

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรม
ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
ที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ปริญญานิพนธ์
ของ
วาสนา เจริญรัตนโชติ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
เมษายน 2546
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรม
ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
ที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

บทคัดย่อ
ของ
วาสนา เจริญรัตนโชติ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
เมษายน 2546

๒ ๒๕๔๖

วาสนา เจริญรัตนโชติ. (2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา* ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. ปรินูญานีพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที, รองศาสตราจารย์ดรณี ชุณหะวัณ.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารับการรักษาด้วยรังสีที่หน่วยรังสีรักษา ระหว่างเดือนกันยายน 2545 - มกราคม 2546 ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 คน โดยผู้ป่วย 15 คนแรกถูกจัดอยู่ในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้ป่วยอีก 15 คนถัดมาถูกจัดอยู่ในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การเก็บรวบรวมข้อมูลกระทำภายหลังการทดลอง 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ (The State – Trait Anxiety Inventory) และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test และ The Mann Whitney U Test

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีความวิตกกังวลไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

4. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

THE EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM BY USING
SMALL GROUP DISCUSSION WITH RELATIVES PARTICIPATION
ON ANXIETY AND SELF CARE BEHAVIOR OF HEAD AND NECK CANCER
PATIENTS RECEIVING RADIOTHERAPY AT BANGKOK METROPOLITAN
ADMINISTRATION MEDICAL COLLEGE AND VAJIRA HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
WASANA CHAROENRATANACHOTE

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
April 2003

Wasana Charoenratanachote. (2003). *The effectiveness of health education program by using small group discussion with relatives participation on anxiety and self care behavior of head and neck cancer patients receiving radiotherapy at Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital*. Master thesis, M.S. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot university. Advisor Committee : Assoc. Prof. Dr. Thada Wimonwatwatee, Assoc. Prof. Darunee Junhavat.

This quasi – experimental research was designed to study the effectiveness of health education program by using small group discussion with relatives participation on anxiety and self care behavior of head and neck cancer patients receiving radiotherapy at Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital.

The samples consisted of 30 patients receiving radiotherapy during September, 2002 to January , 2003. The first 15 patients were assigned to be the control group who received the usual nursing care and the other 15 patients were served as an experimental group who received the health education program which designed by the researcher. The data was collected 1 month after the treatment by using demographic data form, the State Trait Anxiety Inventory (STAI), and self care behavior questionnaire. The data were analyzed for percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon matched pairs signed ranks test, and Mann - Whitney U test.

The results of this study were as following :

1. After received the health education program, the patients in the experimental group had statistically significant lower in anxiety than before at the level of .05

2. After received the health education program, the patients in the experimental group had statistically significant better in self care behavior than before at the level of .05

3. After received the health education program, the patients in the experimental group had no statistically significant difference in anxiety from the control group

4. After received the health education program, the patients in the experimental group had no statistically significant difference in self care behavior from the control group

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรม
ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
ที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ของ
นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร หะวานนท์)
วันที่ ๕๓ เดือน.....พ.ศ. 2546

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐ ชุณหะวัณ)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์ สุภาพร องค์กร์สุริยานนท์)

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก
ทบวงมหาวิทยาลัย

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที และรองศาสตราจารย์ดร.ณี ชูณหะวัต อาจารย์ที่ปรึกษาและควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆรวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ นายแพทย์นิติ สว่างศิลป์ แพทย์หญิงธนาทิพย์ ดันดีวัตนะ ดร.ราชันย์ บุญธิมา และอาจารย์สุภาพร องค์กร์สุริยานนท์ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์ กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติมซึ่งกรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะปริญญานิพนธ์ เพื่อให้ปริญญานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ให้ความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการจัดทำโปรแกรมสุศึกษาในโรงพยาบาล และขอขอบพระคุณหัวหน้าตึกรังสีรักษา พยาบาลและเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษาทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย ขอขอบพระคุณผู้ช่วยมะเร็งศิริระและคอ และญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณคุณอุณงค์คณา ประพันธ์ศิริ หัวหน้าตึกโสต คอ นาสิก และพี ๑ น้อง ๑ ประจำตึกโสต คอ นาสิกทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการทำงาน และให้กำลังใจเป็นอย่างดี ขอขอบคุณคุณชนิษฐา พาทัน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณอาจารย์ทรงพล ต่อณี ที่กรุณาให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณเพื่อนนิสิตร่วมรุ่นทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอตลอดมา

ขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่พิจารณาคัดเลือกผู้วิจัยให้ได้ทุนจากทบวงมหาวิทยาลัย และขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้กล่าวนามถึงในที่นี้ ซึ่งให้ความกรุณาช่วยเหลือและสนับสนุนแก่ผู้วิจัย จนกระทั่งปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ และบุคคลในครอบครัวอันเป็นที่รัก ที่ให้การส่งเสริม สนับสนุน และเป็นกำลังใจที่สำคัญจนสำเร็จการศึกษา

คุณความดีของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บุพการี ครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอน ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางต่าง ๆ รวมทั้งเป็นกำลังใจ และแรงสนับสนุนแก่ผู้วิจัยตลอดมา จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

วาสนา เจริญรัตนโชติ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	5
ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	9
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	11
มะเร็งศีรษะและคอกับการรักษาด้วยรังสีรักษา.....	11
การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion).....	19
การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา.....	27
แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	29
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	38
ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม.....	40
การดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	50
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	50
งานวิจัยในประเทศไทย.....	52
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	60
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	60

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ) ประชากร.....	60
กลุ่มตัวอย่าง.....	60
แบบแผนการศึกษาค้นคว้า.....	61
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	63
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	63
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	65
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ.....	68
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	69
การดำเนินการทดลอง.....	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	106
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	106
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	109
การอภิปรายผล.....	109
ข้อเสนอแนะ.....	120
บรรณานุกรม.....	123
ภาคผนวก.....	134
ภาคผนวก ก.....	135

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก (ต่อ)	
ภาคผนวก ข.....	145
ภาคผนวก ค.....	161
ภาคผนวก ง.....	164
ภาคผนวก จ.....	174
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	184

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา วิธีเสียค่ารักษา ปัญหาการเงิน การได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแล ตำแหน่งของโรค ระยะของโรค จำนวนปริมาณรังสีที่ได้รับ.....	83
2	จำนวน ร้อยละของอาการข้างเคียงแต่ละอย่างที่เกิดขึ้นจากการได้รับรังสีรักษา ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม... ..	92
3	ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับรังสีรักษา ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง	94
4	ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับรังสีรักษา ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง	95
5	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลแฝงก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	96
6	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	97
7	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	98
8	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญภายใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	99
9	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	100
10	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	101
11	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองภายใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	102
12	ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง แบบสอบถาม ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเอง.....	162

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2 แบบแผนการวิจัย.....	61
3 ขั้นตอนการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
4 แสดงการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	77

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

โรคมะเร็ง เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายที่อยู่ใน 10 อันดับแรก (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 241) จากสถิติของสมาคมโรคมะเร็งของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสอง และ 1 ใน 3 ของคนอเมริกันมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคมะเร็ง (จูดีพร อิงคถาวรวงศ์. 2541 : 1 ; อ้างอิงจาก Monahan, Drake & Neighbors. 1994. *Nursing care of adults*. unpagged) สำหรับประเทศไทยมะเร็งเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสามรองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ (สถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2540 : 85) และนับวันจะเป็นสาเหตุการตายที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และปริมาณมลพิษที่เพิ่มขึ้นในสิ่งแวดล้อม (ผ่องศรี ศรีมรกต. 2536 : 1) ดังสถิติอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งต่อประชากรแสนคนของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ 2535 – 2539 พบอัตราการตายของผู้ป่วยมะเร็งต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นตามลำดับในแต่ละปีดังนี้ 43.5 , 45.0 , 48.9 , 50.9 และ 50.5 มะเร็งนอกจากจะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและสูญเสียชีวิต ยังเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนาน ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและศักยภาพของชีวิต การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ถือเป็นสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจค่อนข้างสูง ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกหวาดหวั่นต่อผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากภาวะของโรคมะเร็งและการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวที่มีสาเหตุมาจากการรับรู้และความเข้าใจผิดๆ ขึ้นพื้นฐาน 4 ประการ โดยเข้าใจว่า (1) มะเร็ง หมายถึงความปวดและมักจบลงด้วยความตายภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว (2) สาเหตุของการเป็นโรคมะเร็งเป็นเรื่องลึกลับ (3) ผู้ป่วยโรคมะเร็งมักขาดความรู้ที่จะช่วยเหลือตนเอง (4) วิธีการบำบัดรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นเรื่องซับซ้อนยากลำบากและอาจไม่ได้ผล (เอียน กอร์เลอร์. 2531 : 5) ซึ่งพื้นฐานการรับรู้และความเข้าใจผิดๆ ดังกล่าวนี้อาจมีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึก ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง

สำหรับมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ เป็นมะเร็งที่พบค่อนข้างมากในประเทศไทยเป็นอันดับสามรองจากมะเร็งปอดและมะเร็งตับในผู้ป่วยมะเร็งเพศชาย และเป็นอันดับสี่รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งรังไข่ในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง (Nation Cancer Institute. 1999 : 26 - 27) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วยค่อนข้างซับซ้อนกว่าผู้ป่วยมะเร็งบริเวณอื่นๆ เพราะบริเวณศีรษะและคอนี้เปรียบเสมือนส่วนที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์ของบุคคล (พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2522 : 167-172) การรักษา มะเร็งศีรษะและคอกระทำได้หลายวิธี ได้แก่การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้เคมีบำบัด ซึ่งอาจใช้วิธีเดียวหรือ

หลายวิธีร่วมกัน การรักษาด้วยรังสีเป็นวิธีที่นิยมใช้มากวิธีหนึ่ง (ไพรัช เทพมงคล. 2524 : 47) และนับเป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งที่ได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน ถ้าโรคมะเร็งอยู่ในระยะรักษาได้หรือเป็นกับอวัยวะที่ใช้รังสีได้ (สายสงวน อุณหนันท์. 2523 : 86) ซึ่งกลุ่มมะเร็งบริเวณศีรษะและคอเป็นกลุ่มที่ไวต่อการรักษาด้วยรังสีรักษา (ไพรัช เทพมงคล. 2527 : 45) แม้รังสีจะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่อาจขัดขวางต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ในกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากการรักษาชนิดนี้ต้องใช้เวลานานประมาณ 4 – 8 สัปดาห์ และมักจะให้ผู้ป่วยรับการรักษาแบบไปกลับและไม่ได้นอนพักในโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอกจากจะต้องเผชิญกับความรุนแรงของโรคแล้ว การรักษาด้วยรังสีแม้จะมีประโยชน์ในการรักษาโรคก็ตาม แต่ผู้ป่วยมักจะได้รับความไม่สุขสบายจากอาการต่างๆทางร่างกายอันเป็นผลกระทบของรังสีรักษาอีกด้วย ได้แก่ อาการแสบคันหรือเกิดแผลบริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสี และก่อให้เกิดความเจ็บปวด อาการคอแห้ง มีแผลในปากจากการอักเสบของเยื่อในช่องปาก เจ็บปาก เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก สูญเสียความสามารถในการรับรสอาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลงหรือรับประทานอาหารไม่ได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยยังอาจได้รับความทุกข์จากผลกระทบทั่วไปของรังสีรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ซีด และเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย เป็นต้น ความรุนแรงของอาการต่างๆ เหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆตามระยะเวลาและปริมาณรังสีที่ได้รับ (กฤษฎา ดงศิริ. 2531 : 2) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองต้องรับการรักษาด้วยการฉายรังสี มักจะมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากความกลัวรังสี ผู้ป่วยบางคนมีความเชื่อว่าการรักษาด้วยรังสีรักษานอกจากจะไม่ทำให้โรคมะเร็งที่เป็นอยู่หายแล้ว ยังเป็นสาเหตุทำให้โรคมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆของร่างกายอีกด้วย (พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2522 : 169) ความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับรังสีรักษานี้เป็นผลเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลและคำเล่าลือเกี่ยวกับรังสีรักษาและผลข้างเคียงในทางลบ เช่น รังสีรักษาเป็นวิธีการรักษาซึ่งใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงใกล้ตายหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถบำบัดด้วยวิธีการผ่าตัดหรือการรักษาอย่างอื่น (สายปัญญา คงพันธ์. 2535 : 26 ; อ้างอิงจาก Walson. 1979. *Medical surgical nursing and related physiology*. p. 140) ทำให้เกิดความไม่เข้าใจ สงสัยหรือไม่แน่ใจต่อการรักษา มีความกลัวในหลายๆอย่างเกิดขึ้น เช่น กลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวว่าเหว่ กลัวความทุกข์ทรมาน กลัวช่วยตัวเองไม่ได้ กลัวต้องพึ่งพาผู้อื่น กลัวความเจ็บปวด กลัวไร้ความสามารถ กลัวเสียรูปลักษณ์ (Vicdevoe. 1981 : 37) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้มากที่สุด ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเกือบทุกราย (พวงทอง ไกรพิบูลย์. 2522 : 167 – 169) และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวลและซึมเศร้าในระดับสูง เมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ (นิตยา ดากวิริยะนันท์. 2534 : 13 – 14) ความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ลังเล ซึมเศร้า รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณ์ เนื่องจากการฉายรังสี เพื่อรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ซึ่งจะมีขั้นตอนที่ไม่เหมือนกันการรักษาโรคทั่วไป เพราะผู้ป่วยจะมีสัญลักษณ์ที่บ่งชี้ถึงสภาวะเจ็บป่วยเนื่องจากจะต้องมีการตีเส้นอย่างชัดเจนด้วยสีหรือหมึก เพื่อกำหนดขอบเขตของบริเวณการฉายรังสีไว้บนใบหน้าและคอตลอดการรักษา และผลกระทบจากการฉายรังสีคือ ผิวหนังบริเวณที่

ฉายรังสีจะดำคล้ำหรือไหม้เกรียม ทำให้สูญเสียลักษณะชวนมอง กระทบต่อภาพลักษณ์ และเป็นเครื่องหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และเมื่อรับรังสีไปแล้วเกิดอาการข้างเคียงขึ้นจากผลของรังสี ความวิตกกังวลก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยอาจตกใจกลัวคิดว่าโรคลุกลาม หรือการรักษาของแพทย์ล้มเหลว เป็นเหตุให้บางรายปฏิเสธการรักษา หรือได้รับการรักษาไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด และหนีการรักษาไปรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การรักษาแผนโบราณ ยาสมุนไพร ฯลฯ เมื่อไม่ได้ผลจึงกลับมารักษาต่อ ซึ่งมักพบว่าโรคมะเร็งลุกลามไปมากแล้ว ทำให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร

จากปัญหาดังกล่าว การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะของโรค การรักษาด้วยรังสีรักษา และการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวให้น้อยลง และจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งมักจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรค ต่อตนเอง และภาวะแวดล้อม ทำให้รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่บั่นทอนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการประกอบอาชีพการงาน ทำให้รู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่เป็นหัวหน้าครอบครัว การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและด้านจิตสังคมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องการการการประคับประคอง ต้องการกำลังใจจากบุคคลที่มีความใกล้ชิดหรือบุคคลที่ผู้ป่วยมีความเชื่อถือศรัทธา ได้แก่ ญาติสนิท เพื่อน แพทย์ พยาบาลที่ผู้ป่วยวางใจหรือพระสงฆ์ซึ่งเป็นที่เคารพนับถือของผู้ป่วย (พรรณีภา ธรรมวิรัช และประอรนุช ดุลยาร. 2531 : 233) ดังสุรีย์ จันทรโมลี ได้กล่าวว่า ญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยมีบทบาทและอิทธิพลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ญาติมีส่วนทั้งสนับสนุนและคัดค้าน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพและการรักษาของแพทย์ (สุรีย์ จันทรโมลี. 2528 : 53) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะเกิดความเจ็บป่วยเพราะบุคคลต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยซึ่งเป็นการเครียดที่รุนแรงในชีวิต (เกษร สุวิทย์ศิริ. 2536 : 4) แต่ยังคงพบว่าญาติเป็นจำนวนมากไม่สามารถให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยฝ่ายเดียว โดยญาติไม่มีส่วนร่วมและผู้ป่วยอาจจะถ่ายทอดความรู้ให้แก่ญาติไม่ถูกต้องเพราะความหลงลืมหรือไม่เข้าใจ นอกจากนี้ญาติซึ่งเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นผู้ที่รับรู้ปัญหา ความต้องการ อีกทั้งมีเวลาให้กับผู้ป่วยได้มากกว่าบุคลากรอื่นๆ ดังนั้นการให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้ากลุ่ม มีการเรียนรู้ร่วมกันโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย ซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ทำให้มีการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Marram. 1978 : 140 –142) เพื่อทำความเข้าใจกับปัญหา และกำหนดเป้าหมายของการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้สึกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็น ก็จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ นอกจากนี้ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ว่ามีผู้อื่นที่เป็นเช่นเดียวกับตน ทำให้รู้สึกไม่โดดเดี่ยว ตลอดจนการสนับสนุนจากกลุ่มจะมีส่วนช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ดูแลตนเอง การตัดสินใจด้วยการยอมรับสมัครใจจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถาวรต่อไป (สิริย์ จันทรโมลี. 2527 : 101)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้ที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้ มีพลังในการต่อสู้ต่ออุปสรรคในขณะการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยรังสีนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมใหม่คือการดูแลตนเองได้อย่างดีจนเสร็จสิ้นการรักษาและภายหลังการรักษาจนสามารถกลับไปปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทราบประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาค้นคว้าและวิจัยในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ญาติสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีคุณสมบัติดังนี้
 - 1.1 เป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
 - 1.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอและต้องรับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรก
 - 1.3 ต้องได้รับรังสีรักษาอย่างน้อย 3 สัปดาห์
 - 1.4 สามารถอ่านออก เขียนได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน หรือการมองเห็น
 - 1.5 เป็นผู้ป่วยนอก และพักอยู่ในกรุงเทพหรือปริมณฑล
 - 1.6 ยินดีเข้าร่วมในการทดลอง

2. ญาติมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 อายุ 15 ปีขึ้นไป

2.2 เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2.3 สามารถมาตามนัดและเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมผู้ป่วยได้

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 88 คน (สถิติผู้ป่วยหน่วยรังสีรักษา ปี 2543)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ หน่วยรังสีรักษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนกันยายน 2545 - มกราคม 2546 ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และมารับการรักษาตามนัดทุกรายในช่วงที่วิจัย โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษา จำนวน 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. การเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่างนั้น เมื่อเริ่มดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้ป่วยใหม่ 15 คนแรกที่มาได้รับการรักษาและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เข้าเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเสร็จสิ้น

2. แล้วจึงทำการคัดเลือกผู้ป่วยอีก 15 คนต่อมา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีญาติเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกับผู้ป่วย

3. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจะดำเนินการที่จะกลุ่ม โดยเริ่มในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการทดลอง และความรู้สึกที่ไม่ได้รับการดูแลเท่าเทียมกัน

ตัวแปรที่จะศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่โปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรม
2. ตัวแปรตาม ได้แก่
 - 2.1 ความวิตกกังวล
 - 2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ประสิทธิผล

หมายถึงผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบโดยการมีส่วนร่วมของญาติซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำให้ลดความวิตกกังวลและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

2. โปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรม

หมายถึงการจัดกิจกรรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย ที่มีผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปพร้อมญาติเข้าร่วมกลุ่มพร้อมกัน และมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่มเกี่ยวกับความวิตกกังวลและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติ เพื่อเป็นผู้ให้การกระตุ้นเตือนผู้ป่วย โดยการให้กำลังใจ สนใจเอาใจใส่ เป็นห่วงเป็นใยต่อสุขภาพ ตลอดจนให้ข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และให้การสนับสนุนตามความจำเป็นต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ได้แก่ การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป การพักผ่อน การออกกำลังกาย การช่วยเหลือในการทำงานเพื่อแบ่งเบาภาระการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี การพามาตรวจตามนัด ฯลฯ

3. ญาติ

หมายถึงสมาชิกในครอบครัวโดยใช้กลุ่มปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกลุ่มญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ได้แก่ สามี ภรรยา พ่อ แม่ พี่น้อง ลูกหรือหลานซึ่งผู้ป่วยเลือกเอง และเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาพร้อมกับผู้ป่วยทุกครั้ง

4. ความวิตกกังวล

หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ กลัว และหวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น เป็นความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวกับความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามตามแนวทางการวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์

แพทย์หญิงนิตยา คชภักดี, ดร.มาลี นิสสัยสุข และดร.สายฤดี วรกิจโกคาทร ซึ่งแบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A -Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่ และไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรงแต่จะเป็นตัวเสริม หรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น

2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A - State) เป็นลักษณะของความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ ในขณะนั้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราวเป็นความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะอย่างที่เกิดขึ้นทันทีทันใดในขณะนั้น

5. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

หมายถึงการที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองขณะรับรังสีรักษา เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการแทรกซ้อนจากรังสีรักษา ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย การดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การขับถ่าย การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดทั่วไป และการหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ หมายถึง การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษา

3. การดูแลตนเองตามภาวะเสี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ หมายถึง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากรังสีที่จะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้วได้แก่ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการอักเสบในช่องปาก การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการระคายเคืองของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการอักเสบไม่ขึ้น หรือป้องกันฟันผุ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการท้องผูก การดูแลตนเองเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย และการดูแลตนเองเมื่อมีอาการผมร่วง

6. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งบริเวณริมฝีปาก เยื่อบุกระพุ้งแก้ม ลิ้น เหงือก เพดานปาก ลิ้นไก่ ต่อมทอนซิล ต่อมน้ำลาย กล่องเสียง ต่อมไทรอยด์ มะเร็งหลังจมูก มะเร็งโพรงอากาศข้างจมูก มะเร็งของออร์ฟาริงซ์ มะเร็งของไฮโปฟาริงซ์

ที่มารับการรักษาที่แผนกรังสีวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ ในการเลือกกลุ่มกลุ่มตัวอย่าง

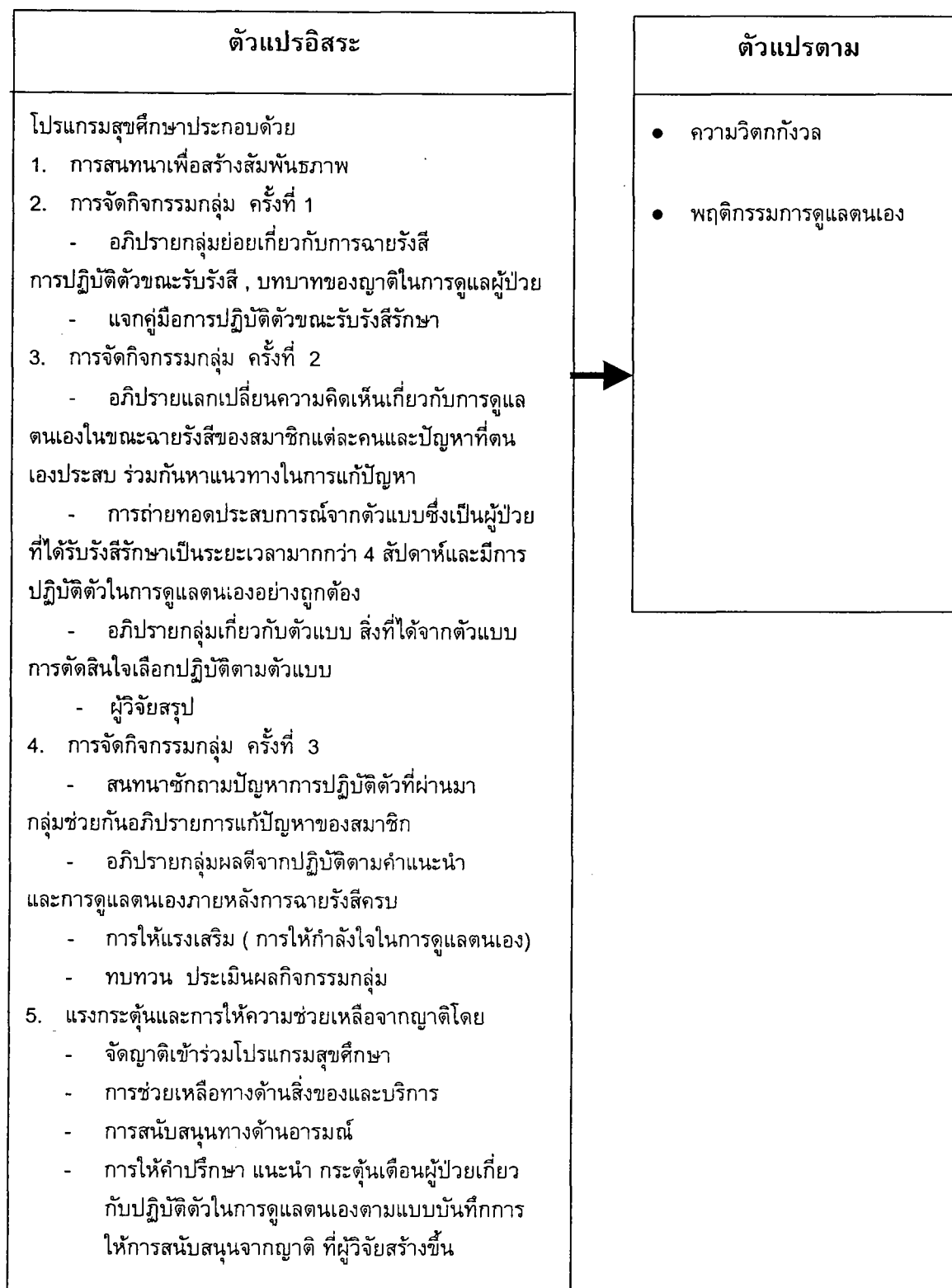
7. การให้สุขศึกษาตามปกติ

หมายถึง การให้ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษา ในการปฏิบัติตนเมื่อได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาตามปกติ วิธีการสอนผู้ป่วย อาจสอนเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มแล้วแต่โอกาส และมีการแจกเอกสารแผ่นพับประกอบ

8. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

หมายถึง สถานพยาบาลที่มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เดิมชื่อโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ปัจจุบันได้รวมกับวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครให้เป็นส่วนราชการเดียวกัน และกำหนดชื่อใหม่เป็นวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นสถานที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ประชาชนทั่วไป ตั้งอยู่ที่ 681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา
2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา
3. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในกลุ่มควบคุม
4. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในกลุ่มควบคุม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับมะเร็งศีรษะและคอกับการรักษาด้วยรังสี
2. การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion)
3. การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
4. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
5. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
6. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม
7. การดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 8.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 8.2 งานวิจัยในประเทศไทย

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับมะเร็งศีรษะและคอกับการรักษาด้วยรังสี

มะเร็งเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ คือ ความผิดปกติของรหัสทางพันธุกรรม DNA หรือยีน (Gene) ของเซลล์จากสาเหตุใดก็ตาม รหัสพันธุกรรมจะมีผลทำให้เกิดการสร้างเซลล์ที่ผิดปกติเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ มะเร็งบริเวณศีรษะและคอเป็นมะเร็งส่วนบนของระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ช่องปาก (Oral cavity) นาโซฟาริงซ์ (Nasopharynx) กล่องเสียง (Larynx) ลำคอ (Pharynx) ต่อมน้ำลาย (Salivary gland) ต่อมธัยรอยด์ (Thyroid) โพรงอากาศช่องจมูก (Paranasal sinus) กระดูกกราม และกระดูกแมกซิลาร์ (Mandible และ Maxilla) สาเหตุที่เรียกรวมกันเพราะส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 95 เป็นเยื่อบุสแควมัสเซลล์ คาร์ซิโนมา (Squamous cell carcinoma) (Otto. 1994 : 221) ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยติดอันดับหนึ่งในสิบของมะเร็งในประเทศไทยทุกปี

จากรายงานอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งศีรษะและคอในประเทศสหรัฐอเมริกา มะเร็งชนิดนี้พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 3 – 4 เท่าและพบมากในกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป (Baker and Feldman. 1987 : 294) ส่วนในประเทศไทย จากสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบมะเร็งระบบนี้ได้ร้อยละ 24.9 ของมะเร็งทั่วร่างกาย พบในเพศชายร้อยละ 18.8 และในเพศหญิง

ร้อยละ 6.1 (National Cancer Institution. 1993 : 21) พบในเพศชายต่อเพศหญิงเป็นอัตราส่วน 3 : 1 สาเหตุของมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่า การระคายเคืองน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น การระคายเคืองจากแอลกอฮอล์ บุหรี่ อาหาร การขาดการรักษาความสะอาดในช่องปาก รวมทั้งการทำงานที่ต้องใกล้ชิดกับสารเคมี เช่น แอสเบสตอล และการฉายรังสี นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พันธุกรรม ไวรัสบางชนิด เป็นต้น (วรชัย ตั้งวรพงศ์ชัย. 2532 : 5 – 8)

อาการของมะเร็ง จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของอวัยวะที่เป็นและระยะของมะเร็ง การกำหนดระยะต่าง ๆ ของโรคมะเร็งนั้น ได้มีผู้พยายามจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งออกเป็นกลุ่มย่อยๆ ตามความมากน้อยของโรคที่ตรวจพบในขณะเริ่มต้นให้การรักษา มะเร็งศีรษะและคอก็มีการแบ่งกลุ่มย่อยหลายรูปแบบ แต่ที่ใช้กันมากได้แก่ระบบทีเอ็มเอ็น (TMN = Tumor Metastasis Node System) โดย American Point Committee for Cancer Staging and Results Recording ซึ่งจะบอกระยะของมะเร็งตามความรุนแรงและการกระจายของโรค มีประโยชน์ในการจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความมากน้อยของโรคและช่วยในการวางแผนรักษา เปรียบเทียบผลการรักษา และยังช่วยบอกถึงการดำเนินของโรคที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่อไปในเวลาข้างหน้า ซึ่งในปัจจุบันการรักษา มะเร็งจะใช้ลักษณะของเนื้อเยื่อและตำแหน่งเป็นตัวการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษา (Baker and Feldman. 1987 : 297 ; Otto. 1991 : 166)

หลักการของการกำหนดระยะต่าง ๆ ของโรคมะเร็งศีรษะและคอ

T (Tumor) หมายถึง ขนาดของมะเร็งปฐมภูมิ แบ่งออกเป็น

T_1 = ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 2 ซม.

T_2 = ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2 – 4 ซม. ไม่ลุกลามไปถึงเนื้อเยื่อ

ข้างเคียง

T_3 = ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่กว่า 4 ซม. และลุกลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง

T_4 = ก้อนมะเร็งมีขนาดโตมาก หรือกินทะลุถึงกระดูก

N (Node) หมายถึง สภาพของต่อมน้ำเหลือง แบ่งออกเป็น

N_0 = คล้ำไม่พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและคอ

N_1 = คล้ำต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกันได้ แต่เคลื่อนไหวได้

N_2 = คล้ำต่อมน้ำเหลืองด้านตรงได้ หรือคล้ำได้ทั้ง 2 ข้าง แต่เคลื่อนไหวได้

N_3 = มีต่อมน้ำเหลืองยึดแน่น เคลื่อนไหวไม่ได้

M (Metastasis) หมายถึง การแพร่กระจายของโรคมะเร็ง แบ่งออกเป็น

M_0 = การตรวจทางคลินิกไม่พบการแพร่กระจาย

M_1 = ตรวจพบการแพร่กระจาย นอกเหนือไปจากการมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองทุดิภูมิภาค (Regional Lymph Nodes)

จากตัวกำหนด 3 ตัวนี้ ก็มาจัดระบบว่าเป็นระยะ คือ Stage I, II, III หรือ IV โดยกำหนดว่า

Stage I	จะประกอบด้วย	$T_1 N_0 M_0$
Stage II	อาจประกอบด้วย	$T_1 N_1 M_0$ หรือ $T_2 N_0 M_0$
Stage III	อาจประกอบด้วย	$T_1 N_2 M_0$ $T_2 N_1 M_0$ $T_3 N$ อะไรก็ได้ M_0
Stage IV	อาจประกอบด้วย	T อะไรก็ได้ $N_3 M_0$ $T_4 N$ อะไรก็ได้ M_0 T อะไรก็ได้ N อะไรก็ได้ M_1

รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ

การรักษามะเร็งศีรษะและคอก็เช่นเดียวกับการรักษามะเร็งของอวัยวะอื่นๆ คือ การผ่าตัด การใช้เคมีบำบัด และการใช้รังสีรักษา หรือร่วมกันทั้ง 3 วิธี ก็จะช่วยให้การตอบสนองต่อการรักษามีมากขึ้น และอัตราการรอดชีวิตโดยปราศจากการกลับเป็นซ้ำยืนยาวขึ้น (กวี ทั้งสุบุตร. 2530 : 53) แต่อย่างไรก็ดี รังสีรักษาเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญมาก ในการรักษามะเร็งศีรษะและคอ สามารถใช้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจนถึงระยะสุดท้ายของโรค และยังได้รับผลดีในการใช้บรรเทาอาการของโรคอีกด้วย โดยอาจใช้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่น ปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 60 – 80 มักจะต้องเข้ารับการรักษาด้วยรังสี (ไพรัช เทพมงคล. 2526 : 47 ; Otto. 1991 : 273) นับว่าเป็นวิธีการรักษามะเร็งที่นิยมใช้กันมาก โดยเฉพาะมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ เนื่องจากมะเร็งบริเวณนี้เป็นเยื่อเมือกซึ่งมีความไวต่อรังสี (Baird. 1991 : 567) สามารถรักษาให้หายขาดได้ในระยะเริ่มแรก และประคับประคองหรือบรรเทาอาการของโรคในระยะสุดท้ายที่หมดโอกาสหายขาดได้ วิธีรักษาด้วยรังสีนี้ช่วยรักษาความสวยงาม รูปร่าง และหน้าที่การทำงานของอวัยวะด้วย เพราะเป็นการทำลายเซลล์มะเร็งเฉพาะที่ให้หมดไปโดยมีผลต่อเซลล์ปกติน้อยที่สุด

จุดประสงค์ในการรักษามะเร็งศีรษะและคอ มีทั้งหมด 3 ประการ เรียงลำดับตามความสำคัญ คือ (1) รักษาเพื่อให้หายขาด เพื่อช่วยชีวิตไว้ (Save the life) (2) เพื่อรักษาหน้าที่ของอวัยวะนั้นไว้ (Retain the function) และ (3) เพื่อความสวยงาม (Cosmetic result) (กวี ทั้งสุบุตร. 2530 : 159)

วิธีการรักษาโรคมะเร็งศีรษะและคอด้วยรังสีมี 2 วิธี คือ (วรชัย ตั้งวรพงศ์ชัย. 2532 : 36 – 38)

1. การรักษาโดยการฉายรังสีจากแหล่งกำเนิดรังสีที่อยู่ห่างไกลจากตัวผู้ป่วยหรืออยู่นอกร่างกาย (Teletherapy) วิธีนี้เป็นวิธีที่สะดวก ให้การรักษาง่าย จากการที่รังสีมีพลังงานสูงสามารถทะลุผ่านส่วนต่างๆของร่างกายได้ เมื่อตรวจพบว่าเซลล์มะเร็งอยู่บริเวณใด ก็ฉายรังสีเข้าไปในบริเวณนั้น รังสีจะทะลุผ่านผิวหนังไปฆ่าเซลล์มะเร็งที่อยู่ภายใน นอกจากนี้เป็นวิธีที่สะดวกแล้ว การรักษาด้วยวิธีนี้สามารถฉายครอบคลุมได้ในบริเวณกว้าง ซึ่งจะคลุมตำแหน่งที่คาดว่าจะมะเร็งจะแทรกซึมเข้าไปถึง ระหว่างการรักษาจะให้ผู้ป่วยนอนนิ่งๆได้เครื่องฉายรังสี เพราะถ้ามีการเคลื่อนไหวรังสีจะเข้าสู่ร่างกายไม่ตรงเป้าหมาย การรักษาด้วยวิธีนี้ส่วนใหญ่จะแบ่งรังสี (Divided doses) ให้แก่ผู้ป่วยเป็นเวลาหลายสัปดาห์ โดยเฉลี่ยวันละประมาณ 200 เซนติเกรย์ (cGy) จะมีปริมาณครบเพียงพอในการรักษาประมาณ 6,000 – 7,000 เซนติเกรย์ (Baker and Feldman. 1987 : 297) ผู้ป่วยจะได้รับการฉายรังสีวันละเล็กน้อย เนื่องจาก การฉายรังสีด้วยปริมาณมากในแต่ละครั้ง จะทำให้ผู้ป่วยทนต่อการรักษาไม่ได้และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต การฉายรังสีครั้งละน้อยนี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีกว่า เครื่องที่ใช้ คือ เครื่อง Cobalt ซึ่งมี แร่ Cobalt-60 เป็นกัมมันตรังสี เครื่อง Linear accelerator เครื่อง betatron เครื่อง fast neutron เป็นต้น

2. การรักษาโดยการฉายรังสีจากแหล่งกำเนิดรังสีที่อยู่ใกล้ก้อนมะเร็งหรือฝังเข้าไปในก้อนเนื้อออก (Brachytherapy) การรักษาด้วยวิธีนี้จะต้องใช้กับโรคมะเร็งขนาดเล็ก อยู่ในชั้นตื้น (Superficial lesion) หรือบริเวณที่จัดตำแหน่งของแร่ได้ง่าย เช่น บริเวณปลายลิ้น

ผลของรังสีจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ (1) ความพร้อมในการร่วมมือ สภาพร่างกาย ภาวะโภชนาการและอายุของผู้ป่วย (2) ลักษณะของมะเร็ง เช่น ความไวต่อรังสี ลักษณะของเซลล์ ระยะของโรค ตำแหน่งที่เป็น และ (3) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ความชำนาญ ความพร้อมของเครื่องมือ (ไพรัช เทพมงคล. 2524 : 13 – 18)

แม้ว่าการรักษาด้วยรังสีจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรค หรือทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ยาวนานขึ้น แต่ผลกระทบของภาวะแทรกซ้อนก็มีมากเช่นกัน ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลา และปริมาณรังสีที่ร่างกายได้รับ โดยทั่วไปแล้วส่วนใหญ่จะเกิดภายใน 1 สัปดาห์หลังจากเริ่มรักษา และจะมีตลอดช่วงของการรักษาจนกระทั่งหลังจากรักษาครบแล้วหลายสัปดาห์ (Yasko. 1982 : 638)

อาการข้างเคียงของรังสีรักษา (Side Effect of Radiotherapy)

อาการข้างเคียงของรังสีรักษา กล่าวโดยกว้าง ๆ ได้เป็น 2 ลักษณะคือ อาการข้างเคียงต่อร่างกายทั่วไป และอาการข้างเคียงต่อร่างกายเฉพาะที่ (วิสุทธิ วุฒิพฤษ. 2521. “ภาวะแทรกซ้อนจากรังสี,” ใน รวมเรื่องการบรรยายในการอบรมการพยาบาลเพื่อผู้ป่วยมะเร็ง. 121 –129)

1. อาการข้างเคียงต่อร่างกายทั่วไป

1.1 อาการอ่อนเพลีย มักจะพบในขณะที่รับรังสี เนื่องจากเมื่ออาหารรับประทานได้น้อย ประกอบกับร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลาย และขับเซลล์ที่ตายออก ซึ่งเป็นอาการปกติเมื่อได้รับการฉายรังสี ไม่ได้เป็นอาการของโรคที่เลวลง อาการอ่อนเพลียนี้อาจเกิดจากภาวะซีดหรือเลือดจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดได้ช้ากว่าปกติจึงต้องมีการเจาะเลือดเพื่อตรวจสอบเป็นครั้งคราว

1.2 ความต้านทานโรคต่ำ เกิดจากรังสีทำให้เม็ดเลือดขาวอ่อนแอและลดจำนวนลงทำให้ติดเชื้อได้ง่ายและมีไข้ต่ำๆ ส่วนอัตราการลดลงของเม็ดเลือดขาวขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ได้รับรังสีและปริมาณรังสีที่ร่างกายได้รับ และบางรายอาจมีเลือดออกง่ายเนื่องจากเกร็ดเลือดต่ำ

2. อาการข้างเคียงต่อร่างกายเฉพาะที่

2.1 การอักเสบของผิวหนัง

แม้ว่าในปัจจุบันการรักษาด้วยรังสีจะมีวิวัฒนาการมากขึ้นจนกระทั่งสามารถลดปริมาณรังสีที่ส่งผลกระทบต่อผิวหนังให้น้อยลงได้แล้ว แต่ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีทั้งหมด ยังคงมีความไม่สบายจากการอักเสบของผิวหนัง (Walker. 1982 : 2061) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดขึ้นย่อมเป็นที่พบเห็นได้ง่าย ก่อให้เกิดความรู้สึกอับอาย และความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกว่าตนเป็นที่รังเกียจของสังคม และนำมาซึ่งความทุกข์ใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดจากการอักเสบนั้นจะมีความรุนแรงต่างกัน chez ผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับการดูแลผิวหนังเป็นสำคัญ

การอักเสบของผิวหนังที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา และภายหลังการรักษา 2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการรักษานั้น ถือว่าเป็นการอักเสบระยะเฉียบพลัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในระยะนี้ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก อาการและอาการแสดงจะปรากฏดังนี้

1. อาการผิวหนังร้อนแดง จากการขยายตัวของหลอดเลือดใต้ผิวหนัง ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารคล้ายฮิสตามีน (Histamine) ที่เกิดจากการทำลายของเยื่อเมโนลเซลล์ (Germinal cell) ขุมขน (Hair follicle) และต่อมไขมัน อาการนี้จะเกิดภายในเวลานับเป็นชั่วโมงหรือวัน ภายหลังได้รับรังสีมักจะมีอาการเป็นอยู่นาน 2 – 3 วัน

2. อาการผิวหนังแห้ง และหลุดลอกเป็นสะเก็ด (Dry desquamation) ผู้ป่วยจะรู้สึกผิวหนังแห้งกว่าปกติ คัน และมีการลอกของผิวหนัง อาการนี้เกิดเมื่อได้รับรังสีมากกว่า 3,000 เซนติเกรย์(cGy) ขึ้นไป เนื่องจากปริมาณรังสีที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะทำลายต่อมเหงื่อ และเบซัลคอลัมน์เซลล์ (Basal columnar cell) ของหนังกำพร้า ซึ่งหากผู้ป่วยแคะเกา หรือ มีการเสียดสีบริเวณผิวหนังจะทำให้เกิดแผล ทำให้มีอาการเจ็บปวดได้

3. อาการบวมแดง ปวดแสบปวดร้อนบริเวณผิวหนัง อาการนี้มักเกิดภายหลังได้รับรังสีมาแล้วประมาณ 4,000 เซนติเกรย์ (cGy) และจะหายได้ใน 2 สัปดาห์ ภายหลังที่ผิวหนังแห้งเป็นสะเก็ด อาการนี้เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดฝอย

4. อาการแตกของผิวหนัง และมีน้ำเหลืองปน มักเกิดมีตุ่มน้ำใสๆเกิดขึ้นก่อนแล้วแตกเป็นแผลมีน้ำเหลืองปน เกิดจากการที่เซลล์ของผิวหนัง และหลอดเลือดถูกทำลายมากขึ้น ซึ่งพบอาการนี้ได้บ่อย แต่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังจากการได้รับรังสีมากกว่า 4,000 เซนติเกรย์ (cGy)

5. ผิวหนังมีสีคล้ำขึ้นมากกว่าปกติ เนื่องจากมีการสร้างเมลานินมากขึ้น ภายหลังที่มีอาการแดงร้อนของผิวหนัง สีที่คล้ำนี้จะคงอยู่ตลอดการรักษา มักพบได้ภายหลังการรับรังสีแล้ว 4 สัปดาห์

สรุปได้ว่า ในระหว่างรับรังสีรักษานั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากอาการต่างๆ ซึ่งหากมีการระคายเคืองจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดบริเวณที่ฉายรังสีเพิ่มขึ้นได้

2.2 การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ และอวัยวะในช่องปาก

เป็นปัญหาสำคัญที่รบกวนความสุขสบายมากปัญหาหนึ่ง ทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การติดเชื้อ การขาดอาหาร เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากผลกระทบของรังสีได้แก่

2.2.1 เยื่อบุช่องปากอักเสบ ความรุนแรงของการอักเสบขึ้นอยู่กับขนาดของรังสีที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับรังสี และปริมาตรของเนื้อเยื่อที่ถูกรังสี (Trowbridge & Carl. 1975 : 2146) รวมทั้งลักษณะทางสรีรวิทยา และสภาพจิตใจของผู้ป่วยแต่ละราย (Dudjak. 1987 : 133) ซึ่ง พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2524 : 312 - 321) ได้แบ่งปฏิกิริยาการอักเสบนี้เป็น 3 ระยะ คือ

- Mild reaction จะพบได้ในผู้ป่วยทุกราย และมักเกิดขึ้นภายหลังได้รับรังสีประมาณ 4,000 เซนติเกรย์(cGy) ผู้ป่วยอาจจะมีอาการเจ็บคอเล็กน้อย และเยื่อบุช่องปากเปลี่ยนเป็นสีแดงอ่อนๆเท่านั้น

- Moderate reaction ระยะนี้พบว่าเยื่อบุช่องปากจะแดงจัดขึ้น ผู้ป่วยจะเจ็บคอมากขึ้น ซึ่งมักพบภายหลังได้รับรังสี 5,000 – 6,000 เซนติเกรย์(cGy)

- Severe reaction จะพบเยื่อเป็นสีแดงจัด และมีบริเวณสีขาวๆคล้ำๆ เป็นจ้ำๆ กระจายอยู่ทั่วไป โดยเฉพาะด้านข้างของลิ้น เพดานอ่อนและออโรฟาริงซ์ (Oropharynx) ผู้ป่วยจะเจ็บคอมาก ซึ่งถ้าหยุดรังสี อาการต่างๆ จะดีขึ้น

2.2.2 อาการปากแห้ง ซึ่งเกิดจากการที่ อซินาร์ เซลล์ (Acina cell) และท่อของต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลงไป ปริมาณน้ำลายจะลดลง ซึ่งไดเรเซน (Dreizen. 1977 : 86) พบว่า ปริมาณน้ำลายจะลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษาและจะลดลงเรื่อยๆจนกระทั่งถึง 36 เดือน ภายหลังการรักษา และคุณสมบัติของน้ำลายจะเปลี่ยนแปลงไป คือน้ำลายจะเหนียวขึ้น และมีฤทธิ์เป็นกรดมากขึ้น

2.2.3 อาการสูญเสียความสามารถในการรับรสชาติอาหาร มักเกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วย ได้รับรังสีไปแล้วประมาณ 1,000 เซนติเกรย์(cGy) ทั้งนี้เนื่องจากรังสีไปทำลาย ไมโครวิลไล (Microvilli) และผิวชั้นนอกของต่อมรับรส จึงทำให้ต่อมรับรสเสื่อมและฝ่อไป (Conger. 1973 : 346) ซึ่งการเสื่อมนี้จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามการเพิ่มของปริมาณรังสี โดยผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการรับรสชาติอย่างสิ้นเชิง เมื่อได้รับรังสีไปแล้วประมาณ 3,000 เซนติเกรย์(cGy) (Dudjak. 1987 : 134) แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าความสามารถในการรับรสชาติอาหารนี้จะดีขึ้นเรื่อยๆ ภายในเวลา 20 – 60 วัน หลังสิ้นสุดการรักษา และอาการจะดีขึ้นอย่างสมบูรณ์ในเวลา 120 วัน (Donaldson. 1977 : 2407)

2.2.4 อาการฟันผุจากรังสี เนื่องจากผลกระทบโดยตรงจากรังสี รวมทั้งปัจจัยร่วม ได้แก่ อาการปากแห้ง น้ำลายเป็นกรดมากขึ้น เป็นต้น

2.2.5 อาการอ้าปากได้แคบกว่าปกติ เป็นปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของรังสีต่อกล้ามเนื้อซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการทำความสะดวกช่องปาก ทำให้มีโอกาสติดเชื้อภายในช่องปาก และมีฟันผุง่ายขึ้น นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารลำบาก อาจเป็นเหตุให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพออีกด้วย มัวร์ (Moor. 1984 : 391) อธิบายถึงอิทธิพลของรังสีต่อการเปลี่ยนแปลงกล้ามเนื้อว่า รังสีขนาด 6,000 – 7,000 เซนติเกรย์(cGy) จะทำให้โอกาสของการถูกทำลายของกล้ามเนื้อบางส่วน และเกิด Fibrosis สูงขึ้น

2.2.6 อาการระคายเคืองของตาจากรังสี โดยทั่วไปแล้วในการฉายรังสีบริเวณใบหน้าจะมีการป้องกันเป็นอย่างดีเพื่อไม่ให้ตาได้รับรังสี แต่อาจมีอาการระคายเคืองเพียงเล็กน้อย เช่น อาการอักเสบ ตาแดง บวม คัน หรือ อาจปวดตา และอาจมีการอุดตันของท่อน้ำตา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรำคาญและเจ็บได้ แต่อย่างไรก็ตามหากเลนส์ได้รับรังสีในปริมาณ 750 – 1,000 เซนติเกรย์ (cGy) ก็อาจทำให้เกิดต้อกระจกได้ (Ogi. 1978 : 144)

2.2.7 อาการระคายเคืองต่อหู ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีในบริเวณหูหลายๆจะมีการบวมของแก้วหูทำให้หูอื้อมีเสียงในหู ปวดหู ถ้าเป็นนานๆ กระดูกหูถูกทำลาย ทำให้การได้ยินเสียไป และบางรายอาจมีการตีบตันของรูหูได้

ส่วนปฏิกิริยาทางด้านจิตสังคมนั้นพบว่า ผู้ป่วยอีกมากที่คิดว่ารังสีรักษาเป็นสัญลักษณ์ของการรักษาที่สิ้นหวัง ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนั้นยังส่งผลต่อสังคมรอบข้างของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียในหลายๆ ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (นฤมล ศาสตรสุข. 2540 : 15 – 16)

- ด้านตัวผู้ป่วย จะรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค กลัวเกี่ยวกับเรื่องอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น กลัวว่าจะรักษาไม่หายต้องตาย กลัวเครื่องฉายรังสี กลัวว่ารังสีจะทำให้มะเร็งกำเริบมากขึ้น กลัวการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ กลัวคนรอบข้างรังเกียจ กลัวจะถูกทอดทิ้งจากบุคคลอันเป็นที่รัก รู้สึกซึมเศร้า ขาดความมั่นใจในตัวเอง

- ด้านบทบาทหน้าที่การทำงาน และสังคม ในระหว่างรับการรักษา ผู้ป่วยที่ทำงานประจำ ต้องลางานมาฉายรังสีทุกวัน ซึ่งทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่จึงมีผลต่อโอกาสความก้าวหน้าในหน้าที่การงานลดน้อยลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว จะรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะทำหน้าที่ หรือรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเต็มที่ บางรายมีอาชีพต้องใช้แรงงานขณะฉายรังสีผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ทำงานหนักไม่ไหว อาจต้องเปลี่ยนงาน

- ด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากเครื่องฉายรังสีมีเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นของมหาวิทยาลัย ถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาในกรุงเทพฯ หรือในจังหวัดใหญ่ๆ ผู้ป่วยต้องมาพักกับญาติ ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต

- ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการรักษาต้องใช้เวลานาน และต่อเนื่องทุกวัน บางรายมีอาการแพ้รังสีมาก ทำให้ต้องหยุดงาน เป็นผลให้ขาดรายได้ หรือ ต้องเปลี่ยนงานใหม่ให้เหมาะสมกับสภาพของตน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว หรือต้องหารายได้เพียงผู้เดียวในครอบครัวจะทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างมาก

- ด้านชีวิตสมรส ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตา และได้รับการรักษาด้วยรังสี ซึ่งผลของการรักษาก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และหน้าที่ของอวัยวะในช่องปากและลำคอไม่มากนักน้อย สิ่งเหล่านี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลต่อการรักษาที่จะเกิดขึ้นกับตน นอกจากนี้ยังจะมีผลทำให้อีกฝ่ายหนึ่งเกิดความกลัวต่อบาดแผลกลัวจะได้รับอันตรายจากรังสี ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจจะก่อให้เกิดความรู้สึกด้านลบ อันเป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ ความเครียด ความรู้สึกผิด และความโกรธ เกิดขึ้นในจิตใจของทั้งสองฝ่ายโดยเฉพาะผู้ป่วยอาจจะหวั่นเกรงว่าฝ่ายตรงข้ามอาจจะละทิ้งหรือทอดทิ้งตนไป

จากปัญหาด้านจิตใจเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากใจ เกิดความตึงเครียดทั้งตัวผู้ป่วยเอง และส่งผลกระทบไปถึงครอบครัว แบบแผนการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การดูแลผู้ป่วยมะเร็งจึงจำเป็นต้องควบคู่กันทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion)

เป็นวิธีการหนึ่งในกระบวนการกลุ่มที่นำมาใช้อย่างมาก ในการให้ความร่วมมือแก่กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มแสวงหาข้อเท็จจริง แยกแยะความเข้าใจของตนเอง นอกจากนี้การประชุมกลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ใช้ความคิดพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบทุกแง่มุมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อจะได้นำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม (สุริย์ จันทรโมลี. 2527 : 100 – 101)

การอภิปรายกลุ่ม หมายถึง การประชุมพิจารณาหรืออภิปรายกันระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำกลุ่มและสมาชิกจำนวนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร่วมกันอภิปรายในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนใจหรือมีประโยชน์ร่วมกัน การอภิปรายกลุ่มถูกนำมาใช้อย่างมากในการให้สุศึกษาแก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้เข้าใจตนเอง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ สมาชิกให้ความร่วมมือในการช่วยแก้ปัญหา นอกจากนี้การอภิปรายกลุ่มยังช่วยฝึกให้ผู้เรียนสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น การเข้ากับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ฝึกฝนการสะท้อนความคิดในการแก้ปัญหาร่วมกัน การทำกิจกรรมร่วมกัน อิทธิพลของกลุ่มจะมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ตัดสินใจด้วยความสมัครใจและเกิดการยอมรับ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ถาวรต่อไป (ปาริชาติ ฉายสีศิริ. 2534 : 25)

การอภิปรายกลุ่มมีวัตถุประสงค์ คือ

1. ให้สมาชิกในกลุ่มทราบเรื่องราวและสนใจต่อปัญหาของกลุ่ม
2. ให้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นของตนเองโดยเสรี
3. พิจารณาเรื่องที่เป็นประโยชน์ร่วมกันของสมาชิกและให้ความช่วยเหลือกัน
4. พัฒนาสมาชิกให้มีลักษณะการเป็นผู้นำในด้านการอภิปราย
5. เสริมสร้างระบบการประชุมกลุ่มในหมู่คณะหรือองค์กร และส่งเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างสมาชิก
6. รวบรวมความคิดของบุคคลในฐานะที่เป็นสมาชิกกลุ่ม
7. เป็นการสำรวจปัญหา
8. เป็นการใช้ความคิดจากกลุ่มแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง
9. เป็นการตกลงกันในกลุ่มสมาชิกเพื่อการวางแผนดำเนินงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

ข้อดีและข้อจำกัดของการอภิปรายกลุ่ม

ข้อดีของการอภิปรายกลุ่มมีดังนี้ คือ (จินตนา ยูนิพันธุ์. 2532 : 397 - 398 ;

Harnack, et al. 1977 : 12 - 19)

1. ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม ซึ่งจะพัฒนาผู้เรียนได้ดีกว่าการเรียนรู้จากการฟังหรืออ่าน
2. การที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือแสดงความคิดเห็น จะทำให้เขาเต็มใจที่จะปฏิบัติตามในสิ่งที่ได้มีส่วนร่วมตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็น
3. การอภิปรายกลุ่มสามารถเปลี่ยน ความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมของบุคคลได้มาก ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม
4. ช่วยให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ เกิดความรู้สึกรอบอุ้มใจที่พบว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหานั้นๆ แต่ผู้เดียว ทำให้เกิดกำลังใจในการเรียนรู้

นอกจากนี้ ไคลน์ (Klein. 1972 : 124) กล่าวว่า การอภิปรายกลุ่มเป็นการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถเปลี่ยนวิธีการดำรงชีวิต ความเชื่อ เจตคติ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม และการที่ผู้เรียนได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นที่ได้มีประสบการณ์มาก่อน อย่างไรก็ตามการอภิปรายกลุ่มยังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง ดังนี้คือ (Hamack, et al. 1977 : 19 - 22)

1. การอภิปรายกลุ่มต้องใช้เวลามาก ยิ่งถ้ามีจำนวนสมาชิกในกลุ่มมากเท่าไรก็ยิ่งใช้เวลามากขึ้นเท่านั้น
2. การอภิปรายกลุ่มต้องอาศัยทักษะ เพราะการอภิปรายกลุ่มไม่ได้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ผู้เข้าร่วมกลุ่มจะต้องมีทักษะ มิฉะนั้นการอภิปรายจะไม่ตรงตามเป้าหมายที่ต้องการทำให้เสียเวลามาก
3. การอภิปรายกลุ่มไม่สามารถจัดขึ้นในทันทีทันใดต้องใช้เวลาในการเตรียมตัว
4. ข้อจำกัดอื่นๆ เช่น สถานภาพ อายุ ค่านิยม และบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน อาจทำให้เกิดปัญหาในการอภิปรายกลุ่มได้

ถึงแม้ว่าการให้ความรู้ด้วยวิธีการอภิปรายกลุ่มจะมีข้อดงดังกล่าว แต่จุดเน้นของวิธีการนี้เป็นการให้ความรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรง ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น จึงสามารถเปลี่ยนความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมของบุคคลได้มาก เหมาะที่จะนำมาใช้ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ แต่การที่จะดำเนินการอภิปรายกลุ่มให้บรรลุจุดมุ่งหมายได้นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างได้แก่การจัดตั้งกลุ่ม ผู้นำกลุ่มหรือผู้ดำเนินการอภิปราย และการจัดประสบการณ์เรียนรู้ภายในกลุ่ม

การจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation)

มาแรม (Marram. 1978 : 141 - 143) กล่าวว่าสิ่งสำคัญที่ผู้นำกลุ่มจะต้องนึกถึงในการจัดตั้งกลุ่มคือ

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่ม วัตถุประสงค์ของกลุ่มเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับแรก การกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่มแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ วัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เฉพาะรายบุคคล

วัตถุประสงค์ทั่วไป กำหนดขึ้นเพื่อ

- 1.1. ช่วยให้สมาชิกมีการรับรู้ในพฤติกรรมของตน และสัมพันธ์ภาพระหว่างตนกับสมาชิกด้วยกัน จากข้อมูลย้อนกลับที่ได้จากสมาชิก
- 1.2. ช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน และทำให้สมาชิกมีความมั่นใจยิ่งขึ้น
- 1.3. ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ หดหู่ จากการศึกษาที่รู้สึกว่าตนประสบปัญหานั้นๆแต่ลำพังผู้เดียว
- 1.4. ให้โอกาสแก่สมาชิกในการปฏิบัติตน เพื่อให้ประสบผลสำเร็จในรูปแบบการสื่อสารกับผู้อื่นมากขึ้น
- 1.5. ช่วยให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยว่ากลุ่มเป็นที่ที่สามารถเปิดเผยปัญหาให้สมาชิกอื่นได้รับรู้ได้ และจะได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกอื่นๆ

วัตถุประสงค์เฉพาะรายบุคคล เป็นการกำหนดให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่ม เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั่วไปของการทำกลุ่มดังนี้

- 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่มยอมรับฟังความคิดเห็นปัญหาของผู้อื่น
- 1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่มมีการซักถามพูดคุยกันเพื่อความกระจ่างและความเข้าใจตรงกัน
- 1.3 เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนในกลุ่มสามารถอธิบายความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมของตน และสามารถอธิบาย หรือให้ข้อมูลป้อนกลับในปัญหา ความรู้สึกนึกคิด หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยอื่นได้

2. การคัดเลือกสมาชิกที่จะนำมาเข้ากลุ่ม

การคัดเลือกสมาชิกที่จะนำมาเข้ากลุ่ม ควรพิจารณาถึงคุณลักษณะความพร้อมที่จะเข้ากลุ่ม ซึ่งทำได้โดยเก็บข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และศึกษาจากบันทึกประวัติของสมาชิก เช่น สามารถที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง และยอมรับข้อมูลย้อนกลับของสมาชิกอื่นๆได้ เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหารุนแรงอาจไม่เหมาะกับการเข้ากลุ่ม สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือผู้นำกลุ่มต้องแจ้งวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มให้ทราบก่อน แล้วสอบถามความต้องการเป็นสมาชิกกลุ่มของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความเต็มใจในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม (นุชจริย รัตนประภาศิริ. 2540 : 22)

3. โครงสร้างของกลุ่ม การจัดโครงสร้างเพื่อให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายได้โดยง่าย จะต้องคำนึงถึง

- 3.1 บรรยากาศ บรรยากาศจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นต่างๆ ออกมา โดยไม่มีอะไรขัดขวางความรู้สึกนึกคิด สมาชิกทุกคนควรจะมี ความทัดเทียมกันทั้งในฐานะและหน้าที่ ควรพยายามจัดให้มีบรรยากาศแบบเป็นกันเอง (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร นิตยสารสุขภาพ. 2522 : 139)

3.2 ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อกลุ่ม (Harnack, et al. 1977 : 65) กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน (Taylor. 1982 : 183) บอร์แมน (Bormann. 1975 : 3 - 4) กล่าวว่ากลุ่มที่มีสมาชิก 5 คน หรือน้อยกว่า สมาชิกแต่ละคนจะได้พูดกันอย่างทั่วถึง ในกลุ่มที่มีตั้งแต่ 7 คน ขึ้นไป สมาชิกคนที่พูดน้อยมักจะหยุดหรือเลิกพูดไป จะมีแต่คนที่พูดเก่งเท่านั้นที่พูด ยิ่งกลุ่มใหญ่มากขึ้น ศูนย์กลางของการพูดจะยังอยู่ในกลุ่มคนน้อยลง และปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มจะล้นเหลือ ในกลุ่มที่มีตั้งแต่ 13 คนขึ้นไป จะมีเพียง 3 - 7 คนเท่านั้นที่จะพูด ส่วนที่เหลือจะกลายเป็นผู้ดูและผู้ฟัง ในกลุ่มที่มีสมาชิกน้อยกว่า 5 คน การมองปัญหาจะแคบ จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมที่สุดที่ทำให้กลุ่มมีประสิทธิภาพมาก (Excellent number) ในการอภิปรายกลุ่มคือ 5 คน

3.3 สถานที่ สถานที่ที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกมากขึ้น ดังนั้นสถานที่ที่ใช้ในการทำกลุ่ม จึงควรเป็นสัดส่วนเฉพาะ (Privacy) เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ (Marram. 1978 : 151) การจัดให้สมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน (Face to face group) จะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างคล่องตัวทั่วถึง และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

3.4 ระยะเวลา เวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มควรเป็นเวลาทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่มว่าง ไม่มีกิจกรรมอื่นๆ ควรกำหนดวัน เวลา และจำนวนครั้งที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม (Marram. 1978 : 152)

ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม ควรทำครั้งละประมาณ 1-1½ ชั่วโมง ส่วนในกลุ่มเล็กๆที่มีปัญหาเพียงเรื่องเดียวไม่ควรใช้เวลาเกินชั่วโมง (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร จิตรสุภกุล. 2522 : 141)

ความถี่ของการเข้ากลุ่ม อาจจะเป็นสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ส่วนจำนวนครั้งที่ใช้ในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับระดับประสบการณ์ที่ต้องการ เป้าหมายของกลุ่ม ทักษะของผู้นำกลุ่ม และข้อจำกัดของสมาชิกแต่ละคน (Marram. 1978 : 152 -153)

ผู้นำกลุ่ม หรือผู้ดำเนินการกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม เพราะการทำกลุ่มให้ได้ผลดีจะต้องช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ และทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ผู้นำกลุ่มจะต้องเข้าใจในหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดี

วินิจ เกตุขำ และคมเพชร จิตรสุภกุล (2522 : 142 - 144) กล่าวว่า ผู้นำกลุ่มที่จะนำกลุ่มไปสู่เป้าหมาย มีหน้าที่ดังนี้ คือ

1. อธิบายปัญหาหรือจุดประสงค์ของการอภิปรายกลุ่มให้สมาชิกทราบ

2. ช่วยแนะแนวทางให้สมาชิกในกลุ่มได้บรรลุถึงจุดหมายของกลุ่มที่กำหนดไว้
3. ช่วยให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้ตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการเข้ากลุ่ม
4. ดูแลปฏิภิกิริยาในกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง โดยไม่

เกิดความรู้สึกขัดแย้ง

5. ช่วยให้สมาชิกตระหนักถึงความสามารถของตนในการแสดงความคิดเห็น และ
แก้ไขปัญหาดังกล่าว

6. รับฟังความคิดเห็นของสมาชิกทุกคน
7. สร้างเข้าใจให้สมาชิกในกลุ่ม ด้วยการย้ำ พูดซ้ำ หรือให้ความกระจ่างเพิ่มเติม
8. เตรียมหลักฐาน ข้อมูล เอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไว้ให้พร้อมที่จะหยิบออกมาใช้

ได้ตลอดเวลา

9. ช่วยให้กลุ่มเห็นความแตกต่างหลายแง่มุมของปัญหาที่อภิปราย
10. สร้างบรรยากาศแบบเป็นกันเอง พยายามลดความตึงเครียดในกลุ่ม
11. ประเมินความก้าวหน้าของกลุ่ม

ในการจัดทำกลุ่มนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องมีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างเหมาะสม เพื่อทำหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้การทำกลุ่มประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี มาแรม (Marram. 1978 : 127 - 139) ได้แนะนำการดำเนินการปฏิบัติของผู้นำกลุ่มไว้ดังนี้

1. กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจถึงจุดมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการของกลุ่ม
2. สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพ ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีความกระตือรือร้น และสมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ จะต้องมีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้าง และองค์ประกอบภายนอกโดยทั่วไปที่จะมีอิทธิพลต่อกระบวนการกลุ่ม เช่น จำนวนสมาชิกในกลุ่ม การกำหนดเวลา ระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง และลักษณะของสมาชิก เป็นต้น

3. กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพูดแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้สมาชิกได้รับทราบปัญหาของผู้อื่นว่า ผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกับตน และมีความเข้าใจในปัญหาของกันและกัน หากทางช่วยเหลือกัน ปฏิสัมพันธ์นั้นอาจอยู่ในรูปของการพูดหรือความเข้าใจร่วมกัน (Mutual understanding) สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging) มีความเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship) และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security) นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มอาจกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มให้เพิ่มมากขึ้น โดยการใช้ โสตทัศนูปกรณ์ การเล่นเกมส์ หรืออื่นๆ

4. กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดได้แสดงออก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปัญหา ซึ่งพบได้ร่วมกัน ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน หรือสมาชิกส่วนมากในกลุ่ม

5. วางแผนการทำกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุถึงจุดหมายของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องสามารถหาวิธีแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม สามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่องกัน หรือทำให้การอภิปรายกลุ่มไม่เป็นไปตามรูปแบบที่กำหนดไว้

6. ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ผู้นำกลุ่มควรช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่ม และวิธีที่สมาชิกในกลุ่มจะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้นำกลุ่มจะต้องมีท่าทีแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก

7. การสรุปความก้าวหน้าของการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมดูแลความก้าวหน้าในการดำเนินการของการทำกลุ่มทุกระยะ จนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุจุดหมายที่กำหนดไว้

บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

การอภิปรายกลุ่มจะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด นอกจากจะขึ้นกับการดำเนินการของผู้นำกลุ่มแล้ว บทบาทของสมาชิกในกลุ่มเองก็มีความสำคัญมาก สมาชิกจะต้องมีลักษณะ “ ร่วมเป็นผู้นำ ” คือสามารถดำเนินการวางแผน ควบคุมแนวทางปลุกใจสมาชิกในกลุ่มอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อสร้างพลังในกลุ่มให้เกิดขึ้น ดังนั้นสมาชิกในกลุ่มจะต้องมีหน้าที่ดังนี้คือ (วัชร ฐะคำ. 2524 : 16 ; วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุกกุล. 2522 : 144 - 145)

1. ช่วยนำกลุ่มโดยให้ข้อคิดเห็นใหม่ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะการแก้ปัญหาและแนะวิธีขจัดปัญหาของกลุ่ม
2. คอยกระตุ้น สนับสนุนให้กำลังใจและรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก
3. ช่วยสร้างบรรยากาศของกลุ่มให้อยู่ในสภาพที่พอเหมาะไม่เข้มงวดหรือเครียดมากเกินไป แก้อึดอัดแย้งภายในกลุ่ม ลดความตึงเครียดและการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม
4. ตรวจสอบความคิดเห็นต่างๆ ของเพื่อนในกลุ่ม
5. ประสานความคิดเห็นต่างๆ เข้าด้วยกัน หาทางทำให้เกิดการสร้างเสริมมโนภาพทางความคิดเห็นเพิ่มขึ้น
6. ปลุกพลังกลุ่มโดยการเสนอแนะความคิด และวิธีการใหม่ เพื่อผลักดันให้กลุ่มได้ก้าวหน้าต่อไป

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม

มาแรม (Marram. 1978 : 154 – 161) กล่าวถึง การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย(The Introductory Phase or Initiating Phase)

เป็นระยะที่เริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม ในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรกล่าวคำให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎและแนวทางในการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่มเพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ได้แสดงความคิดเห็นของตนออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆในกลุ่มว่า สมาชิกทุกคนจะต้องต่อสู้ปัญหา หรืออุปสรรคเหมือนกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกันให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เมื่อมีความไว้วางใจเกิดขึ้น สมาชิกกลุ่มจะเต็มใจที่จะเปิดเผย ระบายความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตน จะมีความมั่นใจในการให้และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกผู้อื่น โดยจะมีการเปิดเผยตนเอง มีการเล่าปัญหาส่วนตัว ปัญหาที่รบกวนจิตใจให้สมาชิกอื่นในกลุ่มฟัง โดยไม่มีการซักถาม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นในกลุ่มกล้าที่จะเปิดเผยตนเองด้วย มีผลให้สมาชิกลดความวิตกกังวลลง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase)

ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่มมีความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม ทำให้สมาชิกมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ปัญหาและเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดความคิดใหม่ที่จะนำมาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าคุณค่าและศักดิ์ศรีมากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไขปัญหา ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจ และแก้ไขปัญหาบางอย่าง ระยะนี้จึงเป็นระยะที่ระดมเอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ไขปัญหา ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการให้กลุ่มได้บรรลุจุดมุ่งหมาย เสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหา และหาทางแก้ไขช่วยเหลือในการทดสอบความถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการนำวิธีไปใช้ในการแก้ปัญหาคต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Final Phase)

ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางองงามของตนเอง และความสำเร็จของกลุ่ม ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรแจ้งให้สมาชิกทราบล่วงหน้า และในกรณีสมาชิกกลุ่มบางรายอาจเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้สมาชิกกลุ่มเห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา มักจะมีความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น รวมทั้งเกิดความท้อแท้ ลังเล ไม่แน่ใจในวิธีการรักษาและการใส่ใจในดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นการจัดให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันโดยการเข้าร่วมกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น ระหว่างสมาชิกด้วยกันเองจะมีอิทธิพลต่อความคิด การตัดสินใจ และการปฏิบัติ ซึ่งจะทำให้ต่างฝ่ายต่างเป็นแรงจูงใจซึ่งกันและกันในการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในสิ่งต่างๆด้วยตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 113) กล่าวว่า การให้ความรู้ด้วยวิธีต่างๆ พบว่าการให้ความรู้ด้วยวิธีการอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนได้ทั้งด้านพุทธานุสสัย เจตธานุสสัย และทักษะพิสัย เนื่องจากผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของกมลรัตน์ ตักดีสมบูรณ์ (2534 : ข) พบว่าการอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสม ในการที่จะทำให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้ และพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ และ นุชจริย รัตนประภาศิริ (2540 : ก) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรที่ได้รับการสอนแบบอภิปรายกลุ่ม มีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ นอกจากนี้ การศึกษาเปรียบเทียบผลการสอนแบบบรรยายและการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงอาชีพบริการทางเพศ ของ ดวงแข อมราพิทักษ์ (2537 : ก - ข) ยังพบว่าการสอนแบบอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีการสอนที่ดีกว่าการสอนแบบบรรยาย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าการอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีที่เหมาะสมที่น่าจะนำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ มีความเข้าใจตนเอง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น แก้ไขปัญหาาร่วมกัน ตลอดจนทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ความคิดเห็นของตนเอง และนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการยอมรับและสมัครใจ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวรต่อไป

การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

การดำรงชีวิตในสังคมของมนุษย์จำเป็นที่จะต้องพึ่งพาอาศัยกัน มีการช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้สึกต่างๆ ซึ่งกันและกัน เป็นการกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลมี พฤติกรรมการดูแลตนเอง มนุษย์จะมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมอยู่เสมอและจะ ต้องการเพิ่มมากขึ้นในภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต บุคคลจะมีพฤติกรรม แสดงออกมานั้นมีสาเหตุหลายอย่าง เช่น มีสิ่งเร้า มีแรงผลักดัน มีแรงสนับสนุน และกลุ่มบุคคล ในสังคมที่จะมีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมได้มาก อิทธิพลของกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรม นั้นจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพ การยึดกันของกลุ่ม ถ้ามีการยึดกันมากระหว่าง สมาชิกในกลุ่ม จะยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งในด้านความรู้ ทักษะคิด และการ ปฏิบัติ (ประทีน อัมสุขศรี. 2542 : 45) ครอบครัวเป็นระบบสังคมย่อยอันหนึ่ง ที่มีศักยภาพสูง ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วย ครอบครัวถือว่าเป็นระบบที่มี ความสมบูรณ์ในตนเอง มีความเป็นอิสระในกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการแสดงออก ทางวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง เมื่อบุคคลในครอบครัวมีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นหน้าที่ของ สมาชิกในครอบครัวที่จะหาทางช่วยให้หายจากการเจ็บป่วย ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ซึ่งจะ แตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัว การสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลในครอบครัวเครือข่าย ซึ่งถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ (Pollock. 1989 : 54) ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญ ต่อปัญหาต่างๆที่มากกระทบได้และมีสุขภาพดี แต่ผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมอาจไม่สามารถ เผชิญต่อปัญหาได้ และได้รับผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กล่าวคืออาจเกิด การเจ็บป่วยได้ และจากคำกล่าวของ เลวิน (Levin. 1981 : 177) ที่ว่าขอบเขตของการดูแล สุขภาพตนเองผู้ป่วยนั้นมีได้จำกัดอยู่เฉพาะการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่ครอบคลุม ไปถึงบริการหรือกิจกรรมที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร กลุ่มต่างๆในชุมชน กล่าวง่าย ๆ ก็คือผู้ที่จะเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ไม่ใช่มาจากบุคคลที่มี วิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคมที่ เหมาะสมและสำคัญที่สุด คือการสนับสนุนจากครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นระบบหนึ่งที่มี ความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (อุไร ชลฺยนาถ. 2540 : 4 ; อ้างอิงจาก Iveson – Iveson. 1983. *Nursing Mirror*. p. 51) บุคคลในครอบครัวจะเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการให้กำลังใจและ ดูแลช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้ป่วยยอมรับใน รูปลักษณะของตนเอง รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและมีความหวัง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถดำรงชีวิตได้ตามสภาพ และช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยในเรื่องสุขภาพ

โคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills. 1985 : 310 – 357) ได้อธิบายกลไก ระหว่างแรง สนับสนุนทางสังคม และผลทางสุขภาพของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สรุปไว้ 2 ประการ คือ (1) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง ซึ่งจะ

ส่งเสริมเป็นผลดีต่อระบบต่อมไร้ท่อ และระบบประสาท รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันโรคให้ทำงานดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง (2) แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะวิกฤต เป็นตัวช่วยลดความเครียด ซึ่งความเครียดนี้เองที่เป็นตัวนำไปสู่ภาวะวิกฤต

ดังนั้น การที่จะให้บริการรักษาโรค และการควบคุมโรคทางคลินิกได้ดีเพียงใด แต่ถ้าขาดการรวมเอาครอบครัวของผู้ป่วย เข้าไปอยู่ในแผนการรักษา เป้าหมายการดูแลสุขภาพ อาจไม่ได้ผลดี สุรีย จันทรโมลี (2528 : 53) กล่าวว่า ครอบครัวของผู้ป่วยมีบทบาทและมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ญาติมีส่วนทั้งสนับสนุนและคัดค้าน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพ และการรักษาโรค นอกจากนั้นยังพบว่า ญาติจำนวนมากยังไม่สามารถให้ความช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากญาติขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดแนวคิดในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย และยังพบว่าญาติส่วนใหญ่มีความเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่ไม่ได้รับการสนับสนุน และให้ความสำคัญจากเจ้าหน้าที่เท่าที่ควร โรงพยาบาลส่วนใหญ่จำกัดเวลาเยี่ยม และขาดความยืดหยุ่น ถึงแม้ญาติบางส่วนเกิดความกังวลใจต่อการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ก็ตาม ญาติจะไม่กล้าเข้าไปถามหรือมีส่วนร่วม เนื่องจากเกรงว่าจะรบกวนการทำงาน และเจ้าหน้าที่เกิดขุ่นเคือง และมีผลกระทบต่อผู้ป่วย (Laitinen. 1992 : 1233 – 1234 ; Sharp. 1990 : 69 – 70) ด้วยเหตุนี้ญาติจึงไม่มีโอกาสได้พัฒนาความสามารถในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งไลทินิกเนน (Laitinen. 1992 : 1237) ได้เสนอแนะว่า ควรมีการร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพให้มากขึ้น เพิ่มการติดต่อสื่อสาร การเจรจาต่อรอง เพื่อให้เกิดเป้าหมายในการดูแลที่ชัดเจนร่วมกัน ทำให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งต้องเผชิญกับความเครียดจากความเจ็บป่วย รวมทั้งผลข้างเคียงจากรังสีรักษาที่ก่อให้เกิดอาการไม่สบายต่างๆ ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากที่เคยเป็นอยู่ ได้แก่ การประกอบกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การประกอบอาชีพการงาน ซึ่งสุขภาพที่ทรุดโทรมนี้ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียบทบาทของตนเอง บางรายอาจเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกตนเองไร้ค่า สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งเร้าและเกิดปัญหาการปรับตัว ซึ่งความสามารถในการปรับตัวขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ เหตุการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าซึ่งมากระทบกลไกการปรับตัว และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (White, Richter & Fry. 1992 : 212) และที่สำคัญคือ การสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลในครอบครัว เครือญาติ ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ (Pollock. 1989 : 54) และเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนได้รับความรัก การดูแลและเอาใจใส่ มีคนยกย่อง และเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อความเครียดต่างๆ และ

มีการปรับตัวที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของโอเร็มที่ว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางวัตถุและจิตใจ มีความรักใคร่ผูกพัน ความเป็นเพื่อน โดยเฉพาะสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ จะส่งเสริมให้ใช้ความสามารถ หรือเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem. 1985 : 91 -120) ดังที่สूरีย์ จันทรโมลี กล่าวว่า ประโยชน์ของการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาตินั้น จะช่วยปรับแนวความคิด ความเชื่อ ทศนคติ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ ด้านสุขภาพให้ไปในแนวทางที่ถูกต้อง ญาติจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องในเรื่องต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนการปฏิบัติในด้านอื่นๆ ตามคำแนะนำ รวมทั้งการไปพบแพทย์ตามนัด ตลอดจนการสังเกตอาการของผู้ป่วย และหาทางป้องกันช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ (สूरีย์ จันทรโมลี. 2528 : 53)

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยให้ญาติซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวและเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยพร้อมกับผู้ป่วย เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และส่งเสริมให้ญาติดูแล และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล (Anxiety)

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะทางอารมณ์ที่ทุกคนมักจะประสบอยู่เสมอในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นประสบการณ์ของทุกคน เป็นตัวก่อให้เกิดพลังงานและแรงจิตใจที่ทำให้ประกอบกิจกรรมต่างๆได้สำเร็จ เป็นประสบการณ์ของความรู้สึกและไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับความคิดทางด้านจิตใจ โดยทุกคนอาจจะมีวิตกกังวลมากน้อยแตกต่างกัน ซึ่งไม่มีใครปฏิเสธได้ว่าตนเองไม่มีความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเปรียบเสมือนสัญญาณเตือนให้ทราบว่ามีความไม่สมดุลเกิดขึ้นในจิตใจและอารมณ์ จึงจำเป็นที่บุคคลจะต้องปรับตัวอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อรักษาความสมดุลนั้นไว้

การศึกษาเรื่องความวิตกกังวล ได้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวางเป็นเวลานานมาแล้ว โดยมีทั้งกลุ่มนักปรัชญา จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาล ด้วยเหตุนี้จึงมีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้มากมายหลายแนวคิด ดังนี้

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger. 1976 : 177) ให้กล่าวถึงความวิตกกังวลว่าเป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจเป็นทุกข์ หวาดหวั่นและตึงเครียดเกิดขึ้น เพราะมนุษย์ต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความวิตกกังวลจึงเป็นความเครียด ซึ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล สิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดความเครียดหรือจากการคาดการณ์ล่วงหน้า

สจิวต์ และซันดีน (Stuart & Sundeen. 1987 : 343) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่ใจ ขาดผู้ช่วยเหลือ ความรู้สึกถูกแยกจากความเคยชิน ทำให้ขาดความมั่นคงและบุคคลจะรู้สึกว่าอันตรายของตนถูกคุกคาม ประสิทธิภาพของความวิตกกังวลเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่วัยทารกและดำเนินมาตลอดช่วงชีวิตของบุคคล

ฟัดด์ และแบร์โรว์ (Fudd & Barrow. 1992 : 77) ให้ความเห็นว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่ไม่เป็นนามธรรม เช่นความกลัวที่จะเป็นอันตราย หรือการขาดความมั่นใจ ความรู้สึกที่ต้องสูญเสียความสามารถหลาย ๆ อย่าง จะพบได้ในทุกคน ถ้ามีมากจะทำให้เกิดโรค

พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2525 : 24) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ซับซ้อนประกอบด้วยความรู้สึกหดหู่ หวาดกลัว และวิตกกังวลโดยไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งเร้าหรือเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว

สุณีย์ เกียรติแก้ว (2527 : 168) กล่าวว่าความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่แสดงออกมาเนื่องจากมีสิ่งมาคุกคามต่อความมั่นคง ความเชื่อ ความหวัง และค่านิยมของชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่นไม่เป็นสุข กระวนกระวายใจ ความรู้สึกดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อระบบหน้าที่ของบุคคล มีการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม

จากแนวคิดความวิตกกังวลหลายๆแนวคิดพอสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลคือความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ ความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจ หวาดกลัว กระวนกระวายใจต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ขณะนั้น หรือสถานการณ์บางอย่างที่อาจจะเกิดขึ้นในภายหน้า และคาดว่าจะเป็อันตรายหรือก่อให้เกิดผลร้าย ซึ่งอาจเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเน โดยบุคคลจะมีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและอารมณ์

สาเหตุของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นนั้น บางคนไม่สามารถบอกได้อย่างเฉพาะเจาะจงว่าอะไรคือสาเหตุให้มีความวิตกกังวล แต่จะสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกที่เป็นอยู่ในขณะนั้น รวมทั้งมีผู้คอยช่วยเหลือ ชี้แนะแนวทางในการค้นหาสาเหตุที่อาจทำให้บุคคลนั้นสามารถบ่งบอกถึงสาเหตุของความวิตกกังวลนั้นได้

สาเหตุของความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆคือ (ปาหนัน บุญหลง. 2528 : 116 – 117 ; Stuart & Sundeen. 1987 : 348)

1. การคุกคามใดๆก็ตามที่มีต่อความปลอดภัยของแต่ละบุคคล จะทำให้เกิดความวิตกกังวล การคุกคามนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 การคุกคามต่อการทำงานของร่างกาย รวมถึง สิ่งที่มาบกรวนต่อความพึงพอใจ ในความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ได้แก่ การเจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากพัฒนาการในวัยต่างๆ เป็นต้น

1.2 การคุกคามต่อความเป็นตัวของตัวเอง โดยจะคุกคามต่อความมุ่งหมาย ความคาดหวัง ความเป็นตนเอง ความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง ตลอดจนบทบาทหน้าที่ ความกดดันทางสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น

เมื่อมีการคุกคามเกิดขึ้นทางร่างกาย และความเป็นตัวของตัวเองแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความคับข้องใจ (Frustration) ความรู้สึกขัดแย้ง (Conflict) และภาวะเครียด (Stress) ภาวเหล่านี้จะมีผลให้บุคคลนั้นเกิดความวิตกกังวลขึ้น (Luckman & Sorensen. 1997 : 122)

2. การสื่อถึงกันของความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเมื่อเกิดขึ้นกับผู้ใดแล้วจะสามารถถ่ายทอดไปยังผู้อื่นที่ติดต่อสัมพันธ์อยู่ในขณะนั้นได้ เช่น จากมารดาไปบุตร จากผู้ป่วยไปสู่พยาบาลหรือจากพยาบาลไปสู่ผู้ป่วย เป็นต้น เป็นสาเหตุที่พบได้กับบุคคลที่มีการติดต่อสื่อสารกัน หรือมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการสื่อถึงกันนี้จะไม่รุนแรงเท่าสาเหตุจากการคุกคามความปลอดภัย

เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุทั้งสองประการที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เกิดขึ้นกับบุคคลแล้วจะเห็นได้ว่าสาเหตุที่สำคัญและพบอยู่เสมอก็คือ การถูกคุกคามความปลอดภัยของแต่ละบุคคล เหตุการณ์อย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลหนึ่งเกิดความวิตกกังวล แต่อาจไม่ทำให้อีกบุคคลหนึ่งเกิดความวิตกกังวลก็เป็นได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความหมายของเหตุการณ์นั้นๆและการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งเหตุการณ์หรือตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลอาจเป็นเหตุการณ์ภายนอกหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจก็เป็นได้

ขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม จะมีขั้นตอนในการเกิดเป็นความวิตกกังวลในลักษณะที่เหมือนกัน เมื่อนำมาลำดับดูอาจเขียนได้เป็นขั้นตอนดังนี้ (สุวณีย์ เกียรติกัณฑ์. 2527 : 168)

1. บุคคลมีความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเอง
2. ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยมหรือภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเองถูกคุกคาม ทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์
3. บุคคลเกิดภาวะหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร
4. เกิดความวิตกกังวล กระวนกระวายใจขึ้น เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น ภาวะนี้เรียกว่าความวิตกกังวล
5. บุคคลทำการขจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติ โดยเปลี่ยนพลังงานออกเป็นพฤติกรรม เช่น โกรธ เสียงดังขึ้น มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น
6. เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดสมดุลทางจิตใจและอารมณ์ขึ้นใหม่

ดังนั้น เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น สิ่งตามมา คือ ความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ความหวาดวิตก ซึ่งก็คือพฤติกรรมที่อาจจะเป็นคำพูดหรือท่าทางก็ได้ ทั้งนี้เพราะกลไกที่แยบยลของร่างกายและจิตใจในการที่จะจัดภาวะไม่สมดุลย์ของจิตใจและอารมณ์เสีย และพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นมีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับบุคคลและวิธีการที่บุคคลเคยใช้ได้ผลในอดีต

ประเภทของความวิตกกังวล

จากแนวคิดของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger. 1970 : 3) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภทคือ

2.1 ความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait Anxiety หรือ A – Trait) คือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่ และไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรงแต่จะเป็นตัวเสริม หรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลแบบสเททในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น โดยในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทสูงจะรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นความเครียดนั้นได้เร็วกว่า และแสดงความวิตกกังวลแบบสเททได้มากกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทต่ำ

2.2 ความวิตกกังวลแบบสเทท (State Anxiety หรือ A – State) เป็นความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นกับบุคคลแต่ละบุคคลในบางสถานการณ์เท่านั้น ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออยู่ในภาวะอันตราย พฤติกรรมการสนองตอบต่อเหตุการณ์ได้แก่ ความไม่สุขสบาย หวั่นวิตก กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งระยะเวลาและความรุนแรงที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับอุปนิสัยวิตกกังวลที่ประกอบอยู่ในบุคลิกลักษณะของบุคคลนั้น

ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละครั้งจะมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์และบุคลิกลักษณะของบุคคลนั้นๆ ความวิตกกังวลอาจแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ (สวินีย์ ดันติพัฒนานันท์. 2522 : 124 – 125) คือ

ระดับ 1 ระดับต่ำ (Mild anxiety) คือ ความวิตกกังวลในระดับอ่อนๆ ซึ่งมีผลให้บุคคลตื่นตัวขึ้น มีความกระฉับกระเฉง ว่องไว การรับรู้และความจำดีขึ้น ความวิตกกังวลในระดับนี้มีผลให้ประสาทรับรู้ทั้ง 5 มีการตื่นตัวพร้อมที่จะรับสิ่งกระตุ้น

ระดับ 2 ระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ในระดับนี้ความกระฉับกระเฉง ว่องไว จะมากขึ้นจนดูเกือบจะลุลลุกล่น ขอบเขตของการรับรู้จะแคบอยู่เฉพาะที่ตนสนใจ พลังงานที่เกิดขึ้นในระดับนี้มีมากขึ้นทำให้บุคคลไม่อาจอยู่นิ่งได้ และจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อจัดพลังงานส่วนที่เกินนี้โดยการลุกเดินหรือออกแรงทำงาน

ระดับ 3 ระดับสูง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะมากขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นอยู่หนึ่งไม่ได้บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้จะกระสับกระส่ายอย่างเห็นได้ชัดเจน มีอาการลุกลี้ลุกลน อาจจะพูดมากหรือเร็วหรืออาจจะพูดไม่ออกเลย เสียงอาจจะสั่นรัว และการรับรู้จะแคบลงมาก

ระดับ 4 ระดับรุนแรง (Panic) เป็นภาวะที่บุคคลที่มีความวิตกกังวลอย่างรุนแรง อยู่ในภาวะที่ตื่นกลัวสุดขีด ซึ่งอาจมีผลให้บุคคลมีพลังงานเกิดขึ้นมากที่สุด และจะสามารถแสดงพฤติกรรมที่ในยามปกติไม่สามารถกระทำได้ หรือในทางตรงกันข้ามอาจตื่นกลัวจนซ็อกหมดสติไปก็ได้ ในภาวะที่มีความวิตกกังวลรุนแรงนี้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 จะทำหน้าที่ไม่เต็มที่ การรับรู้จะน้อยมาก และเป็นระยะที่อันตรายอย่างยิ่ง

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลในระดับต่ำหรือระดับปานกลาง จะให้ประโยชน์ต่อการรับรู้ และการปรับตัวได้ดี ก่อให้เกิดผลในทางสร้างสรรค์แก่บุคคลนั้นๆ โดยจะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการตื่นตัวสามารถแก้ปัญหาและกระทำการกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น แต่เมื่อความวิตกกังวลสูงขึ้นถึงระดับสูงหรือระดับรุนแรง จะทำให้การรับรู้ลดลงเรื่อยๆ และขัดขวางกิจกรรมความสามารถต่างๆ จนอาจถึงเจ็บป่วยทางจิตได้

ผลของความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อตอบสนองความวิตกกังวลนั้น ความวิตกกังวลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีรวิทยา ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และพฤติกรรม ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ (สุณีย์ เกียรติวงศ์แก้ว, 2527 : 171 – 175)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา (Physiological response) เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น ทำให้เกิดความพร้อมของร่างกายที่จะต่อสู้หรือหนี การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะแสดงออกมาเป็นอาการต่างๆ เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น ม่านตาขยาย ปากแห้ง เหงื่อออก ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย เป็นต้น

2. อาการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Affective response) เกิดความรู้สึกหวาดหวั่น กังวล หงุดหงิด ไม่สบายใจ โกรธ นอกจากนี้ยังทำให้หมกมุ่น ครุ่นคิด ไม่มีสมาธิ การรับรู้ผิดพลาด ความจำและความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง

3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior response) เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นกับบุคคล จะมีการปรับเปลี่ยน เพื่อลดหรือขจัดความวิตกกังวลออกไป โดยแสดงพฤติกรรมหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทาง ได้แก่ หงุดหงิด โมโหง่าย แสดงสีหน้าวิตกกังวลกระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง โกรธ พูดจาชวนทะเลาะ พูดเร็ว พูดเสียงเบา หลบตา หรือพยายามหลบหนี และไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ

4. การเปลี่ยนแปลงด้านการสังเกต สมาธิ ความจำ และการเรียนรู้ (Cognitive response) จะมีการเปลี่ยนแปลงตามระดับความวิตกกังวล เมื่อความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยและปานกลาง จะทำให้การสังเกต คือการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้าดีขึ้น สมาธิ ความจำ และการ

เรียนรู้ดีขึ้น แต่ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรงขึ้น การเปลี่ยนแปลงต่างๆจะเป็นไปในทางที่เลว เช่น ขาดความตั้งใจ หลงลืม การตัดสินใจผิดพลาด ความคิดหยุดชะงัก หรือกระทำการกรรมซ้ำๆหลายครั้ง คือย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น

เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้น จึงต้องพยายามปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลทางจิตใจเอาไว้ การปรับตัวจะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความสามารถ กำลังใจที่ได้รับ ความรุนแรงของเหตุการณ์และสิ่งที่จะเกิดขึ้นหรือสิ่งที่เหลืออยู่ว่ามีความสำคัญต่อบุคคลมากน้อยเพียงใด (สมภพ เรื่องตระกูล. 2524 : 144) การเผชิญปัญหา เพื่อลดความวิตกกังวลที่บุคคลใช้มี

4 ลักษณะใหญ่ คือ

1. การลดความขัดแย้งในใจ (Task-oriented reaction) หรือสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นด้วยการใช้ความสามารถ สติปัญญาในการแก้ไข ตามสภาวะความเป็นจริง เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่บุคคลรู้สึกตัว ได้แก่ การต่อสู้ การหลีกเลี่ยงหรือการประนีประนอม

2. การป้องกันตัวเองด้วยการใช้กลไกทางจิต (Ego-oriented reaction) กลไกนี้เป็นกระบวนการทางจิตที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหา แต่ช่วยให้ความวิตกกังวลหมดไปจากจิตได้สำนึกเพื่อรักษาสมดุลของจิตใจไว้ กลไกทางจิตที่พบบ่อย เช่น การเก็บกด การเพ้อฝัน การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง การโยนความผิดให้ผู้อื่น เป็นต้น กลไกนี้ถ้าบุคคลนำไปใช้จนเคยชินจะเป็นการแสดงให้เห็นว่า บุคคลนั้นไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงแต่จะหลบหนีปัญหา

3. อาการแสดงทางร่างกาย (Physiological signs) จัดเป็นรูปแบบการแก้ไขปัญหาก็ไม่เหมาะสม เป็นการแสดงออกทางร่างกายโดยไม่รู้สึกรู้สีกตัว เช่น อาการหอบหืด หรือมีแผลในกระเพาะอาหาร

4. การเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย (Physiological conversation) มักเกิดกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลติดต่อกันเป็นเวลานาน อวัยวะต่างๆเหล่านี้จะถูกทำลายไปที่ละน้อย และเกิดโรครุนแรงที่สุด

การวัดระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่บุคคลจะรู้สึกแตกต่างกันไปซึ่งไม่สามารถวัดโดยตรงได้ อาจต้องประเมินในรูปแบบของพฤติกรรม การวัดความวิตกกังวลสรุปได้ 3 วิธีดังนี้ (ประดิษฐา สีนสว่าง. 2538 : 36 ; อ้างอิงจาก Stuart & Sundeen. 1983. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. p. 209 ; Travelbee. 1971. *Interpersonal Aspects of Nursing*. p. 191)

1. การวัดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก เป็นต้น การวัดวิธีนี้ค่อนข้างลำบาก

เนื่องจากระดับของความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงออกของบุคคลที่มีความวิตกกังวล นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลก็มีแบบแผนที่แตกต่างกัน (ศิริกาญจน์ เฝือกเทศ. 2527 : 49)

2. การวัดโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self - report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นการรู้สึกที่ตนเองรับรู้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึกของตนเอง แล้วจึงนำมาประเมินความวิตกกังวลนั้นๆ ที่นิยมใช้กันมากๆ ได้แก่แบบวัดความวิตกกังวล The State - Trait Anxiety Inventory ของ สปิธเบอร์กเกอร์ (Spielberger. 1976 : 34 - 37) สำหรับประเทศไทยมีผู้นำมาใช้หลายท่าน เช่น ประดิษฐา สินสว่าง (2538 : 56) นำไปวัดความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคหัดเรื้อรังเม็ดเลือดขาว และอพัชชา ผ่องญาติ (2543 : 68) นำไปวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นต้น

3. การสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) เป็นการสังเกตถึงความผันแปรในด้านต่างๆ เช่น การเคลื่อนไหว การพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ จากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมานั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายใน เช่น การขาดสมาธิ หงุดหงิด นอนไม่หลับ การวัดจะใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการวัดความวิตกกังวลทั้ง 3 วิธีนี้ การวัดโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นมีผู้นิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง เนื่องจากมีความเป็นไปได้สูงโดยอาจใช้แบบใดแบบหนึ่งหรือทั้งสองแบบร่วมกันก็ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษาหรือการวัดนั้นๆ

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความวิตกกังวล The State - Trait Anxiety Inventory (STAI) ของสปิธเบอร์กเกอร์และคณะ ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง นิตยา ชชภักดี ดร.มาลี นิสสัยสุข และ ดร. สายฤดี วรกิจโกศาตร์ มาใช้ในการวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา แบบวัดประกอบด้วยแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวล 2 ประเภท (Spielberger , Gorsuch & Lushene. 1970 : 1 - 3) คือ

1. แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบสเทท (State Anxiety) คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ ประกอบด้วยคำถามที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ มีคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนสูงสุด 80 คะแนน

2. แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait anxiety) คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกทั่วไปในบุคคลทุกสถานการณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 7 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 13 ข้อ มีคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนสูงสุด 80 คะแนน

แบบสอบถามทั้ง 2 ชุดมีความสัมพันธ์กันคือผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลแบบสเตทได้สูง ซึ่งในการตอบหากใช้แบบสอบถามทั้ง 2 ชุดควรให้ผู้ตอบ ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลแบบสเตทก่อน แล้วจึงตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลแบบเทรทเนื่องจากแบบสอบถามความวิตกกังวลแบบสเตทเป็นแบบสอบถามที่ไวต่อสถานการณ์ต่างๆ ดังนั้นผลของคะแนนอาจเปลี่ยนแปลงไปตามบุคคลตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลแบบเทรทก่อน

แบบสอบถามความวิตกกังวล STAI ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น โดยสปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970 : 8 – 11) ดังนี้

การหาความเที่ยงตรงของแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) ได้รับการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างแล้ว (Construct Validity) โดยใช้วิธี know group technique ซึ่งทำการศึกษาในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาของมหาวิทยาลัยรัฐฟลอริดา จำนวน 197 คน ใน 4 สถานการณ์ที่แตกต่างกันคือ ภาวะผ่อนคลาย ภาวะปกติ ภาวะสอบ และภาวะเครียดจากการดูภาพยนตร์ ผลปรากฏว่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะเผชิญมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเรียงจากน้อยไปมาก ในสถานการณ์ทั้ง 4 ซึ่งแสดงว่าแบบประเมินมีความตรงตามโครงสร้างและเมื่อนำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .83 - .92 ส่วนการหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (Form X - II) ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (Test retest method) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .73 - .86

แบบสอบถามความวิตกกังวลแปลเป็นภาษาไทย และได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือและภาษาก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิธยา คชภักดี, ดร. สายฤดี วรกิจโกคาทร และ ดร. มาลี นิสสัยสุข โดยการทดสอบซ้ำในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2523 – 2524 หาค่าสัมประสิทธิ์ด้วยวิธี Pearson's Product Moment Correlation Coefficient (r) พบว่าแบบ A – State มี $r = 0.27$ (จากคู่มือภาษาอังกฤษพบว่า A – State มี $r = 0.16 - 0.54$) และแบบ A – Trait มี $r = 0.83$ (จากคู่มือภาษาอังกฤษ พบว่า A – Trait มี $r = 0.73 - 0.86$)

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับรังสีรักษา

ความวิตกกังวลเป็นลักษณะอารมณ์ที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง จากการศึกษานี้ของเพค (อพัชชา ผ่องญาติ. 2543 : 29 ; อ้างอิงจาก Peck. 1972. *American Journal of Roentgenol.* p. 591 - 599) พบว่าในผู้ป่วยมะเร็ง 50 ราย จะมีความวิตกกังวลถึง 49 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลอยู่ในลักษณะโรคประสาทเท่านั้นไม่ถึงขั้นโรคจิต ส่วนกนกรัตน์ สุชะตุงคะ ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยโรค

เรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีความวิตกกังวล และความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งไม่ว่าจะมีอายุ เพศ สถานภาพสมรส หรือมีเศรษฐกิจและระดับการศึกษาใด จะมีความวิตกกังวล และซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. 2525 : 29 - 35) บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง เปรียบเสมือนได้พบกับสิ่งรบกวนสูงสุดในชีวิตที่มีผลให้บุคคลจะต้องปรับตัว เผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของโรค และความรุนแรงที่ตามมา ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดความลำบากกับบุคคล ครอบครัว และสังคม ภาวะสุขภาพและการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อบทบาทของผู้ป่วย เพราะความเจ็บป่วยจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ทั้งหมด ความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วยหรือพิการ ผู้ป่วยจะกังวลเกี่ยวกับโรค มะเร็งที่ตนเป็นว่าสามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ ขั้นตอนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่นการเจาะเลือด การตรวจเอกซเรย์ และการตรวจพิเศษต่างๆ ตลอดจนการรักษาด้วยการใช้รังสี ซึ่งผู้ป่วยมักจะกังวลว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้หรือไม่ และจากการศึกษาของ ครัม (Krumm. 1982 : 732) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา จะมีความวิตกกังวลมากกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากความกลัวต่อการได้รับรังสีนั่นเอง ซึ่งความวิตกกังวลนี้นอกจากขาดความรู้แล้วบางคนยังได้รับข้อมูลผิดๆ เกี่ยวกับการรักษา เช่น คิดว่ารังสีรักษาเป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับการรักษา หรือใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย สิ่งเหล่านี้มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยอย่างมาก นอกจากนั้นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่จะต้องเปลี่ยนแปลงไปขณะรับการรักษา ได้แก่ การทำงาน กังวลว่าอาจจะต้องหยุดงาน การทำงานบ้าน และการออกกำลังกายไม่ได้ดีเช่นเดิม การที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งต้องพึ่งพาคนอื่น ในกรณีที่โรคได้ลุกลามไป สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงทำให้เกิดความวิตกกังวล จากการศึกษาทั้งผู้ป่วยมะเร็งในต่างประเทศและผู้ป่วยไทย จะพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเกิดความวิตกกังวล 6 ด้าน คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 247 - 248)

1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหา และอาการต่างๆ ทางด้านร่างกาย ภาวะสุขภาพ และข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ตลอดจนความวิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษา ผลของการรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษา

2. วิตกกังวลเกี่ยวกับอัตรานอนทัศน์ ได้แก่ ภาพลักษณ์ (Body Image) ความสามารถ และความมีคุณค่าในตัวเอง ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาจะต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาพลักษณ์ เช่น ผมหงอกในผู้ป่วยมะเร็งที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะ

3. วิตกกังวลด้านการงาน และการเงิน เพราะการรักษาต้องใช้เวลานาน ผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัวย่อมมีความรู้สึกกังวลเรื่องความรับผิดชอบต่อครอบครัว

4. วิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยที่ต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ๆ จะรู้สึกว่าตนเองอยู่ห่างไกลญาติพี่น้องเหมือนถูกทอดทิ้ง

5. วิตกกังวลกลัวเพื่อนจะรังเกียจ หรือทำให้เพื่อนหรือผู้ร่วมงานต้องลำบากในการทำงานแทน หรือมาเย้ยมเยียน

6. วิตกกังวลว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานเท่าใด การรักษาจะช่วยให้มีชีวิตรอดได้หรือไม่

จากข้อมูลที่ได้กล่าวถึง ความวิตกกังวลข้างต้น พบว่าผู้ป่วยจะหาวิธีเพื่อที่จะลดความวิตกกังวลซึ่งเรียกว่าการเผชิญกับปัญหา (Coping) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะใช้วิธีการต่าง ๆ กัน เช่น แสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคของตนและการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตัวต่าง ๆ การปรับทุกข์ พูดคุยปรึกษาหารือกับผู้อื่น การเผชิญหน้ากับปัญหาโดยการยอมรับสภาพความเป็นจริง ผู้ป่วยบางรายก็พยายามที่จะปรับเปลี่ยนเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปในทางที่ดี เป็นการปรับสภาพที่เลวร้ายให้ดีขึ้น เพื่อลดความรุนแรงลงให้อยู่ในขอบเขตที่พึงรับได้ บางรายมีการหันเหความสนใจไปยึดสิ่งอื่น หรือยึดศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวในชีวิต ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ขอมพรและบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อช่วยให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้โรคได้มาก จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลนั้นส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจอย่างมาก ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็ง แนะนำวิธีการเผชิญปัญหา ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตนของผู้ป่วย ในระหว่างขั้นตอนการรักษาด้วยรังสีซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยควรทราบ เพื่อที่จะปฏิบัติตนได้ถูกต้องเพราะการรักษาด้วยวิธีนี้ เป็นวิธีการรักษาที่แตกต่างไปจากการรักษาด้วยวิธีอื่น การให้ความรู้ และคำแนะนำที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยคลายจากความวิตกกังวล สามารถเผชิญกับปัญหา และปรับตัวได้อย่างดี

แนวคิดการดูแลตนเอง (Self Care)

ความหมายของการดูแลตนเอง

เลวิน (Lewin. 1976 : 34) ให้ความหมายการดูแลตนเองไว้ว่า “ การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ประชาชนทั่วไปสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้น และการรักษาเบื้องต้นในระดับที่เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญพื้นฐานในระบบบริการสุขภาพ ”

เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 150) ให้ความหมายการดูแลตนเองไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตัวเขาในการที่จะดำรงไว้หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของเขา

องค์การอนามัยโลก (WHO. 1991 : 18 – 19) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค รวมทั้งการใช้ยา และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ

มัลลิกา มัติโก(2530 : 10 – 13) ได้สรุปความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะส่วนการปฏิบัติของประชาชน โดยครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเองใน 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพในสภาวะปกติ (Self care in health) การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิสัยส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ

1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจและเอกซเรย์ปอดในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลัง

1.2.3 การป้องกันการแพร่กระจายของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่ผู้อื่น

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำการใด ๆ ลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งตัดสินใจที่จะไม่กระทำการใดเกี่ยวกับอาการนั้น ซึ่งการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ

2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล(Individual self care)

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family care)

2.3 การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network)

2.4 การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid หรือ Self help group)

จากคำนิยามดังกล่าวมานั้น พอสรุปได้ว่า การดูแลตนเองหมายถึง กิจกรรมที่บุคคล เริ่มต้นและปฏิบัติด้วยตนเองทั้งในยามปกติและเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น เพื่อดำรงไว้ซึ่งความ มีสุขภาพดีและความสมบูรณ์ทั้งกายและจิตใจ

จุดมุ่งหมายของการดูแลตนเอง (Orem. 1985 : 89)

1. ควบคุมและควบคุมกระบวนการชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตลอดจนบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรคด้วย
4. ป้องกันหรือจำกัดความพิการที่อาจเกิดขึ้น หรือชดเชยความพิการที่เกิดขึ้น
5. ส่งเสริมความเป็นปกติสุข

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self – Care Theory)

การดูแลตนเองในความหมายของโอเร็ม กล่าวว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม กระทำขึ้นเพื่อกำหนดไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน เป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (deliberate action) และเป็นพฤติกรรมที่บุคคลเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและ วัฒนธรรมของสังคม การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะคือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 23 – 25)

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำในระยะนี้บุคคลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์และสภาวะทั้งภายในและภายนอก เป็นความรู้ที่จะช่วยในการสังเกตและการให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ เพื่อสามารถวินิจฉัยพิจารณาตัดสินใจกระทำในสิ่งที่เหมาะสมได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ดำเนินการกระทำซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายเพราะ เป้าหมายจะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตาม ผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วย ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากข้อจำกัดการดูแลตนเองใน ภาวะเบี่ยงเบนจากโรคซึ่งจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยบุคคลที่จะต้องดูแลสมาชิกที่อยู่ภายใต้ความ รับผิดชอบนี้เรียกว่า Dependent care agent และการที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุคคล อื่นๆ เพื่อกำหนดไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุกนั้น จะประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลตนเองที่ จำเป็น (Self – care requisites) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 27 – 35)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาความเพลิดเพลินใจจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดให้มีการขยับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขยับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการละลายสิ่งปฏิกูลจากการขยับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะดวกถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้ และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัว กับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็น ในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.4.4 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.4.5 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.4.6 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.4.7 หลีกเสี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

1.4.8 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

1.5 ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

1.5.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นตัวของตนเอง

1.5.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาของตนเอง

1.5.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล (Health promotion and preventions)

1.5.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2. ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self - care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือ บิดา มารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนา แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่จะช่วยส่งเสริมกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self - care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดการเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษา การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการมีอาภาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้ สนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพัฒนาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – care agency)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของมโนคติความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 31 - 36)

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่ว ๆ ไป ประกอบด้วยความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาและใช้เหตุผล หน้าที่ของประสาทสำหรับปรับความรู้สึกทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิยัประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความห่วงใยในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ การรู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ และความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components) เป็นความสามารถซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ที่กระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลตนเอง พลังความสามารถมี 10 ประการ ได้แก่ (1) สนใจและดูแลเอาใจใส่ตนเอง ตลอดทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง (2) มีความสามารถในการควบคุมการใช้พลังงานในการดูแลตนเองได้เพียงพอ (3) มีความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหว (4) สามารถให้เหตุผลในการดูแลตนเองได้ (5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง (6) มีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (7) สามารถแสวงหาความรู้ต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้ในการดูแลตนเอง (8) มีทักษะในด้านความนึกคิด การรับรู้ การกระทำ การติดต่อ และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง (10) มีความสามารถในการสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน

3. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self - care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะใช้ในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยความสามารถที่จะตรวจสอบสถานการณ์ องค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ตลอดจนตัดสินใจและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเอง

ความสามารถทั้ง 3 ระดับนี้ เป็นความสามารถที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งถ้าความต้องการทั้งหมดนี้ได้รับการสนองตอบ บุคคลก็จะไม่เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง

การเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ รวมทั้งต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลตนเองเกิดขึ้นหลายอย่าง ทั้งการดูแลตนเองที่จำเป็นเนื่องจากปัญหาของโรค การรักษาและอาการข้างเคียง นอกจากนี้ยังต้องปรับการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการในช่วงวิกฤติที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง และการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปในเรื่องต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร น้ำ การมีกิจกรรม การพักผ่อน การติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ฯลฯ ซึ่งทฤษฎีนี้ได้เน้นถึงการให้บุคคลได้ริเริ่ม และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งเหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาดผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับแนวคิด และการปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาวะของโรคและแผนการรักษาของแพทย์ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยกระทำในสิ่งที่ตนเองเลือกหรือตัดสินใจและคิดว่ามีประโยชน์หรือเหมาะสมกับตนเอง พร้อมทั้งถ้าได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสมจากบุคลากรในทีมสุขภาพและจากญาติผู้ป่วย ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดไป

การดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังนั้นไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย ดังนั้นความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพอยู่ที่ตัวผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเองมีหน้าที่โดยตรงในการดูแล บุคลากรในทีมสุขภาพมีหน้าที่ในการให้ความรู้ อำนวยความสะดวกและเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง และผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ ตามนัด หรือตัดสินใจมาโรงพยาบาลเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเมื่อได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำในการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากรังสีจะมีผลต่ออวัยวะใกล้เคียงที่ได้รับรังสี ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากรังสีเป็นสิ่งที่ไม่สามารถป้องกันได้ แต่สามารถบรรเทาได้จากการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาและดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีบทบาทในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากญาติโดยเป็นผู้ให้การกระตุ้นผู้ป่วยโดยการให้กำลังใจ สนใจเอาใจใส่ รับฟังปัญหา เป็นห่วงเป็นใยต่อสุขภาพตลอดจนให้ข้อมูลข่าวสาร

ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่พยาบาล และให้การสนับสนุนตามความจำเป็นต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ได้แก่ การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป การพักผ่อน การออกกำลังกาย การช่วยเหลือในการทำงานเพื่อแบ่งเบาภาระ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี การพามาตรวจตามนัด ฯลฯ และจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องเผชิญกับความซับซ้อนหลายด้านตลอดทุกระยะของการรับรังสีรักษา เนื่องจากการดำเนินของโรค การรักษา อาการข้างเคียง ความรุนแรงและความไม่แน่นอนของโรค นับว่าเป็นสาเหตุที่เพิ่มความต้องการการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นผู้ที่รับรู้ปัญหาของผู้ป่วยได้ดีกว่าบุคลากรอื่นๆ

จากที่กล่าวมาข้างต้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาจึงมีความสำคัญมากในการดำรงชีวิต และการได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสมญาติซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว ก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจนถึงสิ้นสุดการรักษา ซึ่งการดูแลตนเองประกอบด้วย

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป

1.1 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผลของรังสีจะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอย่างมาก มีอาการปากแห้ง การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารลำบาก เบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อยลง ฉะนั้นผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนลักษณะอาหาร ระยะเวลาในการรับประทานอาหาร รวมทั้งบรรยากาศที่จะช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น เพื่อให้ได้ทั้งจำนวนและคุณภาพที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายที่ต้องรับรังสีรักษา อาหารจะช่วยให้ร่างกายสามารถทนต่อการรักษาได้ เพราะเนื้อเยื่อปกติที่ถูกรังสีจะได้รับการซ่อมแซมอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดอาการข้างเคียงน้อยลงหรือไม่เกิดเลย ทั้งยังทำให้การตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น อาหารที่ควรเลือกรับประทานให้เหมาะสม คือ (ชฎาพร คงเพชร. 2528 : 174)

1. หมวดยีสต์และสิ่งทดแทน เป็นอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายมาก เพื่อช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่าง ๆ จากการทำลายของรังสี ได้แก่ หนุ่ย เป็ด ไก่ ปลา นม เป็นต้น

2. หมวดยาว แป้ง ช่วยให้พลังงานแก่ร่างกายได้แก่ ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง ขนมหวานต่าง ๆ เป็นต้น

3. หมวดยาก ช่วยควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย ช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่ ผักกาดขาว ผักคะน้า ถั่วฝักยาว เป็นต้น

4. หมวดยผลไม้ เป็นสารอาหารที่ให้วิตามินและเกลือแร่ และช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่ ส้ม เงาะ กล้วย แอปเปิ้ล มะละกอ เป็นต้น

5. ไขมัน อาหารหมวดนี้ให้ความร้อนและพลังงานสูง ได้แก่ ไขมันพืช ไขมันหมู ไขมันสัตว์ต่าง ๆ เป็นต้น

ควรรับประทานอาหารในแต่ละวันให้ครบ 3 มื้อ และมีอาหารเสริมระหว่างมื้อ เช่น นม โอวัลติน ขนม ไอศกรีม หรือ ผลไม้

ปัญหาที่พบบ่อยและมีผลต่อภาวะโภชนาการอื่น ๆ ได้แก่

1. อาการเบื่ออาหาร ควรรับประทานอาหารเช้าครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งและมีอาหารเสริมเพิ่มขึ้น เช่น นม โอวัลติน การออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การเดินช้า ๆ การฝึกกายบริหารประมาณ 5 – 10 นาที ก่อนอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง จะช่วยให้อยากรับประทานอาหารเช้าเพิ่มขึ้น

2. การอักเสบภายในช่องปาก

ควรรับประทานอาหารอ่อน เช่น ข้าวต้ม ซุปเคี้ยวเปื่อย ไข่ลวก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัดทุกชนิด เช่น เผ็ดจัด งดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และทำความสะอาดภายในช่องปากบ่อย ๆ ถ้ามีอาการมากอาจปรึกษาแพทย์เพื่อขยายยาภายในช่องปาก

3. อาการปากแห้ง

ควรรับประทานอาหารที่มีความชื้นและน้ำมาก ๆ เช่น นม ไอศกรีม แดงโม องุ่น หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เพราะจะทำให้เจ็บแสบในคอ การอมบัวบกบ่อย ๆ และการดื่มน้ำมาก ๆ ตลอดจนการอมยาอม ที่ไม่มีน้ำตาลมากเกินไป จะช่วยให้เกิดความชุ่มชื้น ลดอาการปากแห้งลงได้บ้าง

4. อาการคลื่นไส้ อาเจียน

ควรรับประทานอาหารอ่อน เช่น ข้าวต้ม ซุป ครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง งดอาหารที่หวานและทอดด้วยน้ำมัน ถ้ามีปัญหามากควรปรึกษาแพทย์ เพื่อขยายลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และหลีกเลี่ยงการนอนราบใน 2 ชั่วโมงแรกหลังรับประทานอาหารเช้า เพราะจะทำให้การย่อยอาหารช้าลง จะรู้สึกไม่สบายมากขึ้น

1.2. น้ำ คงไว้ซึ่งการได้รับน้ำอย่างเพียงพอ โดยดื่มน้ำมากกว่า 2,000 มิลลิลิตร ต่อวันในระหว่างรับรังสีรักษา เพราะน้ำจะช่วยขับของเสียจากเนื้อเยื่อที่ถูกรังสีทำลาย ช่วยให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อทั่วๆไปชุ่มชื้น ซึ่งจะทำให้การตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น และช่วยป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงจากรังสีต่อระบบทางเดินปัสสาวะ จึงควรปรับรูปแบบอาหารให้ได้รับทั้งสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น น้ำส้ม นม ถั่วเหลือง เป็นต้น

1.3. การขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย ดูแลให้มีการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน รมั้ดระวังไม่ให้เกิดอาการท้องผูกหรือการเบ่งถ่ายอุจจาระ

1.4. การพักผ่อนนอนหลับ ดูแลตนเองให้ได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง และควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม อากาศ ถ่ายเทไม่สะดวก รวมถึงความสะอาดของบริเวณที่พักผ่อน ถ้ามีปัญหาอนไม่หลับควรปรึกษาแพทย์

1.5. การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น และป้องกันการพิการของข้อต่างๆ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา ควรจะอาบปากวันละ 30 – 50 ครั้ง เพื่อป้องกันการขาดแร่ธาตุ เป็นต้น

1.6. ความสะอาดร่างกาย ในขณะที่รักษาด้วยรังสีรักษาผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นจึงต้องดูแลความสะอาดร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า และควรดูแลความสะอาดบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพของโรคเป็นกรณีพิเศษ เช่น มีพยาธิสภาพบริเวณช่องปากก็ควรจะบ้วนปากบ่อย ๆ เป็นต้น

1.7. หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ เช่น หวัด วัณโรค เป็นต้น

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (ประคอง รังสีสิริ. 2523 : 112) เป็นการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่การทำจิตใจและอารมณ์ให้แจ่มใส โดยมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน ไม่อยู่ตามลำพัง หางานอดิเรกทำ เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เพื่อช่วยให้เกิดความเพลิดเพลิน หรือเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจให้หาทางผ่อนคลายโดยระบายกับผู้ที่เราไว้วางใจได้หรือพยาบาล

3. การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงต่างๆ จากรังสีรักษาที่จะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้ว ในเรื่องต่างๆ ดังนี้

3.1 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร

3.1.1. รับประทานอาหารย่อยง่ายหรืออาหารว่าง เช่น ขนมปังกรอบ น้ำผลไม้ ก่อนเวลาฉายรังสี

3.1.2 หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือมีกลิ่นและรสไม่จัด

3.1.3. ดื่มน้ำเย็นๆ ระหว่างมื้ออาหาร

3.1.4. จัดให้มีอาหารว่างระหว่างมื้อและก่อนนอน

3.1.5 รับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง

3.1.6 รักษาความสะอาดของปากและฟัน

3.1.7 พักผ่อนหลังรับประทานอาหาร โดยนอนศีรษะสูง ประมาณ 30 นาที

3.2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

3.2.1 หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัด

3.2.2 หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้ หรือสัมผัสกับผู้ป่วยโรคติดต่อ

3.2.3 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองอยู่เสมอ และปรึกษาแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ เจ็บคอ

3.2.3 รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

3.3 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการอักเสบในช่องปาก

3.3.1 รักษาความสะอาดของปากและฟัน โดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ

2 ครั้ง คือ ตอนเช้าและก่อนนอน ใช้แปรงสีฟันที่มีขนนุ่ม ร่วมกับยาสีฟันที่รสไม่จัด แปรงช้าๆ เบาๆ ป้องกันอันตรายต่อเหงือกและเยื่อช่องปาก

3.3.2 บ้วนปากบ่อยๆ อย่างน้อยทุกครั้งภายหลังกินอาหาร โดยใช้ น้ำเปล่าธรรมดา หรือน้ำอุ่นผสมเกลือจางๆ หรือน้ำยาบ้วนปาก

3.3.3 ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือใช้น้ำยาบ้วนปากที่มี แอลกอฮอล์ผสม เพราะจะทำให้เยื่อช่องปากแห้งมากขึ้น

3.3.4 ถ้ามีแผลเกิดขึ้นในช่องปาก ให้รับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด ไม่รับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยว เค็ม เผ็ด อาหารร้อน เพราะจะระคายเคืองต่อแผล

3.3.5 ดื่มน้ำมากๆ วันละ 2,500 – 3,000 ซีซี (8 - 10 แก้ว)

3.4 การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการระคายเคืองของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี

3.4.1 ไม่ลบหรือเดิมนรอยหมึกที่ผิวหนังบริเวณฉายรังสีเอง

3.4.2 ดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีโดย

- หลีกเลี่ยงการนอนทับนานๆ
- สวมเสื้อผ้าหลวมๆ นุ่ม
- หลีกเลี่ยงการเกา ถู ขยี้
- หลีกเลี่ยงการโกนหนวด หรือขน
- หลีกเลี่ยงการประคบด้วยน้ำร้อน หรือน้ำแข็ง
- หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ ยา โลชั่น แป้งหรือสารใด
- หลีกเลี่ยงแสงแดดจัดและความเปียกชื้น
- ขำระร่างกายโดยเช็ดตัว หรืออาบน้ำตามปกติ เฉพาะบริเวณที่ไม่ได้ฉายรังสี
- ใช้ผ้าหรือกระดาษนุ่มๆ ที่สะอาดซับเบาๆ เมื่อเปียกชื้น

3.4.3 ประเมินความผิดปกติบริเวณฉายรังสีทุกวัน เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ผิวมีตุ่มน้ำ หรือแตก ขอคำปรึกษาจากแพทย์ทันที

3.4.4 เมื่อสิ้นสุดการฉายแสง ยังต้องดูแลผิวหนังต่อไปเหมือนขณะฉายแสง นาน 1 เดือน

3.5 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการอักเสบปากไม่ขึ้น หรือป้องกันฟันผุ

3.5.1 รักษาความสะอาดของปากและฟัน

3.5.2 ป้องกันอาการช่องปากแคบโดยการคาบจุกคอร์กวันละหลายๆ ครั้งๆ ละประมาณ 1-2 นาที หรืออ้าปากให้กว้างที่สุดวันละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที หรืออาจให้ทันตแพทย์ช่วยขยายช่องปากในกรณีที่ไม่สามารถอ้าปากด้วยตนเอง

3.6 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการท้องผูก

3.6.1 รับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผัก และผลไม้ต่างๆ

3.6.2 ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 8 -10 แก้ว

3.6.3 ออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดินเล่น วิ่งช้าๆ ฝึกกายบริหารและฝึกหายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าท้องช่วย

3.6.4 รับประทานยาระบายตามแพทย์สั่ง

3.7 การดูแลตนเองเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย

3.7.1 ลดหรือจำกัดกิจกรรมการทำงานลง

3.7.2 ขอให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ช่วยแบ่งเบาภาระ

3.7.3 ปรับการทำงานโดยการปรึกษาร่วมกับนายจ้าง

3.7.4 ใช้เวลาว่างเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจเท่าที่จะทำได้

3.7.5 พักหรือนอนในเวลากลางวัน

3.7.6 ออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้

3.7.7 ปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการเพลียมากๆ

3.8 การดูแลตนเองเมื่อมีอาการผอมร่าง

3.8.1 ในรายที่ผอมยาวแนะนำให้ตัดผมสั้น

3.8.2 ใช้แปรงหวีผมที่มีซี่ห่าง และแปรงผมเพียงเบาๆ

3.8.3 ควรใช้แชมพูชนิดอ่อนสระผม และไม่สระผมบ่อย ไม่เกาหรือขยี้ศีรษะปล่อยให้ผมแห้งเอง โดยไม่ควรใช้ไอร้อนจากเครื่องเป่าผมหรือเซ็ทจนแห้ง

3.8.4 จัดเตรียมวิก หมวก หรือผ้าคลุมผมไว้เมื่อผมร่วงมาก

ดังนั้น การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ในระหว่างรับรังสีรักษาเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงจากอาการข้างเคียงของรังสีรักษาได้ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อภาวะของโรคได้อย่างเหมาะสมในทุกระยะของการรักษา และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอภิปรายกลุ่ม

เลวิน (Levin. 1976 : 206) ได้ศึกษาผลของกลุ่มที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมทางเลือก รับประทานอาหารของแต่ละบุคคล โดยกลุ่มทดลองเป็นหญิงแม่บ้านทั้งหมดจำนวน 6 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีจำนวน 13 – 17 คน ใน 3 กลุ่มแรก ถูกกระตุ้นโดยการบรรยาย การแสดงให้ชมถึง ประโยชน์ของอาหารที่ใช้ในการทดลอง ส่วน 3 กลุ่มหลังถูกกระตุ้นโดยวิธีการเดียวกันแต่เปิด โอกาสให้แสดงความคิดเห็น ผลการทดลองปรากฏว่า 3 กลุ่มแรกที่ไม่มีโอกาสเสนอความคิดเห็น จะมีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่รับประทานอาหารตามที่เคยได้รับคำแนะนำ ส่วน 3 กลุ่ม หลังที่ในขณะที่ฟังการบรรยายได้มีโอกาสถกเถียงปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับคุณค่าของอาหารเหล่านั้น และมีโอกาสตัดสินใจว่าอาหารชนิดใดดีกว่าและมีประโยชน์อย่างไร จะมีจำนวนสมาชิกถึง ร้อยละ 32 ที่นำอาหารดังกล่าวไปใช้รับประทานในครอบครัวของตน จากการทดลองครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่าเมื่อสมาชิกในกลุ่มมีโอกาสที่จะได้รับความจริงเกี่ยวกับปัญหาใดๆ ที่เกิดขึ้น ก็พยายามแก้ปัญหาเหล่านั้นด้วยกัน และยอมรับผลของการแก้ปัญหา เพราะถือว่าเป็นผลที่ได้จากการแก้ปัญหาของพวกเขา นอกจากนั้นผลการศึกษายังพบว่าในการทดลองครั้งนี้วิธีการ อภิปรายกลุ่มและการตัดสินใจโดยกลุ่มมีผลเหนือกว่าวิธีการสอนเป็นรายบุคคลมาก

วอลเลซ และคณะ (Wallace, et al. 1987 : 30 - 35) ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ ความรู้แก่บิดามารดาของเด็กป่วยด้วยโรคหัดเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาจำนวน 145 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกจำนวน 89 รายสามารถเข้าร่วมการทดลองตามโปรแกรมที่จัดไว้ คือ เข้ากลุ่มฟังการสอนและอภิปรายกลุ่มร่วมกับบิดามารดาคนอื่นๆ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง เป็น เวลา 6 สัปดาห์ส่วนที่เหลือ 56 ราย ไม่สะดวกมาเข้ากลุ่ม ได้รับเพียงคู่มือที่มีเนื้อหาใกล้เคียงกับ เนื้อหาที่สอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนจะมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่ม มีความ รู้เรื่องโรค การรักษาและการปฏิบัติดูแล รวมทั้งมีเจตคติและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของเด็ก ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเพียงคู่มืออย่างเดียว

แรซ และคณะ (Raz, et al. 1988 : 67 – 76) ได้พัฒนาโครงการให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยทำเป็นกลุ่มขนาดเล็กประมาณ 12 คน ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เรื่องโรค การรักษา และการควบคุมอาหาร มีการอภิปรายกลุ่ม รวมทั้งการสาธิตเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง มีการติดตามทุก 2 เดือน มีการทบทวนความรู้ทุก 4 เดือน และมีการติดตามประเมินผลเมื่อผู้ป่วยเข้าโครงการครบ 12 เดือน พบว่า ความรู้เรื่อง โรคเบาหวานของผู้ป่วยไม่ได้เพิ่มขึ้น แต่ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และหลังอาหาร 2 ชั่วโมง รวมทั้งระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของญาติ

มอริสกี และคณะ (Morisky, et al. 1985 : 35 - 66) ได้ทำการศึกษาการให้สุขศึกษาแก่ครอบครัวเพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการสัมภาษณ์ให้คำปรึกษาแนะนำ และให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีรายละเอียดของการให้ยา ความสำคัญของการควบคุมน้ำหนัก และอาหาร ใช้เวลาศึกษา 3 ปี ผลปรากฏว่าในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในเรื่องการควบคุมน้ำหนักดีขึ้น และระดับของความดันโลหิตต่ำลงและคงทนกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมให้แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยนั้นเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ครูน (Kroon. 1985 : 67) ได้ศึกษาความจำเป็นในการให้สุขศึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดหัวใจพบว่า การที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจะช่วยทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้โดยการช่วยกันเปลี่ยนแนวทางการดำเนินชีวิตและความเคยชินต่างๆ ซึ่งเป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพทั้งของผู้ป่วยเอง และสมาชิกในครอบครัว

อีแวนส์ (Evans. 1995 : 306 – 311) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการฉายแสง จำนวน 72 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา กลุ่มที่ 2 ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ 3 ไม่ได้รับอะไรเลย ผลการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและได้รับการสนับสนุนจากสังคม สามารถลดอาการทุกข์ทรมานจากโรคและความวิตกกังวล ความซึมเศร้าได้ดีกว่า แต่ในระยะประเมินผล 6 เดือนพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม สามารถลดอาการทุกข์ทรมานจากโรคและความวิตกกังวล ความซึมเศร้าได้ดีกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

อิสราเอล และมูด (Israel and Mood. 1982 : 57 - 63) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีรักษาจำนวน 36 ราย โดยสุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน และยังแบ่งย่อยเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 6 คน การทดลองเริ่มให้ข้อมูล 3 ระยะคือ ก่อนให้การรักษา ขณะรับการรักษาในสัปดาห์ที่ 2 หรือ 3 และครั้งสุดท้ายของการรับรังสีรักษา ซึ่งจะเห็นว่าเวลาที่ให้ข้อมูลแตกต่างกันตามลักษณะความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในขณะนั้นและจุดสนใจของผู้ป่วย แล้ววัดระดับความรู้ พบว่า หลังได้ข้อมูลกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

จอห์นสัน (Johnson. 1982 : 117 - 123) ได้ศึกษาถึงผลของการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตและความรู้เกี่ยวกับโรคในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มเข้ากลุ่มๆ ละ 26 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความรู้ในเรื่องโรค การจัดการในปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น การสมาคมกับบุคคลอื่น ความพึงพอใจ

ในชีวิต การมีชีวิตอยู่อย่างจำกัด และแหล่งประโยชน์จากหนังสือ เกมส์ เทป ที่ได้จัดไว้ให้เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลตามปกติ ประเมินความวิตกกังวลจากแบบวัดของ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger. 1966) วัดจุดมุ่งหมายด้วยแบบทดสอบของ ครัมบาวกซ์ (Crumbaugh. 1966) และใช้แบบสอบถามวัดความรู้ พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ที่จัดขึ้นลดความวิตกกังวล และเพิ่มจุดหมายในชีวิตและความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ดอดด์ (Dodd. 1984 : 23 - 27) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับอาการข้างเคียงของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปที่กำลังรับรังสีรักษาจำนวน 30 ราย ที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของรังสีและกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกวัน ตามแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และวัดความวิตกกังวลด้วยแบบวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ในเรื่องรังสีรักษาดีจะดูแลตนเองดี ผู้ป่วยที่เอาใจใส่ต่ออาการข้างเคียงจากการรักษาจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง แต่ถ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการข้างเคียงไม่ถูกต้อง พฤติกรรมการดูแลตนเองจะต่ำ สำหรับความวิตกกังวลเกิดจากเชื่อว่าได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง ซึ่งบางรายมีเพิ่มขึ้นขณะรับรังสีรักษาแต่ไม่มีนัยสำคัญ

งานในประเทศไทย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอภิปรายกลุ่ม

กมลรัตน์ ตักดีสมบูรณ์ (2534 : ข) ศึกษาผลของการให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมของมารดาวัยรุ่น โดยการศึกษามารดาวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี จำนวน 60 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มร่วมกับได้รับคู่มือไปอ่าน กลุ่มที่ 2 ได้รับความรู้ตามปกติจากเจ้าหน้าที่และได้รับคู่มือไปอ่าน และกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติจากเจ้าหน้าที่อย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ 1 มีคะแนนการปฏิบัติในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ภายหลังคลอด 3 วัน และ 6 สัปดาห์สูงกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุดาพร ดำรงวานิช (2536 : 52 - 75) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยประยุกต์การอภิปรายกลุ่มร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเองและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยจัดการอภิปรายกลุ่ม 3 ครั้ง พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต ซึ่งมีผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้มากที่สุด และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้และพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ดาร์ณี คงหอม (2540 : 45 - 71) ได้ศึกษาผลการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคปอดอักเสบของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรอายุ 2-5 ปี อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง จำนวน 50 คน กิจกรรมประกอบด้วยการอภิปรายกลุ่ม การดูวีดีทัศน์ การแสดงบทบาทสมมติ การให้ข้อมูลทางหอกระจายข่าว การสาธิตการเช็ดตัวลดไข้ การแจกแผ่นพับ และการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ภายหลังการทดลอง มารดากลุ่มทดลองมีการรับรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคปอดอักเสบในบุตรสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าการรับรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอด

นุชจริย รัตนประภาศิริ (2540 : ก) ศึกษาผลการสอนแบบอภิปรายกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกซีเอฟี่ดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนแบบอภิปรายกลุ่ม และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนแบบปกติ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรที่ได้รับการสอนแบบอภิปรายกลุ่มมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เทพชาดา คิวสุวรรณ และคณะ (2540 : 10 - 18) ศึกษาผลการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับสตรีวัยก่อนหมดระดู โดยการอภิปรายกลุ่มร่วมกับการเสนอแนะเพิ่มเติมของทีมสุขภาพ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารและการปรับสภาพอารมณ์และจิตใจให้เหมาะสมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

เฉลิมพล ดันสกุล และประพิศ พิจิตรวัยปริษา (2540 : 72 - 77) ได้ศึกษาวิจัยถึงทดลองประยุกต์ กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้และประสบการณ์ โดยการอภิปรายกลุ่มร่วมกับได้รับคู่มือไปอ่าน 3 ครั้ง และได้รับการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง กลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้ตามปกติ พบว่าระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของญาติ

เรณู ช้างปุก (2529 : 125) ได้ศึกษาอิทธิพลของครอบครัวและเครือญาติ ต่อการตัดสินใจเข้ามาใช้บริการวิสัญญีการกำเนิดห้วงอนามัยของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านมีอิทธิพลสูงต่อการตัดสินใจเข้ามาใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ เนื่องจากความสนิทสนมชิดใกล้ ก่อให้เกิดความช่วยเหลือกันและกันทั้งในยามปกติ รวมทั้งในยามเจ็บไข้ได้ป่วยและประสบเหตุร้ายต่าง ๆ ด้วย

วัณณะ คล้ายดี (2530 : 128 - 131) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการสอนสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติผู้ป่วยในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี โดยการสอนสุขศึกษารายกลุ่ม กลุ่มละ 8 - 10 คน ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ และให้ญาติสนับสนุนผู้ป่วยทั้งทางจิตใจ อารมณ์ กำลังใจ และข้อมูลข่าวสาร โดยการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้องตามโปรแกรมการสนับสนุนที่ผู้วิจัยกำหนดไว้โดยให้ญาติบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อเป็นการสนับสนุนผู้ป่วย วิธีดังกล่าว ก่อให้เกิดการปฏิบัติของผู้ป่วยตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น

เกษร ลักษิตานนท์ (2532 : 65 - 67) ศึกษาประสิทธิผลของการให้การสนับสนุนทางสังคมจากสามีต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา โดยการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา และใช้ประโยชน์บัตรกระตุ้นเตือนการสนับสนุนภรรยา ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยเรื่องความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรองจิตร ชมสมุทร (2535 : 89) ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 67 คน กลุ่มทดลองได้รับสุขศึกษาตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยกำหนด และผู้วิจัยได้ส่งจดหมายกระตุ้นเตือนถึงญาติผู้ป่วย ให้เป็นผู้สนับสนุนและเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม คำแนะนำ โดยทำการส่งให้ญาติทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 6 ฉบับ นอกจากนั้นยังมีเอกสารแนบท้ายจดหมายเพื่อเพิ่มความรู้แก่ญาติผู้ป่วย จำนวน 6 เรื่อง โดยส่งพร้อมจดหมาย 3 ฉบับแรก ฉบับละ 2 เรื่อง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ กว่าการทดลอง และเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสรุปได้ว่าการให้ความรู้กับญาติสามารถทำให้แรงสนับสนุนจากญาติแก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้

ดวงกมล จันทรนิมิต (2538 : ก - ข) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติต่อพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุดรดิษฐ์ ในการศึกษาครั้งนี้มีการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมโดยให้ญาติและผู้ป่วยเข้ากลุ่มร่วมกันเป็นกลุ่มทดลองที่ 1 และประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงต่อการรับรู้โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและพฤติกรรมสนับสนุนของญาติ และระดับความดันโลหิตลดลงดี ขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติ พฤติกรรมการสนับสนุนของญาติ และความดันโลหิตลดลงดีกว่ากลุ่มทดลองที่ 2

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติ พฤติกรรมการสนับสนุนของญาติ และระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง พบว่า ญาติกลุ่มทดลองที่ 1 มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โรคความดันโลหิตสูง ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่าญาติกลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการสนับสนุนของญาติมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โรคความดันโลหิตสูง ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชไมพร มณีรัตนพันธ์ (2540 : ก) ได้ศึกษาผลการจัดกิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและญาติ โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 70 คน เป็นกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 35 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับกิจกรรมให้ความรู้ร่วมกับญาติมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองมากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับการจัดกิจกรรมให้ความรู้เฉพาะผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

มาลินี จรูญธรรม (2541 : 90 - 113) ศึกษาผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดต่อเนื้อครั้งแรก ณ โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 80 คน โดยการบรรยายและการอภิปรายกลุ่ม การทำสัญญาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสาธิต และฝึกปฏิบัติการหยอดยาและปิดตาอย่างถูกวิธี และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และการปฏิบัติในการดูแลตนเองถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ศิริพร นิลมภาชาติ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับญาติของผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 80 คน เป็นกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน โดยการประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยวิธีการบรรยายประกอบสื่อการอภิปราย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ และการใช้จดหมายกระตุ้นเตือน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นวัณโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการปฏิบัติหรือการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค พบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติที่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

ชฎาพร คงเพชร (2528 : ก - ข) ได้ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ โดยแบ่งผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารับการฉายแสงเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน ซึ่งได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับความรู้เรื่องการฉายแสง และการดูแลตนเองจากผู้วิจัย และกลุ่มควบคุม 15 คน ซึ่งได้รับการสอนตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำการ การประเมินสถานะทางสุขภาพและความรู้เรื่องการฉายแสงและการดูแลตนเองก่อนการฉายแสงของทั้ง 2 กลุ่ม จากนั้นได้ทำการประเมินสถานะทางสุขภาพ ความรู้เรื่องการฉายแสง การดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อฉายแสงครบ 4 และ 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีสถานะทางสุขภาพดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีความรู้เรื่องการฉายแสง การดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กฤษดา ดงศิริ (2531 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับการรังสีรักษา ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 ราย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้าน รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในอดีต และระยะของโรค มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

2. ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งอวัยวะที่เป็นโรค ระยะเวลาที่ได้รับการรังสีรักษา และความพึงพอใจในสุขภาพในอดีต มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความหวัง การรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

นวลชนิษฐ์ ลิ้มปณัสน์ (2531 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และจิตสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รับการฉายรังสี ณ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันมะเร็ง จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีอายุและระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ผ่องพรรณ กาวิวงศ์ (2533 : ก - ข) ศึกษาประสิทธิผลของระบบการพยาบาลในการสนับสนุนและให้ความรู้ ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 68 ราย ที่ได้รับรังสีรักษาจากโรงพยาบาลรามาริบัติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 ราย กลุ่มควบคุม 34 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลสนับสนุน และให้ความรู้ นอกเหนือจากปกติ และประเมินคุณภาพชีวิตตามตรชนีคุณภาพชีวิตของ พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant. 1985) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ (2533 : ก - ข) ศึกษาประสิทธิภาพของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 68 ราย กลุ่มทดลอง 34 ราย และกลุ่มควบคุม 34 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลสนับสนุน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้ปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

นิตยา ตากวิริยะนันท์ (2534 : ก - ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 ราย โดยใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลสุขภาพของโอเรม (Orem. 1985) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ และปัจจัยทั้งสองต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ($p < .001$) นอกจากนั้นยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ในขณะที่ได้รับรังสีรักษาน้อยกว่าภายหลังได้รับรังสีครบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สุรีย์พร มาลา (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาเปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความต้องการข้อมูล การได้รับข้อมูล และความแตกต่างระหว่างความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูล ในผู้ป่วยที่เริ่มรับรังสีรักษาและก่อนสิ้นสุดการรับรังสีรักษา โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 70 ราย โดยใช้ทฤษฎีความเครียด การประเมินและการเผชิญกับความเครียดของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ผลการวิจัยพบว่าในสัปดาห์แรกที่ได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงกว่า และได้รับข้อมูลน้อยกว่าในสัปดาห์สุดท้ายที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความต้องการข้อมูลนั้นพบว่า ผู้ป่วยต้องการข้อมูลสูงกว่าการได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการควบคุมตนเองและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแตกต่างระหว่างความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะในช่วงสัปดาห์แรกของการรับรังสีรักษา และความสามารถในการควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงสัปดาห์สุดท้าย

ที่ได้รังสรรค์

จารุวรรณ รัตมีเหลืองอ่อน (2535 : ก - ข) ได้ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่หน่วยรังสีรักษา วชิรพยาบาล จำนวน 40 ราย ผู้ป่วย 20 คนแรกอยู่ในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้ป่วย 20 คนต่อมาอยู่ในกลุ่มทดลองซึ่งใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่า และความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

เพิ่มพูน ธรรมเจริญ (2536 : ก - ข) ได้ศึกษาผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 38 ราย แบ่งกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติจากพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีคะแนนการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุภาพร องค์สุริยานนท์ (2537 : ก - ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่โรงพยาบาลราชวิถี จำนวนกลุ่มละ 60 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองโปรแกรมสุขศึกษาสามารถสร้างความคาดหวัง ในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาให้เกิดขึ้นได้ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีกว่า ก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .0001$)

อุไร ขลุ่ยนาถ (2540 : ก - ข) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยมากมายที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ส่วนใหญ่ต้องประสบกับความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย จิตใจ จากปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยแล้ว ยังต้องเผชิญกับวิธีการรักษาที่มีความซับซ้อน ตลอดจนอาการข้างเคียงจากการรักษา ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจึงเป็นภาวะ

ถูกความเป็นอยู่ยังต่อผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ตลอดจนถึงวิธีการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ การมีส่วนช่วยเหลือระดับประคองทางด้านจิตใจจากญาติ โดยการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในแต่ละระยะได้เหมาะสม ซึ่งพบว่าการสนับสนุนที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ต่างๆ กับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ในเรื่องการเจ็บป่วย การรับรังสีรักษา และจะช่วย ให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่ามีผู้อื่นที่เป็นเช่นเดียวกับตน การเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มจะช่วยลดความ วิตกกังวล สร้างความคาดหวังใหม่ได้มากขึ้น และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติทำให้ ผู้ป่วยเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ นำไปสู่ความพร้อมที่จะเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง และสามารถ ปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) โดยการนำแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบกับการให้สุขศึกษาตามปกติในกลุ่มควบคุม ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษาดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบแผนการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
4. การดำเนินการทดลอง
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ หน่วยรังสีรักษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาลจำนวน 88 คน (สถิติหน่วยรังสีรักษา ปี 2543)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ หน่วยรังสีรักษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 30 คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และมารับการรักษาตามนัดทุกรายในช่วงที่ทำการวิจัย โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษา แล้วจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. การเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ เป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอและต้องรับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรก ได้รับรังสีรักษาอย่างน้อย 3 สัปดาห์

สามารถอ่านออก เขียนได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินหรือการมองเห็น เป็นผู้ป่วยนอก พักอยู่ในกรุงเทพหรือปริมณฑล และยินดีเข้าร่วมในการทดลอง โดยคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจำนวน 15 คนแรกที่มาได้รับการรักษาเข้าเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษา แล้วจึงทำการคัดเลือกผู้ป่วยอีก 15 คนต่อมาเข้าเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา ได้แก่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ญาติไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกับผู้ป่วย และผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนจากรังสีรุนแรงจนเข้าร่วมกิจกรรมไม่ได้ตลอดตามโปรแกรมสุขศึกษา

2. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยทยอยทำทีละกลุ่มย่อย โดยมีผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปพร้อมญาติเข้ากลุ่ม จนกว่าจะครบ 15 คน โดยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนเสร็จสิ้นเรียบร้อย แล้วจึงเริ่มในกลุ่มทดลอง การดำเนินการเก็บข้อมูลที่ละกลุ่มเนื่องจาก

2.1 เป็นการยากสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ให้การรักษาพยาบาลที่จะให้การดูแลที่แตกต่างกันสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการในเวลาเดียวกัน

2.2 ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลที่ได้รับการดูแลไม่เหมือนกันจากการที่กลุ่มหนึ่งได้รับการจัดกระทำทดลองในขณะที่กลุ่มหนึ่งไม่ได้รับ อาจทำให้คิดว่าตนไม่ได้รับความสนใจจากเจ้าหน้าที่เท่ากับผู้ป่วยคนอื่นๆ

2.3 อีกประการหนึ่งคือ ป้องกันการปนเปื้อนของการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม จากการที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

แบบแผนการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยแบบแผนการวิจัย (Experimental design) ที่ใช้คือ Control group pretest posttest design (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 60 – 61) มีรูปแบบดังนี้

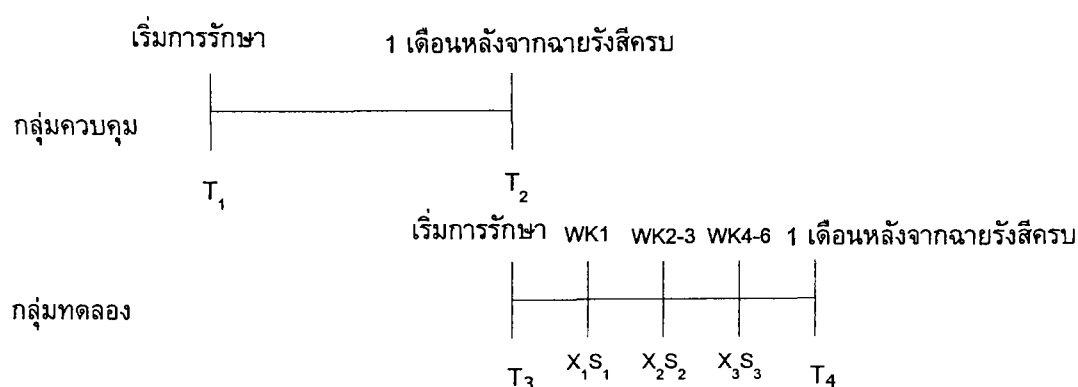
กลุ่มควบคุม	T ₁	~ X	T ₂
กลุ่มทดลอง	T ₃	X	T ₄

ภาพประกอบ 1 แบบแผนการวิจัย

โดยกำหนดให้

T_1, T_3	หมายถึง	การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบสอบถามก่อนทำการทดลอง (Pre-test)
T_2, T_4	หมายถึง	การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบสอบถามหลังทำการทดลอง (Post-test)
X	หมายถึง	โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการอธิบายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรม
~X	หมายถึง	การสอนสุขศึกษาตามปกติ

การดำเนินงานตามรูปแบบการทดลอง



ภาพประกอบ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงจะทำในกลุ่มทดลอง

โดยกำหนดให้

T_1, T_3	หมายถึง	การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test)
T_2, T_4	หมายถึง	การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการฉายรังสีครบ 1 เดือน (Post-test)
x_1, x_2, x_3	หมายถึง	โปรแกรมสุขศึกษาที่ให้ในกลุ่มทดลอง โดยการจัดกิจกรรมการอธิบายกลุ่มย่อยจำนวน 3 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกของการรักษา ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 - 3 และครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 - 6
s_1, s_2, s_3	หมายถึง	การได้รับการสนับสนุนจากญาติในกลุ่มทดลอง โดยการจัดให้ญาติเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมผู้ป่วยทุกครั้ง

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1.1.1 แผนการสอนแบบอภิปรายกลุ่ม เป็นแผนการสอนแบบกลุ่มย่อยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา วารสาร งานวิจัยและบทความต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่ม เกี่ยวกับเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข การอภิปรายบทบาทของญาติในการสนับสนุนผู้ป่วย ในการทดลองจะทยอยทำเป็นกลุ่มย่อย โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยแต่ละครั้ง มีจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปพร้อมญาติ ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่บ้านและเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเลือกเอง และพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มพร้อมกับผู้ป่วยทุกครั้งที่มีกิจกรรมเข้ากลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม จัดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มย่อยจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 - 3 สัปดาห์ คือ ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์แรกที่ได้รับรังสีรักษา ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 - 3 และครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 - 6 การดำเนินการอภิปรายกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระยะ ทั้ง 3 ระยะนี้ กระทำต่อเนื่องกันเป็นเวลาประมาณ 1 - 1 1/2 ชั่วโมง ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่ม และสมาชิกด้วยตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิกกลุ่ม ระยะเวลาในการอภิปรายกลุ่ม และหัวข้อในการอภิปรายกลุ่ม กิจกรรมในระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรงโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความรู้สึกและความคิดเห็นซึ่งกันและกันในระหว่างกลุ่มผู้ป่วย พร้อมกับร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ผู้วิจัยเป็นผู้คอยกระตุ้นโดยการสร้างคำถามนำเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้มีการอภิปรายอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงคำพูดและความคิดเห็นของผู้ป่วย ตลอดจนให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตอบข้อสงสัยพร้อมกับให้ความรู้และคำแนะนำในโอกาสที่เหมาะสม ตลอดจนสังเกตปฏิกิริยาในกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง เมื่อสิ้นสุดระยะนี้ สมาชิกกลุ่มสามารถระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะที่รับรังสีรักษาและแนวทางการแก้ไข

ปัญหาเบื้องต้นด้วยตัวผู้ป่วยเอง ตลอดจนบอกแนวทางการดูแลตนเองขณะรับรังสีรักษาและ
ภายหลังการฉายรังสีครบ กิจกรรมในระยะที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 40 – 45 นาที

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปความรู้
ประสบการณ์ต่างๆที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม แสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังจากการอภิปราย
กลุ่ม ประเมินจากการที่สมาชิกกลุ่มแสดงออกถึงความพึงพอใจที่ตนเองได้เข้าร่วมกลุ่ม รู้สึกสบาย
ใจหรือมีความมั่นใจที่จะดูแลตนเองมากขึ้น และให้คู่มือการดูแลตนเองขณะได้รับรังสีรักษาไปอ่าน
ทบทวนที่บ้าน กิจกรรมในระยะที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที

1.1.2 การใช้ตัวแบบ ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษา
ด้วยรังสีจนครบแล้ว และไม่อ่อนเพลียหรือกำลังมีภาวะแทรกซ้อน เป็นตัวแบบ

1.1.3 คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่
ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงมาจากคู่มือการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายแสงบริเวณศีรษะ
และคอ เรียบเรียงโดย พัทธภูมิ ภัทรนุชาพร และเยาวลักษณ์ ชาญศิริปี (2533)

1.1.4 แบบบันทึกการได้รับการสนับสนุนจากญาติ

แบบบันทึกการได้รับการสนับสนุนจากญาติ โดยสามี ภรรยา บุตร
หรือญาติผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดที่มาร่วมกิจกรรมทุกครั้ง เป็นผู้บันทึกทุกครั้งที่ให้แรงกระตุ้น
ช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ในส่วนนี้ไม่นำมาคิดคะแนนเมื่อสิ้นสุดการทดลอง เนื่องจากถือเป็นการ
กระทำตามสัญญาการให้แรงกระตุ้นแก่ผู้ป่วยเท่านั้น

การสร้างโปรแกรมสุขศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างโปรแกรมสุขศึกษา ตามขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาจากตำราการวัดและประเมิน

ผลทางสุขศึกษา

3. สร้างแผนการสอนแบบอภิปรายกลุ่มย่อย และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง
ศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

4. นำเครื่องมือไปให้ประธานและคณะกรรมการควบคุมปริญญาพันธ์พิจารณา และ
ทำการปรับปรุงแก้ไข

5. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความชัดเจน เกี่ยวกับการ
ใช้ภาษา ความถูกต้องเหมาะสมของแนวคิดในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปราย
กลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำชี้แนะ

การหาคุณภาพของโปรแกรมสุขศึกษา

ผู้วิจัยนำโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้การอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้างขึ้น นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 5 คน เพื่อดูความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมและระยะเวลาในการให้ความรู้ แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา วิธีเสียค่ารักษา ปัญหาการเงิน การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแล ระยะของโรค จำนวนปริมาณรังสีที่ได้รับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. แบบสอบถามความวิตกกังวล ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบระดับความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger) ที่ชื่อ The State - Trait Anxiety Inventory (STAI) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง นิตยา คชภักดี ดร.มาลี นิสสัยสุข และ ดร. สายฤดี วรกิจโกคาทร แบบสอบถามนี้มี 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form X-I) ประกอบด้วยข้อรายการที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นขณะทำแบบสอบถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับความรู้สึกเป็น 4 ระดับดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึง	ไม่ตรงกับความรู้สึกขณะนั้นของผู้ตอบ
มีบ้าง	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกขณะนั้นของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนั้นค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนั้นมากที่สุด

ประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะความรู้สึกทางด้านบวกและลบอย่างละ 10 ข้อ ข้อความที่เป็นความรู้สึกทางด้านบวกได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 ข้อความที่เป็นความรู้สึกทางด้านลบได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 และการให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ ดังนี้

ข้อความที่รู้สึกทางบวก

มากที่สุด	กำหนดให้คะแนนเป็น	4
ค่อนข้างมาก	กำหนดให้คะแนนเป็น	3
มีบ้าง	กำหนดให้คะแนนเป็น	2
ไม่มีเลย	กำหนดให้คะแนนเป็น	1

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ

มากที่สุด	กำหนดให้คะแนนเป็น	1
ค่อนข้างมาก	กำหนดให้คะแนนเป็น	2
มีบ้าง	กำหนดให้คะแนนเป็น	3
ไม่มีเลย	กำหนดให้คะแนนเป็น	4

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง มีชื่อเรียกว่า The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form X-II ลักษณะการประเมินระดับความวิตกกังวลนี้เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่วไป จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับความรู้สึกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ
มีบ้าง	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

ประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะความรู้สึกทางด้านบวกและลบ โดยข้อความที่เป็นความรู้สึกทางด้านบวกมี 13 ข้อ คือ 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18 และ 20 ข้อความที่เป็นความรู้สึกทางด้านลบ 7 ข้อ คือ 1, 6, 7, 10, 13, 16, และ 19 การให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความดังนี้

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก

มากที่สุด	กำหนดให้คะแนนเป็น	4
ค่อนข้างมาก	กำหนดให้คะแนนเป็น	3
มีบ้าง	กำหนดให้คะแนนเป็น	2
ไม่มีเลย	กำหนดให้คะแนนเป็น	1

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ

มากที่สุด	กำหนดให้คะแนนเป็น	1
ค่อนข้างมาก	กำหนดให้คะแนนเป็น	2
มีบ้าง	กำหนดให้คะแนนเป็น	3
ไม่มีเลย	กำหนดให้คะแนนเป็น	4

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความวิตกกังวลแบบสเตท และแบบเทรท (Form X-I และ X-II) ในการประเมินความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างในช่วงก่อนการทดลอง และแบบวัดความวิตกกังวลแบบสเตท (Form X-I) หลังการทดลองอีกครั้ง

การแปลความหมายของคะแนน

ความวิตกกังวลแต่ละตอนเป็นคะแนนรวมจากแบบวัด ซึ่งมีค่าต่ำสุด 20 คะแนน และค่าสูงสุด 80 คะแนน

การแบ่งระดับความวิตกกังวล เนื่องจากสปีลเบอร์เกอร์และคณะไม่ได้แบ่งช่วงคะแนนของระดับความวิตกกังวลจากแบบประเมินที่สร้างไว้ ผู้วิจัยจึงพิจารณาแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามผลการศึกษาของชนิษฐา นาคะ (2534 : 34) ดังนี้

คะแนน	20 – 40	คะแนน	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย
คะแนน	41 – 60	คะแนน	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
คะแนน	61 – 80	คะแนน	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลระดับสูง

3. แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ผู้วิจัยดัดแปลงสร้างขึ้นจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาของ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัย จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป มี 11 ข้อ คือ ข้อ 1 - 11
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามวัย มี 4 ข้อ คือ ข้อ 12 - 15
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย มี 17 ข้อ คือ ข้อ 16 - 32

ข้อความที่ใช้ในแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวกและข้อความที่มีความหมายทางลบ ในแต่ละข้อความผู้ตอบต้องเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเห็นจริงที่ตนเองปฏิบัติอยู่ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเป็นประจำสม่ำเสมอหรือทุกวัน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเป็นบางครั้งหรือบางวันเท่านั้น
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่มีพฤติกรรมหรือไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเลย

การกำหนดคะแนน มีดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ	ได้	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ได้	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ได้	0	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	ได้	0	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ได้	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ได้	2	คะแนน

โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 :

10) ซึ่งคำนวณ ค่าเฉลี่ย = $\frac{\text{max} - \text{min}}{\text{interval}}$

ค่าเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายความว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.33 หมายความว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายความว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับควรปรับปรุง

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและคอและรังสีรักษา

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีสร้างเครื่องมือจากตำราการวัดผลการศึกษา การวัดและประเมินผลทางการศึกษา

3. สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ, ปฏิบัติบางครั้ง, และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 40 ข้อ

4. นำแบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สร้างขึ้นให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาโทพิจารณา ตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความชัดเจนของการใช้ภาษา ความตรงตามเนื้อหา และความตรงเชิงโครงสร้างให้มีความถูกต้อง

5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบแล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข

6. นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

7. ตรวจสอบหาคุณภาพเครื่องมือที่นำไปทดลองใช้

8. ปรับปรุง แก้ไขเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ

โดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่สร้างขึ้น จำนวน 40 ข้อ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ได้จำนวน 40 ข้อ

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาคุณภาพของแบบสอบถาม ดังนี้

2.1 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) (สุนีย์ รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117 – 118) และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป ได้จำนวน 32 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.24 - 0.83

2.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) (สุนีย์ รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118) แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้ค่าความเชื่อมั่น .89 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง ได้ค่าความเชื่อมั่น .85 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่น .94

การดำเนินการทดลอง

1. ขั้นตอนเตรียมงาน

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒถึงผู้อำนวยการสำนักการแพทย์และผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.2 ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าสาขารังสีวิทยา พยาบาลหัวหน้าหน่วยงานรังสีวิทยาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในหน่วยรังสีวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 วางแผนในการดำเนินการอภิปรายกลุ่ม

1.3.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัย เพื่อให้เกิดประสบการณ์ในการเป็นผู้นำกลุ่มที่มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการเป็นผู้นำกลุ่ม ผู้วิจัยจึงได้เข้าสังเกตการณ์การเป็นผู้นำกลุ่ม โดยนักศึกษาคู่เชี่ยวชาญในการเป็นผู้นำกลุ่ม ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 950 ถนนพระพินธุชา ตำบลท่าพี่เลี้ยง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเข้ารับการฝึกปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่ม โดยมีผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและให้คำแนะนำ 1 ครั้งและฝึกปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พร้อมทั้งใช้แถบบันทึกเสียง บันทึกเสียงการเป็นผู้นำกลุ่มไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของผู้วิจัย

1.3.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาล 2 ท่าน เพื่อร่วมจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุศึกษา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการอภิปรายกลุ่ม และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

1.3.3 การเตรียมสถานที่ในการอภิปรายกลุ่ม

1.3.4 การเตรียมผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาจนครบแล้ว และมีการดูแลตนเองได้ดี ในการเป็นตัวแบบเข้าร่วมในการอภิปรายกลุ่ม

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอจากหน่วยรังสีรักษาวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยดูจากสมุดรายชื่อผู้ป่วยที่ปรึกษา Tumor Clinic หรือสมุดนัดผู้ป่วยใหม่เพื่อรับการรักษารังสี ผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้ป่วยใหม่ 15 คนแรกที่มาได้รับการรักษาและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เข้าเป็นกลุ่มควบคุมและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเสร็จก่อน แล้วจึงคัดเลือกผู้ป่วยอีก 15 คนต่อมาเข้าเป็นกลุ่มทดลอง

2.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติโดยการแนะนำตัว พูดคุย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา และจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.3 ผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยกลุ่มควบคุมก่อนและตามด้วยกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลให้แล้วเสร็จทีละกลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม

เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 15 คนแรก ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ จากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษา โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูล 2 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันที่ 1-2 ที่ผู้ป่วยมารับรังสีรักษา ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จดบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากทะเบียนประวัติ หลังให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และแจกคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ครั้งที่ 2 ภายหลังการสิ้นสุดการรักษาด้วยรังสี ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ภายหลังการได้รับรังสีรักษาครบ 1 เดือน

กลุ่มทดลอง

เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 15 คนหลัง ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย ที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันที่ 1-2 ที่ผู้ป่วยมารับรังสีรักษา ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จดบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากทะเบียนประวัติและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และแจกคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่ผู้วิจัย เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 2 ภายหลังการสิ้นสุดการรักษาด้วยรังสี ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ภายหลังการได้รับรังสีรักษาครบ 1 เดือน

2.4 การดำเนินการทดลอง สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยนัดวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในการทดลองจะทยอยทำเป็นกลุ่มย่อย จนกว่าจะครบ 15 คน โดยในการอภิปรายกลุ่มย่อยแต่ละครั้ง จะมีจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปพร้อมญาติ ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่บ้านและเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเลือกเอง และพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มพร้อมกับผู้ป่วยทุกครั้ง เข้ากลุ่มพร้อมกัน โดยมีผู้วิจัย

เป็นผู้นำกลุ่ม จัดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มย่อยจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 – 3 สัปดาห์ คือ ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์แรกที่ได้รับรังสีรักษา ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 - 3 และครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 - 6 การดำเนินการอภิปรายกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระยะ ทั้ง 3 ระยะนี้ กระทำต่อเนื่องกันเป็นเวลา ประมาณ 1 - 1 1/2 ชั่วโมง ดังนี้คือ

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1

วิธีดำเนินการและกิจกรรม

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย สมาชิกกลุ่มและญาติ จัดผู้ป่วยให้นั่งเป็นวงกลม

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนอภิปรายกลุ่ม

3. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติ ได้ทำความรู้จักกัน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยให้แต่ละคนแนะนำตนเอง เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มทักทายกัน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดคุย บอกเล่าอาการเจ็บป่วยของตนเอง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา เพื่อให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกซึ่งกันและกัน

2. การอภิปรายกลุ่ม ผู้วิจัยกล่าวเกริ่นนำ โดยซักถามผู้ป่วยและญาติว่า ท่านได้รับความรู้หรือคำบอกเล่าเกี่ยวกับการฉายรังสีจากใคร หรือแหล่งใดบ้าง ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นและร่วมอภิปรายในประเด็นต่างๆดังนี้

- การฉายรังสี
- วิธีการปฏิบัติตัวในขณะที่ฉายรังสี
- อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังการฉายรังสี
- วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังการฉายรังสี
- บทบาทของญาติในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยคอยเชื่อมโยงความคิดเห็น และชี้แนะเพิ่มเติมในประเด็นที่กลุ่มไม่เข้าใจหรือยังไม่ครอบคลุม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย แนวทางที่จะนำไปปฏิบัติตัวในขณะที่ฉายรังสี

4. ผู้วิจัยถามประสบการณ์ของญาติแต่ละคนว่าได้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ให้ญาติผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงการให้ความช่วยเหลือ พูดคุยแลกเปลี่ยนวิธีการให้แรงกระตุ้น และช่วยเหลือผู้ป่วยของญาติแต่ละคนที่สามารถจะช่วยผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยสรุปคำตอบของทุกคน และเพิ่มเติมให้ครอบคลุมบทบาทของญาติในการกระตุ้นเตือนและให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งญาติควรมีบทบาทดังนี้ คือให้การสนับสนุนผู้ป่วยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ เช่น การใช้คำพูดแสดงความห่วงใย ยกย่อง ให้กำลังใจ ให้การชมเชย เพื่อให้ผู้ป่วย

สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะของโรค ให้ข้อมูลด้านการสื่อสาร เช่น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ด้านความช่วยเหลือ เช่น ช่วยประกอบอาหาร ช่วยงานบ้าน ช่วยพาไปโรงพยาบาล หรือช่วยเหลือด้านการเงิน พร้อมทั้งให้การกระตุ้นเตือนแก่ผู้ป่วย เช่น เตือนให้รับประทานยา เตือนให้มาตรวจตามนัด เป็นต้น

5. ผู้วิจัยแจกคู่มือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และแบบบันทึกการได้รับการสนับสนุนจากญาติ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด วิธีการ บันทึกที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองที่บ้าน

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม

1. สมาชิกร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้พูดคุยกัน และผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย

2. ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ที่นัดพบครั้งต่อไปในอีก 2 สัปดาห์ โดยระบุวัน เวลาในบัตรนัดเข้าร่วมกิจกรรมแก่ผู้ป่วยและญาติ

3. สมาชิกกลุ่มร่วมกันรับประทานอาหารว่าง ซึ่งผู้วิจัยจัดเป็นเครื่องดื่มที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสทำความรู้จักสนิทสนมกันมากขึ้น

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2

วิธีดำเนินการและกิจกรรม

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. สร้างสัมพันธภาพ จัดให้ผู้ป่วยและญาตินั่งสลับกันเป็นวงกลม กล่าวทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2

2. เปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายพูดคุยกันในกลุ่มเพื่อความสนิทสนมกันมากขึ้น

3. พุดคุยกับสมาชิกในเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในช่วงที่ผ่านมา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรมด้วยการซักถามสมาชิกถึงการดูแลสุขภาพตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มเล่าถึงผลการปฏิบัติในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี พร้อมวิธีแก้ไข ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง การได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากญาติ โดยประเมินจากแบบบันทึกการได้รับการสนับสนุนจากญาติ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

2. การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบจริง คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และมีการปฏิบัติตัวถูกต้องในการดูแลตนเองขณะได้รับรังสีรักษา ได้ร่วมพูดคุยเกี่ยวกับวิธีการในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อนขณะรับรังสีรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทุกคนเห็นตัวอย่างจากเพื่อนและเกิดความรู้สึกว่าตนเองก็มีความสามารถที่จะทำได้ (รับรู้ความสามารถตนเอง)

3. สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวแบบ แนวทางการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง สิ่งที่ได้จากตัวแบบ และแนวทางในการปฏิบัติตัวที่ได้จากตัวแบบ

4. ร่วมกันอภิปรายปัญหา และอุปสรรค ที่ทำให้สมาชิกบางคนยังมีปัญหาในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะรับรังสีรักษา นำปัญหานั้นมาร่วมพิจารณาในกลุ่ม โดยให้สมาชิกกลุ่มคัดเลือกปัญหาที่คิดว่าสามารถแก้ไขได้มาร่วมกันแก้ไข โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้เพิ่มเติมตามกลุ่มที่ต้องการและร่วมกับสมาชิกกลุ่ม สรุปเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง

5. ผู้วิจัยพูดชักจูงให้สมาชิกเกิดความมั่นใจ ในการปฏิบัติตามแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้จากกลุ่ม และให้สมาชิกแจ้งผลการปฏิบัติตามแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้จากกลุ่มให้กลุ่มทราบในการพบกลุ่มครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม

1. สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้พูดคุยร่วมกัน เพื่อให้ได้แนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อที่สมาชิกจะนำไปปฏิบัติต่อไป

2. ผู้วิจัย นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่นัดพบครั้งต่อไปในอีก 2 สัปดาห์ โดยระบุวันเวลาในบัตรนัด มอบบัตรนัดและแบบบันทึกการได้รับการสนับสนุนจากญาติแก่ผู้ป่วย อธิบายวิธีการบันทึกอีกครั้ง

3. สมาชิกกลุ่มร่วมรับประทานอาหารว่าง ซึ่งผู้วิจัยจัดเป็นเครื่องดื่มที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3

วิธีดำเนินการและกิจกรรม

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. สมาชิกกลุ่มพร้อมกัน ณ ห้องจัดกิจกรรม ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม และชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดกิจกรรมครั้งที่ 3

2. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มทักทาย พูดคุยกันเพื่อความสนิทสนม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติใช้ในการอภิปรายกลุ่มครั้งที่ 2 ให้แรงเสริมโดยผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม สำหรับเพื่อนสมาชิกที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อจูงใจให้สมาชิกมีพฤติกรรมที่ยั่งยืนและเป็นผลดีต่อตนเองต่อไป และร่วมอภิปรายถึงผลดีจากการปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาดตามมติกลุ่ม

2. อภิปรายกลุ่ม โดยให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในประเด็น “ จะดูแลตนเองอย่างไร ภายหลังการฉายรังสีครบ ”

3. ผู้วิจัยซักถามญาติถึงการกระตุ้นเตือนและการให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วย และทบทวนบทบาทญาติในการให้การสนับสนุนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

4. ให้สมาชิกในกลุ่มพูดถึงปัญหาความต้องการขณะเข้ากลุ่ม แสดงความคิดเห็นและสรุปประเด็นเกี่ยวกับประโยชน์และผลที่ได้รับจากการดูแลตนเอง ตลอดโปรแกรม สุขศึกษาที่ผ่านมา

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม

1. ผู้วิจัย สรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญต่าง ๆ จากการอภิปรายกลุ่ม
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามปัญหาเพิ่มเติมและแสดงความรู้สึกต่อการเข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มตามโปรแกรมสุขศึกษา
3. แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการทำกลุ่ม พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณสมาชิกที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
4. ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างอีก 4 สัปดาห์ ซึ่งตรงกับวันที่แพทย์นัดมาตรวจ ภายหลังการฉายรังสีครบ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการเข้าร่วมในโปรแกรมสุขศึกษา โดยระบุวัน เวลาในบัตรนัดผู้ป่วย

การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา ครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้นัดหมายกับผู้ป่วยมารับการตรวจร่างกายตามนัด และเพื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับที่ใช้ก่อนการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

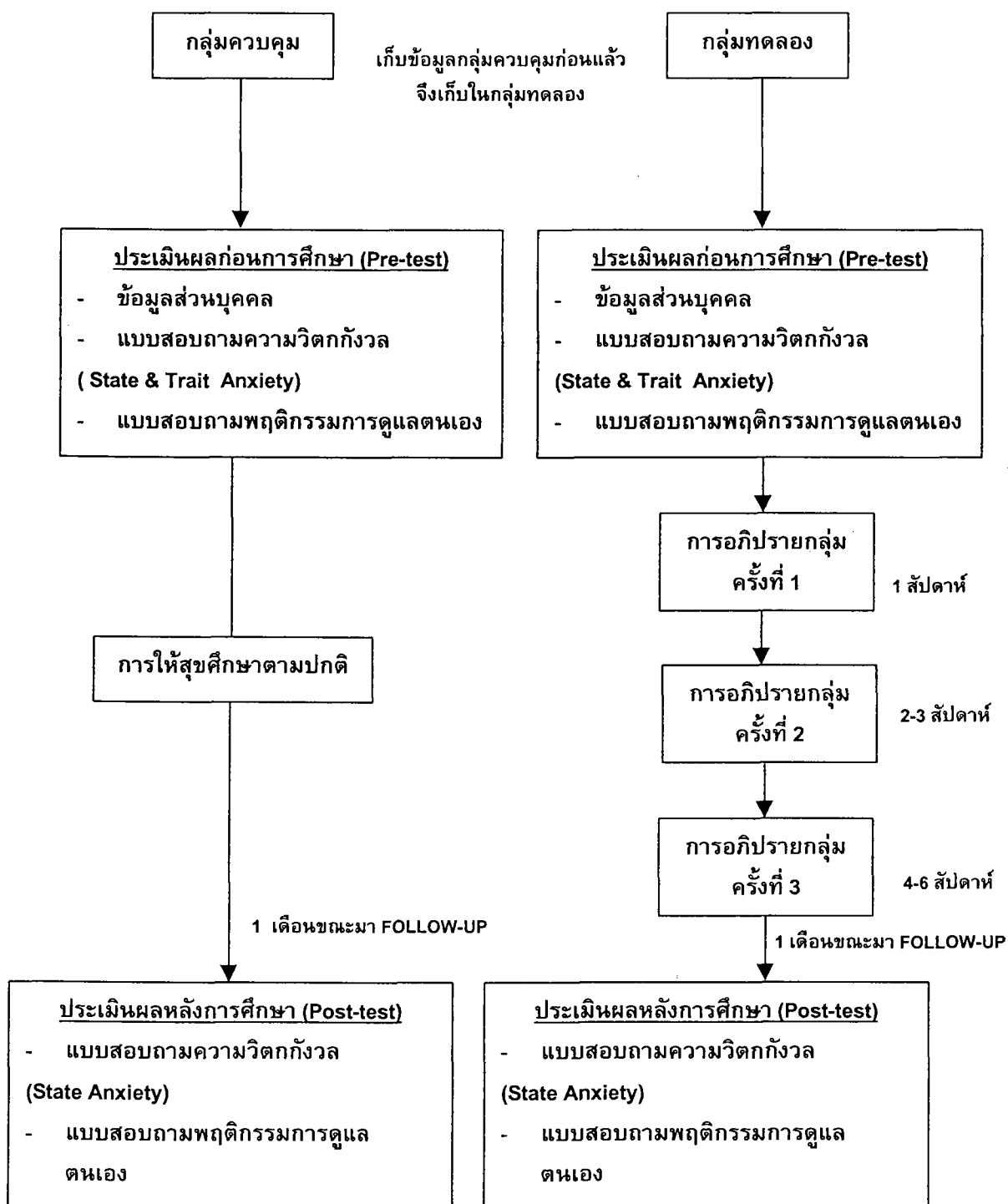
ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มต้นที่กลุ่มควบคุมก่อนแล้ว จึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง มีขั้นตอนดังนี้คือ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการสำนักการแพทย์และผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อขออนุมัติทำการศึกษาวิจัย
2. ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าสาขารังสีวิทยา พยาบาลหัวหน้าหน่วยรังสีรักษาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยชี้แจงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในแผนกรังสีวิทยา เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆ ในการวิจัย

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยกลุ่มควบคุม แล้วตามด้วยกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลให้แล้วเสร็จทีละกลุ่ม ในกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนตามโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มควบคุมได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหน่วยรังสีรักษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการทดสอบก่อนการทดลอง และทดสอบหลังการทดลอง ภายหลังการได้รับการสอนสุขศึกษา ตามแผนการศึกษาวิจัย ดังภาพประกอบที่ 4

5. นำข้อมูลที่ได้มาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี



ภาพประกอบ 4 แสดงการเก็บรวบรวมข้อมูล

การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามทั้ง 3 ตอน มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูป ตามลำดับดังนี้

1. นำแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นำมาลงรหัส
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
 - 2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
 - 2.3 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติวิลคอกซอนแมชแพร์ซายน์เรงค์เทสต์ (The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Rank Test)
 - 2.4 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติแมน วิทนี ยู เทสต์ (The Mann Whitney U Test)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

- 1.1 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2531 : 259)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	p	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นค่าร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนน (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 36)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
	$\sum X$	แทน	ค่าผลรวมของคะแนน
	n	แทน	จำนวนคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน (Standard deviation) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 65)

$$s = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	s	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum X$	แทน	ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
	n	แทน	จำนวนคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ โดยวิธีของโรวินลลี และแฮมเบิลตัน (Rovinelli and Hambleton) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117) จากสูตร

$$IC = \frac{\sum R}{n}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการวัด
	$\sum R$	แทน	ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	n	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาอำนาจจำแนกของแบบสอบพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยหาค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
 n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum x^2$ แทน ผลรวมกำลังสองของคะแนน X
 $\sum y^2$ แทน ผลรวมกำลังสองของคะแนน Y
 $\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณของคะแนน X คะแนน Y

2.3 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัก (Cronbach alpha coefficient) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
 n แทน จำนวนข้อของข้อคำถาม
 $\sum S_i^2$ แทน ผลรวมของคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
 S_t^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติวิลคอกซอนแมชแพร์ซายน์แรงค์เทสต์ (The Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test) มีขั้นตอนดังนี้ (Siegel. 1959 : 75 - 83)

ขั้นที่ 1 กำหนดสมมติฐานเพื่อการทดสอบ

ขั้นที่ 2 หาผลต่างของข้อมูลแต่ละคู่ $D_i = X_i - Y_i$; $i = 1, 2, \dots, n$

ขั้นที่ 3 ให้ลำดับของ D_i โดยไม่คิดเครื่องหมาย (rank $|D_i|$)

ขั้นที่ 4 ให้เครื่องหมายของลำดับตามเครื่องหมายเดิม (signed rank of $|D_i|$)

ขั้นที่ 5 คำนวณ $T^+ =$ ผลรวมของลำดับที่มีเครื่องหมายบวก

$T^- =$ ผลรวมของลำดับที่มีเครื่องหมายลบ

$T = \min(T^+, T^-)$

ค่า T คือผลรวมของลำดับที่ซึ่งมีเครื่องหมายเหมือนกัน (เลือกค่าน้อย)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติแมน วิทนี ยู เทสต์ (The Mann Whitney U Test) มีขั้นตอนการทดสอบดังนี้ (Siegel. 1959 : 116 -127)

ขั้นที่ 1 ตั้งสมมติฐานที่จะทำการทดสอบ

ขั้นที่ 2 ให้ลำดับของข้อมูลตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยถือเสมือนข้อมูลตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เป็นข้อมูลกลุ่มเดียวกัน โดยเรียงลำดับจากน้อยไปหามาก กรณีที่ข้อมูลมีค่าเท่ากันหลายค่าให้ใช้ลำดับที่เฉลี่ยของข้อมูลที่เท่ากันนั้น

ขั้นที่ 3 หาผลรวมของลำดับที่ของข้อมูลตัวอย่างแต่ละกลุ่ม นั่นคือ

$\sum R_1 =$ ผลรวมของลำดับที่มีเครื่องหมายบวก

$\sum R_2 =$ ผลรวมของลำดับที่มีเครื่องหมายลบ

$n_1 =$ กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มจากประชากรกลุ่มที่ 1 (กลุ่มเล็ก)

$n_2 =$ กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มจากประชากรกลุ่มที่ 2 (กลุ่มใหญ่)

ขั้นที่ 4 คำนวณหาค่า U ; $U = \min(U_1, U_2)$

$$\text{โดยที่ } U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - \sum R_1$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - \sum R_2$$

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย ดังนี้คือ

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
s	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ย
Z	แทน	ค่าสถิติ Z
U	แทน	ค่าสถิติ Mann Whitney U test
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
กลุ่มทดลอง	แทน	โปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มี ญาติเข้าร่วมกิจกรรม
กลุ่มควบคุม	แทน	โปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา วิธีเสียค่ารักษา ปัญหาการเงิน การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแล ตำแหน่งของโรค ระยะของโรค จำนวนปริมาณรังสีที่ได้รับ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระหว่างได้รับรังสีรักษา โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย ที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทั้งกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการจัดโปรแกรมสุขศึกษา และภายหลังจัดโปรแกรมสุข ศึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการแยกวิเคราะห์ข้อมูลด้านความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตก กังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test และเปรียบเทียบความแตก ต่างของคะแนนความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าสถิติ The Mann-Whitney U Test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่ ขณะรับรังสีรักษา วิธีเสียค่ารักษา ปัญหาการเงิน การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแล ตำแหน่งของโรค ระยะของโรค จำนวนปริมาณรังสีที่ได้รับ โดยแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา วิธีเสียค่ารักษา ปัญหาการเงิน การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บุคคลในครอบ ครัวที่ให้การดูแล ตำแหน่งของโรค ระยะของโรค จำนวนปริมาณรังสีที่ได้รับ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	14	93.3	13	86.7
หญิง	1	6.7	2	13.3
รวม	15	100.0	15	100.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
2. อายุ				
≤ 30 ปี	-	-	1	6.7
31 - 40 ปี	1	6.7		6.7
41 - 50 ปี	7	46.7	1	13.3
51 - 60 ปี	4	26.7	2	33.3
61 - 70 ปี	2	13.3	5	26.7
70 ปีขึ้นไป	1	6.7	4	13.3
รวม	15	100.0	2	100.0
3. ศาสนา				
พุทธ	15	100.0	14	93.3
อิสลาม	-	-	1	6.7
รวม	15	100.0	15	100.0
4. สถานภาพสมรส				
โสด	4	26.7	2	13.3
คู่	9	60.0	9	60.0
หม้าย	1	6.7	1	6.7
หย่าร้าง	1	6.7	3	20.0
รวม	15	100.0	15	100.0
5. ภูมิลำเนา				
กรุงเทพ	10	66.7	10	66.7
ต่างจังหวัด	5	33.3	5	33.3
รวม	15	100.0	15	100.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
6. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	6.7	2	13.3
ประถมศึกษา	5	33.3	4	26.7
มัธยมศึกษา	4	26.7	5	33.3
ประกาศนียบัตร	5	33.3	2	13.3
ปริญญาตรี	-	-	2	13.3
รวม	15	100.0	15	100.0
7. อาชีพ				
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	4	26.7	2	13.3
ค้าขาย	3	20.0	1	6.7
ทำนา สวน ไร่	1	6.7	3	20.0
รับจ้าง	5	33.3	6	40.0
ไม่ได้ทำงาน	2	13.3	3	20.0
รวม	15	100.0	15	100.0
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
ไม่มีรายได้	3	20.0	4	26.7
ต่ำกว่า 2,100 บาท	-	-	-	-
2,001 - 5,000 บาท	6	40.0	5	33.3
5,001 - 10,000 บาท	3	20.0	4	26.7
10,001 - 20,000 บาท	2	13.3	2	13.3
มากกว่า 20,000 บาท	1	6.7	-	-
รวม	15	100.0	15	100.0
9. ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา				
บ้านตนเอง	10	66.7	11	73.3
บ้านลูก	3	20.0	3	20.0
บ้านญาติ	2	13.3	1	6.7
รวม	15	100.0	15	100.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
10. วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล				
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	5	33.3	4	26.7
เสียค่ารักษาเอง	1	6.7	2	13.3
มีบัตรสงเคราะห์	1	6.7	1	6.7
ประกันชีวิต	1	6.7	-	-
บัตรประกันสุขภาพ (30บาท)	7	46.6	8	53.3
รวม	15	100.0	15	100.0
11. ปัญหาการเงิน				
ไม่มีเลย	9	60.0	8	53.3
มีบ้างเล็กน้อย	4	26.7	3	20.0
ปานกลาง	1	6.7	2	13.3
มีมาก	1	6.7	2	13.3
รวม	15	100.0	15	100.0
12.* ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเจ็บป่วย				
พยาบาล	15	100.0	15	100.0
แพทย์	11	73.3	10	66.7
เจ้าหน้าที่หน่วยรังสีวิทยา	4	26.7	3	20.0
อื่น ๆ	1	6.7	2	13.3
13.* บุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแล				
พ่อ/แม่	2	13.3	3	20.0
สามี/ภรรยา	8	53.3	7	46.6
ลูก	6	40.0	5	33.3
พี่/น้อง	3	20.0	2	13.3
เพื่อน	-	-	1	6.7
บุคคลอื่น ๆ	1	6.7	2	13.3

* เลือกคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
14. ตำแหน่งของมะเร็ง				
ช่องปากและอโรฟาริงซ์	10	66.6	9	60.0
ช่องจมูกและนาโซฟาริงซ์	2	13.3	4	26.7
กล่องเสียง	2	13.3	1	6.7
อื่น ๆ (ไทรอยด์, CLN)	1	6.7	1	6.7
รวม	15	100.0	15	100.0
15. ระยะของมะเร็ง				
ระยะที่ 1	1	6.7	2	13.3
ระยะที่ 2	1	6.7	2	13.3
ระยะที่ 3	4	26.7	5	33.3
ระยะที่ 4	9	60.0	6	40.0
รวม	15	100.0	15	100.0
16. ปริมาณรังสีที่ได้รับ (cGy)				
4,000 – 5,000	2	13.3	6	40.0
5,001 – 6,000	6	40.0	5	33.3
6,001 – 7,000	7	46.6	4	26.6
รวม	15	100.0	15	100.0

จากตาราง 1 แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทย ศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มี เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา วิธีเสียค่ารักษา ปัญหาการเงิน การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแล ตำแหน่งของโรค ระยะของโรค จำนวนปริมาณรังสีที่ได้รับ ดังนี้

เพศ

กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเป็นเพศชาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.3 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 6.7

กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเป็นเพศชาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.7 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 13.3

อายุ

กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีอายุระหว่าง 41 - 50 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมามีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 และอายุระหว่าง 61 - 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.3 อายุระหว่าง 31 - 40 ปี และอายุ 70 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 6.7 เท่ากัน อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 53.27

กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมามีอายุระหว่าง 61 - 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 และอายุระหว่าง 41 - 50 ปีและ อายุ 70 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 13.3 และอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30ปีและอายุระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.7 เท่ากัน อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 56.20

ศาสนา

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา นับถือศาสนาพุทธ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา นับถือศาสนาพุทธ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงคือศาสนาอิสลามคิดเป็นร้อยละ 6.7

สถานภาพสมรส

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีชีวิตคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาพบว่าเป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 26.7 เป็นหม้ายและหย่าร้างคิดเป็นร้อยละ 6.7 เท่ากัน

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีชีวิตคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาพบว่าย่าร้างคิดเป็นร้อยละ 20.0 เป็นโสดคิดเป็นร้อยละ 13.3 และเป็นหม้ายคิดเป็นร้อยละ 6.7

ภูมิลำเนา

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 และต่างจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 33.3

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 และต่างจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 33.3

ระดับการศึกษา

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีระดับการศึกษาประถม และระดับการศึกษาประกาศนียบัตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากัน รองลงมา คือมีระดับ การศึกษามัธยม คิดเป็นร้อยละ 26.7 และไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 6.7

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีระดับการศึกษามัธยม ศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.7 และระดับการศึกษาปริญญาตรี, ประกาศนียบัตร, และไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 13.3 เท่า กัน

อาชีพ

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 26.7 ค้าขายคิดเป็น ร้อยละ 20.0 ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ทำนา สวน ไร่ คิดเป็นร้อยละ 6.7

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ ทำนา สวน ไร่ และไม่ได้ทำงานคิดเป็นร้อยละ 20.0 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 13.3 และค้าขายคิดเป็นร้อยละ 6.7

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,001 – 5,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ ไม่รายได้ และรายได้เฉลี่ย 5,001 – 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 20.0 รายได้เฉลี่ย 10,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 13.3 และ มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 6.7

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,001 – 5,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือไม่รายได้ และรายได้เฉลี่ย 5,001 – 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 26.7 และรายได้เฉลี่ย 10,001 – 20,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 13.3

ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา

กลุ่มทดลอง พบว่า ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา อยู่บ้านตนเองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็นบ้านลูกคิดเป็นร้อยละ 20.0 และบ้าน ญาติคิดเป็นร้อยละ 13.3

กลุ่มควบคุม พบว่า ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา อยู่บ้านตนเองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาเป็นบ้านลูกคิดเป็นร้อยละ 20.0 และบ้านญาติคิดเป็นร้อยละ 6.7

วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เสียค่ารักษาพยาบาล โดยใช้บัตรประกันสุขภาพ(30) บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.6 รองลงมาคือ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ คิดเป็นร้อยละ 33.3 และเสียค่ารักษาเอง, มีบัตรสงเคราะห์ , ประกันชีวิต คิดเป็นร้อยละ 6.7

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เสียค่ารักษาพยาบาล โดยใช้บัตรประกันสุขภาพ(30) บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ คิดเป็นร้อยละ 26.7 เสียค่ารักษาเองคิดเป็นร้อยละ 13.3 และมีบัตรสงเคราะห์คิดเป็นร้อยละ 6.7

ปัญหาการเงิน

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ไม่มีปัญหาการเงินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมามีบ้างเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 26.7 มีปัญหาปานกลางและมีมากคิดเป็นร้อยละ 6.7

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ไม่มีปัญหาการเงินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมามีบ้างเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 20.0 มีปัญหาปานกลางและมีมากคิดเป็นร้อยละ 13.3

ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100.0 รองลงมาคือแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 73.3 และเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีวิทยา คิดเป็นร้อยละ 26.7

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100.0 รองลงมาคือแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 66.7 และเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีวิทยา คิดเป็นร้อยละ 20.0

บุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแล

กลุ่มทดลอง พบว่าบุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาคือสามีหรือภรรยามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาคือลูก คิดเป็นร้อยละ 40.0 พี่หรือน้อง คิดเป็นร้อยละ 20.0 พ่อหรือแม่ คิดเป็นร้อยละ 13.3 บุคคลอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 13.3

กลุ่มควบคุม พบว่าบุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาคือสามีหรือภรรยามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.6 รองลงมาคือลูก คิดเป็นร้อยละ 33.3 พ่อหรือแม่ คิดเป็นร้อยละ 20.0, พี่หรือน้องและบุคคลอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 13.3 เท่ากันและเพื่อนคิดเป็นร้อยละ 6.7

ตำแหน่งของมะเร็ง

กลุ่มทดลอง พบว่าตำแหน่งของมะเร็งที่พบมากที่สุดคือบริเวณช่องปากและอโรฟาริงซ์ คิดเป็นร้อยละ 66.6 รองลงมาคือ ช่องจมูกและนาโซฟาริงซ์ และกล่องเสียงคิดเป็นร้อยละ 13.3 และอื่นๆ (ไทรอยด์, CLN) คิดเป็นร้อยละ 6.7

กลุ่มควบคุม พบว่าตำแหน่งของมะเร็งที่พบมากที่สุดคือบริเวณช่องปากและอโรฟาริงซ์ คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ ช่องจมูกและนาโซฟาริงซ์ คิดเป็นร้อยละ 26.7 และกล่องเสียงและอื่นๆ (ไทรอยด์, CLN) คิดเป็นร้อยละ 6.7

ระยะของมะเร็ง

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา อยู่ในระยะที่ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ ระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 26.7 และระยะที่ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 6.7

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา อยู่ในระยะที่ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ ระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 33.3 และระยะที่ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 13.3

ปริมาณรังสีที่ได้รับ (cGy)

กลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ได้รับปริมาณรังสีที่ฉายทั้งหมดระหว่าง 6,001 – 7,000 cGy มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.6 รองลงมาคือ 5,001 – 6,000 cGy คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 4000 – 5000 cGy คิดเป็นร้อยละ 13.3

กลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ได้รับปริมาณรังสีที่ฉายทั้งหมดระหว่าง 4000 – 5000 cGy มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ 5,001 – 6,000 cGy คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 6,001 – 7,000 cGy คิดเป็นร้อยละ 26.6

การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

นอกเหนือจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอตั้งที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลอื่นๆเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการข้างเคียงแต่ละอย่างที่เกิดขึ้นจากการได้รับรังสีรักษา ที่พบบ่อย 17 อย่างคือ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ผمร่วง เยื่อบุช่องปากอักเสบ เจ็บคอ กลืนลำบาก ปากแห้ง การสูญเสียการรับรสอาหาร อ้าปากลำบาก การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อคอถูกจำกัด คอแข็ง เคลื่อนไหวลำบาก เยื่อบุตาขาวอักเสบ ฟันผุ และหูอักเสบ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประกอบการอภิปรายผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ด้วย โดยการสัมภาษณ์ ติดตามเยี่ยมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านี้ในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ของอาการข้างเคียงแต่ละอย่างที่เกิดขึ้นจากการได้รับรังสีรักษาของ
กลุ่มทดลอง (n = 15) และกลุ่มควบคุม (n = 15)

อาการข้างเคียง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
1. อ่อนเพลีย	8 (53.3)	7 (46.7)	10 (66.7)	5 (33.3)
2. เบื่ออาหาร	9 (60.0)	6 (40.0)	11 (73.3)	4 (26.7)
3. คลื่นไส้	3 (20.0)	12 (80.0)	2 (13.3)	13 (86.7)
4. อาเจียน	2 (13.3)	13 (86.7)	1 (6.7)	14 (93.3)
5. น้ำหนักลด	8 (53.3)	7 (46.7)	10 (66.7)	5 (33.3)
6. ซีด	1 (6.7)	14 (93.3)	1 (6.7)	14 (93.3)
7. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง				
- ผิวหน้าดำคล้ำ	13 (86.7)	2 (13.3)	13 (86.7)	2 (13.3)
- ผิวหนังแดง ปวดแสบปวดร้อน	-	15 (100.0)	2 (13.3)	13 (86.7)
- ผิวหนังพุพอง	-	15 (100.0)	1 (6.7)	14 (93.3)
8. ผมร่วง	-	15 (100.0)	1 (6.7)	14 (93.3)
9. เยื่อบุช่องปากอักเสบ	10 (66.7)	5 (33.3)	11 (73.3)	4 (26.7)
10. เจ็บคอ กลืนลำบาก	11 (73.3)	4 (26.7)	12 (80.0)	3 (20.0)
11. ปากแห้ง	9 (60.0)	6 (40.0)	8 (53.3)	7 (46.7)

ตาราง 2 (ต่อ)

อาการข้างเคียง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
12. การสูญเสียการรับรสอาหาร	3 (20.0)	12 (80.0)	4 (26.7)	11 (73.3)
13. อ้าปากลำบาก, ขากรไรเกร็ง	2 (13.3)	13 (86.7)	3 (20.0)	12 (80.0)
14. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ คอถูกจำกัด คอแข็ง เคลื่อนไหว ลำบาก	1 (6.7)	14 (93.3)	2 (13.3)	13 (86.7)
15. เยื่อบุตาขาวอักเสบ น้ำตาแห้ง	1 (6.7)	14 (93.3)	-	15 (100.0)
16. ฟันผุ	-	15 (100.0)	1 (6.7)	14 (93.3)
17. หูอักเสบ	2 (13.3)	13 (86.7)	1 (6.7)	14 (93.3)

จากตาราง 2 เพื่อพิจารณาอาการข้างเคียงแต่ละอย่างที่เกิดขึ้น จากการได้รับรังสีรักษาที่พบบ่อยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคำนึงถึงความถี่ของการเกิดอาการข้างเคียงแต่ละอย่าง พบว่า อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด ของกลุ่มทดลอง คือ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง โดยมีลักษณะผิวหนังดำคล้ำ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาคือ อาการเจ็บคอ กลืนลำบาก 11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 และเยื่อบุช่องปากอักเสบ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดคือ อาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง โดยมีลักษณะผิวหนังดำคล้ำ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาคือ เจ็บคอ กลืนลำบาก 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 และอาการเบื่ออาหาร เยื่อบุช่องปากอักเสบ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	ความวิตกกังวลขณะ เผชิญก่อนการทดลอง			ระดับ ความวิตก กังวล	ความวิตกกังวลขณะ เผชิญหลังการทดลอง			ระดับ ความวิตก กังวล
	n	$\bar{X}$	s		n	$\bar{X}$	s	
กลุ่มทดลอง	15	55.20	4.36	ปานกลาง	15	49.40	4.03	ปานกลาง
กลุ่มควบคุม	15	52.40	5.94	ปานกลาง	15	51.00	6.67	ปานกลาง

จากตาราง 3 แสดงว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ 55.20 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.36 มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงเป็น 49.40 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.03 มีระดับความวิตกกังวลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ 52.40 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.94 มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงเป็น 51.00 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.67 มีระดับความวิตกกังวลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม คือ ลดลง 5.80 ในกลุ่มทดลอง และ 1.40 ในกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
ที่ได้รับรังสีรักษาก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมการดูแลตนเอง			ระดับ พฤติกรรม	พฤติกรรมการดูแลตนเอง			ระดับ พฤติกรรม
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	n	$\bar{X}$	s		n	$\bar{X}$	s	
กลุ่มทดลอง	15	1.57	0.15	ดี	15	1.74	0.13	ดี
กลุ่มควบคุม	15	1.55	0.14	ดี	15	1.66	0.12	ดี

จากตาราง 4 แสดงว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 1.57 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.15 มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 1.74 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.13 มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 1.55 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.14 มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเป็น 1.66 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.12 มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม คือ เพิ่มขึ้น 0.17 ในกลุ่มทดลอง และ 0.10 ในกลุ่มควบคุม ตามลำดับ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการจัดโปรแกรมสุขศึกษา และภายหลังจัดโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการแยกวิเคราะห์ข้อมูลด้านความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าสถิติ The Mann-Whitney U Test

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	s	Mann-Whitney U Test	Z	p
กลุ่มทดลอง	15	39.93	4.11	102.50	-.418	.676
กลุ่มควบคุม	15	41.66	6.13			

จากตาราง 5 แสดงว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเฉลี่ย 39.93 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.11 กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเฉลี่ย 41.66 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.13 จะพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเฉลี่ยใกล้เคียงกันและเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test พบว่า คะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -.418, p > .05$) นั่นคือผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาทั้ง 2 กลุ่ม มีความวิตกกังวลเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

ซึ่งจากทฤษฎีกล่าวว่า ความวิตกกังวลเฉลี่ยอาจมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญได้ แต่เมื่อทดสอบแล้วพบความวิตกกังวลก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเฉพาะความวิตกกังวลขณะเผชิญภายหลังการทดลอง

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์
ทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	s	Mann-Whitney U Test	Z	p
กลุ่มทดลอง	15	55.20	4.36	84.5	-1.166	.244
กลุ่มควบคุม	15	49.40	4.03			

จากตาราง 6 แสดงว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ 55.20 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.36 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ 49.40 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.03 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ ก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test พบว่า คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	s	Mann-Whitney U Test	Z	p
กลุ่มทดลอง	15	52.40	5.94	95.5	-.709	.478
กลุ่มควบคุม	15	51.00	6.67			

จากตาราง 7 แสดงว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ 52.40 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.94 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ 51.00 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.67 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ หลังการทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test พบว่า คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ กลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในกลุ่มควบคุม

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญภายใน
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	s	Wilcoxon Signed Rank Test	p
ก่อนการทดลอง	15	55.20	4.36		
กลุ่มทดลอง				-3.358	.001
หลังการทดลอง	15	49.40	4.03		
ก่อนการทดลอง	15	52.40	5.94		
กลุ่มควบคุม				-1.436	.151
หลังการทดลอง	15	51.00	6.67		

จากตาราง 8 แสดงว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ 55.20 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.36 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 49.40 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.03 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test พบว่า คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ กลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญ 52.20 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.94 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 51.00 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.67 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญในกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Wilcoxon Match Pair Signed Rank Test พบว่า คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลองกับก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	s	Mann-Whitney U Test	Z	p
กลุ่มทดลอง	15	1.57	0.15	103.00	-.395	.693
กลุ่มควบคุม	15	1.55	0.14			

จากตาราง 9 แสดงว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 1.57 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.15 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 1.55 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.14 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	s	Mann-Whitney U Test	Z	p
กลุ่มทดลอง	15	1.74	0.13	71.51	-1.707	.88
กลุ่มควบคุม	15	1.66	0.12			

จากตาราง 10 แสดงว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 1.74 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.13 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 1.66 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.12 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในกลุ่มควบคุม

ตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองภายใน
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	s	Wilcoxon Signed Rank Test	p
ก่อนการทดลอง	15	1.58	0.15		
กลุ่มทดลอง				-3.165	.002
หลังการทดลอง	15	1.74	0.13		
ก่อนการทดลอง	15	1.55	0.14		
กลุ่มควบคุม				-2.744	.006
หลังการทดลอง	15	1.66	0.12		

จากตาราง 11 แสดงว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 1.57 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.15 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 1.74 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.13 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 1.55 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.14 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 1.66 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.12 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

พฤติกรรม การดูแลตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต และคำบอกเล่าของผู้ป่วย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจากการเข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มระหว่างผู้ป่วยและญาติ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับประทานอาหารให้เพียงพอ พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนมากมักรับประทานอาหารได้น้อย รับประทานอาหารได้เฉพาะอาหารบางชนิดเท่านั้น เนื่องจากมีอาการข้างเคียงจากรังสีและเป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการรับประทานอาหาร เช่น อาการเจ็บปากเจ็บคอ ปากเป็นแผล รับประทานอาหารไม่ร่ำรส เป็นต้น ทำให้ความสามารถในการรับประทานอาหารลดลง อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานได้ ส่วนมากเป็นอาหารเหลวหรืออาหารอ่อน เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก นม โอวัลติน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม แก้ปัญหานี้โดยการเลือกรับประทานอาหารที่คิดว่ามีคุณค่าสูง เช่น นมสด รังนก แบรินด์ เป็นต้น ส่วนในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัย และคำแนะนำจากสมาชิกกลุ่มว่าในช่วงแรก ๆ ของการได้รับรังสีรักษาให้พยายามรับประทานอาหารมาก ๆ เข้าไว้ ก่อนที่จะเกิดอาการข้างเคียงทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง และเมื่อเกิดอาการข้างเคียงแล้ว ให้รับประทานอาหารชนิดที่ชอบ ถ้ารับประทานอาหารชนิดใดได้ให้รับประทานอาหารชนิดนั้นมาก ๆ หรือรับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง สมาชิกบางท่าน แนะนำให้รับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เช่น มะยม มะดัน เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้มีน้ำลายในปาก และก่อให้เกิดความอยากอาหาร บางท่านแนะนำให้รับประทานผลไม้ เช่น แดงโม กล้วย หรือ อาหารที่นิ่ม ๆ เย็น ๆ เช่น เยลลี่ สลิมเต้าหู้ นมสด ขนมครก เป็นต้น เพราะรับประทานง่าย และกลืนสะดวก หรือเครื่องดื่มแช่เย็นเช่น นำนมถั่วเหลือง ไวตามิลค์ แลคตาซอย น้ำหวาน น้ำผลไม้ปั่น เป็นต้น ซึ่งความเย็นจะช่วยลดอาการระคายเคืองในคอได้

2. การดื่มน้ำให้เพียงพอ ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ดื่มน้ำได้น้อยกว่า 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน ซึ่งเป็นเพราะมีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ แม้แต่กลืนน้ำก็เจ็บ โดยเฉพาะสัปดาห์ที่ 4 ถึง 5 ของการได้รับรังสีรักษา ซึ่งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแก้ปัญหานี้โดยการจิบน้ำบ่อย ๆ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มทดลองท่านหนึ่ง ได้เสนอแนะวิธีให้ใช้เกลือเล็กน้อย ผสมน้ำ จิบครั้งละน้อย ๆ หรืออมไว้แล้วค่อยกลืน จะทำให้ชุ่มคอ ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการสนใจมากจากสมาชิกท่านอื่น ๆ ผู้วิจัยได้เสนอแนะเพิ่มเติมถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเจ็บคอ และหิวน้ำบ่อย เนื่องจากโรคที่สมาชิกเป็นบริเวณคอ เมื่อฉายรังสีบริเวณนั้น จึงทำให้เกิดอาการระคายเคืองได้

3. การขยับถ่าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องท้องผูกในขณะที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งโดยมากคิดว่าเป็นเพราะรับประทานอาหารได้น้อย ไม่ได้รับประทานผัก หรือผลไม้จึงไม่ทำให้ขยับถ่าย

อุจจาระทุกวัน ซึ่งวิธีที่ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อลดอาการท้องผูก ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีกากมากขึ้น รับประทานผลไม้ เช่น แก้วมังกร มะละกอ ไข่ขาว เป็นต้น

4. การนอนหลับพักผ่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่กล่าวว่านอนไม่หลับ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะอายุมากแล้ว จึงนอนน้อยเป็นนิสัย บางส่วนกล่าวว่านอนไม่หลับเพราะไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของรังสี บางรายกล่าวว่านอนไม่หลับโดยไม่ทราบสาเหตุ ทั้งที่ไม่ได้กังวลอะไร วิธีแก้ปัญหากลุ่มควบคุมคือ บางรายจะขอยานอนหลับจากแพทย์ที่ให้การรักษา หรือซื้อหาเอง แต่บางรายก็ปล่อยไม่หาวิธีที่จะช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น ในกลุ่มทดลอง มีการแนะนำกันให้อ่านหนังสือ นั่งสมาธิ หรือสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน และแนะนำไม่ให้นอนหลับในช่วงกลางวัน ช่วยทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น มีบางรายเท่านั้นที่ต้องใช้ยานอนหลับช่วย

5. การออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกายของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ คือการเดินออกกำลังกาย และการทำงานบ้านเล็กๆ น้อย ๆ

6. การดูแลผิวหนังที่ได้รับรังสี ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ยอมให้ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีถูกน้ำเลย โดยกล่าวว่า ระวังไม่ให้เส้นที่ขีดไว้สำหรับฉายรังสีลบ แต่ก็มิผู้ป่วยบางรายยอมให้ถูกน้ำ เช่น อาบน้ำตามปกติ เพียงแต่ไม่ถูสบู่ และหลังอาบน้ำจะรีบซับให้แห้งทันที

7. ความกังวล และวิธีลดความกังวล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะมีความกังวลเกี่ยวกับโรคและผลการรักษา เช่น กังวลว่าจะรักษาไม่หาย กลัวการลุกลามของโรค กังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาล และการเป็นภาระต่อบุตรหลาน ซึ่งวิธีที่ผู้ป่วยใช้เพื่อผ่อนคลายความกังวลจากมากไปหาน้อย คือ ทำจิตใจให้ยอมรับสภาพ ปลง พยายามไม่อยู่คนเดียว หาเรื่องคุยเพลิน ๆ บางรายทำบุญใส่บาตรทุกวัน เพราะรู้สึกว่าการทำจิตใจสบายมากขึ้น

ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตขณะเข้ากลุ่มและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่าในระยะแรกของการประชุมกลุ่ม บรรยายภาคก่อนข้างเจียบ อาจเป็นเพราะสมาชิกแต่ละท่านไม่คุ้นเคยกันดี และยังไม่ทราบวาลักษณะการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการอภิปรายกลุ่มเป็นอย่างไร ประกอบกับช่วงแรกของการรักษาเป็นช่วงที่สมาชิกยังไม่ประสกับภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ต่อมา เมื่อผู้ป่วยได้เข้ากลุ่มครั้งที่ 2 , 3 สมาชิกแต่ละท่านรู้จักกันมากขึ้น ได้รับการกระตุ้นจากผู้วิจัยให้ร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย การรักษาและปัญหาต่าง ๆ ที่ได้รับ จากผลของการรักษาด้วยรังสี ซึ่งกันและกัน การอภิปรายกลุ่มจึงมีการพัฒนา ดังนี้

1. ความเป็นกันเอง จะเห็นได้ชัดเมื่อเข้ากลุ่มครั้งที่ 2 เป็นต้นไป สมาชิกกลุ่มกล้าพูดมากขึ้น มีบรรยากาศของการพูดคุยที่ผ่อนคลาย เช่น มีการพูดคุยเล่นระหว่างรอสมาชิกท่านอื่น บางคนซื้อขนมมารับประทานร่วมกันในระหว่างการเข้ากลุ่ม นอกจากนี้ ยังพบเสียงหัวเราะได้บ่อยจากสมาชิกที่พูดคุยสนุก หรือการชักชวนกันไปเยี่ยมบ้านของสมาชิกและญาติ

2. การพูดคุยให้กำลังใจกัน สมาชิกส่วนใหญ่จะพูดระบายความรู้สึก ประสบการณ์

และปัญหาการเจ็บป่วยของตน รวมถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจและครอบครัว ให้กับ"กลุ่ม" ซึ่งให้ความสนใจ และตั้งใจฟังเนื่องจากเป็นปัญหาที่คล้ายคลึงกับหลาย ๆ ท่าน จากนั้นสมาชิกในกลุ่มก็จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น ตลอดจนให้กำลังใจ และช่วยกันหาวิธีการแก้ไข รวมทั้งพูดในเชิงบวกให้กับสมาชิกท่านอื่นฟัง เพื่อให้ความหวังและกำลังใจเหมือนกับที่ตนเคยได้รับมาแล้วก่อนหน้านี้ ตัวอย่างการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มได้แก่

"ฉันก็เหมือนกับบ้านั้นและ ที่แรกฉันก็หนีไปกินยาหม้อแต่ไม่ดีขึ้น...ก็เลยตัดสินใจมารักษาที่นี่ ตอนนีรู้สึกดีขึ้นมาก รู้แบบนี้มารักษานานแล้ว"

"อย่าไปเชื่อว่าฉายแสงแล้วมะเร็งจะลาม...จะตายไว เพื่อนบ้านเคยบอกฉันแต่เห็นใหม่ ฉันฉายแสงแล้วไม่เห็นเป็นอะไร จะลำบากมากหน่อยก็ตรงช่วงได้รับอาการข้างเคียงจากการฉาย ซึ่งก็เห็นเป็นอย่างนี้ทุกคน...มากหรือน้อยเท่านั้น ไม่เชื่อก็ลองถามคนอื่นดู"

"ได้รับฟังคำแนะนำจากกลุ่มทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น"

3. การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นหลังจากที่เข้ากลุ่ม กลายเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่เห็นได้ชัดเช่น สมาชิกบางรายจะนำอาหารมาเผื่อเพื่อนสมาชิกด้วยกันเองหรือแสดงเจตนาที่จะให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ตัวอย่างปฏิสัมพันธ์ที่สังเกตได้คือ

"ป้ามีอาหารเสริมอยู่ 2 กระป๋อง ลูกสาวซื้อมาให้ไม่ทราบว่าเป็นเพื่อน ๆ เขาจะกินได้ไหม ถ้าได้ฉันจะนำมาไว้เวลาเข้ากลุ่ม จะได้ชงกินกันทุก ๆ คน"

4. ความสนิทสนมซึ่งกันและกัน หลังสิ้นสุดการรักษา สมาชิกส่วนใหญ่ต้องการพบปะกันอีกเพื่อทราบความก้าวหน้าในการรักษาของแต่ละคน จึงมีการขอที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ซึ่งกันและกัน มีการชักชวนกันไปเที่ยวบ้านและนัดพบกัน ตัวอย่างการมีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มได้แก่

"คุณหมอคะ ถ้าจะนัด 1 เดือนของการรักษา นัดให้ตรงกันทุกคนเลยได้ไหมคะ...พวกเราจะได้เจอกันอีก"

"ถ้าว่าง ๆ แล้ว ผ่านไปแถวบ้านที่ป้าอยู่ อย่าลืมแวะเยี่ยมกันบ้าง"

ประเด็นปัญหาที่สมาชิกพูดคุยกันบ่อยในกลุ่ม ได้แก่

- การฉายแสงจะรักษาโรคนี้นี้นให้หายขาดได้หรือไม่
- มี "อาหารแสง" ต่อโรคหรือไม่
- ทำอย่างไรอาการแพ้แสงจึงจะหมดไป
- กิน "ยาหม้อ" ควบคู่ไปด้วยได้หรือไม่
- ขอ "เปลี่ยนการรักษา" เป็นการผ่าตัดหรือกินยาได้ไหม
- หลังฉายแสงจะทำงานตามปกติได้หรือไม่
- อาการข้างเคียงต่าง ๆ หลังการฉายแสงจะหายไหม

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอก่อนทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา
2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอก่อนทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา
3. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอก่อนทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในกลุ่มควบคุม
4. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอก่อนทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purpose sampling) และมีญาติสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอและต้องรับการรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นครั้งแรก โดยได้รับการรังสีรักษาอย่างน้อย 3 สัปดาห์ สามารถอ่านออก เขียนได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินหรือการมองเห็น เป็นผู้ป่วยนอก พักอยู่ในกรุงเทพหรือปริมณฑล และยินดีเข้าร่วมในการทดลอง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนแบบอภิปรายกลุ่ม เป็นแผนการสอนแบบกลุ่มย่อย โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยแต่ละครั้ง มีจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปพร้อมญาติซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่บ้านและเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเลือกเอง และพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกับผู้ป่วยทุกครั้งที่มีกิจกรรมเข้ากลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม จัดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มย่อยจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 – 3 สัปดาห์ คือ ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์แรกที่ได้รับรังสีรักษา ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 – 3 และครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 – 6 การดำเนินการอภิปรายกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม ทั้ง 3 ระยะนี้กระทำต่อเนื่องกันเป็นเวลา 1 – 1 ½ ชั่วโมง

1.2 การใช้ตัวแบบ ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีจนครบแล้ว และไม่มีอาการอ่อนเพลียหรือกำลังมีภาวะแทรกซ้อน เป็นตัวแบบ

1.3 คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากคู่มือการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายแสงบริเวณศีรษะและคอ เรียบเรียงโดย พิชญภูมิ ภัทรนุชาพร และเยาวลักษณ์ ชาญศิลป์

1.4 แบบบันทึกการได้รับการสนับสนุนจากญาติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวล ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบระดับความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger) ที่ชื่อ The State - trait Anxiety Inventory (STAI) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิตยา คชภักดี ดร. มาลี นิสสัยสุข และ ดร. สายฤดี วรกิจโกศาทร แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form I) เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ไม่มีเลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก มากที่สุด จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .89

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (STAI Form II) เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ไม่มีเลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก มากที่สุด จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .85

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

- พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป
- พฤติกรรมการดูแลตนเองตามวัย
- พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 32 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .94

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสอบถามก่อนการทดลองและหลังการทดลองเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ ให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูป วิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

2.1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา วิธีเสียค่ารักษา ปัญหาการเงิน การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแล ตำแหน่งของโรค ระยะของโรค จำนวนปริมาณรังสีที่ได้รับ

2.2 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรังสีรักษา ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

2.3 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลองโดย

2.3.1 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนของความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติวิลคอกซอนแมชแพร์ซายแรงค์เทสต์ (The Wilcoxon Matched Pairs Signed – Rank Test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 , 2

2.3.2 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนของความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบแมน วิทนี ยู เทสต์ (The Mann Whitney U test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 , 4

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีความวิตกกังวลไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม
4. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผู้วิจัยนำเสนอผลการอภิปรายแยกอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ กลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 8 หน้า 99) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 และสอดคล้องกับการศึกษาของสายปัญญา คงพันธ์ (2535 : ก) ที่พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม แบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยจัดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มระหว่างสมาชิก มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของกุลอนงค์ ฉัตรทอง (2544 : 62) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกกล้ามเนื้อดลูกที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วยการอภิปรายกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าประการแรก วิธีให้ความรู้ ในกลุ่มทดลองนอกจากจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเองเมื่อได้รับรังสีรักษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่รังสีรักษาแล้ว ยังได้รับความรู้ด้วยวิธีการอภิปรายกลุ่มย่อยซึ่งเป็นวิธีการให้ความรู้แบบสองทาง โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยและญาติตั้งแต่

2 คนขึ้นไปเข้ากลุ่มพร้อมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ภายใต้บรรยากาศผ่อนคลายเป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ความรู้ ได้ปรึกษาหารือกัน และได้ระบายความวิตกกังวลกับบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ตลอดจนช่วยเหลือแก้ปัญหาซึ่งกันและกันในการเผชิญปัญหาจากภาวะของโรค และอาการข้างเคียงของรังสี โดยมีผู้วิจัยคอยกระตุ้นตอบข้อสงสัย เชื่อมโยงคำพูดและความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนให้ข้อมูลที่เป็นความรู้ที่ถูกต้องในโอกาสที่เหมาะสม จึงทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการ และมีความถูกต้องตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากการได้มาจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของเพื่อนสมาชิกที่เป็นผู้ป่วยด้วยกันเอง และการเข้ากลุ่มที่มีสมาชิกเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนไม่ได้ป่วยด้วยโรคนี้เพียงผู้เดียว แต่ยังมีผู้อื่นอีกมากที่ต้องเผชิญกับโรคและการรักษาเช่นนี้ ความรู้สึกดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้ และเมื่อได้พูดคุยกับเพื่อนสมาชิกด้วยกันบ่อยครั้งขึ้น ก็จะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ค้นเคยและเกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยจึงกล้าพูดคุยระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนสมาชิก ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ และลดความวิตกกังวลได้ เนื่องจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่รู้ หรือมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค และการรักษาด้วยรังสีรักษา และผลข้างเคียงของรังสีรักษาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยคิดเดาเหตุการณ์ไปในทางที่ไม่ดีล่วงหน้า เกิดเป็นความไม่แน่ใจ ความกลัวในสิ่งที่ต้องเผชิญตลอดเวลาของการฉายรังสี ซึ่งมีเบลันด์และพาสซอส (Beland & Passos. 1981 : 485) ได้กล่าวไว้ว่า “ ความไม่รู้เป็นบ่อเกิดแห่งความวิตกกังวลที่ยิ่งใหญ่ที่สุดในชีวิต การให้ข้อมูลต่างๆ กับผู้ป่วยจะช่วยลดความวิตกกังวลได้เพราะสาเหตุได้ถูกขจัดออกไป” ซึ่งสอดคล้องกับ ปาหนัน บุญ-หลง (2528 : 74) กล่าวว่า “ การให้ข้อมูลหรือความรู้จะให้ความกระจ่าง และแก้ไขความเข้าใจผิดต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่เพื่อลดความวิตกกังวลของเขาได้ ผู้ป่วยจะมีความเข้าใจ และประเมินสถานการณ์ได้ดีขึ้น ความคลุมเครือของสถานการณ์ก็จะลดลง ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และความรู้สึกถูกคุกคามจะน้อยลง และเมื่อความรู้สึกถูกคามลดลงก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยคลายความกังวลได้” ซึ่งสอดคล้องกับ สุกันยา จัตุรัสวรรณ (2529 : ง – จ) ที่ว่าระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยหลังได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ต่ำกว่าระดับความวิตกกังวลก่อนได้รับการสอน สอดคล้องกับ ถนอมศรี คูอาริยะกุล (2538 : 76) ที่ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ประการที่สอง อาจเนื่องจากการจัดให้ญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีส่วนร่วมในกิจกรรมให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยพร้อมกับผู้ป่วยทุกครั้ง พร้อมกับให้คู่มือการปฏิบัติ

ตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเมื่อได้รับรังสีรักษาแก่ผู้ป่วยและญาตินำกลับไปอ่านบทวนที่บ้าน การจัดให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมให้ความรู้จะเป็นการช่วยปรับแนวความคิด ความเชื่อ ทศนคติ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติด้านสุขภาพให้ไปในทิศทางเดียวกันอย่างถูกต้อง เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ โดยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น ญาติจะได้มีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุน และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องการการการประคับประคองทางด้านอารมณ์ ต้องการความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ต้องการระบายความกลัว ความวิตกกังวลต่าง ๆ กับบุคคลที่ไว้วางใจและใกล้ชิดกับผู้ป่วยซึ่งก็คือบุคคลในครอบครัว การให้ญาติมาเข้ากลุ่มด้วย ญาติจะได้เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัยเมื่อมีญาติอยู่ใกล้ และจากการที่ญาติให้ความสนใจ สอบถามอาการและพูดคุยให้คลายความวิตกกังวล ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี มีการปรับตัวที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตต่อไป สอดคล้องกับ อูไร ขลุ่ยนาถ (2540 : 59) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจาก การสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดให้น้อยลง สอดคล้องกับ การศึกษาของฮับบาร์ดและคณะ (Hubbard , et al . 1984 : 266 – 269) ได้กล่าวว่า “ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรัก ความเข้าใจ มีการปรึกษาหารือกัน คุณสมบัติดังกล่าวจะเป็นปัจจัยในการแลกเปลี่ยนข่าวสาร เปิดโอกาสให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสัน (Johnson. 1981 : 36 - 42) ว่าการที่ผู้ป่วยได้ระบายปัญหาและความไม่สบายใจกับบุคคลที่ไว้วางใจ ย่อมทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและความกลัวที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ลงได้ และทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเอง

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 11 หน้า 102) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 2 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร องค์สุริยานนท์ (2537 : ข) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีกว่าก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมสุขศึกษา ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากการที่ผู้วิจัยได้นำวิธีการอภิปรายกลุ่มย่อยมาใช้ในการจัดกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น เนื่องจากการอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการให้ความรู้โดยการสื่อสารแบบสองทาง มีรูปแบบที่เน้นสัมพันธภาพภายในกลุ่ม (Babcock. 1994 : 188) โดยวิธีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันได้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ตลอดจนช่วยเหลือแก้ไขปัญหาซึ่งกันและกัน โดยใช้ประสบการณ์ที่แต่ละคนเคยได้รับ และได้แก้ไขจนผ่านพ้นภาวะต่างๆมาแล้ว มาร่วมอภิปรายให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีผู้วิจัยคอยกระตุ้น เชื่อมโยงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตอบข้อสงสัยพร้อมกับให้ความรู้ และคำแนะนำที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาอาการข้างเคียง และการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จะต้องมีการปรับการดูแลตนเองตามอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากผลของรังสีซึ่งเปลี่ยนแปลงอยู่เกือบตลอดระยะเวลาของการรักษา การนำการอภิปรายกลุ่มมาใช้ จึงช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาซึ่งกันและกัน ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องใกล้เคียงกับความเป็นจริง ข้อมูลเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาได้ดีขึ้น สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ว่าทุกคนในกลุ่มต้องเผชิญกับความทุกข์และปัญหาความเจ็บป่วย และอุปสรรคเช่นเดียวกัน ไม่ใช่ตนเองเท่านั้นที่มีปัญหา คนอื่นๆก็มีความรู้สึกละม้ายเหมือนมีผู้ร่วมทุกข์ ช่วยให้กลุ่มมีความสัมพันธ์กัน มีความไว้วางใจในการระบายความรู้สึกนึกคิด และเปิดเผยตัวเองมากขึ้น (Marram. 1978 : 154) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของตรุณี ชุณหะวัต และคณะ (2539 : 31 - 43) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ที่เข้าร่วมประชุมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุม และนอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับแรงเสริมทางบวกจากสมาชิกในกลุ่ม จากการสนับสนุนให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น อิทธิพลของกลุ่มช่วยผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกล่าวคือ เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงไปในทางที่ดี ก็จะเป็นแรงจูงใจ และเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับสมาชิกคนอื่นที่จะปฏิบัติตามและแน่ใจว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นปัญหาและภาวะวิกฤตเหล่านั้นได้เช่นกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ยังได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของสมาชิกที่เป็นต้นแบบ (Modelling) ที่นำมาถ่ายทอด จึงทำให้ผู้ป่วยได้แนวทางหรือทางเลือกในการเผชิญปัญหา เพื่อนำไปทดลองปฏิบัติตาม การอภิปรายกลุ่มจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้มากขึ้น ความรู้ที่เพียงพอและถูกต้องช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งเลวิน (Leven. 1987 : 170 - 175) ได้กล่าวว่า “ ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการส่งเสริมการดูแลตนเอง และจากการที่ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และเต็มใจที่จะ

ปฏิบัติในกิจกรรมนั้นๆ” สอดคล้องกับแนวความคิดของ มาร์รแรม (Marram. 1978 : 141 – 142) ที่กล่าวว่า “ การให้ความรู้แบบอภิปรายกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกมีการรับรู้ในพฤติกรรมของตนจากข้อมูลย้อนกลับที่ได้รับจากสมาชิกในกลุ่ม สมาชิกสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้มีความมั่นใจยิ่งขึ้น ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ หดหู่ จากความรู้สึกว่าตนประสบปัญหานั้นๆ แต่ลำพังผู้เดียว และยังช่วยให้เรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกอื่นๆอีกด้วย” ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของกมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์ (2534 : ข) ที่พบว่า การอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมในการทำให้มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา และสอดคล้องกับนุจริัย รัตนประภาศิริ (2540 : ก) ศึกษาผลการสอนแบบอภิปรายกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอภิปรายกลุ่มมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับการสอนดีกว่าก่อนได้รับการสอน สอดคล้องกับ เทพธาดา คิวสุวรรณและคณะ (2540 : 10 - 18) ที่ศึกษาผลการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน โดยการอภิปรายกลุ่มร่วมกับการเสนอแนะเพิ่มเติมของทีมนักสุขภาพ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับ วินิจ เกตุขำ และคมเพชร จิตรศุภกุล (2522 : 14 - 15) ที่กล่าวว่า คุณค่าของการอภิปรายกลุ่มสามารถส่งผลดีในด้านการปฏิบัติ บุคคลในกลุ่มหรือกลุ่มเองจะได้รับการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ การจัดให้ญาติผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น การทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันจะทำให้ผู้ป่วยและญาติได้มีประสบการณ์ร่วมกัน ญาติได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จะก่อให้เกิดผลดี เพราะจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีกำลังใจ สามารถเผชิญต่อการเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ ญาติจะมีส่วนช่วยสนับสนุนและมีส่วนร่วมให้กำลังใจ และมีส่วนในการตัดสินใจของผู้ป่วย ช่วยให้สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอิมมานส์ (Aymnns. 1995 : 107 – 124) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคและการสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า การได้รับกำลังใจจากครอบครัวส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ช่วยให้การรับรู้ การยอมรับต่อโรคและการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น และญาติจะมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่บ้าน ยังผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนะ คล้ายดี (2530 : 146) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการสนับสนุนจากญาติผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1

ซึ่งได้รับการสอนสุขศึกษาร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติ ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ 2 ซึ่งได้รับการสอนสุขศึกษาอย่างเดียว และสอดคล้องกับการศึกษาของกรองจิตร ชมสมุท (2535 : ก - ข) ที่ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ กลุ่มที่ได้รับโครงการสุขศึกษา ผู้ป่วยมีทัศนคติและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเฉลี่ยดีขึ้น มีระดับน้ำตาลในโลหิตเฉลี่ยลดลง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ โอเร็ม ที่ว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางวัตถุและจิตใจ มีความรักใคร่ผูกพัน มีความเป็นเพื่อน โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ จะส่งเสริมให้ใช้ความสามารถ หรือเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem. 1985 : 91 – 120)

สมมติฐานที่ 3 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษา มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (ตาราง 7 หน้า 98) ซึ่งไม่เป็นตามสมมติฐาน และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สายปัญญา คงพันธ์ (2535 : ก) ที่พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม แบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยจัดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มระหว่างสมาชิก มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกุลอนงค์ ฉัตรทอง (2544 : 62) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูกที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ อาจเนื่องมาจากสาเหตุดังนี้

ประการแรก กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มต่างมีอิสระในชีวิตประจำวัน เนื่องจากเป็นผู้ป่วยนอก รักษาแบบไปกลับ กลุ่มควบคุมจึงมีโอกาสรียนรู้ และใช้วิธีต่างๆ เพื่อลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งสอดคล้องกับกรรณิการ์ สุวรรณโคต (2527 : 395) ที่กล่าวว่า “ บุคคลจะหาวิธีปรับตัวต่อภาวะเครียด และเผชิญต่อภาวะเครียดแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล” จึงสามารถทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้บ้าง

ประการที่สอง อาจเนื่องจาก การจัดกิจกรรมสุขศึกษากระทำในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา กล่าวคือ ภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการฉายรังสี อันได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร การอักเสบของเยื่อบุภายในช่องปาก ปากแห้ง น้ำลายลดลง เจ็บคอกลืนลำบาก สูญเสียความสามารถในการรับรสอาหาร และการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี เป็นต้น โดยที่อาการเหล่านี้จะค่อยๆ เป็นมากขึ้นตั้งแต่สัปดาห์แรกของการรักษา และจะปรากฏอาการสูงสุดในสัปดาห์ที่ 3 ถึงสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งเป็นสัปดาห์สุดท้ายของการรักษา และยัง

คงต่อเนื่องจนกระทั่งหลังจากการรักษาครบแล้วหลายสัปดาห์ (Yasko, 1982 : 683) ดังนั้น วิธีการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรม อาจไม่เพียงพอที่จะลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาแล้ว จนเห็นความแตกต่างจากกลุ่มควบคุม เนื่องจากสภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างอาจไม่เอื้ออำนวย เพราะความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงจากรังสีที่เกิดขึ้นเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการมีปฏิสัมพันธ์ในการเข้ากลุ่ม และเมื่อฉายแสงครบ อาการข้างเคียงบางอย่างยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยบางคนเริ่มมีความวิตกกังวล กลัวที่จะรับรู้ว่ามีอาการเกิดเป็นซ้ำของโรคหรือมีการลุกลามของมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยกลัว วิตกกังวลและไม่แน่ใจในการรักษา ถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองจะได้รับความรู้ในการดูแลตนเองจากการอภิปรายกลุ่ม แต่ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีความกลัวต่อโรคมะเร็งอยู่แล้ว เพราะคิดว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาให้หายขาดได้ยาก ข้อมูลที่ได้รับจึงไม่เพียงพอที่จะลดความวิตกกังวล จึงเป็นสาเหตุให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ประการที่สาม ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น บุคลิกภาพพื้นฐานและความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยแต่ละรายที่ไม่เท่ากัน ดังที่ สมภพ เรืองตระกูล (2524 : 144) กล่าวว่า “ เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้น จะพยายามปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลทางจิตใจเอาไว้ การปรับตัวจะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์ ความสามารถ กำลังใจที่ได้รับ ความรุนแรงของเหตุการณ์และสิ่งที่จะเกิดขึ้น หรือสิ่งที่เหลืออยู่ว่ามีความสำคัญต่อบุคคลมากน้อยเพียงใด ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลเฉพาะตัว” ดังนั้นการอภิปรายกลุ่มย่อยผู้ป่วยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรม อาจมีผลต่อการทำให้ภาวะเครียดและความวิตกกังวลลดลงได้บ้างในผู้ป่วยบางรายเท่านั้น ดังนั้นผลการเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลทางสถิติระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม จึงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ประการที่สี่ คือ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอและต้องรับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรก ได้รับรังสีรักษาอย่างน้อย 3 สัปดาห์ สามารถอ่านออก เขียนได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน หรือการมองเห็น เป็นผู้ป่วยนอก และมีญาติสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาได้ ซึ่งในช่วงที่ทำการวิจัยผู้ป่วยที่มาับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลมีจำนวนค่อนข้างน้อย และผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาในการศึกษา จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้เพียงกลุ่มละ 15 ราย จึงอาจทำให้อำนาจในการทดสอบทางสถิติต่ำ

ประการสุดท้าย สภาพแวดล้อมและช่วงระยะห่างของเวลาในการเก็บข้อมูล เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง จะกระทำหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาแล้วนาน 1 เดือน ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด ดังนั้นผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง และกลุ่ม

ควบคุม จะกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมบางประการที่ไม่สามารถจะควบคุมได้ ทั้งในด้านลบหรือด้านบวกที่มีผลต่อภาวะเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยไม่ว่าจะทางตรงหรืออ้อมก็ตาม ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ที่สำคัญตัวแปรความวิตกกังวล เป็นตัวแปรทางจิตที่มีความผันแปรตามเวลา ตามสถานการณ์และบริบทที่เกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้จึงอาจส่งเสริมให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

นอกจากสาเหตุต่างๆ ที่กล่าวแล้ว ขณะที่ทำการศึกษาผู้วิจัยพบผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมด้วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคย รู้จัก กล้าที่จะซักถามปัญหาข้อข้องใจต่างๆ และระบายความวิตกกังวลไปด้วยขณะมารับการฉายรังสี จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งซึ่งทำให้คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลอง (ตาราง 3 หน้า 94) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงโดยลดลงมากกว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มควบคุม จึงอาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยสมาชิกกลุ่มได้สรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มว่า การรู้จักบุคคลอื่นที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รู้จักการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ได้ระบายความทุกข์ ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ เกิดการตระหนักว่าผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกับตน และหาทางแก้ปัญหาเช่นเดียวกัน ทั้งยังมีส่วนให้สมาชิกมีทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยเรียนรู้จากสมาชิกกลุ่ม ด้วยการสังเกตว่าผู้อื่นไขปัญหาของตนอย่างไร และจากการที่กลุ่มให้การยอมรับตลอดจนให้กำลังใจ สนับสนุนในการแก้ปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นแนวทางที่จะนำไปใช้ และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติหรือปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลง

ดังนั้นแม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ข้อมูลที่ได้อ้างมาข้างต้น สามารถชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลได้ เพราะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลองหลายรายมีระดับความวิตกกังวลลดลง และสามารถเกิดผลดีในบางส่วนคือช่วยให้ผู้ป่วยและญาติในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์เช่นนี้ เช่น ญาติบางคนกล่าวว่า “ ตั้งแต่เข้ากลุ่มสังเกตว่าพ่อรู้สึกดีขึ้นไม่หงุดหงิดง่ายเหมือนก่อน” “ ช่วยตนเองมากขึ้น สนใจสุขภาพตนเอง” เขามีเพื่อนที่มารู้จักกันในกลุ่ม ทำให้เวลามาฉายแสงได้พูดคุยกัน.” และญาติเองก็รู้สึกอบอุ่นใจ กล้าซักถามปัญหาในสิ่งที่สงสัย และเสนอปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ เข้าใจวัตถุประสงค์ของการรักษามากขึ้นและมีการปรับตัวที่ดีคือ ร่วมมือในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

สมมติฐานที่ 4 ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มทดลอง หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม (ตาราง 10 หน้า 101) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์ (2534 : ข) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นพบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่โดยการอภิปรายกลุ่มร่วมกับได้รับคู่มือการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ มีคะแนนการปฏิบัติในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่สูงกว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่ร่วมกับการให้คู่มือไปอ่าน และมารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรู้ตามปกติจากเจ้าหน้าที่เพียงอย่างเดียว และไม่สอดคล้องกับ นุจริยรัตน์ประภาศิริ (2540 : ก) ที่ศึกษาผลของการสอนแบบอภิปรายกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวรที่ได้รับการสอนแบบอภิปรายกลุ่ม มีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้

ประการแรก อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอ และต้องรับการรักษาด้วยรังสีเป็นครั้งแรก ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงการวินิจฉัยของตนเองว่าเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่คุกคามชีวิตในความรู้สึกรู้สึกของคนทั่วไป รวมทั้งอาการข้างเคียงจากรังสีที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวความตาย หรือความทุกข์ทรมาน จนเกิดแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองเพื่อความอยู่รอดดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของโอเร็มที่ว่า “ การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมหรือการปรับหน้าที่เพื่อความอยู่รอด ” (Orem. 1985 : 35, 84) แม้ว่ากลุ่มทดลองอาจมีความตั้งใจและความพยายามในการดูแลตนเองดี แต่ก็ไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้มากกว่ากลุ่มควบคุมจนเห็นความแตกต่างได้ เนื่องจากแผนการดำเนินการทดลองกระทำในระยะเวลาของการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังมียาอาการข้างเคียงจากผลของรังสี

ประการที่สอง อาจเนื่องจาก ความเข้มข้นของการจัดกระทำไม่เพียงพอ เนื่องจากพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นต้องอาศัยระยะเวลา ซึ่งไม่อาจทำได้ในระยะเวลาสั้นๆ เนื่องจากกระบวนการเกิดจะต้องใช้เวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมเพียง 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 นาที ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ อาจเป็นระยะเวลาที่สั้นเกินไป เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอาจต้องใช้เวลานานที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่คงที่ นอกจากนี้อาการข้างเคียงจากรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอค่อนข้างจะรุนแรงทั้งในระหว่างรับรังสีรักษา และแม้จะสิ้นสุดการรักษาไป

แล้วก็ยังมีการข้างเคียงบางอาการที่ยังคงมีอยู่ การให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่ญาติเข้าร่วมกิจกรรม อาจไม่เพียงพอในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะในบางช่วงผู้ป่วยยังมีความพร่องในการดูแลตนเองมาก ทำให้การมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่มลดน้อยลงจากภาวะไม่สุขสบายของร่างกายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นอุปสรรคในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จึงทำให้ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยได้เต็มที่ นอกจากนี้จะพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับปริมาณรังสีในจำนวนที่มากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (ตาราง 1 หน้า 87) ทำให้ระยะเวลาการฉายรังสีต่างกัน และผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะของโรค ระยะที่ 4 ซึ่งอาจทำให้ร่างกายของผู้ป่วยมีโอกาสได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของรังสีเกิดขึ้นได้มากกว่า ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดน้อยลง ผลการทดสอบจึงไม่พบความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่ม

ประการที่สาม กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก เนื่องจากในช่วงที่ทำการวิจัยมีจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างน้อย จึงเป็นไปได้ยากที่จะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (Random Sampling) หรือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเดียวกัน มีพยาธิสภาพของโรคที่ตำแหน่งเดียวกันให้เหมือนกันได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (Purposive Sampling) จึงอาจมิได้เป็นตัวแทนที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทั้งหมด ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว ทำให้เวลาเข้ากลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มทดลองบางรายรู้สึกกว่าปัญหาของตนไม่เหมือนกับคนอื่น และการที่กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กอาจทำให้อำนาจในการทดสอบทางสถิติต่ำ ผลการทดสอบจึงไม่พบความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่ม

ประการที่สี่ ช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัยนั้นแผนกรังสีมีนโยบายในการส่งเสริมการสอนสุขศึกษาและการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วย จึงได้มีการสอนและแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยรังสีรักษา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากผลของรังสี รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตัวขณะรับรังสีรักษา และมีการแจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะฉายรังสี แก่ผู้ป่วยใหม่ทุกรายที่มารับการรักษา ร่วมกับได้รับความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อได้รับรังสีรักษาจากวิดีโอเทปของหน่วยรังสีรักษาระหว่างนั่งรอรับการฉายรังสี ดังนั้น แม้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยก็มีโอกาสเรียนรู้จากประสบการณ์เหล่านี้ ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลในทางบวกจากแพทย์ผู้ทำการรักษา เช่น รังสีรักษาสามารถรักษาโรคให้หาย หรือบรรเทาอาการของโรคได้ เพียงแต่ผู้ป่วยอดทนต่อผลข้างเคียงของรังสีที่อาจเกิดขึ้นเท่านั้น เป็นต้น ความเชื่อ ความศรัทธาในแพทย์ และการได้รับข้อมูลดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง ซึ่งเป็นพลังในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย (Dodd, 1987 : 245) ทำให้ผู้ป่วยพยายามดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจทำให้การดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมสูงขึ้น จึงไม่พบความแตกต่างจากกลุ่มทดลอง ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตาราง 11 หน้า 102) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ (ตาราง 10 หน้า 101)

ประการที่ห้า อาจเป็นเพราะผลของการติดตาม สนับสนุน และให้ความรู้ในกลุ่ม ทดลองยังไม่เพียงพอเพื่อการดูแลตนเองในส่วนของบรรเทาความไม่สุขสบายจากอาการข้าง เคียงหรือพยายามลดอาการข้างเคียงด้วยวิธีการที่เหมาะสม เนื่องจากการให้ความรู้ในการ ปฏิบัติตนโดยการอภิปรายกลุ่ม จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเชื่อ เจตคติ และ พฤติกรรมของบุคคลได้มาก ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532 : 397 – 398) แรงจูงใจ และอิทธิพลจากแรงสนับสนุนภายในกลุ่มระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง จึง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในกลุ่มทดลองปฏิบัติตนเพื่อลดอาการข้างเคียงจากรังสี แต่ใน การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยเฉพาะในช่วงการรักษาเท่านั้น ซึ่งการ ให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยในช่วงเวลาดังกล่าวอาจเป็นระยะสั้นเกินไปสำหรับการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง เมื่อหยุดให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มย่อย และให้กลุ่ม ทดลองนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มไปปฏิบัติต่อด้วยตนเองภายหลังฉายรังสีครบ ซึ่งใน ระยะเวลาดังกล่าว กลุ่มทดลองไม่ได้รับแรงจูงใจและแรงกระตุ้นจากสมาชิกกลุ่ม ร่วมกับผู้ป่วย ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่รังสีอย่างใกล้ชิดเหมือนเดิม ทำให้ขาดแรง เสริมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาก่อนการทดลอง ของทั้ง สองกลุ่มในการวิจัยครั้งนี้มีค่าค่อนข้างสูง และมีระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับดี (ตาราง 4 หน้า 95) ดังนั้นการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา อาจไม่มีผลเพิ่มพฤติกรรม การดูแลตนเองจนเห็นความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม

ประการสุดท้าย ในการเก็บข้อมูลด้วยการอ่านให้ผู้ป่วยฟัง ตัวผู้วิจัยอาจมีผลต่อการ ตอบของกลุ่มตัวอย่าง โดยอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ตรงความจริง คือพยายามตอบในสิ่งที่ สังคมยอมรับหรือคิดว่าผู้วิจัยจะพอใจ

ดังนั้นถึงแม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญและ พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเหตุผลประการต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญภายหลังการ ทดลองในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองใน กลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดการรักษา และมีแนวโน้มที่จะตอบรับ

สมมติฐานที่ตั้งไว้ ถ้าหากได้วางแผนการทดลองให้รัดกุม ควบคุมการทดลองให้เข้มข้น เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จัดการอภิปรายกลุ่มเฉพาะผู้ป่วยโรคเดียวกัน และขจัดปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ที่อาจมีผลให้ผลการทดลองเกิดความคลาดเคลื่อน คาดว่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้อย่างเด่นชัดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังต่อไปนี้

1. จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษา โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมมีความวิตกกังวลลดลง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานควรตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยและการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลกระทบต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเอง การอภิปรายกลุ่มจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยจัดให้ผู้ป่วยและญาติได้มีปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยดำเนินการให้ผู้ป่วยได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ มีการปรึกษาหารือและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นๆ ได้ระบายความรู้สึกเป็นทุกข์ ความวิตกกังวล ความคับข้องใจต่างๆ โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

- 1.1 ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอได้มีโอกาสเข้าร่วมการอภิปรายกลุ่ม ตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจริง เช่น ก่อนวันนัดผู้ป่วยมาฉีดเส้นเพื่อรับรังสีรักษา ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและสับสนมากที่สุด เกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเอง และอยู่ในระยะที่ผู้ป่วยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งในทางบวกและลบ ซึ่งส่วนใหญ่จะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ดังนั้น พยาบาลควรนำวิธีการให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มไปใช้กับมะเร็งศีรษะและคอตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาเตรียมตัว และสามารถนำประโยชน์จากการอภิปรายกลุ่มไปใช้ได้จริง ไม่ใช่ผ่านพ้นปัญหามาแล้ว จึงได้รับความรู้หรือทราบวิธีการเตรียมตัว หรือวิธีแก้ปัญหา

- 1.2 ในระยะแรกซึ่งเป็นระยะสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่ม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินการอภิปรายกลุ่มได้บรรลุจุดมุ่งหมาย พยาบาลจึงควรเป็นผู้เสริมสร้างบรรยากาศในการพูดคุยกันในกลุ่มให้มีความเป็นกันเองมากที่สุด เพื่อให้เกิดการไว้วางใจแก่สมาชิก ควรรับฟังความคิดเห็น สนใจรับฟังสิ่งที่สมาชิกพูดหรือระบายความไม่สบายใจ รวมทั้ง

ปัญหาต่างๆ อย่างตั้งใจ จริงใจ รับฟังในสิ่งที่สมาชิกกลุ่มแสดงออกโดยไม่ตำหนิ ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มเต็มใจพูดคุยและเปิดเผยตัวเองมากขึ้น ทั้งนี้พบว่าในการให้ข้อมูล ข่าวสาร และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อาจจะมีสมาชิกบางคนที่ไม่ค่อยพูด หรือแสดงความคิดเห็นมากนัก มักจะมีการซักถาม ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มอยู่เสมอ อาจเนื่องจากผู้ป่วยยังไม่เกิดความไว้วางใจในสมาชิกด้วยกัน จึงไม่กล้าแสดงความคิดเห็น และอาจเป็นเพราะสมาชิกรู้สึกว่าคุณวิจัยเท่านั้นที่จะสามารถให้คำแนะนำ หรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองได้ ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องพยายามกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสพูดคุย และแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคาดหวังต่อการรักษา ระบายความรู้สึกและปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนให้กลุ่มรับรู้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้สมาชิกคุ้นเคยกันมากขึ้น

1.3 การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม ควรเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคหรือมีปัญหาเหมือนกัน รับการรักษาด้วยวิธีเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ และสามารถนำคำแนะนำที่ได้จากกลุ่มไปใช้ได้จริง

2. ควรส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลเอาใจใส่ แสดงความรักใคร่ห่วงใย สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ท่วงทีเมื่อปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม และช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ ที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ เน้นให้บุคคลในครอบครัวเห็นความสำคัญของการให้การดูแลเอาใจใส่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกคับข้องใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป อันจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

3. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ นอกจากจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติแล้ว ควรมีการสาธิต และปฏิบัติไปพร้อมๆ กัน เช่น การบริหารร่างกายส่วนศีรษะและคอ จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ จดจำได้ดีขึ้นนำกลับไปใช้ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

4. จัดกิจกรรมการให้ความรู้ โดยจัดให้ญาติผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม ควรมุ่งให้ผู้ป่วยและญาติ เกิดความตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติ และเน้นให้เห็นถึงผลดี ผลเสียที่จะเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจตรงกัน ญาติจะมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

5. ควรจัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการให้ความรู้ เช่น การใช้กระบวนการกลุ่ม การอภิปรายกลุ่ม และการเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ สามารถใช้เทคนิคเหล่านี้ในการให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เพราะความต่อเนื่องก่อให้เกิดความคุ้นเคยพอที่ผู้ป่วยจะเล่าปัญหา หรือระบายความทุกข์ให้ฟัง ทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และสามารถส่งต่อให้แพทย์ผู้รักษาได้ถูกต้องตามความต้องการของผู้ป่วย และ ควรเน้นให้เห็นความสำคัญของการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ หรือการนำอิทธิพลของกลุ่มมาใช้ โดยให้ผู้มารับบริการเป็นผู้ให้ความรู้และช่วยแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน เกิดความกระตือรือร้นในการปรับปรุงตนเองต่อไป

6. การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ นับเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้ จึงควรประยุกต์ใช้ในการให้การศึกษาในคลินิกเรื่องอื่นๆ เช่น คลินิกโรคเบาหวาน โรคไต ความดันโลหิตสูง ฯลฯ และการให้การศึกษาในชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาจำกัด ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาติดตามความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาอย่างต่อเนื่องให้นานออกไปอีกในระยะเวลาต่างๆ กัน เช่น 3 เดือน , 6 เดือน , 1 ปี เพื่อติดตามผลการจัดกิจกรรม และความคงทนของพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการรักษา ว่ายังคงอยู่ต่อเนื่องหรือไม่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร สภาพแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือไม่

2. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวนน้อย ดังนั้นเพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้อย่างกว้างขวาง จึงควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อช่วยให้ประชากรกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายที่ดี หรือทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาในสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการศึกษา และเพื่อให้ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงถึงประชากรกลุ่มอื่นได้มากขึ้น

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมกับการสอนสุศึกษาด้วยวิธีอื่นๆ

4. ควรประยุกต์โปรแกรมการศึกษาที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยมะเร็งระบบอื่นๆ ที่ได้รับรังสีรักษา เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กวี ทั้งสุบุตร. (2530, 24 เมษายน). “การใช้ความรู้ทางชีวรังสีในการรักษาโรคด้วยรังสี,”
รังสีวิทยาสาร. หน้า 135 –163.
- กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์. (2534). ผลของการให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรม
เลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กุลอนงค์ ฉัตรทอง. (2544). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อลด
ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกกล้ามเนื้อกระดูก
ทรวงอก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กรองจิตร ชมสมุท. (2535). ประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติ
ตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กองสถิติสาธารณสุข. (2540). สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษฎา ดงศิริ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับความพึง
พอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เกษร ลักษิตานนท์. (2532). ประสิทธิภาพของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีต่อการ
เลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เกษร สุวิทย์ศิริ. (2536). การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกคนด้าน
สุขภาพ และความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับยาเคมีบำบัด.
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข.
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2532). “ การสอนสุขภาพอนามัยเป็นกลุ่ม,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วยที่ 8 – 15. หน้า 379 – 418. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จารุวรรณ รัชมีเหลืองอ่อน. (2535). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เฉลิมพล ดันสกุล และประพิศ พิจิตรวัยปรีชา. (2540 , กันยายน). “ การประยุกต์กระบวนการกลุ่มและแรงบันดาลใจทางสังคมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน,” วารสารสุขศึกษา. 20(77) : 72 – 77.
- ชฎาพร คงเพชร. (2528). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชไมพร มณีรัตนพันธ์. (2540). ผลการจัดกิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและญาติ โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตติพร อิงคถาวรวงศ์. (2541). การพยาบาลมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. ภาควิชาการพยาบาลสูตินรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. กรุงเทพฯ : ชานเมืองการพิมพ์.
- ดวงกมล จันท์นิมิตร. (2538). อิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูง. โรงพยาบาลอุดรดิษฐ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงแข อมราพิทักษ์. (2537). เปรียบเทียบผลการสอนแบบบรรยายและอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงอาชีพบริการทางเพศ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ดารณี คงมอม. (2540). การประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคปอดอักเสบของมารดา ในการเลี้ยงดูบุตรอายุ 2 – 5 ปี อำเภอ บางแก้ว จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดรุณี ชูณะวัด และคณะ. (2529). ผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. ราชบัณฑิตยบาลสาร. 2(1) : 31 – 43.
- ถนอมศรี คูอาริยะกุล. (2538). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- เทพชาดา คิวสุวรรณ และคณะ. (2540). ผลการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง สำหรับสตรีวัยก่อนหมดระดู (ชมรมวัยทอง) เชียงราย : โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย.
- นฤมล ศาสตร์สุข. (2540). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นวลชนิชฐ์ ลิมนวัสน์. (2531). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตสังคม กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีครบ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นุชจริย์ รัตนประภาศิริ. (2540). ผลการสอนแบบอภิปรายกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. (2533). ผลการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ประคอง รังคสิริ. (2523). คู่มือทางการแพทย์ กระบวนการพยาบาล เรื่องการพยาบาลโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพานิช.
- ประดิษฐา สินสว่าง. (2538). ผลของการสนับสนุนภายในกลุ่มของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปาหนัน บุญหลง. (2528). “ มโนทัศน์ความวิตกกังวล,” ใน การพยาบาลจิตเวชเล่ม 1. เชียงใหม่ : บริษัทเชียงใหม่สหณกิจ.
- ประทีน อัมสุขศรี. (2542). ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีอายุระหว่าง 32 - 55 ปี อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : พีรพัชรา.
- ปาริชาติ ฉายสีศิริ. (2534). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการลดการอักเสบในกลุ่มนักเรียนมัธยมตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ผ่องพรรณ กาวิวงศ์. (2533). ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน และการให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง ต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ดุสิตบัณฑิต. กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรรณนิภา ธรรมวิรัช และประอรนุช ตุลยาธร. (2531). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์. กรุงเทพฯ : โครงการตำราวิทยาศาสตร์อุตสาหกรรม.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (กรกฎาคม 2521 – มิถุนายน 2522). “ อารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง,” วารสารโรคมะเร็ง. (4 - 5) : 167-172.
- _____. (2524, 9 กุมภาพันธ์). “ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งรังสีบำบัด,” วารสารโรคมะเร็ง. 7 : 167-172.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร.

- พยอม อิงคตานุวัฒน์. (2525). จิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ.
รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- ไพรัช เทพมงคล. (2524). โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์
กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- _____. (2526). ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เรือน
แก้วการพิมพ์.
- _____. (2527). จะปฏิบัติอย่างไรเมื่อฉายแสง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสมัย.
- เพิ่มพูน ธรรมเจริญ. (2536). ผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของ
ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(พยาบาลศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มัลลิกา มติโก. (2530). แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเองของทัศนะ
ทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : แสงแดด.
- มาลินี จรูญธรรม. (2541). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดต่อเนื้อครั้งแรก ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เรณู ช้างพุก. (2529). อิทธิพลของครอบครัวและเครือญาติต่อการตัดสินใจรับบริการวิศิคม
กำเนิดห้วงอนามัย ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2531). สถิติวิทยาทางการวิจัย. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์สุวิริยาศาสน.
- วรชัย ตั้งวรพงศ์ชัย. (2532). รังสีรักษา : โรคมะเร็งของศีรษะและคอ. หน่วยรังสีรักษา
ภาควิชาวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัชร ฐะคำ. (2524). จิตวิทยาแนะแนวและการให้คำปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :
จรัญการพิมพ์.
- วัฒนะ คล้ายดี. (2530). ประสิทธิภาพของการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการสอนผู้ป่วยร่วมกับการ
ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากญาติผู้ป่วย ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. โรงพยาบาล
อินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538, กุมภาพันธ์ – มีนาคม). “คำเฉลียวกับการแปลความหมาย : เรื่อง
ง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้,” ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 8 – 11.
- วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุภากุล. (2522). กระบวนการกลุ่ม (ศึกษา 325). กรุงเทพฯ :
พีรพัทธนา.

- วิสุทธิ วุฒิพฤษ. (2521). "ภาวะแทรกซ้อนจากรังสี," ใน *รวมเรื่องการบรรยายในการอบรมการพยาบาลเพื่อผู้ป่วยมะเร็ง*. บรรณาธิการโดยไพรัช เทพมงคล. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 121 – 129 : โรงพยาบาลศิริราช.
- ศิริกาญจน์ เฝือกเทศ. (2527). *ผลของการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อน และการผ่าตัดหลอดเลือดขอดในถุงอัณฑะซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร นิลมณฑา. (2543). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับญาติของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ณ ศูนย์สาธิตบริการโรคติดต่อเขต 2 สระบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). "การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง," ใน *มะเร็งวิทยา*. บรรณาธิการโดยพรศรี คิตชอบ และคณะ. หน้า 241 – 268. กรุงเทพฯ : สหมิตรเมดิเพรส.
- _____. (2537). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2524). *คู่มือจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สายปัญญา คงพันธ์. (2535). *ประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษา โดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สายสงวน อุณหันธ์. (2523). "รังสีรักษาสำหรับพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง," ใน *รวมเรื่องการบรรยายในการอบรมพยาบาลเพื่อผู้ป่วยมะเร็งสำหรับพยาบาล*. สถาบันมะเร็งโรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุกัญญา จิตรสุวรรณ. (2529). *ผลการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระຈກ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ : สำนักงานคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุดาพร ดำรงวานิช. (2536). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- สุภาพร องค์สุริยานนท์. (2537). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา* สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุรีย์ จันทรโมลี. (2527). *วิธีการทางสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจริญวิทยการพิมพ์.
- . (2528). *สุขศึกษาในสถานบริการทางการแพทย์*. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์พร มาลา. (2534). *ความวิตกกังวล ความสามารถในการควบคุมตัวเอง ความต้องการข้อมูล ในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2527). *แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ปอง.
- สุวนีย์ ดันติพัฒนานันท์. (2522). *การพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- อพัชชา ผ่องญาติ. (2543). *การส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนา เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุไร ชลูนาค. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เอียน กอร์เลอร์. (2531). *เปลี่ยนชีวิตพิชิตมะเร็ง*. แปลโดย เอกพล วัฒน. ไพบูลย์ สุริยวงศ์ไพศาล และ สุรเกียรติ อาชาานุภาพ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- Aymanns, P., Fillipp, S.HO. and Klaure, T. (1995, March). "Family support and coping with cancer some determinants and adaptive correlates special issue : social psychology and health," *British Journal of Social Psychology*. 341(1) : 107-124.
- Baird, S.B., et al. (1991). *Cancer Nursing a Comprehensive Textbook*. Philadelphia : Saunders .
- Baker, K.H. and Feldman, J.E. (1987, October). "Cancer of the Head and Neck," *Cancer Nursing*. 10 : 293 – 299.
- Beland, I. & Passos, J.Y. (1981). *Clinical nursing : Pathophysiological and psychosocial approaches*. 3rd ed. New York : MacMillan.

- Bormann, E.G. (1975). *Discussion and Group Methods : Theory and Practice*. 2nd ed.
New York : Harper & Row.
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985 , February). " Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis," *Psychological Bulletin*. 98 : 310 – 357.
- Conger, A.D. (1973 , March). " Loss and Recovery of Taste Acuity in Patients Irradiated to the Oral Cavity, " *Radiation Research*. 53 : 338 – 347.
- Dreizen, S., et al. (1977 , February). " Oral Complication of Cancer Radiotherapy," *Post Graduate Medicine*. 61 : 85 – 92.
- Dudjak, L.A. (1987, June). " Mouth Care for Mucositis due to Radiation Therapy," *Cancer Nursing*. 10 : 131 – 140.
- Dodd, M.J. (1984, May / June). " Patterns of Self-Care in Cancer Patients Receiving Radiation Therapy," *Oncology of Nursing Forum*. 11 : 23 – 27.
- Donalson, S.S. (1977, November). " Nutritional Consequences of Radiotherapy," *Cancer Research*. 37 : 2407 – 2413.
- Evan, R.L. and Connis, R.T. (1995). " Comparison of Group Therapies for Depressed Cancer Patients Receiving Radiation Treatment," *Public Health Report*. 110(3) : 306 – 311.
- Fudd, Fiona K. and Barrows, Graham D. (1992). *Handbook and Affective Disorder*.
London : Churchill Livingstone.
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social Support, Self-Care and Quality of life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand*. (Doctoral Dissertation) College of Nursing, Wayne State University, Detroit, MI.
- Harnack, R.V., et al. (1977). *Group Discussion : Theory and Technique*. 2nd ed.
New Jersey : Prentice – Hall.
- Hubbard, P., Muhlenkamp, A.F. and Brown, N. (1984, September-October). " The Relationship between Social Support and Self-Care Practices." *Nursing Research*. 33 : 266 - 270.
- Israel , M.J. & Mood, D.M. (1982, February). " Three Media Presentations for Patient Receiving Radiation Therapy," *Cancer Nursing*. 5 : 58 - 59.
- Johnson, J. (1982, April). " The Effects of a Patient Education Course on Persons with a Chronic Illnes," *Cancer Nursing*. 5 : 117-123.
- Kroon. (1985). *Coronary artery bypass Surgery : Education of the Family (Adult Heart Disease, Support, Prevention Patient)*. EDD. University of South Dakota. : 67.

- Krumm, S. (1982). "Psychological Adaptation of the Adult with Cancer," *Nursing Clinics of North America*. 17(4) : 732.
- Laitinen, P. (1992). "Participation of Informal Caregiver," *Journal of Advanced Nursing*. 17(10) : 1233 – 1237.
- Levin L. (1976). "The Lay Person as the Primary Care Practitioner," *Public Health Report*. 9 : 206 – 210.
- Levin, L.S., (1981). "Self care in Health Potentials and Pitfalls," *World Health Forum*. 2(2) : 177.
- Luckman, J. & Sorensen, K.C. (1997). *Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach*. Philadelphia : Saunders.
- Klein, A.F. (1972). *Effective Group Work, an Introduction to Principle and Method*. New York : Association Press.
- Marram D.G. (1978). *The Group Approach in Nursing Practice*. 2nd ed. Saint Louis : Mosby.
- Moor, M.J. (May ,1984). "The Effect of Radiation on Connective Tissue," *Otolaryngological Clinics of North America*. 17 : 389 – 399.
- Morisky, D.E. et. al. (1985). "Evaluation of Family Health Education to Build Social Support for Long –Term Control of High Blood Pressure," *Health Education Quarterly*. 12 : 35 – 50.
- National Cancer Institute. (1993). *Annual Report 1993*. Department of Medical Service. No place : 21.
- _____. (1999). *Annual Report 1993*. Department of Medical Service. No place : 26-27
- Ogi, S.S. (1978). "Radiotherapy, Cancer and Nurses," In *Dynamics of Oncology Nursing*. pp. 136 -153. Edited by P.K. Borkhalter & D.L. Donley. New York : McGraw-Hill.
- Otto, S.E. (1991). *Oncology Nursing*. St.Louis : Mosby.
- _____. (1994). *Oncology Nursing*. St.Louis : Mosby.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing Concepts of Practice*. 3rd ed. New York : McGraw – Hill.
- Pollock, S.E. (1989). The Hardiness Characteristic : A Motivating Factor in Adaptation. *Advances in Nursing Science*. 11(2) : 53 - 62.
- Raz, I., Soskolne, V. & Stein, P. (1988). "Influence of Small – group Education Sessions on Glucose Homeostasis in NIDDM," *Diabetes Care*. 11 : 143 – 148.

- Sharp, T. (1990). "Relative Involvement in Caring for the Elderly Mentally Ill Following Long-term Hospitalization," *Journal of Advanced Nursing*. 15(1) : 67 – 73.
- Siegel, S. (1959). *Nonparametric statistics : For the behavioral sciences*. (26th ed.). Tokyo : McGraw-Hill Kogakusha.
- Spielberger, C.D. (1970). *STAI Manual*. California : Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. and Lushene, R.E. (1970). *STAI manual*. California : Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., & Diaz, E.R. (1976). *Cross-Cultural Anxiety*. New York : Hemisphere.
- Stuart, G.W., & Sundeen, S.T. (1983). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 2nd ed. St. Louis : Mosby.
- . (1987). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis : Mosby.
- Trowbridge, T.E. & Carl, W. (1975, December). "Oral Care the Patient Having Head and Neck Irradiation," *American Journal of Nursing*. 75 : 2146 - 2149.
- Taylor, Cecelia Monat. (1982). *Mereness' Essentials of Psychiatric Nursing*. London : Mosby.
- Vicdevoe, D.L. (1981). *Concept of Nuring Care for Patients Receiving Radiotherapy*. London : Prentice-Hall International.
- Walker, V.A. (1982, December). "Skin Care During Radiotherapy," *Nursing Time*. 78 : 2068 - 2070.
- Wallace, M.H., Makke, P.B. & Pendergrass, T.W. (1987). "Parents of Cany Term Survivors of Childhood Cancer : A Preliminary Survey to Characterize Concerns and Need," *Oncology Nuring Term*. 14 : 39 - 43.
- White, N.E., Richter, J.M., & Fry, C. (1992, April). "Coping Social Support and Adaptation to Chronic Illness," *Western Journal of Nursing Research*. 14 : 211 – 223.
- World Health Organization. (1991). "Strengthening Self – care at Home," *WHO Regional Office for South – East*. New Delhi.
- Yasko, J.M. (1982, December). "Care of the Patient Receiving Radiation Therapy," *Nursing Clinics of North America*. 17 : 631 – 638.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ
หนังสือราชการ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

- | | | |
|----------------------------|----------------|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส | ปัทมภาสพงษ์ | หัวหน้าภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. พันโทนายแพทย์ธิดิ | สว่างศิลป์ | รังสีแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 3. แพทย์หญิงธนาทิพย์ | ตันติวัฒน์ | รังสีแพทย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล |
| 4. อาจารย์ ดร. ราชันย์ | บุญธิมา | อาจารย์ประจำสำนักทดสอบทางการศึกษา
และจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 5. อาจารย์สุภาพร | องค์สุริยานนท์ | นักวิชาการสาธารณสุข 7
โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช |



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5726, 5644

ที่ ทม 1012/ 3365

วันที่ 31 พฤษภาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษา โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ รองศาสตราจารย์ดร.ณี ชุมพะวัตต์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นภกรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5726, 5644

ที่ ทม 1012/ 3580

วันที่ 13 มิถุนายน 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา

เนื่องด้วย นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ รองศาสตราจารย์ดร.ณี ชุมพะวัตต์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์รัชชัยย์ บุญธิมา เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1012/ 3541



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/3 มิถุนายน 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ชดา วิมลวัตรเวท และ รองศาสตราจารย์ครุณี ชูณหะวัต เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ พันโทนายแพทย์ธิตี สว่างศิลป์ รังสีแพทย์ แผนกรังสีรักษา เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ 3361



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

31 พฤษภาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวท และ รองศาสตราจารย์ดร.ฉวี ชุณหะวัณ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ แพทย์หญิงธนาทิพย์ ตันติวัฒน์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวท)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ 33 64



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

31 พฤษภาคม 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวท และ รองศาสตราจารย์ดร.ฉวี หุณหะวัต เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวสุภาพร องค์กรสุริยานนท์ นักวิชาการสุศึกษา 7 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 02-258-4119



ที่ ทม 1012/ 33 11

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

3 มิถุนายน 2545

เรื่อง ขอเชิญเป็นกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ด้วย นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา ได้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย โดยมีญาติเข้าร่วม กิจกรรมต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับรังสีรักษา” บัณฑิตวิทยาลัยพิจารณาเห็นว่า รองศาสตราจารย์ดร. ฐนหะวัต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเหมาะสมอย่างยิ่ง ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเขียนปริญญานิพนธ์เรื่องดังกล่าว จึงใคร่ขอเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ฐนหะวัต มาเป็นกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ของนิสิตผู้นี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติ และโปรดแจ้งให้ รองศาสตราจารย์ดร. ฐนหะวัต ทราบด้วย

ทั้งนี้หวังว่าคงได้รับความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภกร ฐนหะวัต)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร.2584119, 6641000 ต่อ 5646, 5644

โทรสาร 2584119

ที่ ทม 1012/4057



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒ กรกฎาคม 2545

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ รองศาสตราจารย์ครุณี ชูณหะวัต เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 02-258-4119

ที่ ทม 1012/ ๕๐๖๐



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๖ กรกฎาคม 2545

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ รองศาสตราจารย์ดร.ณี ชูณหะวัณ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา แผนกรังสีรักษา จำนวน 30 คน ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตอบแบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนสิงหาคม 2545 - มกราคม 2546

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 02-258-4119

ภาคผนวก ข

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

หนังสือพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

แบบสอบถาม

แบบบันทึกการได้รับการสนับสนุนจากญาติ

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ชอย.....ถนน.....แขวง/ ตำบล.....เขต /อำเภอ.....

จังหวัด.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ”

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับ ชู เชิญ หลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพความปลอดภัย อาการ หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใดๆ ในระหว่างการวิจัยหรือภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ / หรือผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย และในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทน ดังกล่าวจากผู้วิจัยและ / หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัย จะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบรรดาค่าใช้จ่าย ค่าชดเชย และค่าทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7. ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆ ของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งความเสี่ยงและอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าได้ทราบ และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1) กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าว

2) ในกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอม

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ขณะนี้กำลังทำวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยที่มีญาติเข้าร่วมกิจกรรมต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคและรังสีรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้

ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ดิฉันจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะรับรังสีรักษา ซึ่งแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 30 นาทีในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั้งหมดถือเป็นความลับ จะนำเสนอในภาพรวมของการวิจัย จะไม่ส่งผลกระทบต่อดูแลการรักษาและหน้าที่การงานของท่าน คำตอบของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะเป็แนวทางในการพัฒนาระบบการให้การพยาบาล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยต่อไป

หากท่านมีข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีที่จะตอบให้เข้าใจ และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการรักษาพยาบาล จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ ท่านมีสิทธิ์จะตอบรับ หรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ
นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ
นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เลขที่ (ID No).....

แบบสอบถาม**ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา****คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม**

1. แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวล แบ่งเป็น 2 ตอนคือ
 - 2.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ
 - 2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา 3 ด้าน คือ
 - พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป
 - พฤติกรรมการดูแลตนเองตามวัย
 - พฤติกรรมการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย
2. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์เท่านั้น คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อดัชนีตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด
3. ในการตอบแบบสอบถามขอความกรุณาให้ท่านอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามส่วนนั้นๆ และตอบแบบสอบถามทุกส่วนให้ครบทุกข้อ และตรงตามความเป็นจริงของท่าน

ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาว วาสนา เจริญรัตนโชติ

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

9. ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ บ้านตนเอง | ☐ บ้านลูก |
| ☐ บ้านญาติ | ☐ บ้านคนรู้จักหรือเพื่อนฝูง |
| ☐ บ้านพักรังสี | ☐ อื่นๆ โปรดระบุ |

10. วิธีการเสียค่ารักษาพยาบาล

- | | |
|---|---|
| ☐ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ | ☐ เสียค่ารักษาเอง |
| ☐ มีบัตรสงเคราะห์ | ☐ มีประกันชีวิต |
| ☐ บัตรประกันสุขภาพ (30บาท) | ☐ อื่นๆ ระบุ |

11. ท่านมีปัญหาเรื่องการเงิน ในการตรวจรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด

- | | |
|------------------------------------|---|
| ☐ ไม่มีเลย | ☐ มีบ้างเล็กน้อย |
| ☐ มีปานกลาง | ☐ มีมาก |

12. ท่านได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการดูแลตนเองจากใครบ้าง

- | | |
|---|---|
| ☐ แพทย์ | ☐ พยาบาล |
| ☐ เจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษา | ☐ อื่นๆ โปรดระบุ |

13. บุคคลในครอบครัวท่านที่ได้ให้การช่วยเหลือดูแลท่านอย่างใกล้ชิดในการเจ็บป่วยครั้งนี้คือ

- | | |
|---------------------------------|--|
| ☐ พ่อ | ☐ แม่ |
| ☐ สามี | ☐ ภรรยา |
| ☐ ลูก | ☐ พี่ - น้อง |
| ☐ เพื่อน | ☐ บุคคลอื่นๆ โปรดระบุ |

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และแฟ้มประวัติผู้ป่วย

1. ตำแหน่งของมะเร็ง.....
2. ระยะของโรค stage.....
3. ปริมาณรังสีทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ.....เซนต์เกรย์ (cGy)
4. วันที่เริ่มรักษาด้วยการฉายรังสี.....
5. วันที่สิ้นสุดการรักษาด้วยการฉายรังสี.....
6. อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระหว่างได้รับการรังสีรักษา

ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น	อาการ	
	มี	ไม่มี
1. อ่อนเพลีย		
2. เบื่ออาหาร		
3. คลื่นไส้		
4. อาเจียน		
5. น้ำหนักลด		
6. ชีด		
7. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เช่น		
- ผิวหนังดำคล้ำ		
- ผิวหนังแดง ปวดแสบปวดร้อน		
- ผิวหนังอักเสบพุพอง		
8. ผม่ว		
9. เยื่อช่องปากอักเสบ		
10. เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก		
11. ปากแห้ง		
12. การสูญเสียการรับรสอาหาร		
13. อ้าปากลำบาก , ขากรรไกรแข็ง		
14. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อคอถูกจำกัด คอแข็ง เคลื่อนไหวลำบาก		
15. เยื่อตาขาวอักเสบ , น้ำตาแห้ง		
16. ฟันผุ		
17. หูอักเสบ		

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวล

2.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Form X - I)

คำชี้แจง แบบสอบถามความวิตกกังวลชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึกของท่านในขณะที่ได้รับรังสีรักษา โดยอ่านข้อความทางซ้ายมือ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวามือ ที่ตรงกับความเป็นจริง ในการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ข้อความใดไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านขณะนี้ ให้ตอบว่า ไม่มีเลย
 ข้อความใดตรงกับความรู้สึกจริงของท่านขณะนี้เล็กน้อย ให้ตอบว่า มีบ้าง
 ข้อความใดตรงกับความรู้สึกจริงของท่านขณะนี้ค่อนข้างมาก ให้ตอบว่า มีค่อนข้างมาก
 ข้อความใดตรงกับความรู้สึกจริงของท่านขณะนี้มากที่สุด ให้ตอบว่า มีมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่มี เลย	มีบ้าง	มีค่อนข้าง มาก	มีมากที่สุด
1. ท่านรู้สึกเป็นทุกข์		✓		

จากตัวอย่างหมายถึง ขณะนี้ท่านรู้สึกเป็นทุกข์บ้าง

ข้อความ	ไม่มี เลย	มีบ้าง	มีค่อนข้าง มาก	มีมากที่สุด
<u>ความรู้สึกของท่านในขณะที่ได้รับรังสีรักษา</u>				
1. ท่านรู้สึกสงบ				
2. ท่านรู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3. ท่านรู้สึกดีใจ				
4. ท่านรู้สึกเสียใจ				
5. ท่านรู้สึกสบายใจ				
6. ท่านรู้สึกหงุดหงิด				
7. ท่านรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น				
8. ท่านรู้สึกว่าพักผ่อนได้				
9. ท่านรู้สึกวิตกกังวล				
10. ท่านรู้สึกสะดวกสบาย				
11. ท่านรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ท่านรู้สึกตื่นเต้นง่าย				
13. ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ท่านรู้สึกอึดอัดใจ				
15. ท่านรู้สึกผ่อนคลาย				
16. ท่านรู้สึกพึงพอใจ				
17. ท่านรู้สึกกำลังกังวลใจ				
18. ท่านรู้สึกตื่นเต้นตกใจ				
19. ท่านรู้สึกรำเริงเบิกบาน				
20. ท่านรู้สึกแจ่มใส				

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (Form X – II)

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความซึ่งท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับ ความรู้สึกทั่วไปของท่านมากที่สุด ในการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ข้อความใดไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านขณะนี้ ให้ตอบว่า ไม่มีเลย
 ข้อความใดตรงกับความรู้สึกจริงของท่านขณะนี้เล็กน้อย ให้ตอบว่า มีบ้าง
 ข้อความใดตรงกับความรู้สึกจริงของท่านขณะนี้ค่อนข้างมาก ให้ตอบว่า มีค่อนข้างมาก
 ข้อความใดตรงกับความรู้สึกจริงของท่านขณะนี้มากที่สุด ให้ตอบว่า มีมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่มี เลย	มีบ้าง	มีค่อนข้าง มาก	มีมากที่สุด
1. ท่านรู้สึกเครียด	✓			

จากตัวอย่างหมายถึง ในช่วงที่ผ่านมา ท่านไม่มีความรู้สึกเครียดเลย

ข้อความ	ไม่มี เลย	มีบ้าง	มีค่อนข้าง มาก	มีมากที่สุด
<u>ความรู้สึกทั่วไปของท่าน</u>				
1. ท่านรู้สึกแจ่มใส				
2. ท่านรู้สึกเหนื่อยหน่ายง่าย				
3. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้				
4. ท่านรู้สึกอยากมีความสุขเหมือนคนอื่น				
5. ท่านมักพลาดโอกาสเพราะตัดสินใจช้าเกินไป				
6. ท่านรู้สึกว่าพักผ่อนได้				
7. ท่านรู้สึกมีความสุขรอบคอบ				
8. ท่านรู้สึกว่ามีโอกาสประสบความสำเร็จ				
9. ท่านมักจะรู้สึกกังวลเกินกว่าเหตุ				
10. ท่านรู้สึกเป็นสุข				
11. ท่านมักถือทุกสิ่งเป็นเรื่องจริงจัง				
12. ท่านขาดความมั่นใจในตนเอง				
13. ท่านรู้สึกมั่นคงในชีวิต				
14. ท่านพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับความยุ่งยาก				
15. ท่านรู้สึกหม่นหมอง				
16. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต				
17. ท่านมักคิดแต่เรื่องไร้สาระ				
18. ท่านมักใส่ใจกับความผิดพลาด				
19. ท่านเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
20. ท่านมีความระมัดระวังและตื่นตัว เมื่อนึกถึงเรื่องที่ เกี่ยวพันและสนใจอยู่				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้ รับรังสีรักษา

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงความคิดเดียว โดยแต่ละช่องมี
ความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตามข้อความนั้นอย่างสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นบางครั้งบางคราว

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็นบาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
0. ท่านดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว	✓		

จากตัวอย่าง แสดงว่า ท่านดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว เป็นประจำ

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็นบาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
<u>การดูแลตนเองโดยทั่วไป</u>			
1. ท่านรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายมีประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว ผัก ผลไม้			
2. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เปรี้ยวจัด เผ็ดจัด เค็มจัด			
3. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 – 10 แก้ว			
4. ท่านดื่มชา กาแฟ			
5. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม			
6. ท่านสูบบุหรี่			
7. ท่านอาบน้ำหรือเช็ดตัววันละ 2 ครั้ง			

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
8. ท่านพักผ่อนนอนหลับได้อย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมง			
9. ท่านรับประทานผักและผลไม้ทุกวันเพื่อช่วยให้ขับถ่ายปกติ			
10. ท่านออกกำลังกายด้วยการเดิน หรือการบริหารร่างกายเบาๆ ครั้งละ 15 นาที			
11. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นโรคที่อาจจะติดต่อ ท่านได้ เช่น หวัด วัณโรค เป็นต้น			
การดูแลตนเองตามวัยของท่าน			
12. ท่านพูดระบายความไม่สบายใจกับผู้ที่ท่านไว้วางใจ			
13. ท่านบรรเทาความเครียดด้วยการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ฯลฯ			
14. ท่านทำตัวให้เข้ากับทุกๆคนในสังคมได้เหมือนเดิม			
15. ท่านมักจะยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นได้อย่างมีเหตุผล			
การดูแลตนเองขณะท่านเจ็บป่วยครั้งนี้			
16. ท่านรับประทานอาหารเช้าครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง เมื่อเกิด อาการคลื่นไส้ อาเจียน			
17. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง			
18. ในเมื่ออาหารใดที่ท่านรับประทานได้น้อยลง ท่านจะ อาหารอื่นมาเพิ่มระหว่างมื้อ			
19. ท่านรับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด เมื่อเกิดแผลในปาก			
20. ท่านทำความสะอาดช่องปากบ่อยๆ			
21. ท่านบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์ผสม			
22. ท่านใช้แปรงสีฟันที่มีขนนุ่ม			
23. ท่านจะพักทันที เมื่อรู้สึกเหนื่อย หรืออ่อนเพลีย			
24. ท่านใช้สบู่และแปรงฟันบริเวณที่ฉายแสง			

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
25. ท่านใช้น้ำมัน หรือโลชั่นทาบริเวณฉายแสงที่มีลักษณะแห้ง คล้ำเป็นขุย หรือลอก			
26. เมื่อท่านคันบริเวณผิวหนังที่ฉายรังสี ท่านมักจะเกา			
27. ท่านบริหารบริเวณศีรษะและคอ โดยก้ม & เงยศีรษะ ประมาณวันละ 20 –30 ครั้ง			
28. ท่านบริหารช่องปาก โดยการอ้าปากให้กว้างที่สุด และ แลบลิ้นยาวๆ ประมาณวันละ 30 – 50 ครั้ง			
29. ท่านบริหารบริเวณศีรษะและคอ โดยการหมุนคอสลับ ไป – มา ทั้งซ้ายและขวา ประมาณวันละ 20 –30 ครั้ง			
30. เมื่อเกิดอาการท้องผูก ท่านรับประทานยาระบายเอง			
31. ท่านใช้แปรงหวีผม ที่มีซี่ห่าง และแปรงผมเบาๆ			
32. เมื่อท่านมีอาการข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการเจ็บคอ กลืนลำบาก ท่านปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล			

แบบบันทึกการสนับสนุนของญาติ

ชื่อผู้บันทึก.....

เป็นญาติของ.....

มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีฐานะเป็น.....

ลำดับ ที่	การให้ความร่วมมือสนับสนุนผู้ป่วย	ทำบ่อย ๆ (สัปดาห์ ละ 5 ครั้ง ขึ้นไป)	ทำบางครั้ง (สัปดาห์ละ 2-4 ครั้ง)	ไม่ได้ทำ (น้อยกว่า สัปดาห์ละ 2 ครั้ง)	เหตุผลที่ไม่ได้ทำ
1.	การรับประทานอาหาร 1. ท่านดูแลหรือจัดเตรียมอาหารอ่อน ย่อยง่าย หรือกลืนง่าย รสไม่จัดให้ผู้ป่วย.... 2. ดูแลและกระตุ้นในเรื่องการรับประทานอาหาร ให้เพียงพอกับความต้องการของ ร่างกาย..... 3. อื่นๆ ระบุ.....				
2.	การออกกำลังกายและบริหารร่างกาย ที่เหมาะสม 1. กระตุ้นให้บริหารร่างกายเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายแสง.....				
3.	การพักผ่อน 1. ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อแบ่งเบาภาระ..... 2. จัดเตรียมสถานที่ให้พักผ่อน.....				
4.	การช่วยเหลือดูแลความไม่สบายหรือ อาการข้างเคียงจากการฉายรังสี ในเรื่อง - การดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายแสง..... - การดูแลสุขภาพช่องปาก..... - การดูแลเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย..... - การดูแลเมื่อเบื่ออาหารหรือคลื่นไส้.....				
5.	การพาไปพบแพทย์ตามนัด.....				

ภาคผนวก ค

ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ตาราง 12 ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ข้อ	แบบสอบถามความ วิตกกังวลแฝง (r)	แบบสอบถามความ วิตกกังวลขณะเผชิญ (r)	แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแล ตนเอง (r)
1	.41	.46	.83
2	.36	.23	.76
3	.75	.70	.28
4	.75	.58	.24
5	.26	.55	.81
6	.80	.52	.76
7	.75	.47	.60
8	.63	.50	.79
9	.75	.65	.32
10	.34	.31	.26
11	.75	.63	.64
12	.30	.28	.31
13	.20	.64	.51
14	.39	.44	.38
15	.24	.61	.31
16	.45	.62	.73
17	.28	.68	.28
18	.26	.21	.53
19	.48	.52	.73
20	.22	.77	.38
21			.24
22			.73
23			.70

ตาราง 12 (ต่อ)

ข้อ	แบบสอบถามความ วิตกกังวลแฝง (r)	แบบสอบถามความ วิตกกังวลขณะเผชิญ (r)	แบบสอบถาม พฤติกรรม การดูแล ตนเอง (r)
24			.73
25			.71
26			.71
27			.54
28			.73
29			.50
30			.71
31			.71
32			.80

แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง	มีค่าความเชื่อมั่น	.85
แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ	มีค่าความเชื่อมั่น	.89
แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง	มีค่าความเชื่อมั่น	.94

ภาคผนวก ง

แผนการอภิปรายกลุ่มย่อย

แผนการอภิปรายกลุ่มย่อย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

เรื่อง	การรักษาด้วยรังสีและการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และญาติ
สถานที่	หน่วยรังสีรักษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
วิธีการ	อภิปรายกลุ่มย่อย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการอภิปรายกลุ่มตามแนวคิดของมาแรม (Marram. 1978 : 154 – 161) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนที่ 2 เป็นระยะดำเนินการ ขั้นตอนที่ 3 เป็นระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยในแต่ละครั้งผู้วิจัย เป็นผู้นำในการอภิปรายกลุ่ม
เวลา	ดำเนินการอภิปรายกลุ่มจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาครั้งละ 1 – 1 ชั่วโมง 30 นาที
ผู้นำอภิปรายกลุ่ม	นางสาว วาสนา เจริญรัตนโชติ

แนวทางการจัดโปรแกรมสุขศึกษา

แผนการอภิปรายกลุ่มสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ครั้งที่ 1

กิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิก

1. รู้จักกันและมีสัมพันธภาพที่ดี
2. ทราบจุดประสงค์ของการเข้ากลุ่มและบทบาทของสมาชิกในการอภิปรายกลุ่ม
3. แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน
4. ทราบถึงความสำคัญ และวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองขณะรับรังสีรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างรับรังสีรักษาได้
5. ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยรังสีรักษา
6. ญาติผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มสามารถบอกบทบาทในการสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปพร้อมญาติเข้ากลุ่มพร้อมกัน

สถานที่ หน่วยรังสีรักษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

เวลา 1 - 1 ชั่วโมง 30 นาที

หัวข้อในการอภิปรายกลุ่ม

1. การฉายแสง คืออะไร
2. วิธีการปฏิบัติตัวขณะฉายรังสี
3. อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังการฉายรังสี
4. วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังการฉายรังสี
5. บทบาทของญาติในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วย

วิธีดำเนินการและกิจกรรม

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและญาติ โดยจัดผู้ป่วยและญาติให้นั่งสลับกันเป็นวงกลม ให้เห็นหน้าชัดเจน ดิดป้ายชื่อ

2. ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับผู้ป่วยและญาติ แนะนำตนเอง และผู้ช่วยในการอภิปรายกลุ่มและให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง โดยยืนขึ้นทีละคน เพื่อให้สมาชิกทำความรู้จักกัน และสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มทักทายกัน

3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมอภิปรายกลุ่ม วิธีการและขั้นตอนของการอภิปรายกลุ่ม ระยะเวลา จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม และบทบาทของสมาชิกกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดคุย บอกเล่าอาการเจ็บป่วยของตน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา เพื่อให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกซึ่งกันและกัน

2. การอภิปรายกลุ่ม ผู้วิจัยกล่าวเกริ่นนำ โดยซักถามผู้ป่วยและญาติว่า ท่านได้รับความรู้หรือคำบอกเล่าเกี่ยวกับการฉายรังสีจากใคร หรือแหล่งใดบ้าง ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นและร่วมอภิปรายในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- การฉายรังสี คืออะไร
- วิธีการปฏิบัติตัวในขณะฉายรังสี
- อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังการฉายรังสี
- วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังการฉายรังสี
- บทบาทของญาติในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยคอยเชื่อมโยงความคิดเห็น และชี้แนะเพิ่มเติมในประเด็นที่กลุ่มไม่เข้าใจ หรือยังไม่ครอบคลุม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย แนวทางที่จะนำไปปฏิบัติตัวในขณะฉายรังสี

4. ผู้วิจัยถามประสบการณ์ของญาติแต่ละคนว่าได้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ให้ญาติผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงการให้ความช่วยเหลือ พูดคุยแลกเปลี่ยนวิธีการให้แรงกระตุ้นและช่วยเหลือของญาติแต่ละคนที่สามารถจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยสรุปคำตอบของทุกคน และเพิ่มเติมให้ครอบคลุมบทบาทของญาติในการกระตุ้นเตือนและให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งญาติควรมีบทบาทดังนี้ คือให้การสนับสนุนผู้ป่วยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ เช่น การใช้คำพูดแสดงความห่วงใย ยกย่อง ให้กำลังใจ ให้การชมเชย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะของโรค ให้ข้อมูลด้านการสื่อสาร เช่น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ด้านความช่วยเหลือ เช่น ช่วยประกอบอาหาร ช่วยงานบ้าน ช่วยพาไปโรงพยาบาล หรือช่วยเหลือด้านการเงิน พร้อมทั้งให้การกระตุ้นเตือนแก่ผู้ป่วย เช่น เตือนให้รับประทานยา เตือนให้มาตรวจตามนัด เป็นต้น

5. ผู้วิจัยแจกคู่มือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และแบบบันทึกการได้รับการสนับสนุนจากญาติ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด วิธีการ บันทึกที่ถูกต้องแก่ญาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม

1. สมาชิกร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้พูดคุยกัน และผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาโดยการอภิปรายกลุ่มย่อย
2. ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ที่นัดพบครั้งต่อไปในอีก 2 สัปดาห์ โดยระบุวัน เวลาในบัตรนัดเข้าร่วมกิจกรรมแก่ผู้ป่วยและญาติ
3. สมาชิกกลุ่มร่วมกันรับประทานอาหารว่าง ซึ่งผู้วิจัยจัดเป็นเครื่องดื่มที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสทำความรู้จักสนิทสนมกันมากขึ้น

สื่อและอุปกรณ์

1. คู่มือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา
2. แบบบันทึกการได้รับการสนับสนุนจากญาติ
3. บัตรนัดเข้าร่วมกิจกรรม

การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. สังเกตความสนใจและความตั้งใจ ตลอดจนการซักถามจากผู้ป่วยและญาติ

แผนการอภิปรายกลุ่มสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ครั้งที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิก

1. มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการดูแลและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
2. เกิดความคาดหวังในความสามารถในการดูแลตนเองขณะรับรังสีรักษา และคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
3. แสดงความคิดเห็น และบอกถึงปัญหา อุปสรรคในการดูแลตนเอง และความ ต้องการของสมาชิกในกลุ่ม
4. ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง และเหมาะสม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปพร้อมญาติเข้ากลุ่มพร้อมกัน

สถานที่ หน่วยรังสีรักษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

เวลา 1 - 1 ชั่วโมง 30 นาที

หัวข้อในการอภิปรายกลุ่ม

1. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองขณะรับรังสีรักษา
2. ให้สมาชิกกลุ่มหาแนวทางในการแก้ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองของ สมาชิกกลุ่ม
3. อภิปรายเกี่ยวกับตัวแบบ แนวทางการการปฏิบัติตัวที่ได้จากตัวแบบ
4. การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา

วิธีดำเนินการและกิจกรรม

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. สร้างสัมพันธภาพ จัดให้ผู้ป่วยและญาตินั่งสลับกันเป็นวงกลม กล่าวทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ครั้งที่ 2
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายพูดคุยกันในกลุ่มเพื่อความสัมพันธ์กันมากขึ้น
3. พูดคุยกับสมาชิกในเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในช่วงที่ผ่านมา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรมด้วยการซักถามสมาชิกถึงการดูแลสุขภาพตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มเล่าถึงผลการปฏิบัติในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี พร้อมวิธีแก้ไข ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง การได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากญาติ โดยประเมินจากแบบบันทึกการได้รับการสนับสนุนจากญาติ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

2. การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบจริง คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้ รับรังสีรักษา และมีการปฏิบัติตัวถูกต้องในการดูแลตนเองขณะได้รับรังสีรักษา ได้ร่วมพูดคุยเกี่ยวกับวิธีการในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อนขณะรับรังสีรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทุกคนเห็นตัวอย่างจากเพื่อนและเกิดความรู้สึกว่าตนเองก็มีความสามารถที่จะทำได้ (รับรู้ความสามารถตนเอง)

3. สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวแบบ แนวทาง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง สิ่งที่ได้จากตัวแบบ และแนวทางในการปฏิบัติตัวที่ได้จากตัวแบบ

4. ร่วมกันอภิปรายปัญหา และอุปสรรค ที่ทำให้สมาชิกบางคนยังมีปัญหาในการ ปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะรับรังสีรักษา นำปัญหานั้นมาร่วมพิจารณาในกลุ่ม โดยให้ สมาชิกกลุ่มคัดเลือกปัญหาที่คิดว่าสามารถแก้ไขได้มาร่วมกันแก้ไข โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้เพิ่มเติมตามกลุ่มที่ต้องการ และร่วมกับสมาชิกกลุ่ม สรุปเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง

5. ผู้วิจัยพูดชักจูงให้สมาชิกเกิดความมั่นใจ ในการปฏิบัติตามแนวทางการแก้ ปัญหาที่ได้จากกลุ่ม และให้สมาชิกแจ้งผลการปฏิบัติตามแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้จากกลุ่มให้ กลุ่มทราบในการพบกลุ่มครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม

1. สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นที่ได้พูดคุยร่วมกัน เพื่อให้ได้แนวทางการ ปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อที่สมาชิกจะนำไปปฏิบัติต่อไป

2. ผู้วิจัย นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่นัดพบครั้งต่อไปในอีก 2 สัปดาห์ โดย ระบุวันเวลาในบัตรนัด มอบบัตรนัดและแบบบันทึกการได้รับการสนับสนุนจากญาติ อธิบายวิธี การบันทึกอีกครั้ง

3. สมาชิกกลุ่มร่วมกันรับประทานอาหารว่าง ซึ่งผู้วิจัยจัดเป็นเครื่องดื่มที่เหมาะสม กับผู้ป่วย

สื่อและอุปกรณ์

1. ตัวแบบ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มทดลอง และมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลตนเองขณะรับรังสีรักษา
2. แบบบันทึกการได้รับการสนับสนุนจากญาติ
3. บัตรนัดการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมในการอภิปราย แสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม
2. สังเกตความสนใจและความตั้งใจ ตลอดจนการซักถามของผู้ป่วยและญาติ

แผนการอภิปรายกลุ่มสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ครั้งที่ 3

กิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิก

1. ปัญหาของสมาชิกแต่ละคนได้รับการแก้ไขโดยมติกกลุ่ม
2. สามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองภายหลังการฉายรังสีครบได้ถูกต้อง
3. เพื่อประเมินผลที่สมาชิกกลุ่มได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาโดยการ

อภิปรายกลุ่มย่อยโดยมีญาติเข้าร่วมกิจกรรม

4. เพื่อต้องการทราบปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและญาติขณะเข้ากลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางการเข้ากลุ่มอื่นต่อไป

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปพร้อมญาติเข้ากลุ่มพร้อมกัน

สถานที่ หน่วยรังสีรักษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

เวลา 1 - 1 ชั่วโมง 30 นาที

หัวข้อในการอภิปรายกลุ่ม

1. ผลดีจากการปฏิบัติตามแนวทางการแก้ปัญหาของกลุ่ม
2. การดูแลตนเองภายหลังการฉายรังสีครบ
3. ปัญหาที่พบขณะเข้ากลุ่ม
4. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา

วิธีดำเนินการและกิจกรรม

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. สมาชิกกลุ่มพร้อมกัน ณ. ห้องจัดกิจกรรม ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สมาชิกกลุ่ม และชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดกิจกรรมครั้งที่ 3
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มทักทาย พูดคุยกันเพื่อความสนิทสนม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ที่สรุปเป็นแนวทางปฏิบัติในการอภิปรายกลุ่มครั้งที่ 2 ให้แรงเสริมโดยผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม สำหรับ

เพื่อนสมาชิกที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อจูงใจให้สมาชิกมีพฤติกรรมที่ยั่งยืนและเป็นผลดีต่อตนเองต่อไป และร่วมอภิปรายถึงผลดีจากการปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาดตามมติกลุ่ม

2. อภิปรายกลุ่ม โดยให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในประเด็น “ จะดูแลตนเองอย่างไร ภายหลังจากการฉายรังสีครบ ”
3. ผู้วิจัยซักถามญาติถึงการกระตุ้นเตือนและการให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วย และ ทบทวนบทบาทญาติในการให้การสนับสนุนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
4. ให้สมาชิกในกลุ่มพูดถึงปัญหาความต้องการขณะเข้ากลุ่ม แสดงความคิดเห็น และสรุปประเด็นเกี่ยวกับประโยชน์และผลที่ได้รับจากการดูแลตนเอง ตลอดโปรแกรมสุขศึกษาที่ผ่านมา

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการอภิปรายกลุ่ม

1. ผู้วิจัย สรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญต่าง ๆ จากการอภิปรายกลุ่ม
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามปัญหาเพิ่มเติมและแสดงความรู้สึกต่อการเข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มตามโปรแกรมสุขศึกษา
3. แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการทำกลุ่ม พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณสมาชิกที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สื่อและอุปกรณ์

1. บัตรนัดเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลอง

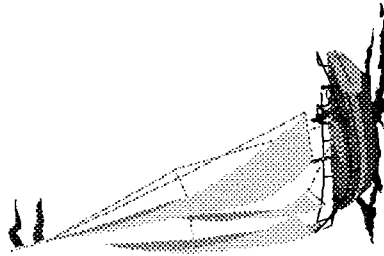
การประเมินผล

1. จากความสนใจในการร่วมกิจกรรมกลุ่ม
2. การมีส่วนร่วมในการอภิปราย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ จากการประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา

ภาคผนวก จ

คู่มือการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี
บริเวณศีรษะและคอ

คู่มือการปฏิบัติตัว
ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี
บริเวณศีรษะและคอ



จัดทำโดย

วาสนา เจริญรัตนโชติ

นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คำนำ

คู่มือของท่านเล่มนี้ เป็นคู่มือในการปฏิบัติตัวในขณะที่ท่านได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา โดยมีเนื้อหาที่มุ่งเน้นให้ท่านมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพตนเองทั้งหมด บรรเทาความไม่สบาย ลดภาวะข้างเคียงจากการรักษารังสีรักษา และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

ผู้จัดทำหวังว่าท่านคงได้รับประโยชน์จากคู่มือเล่มนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว

วาสนา เจริญรัตนโชติ

สารบัญ

	หน้า
การรักษาโดยการฉายรังสี.....	1
การเตรียมตัวก่อนการรักษา.....	2
การเตรียมสภาพจิตใจ.....	2
การเตรียมความพร้อมของร่างกายทั่วไป.....	2
การดูแลตนเองขณะรักษา.....	4
การดูแลผิวหนังในบริเวณที่ได้รับรังสี.....	4
การดูแลในช่องปาก.....	5
การดูแลหู.....	6
การดูแลโพรงจมูก.....	6
การดูแลตา.....	7
การแก้ไขภาวะเบื่ออาหาร.....	7
การบริหารร่างกายส่วนศีรษะและคอ.....	8
การปฏิบัติตัวภายหลังการฉายรังสีครบ.....	11

การรักษาโดยการฉายรังสี

การฉายรังสีเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลวิธีหนึ่ง ซึ่งสะดวกสบาย ไม่เจ็บปวด และไม่ต้องนอนพักในโรงพยาบาลขณะรับการรักษาด้วยรังสี ท่านสามารถปฏิบัติงานประจำได้ตามปกติ

การดูแลสุขภาพทั่วไป

ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด หรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วย โรคหวัด วัณโรค เป็นต้น และระมัดระวังอย่าให้บาดเจ็บจะทำให้ติดเชื้อโรคได้ ถ้าทำรู้สึกไม่สบาย ครั่นเนื้อ ครั่นตัว มีไข้ หนาวสั่น ท้องเสียเกิน 2 วัน ใด เป็นเหตุร้ายแรง ควรปรึกษาแพทย์ ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

การเตรียมตัวก่อนการรักษา

การเตรียมสภาพจิตใจ

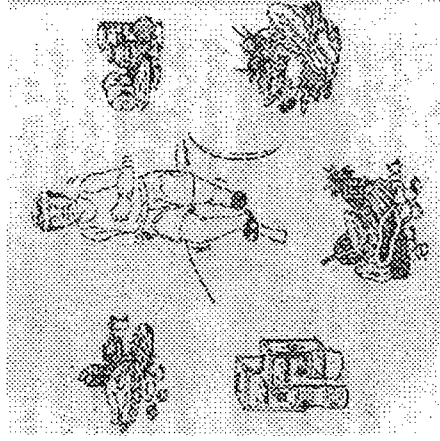
1. ขจัดความกลัวต่อภาวะต่างๆ เช่น กลัวต่อโรค สถานที่ เครื่องมือ หรือ วิธีการรักษา ด้วยการพูดคุยซักถามแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักรังสีเทคนิค
2. ทำจิตใจให้สบาย และวางใจในแผนการรักษาที่ได้รับ
3. เตรียมความพร้อมในครอบครัวและการทำงาน เช่น การขอลางาน การจัดเวลางาน
4. อย่าปล่อยเวลาให้ว่าง ควรหางานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ ออกกำลังกาย
5. เมื่อมีปัญหาปรึกษาแพทย์ผู้รักษา หรือพยาบาล

การเตรียมร่างกาย

1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น นม ไข่ ปลา เนื้อสัตว์ ผัก และผลไม้
2. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว
3. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

-2-

4. รักษาความสะอาดของร่างกาย เช่น แปรงฟัน อาบน้ำทุกวัน
5. ออกกำลังกายตามความเหมาะสมของสภาพร่างกาย เช่น เดินเล่น ออกกำลังกาย ฯลฯ
6. งดหรือลดสิ่งเสพติด เช่น บุหรี่ เหล้า ฯลฯ



-3-

การดูแลผิวหนัง บริเวณที่ได้รับการฉายรังสี

1. ไม่ควรสวมใส่วัตถุโลหะ เช่น ตุ้มหู สร้อยคอ เพราะจะทำให้เกิดการเสียดสีที่ผิวหนัง
2. ผิวหนังควรแห้งสนิท ถ้าเปียกน้ำหรือมีเหงื่อออกมาก ควรใช้ผ้านุ่มๆ ซับเบาๆ ให้แห้ง ห้ามเช็ดถูแรงๆ เพราะจะทำให้เป็นแผลได้ง่าย
3. ห้ามถูสบู่ วางกระเป๋าน้ำร้อน ขีตขุ่น หรือใช้ยาบางชนิด เช่น ยาหม่องทาที่ผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี เพราะจะทำให้เกิดแผลได้ง่าย
4. ควรสวมเสื้อผ้าเปิดคอและใช้ผ้าอ่อนนุ่ม ไม่ควรใช้ปกคอเสื้อที่แข็งหรือมีโลหะตกแต่ง เพราะจะก่อให้เกิดเป็นแผล
5. ไม่ควรตากแดดจัด เพราะอาจเกิดอาการแสบร้อนได้
6. ต้องคอยดูแลเส้นหรือพลาสติกเตอร์ที่ติดบนเส้นให้คงอยู่ตลอดระยะเวลาที่ฉายแสง ห้ามลบหรือเติมเส้นเองโดยเด็ดขาด เพราะอาจทำให้ตำแหน่งที่กำหนดไว้คลาดเคลื่อนได้
7. เมื่อสิ้นสุดการฉายแสง ต้องดูแลผิวหนังเหมือนขณะฉายแสงต่อไปอีก 1 เดือน

การดูแลในช่องปาก

1. ดื่มน้ำ หรือจิบน้ำบ่อยๆ เพื่อไม่ให้ลำคอแห้งเกินไป
2. ควรรับประทานอาหารอ่อน หรือมีน้ำมาก ๆ เช่น ข้าวต้ม การดื่มนม น้ำหวาน น้ำผลไม้ด้วย
3. บ้วนปากบ่อยๆ โดยเฉพาะหลังอาหารทุกครั้งด้วยน้ำ หรือน้ำเกลือ หรือน้ำยาบ้วนปากที่แพทย์สั่ง ไม่ควรใช้น้ำยาบ้วนปากมาใช้เอง
4. งดยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ และอาหารรสจัด เผ็ดร้อนทุกชนิด
5. แปรงฟันให้ถูกวิธี โดยใช้แปรงที่มีขนาดเล็ก และมีขนแปรงที่อ่อนนุ่ม แปรงช้าๆ อย่าให้กระทบกระเทือนต่อเหงือกหรือกระพุ้งแก้ม
6. ถ้ามีการอักเสบภายในช่องปากเกิดขึ้น จนไม่สามารถแปรงฟันได้ ควรใช้สาลี หรือผ้าสะอาดพันปลายนิ้ว เช็ดทำความสะอาด ร่วมกับ การอมบ้วนปากบ่อยๆ

การดูแลหู

1. หากเริ่มมีอาการหูอื้อ ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อรับการตรวจของเยื่อหูหรือยาแก้อักเสบ
2. ไม่แคะหูด้วยเครื่องมือที่แข็ง อาจใช้ไม้พันสำลีนุ่มๆ เช็ดในรูหูชั้นนอกได้
3. อย่าพยายามแคะหูเพื่อแก้ไขภาวะหูอื้อ เพราะไม่ใช่วิธีการแก้ไขที่ถูกต้อง แต่จะกลับทำให้เกิดอาการแทรกซ้อน เช่น การอักเสบของหูชั้นนอก หรือเกิดการทะลุของเยื่อแก้วหูได้

การดูแลโพรงจมูก

1. อย่าแคะจมูก โดยเฉพาะในผู้ที่มีเส้นยาว และไม่สะอาด เพราะทำให้เกิดการระคายเคือง และอักเสบได้มากขึ้น
2. ควรเช็ดจมูกด้วยไม้พันสำลีที่ชุบน้ำเกลือ ถ้ามีการอักเสบมากอาจใช้ยาชาเฉพาะที่ใช้ร่วมด้วยวันละ 2-3 ครั้ง จะช่วยลดอาการเจ็บและอักเสบได้มาก
3. ในกรณีที่เป็นหวัด ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับรักษาไม่ควรรักษาหรือสูดดมยา ที่อาจก่อให้เกิดการระคายเคืองได้

การดูแลตา

1. ในกรณีที่จายรังสี ผู้ป่วยควรลืมตาตามแพทย์สั่ง เพื่อให้ปริมาณรังสีที่ตกลงกระจากตาลน้อยลง
2. ควรหลีกเลี่ยงการใช้สายตา การเพ่งมองแสงแดดหรือประกายไฟที่อาจทำให้เกิดการระคายเคืองมากขึ้น
3. ในกรณีที่มีการอักเสบมาก ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับยาหยอดหรือป้ายตา และควรใช้ตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

การแก้ไขภาวะเบื่ออาหาร

1. ทำจิตใจให้สบาย สร้างความรู้สึกและบรรยากาศของการรับประทานอาหาร อาจต้องเปลี่ยนสถานที่ ชนิดของอาหาร และเพิ่มจำนวนครั้งของการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้รับสารอาหารเพียงพอ
2. จัดอาหารให้น่ารับประทาน เปลี่ยนรายการอาหารไม่ให้อาหารบ่อยๆ และร่วมรับประทานอาหารกับครอบครัวหรือเพื่อนๆ เพื่อให้เกิดการกระตุ้นในการอยากรับประทานอาหาร
3. ให้ถือการกินอาหารเป็นหน้าที่ และความจำเป็นในการรักษาโรค

การบริหารร่างกายส่วนศีรษะและคอ

เป็นการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาภาวะที่อาจเกิดขึ้นในช่วงที่ฉายรังสีอยู่ ซึ่งได้แก่ การยึดติดของข้อต่างๆ การหดตัวของกล้ามเนื้อ รวมทั้งการบวมของใบหน้าและลำคอ อาการไหลเวียนไม่ปกติของเลือดและน้ำเหลือง การอ้าปากไม่ขึ้น

1. การบวมของใบหน้าและลำคอ

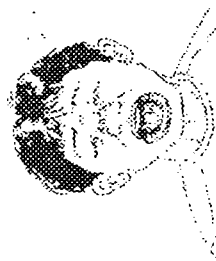
การป้องกัน โดยการบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า

⇒ โดยการยืดให้เส้นฟันเต็มที่สุดกับการทำหน้าทำปากที่ปกติ

2. การอ้าปากไม่ขึ้น

การป้องกัน

⇒ โดยการฝึกการเคลื่อนไหวของขากรรไกรอยู่เสมอ โดยการอ้าปากกว้างเต็มที่ จากนั้นเคลื่อนคางไปทางซ้ายและขวา ดังรูป



-8-

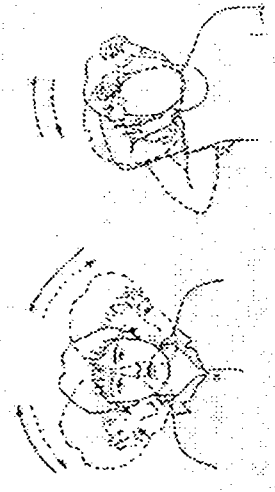
⇒ ในรายที่อ้าปากได้ไม่เต็มที่ จะต้องพยายามฝึกด้วยการอมท่อพลาสติก และควรเพื่อขนาดท่อขึ้นเรื่อยๆ ดังรูป



3. การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อคอถูกจำกัด

การป้องกัน ⇒ โดยการบริหารร่างกาย ดังนี้

ท่าที่ 1 เอียงคอไปทางด้านข้าง ให้หูเข้าใกล้ไหล่มากที่สุดจนรู้สึกตึงที่บริเวณลำคอ



-9-

บัตรนัดการเข้าร่วมกิจกรรม

ขอเชิญคุณ.....

**ร่วมประชุมกลุ่มครั้งที่.....วันที่....เดือน.....พ.ศ....
เวลา.....น. ณ ห้องประชุมตึกรังสีรักษา ชั้น 1**

★ ★ แล้วพบกันนะคะ ★ ★

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาววาสนา เจริญรัตนโชติ
วัน เดือน ปีเกิด	29 มกราคม 2512
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	681 ถนนสามเสน แขวงวชิระ เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 6 ว
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2531	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเบญจมราชรังสฤษฎิ์ ฉะเชิงเทรา
พ.ศ. 2535	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล เกื้อการุณย์