. ฉันไม่รู้ว่าคุณป่วยเป็นอะไร					

	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
2. ฉันมีคำถามมากมายที่หาคำตอบไม่ได้					

	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
28. หมอ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ใช้คำพูดง่าย ๆ ที่ฉันเข้าใจได้					



แบบสอบถามความต้องการข้อมูล

ต่อไปนี้จะถามถึง ความต้องการข้อมูลของท่าน โดยขอให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓)
ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านจริง ๆ

	ไม่ต้องการ เลย	ต้องการ เล็กน้อย	ต้องการ ปานกลาง	ต้องการ มาก
1. ก่อนเริ่มฉายรังสีท่านต้องการความรู้ เกี่ยวกับรังสีรักษามากน้อยเพียงใด 2. เวลาแพทย์ พยาบาลตรวจหรือทำอะไร กับตัวท่าน ท่านต้องการถามมากน้อย เพียงใด				

	ไม่ต้องการ เลย	ต้องการ เล็กน้อย	ต้องการ ปานกลาง	ต้องการ มาก
10. ท่านต้องการถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียง ของรังสีรักษามากน้อยเพียงใด				



แบบสอบถามการได้รับข้อมูลจริง

ต่อไปนี้จะถามถึงการได้รับข้อมูลจริง ที่ท่านได้รับจาก แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยด้วยกัน
เอง และบุคคลอื่น ๆ โดยขอให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
จริง ๆ

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	เป็นอย่างมาก
1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา มากน้อยเพียงใด				
2. เวลาแพทย์ พยาบาลตรวจหรือทำอะไร กับตัวท่าน ท่านได้ไต่ถามมากน้อยเพียงใด				

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	เป็นอย่างมาก
10. ท่านได้ถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียง ของรังสีรักษา มากน้อยเพียงใด				

11. ท่านได้รับข้อมูลจากผู้ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) แพทย์
- 2) พยาบาล
- 3) ผู้ป่วยด้วยตนเอง
- 4) บุคคลอื่น ๆ

12. ท่านพึงพอใจในบริการของหน่วยรังสีรักษาอย่างน้อยเพียงใด หากกำหนดเป็นคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน โปรดกากบาท (X) บนเส้นตรง และเขียนตัวเลขคะแนนตรงกับความรู้สึกของท่านกำกับด้วย





แบบสอบถามความเข้าใจบทความรู้ในโลก-เทพ

บทที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา

จงทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. การฉายรังสีเป็นวิธีการรักษาเนื้องอกได้ในทุกระยะของโรค
2. ขณะกำลังฉายรังสีท่านจะนอนทำไดก็ได้ตามใจชอบ
25. ท่านสามารถมีกิจกรรมได้ตามปกติ

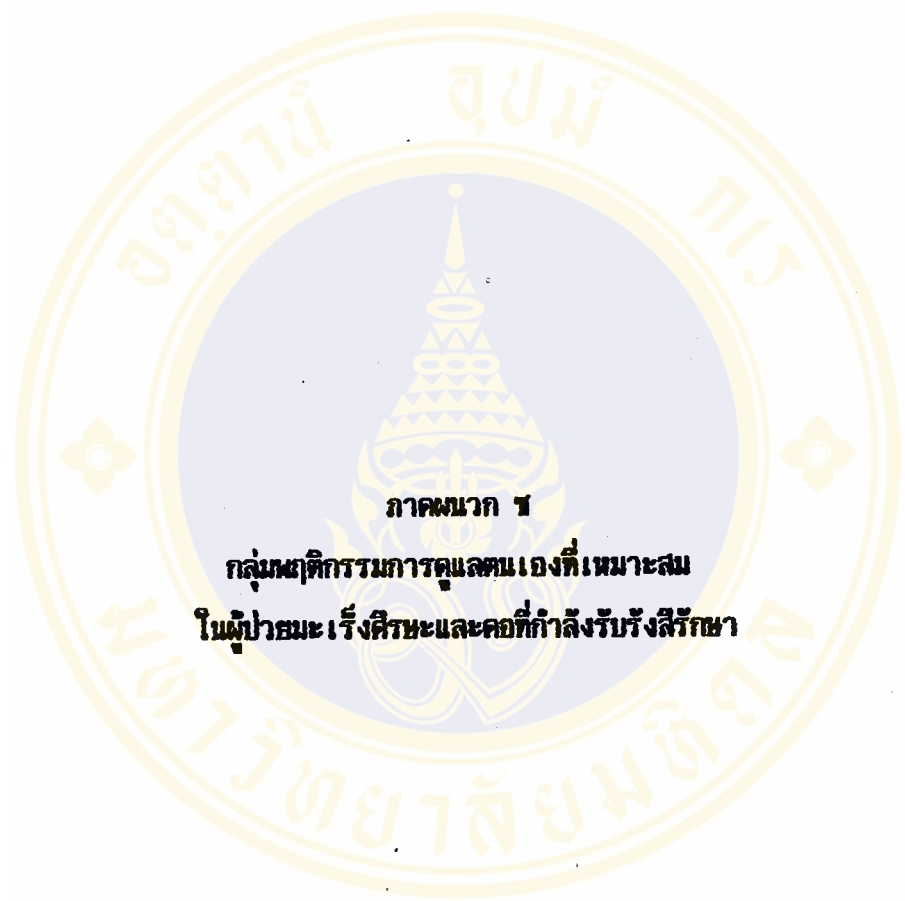
บทที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะรับรังสีรักษา

จงทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. อาการข้างเคียงเกิดจากเนื้อเยื่อปกติถูกทำลายจากรังสี
2. เนื้อเยื่อปกติที่ถูกทำลายนี้จะฟื้นหายได้
31. การจิบน้ำบ่อย ๆ จะช่วยลดอาการคอแห้งลงได้

บทที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายจากรังสีรักษา
จงทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. เมื่อหยุดฉายรังสีอาการข้างเคียงทั้งหมดจะหายไปทันที
2. เมื่อฉายรังสีครบแล้วท่านควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แม้ไม่มี อาการผิดปกติ
9. อาการที่ท่านควรพบแพทย์ทันทีก่อนวันนัดคือ มีก้อนหรือบวมบริเวณ ใดบริเวณหนึ่ง



กลุ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา

**Ideal set of self-care actions in head and neck
cancer patients receiving radiation therapy**

1. การปรับความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วๆ ไปเมื่อต้องรับรังสี
 - 1.1 รับประทานอาหารให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
 - 1.2 ดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตรต่อวัน
 - 1.3 ดงไว้ซึ่งการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
 - 1.4 ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจาก
 - 1.4.1 ขบวนการฉายรังสี
 - 1.4.2 การติดเชื้อ
2. ความต้องการการดูแลตนเองเนื่องจากความเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ
 - 2.1 แสวงหาความรู้และข้อมูลในเรื่องของ ชนิด จุดประสงค์ ขั้นตอนและอาการข้างเคียงในการฉายรังสี
 - 2.2 ป้องกันหรือลดอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีในเรื่อง
 - 2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์
 - 2.2.2 อ่อนเพลีย
 - 2.2.3 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง
 - 2.2.4 ผม่วาง
 - 2.2.5 เบื่ออาหาร
 - 2.2.6 คลื่นไส้
 - 2.2.7 การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อปากและสุขภาพช่องปาก
 - 2.2.8 ช่องปากเป็นแผล
 - 2.3 รับรู้และสนใจแสวงหาข้อมูลในการติดตามการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา
 - 2.4 การปรับอัตมโนทัศน์

ความต้องการ	พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง
<p>1. การปรับความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วๆ ไปเมื่อรับรังสี</p> <p>1.1 รับประทานอาหารให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย</p> <p>1.2 ดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตรต่อวัน</p> <p>1.3 คงไว้ซึ่งการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น</p> <p>1.4 ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจาก</p> <p>1.4.1 ขบวนการฉายรังสี</p>	<p>1. ศึกษาและแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่ควรรับประทานจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ</p> <p>2. รับประทานอาหารจำพวกโปรตีนเช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ เต้าหู้เพิ่มขึ้น</p> <p>3. รับประทานอาหารระหว่างมื้อเช่น โอวัลติน ไมโล นม</p> <p>4. ชั่งและควบคุมน้ำหนักตัวให้ลดน้อยที่สุดไม่เกิน 3 กก. ตลอดการฉายรังสี</p> <p>1. ปรับการรับประทานอาหารเวลา และดื่มน้ำอย่างเหมาะสมในแต่ละวัน</p> <p>2. จัดนำน้ำมาดื่มหรือเสาะแสวงหาแหล่งน้ำดื่ม ขณะรอรับการฉายรังสี</p> <p>3. ตรวจสอบปริมาณน้ำดื่มอย่างถูกต้องทุกวัน</p> <p>4. เพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย โดยดื่มน้ำหรือของเหลวที่มีประโยชน์เช่น นม น้ำเต้าหู้ น้ำส้มตามความเหมาะสม</p> <p>1. จัดช่วงเวลาของการอยู่คนเดียวตามความต้องการของตนเองในแต่ละวัน</p> <p>2. พูดคุยกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพตามความเหมาะสม ขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ</p> <p>1. เสาะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะอยู่ในห้องฉายรังสี</p> <p>2. นอนนิ่งๆ ในท่าที่รังสีเทคนิคกำหนดไว้ขณะฉายรังสี</p>

ความต้องการ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง
<p>1.4.2 การติดเชื้อ</p> <p>2. ความต้องการการดูแลตนเอง เนื่องจากความเป็ยงเบนทาง ด้านสุขภาพ</p> <p>2.1 แสวงหาความรู้และข้อมูล ในเรื่องของชนิด จุด- ประสงค์ ชั้นตอนและ อาการข้างเคียงจากการ ฉายรังสี</p> <p>2.2 ปรับความไม่สุขสบายหรือ</p>	<p>3. สอบถามข้อมูล เกี่ยวกับการควบคุมความปลอดภัยและ ฉายรังสีจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ</p> <p>1. หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัด หรือบริเวณที่ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก</p> <p>2. หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้ หรือสัมผัสกับผู้ป่วยโรคติดต่อ โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินหายใจ</p> <p>3. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองอยู่เสมอ และปรึกษา แพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติเช่น มีไข้ เจ็บคอ</p> <p>4. รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>5. ประเมินอาการของตนเองอย่างต่อเนื่อง ปรึกษาเจ้า หน้าที่สุขภาพเมื่ออาการไม่ดีขึ้น</p> <p>1. แสวงหาความรู้ สอบถามเจ้าหน้าที่สุขภาพเกี่ยวกับ</p> <p>1.1 ชนิดของรังสีรักษาได้แก่ การฉายรังสี การฝังแร่</p> <p>1.2 จุดประสงค์ของรังสีรักษา ได้แก่ เพื่อการรักษา</p> <p>1.3 ระยะเวลา จำนวนครั้งและปริมาณรังสีทั้งหมดที่ จะได้รับ</p> <p>1.4 อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นขณะรับรังสีรักษา</p> <p>2. มารับการฉายรังสีติดต่อกันทุกวันราชการ</p> <p>3. มารับการตรวจจากแพทย์ตามนัด และสอบถามเกี่ยวกับ วันที่แพทย์นัดตรวจ</p> <p>4. ติดต่อขอพบแพทย์ก่อนวันนัด เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น</p>

ความต้องการ	พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง
<p>อาการข้างเคียงจากการฉายรังสีในเรื่องของ</p> <p>2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์</p> <p>2.2.2 อ่อนเพลีย</p> <p>2.2.3 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสาะแสวงหาวิธีผ่อนคลายอารมณ์ โดยสนทนากับเพื่อนสนิท สมาชิกในครอบครัว พระ พยาบาล ฝึกสมาธิหรือวิธีที่เคยใช้ได้ผล 2. พูดคุยกับคนที่ไว้ใจถึงความกลัว ความวิตกกังวล หรือปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 3. บอกเล่าความรู้สึกของตนให้แพทย์ พยาบาลทราบ <ol style="list-style-type: none"> 1. ลดหรือจำกัดกิจกรรมการทำงานลง 2. ขอให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ช่วยแบ่งเบาภาระ 3. ปรับการทำงานโดยปรึกษาร่วมกับนายจ้าง 4. ใช้เวลาว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจเท่าที่จะทำได้ 5. นickerหรืองีบในเวลากลางวัน 6. นอนเต็มที่ในเวลากลางคืนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง 7. ออกกำลังเท่าที่จะทำได้ 8. ปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการเพลียมาก <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่ลบหรือเติมรอยหมักที่ผิวหนังบริเวณฉายรังสีเอง 2. ดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีโดย <ol style="list-style-type: none"> 2.1 หลีกเลี่ยงการนอนทับนานๆ 2.2 สวมเสื้อผ้าหลวมๆ ใ้เนื้อนุ่ม 2.3 หลีกเลี่ยงการเกา ถู ขยี้ 2.4 หลีกเลี่ยงการโกนหนวด หรือขน 2.5 หลีกเลี่ยงการประคบด้วยน้ำร้อน หรือน้ำแข็ง 2.6 หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ ยา โลชั่น แป้งหรือสารถิ 2.7 หลีกเลี่ยงแสงแดดจัดและความเปียกชื้น

ความต้องการ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง
	<p>2.8 ชำระร่างกายโดยเช็ดตัว หรืออาบน้ำตามปกติ เฉพาะบริเวณที่ไม่ได้ฉายรังสี</p> <p>2.9 ใช้ผ้าหรือกระดาษนุ่มๆ ที่สะอาดซับเบาๆ เมื่อเปียกชื้น</p> <p>3. ประเมินความผิดปกติบริเวณฉายรังสีทุกวัน</p> <p>4. รายงานและขอคำปรึกษาจากแพทย์ทันทีเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ผิวมีตุ่มน้ำ หรือแตก</p> <p>5. ทายาตามแผนการรักษาของแพทย์ทุกวันถ้ามี</p>
2.2.4 ผมร่วง	<p>1. จัดเตรียมผมปลอม หมวก หรือผ้าคลุมผมไว้เมื่อผมร่วงมาก</p> <p>2. หลีกเลี่ยงการสระผมหรือหวีชนิดแห้ง เท่าที่จำเป็น</p> <p>3. สอบถามเจ้าหน้าที่สุขภาพเกี่ยวกับอาการดังกล่าว</p>
2.2.5 เบื่ออาหาร	<p>1. แสวงหาวิธีเพิ่มความอยากอาหารโดย</p> <p>1.1 เดินออกกำลังก่อนเวลาอาหาร</p> <p>1.2 ปรับเปลี่ยนบรรยากาศในการรับประทานอาหาร</p> <p>1.3 ปรับเปลี่ยนชนิดและวิธีการปรุงอาหาร</p> <p>1.4 รับประทานอาหารบ่อยขึ้นและทุกครั้งที่มีรู้สึกหิว</p> <p>2. ปรึกษาแพทย์เมื่อรับประทานอาหารได้น้อยลงมากหรือน้ำหนักลดลงมาก</p>
2.2.6 คลื่นไส้	<p>1. รับประทานอาหารย่อยง่ายหรืออาหารว่าง เช่น ขนมปังกรอบ น้ำผลไม้ ก่อนเวลาฉายรังสี</p> <p>2. หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือมีกลิ่นจัด</p> <p>3. ดื่มน้ำเย็นๆ ระหว่างมื้ออาหาร</p> <p>4. จัดให้มีอาหารว่างระหว่างมื้อและก่อนนอน</p> <p>5. รับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง</p>

ความต้องการ	พฤติกรรม การดูแลตนเอง
<p>2.2.7 การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อรอบปากและสุขภาพช่องปากฟัน</p>	<p>6. หายใจเข้าออกลึกๆ เมื่อรู้สึกคลื่นไส้</p> <p>7. สังเกตอาการชาค้ำน้ำ เช่น ผิวหนังหรือริมฝีปากแห้ง</p> <p>8. ไปปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก</p> <p>9. รับประทานยาแก้ อาเจียนตามแผนการรักษาถ้ามี</p> <p>10. ประเมินอาการคลื่นไส้ทุกวัน และรายงานแพทย์เมื่ออาการไม่ทุเลา</p> <p>1. ตรวจสอบกับทันตแพทย์ก่อนฉายรังสี</p> <p>2. ทำความสะอาดฟันโดยใช้แปรงสีฟันขนอ่อน และยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ชนิดรสอ่อนหลังอาหารทุกมื้อและก่อนนอน</p> <p>3. กลั้วคอและบ้วนปากด้วยน้ำ 1 ชวดแม่โขงกลมผสมกับเกลือ 1 ช้อนชาและผงฟู 1 ช้อนโต๊ะ ทุกครั้งหลังอาหารและบ่อยๆ</p> <p>4. จิบหรือดื่มน้ำเย็น หรือเคี้ยวหมากฝรั่ง อมลูกอมเพื่อช่วยบรรเทาอาการคอแห้ง</p> <p>5. ปรับรูปแบบและชนิดของอาหารเช่น รับประทานอาหารอ่อน เลี่ยงอาหารรสจัด</p> <p>6. งดดื่มสุรา เบียร์ และงดสูบบุหรี่</p> <p>7. ขยายช่องปากด้วยจุกคอร์คครั้งละ 1-2 นาที หรืออ้าปากให้กว้างที่สุดครั้งละ 20 นาทีทุกวันๆละ 2-3 ครั้ง</p> <p>8. ประเมินอาการผิดปกติภายในช่องปากทุกวัน เช่น เจ็บคอ น้ำลายเหนียว คอแห้ง</p> <p>9. ขอพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ</p>
<p>2.2.8 ช่องปากเป็นแผล</p>	<p>1. ทำความสะอาดฟันโดยใช้แปรงสีฟันขนอ่อน และยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ชนิดรสอ่อนหลังอาหารทุกมื้อและก่อนนอน</p> <p>2. กลั้วคอและบ้วนปากด้วยน้ำ 1 ชวดแม่โขงกลม ผสมกับ</p>

ความต้องการ	พฤติกรรม การดูแลตนเอง
<p>2.3 รับรู้และสนใจแสวงหา ข้อมูลในการติดตามการ รักษาเมื่อ สิ้นสุดครั้งการรักษา</p> <p>2.4 ปรับทัศนคติ</p>	<p>เกลือ 1 ช้อนชาและผงฟู 1 ช้อนโต๊ะ ทุกครั้งหลัง อาหารและบ่อยๆ</p> <p>3. จิบหรือคั้นน้ำ เย็นบ่อยๆ</p> <p>4. งดดื่มสุรา เบียร์ และงดสูบบุหรี่</p> <p>5. หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด แห้ง ร้อนหรือเย็นจัด</p> <p>6. ปฏิบัติและทายาตามแผนการรักษาของแพทย์ถ้ามี</p> <p>1. สอบถามแพทย์เมื่อสิ้นสุดการรักษาเกี่ยวกับ</p> <p>1.1 การกลับมาตรวจตามนัด</p> <p>1.2 ความจำเป็นในการรักษาต่อเนื่อง เช่น การผ่าตัด เคมีรักษา</p> <p>1.3 การหายขาดจากโรค และโอกาสกลับเป็นซ้ำ</p> <p>1.4 การมีกิจกรรมตามปกติ เช่น การทำงาน การ ออกกำลังกาย</p> <p>1.5 สิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น การดูแลผิวหนัง การบริหารช่องปาก</p> <p>2. มารับการตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>3. ติดต่อขอพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติเหล่านี้เกิดขึ้น</p> <p>3.1 ปวดไม่ทุเลา มีก้อนหรือบวมบริเวณใดบริเวณหนึ่ง</p> <p>3.2 คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร</p> <p>3.3 น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ</p> <p>3.4 มีผื่นแดง หรือเลือดออก</p> <p>1. ยอมรับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะโรค และ การรักษา</p> <p>2. เลือกวิธีเผชิญปัญหาที่เหมาะสมในการส่งเสริมการดูแล ตนเอง</p>



ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ น.พ. ลันต์ หัตถิรัตน์, พ.บ., F.R.C.P. (C)

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

นายสมบัติ ทาปัญญา, วท.บ. (จิตวิทยา), M.S. (Special Education),
M.S. (Counselor Education)

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ทรงคุณวุฒิการประมวลข้อมูลทางคอมพิวเตอร์

อาจารย์ศักดิ์รินทร์ เทวธีระรัตน์, วท.บ. (สถิติศาสตร์) เกียรตินิยมอันดับ 2

สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยมหิดล