

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. โรคมะเร็งและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
  - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล/ ผู้ดูแล
  - 2.2 พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 3.1 ปัจจัยเกี่ยวกับการดูแล
  - 3.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
  - 3.3 การสนับสนุนทางสังคม
  - 3.4 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

### โรคมะเร็งและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

#### ความหมาย

มะเร็งเป็นเนื้องอกชนิดร้ายที่เนื้อมะเร็งมีการแทรกซึมเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติที่อยู่โดยรอบ เป็นเซลล์ร่างกายที่มีการแบ่งตัวไม่เป็นไปตามแบบแผนอยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมสามารถแพร่กระจายไปยังบริเวณอื่นของร่างกายที่ห่างไกลออกไป และไม่ติดต่อกับก้อนมะเร็งเดิม มะเร็งสามารถเกิดจากเซลล์ทุกชนิดในร่างกาย ยกเว้น ขน ผม เล็บที่งอกออกมาแล้วเท่านั้น (กฤษณ์กมล บุญยธาดา, 2546)

มะเร็งเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ หรือความผิดปกติของรหัสทางพันธุกรรมหรือ ดีเอ็นเอ (DNA) หรือ ยีน (Genes) ของเซลล์นั้นเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม เมื่อรหัสพันธุกรรมผิดปกติก็จะมีผลทำให้เกิดการสร้างเซลล์ที่ผิดปกติเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ยีนที่ความผิดปกตินี้เรียกว่า ออนโคยีน (Oncogenes) หรือยีนมะเร็งมีหน้าที่ควบคุมความเจริญเติบโตของเซลล์ในร่างกาย ซึ่งขณะนี้เชื่อกันว่าในร่างกายคนเรามียีนชนิดนี้อยู่แล้ว

แต่ยังคงอยู่ในระยะสงบยังไม่เริ่มทำงาน จนกว่าจะได้รับการกระตุ้นโดยสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) เช่น การติดเชื้อหรือสารเคมีต่าง ๆ โดยการกระตุ้นบ่อยครั้งและเป็นเวลานานเพียงพอที่จะทำให้ยีนนี้เริ่มทำงาน และก่อให้เกิดความผิดปกติของเซลล์ เมื่อได้รับเข้าไปในร่างกายอยู่บ่อยครั้ง จะทำให้ยีนปกติดังกล่าวกลายเป็นเซลล์ผิดปกติที่เรียกกันว่าเซลล์มะเร็ง (มุสตี สายชนะพันธ์ และพันธ์ิตรี มะลิสูวรรณ, 2546)

### ชนิดของมะเร็ง

การแบ่งชนิดของมะเร็งจะแบ่งตามคุณลักษณะและชนิดของเซลล์ต้นกำเนิด จึงมีชื่อเรียกตามเซลล์นั้น คือ (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2541)

1. คาซิโนมา (Carcinoma) หมายถึงมะเร็งของเยื่อบุ เป็นกลุ่มเซลล์มะเร็งที่เกิดจากเยื่อบุ หรือ Epithelial Cell อาจเกิดที่เยื่อบุทั้งภายใน และภายนอก เช่น มะเร็งของเยื่อบุช่องปาก เยื่อบุทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ เยื่อบุมดลูก มะเร็งผิวหนัง มะเร็งต่อมต่าง ๆ เช่น เต้านม ต่อมลูกหมาก มะเร็งของเยื่อบุนี้พบได้บ่อยและมีลักษณะเฉพาะตัวคือ มักจะแพร่กระจายไปทางกระแสเลือด
2. ซาร์โคมา (Sarcoma) หมายถึง มะเร็งของเนื้อเยื่อเป็นกลุ่มเซลล์มะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อชนิดประสาน (Connective Tissue) เนื้อเยื่อไขมัน กระดูกอ่อน หลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง กล้ามเนื้อประสาท มะเร็งพวกนี้มักจะมีการแพร่กระจายไปทางเส้นเลือดได้เร็ว เช่น มะเร็งของกล้ามเนื้อ กระดูก กระดูกอ่อน ประสาท ฯลฯ
3. ลิวคีเมีย (Leukemia) หมายถึง มะเร็งของเม็ดเลือดและเนื้อเยื่อที่สร้างเม็ดเลือด และมะเร็งของต่อมน้ำเหลืองที่เรียกว่า ลิมโฟมา (Lymphoma)

### การแพร่กระจายของมะเร็ง

แบ่งการแพร่กระจายของมะเร็งได้ 5 ทางดังนี้ คือ

1. แพร่กระจายโดยตรง (Local Infiltration) คือ การแพร่กระจายโดยตรงเข้าสู่เนื้อเยื่อใกล้เคียงโดยรอบ โดยวิธีการแทรกซึมเข้าไปตามเซลล์ (Invasive)
2. แพร่กระจายทางกระแสเลือด (Hematogenous Spreading) เซลล์มะเร็งจะหลุดเข้าไปในกระแสเลือด เมื่อได้สถานะแวดล้อมที่เหมาะสมก็จะแบ่งตัว เจริญเติบโตเป็นก้อนมะเร็งขึ้น ได้อีกมะเร็งชนิด Sarcoma มีการแพร่กระจายทางกระแสเลือดมากกว่าชนิด Carcinoma
3. แพร่กระจายทางต่อมและท่อน้ำเหลือง (Lymphatic Spreading) เมื่อเซลล์มะเร็งกระจายไปสู่ท่อน้ำเหลือง ก็จะไปงอกเป็นมะเร็งขึ้นในต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง และแพร่กระจายไปสู่หลอดเลือดอีกทีหนึ่ง หรือแพร่ไปต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ห่างไกลออกไป การแพร่กระจายชนิดนี้ปรากฏในกลุ่มมะเร็งชนิด Carcinoma มากกว่า Sarcoma

4. แพร่กระจายโดยการฝังตัว (Implantation) มะเร็งหลุดจากตำแหน่งเดิม ไปออกที่ส่วนอื่น ๆ ของร่างกายเกิดได้ 2 วิธี คือ วิธีธรรมชาติ เช่น มะเร็งของไตหลุดไปออกที่กระเพาะปัสสาวะ อีกวิธีหนึ่งเกิดจากการผ่าตัด ซึ่งเซลล์มะเร็งจะไปติดอยู่ตามแผลผ่าตัดทำให้เกิดก้อนมะเร็งตรงแผลผ่าตัด เป็นต้น

5. แพร่กระจายโดยการงอกใหม่ (Transcoelomic Spreading) เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปออกตามพื้นผิวและเยื่อต่าง ๆ ของช่องว่างในร่างกาย เช่น ตามเยื่อช่องหัวใจ ช่องปอด ช่องท้อง เช่น มะเร็งกระเพาะอาหาร เซลล์มะเร็งหลุดไปตามช่องท้องไปออกที่รังไข่กลายเป็นเนื้องอกที่รังไข่เรียกว่า Krukenberg Tumor เป็นต้น

### อาการของโรคมะเร็ง

อาการและอาการแสดงจะประกอบด้วย 4 กลุ่มใหญ่ คือ อาการโดยทั่วไป อาการที่สำคัญในแต่ละอวัยวะ อาการแสดงของต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณใกล้เคียงและอาการที่เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็ง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. อาการโดยทั่วไป

1.1 ปวด (Pain) เกิดจากการบุกรุกของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น ไปที่กระดูกไขสันหลังก็ทำให้ปวดหลัง ไปอุดตันที่ลำไส้ ทำให้ลำไส้ถูกยืดขยายและปวดท้อง การปวดมักเกิดจากการอุดตัน ขาดเลือดไปเลี้ยง เนื้อเยื่อถูกทำลาย การอักเสบ การกดทับ นอกจากนี้ ความกลัวและความอ่อนเพลียก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการปวดได้

1.2 อ่อนเพลีย (Fatigue) เป็นอาการของมะเร็งและเป็นอาการที่เกิดจากการรักษามะเร็งกลไกที่ทำให้เกิดการอ่อนเพลียยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มักเกิดจากการนอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของโรค การรักษา ภาวะทางโภชนาการ ลักษณะของการอ่อนเพลียในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป เช่น เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เลือยชา ท้อถอย หดหู่

1.3 กลุ่มอาการของ Cachexia เป็นกลุ่มอาการของภาวะขาดอาหารอย่างรุนแรง น้ำหนักลด เมื่ออาหาร ในขณะเดียวกันก็ เพิ่มเมตาบอลิซึมของโปรตีน ไขมันและคาร์โบไฮเดรต และผลจากการรักษาโรคมะเร็งทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงได้

1.4 ซีด (Anemia) เกิดจากการทำงานของไขกระดูกจากการบุกรุกของเซลล์มะเร็ง เลือดออกเรื้อรังเป็นเวลานาน ขาดธาตุเหล็กซึ่งเป็นสารตั้งต้นในการสร้างเม็ดเลือดแดง ขาดสารอาหาร ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็ง

1.5 เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ (Leukopenia And Thrombocytopenia) เกิดจากการทำงานของไขกระดูก ขาดสารอาหาร ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็ง เม็ดเลือดขาวที่ต่ำทำให้ติดเชื้อง่าย และเกล็ดเลือดที่ต่ำทำให้เลือดออกแล้วหยุดยาก

1.6 ติดเชื้อ (Infection) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิต ภูมิคุ้มกันร่างกายถูกทำลาย 80% ของผู้ป่วยมักจะติดเชื้อจากแบคทีเรียที่อยู่ตามผิวหนัง ถ้าได้ (Endogenous Normal Flora)

1.7 อาการทั่วไปของมะเร็ง มะเร็งจะมีผลทำให้สตรีวิทยา เมตาบอลิซึมของร่างกาย ผิดไปเกือบทุกระบบ โดยที่เซลล์มะเร็งจะปล่อยพิษให้ซึมไปทั่วร่างกาย ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ซีด เป็นไข้เรื้อรัง ในระยะสุดท้ายจะพอมะเร็งบางชนิดสามารถหลั่งฮอร์โมนได้ จึงทำให้ร่างกายมีอาการผิดปกติ ตามแต่ชนิดของฮอร์โมน เช่น มะเร็งของรังไข่ที่หลั่งฮอร์โมนเพศ จะทำให้ผู้หญิงมีลักษณะคล้ายผู้ชาย เช่น เสียงห้าว เป็นต้น

## 2. อาการที่สำคัญในแต่ละอวัยวะที่สำคัญมีดังนี้

2.1 มะเร็งของระบบผิวหนังส่วนใหญ่จะเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ปาน หรือ จุดตกกระในคนแก่ โดยจะมีอาการคัน แดงเป็นแผลแล้วไม่หาย ขอบแผลอาจจะมีสีดำในระยะหลัง จะโตเร็วมากและมีเลือดออก

2.2 มะเร็งระบบทางเดินอาหาร ในช่องปากจะมีแผล โดยเริ่มจากฝ้าขาว ๆ ที่เรียกว่า Leukoplakia ก่อน บริเวณหลอดอาหารจะเริ่มจากการเจ็บเวลากิน จะกลืนลำบาก บริเวณกระเพาะอาหารจะเริ่มจากแผลในกระเพาะอาหาร มีอาการปวดท้อง ท้องอืดแน่นท้อง อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระมีสีดำ มีอาการท้องผูกสลับกับท้องเดิน อุจจาระเป็นมูกเลือด

2.3 มะเร็งระบบทางเดินหายใจ มีอาการเสียงแหบ ไอ มีเสมหะปนเลือด เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย หน้าและคอบวม เป็นต้น

2.4 มะเร็งของระบบน้ำเหลือง จะมีก่อนจากการโตของต่อมน้ำเหลือง โดยเฉพาะ บริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ และช่องท้อง

2.5 มะเร็งของระบบเลือด จะมีอาการอ่อนเพลีย ซีดจากเลือดออกง่าย โดยเฉพาะ ใต้ผิวหนังจะเป็นจ้ำ ๆ ได้ง่ายที่เรียกว่า พราย้ำ (Purpura) เป็นต้น

2.6 มะเร็งของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ในเพศหญิง บริเวณเต้านมจะเริ่มจากมีก้อนหรือ มีเลือดน้ำเหลืองออกจากหัวนม ในระยะแรก ๆ มีแผลหรือคันบริเวณอวัยวะเพศ มีตกขาว หรือมี เลือดออกทางช่องคลอด มีอาการผิดปกติของประจำเดือน ในเพศชายจะมีแผลที่อวัยวะเพศคล้าย แผลจากกามโรค มีปัสสาวะขัด มีก้อนที่อัณฑะ เป็นต้น

3. อาการแสดงของต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณใกล้เคียง เมื่อเป็นโรคมามากขึ้นต่อมน้ำเหลือง ใกล้เคียงจะโตเป็นก้อน ระยะแรกจะเคลื่อนไหวได้เวลาจับและต่อมาจะยึดแน่นเห็นได้ชัดเจน

4. อาการที่เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็ง แล้วแต่ว่ามะเร็งนั้นจะไปเกิดใหม่ที่ อวัยวะใด ก็จะปรากฏอาการผิดปกติของอาการนั้น ๆ เพิ่มขึ้นมาด้วย เช่น ถ้ามีการแพร่กระจาย

ไปที่ปอดทำให้เกิดอาการหอบ หรือมีน้ำท่วมปอด ถ้าแพร่กระจายไปที่สมองจะทำให้ปวดศีรษะอย่างมาก จนถึงหมดสติไม่รู้สีกตัว เป็นต้น

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ลุกลามไปยังอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกาย มีอาการและอาการแสดงที่มีผลต่อร่างกายในทุกระบบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

### การรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด

เคมีบำบัด คือ การบำบัดรักษาโรคด้วยยา (อาคม เขียรศิลป์, 2531) และเมื่อนำไปใช้ในโรคมะเร็งหมายถึง การใช้เคมีเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง หรือยาเป็นสารเคมีที่ยับยั้งการเจริญเติบโตหรือการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นทั่วร่างกาย (นพมาศ วงศ์วิทย์เดชา, 2537)

เคมีบำบัด หมายถึง การใช้ยาหรือสารเคมีเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ได้รับความนิยม การใช้ยาเคมีมีจุดประสงค์ที่สำคัญเพื่อรักษาหรือฆ่าเซลล์มะเร็งโดยตรง (Curative treatment) เพื่อควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง (Palliative treatment) และเพื่อใช้ร่วมกับการรักษาอื่น ๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำ (Adjuvant therapy) (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536)

เคมีบำบัด หมายถึง การรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยการให้ยาหรือสารที่จะไปฆ่า หรือทำลายเซลล์มะเร็ง ที่อาจหลงเหลืออยู่หลังจากที่ได้ผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกไปแล้ว (อมรชัย หาญคุณธรรม, 2542)

เคมีบำบัด (Chemotherapy) คือ การใช้ยารักษาโรคมะเร็งโดยการนำสารที่ทำลายเซลล์ (Cytotoxic Product) เข้าไปสัมผัสกับเซลล์มะเร็งในวงจรการแบ่งตัวของเซลล์หรือหมายถึงการใช้สารเคมีหรือยาเพื่อไปยับยั้งการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของมะเร็ง (วัลภา พิวทน, 2547)

สรุปความหมาย เคมีบำบัด (Chemotherapy) หมายถึง การใช้ยา หรือสารเคมีที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง โดยการฉีด หรือรับประทานเข้าสู่ร่างกาย เพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งและทำลายเซลล์มะเร็ง ลดการแพร่กระจายของมะเร็ง ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

### วัตถุประสงค์ในการให้ยาเคมีบำบัด

1. เพื่อการรักษาให้หายขาด เป็นจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งจะบรรลุต่อเมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่มีมะเร็งให้ตรวจพบได้ และมีชีวิตยืนยาว เท่าคนปกติในกลุ่มอายุและเพศเดียวกัน ซึ่งมีการกำหนดระยะเวลาเช่น 5 ปี ถึง 10 ปี หรือนานกว่านั้นที่มีชีวิตอยู่โดยไม่มีการตรวจพบได้ ปัจจุบันมะเร็งหลายชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาเคมีบำบัด เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งลูกอัณฑะ มะเร็งรังไข่ และมะเร็งเนื้อรก

2. เพื่อการควบคุมโรค ยาเคมีบำบัดไม่อาจรักษามะเร็งให้หายขาดได้ เนื่องจากมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ระยะของโรค ชนิดของเซลล์มะเร็ง การรักษาที่ได้รับมาก่อน เป็นต้น ดังนั้นยาเคมีบำบัดจึงใช้เพียงเพื่อควบคุมเซลล์มะเร็งให้หยุดการเจริญเติบโตได้ชั่วคราว เพื่อช่วยให้ชีวิตยืนยาวออกไป

3. เพื่อบรรเทาอาการ บางครั้งการรักษาให้หายขาด หรือแม้แต่การควบคุมไม่ให้มะเร็งลุกลามมากขึ้นก็ทำไม่ได้ จึงอาจให้ยาเคมีบำบัด คลายความทุกข์ทรมานจากโรค เนื่องจากเป็นในระยะที่ลุกลามมากแล้ว หรือผู้ป่วยมีสุขภาพไม่เอื้ออำนวยต่อการรักษาแบบหายขาด

#### วิธีการให้ยาเคมีบำบัด

1. การให้ยาเคมีบำบัดเฉพาะที่ได้แก่ การผ่านยาเคมีบำบัดเข้าไปในช่องต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ช่องท้อง ช่องเยื่อหุ้มปอด ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ช่องเชิงกราน หรือเข้าก้อนเนื้อมะเร็ง เป็นต้น

2. การให้ยาทาง Systemic โดยการให้รับประทานยาเคมีบำบัดเป็นวิธีให้ยาผู้ป่วยที่สะดวกที่สุด เมื่อกินยาลงไปยาจะถูกดูดซึม เข้าสู่กระแสเลือดทางเยื่อผนังกระเพาะอาหาร และเยื่อผนังลำไส้เล็ก ยาบางชนิดไม่สามารถให้ทางวิธีนี้ได้เพราะอาจทำลายเยื่อผนังกระเพาะอาหาร ด้วยวิธีนี้ยาบางชนิดสามารถให้ได้โดยวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ฉีดเข้าหลอดเลือดแดงเข้าไปเลี้ยงก้อนมะเร็ง แต่วิธีที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับกันคือ ทางหลอดเลือดแดง แพทย์จะให้ยาเคมีบำบัดที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองหรือทำลายเนื้อเยื่อ จะถูกฉีดเข้าหลอดเลือดดำและกระแสเลือดโดยตรง

#### ผลกระทบจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดย่อมมีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน ดังรายละเอียดดังนี้

#### ผลกระทบด้านร่างกาย

อาการข้างเคียงที่สำคัญของการรักษาทางเคมีบำบัดที่พบเสมอ ในผู้ป่วยแทบทุกราย ขณะที่ยังได้รับการรักษาอยู่ได้แก่

1. ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ดังนี้

1.1 คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการข้างเคียงที่สำคัญที่พบได้เสมอในผู้ป่วยแทบทุกราย กลไกการเกิดยังไม่เป็นที่เข้าใจชัดเจน เชื่อว่าสาเหตุใหญ่เกิดจากเคมีบำบัด ไปกระตุ้นที่ลิโมริเซพเตอร์ทริกเกอร์โซน (Chemoreceptor Trigger Zone) แล้วส่งกระแสประสาทต่อไปยังศูนย์ควบคุมการอาเจียน อาการจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้

อาเจียนรุนแรงมาก ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะทำให้เกิดอาการภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังได้รับยา และอาการจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้ยา

1.2 เบื่ออาหาร เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลทำให้การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง ความอยากอาหารลดลง อาการนี้จะเกิดขึ้นชั่วคราว และหายไปภายใน 2-6 สัปดาห์ หลังได้รับยาเคมีบำบัด

1.3 เยื่อช่องปากอักเสบ (Stomatitis) เกิดเนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อกรแบ่งตัวของเซลล์เยื่อช่องปาก อาการนี้จะเกิดขึ้นหลังได้เคมีบำบัด 5-7 วัน อาการจะดีขึ้นถ้าได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและยาหมุดฤทธิ์ หากไม่ได้รับการดูแลมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในช่องปาก ปวดแสบร้อนในปาก และรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากเยื่อช่องปากมีความไวต่อความร้อนและความเย็นของอาหาร

1.4 เยื่อหลอดอาหารอักเสบ (Esophagitis) จากผลของเคมีบำบัดต่อเซลล์เยื่อหลอดอาหาร ทำให้เกิดอาการคอแห้ง เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก

1.5 ท้องเสีย เคมีบำบัดระคายเคืองต่อเยื่อทางเดินอาหาร ทำให้การย่อยและดูดซึมอาหารลดลง เกิดอาการท้องเสีย นอกจากนี้อาจเกิดจากความวิตกกังวลหรือความเครียด อาการจะเป็นอยู่ชั่วคราวและจะดีขึ้นเมื่อหมุดฤทธิ์ของยา หรือเมื่อเซลล์เยื่อทางเดินอาหารเจริญขึ้นมาทดแทน อาการท้องเสียที่รุนแรงทำให้เกิดการขาดน้ำ เสียสมดุลของเกลือแร่และอาจทำให้เกิดภาวะขาดอาหารร่วมด้วย

1.6 ท้องผูก เกิดจากยาเคมีบำบัดบางกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มวินคาร์อัลคาลอยด์ (Vinca Alkaloid) ซึ่งมีผลต่อเส้นประสาทบริเวณลำไส้ ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ นอกจากนี้อาจเกิดจากความอ่อนเพลีย การขาดน้ำ การได้รับยาคลายกล้ามเนื้อคลายความวิตกกังวล และซึมเศร้า อาการท้องผูกจะเกิดขึ้นชั่วคราว และดีขึ้นภายหลังได้ยา 1 สัปดาห์

อาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร จะมีผลทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง หรือไม่เพียงพอ เกิดภาวะขาดอาหาร ร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันต่ำลง สภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้

2. ระบบไขกระดูก ยาเคมีบำบัดจะไปกดการทำงานของไขกระดูก มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือด ทำให้เกิด

2.1 ภูมิคุ้มกันต่ำ โรคติดเชื้อ จากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดขาวลดลง ถ้าเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 2,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัด 7-14 วัน แล้วเม็ดเลือดขาวจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์

2.2 ซีด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง จากจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง จะเกิดขึ้นหลังได้รับยาเคมีบำบัด 7 วัน และอาการจะดีขึ้นภายใน 28 วัน อาการอ่อนเพลียมีผลกระทบต่อการศึกษา กิจกรรมประจำวัน การทำงาน และคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง (Rhodes, Watson, & Hanson, 1988) และทำให้เกิดความทุกข์ ซึมเศร้า

2.3 ภาวะเลือดออกง่าย จากผลของเคมีบำบัดต่อเกล็ดเลือดทำให้จำนวนเกล็ดเลือดลดน้อยลง อาการจะเกิดขึ้นหลังได้ยาเคมีบำบัดแล้ว 7-12 วัน ถ้าจำนวนเกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะเสี่ยงต่อการมีเลือดออกง่ายและหยุดยากหากได้รับบาดเจ็บ และถ้าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 20,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะทำให้มีเลือดออกได้เอง

3. ผิวหนัง ผมและขนยาเคมีบำบัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและผมร่วง

3.1 ผิวหนังแห้งและคัน เคมีบำบัดบางชนิดทำให้ผิวคล้ำดำและมีความไวต่อแสงแดด มีผื่นขึ้น เกิดสิ่ว และมีการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บ

3.2 ผม และขนร่วง เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อรากผมและขน ทำให้ผมและขนร่วงง่าย มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยมาก แต่อาการนี้จะเป็นอยู่ชั่วคราวเท่านั้น โดยมีอาการเกิดขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์ หลังได้รับยาและผมจะงอกขึ้นใหม่ภายใน 1 เดือนหลังจากหยุดยาแล้ว

4. ปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อ (Soft Tissue Reaction) ยาเคมีบำบัดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดบางกลุ่มเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อ ไม่รุนแรง เพียงทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำ แต่บางชนิดมีผลต่อเนื้อเยื่อรุนแรงมากทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ ได้ถ้ามียารั่วซึมออกนอกเส้นเลือด (ศรีชัย ครุสันธิ์ และคณะ, 2533)

5. ระบบสืบพันธุ์ ในเพศหญิงยาเคมีบำบัดบางชนิดอาจมีผลทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือขาดประจำเดือนได้ ส่วนในเพศชายอาจทำให้เป็นหมันชั่วคราวขณะรับการรักษา เพราะยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่ทำให้จำนวนสเปิร์ม และการเคลื่อนไหวของสเปิร์มลดลง การเปลี่ยนแปลงนี้มักจะหายไปหลังจากหยุดการรักษาประมาณ 18-24 เดือน (ศรีชัย ครุสันธิ์ และคณะ, 2533; Higgs, 1990)

6. ไตและระบบการขับถ่ายปัสสาวะ ยาเคมีบำบัดโดยเฉพาะซิสพลาติน (Cisplatin) เป็นพิษต่อไต ซึ่งขึ้นอยู่กับขนาดของยา จำนวนครั้งที่ได้รับยา และการได้รับน้ำไม่เพียงพอ นอกจากนี้ อาจเกิดกรดยูริกตกผลึกในท่อไตทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันได้ เนื่องจากเซลล์มะเร็งถูกทำลายด้วยเคมีบำบัดอย่างรวดเร็ว

7. ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า สูญเสียการทรงตัว และทำให้สูญเสียการได้ยินในช่วงคลื่นความถี่สูง จากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 ถูกรบกวนด้วยยา Cisplatin ขนาดสูง (อาคม เขียวศิริปี่, 2531)



จากปัญหาด้านร่างกายดังกล่าวจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมาน มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของการพักผ่อนนอนหลับ และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่จะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

### ผลกระทบด้านจิตใจ

เมื่อรู้ว่าเป็นมะเร็งและมีอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว โกรธ รู้สึกไม่แน่นอน โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านและกลับมารับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งๆ ทำให้ระยะเวลาการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และพยาบาลลดลง ผู้ป่วยบางคนอาจเกิดความคับข้องใจและซึมเศร้าได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์มากกว่าการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเห็นว่ามะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรง รักษาไม่หาย รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่น่ารังเกียจ ไร้คุณค่าจากการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและกลัวการถูกทอดทิ้งจากบุคคลที่เป็นที่รัก (Krum, 1982) ความรู้สึกเหล่านี้จะเป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ห่อเหี่ยวและสิ้นหวัง ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีการตอบสนองด้านอารมณ์และแสดงออกดังนี้

1. ความกลัว (Fear) อาจเกิดขึ้น ได้ตั้งแต่ระยะแรกหลังจากที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง โดยทั่วไปผู้ป่วยจะกลัวตาย กลัวถูกแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวต้องพึ่งพาผู้อื่น กลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมานต่าง ๆ ในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลัวภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ผอมหรือขนร่วง ซึ่งความกลัวดังกล่าวจะทำให้เกิดความเครียด ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าทางอารมณ์มากที่สุด

2. ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ความหวาดหวั่น กระวนกระวายใจที่เกิดจากมีความนึกคิดเกี่ยวกับเรื่องของอนาคตที่เป็นไปในทางที่ไม่ดี ทำให้มีอาการอึดอัด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ใจสั่น ระบบย่อยอาหารและขับถ่ายผิดปกติ ได้ (ศิริไท พฤษะศรี, 2546) จากการศึกษาของ มัดดินเจอร์ (Mudinger, 1978) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา รู้สึกวิตกกังวล ไม่สบายใจในการที่จะบอกกับผู้อื่นถึงการวินิจฉัยของแพทย์ กระบวนการรักษาต่าง ๆ ตลอดจนวิตกกังวลเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป ในขณะที่ได้รับการรักษา เช่น การทำงานบ้าน การทำงาน การออกกำลังกาย การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3. อาการซึมเศร้า (Depression) ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเอง สูญเสียการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ตลอดจนเสียใจที่เป็นโรคที่คุกคามชีวิต ซึ่งอาการซึมเศร้านั้นเป็นผลจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาทและสัมพันธภาพในสังคมหรืออาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่รุนแรงและยาวนาน ผู้ป่วยมักรู้สึกไร้ค่า หมดหวัง รู้สึกผิด เศร้าใจ

และมีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีเรี่ยวแรง ออหิณี เก็บตัว พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ความสนใจในเรื่องต่าง ๆ ลดลงและอาจฆ่าตัวตายได้ (Gordon, 1992 )

4. ความรู้สึกหมดหวัง พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดกับความเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิต ไม่สามารถควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ (Clark, 1993) ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์ไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง ไม่อยากพูดกับใคร พูดว่าหมดหวัง มักจะนอนหลับเป็นส่วนใหญ่รวมทั้งรับประทานอาหารได้น้อยลงและนอนหลับมากขึ้น (Gordon, 1992)

5. มีความรู้สึกไม่สบายและทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานและไม่สบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณในระดับสูงจากผลของโรคและการรักษา โดยเฉพาะอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความทรมานระดับสูง ได้แก่ เจ็บปวด อ่อนเพลีย (Nerenz, 1982) คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ถูกจำกัดกิจกรรม รูปร่างเปลี่ยนแปลงไป แบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไป ไม่มีสมาธิ (Hubbard, 1995)

#### ผลกระทบด้านสังคม

จากการเปลี่ยนแปลงที่ผู้ป่วยได้รับจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นอุปสรรคต่อการที่ผู้ป่วยจะเปิดเผยตนเองแก่ชุมชน ก้าวการเข้าสังคม และการที่ต้องพบปะกับบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค กลัวอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ก้าวการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่จะทำให้บุคคลอื่นรังเกียจ ขาดความมั่นใจในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมในด้านต่าง ๆ ทั้งบทบาทหน้าที่ การทำงาน บทบาทในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ (จิตติยา สมบัติบุรณ์, 2545) การเปลี่ยนแปลงทางกายยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าทำงานและโอกาสความก้าวหน้าในงานมีผลทำให้มีปัญหาด้านรายได้ของครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

สรุปผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนอกจากจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจกรรมตามปกติลดลง จากภาวะของโรคมะเร็งที่เป็นอยู่และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ แตกต่างกันในแต่ละระยะ โดยเฉพาะในระยะแรก ๆ ที่รับรู้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เมื่อได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ก็จะส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคมตามมาด้วย ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงนี้เองส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อผู้ดูแล

## พฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ อีกทั้งการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง พยาธิสภาพของโรค มีการแพร่กระจายเซลล์มะเร็งไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ควบคุมได้ยาก มีโอกาสเกิดซ้ำ ไม่สามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคได้ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้น ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือในการดูแลให้ผู้ป่วย ประคับประคองผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวและผ่านพ้นการรักษาไปได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล/ การดูแล

#### ด้านผู้ดูแล

สุคติรี หิรัญชอุหะ (2541) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่า หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตร โดยอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยหรือรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก

เดวิส (Davis, 1992) กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลซึ่งให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยไม่รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัล อาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต

ผู้ดูแล (Family Caregiver, Family Caretaker, Informal Care) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลแก่บุคคลอื่นเป็นที่รัก ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยหรือมีสุขภาพร่างกายหรือจิตใจอ่อนแอ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (National Family Caregiver Association: NFCA, 2000)

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน จารึก ธานีรัตน์, 2545) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับของเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาดูแลประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct Care) อย่างสม่ำเสมอ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) เป็นบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือดูแลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยคาดหมายอาจมีเฉพาะผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรอง ทั้งสองลักษณะนี้ขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจมีผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองช่วยกันทำหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยร่วมกัน ส่วนการกำหนดว่าใครคือผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรองนั้นจะพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัย

ประกอบกัน เช่น ความพร้อมด้านเวลา ความสามารถในการดูแล ความสะดวกในการเดินทาง ภาระหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

จอม สุวรรณโณ (2541) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่าหมายถึงผู้ปฏิบัติกรดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยซึ่งมีข้อจำกัดการดูแลตนเอง โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน และการดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับการผูกพันทางวิชาชีพ

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้ดูแลจึงหมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะเครือญาติ ที่คอยให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลในภาวะที่เจ็บป่วยซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยเป็นผู้รับผิดชอบหลักและไม่ได้รับค่าจ้างหรือรางวัลตอบแทน

### บทบาทของผู้ดูแล

ในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลายประการ (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ดังนี้

1. ให้การดูแลโดยตรงกับสภาพการเจ็บป่วยแต่ละราย
2. จัดสภาพแวดล้อมในการดูแลและการเตรียมการดูแลต่าง ๆ
3. เป็นคนกลางในการติดต่อกับบุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพ
4. ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
5. รับภาระงานอื่น ๆ เช่น การเงิน การบ้าน นิติกรรมต่าง ๆ เป็นต้น

ในการดูแลผู้ป่วยนั้นอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ (ปิยรัตน์ ดวงสิน, 2545)

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) โดยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ที่ได้รับการหล่อหลอมทางสังคมให้เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ลูกต้องดูแลพ่อแม่ เป็นต้น การเพิกเฉยหรือละเลยหน้าที่ความรับผิดชอบ จะถูกตำหนิจากสังคมได้

2. สัมพันธภาพ ผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ดีจะมีความเห็นใจสงสารและห่วงใยในตัวผู้ป่วยมักจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้มีการจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบกัน โดยอาจกำหนดผู้ดูแลหลัก 1 คน ส่วนสมาชิกคนอื่น ๆ ที่เหลือจะช่วยสนับสนุนในด้านอื่น ๆ แต่ในกรณีสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน ทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ มีการปฏิเสธและผลักระยะความรับผิดชอบให้แก่กัน (ชวลี แยมวงษ์, 2530)

3. ศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแล ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ดูแลที่มีความรู้ ความเข้าใจใน ตัวผู้ป่วย การเจ็บป่วยหรือเข้าใจใน โรคที่เป็นและการดูแลอย่างดี รวมทั้งมีประสบการณ์หรือทักษะ ในการดูแลผู้ป่วย มักมีแนวโน้มที่จะรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักมากกว่าผู้อื่น

4. การยอมรับของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย หรือมีแรงจูงใจในการ ดูแล เช่น พิจารณาว่าเป็น โอกาสได้ทดแทนพระคุณ ได้ใกล้ชิดผู้ป่วย หรือ ได้รับการยอมรับของ สังคม

5. การยอมรับของผู้ป่วยที่จะเลือกรับการดูแลจากญาติบางคน

6. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำที่ทำอยู่ (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

7. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ผู้ดูแลที่ไม่มีรายได้ประจำมักเป็นผู้ให้การดูแลแทน เพื่อไม่ให้กระทบต่อระบบเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากเมื่อได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลแล้ว จะเกิดผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวน้อยที่สุด

จะเห็นได้ว่าการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ซึ่งแต่ละ ปัจจัยอาจมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ส่งผลต่อการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล

#### ด้านการดูแล

การดูแล คือกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะด้วยความสามารถทางร่างกาย และ จิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแล โดยครอบคลุมทุกด้าน ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้กลวิธี เทคนิคต่าง ๆ ตามลักษณะของงานที่ดูแลที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละระดับ ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น (Kana & Kane, 2000)

แมควารีค และ โรบินสัน (Maequaric & Robinson, n.d. cited in Morse et al., 1991)

ให้ความหมายการดูแลอย่างเอื้ออาทรว่า เป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ระหว่างบุคคลกับสัตว์ และระหว่างบุคคลกับสรรพสิ่งต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ ทางสังคม โดยมีความเมตตา ความเอื้ออาทร ความสนใจ ความเอาใจใส่เป็นพื้นฐาน เพื่อการดำรงอยู่ ของชีวิตและสรรพสิ่ง ซึ่งจะเห็นว่าความหมายนี้ครอบคลุมไม่เพียงแต่มนุษย์เท่านั้นแต่รวมไปถึง สัตว์ และสิ่งของต่าง ๆ ด้วย

ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1981) ได้อธิบายว่าการดูแลเป็นกิจกรรมของความช่วยเหลือ (Assistive) การสนับสนุนค้ำจุน (Supportive) และการอำนวยความสะดวก (Facilitative) ที่ให้กับ บุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการที่แสดงออกหรือค้นหาได้ เพื่อสร้างหรือปรับปรุงแนวทางชีวิต หรือสภาพของมนุษย์ โดยไลนิงเจอร์ (Leininger) ได้ให้ขอบเขตการดูแลไว้ 10 ประการ ดังนี้คือ ความสุขสบาย (Comfort) ความสนใจ (Attention) การสัมผัส (Touch) การปกป้อง (Protection)

ความไว้วางใจ (Trust) การร่วมรู้สึก (Empathy) การประคับประคอง การสนับสนุน (Support) ความเมตตาการุณา (Compassion) การช่วยเหลือยามทุกข์ยาก (Succorance) และการเฝ้าระวังโรค (Surveillance)

ฟารีดา อิบราฮิม (2539) กล่าวว่า การดูแลต้องประกอบด้วยความรู้สึกเทคนิคปฏิบัติและความรู้สึกนึกคิด ซึ่งเป็นทั้งศิลปะและศาสตร์อยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงและเป็นความจริงหรือสัจจะ (Fact & Truth) เมื่อจะต้องให้การดูแลกับใครถือว่าต้องให้การดูแลด้วยจิตใจ ด้วยความเต็มใจ ด้วยความรักและความปรารถนาดี

วัตสัน (Watson, 1988) ได้อธิบายว่า การดูแลเป็นอุดมคติ หรือเป็นข้อกำหนดทางศีลธรรม เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลที่ประกอบด้วย กาย จิต วิญญาณ จนเกิดความเข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกัน (Transpersonal) แนวคิดหลักของทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน คือการดูแลที่เน้นความเป็นมนุษย์ และในองค์รวมของมนุษย์นั้นประกอบด้วย 3 มิติคือ กาย จิต และจิตวิญญาณที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ การดูแลตามแนวคิดนี้เป็นข้อกำหนดทางศีลธรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ คือให้บุคคลมีภาวะคุณภาพของ กาย จิต วิญญาณ

### **พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด**

#### **ความหมาย**

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ หรือการแสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึกเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546, หน้า 768)

มอนตาญ (Moutagu, 1987, p. 142 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538) เน้นว่า พฤติกรรมการดูแลควรมีลักษณะการปฏิบัติที่นุ่มนวล แสดงออกถึงความรักความเอาใจใส่ต่อกัน ผู้ดูแลควรมุ่งการสัมผัส สื่อสารถึงความรู้สึกสบาย และความมั่นคง และเห็นว่าสัมผัสร่วมกับทำทางทางด้านร่างกายเป็นพฤติกรรมที่สำคัญของการดูแล

ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1981, p. 38) อธิบายว่าพฤติกรรมของแต่ละคน หรือกลุ่มคน ขึ้นอยู่กับค่านิยมและวัฒนธรรมหรือสังคมนั้นมีความแตกต่างกันไป และการแสดงพฤติกรรมใด ๆ ของผู้ดูแลจะมีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลควรตระหนักถึงการแสดงพฤติกรรมต่อผู้ป่วย และนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะเป็นเรื่องที่ซับซ้อนแต่สามารถเข้าใจ ปฏิบัติและประเมินผลการดูแลได้โดยคุณปฏิบัติกรยาตอบสนองของผู้ป่วย

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลนั้นประกอบด้วยทั้งคำพูด และท่าทางที่รวมอยู่ในพฤติกรรมหนึ่ง ที่มนุษย์ติดต่อสัมพันธ์กัน ทั้งนี้ต้องเป็นการแสดงถึงความ

เข้าใจต่อกันอย่างแท้จริง พฤติกรรมการดูแลที่ปรากฏอยู่ในกิจกรรมการดูแลทุกอย่าง และสามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมการดูแลอย่างแท้จริง ทั้งจากสังเกตพฤติกรรมโดยตรง และจากการตรวจสอบความรู้สึกของผู้ดูแลและผู้ป่วย

วัตสัน (Watson, 1988) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลเป็น กระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลองค์รวมของ กาย จิต และจิตวิญญาณ การดูแลเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะที่บุคคลทั้งสองเข้าถึงจิตใจกัน (Transpersonal Caring) มีความรับรู้ตรงกันในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น เป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค (Coparticipant)

กระบวนการดูแลที่จำทำให้เข้าถึงจิตใจกัน ได้ต้องอาศัยปัจจัย การดูแล 10 ปัจจัย ที่มีผลต่อการดูแลและเป็น โครงสร้างของทฤษฎี ดังนี้ (Watson, 1985, pp. 10-215)

### 1. การสร้างค่านิยมของการมีมนุษยธรรม มีเมตตา และเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น

การเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น มีเมตตา ห่วงใย รักตนเองและเพื่อนมนุษย์ เป็นปัจจัยพื้นฐานและเป็นปัจจัยอันดับแรกของการดูแลบุคคล ปัจจัยนี้เกิดขึ้นพร้อมกับการเกิดของชีวิตและพัฒนาผ่านวัฒนธรรมอย่างต่อเนื่องจนเติบโตใหญ่ วัตสันเชื่อว่าบุคคลที่มีการพัฒนาปัจจัยนี้มากมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจเป็นผู้ดูแล ปัจจัยนี้จะช่วยในการปรับทัศนคติและความเชื่อในการเรียนรู้ที่จะเข้าสู่บทบาทของการเป็นผู้ดูแล และเขาเชื่อว่าการมีมนุษยธรรมมีเมตตา และเห็นแก่ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ จะทำให้บุคคลให้การดูแลอย่างดีที่สุด

### 2. การสร้างความศรัทธาและความหวัง

การสร้างความศรัทธาและความหวัง มีผลต่อกระบวนการดูแล และกระบวนการรักษา วัตสันเชื่อว่า ความศรัทธาและความหวังมีพลังในตัวเอง เป็นพลังที่สามารถเยียวยาชีวิตมนุษย์ แม้ผู้ป่วยที่แพทย์ไม่สามารถรักษาได้ แต่ผู้ดูแลสามารถดูแลด้วยวิธีการต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยสุขสบาย ร่วมกับการสร้างความศรัทธาและความหวังที่เป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ พลังแห่งความศรัทธาและความหวังนี้จะช่วยเยียวยาชีวิตผู้ป่วยให้อยู่กับโรคได้อย่างผาสุก วัตสันเน้นว่าผู้ดูแล ต้องสร้างความศรัทธาและความหวังในตนเอง และต้องสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความศรัทธาและความหวังในบริการ พลังแห่งความศรัทธาและความหวังนอกจากจะช่วยเยียวยาชีวิตผู้ป่วยแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อ ยอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำจากผู้ดูแล

### 3. มีไหวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น

คนส่วนใหญ่คิดถึงแต่ความคิดของตน แต่มักไม่รู้สึก ถึงความรู้สึกในขณะนั้นของผู้อื่น ในการพัฒนาความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น คือ ผู้ดูแลต้องมีสติ รู้ตัวอยู่เสมอ ผู้ดูแลที่มีความไวต่อความรู้สึกของตนเอง ก็จะสามารพัฒนาความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยได้ สามารถเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย สามารถมองผู้ป่วยได้มากกว่าการทำงานของร่างกายที่มีพยาธิสภาพของโรค

และผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ถึงการมอง โลกของผู้ป่วย วัฒนธรรม การสื่อสาร ระบบความเชื่อ ค่านิยม และความปรารถนาเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยได้ การมีสัมพันธภาพที่ดีพอที่จะทำให้เกิดความรู้จักผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลต้องใช้ความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างมากที่จะทำให้เกิดความรู้จักผู้ป่วย และค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้

#### 4. การพัฒนาสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน

การพัฒนาสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเข้ากันได้กับผู้ป่วย การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และการมอบความรู้สึกรอบอุ้มให้ผู้ป่วย

4.1 การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับข้อมูลของกันและกันอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน

4.2 การเข้ากันได้กับผู้ป่วย เป็นการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ดูแลที่มีความไวต่อความรู้สึกของตนเอง ถ้าเปิดเผยความรู้สึกนั้นออกมา จะยิ่งกระชับความสัมพันธ์ให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดความรู้จักกันและปรับตัวเข้าหากันได้ดียิ่งขึ้น แต่ถ้าหากผู้ดูแลปิดบังความรู้สึกไว้ภายใน โดยเฉพาะความรู้สึกด้านลบ เช่น เบื่อหน่าย กลัว ลำบากใจที่จะต้องปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความรู้สึกเหล่านี้จะเป็นอุปสรรคต่อสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

4.3 การเห็นอกเห็นใจ เป็นการเข้าถึงความรู้สึกกับผู้ป่วย กับโลกภายในของผู้ป่วย เสมือนหนึ่งว่าเป็น โลกภายในของตน เพื่อจะรับรู้ ว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไร จะได้เข้าใจและช่วยเหลือตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม

4.4 ความรู้สึกอบอุ่นใจ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่น จะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น มั่นคง และปลอดภัย

#### 5. การส่งเสริมและยอมรับการแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ

สัมพันธภาพการดูแลบุคคล เป็นการให้ความเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งองค์รวมอย่างเต็มที่ โดยผู้ดูแลและผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การส่งเสริมและยอมรับการแสดงความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วย

#### 6. การใช้กฎระเบียบทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจแก้ปัญหา

การใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความรู้ ไหวพริบของผู้ดูแล ความชำนาญในทุก ๆ ด้าน การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ในการเผชิญกับปัญหาซับซ้อนและละเอียดอ่อนทั้งด้าน ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้ดูแลจะต้องมีความไวต่อความรู้สึกอย่างมากเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลแท้จริงที่ลึกซึ้งและครอบคลุม



## 7. การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนรู้

การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ผู้ดูแลและผู้ป่วยจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เรียนรู้ร่วมกัน ได้ตอบและประเมินผลร่วมกัน การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่ง การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ไร้กังวลที่จะเรียนรู้และปฏิบัติตน

## 8. การจัดให้เกิดความสนับสนุน ปกป้อง และ/ หรือแก้ไข ในสิ่งแวดล้อมด้านจิตใจ ร่างกาย สังคมวัฒนธรรม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

การจัดให้เกิดความสนับสนุน ปกป้อง และ/ หรือแก้ไข ในสิ่งแวดล้อมด้านจิตใจ ร่างกาย สังคมวัฒนธรรม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เป็นการ ใช้สิ่งแวดล้อมช่วยในการดูแลผู้ป่วย วัดสัน กล่าวว่าการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นคุณภาพของการดูแลที่ครบองค์รวม โดยจัดสิ่งแวดล้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย เป็นส่วนตัว ปลอดภัย และสะอาดสวยงามอยู่เสมอ

## 9. การให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้วยความยินดี

การให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้วยความยินดี เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้อย่างดี ความต้องการของบุคคลตามแนวคิดของ วัดสันจะเป็นลำดับคล้ายคลึงกับความต้องการพื้นฐานของบุคคลตามแนวคิดของ มาสโลว์ (Maslow) การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามลำดับของวัดสันมี ดังนี้คือ

### 9.1 ความต้องการระดับต่ำที่เป็นความต้องการเพื่อความอยู่รอด (Survival Needs) ซึ่งได้แก่ ความต้องการอาหารและน้ำ ต้องการการจับถ้าย ต้องการอากาศในการหายใจ

### 9.2 ความต้องการระดับต่ำที่เป็นความต้องการด้านหน้าที่ (Functional Needs) เป็นความต้องการทำกิจกรรมและไม่ทำกิจกรรม หรือพักผ่อน ในผู้ป่วยที่อ่อนเพลียดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และทำกิจกรรมเฉพาะที่มีความหมายต่อผู้ป่วย

### 9.3 ความต้องการระดับสูงที่เป็นความต้องการผสมผสาน (Integrated Needs) เป็นความต้องการความสำเร็จในการทำกิจกรรมใด ๆ ผู้ป่วยต้องการความรัก ความเข้าใจ ความผูกพันจากคนรอบข้าง โดยเฉพาะครอบครัวและคนที่มีความหมายต่อผู้ป่วย

### 9.4 ความต้องการระดับสูงที่เป็นความต้องการค้นหาความเจริญเติบโต (Growth-Seeking Needs) เป็นความต้องการภายในบุคคลและระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และตัวตนที่แท้จริงในปัจจุบัน (Self-Actualization) ช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายและคุณค่าของชีวิต

## 10. การคำนึงถึงพลังการมีชีวิต ปรากฏการณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

การคำนึงถึงพลังการมีชีวิต ปรากฏการณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เป็นการแบ่งแยกและชี้ชัดความเป็นเฉพาะบุคคลของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นซึ่งนอกจากผู้ป่วย

จะได้รับการดูแลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุดแล้ว ผู้ดูแลยังเพิ่มความเข้าใจในตนเอง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุขมากยิ่งขึ้น

ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน มี 7 ข้อ ดังนี้

1. การดูแลสามารถแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถปฏิบัติได้ระหว่างบุคคล
2. การดูแลประกอบด้วยปัจจัยการดูแล ซึ่งสามารถช่วยให้สนองความต้องการบุคคล
3. การดูแลที่มีประสิทธิภาพย่อมส่งเสริมสุขภาพและให้ความเจริญงอกงามแก่บุคคลและครอบครัว
4. การตอบสนองการดูแลจะยอมรับบุคคลเท่ากัน
5. สภาพแวดล้อมเพื่อการดูแลและเสริมพัฒนาการ ในด้านศักยภาพ และยอมให้บุคคลเลือกกระทำสิ่งที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่กำหนด
6. การดูแลให้การสร้างเสริมคุณภาพ ได้ดีกว่าการรักษา
7. การปฏิบัติดูแลเป็นแกนกลางของการพยาบาล

นอกจากนี้ ยี่สุ่น ใจดี (2540) กล่าวว่า การดูแลเป็นพฤติกรรมระหว่างบุคคลที่เป็นกระบวนการกระทำที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นหรือกลุ่มบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ และการอยู่รอดของชีวิต เพื่อจุดประสงค์ใด จุดประสงค์หนึ่ง เป็นความรู้สึกที่มีร่วมกัน เช่น การดูแลระหว่างบุคคลในครอบครัว การดูแลระหว่างเพื่อน เป็นต้น

พฤติกรรมดูแลเป็นพฤติกรรมบริการในรูปแบบของบริการมนุษย์ต่อมนุษย์ ซึ่งแสดงถึงการเข้าใจมนุษย์เป็นอย่างดี ภาพรวมของพฤติกรรมดูแลจึงสามารถนำมาใช้ร่วมกันได้ในทุกสังคมและวัฒนธรรม เพียงแต่อาจต้องปรับหรือดัดแปลงไปบ้างตามสภาพการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายการดูแลนั้น ๆ ซึ่งการดูแลเป็นผลมาจากการให้การช่วยเหลือในยามที่ต้องการความช่วยเหลือ การดูแลเป็นวัฒนธรรมอันมีค่าที่จำเป็นจะต้องอยู่กับมนุษย์ไปอีกยาวนาน เป็นสิ่งที่ช่วยจรรโลงสังคมช่วยมนุษย์จากความทุกข์ร้อนทำให้สามารถเผชิญกับความ เป็นจริง โดยการให้การดูแลนั้นปรับไปตามสถานการณ์ ตามสภาพสังคมและวัฒนธรรม การดูแลมีพื้นฐานจากความรักในเพื่อนมนุษย์แม้ในยามเจ็บป่วยหรือสุขภาพดี

สรุป พฤติกรรมการดูแล หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำที่ผู้ดูแลแสดงออกซึ่งความคิด ความเข้าใจ ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ต่อบุคคลที่จะให้การดูแลอย่างแท้จริง และเป็น การแสดงออกที่ผู้ดูแลทำอย่างสม่ำเสมอต่อผู้ป่วย

จากการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับพฤติกรรมของมารดาที่ดูแลบุตรป่วย โรคหัดสัชีเมีย พบว่า พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วย โรคหัดสัชีเมียอยู่ในระดับดี

ซึ่ง เช่นเดียวกับการศึกษาของมินตกาญจน์ ชลอรักษ์ (2547) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย วัณโรคที่บ้านของผู้ดูแลพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแลทุกด้านอยู่ในระดับมาก

### การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ถือว่ามีความสำคัญมากในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพราะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลควรให้การดูแล ให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้ดูแลต้องเข้าใจว่าขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมี จะมีสภาพจิตใจที่ไม่ดี ในบางคนอาจจะไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติในช่วงระหว่างการทำเคมีบำบัด ผู้ดูแลจึงควรให้การดูแลตามความต้องการขั้นพื้นฐานแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยครอบคลุมเรื่องการดูแลทั่วไป และการดูแลจากภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด

#### 1. การดูแลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

##### 1.1 ดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ

1.1.1 ควรจัดอาหารให้ผู้ป่วยได้เลือกรับประทานอาหารหลายประเภท ไม่ควรบังคับให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอย่างใดอย่างหนึ่ง และควรเป็นอาหารที่มีประโยชน์ ครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก ผลไม้

1.1.2 ควรจัดให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาด งดรับประทานผักสด ซึ่งจะรับประทานต้องล้างให้สะอาด

1.1.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารก่อมะเร็ง เช่น อาหารทอด ปิ้งย่าง อาหารหมักดอง อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ อาหารแห้งที่ยังมีความชื้นอยู่ เช่น พริกแห้ง ถั่วลิสง

1.1.4 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด หวานจัด หรือมีโคเลสเตอรอลสูง อาหารที่มีแอลกอฮอล์ คาเฟอีน

1.1.5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร (8-12 แก้วต่อวัน) เพื่อป้องกันการรวมตัวหรือการตกผลึกของกรดยูริก ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดนิ่วในท่อไต กระเพาะปัสสาวะ และอาจเกิดภาวะไตวายจากการอุดตันของผลึกยูริกได้

1.2 ดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้มีความสมดุลระหว่างกิจกรรมอย่างเหมาะสม ได้รับการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 – 10 ชั่วโมง มีเวลาให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนตอนกลางวันได้ เพื่อสงวนพลังงานไว้ และไม่อ่อนเพลียจนเกินไป

1.3 ดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดออกกำลังกายเบา ๆ และสม่ำเสมอ ตามความเหมาะสมและความชอบของผู้ป่วย อาจเริ่มออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การเดินประมาท

15 – 20 นาที ให้แห้งออก และควรใส่รองเท้าน้ำเพราะรองเท้าอาจจะทำให้หกล้มได้ การวิ่งเหยาะ ๆ หรือการเดินจะช่วยให้อาการดีขึ้น กระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เกือบทุกระบบ

1.4 ดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น ปาก ฟัน ผิวหนัง และอวัยวะสืบพันธุ์

1.5 ดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับอากาศบริสุทธิ์อย่างเพียงพอ เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อไขกระดูก ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ผู้ป่วยจึงควร หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด และผู้ป่วยติดเชื้อต่าง ๆ เช่น ไข้หวัด วัณโรค เริม เป็นต้น และอยู่ในบริเวณที่มีอากาศบริสุทธิ์ ถ่ายเทได้สะดวก

1.6 ดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสังเกตอาการผิดปกติ ดังนี้ มีไข้สูง มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง มีสิ่งขับหลั่งเป็นเลือด หนอง หรือมีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะน้อย มีผื่นขึ้นตามร่างกาย หายใจลำบาก ท้องผูกหรือท้องเดินอย่างรุนแรง น้ำหนักลดหรือเพิ่มอย่างทันใด มีอาการปวดอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง เลือดออกไม่หยุด ต้องรีบมาพบแพทย์

1.7 ดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ได้แก่ ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ยาแก้ปวด ที่ผู้ป่วยต้องรับประทานต่อเองที่บ้าน

1.8 ดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเห็นความสำคัญของการมาตามนัด เพื่อเจาะเลือด หรือให้ยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป

## 2. การดูแลจากภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด

2.1 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย โดยการดูแลให้ได้รับการพักผ่อนเพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมง ปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียเพื่อสงวนพลังงาน เพิ่มเวลาพักผ่อนตอนกลางวันวันละ 2-3 ชั่วโมง

2.2 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการเบื่ออาหาร ดูแลโดยดื่มเครื่องดื่มที่กระตุ้นความอยากอาหาร เช่น น้ำมะนาว น้ำส้มคั้น และจัดอาหารให้น่ารับประทาน รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น จะช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น (Dodd, 1987)

2.3 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน หาวิธีบรรเทาอาการได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่ร้อนจัดเกินไป โดยรับประทานอาหารที่มีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิห้อง เนื่องจากอาหารที่ร้อนจะกระตุ้นให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น จิบเครื่องดื่ม เช่น น้ำจืด น้ำมะนาว ดื่มน้ำเย็น ๆ เช่น น้ำชา งคอาหารที่เผ็ดจัด มันจัดหรือหวานจัด และอาหารที่มีกลิ่นฉุน อาหารเพิ่มแก๊ส เครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ แนะนำให้รับประทานอาหารช้า ๆ จำนวนน้อย แต่บ่อยครั้ง เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้กระเพาะอาหารพองตัวมากเกินไป ซึ่งจะกระตุ้นให้มีอาการ

คลื่นไส้และอาเจียน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารก่อนได้รับยาเคมีบำบัด 1-2 ชั่วโมง หายใจเข้า-ออกลึก ๆ เมื่อรู้สึกคลื่นไส้ คุณแม่ให้ได้ยาแก้อาเจียน ทำความสะอาดช่องปากก่อนรับประทานอาหารและแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร (อาคม เขียรศิลป์ และคณะ, 2531) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Lerman et al., 1990) ด้วยการฟังเพลง ชมรายการโทรทัศน์ อ่านหนังสือที่ชอบ หรืออื่น ๆ ตามประสบการณ์และเคยใช้ได้ผล

2.4 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการเยื่อปากอักเสบ โดยการทำความสะอาดปากและฟันอย่างถูกวิธีหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง ถ้ามีฟันหลวมให้ถอดออกทำความสะอาดทุกครั้งหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง บ้วนปากทุก 4 ชั่วโมงโดยหลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม ทาครีมฟปากด้วยวาสลีน สีส้ม หรือลิปสติกมันให้ปากชุ่มชื้นตลอดเวลา งดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ร้อนหรือเย็นจัด อาหารแข็งหรือหยาบ รับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารเหลว ดื่มน้ำ 2-3 ลิตรต่อวัน ถ้ามีอาการเจ็บปากมากอมบ้วนปากด้วยยาชา (Viscous Xylocation) 10 นาทีก่อนรับประทานอาหาร สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงในช่องปากเมื่อมีอาการแสดงของการติดเชื้อ

2.5 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการท้องเสีย โดยการรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย อาหารสุกสะอาด อาหารที่มีเส้นใยน้อย อาหารที่มีโปรตีนและแคลอรีสูง หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหารที่ทำให้เกิดลมหรืออาการปวดมวนในท้อง บางรายอาจต้องงดนมและผลิตภัณฑ์จากนม ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตรเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ สังเกตจำนวน ลักษณะ ความถี่ ของการถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน ทำความสะอาดบริเวณทวารหนักและซับให้แห้ง

2.6 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการท้องผูก โดยการดื่มน้ำ วันละ 2-3 ลิตร ดื่มน้ำส้ม น้ำลูกพรุน การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยเช่นผัก ผลไม้ที่ล้างสะอาดแล้ว การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายตามความสามารถ เพื่อช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวดีขึ้น

2.7 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการผมร่วง โดยการสระผมด้วยแชมพู ชนิดอ่อน หวีผมเบา ๆ หลีกเลี่ยงการใช้สเปรย์ การอบ การตัด การตัดผมให้สั้นจะช่วยให้ไม่รู้สึกว่ามันร่วงมาก ปรับปรุงสภาพลักษณะด้วยการใส่ผมปลอม การสวมหมวกหรือผ้าคลุมผม

2.8 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิวหนังแห้ง เป็นผื่นคัน การดูแลโดยการรักษาความสะอาดของผิวหนัง ใช้ครีม โลชั่น ทาผิวหนังให้ชุ่มชื้นทุกครั้งหลังอาบน้ำ ไม่เกาหรือถูผิวหนังแรง ๆ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด

2.9 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากเม็ดเลือดขาวต่ำ ดูแลเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้กับบุคคลที่ติดเชื้อ เช่น ไข้หวัด ริมหรือการเข้าไปอยู่ในที่มีผู้คนหนาแน่น เช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า รับประทานอาหารที่

สุกสะอาด ทำความสะอาดร่างกาย ซอกอับ และช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ และสังเกตอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ เจ็บคอ มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด การอักเสบของผิวหนัง เป็นต้น (Dodd, 1987; Trester, 1982)

2.10 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ ผู้ดูแลควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อผิวหนังหรือเยื่อต่าง ๆ เช่น การใช้เครื่องโกนหนวดไฟฟ้า ใช้การตะไบเล็บแทนการตัดเล็บ การสังน้ำมูก ไอหรือจามแรง ๆ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงการมีเลือดออก เช่น การถ่ายอุจจาระสีดำ การมีเลือดออกตามไรฟัน มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ มีพฤติกรรมในการดูแลที่ยังไม่ดี แต่ในการศึกษาพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังมีน้อยอยู่ ดังนั้นวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Theory of Transpersonal Caring) ซึ่งครอบคลุม ปัจจัย 10 ด้าน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นการกระทำหรือการแสดงออกหรือการปฏิบัติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังนี้

1. ด้านการให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย
2. ด้านการให้กำลังใจและความหวัง
3. ด้านการสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างทันทั่วทั้ง

4. ด้านการมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ
5. ด้านการแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

6. ด้านการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล
7. ด้านการชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
8. ด้านการจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย
9. ด้านการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต
10. ด้านการช่วยให้เกิดความเข้าใจในผู้ป่วย
11. ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก่อให้เกิดอาการไม่สุขสบายทางกายและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการการดูแล

เพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้ดูแลจะต้องมีความรู้จึงจะช่วยให้มีการตัดสินใจที่ดี มีความมั่นใจ มีทักษะ ในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเอาใจใส่อย่างถูกต้องและเหมาะสม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวคือการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ โดยจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ผ่อนคลายความเครียด เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย ให้ได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล สรุปได้ดังนี้

#### ปัจจัยเกี่ยวกับการดูแล

1. อายุ อายุเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะในด้านภาวะจิตใจการรับรู้และความสามารถในการเข้าใจ การตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ โดยความสามารถนี้จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุจากวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่และค่อย ๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีสุขภาพทางร่างกายที่แข็งแรง มีความพร้อมทางสังคม สามารถพัฒนาเป็นผู้ดูแลที่ดีได้มากกว่าวัยอื่น (Kahana et al., 1994) ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สุขสมบูรณ์มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพัฒนาการและระดับวุฒิภาวะ คือเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะมีระดับวุฒิภาวะสูงขึ้นตามวัย รวมไปถึงความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานด้วย อายุและประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น มีผลต่อการตัดสินใจของบุคคล อายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดและพฤติกรรม บุคคลที่มีอายุมาก จะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ต่างจากบุคคลอายุน้อย และผ่านเหตุการณ์ในชีวิตและปัญหาต่าง ๆ มากกว่าบุคคลอายุน้อย จากการศึกษาของแฮส (Hass, 1990) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง ซึ่งการศึกษาของอัจฉริยา ปทุมวัน (2534) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กได้ สอดคล้องกับเจลิม วงษ์จันทร์ (2539) พบว่าอายุของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .24$ ) แตกต่างกับ รุจา ภูไพบูลย์ (2535) ที่พบว่าอายุของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตร

2. เพศ ที่ต่างกันอาจมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ต่างกัน คือ เพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน ส่วนเพศชายจะถูกอบรมให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว หากเพศชายต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลจะปรับตัวได้ยากกว่าเพศหญิง (วิลลิตน์ กัวร์าวุฒิปานิช, 2537) และจากพื้นฐานความเชื่อทางวัฒนธรรม ประเพณีสืบทอดกันมา มีความคาดหวังว่าเพศหญิงจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลงานบ้าน ดูแลสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ได้รับการหล่อหลอมทางสังคมให้เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ลูกต้องดูแลพ่อแม่ เป็นต้น การเพิกเฉยหรือละเลยหน้าที่ความรับผิดชอบ จะถูกตำหนิจากสังคมได้สอดคล้องกับสทินเมท และเอมสเดน (Steinmets & Amsden, 1983 อ้างใน รุจา กูไพบูลย์, 2535) ศึกษาผู้ให้การดูแลในครอบครัวจำนวน 104 ครอบครัว ในสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 95 ของผู้ให้การดูแลเป็นเพศหญิง และจากการศึกษาของครอบครัวชนบทไทย พบว่าผู้ให้การดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสตรีคิดเป็นร้อยละ 70-80 (รุจา กูไพบูลย์, 2535)

3. ระดับการศึกษา การศึกษาสอนให้คนรู้จักคิด วิเคราะห์ และแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่องผู้ที่มิวุฒิการศึกษาสูงย่อมได้รับการถ่ายทอดความรู้ ความคิด ความสามารถ และจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า (อรรถยา อมรพรหมภักดี, 2547) การศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ชีวิต ทำให้รู้จักกระบวนการทางสติปัญญาแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล ซึ่งการได้รับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่มีต่อการดูแลตนเองและบุคคลอื่น รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น (วิลลิตน์ กัวร์าวุฒิปานิช, 2537) การศึกษาทำให้สามารถเรียนรู้ถึงความต้องการการดูแลของบุคคล รู้จักใช้ความรู้ ทักษะที่เคยมีในการแก้ปัญหา และผู้ดูแลที่มีการศึกษาดีจะมีการใช้เหตุผลและวิธีแก้ปัญหา รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น จากการศึกษาของ สกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) พบว่าระดับการศึกษา ของมารดาเด็กป่วยนั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และจากการศึกษาของบูลเกอร์ และคณะ (Bulger et al., 1993) พบว่า จำนวนปีการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพอใจในการดูแลและความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย แตกต่างจาก นิตยา สุทธยากร (2531) พบว่า ระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลไม่ว่าจะมีการศึกษาระดับใด ก็จะมีการเรียนรู้และมีการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยคล้ายคลึงกันจึงทำให้ระดับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

4. ปริมาณเวลาในการดูแล หมายถึง จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน จากการศึกษาของเพ็ญแข ชีวยะพันธ์ (2545) พบว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ 5 ชั่วโมงขึ้นไปต่อวันจะมีค่าเฉลี่ย



คุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุสูงสุด ( $\bar{X} = 4.04$ ) โดยมีคุณภาพการดูแลอยู่ในระดับสูง ส่วนผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ 1-2 ชั่วโมง ต่อวัน จะมีค่าเฉลี่ยการดูแลต่ำสุด ( $\bar{X} = 3.65$ ) อธิบายได้ว่า จำนวนชั่วโมงในการดูแลขึ้นอยู่กับ เวลาว่าง ภาระอื่นที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ ทำให้มีเวลาในการดูแลน้อยลง มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลได้ และการศึกษาของสมยศ ศรีจารนัยและคณะ (2542) พบว่า ปริมาณเวลาที่ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยใน 1 วัน มากกว่า 12 ชั่วโมง จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเป็น 9.5 เท่า ของผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ดูแลที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากกว่าสามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากกว่า ไม่ว่าจะเป็นด้านการให้คำปรึกษา คำแนะนำ หรือด้านอารมณ์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ดีกว่า ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย

5. ระยะเวลาในการดูแล เป็นสิ่งที่มีถึงประสบการณ์และทักษะในการดูแล มีผลต่อความชำนาญและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการดูแล ระยะเวลาที่มีผลต่อการปฏิบัติงานบุคคลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานนาน จะสามารถเรียนรู้สภาพแวดล้อม ลักษณะงานและสิ่งต่าง ๆ ได้ดี (Benner, 1984) โอเรม (Orem, 1985) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลในระยะเวลาอันสั้น จะมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแล การปรับตัว ตลอดจนความช่วยเหลือต่าง ๆ เป็นอย่างมากในระยะเริ่มที่ดูแล รวมทั้งความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลมากขึ้น ได้เคยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ความต้องการในสิ่งที่เคยต้องทราบไม่จำเป็นอีกต่อไป หรือต้องการน้อยลง ผู้ดูแลอาจรู้สึกมีความหวังน้อยลง ถ้าพบว่าสภาพอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ประกอบกับถ้าต้องดูแลผู้ป่วยด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายได้ จะเห็นได้ว่าจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เกิดความเปลี่ยนแปลงกันในครอบครัว เพราะการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยระยะยาวนั้น ก่อให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งคุกคามต่อบุคคลและครอบครัว ถึงแม้ว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนาน ๆ จะทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก แต่ขณะเดียวกัน ระยะเวลาในการดูแลจะก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลได้เช่นเดียวกัน การศึกษาของวัตสัน (Watson, 1997) พบว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยระยะเวลานานมากกว่า 10 ปี จะมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 10 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของสมยศ ศรีจารนัย และคณะ (2542) พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 5 ปี มักเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายในการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญแข ชิวะพันธ์ (2545) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยระยะเวลาน้อย จะให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยระยะเวลานานกว่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกรรณ (2543) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็น

เวลา 2 ปี- 5 ปี และมากกว่า 5 ปี มีผลทำให้ญาติได้เรียนรู้วิธีการดูแล วัชระธรรมชาติของโรค มีทักษะในการเผชิญปัญหา และหาทางออกได้ดีขึ้นกว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่สั้น จากการศึกษาของ นันทพร เจริญผล (2548) พบว่าระยะเวลาการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ต่างกัน ของบิดามารดา ส่งผลให้บิดามารดา มีความเครียดและพฤติกรรมดูแลไม่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ศรีนิม (2548) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยของบุตรที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลบุตรของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของนิตยา สุทธยากร (2531) ที่พบว่า ประสิทธิภาพในการดูแลของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์ต่อความมั่นใจในการดูแลดูแลผู้ป่วย เนื่องจากแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความเจ็บป่วยคล้ายคลึงกับการเจ็บป่วยที่ญาติเคยดูแลมาแล้ว แต่ผู้ป่วยแต่ละคนต่างก็มีการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วยต่างกัน ทำให้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ไม่แตกต่างกัน

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลมีหลายปัจจัยด้วยกัน ซึ่งจากการศึกษายังไม่แน่ชัดว่ามีความสัมพันธ์กันในทิศทางใด งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการดูแล ซึ่ง ได้แก่ ปริมาณเวลาในการดูแล และ ระยะเวลาในการดูแล เพื่อนำมาศึกษาพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

### ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

#### ความหมาย

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับจากประสบการณ์ การค้นคว้า การสังเกตและสะสมไว้ สามารถจำได้โดยความสามารถและทักษะทางสติปัญญานำมาเชื่อมโยงจัดระบบทางความคิดของตนใหม่ได้ (Bloom, 1971)

เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ซึ่งอาจได้รับมาจากการฟัง การอ่าน การมองเห็นทำให้บุคคลพยายามที่จะทำความเข้าใจกับความรู้ที่นั้น ๆ และบุคคลจะนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือวิเคราะห์ปัญหาหรือสถานการณ์ออกเป็นส่วน ๆ เพื่อทำความเข้าใจในแต่ละส่วนของสถานการณ์นั้น ๆ สามารถมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบ แล้วนำส่วนประกอบเหล่านั้นมารวมเข้ากันเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างแน่ชัด โดยนำความรู้ที่มีอยู่เดิมรวมกับความรู้ใหม่ที่ได้รับแล้วสร้างเป็นแบบแผนการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) ความรู้จึงมีความสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพิ่มประสิทธิภาพด้านความคิด ความรู้สึก การกระทำ และเพิ่มพูนประสบการณ์จะช่วยปรุงแต่งชีวิตให้สมบูรณ์ (อรนันท์ หาญยุทธ์, 2532) ผู้ดูแลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะ ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต

การที่ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากผู้ดูแลจะเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยหายหรืออาการดีขึ้นได้ (Lazarus & Folkman, 1984) ในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนับว่ามีบทบาทสำคัญมากในการรักษาโรคมะเร็ง มีโดยมีการพัฒนาชนิดใหม่ๆ ขึ้นมาอย่างต่อเนื่องทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงจากการรักษา ยังคงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือ ประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้การรักษาผ่านพ้นไปได้ด้วยดี การดูแลผู้ป่วยได้ดีเพียงใดนั้นผู้ดูแลต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ ในการให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

1.1 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก ผลไม้ การรับประทานอย่างเพียงพอและเหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำหนักตัวลดลงมากเกินไป ช่วยสร้างเสริมเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายไปในระหว่างการได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยต้องการแคลอรีเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ของแคลอรีที่ต้องได้รับทั้งหมดใน 1 วัน โดยรับประทานเสริมระหว่างมื้อ เช่น นมสด น้ำหวาน นมถั่วเหลือง โอวัลติน รับประทานอาหารมากๆ ก่อนได้รับเคมีบำบัด 3-4 ชั่วโมง แล้วจึงรับประทานอาหารอ่อนๆ เบาๆ ครั้งละน้อยและรับประทานบ่อยๆ ประมาณ 5-6 ครั้งต่อวันภายหลังได้รับเคมีบำบัด การรับประทานอาหารเช้าๆ และเคี้ยวให้ละเอียด เพื่ออาหารจะได้ลงสู่กระเพาะอาหารช้าๆ ย่อยได้ง่ายและดูดซึมอย่างรวดเร็ว พยายามรับประทานอาหารเช้าให้มากกว่ามื้ออื่น ๆ เพราะเป็นมื้อที่มีความอยากอาหารสูง เลือกรับประทานอาหารชนิดที่ไม่ทำให้เกิดกลิ่นได้หรืออาเจียน และไม่รับประทานมากเกินไปแต่ไม่ให้ท้องว่าง และปรึกษาเพื่อขอความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล เมื่อรับประทานอาหารไม่ได้หรือไม่เพียงพอ (อาคม เขียรศิลป์ และคณะ, 2531; ศิริวรรณ วินิจสร และคณะ, 2548)

1.2 การดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดควรได้รับน้ำอย่างเพียงพอเพื่อช่วยบรรเทาอาการท้องผูก ป้องกันการตกผลึกของกรดยูริกในท่อไต ช่วยให้การทำงานของท่อไตเป็นปกติ และทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อชุ่มชื้น โดยการดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอื่น ๆ ให้ได้มากกว่าวันละ 2-3 ลิตร ด้วยวิธีการดื่มน้ำครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง โดยปรับเปลี่ยนชนิดของเครื่องดื่มตามชอบ (รัชตะ รัชตะนาวิณ, 2531; Beaulieu, 1989; Yasko, 1987)

1.3 ให้ผู้ป่วยได้อยู่ในที่ๆ มีอากาศปลอดโปร่ง ถ่ายเทได้สะดวก การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด และผู้ป่วยคิดเชื่อต่าง ๆ เช่น ไข้หวัด วัณโรค เริ่ม เป็นต้น

1.4 การดูแลให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ เพื่อให้เกิดพลังที่จะปฏิบัติภารกิจตนเอง แสวงหาวิธีการที่ช่วยให้นอนหลับได้ เช่น การดื่มนมอุ่น ๆ การฟังวิทยุเบา ๆ การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่รบกวนการนอนหลับ (Dodd, 1987) โดยการดูแลให้ได้รับการพักผ่อนเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง ปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียเพื่อสงวนพลังงาน เพิ่มเวลานอนพักตอนกลางวันวันละ 2-3 ชั่วโมง

1.5 การออกกำลังกายเบา ๆ และสม่ำเสมอ ตามความเหมาะสมและความชอบของผู้ป่วย การออกกำลังกายตามความสามารถ เช่น การวิ่งเหยาะ ๆ การลุกนั่ง ลูกเดินจะช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง กระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆทุกระบบ

1.6 การรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น ปาก ฟัน การดูแลปากและฟันให้สะอาดอยู่เสมอ การดูแลเพื่อป้องกันการอักเสบในช่องปาก โดยการทำความสะอาดปากและฟันอย่างถูกวิธีหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง ถ้ามีฟันหลวมให้ถอดออกทำความสะอาดทุกครั้ง หลังรับประทานอาหารทุกครั้ง

1.7 การสังเกตอาการผิดปกติหลังจากได้รับยา เช่น มีไข้สูง มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง มีสิ่งขับหลังเป็นเลือด หนอง หรือมีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะน้อย มีผื่นขึ้นตามร่างกาย หายใจลำบาก ท้องผูกหรือท้องเดินอย่างรุนแรง น้ำหนักลดหรือเพิ่มอย่างทันใด มีอาการปวดอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง เลือดออกไม่หยุด ต้องรีบมาพบแพทย์

1.8 การลดหรือผ่อนคลายความเครียด และความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยการแสวงหาวิธีการที่เหมาะสมได้แก่ ให้ผู้ป่วยการระบายความรู้สึกต่าง ๆ กับญาติ ผู้ดูแล แพทย์ หรือพยาบาล หาวิธีการผ่อนคลายความเครียดตามวิธีที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เช่น การฝึกสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังเพลง การอ่านหนังสือที่ชอบ และสนใจ

1.9 การเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อเจาะเลือดหรือให้ยาครั้งต่อไป รวมทั้งแนะนำแหล่งช่วยเหลือและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกรณีฉุกเฉินหรือผู้ป่วยต้องการคำปรึกษา

## 2. การดูแลภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด ได้แก่

2.1 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการอ่อนเพลีย โดยการดูแลให้ได้รับการพักผ่อนเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง ปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับอาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย เพิ่มเวลานอนพักตอนกลางวันวันละ 2-3 ชั่วโมง

2.2 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการเบื่ออาหาร ดูแลโดยดื่มเครื่องดื่มที่กระตุ้นความอยากอาหาร เช่น น้ำมะนาว น้ำส้มคั้น และจัดอาหารให้น้ำรับประทาน รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น จะช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น (Dodd, 1987)

2.3 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยการ คัดเครื่องคั้นอุ่น ๆ แนะนำให้รับประทานอาหารช้า ๆ จำนวนน้อยแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารก่อนได้รับยาเคมีบำบัด 1-2 ชั่วโมง หายใจเข้า-ออกลึก ๆ เมื่อรู้สึกคลื่นไส้ ให้ยาแก้อาเจียน

2.4 การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการอักเสบในช่องปาก โดยการทำความสะอาดปากและฟันอย่างถูกวิธีหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง บ้วนปากทุก 4 ชั่วโมง งดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ร้อนหรือเย็นจัด รับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารเหลว คัดน้ำ 2-3 ลิตรต่อวัน ถ้ามีอาการเจ็บปากมากอมบ้วนปากด้วยยาชา (Viscous Xylocation) 10 นาทีก่อนรับประทานอาหาร สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงในช่องปากเมื่อมีอาการแสดงของการติดเชื้อ

2.5 การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการอาการท้องเสีย โดยการรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย อาหารสุกสะอาด อาหารที่มีเส้นใยน้อย คัดน้ำวันละ 2-3 ลิตรเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ สังเกตจำนวน ลักษณะ ความถี่ ของการถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน ทำความสะอาดบริเวณทวารหนักและซับให้แห้ง

2.6 การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการอาการท้องผูก โดยการคัดน้ำวันละ 2-3 ลิตร การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยเช่น ผัก ผลไม้ การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย ตามความสามารถ การรับประทานยาระบาย

2.7 การดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการผมร่วง โดยการสระผมด้วยแชมพูชนิดอ่อน หัวผมเบา ๆ หลีกเลี่ยงการใช้สเปรย์ การอบ การตัด การตัดผมให้สั้นจะช่วยให้ไม่รู้สึกว่ามันร่วงมาก ปรับปรุงสภาพลักษณะด้วยการใส่ผมปลอม การสวมหมวกหรือผ้าคลุมผม

2.8 การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีผิวหนังแห้ง เป็นผื่นคัน โดยการรักษาความสะอาดของผิวหนัง ใช้ครีม โลชั่น ทาผิวหนังให้ชุ่มชื้นทุกครั้งหลังอาบน้ำ ไม่เกาหรือถูผิวหนังแรง ๆ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด

2.9 การดูแลผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้กับบุคคลที่ติดเชื้อ เช่น เป็นหวัด เข้าไปอยู่ในที่มีผู้คนหนาแน่น เช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า รับประทานอาหารที่สุกสะอาด ทำความสะอาดร่างกาย ซอกอับ และช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ และสังเกตอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ เจ็บคอ มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด การอักเสบของผิวหนัง เป็นต้น (Dodd, 1987; Trester, 1982)

2.10 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเกล็ดเลือดลดต่ำลง ผู้ดูแลควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อผิวหนังหรือเยื่อเมือกต่าง ๆ เช่น การใช้เครื่องโกนหนวดไฟฟ้า ใช้การตะไบเล็บแทนการตัดเล็บ ระวังเรื่องการสั่งน้ำมูก ไอหรือจามแรง ๆ สังเกตอาการ

เปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงการมีเลือดออก เช่น การถ่ายอุจจาระสีดำ การมีเลือดออกตามไรฟัน มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม และค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร ตำราต่าง ๆ มาประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อนำมาใช้ ประเมินความเข้าใจของผู้ดูแล โดยสร้างแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมี บำบัด ครอบคลุมเรื่องการดูแลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และการดูแล ภาวะแทรกซ้อน จำนวน 23 ข้อ ให้เลือกตอบแบบใช่หรือไม่ใช่ โดยข้อคำถามจะเป็นคำถาม ทางบวกทั้งหมด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งยังมี น้อยอยู่ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การศึกษาของวาริ จิระพันธุ์วานิช (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดา พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลบุตรป่วย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 และมารดาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอยู่ในระดับดี

นอกจากนี้ มีการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแล ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ดังการศึกษาของ บัลเกอร์เนอร์ และชิมเมอร์ (Burgener & Shimer, 1993) ได้ศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ โรค และการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแล เนื่องจากการมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทำให้ทราบแนวทางในการดูแล ผู้ดูแลจึงมีความ มั่นใจในการให้การดูแล จะทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของสมยศ ศรีจารนัย และคณะ (2545) ศึกษาพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลกับภาวะการควบคุม โรคในผู้ป่วย เบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานผู้สูงอายุที่ควบคุม โรคได้ดีจะมี ผู้ดูแลที่มีความรู้และทัศนคติสูงกว่ากลุ่มที่ควบคุม โรคไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ จินนระรัตน์ ศรีภักทธิญาญ (2540) ได้ศึกษาผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะตามแบบแผนที่กำหนด มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น การศึกษาเรื่องผลของการเตรียม ญาติเพื่อดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่บ้านต่อการป้องกันแผลกดทับของ ยิวราณี สุขวิญญาณ์, วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และฉวีวรรณ ธงชัย (2537) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมพร้อม จะมีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยในการป้องกันแผลกดทับ ได้ถูกต้องและมี ประสิทธิภาพทำให้เกิดพลังใจในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยก็จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมดูแลที่ดี

จะเห็นได้ว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ต้องเผชิญกับปัญหาหับซ้อนและละเอียดอ่อนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ และมีความมั่นใจในการแก้ปัญหา อย่างเป็นระบบ ผู้ดูแลที่มีความไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยจะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลแท้จริงที่ลึกซึ้งและครอบคลุมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมดูแลที่ดีและมีประสิทธิภาพ

### การสนับสนุนทางสังคม

#### ความหมาย

คอบบ์ (Cobb, 1976, p. 300) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักคนสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เซฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981, p. 381) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

เพนเดอร์ (Pender, 1987, pp. 395-400) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคม ได้อย่างเหมาะสม

ทิลเดน (Tilden & Weinert, 1987, p. 614) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนจากการติดต่อ สัมพันธ์กับบุคคล ได้แก่สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน แพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าได้รับ ความรัก ความหวังใจ ความไว้วางใจ การยอมรับนับถือ การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนการได้รับวัตถุประสงค์ของ ข่าวสาร คำแนะนำ และการตอบสนองในด้านอื่น ๆ ที่มีความจำเป็น

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อบุคคลทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤตของชีวิต ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ โดยจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้กับบุคคล และยังทำให้บุคคล

เชื่อว่าเขาจะได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องนับถือและมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถให้สิ่งที่ดี ให้การบริการและการป้องกันให้กันและกัน ในเวลาคับขันหรือเวลาเกิดอันตราย (Cobb, 1976) เนื่องจากความสำคัญดังกล่าวทำให้มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักคนสนใจมีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และบุคคลอื่นให้การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าของตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981, p. 381) กล่าวถึงแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมว่า ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) คือการให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนข้อมูลทางด้านข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและเงินทอง (Tangible Support) หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือทางด้านเงินทอง สิ่งของและการบริการ

สำหรับในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb, 1976) ร่วมกับของเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคอบบ์ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักคนสนใจมีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของกรอบทฤษฎีของเชฟเฟอร์ และคณะ หมายถึงการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของเงินทองและการบริการ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามจากแบบวัดการ



สนับสนุนทางสังคมของครอบครัวของ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) ซึ่งสร้างจากแนวคิดของคอบบี้ (Cobb, 1976) ร่วมกับของเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เมื่อผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทำให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ เนื่องจากต้องรับภาระในการดูแล ความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งและการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด การที่มีบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิด ได้แก่ สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง มาแสดงความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจและให้กำลังใจ ผู้ดูแล จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกคลายความทุกข์ใจ ไม่ท้อแท้เบื่อหน่าย และมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การที่บุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา และคนใกล้ชิดคนอื่น ๆ ให้การยกย่องและชื่นชมในความสามารถของผู้ดูแล ตลอดจนการขอคำแนะนำ คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการเรื่องราวต่าง ๆ ยอมรับการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นผู้มีคุณค่าสำหรับผู้อื่น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองเป็นประโยชน์ต่อสังคม
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานะของโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนคำแนะนำเกี่ยวกับการแก้ปัญหาอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน จากแพทย์ พยาบาล ญาติพี่น้อง เพื่อน ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เกิดความรู้ที่มั่นใจในการดูแล รู้จักวิธีการแก้ปัญหาและเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม
4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง การที่ผู้ดูแลต้องรับภาระต่าง ๆ ต้องจัดการเกี่ยวกับงานบ้าน ความเป็นอยู่ของสมาชิกในบ้าน ตลอดจนช่วยเหลือหารายได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อยกับการกิจเป็นอย่างมาก สมาชิกจึงควรให้ความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานบ้าน ช่วยดูแลผู้ป่วยในบางโอกาส รวมทั้งช่วยเหลือด้านการเงิน เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความสะดวกสบาย มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ
5. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อาจเกิดความรู้สึกอับอาย กลัวว่าบุคคลอื่นจะรังเกียจ และแยกตัวออกจากสังคมโดยอ้างเหตุผลว่าไม่มีเวลาเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม สมาชิกจึงควรกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม

จากการศึกษาของ วินเกต และแลคเคย์ (Wingate & Lackey, 1989) ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการ ดังนี้ เรียงลำดับจากมากไปน้อย 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจ เป็นความต้องการสนับสนุนช่วยเหลือ พัฒนาสภาพ

จิตใจและอารมณ์ให้เกิดความอดทนและมีกำลังใจ 2) ด้านการจัดการภายในบ้านเป็นความต้องการ การช่วยเหลืองานภายในบ้านให้ดำเนินต่อไปได้ 3) ด้านข้อมูลเป็นความต้องการเกี่ยวกับความรู้ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ การได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย 4) เวลาในการพักผ่อนเป็นความต้องการการพักผ่อนชั่วคราว โดยมีเวลาไปพบปะเพื่อนฝูง มีเวลาออกไปนอกบ้านช่วงสั้น ๆ 5) ด้านกฎหมายและเศรษฐกิจ เป็นความต้องการเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมายและการเงินที่ควรได้รับ 6) ด้านอื่น ๆ 7) ด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการการช่วยเหลือจากพระเจ้า ฟังสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยเหลือ และ 8) ด้านการดูแลสุขภาพร่างกายเป็นความต้องการให้มีสุขภาพร่างกายที่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

การที่ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ย่อมส่งผล กระทบต่อผู้ดูแลซึ่งการที่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแล สามารถดำรงบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็ง พบว่า การศึกษาของนันทพร เจริญผล (2548) ที่ศึกษาความเครียดและพฤติกรรมในการดูแล บุตรของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการวิจัยพบว่า บิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีพฤติกรรมในการดูแลบุตรอยู่ในระดับดี การ สนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน ส่งผลให้บิดามารดาที่มีพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < .05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ชนิดлимโฟบลาส ผลการศึกษา พบว่า อายุ ระยะเวลาในการรักษา ระยะเวลาในการดูแล และ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก ส่วนการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ดังการศึกษาของ ประเทือง พิมพ์โพธิ์ (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของ ญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ กิตติขงโสภณ (2541) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ข้อมูล ข่าวสาร การยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านวัสดุ สิ่งของ เงินทอง แรงงาน และด้านการเป็นส่วนหนึ่ง ของสังคมแก่ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแล และการศึกษาของ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับพฤติกรรมของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมียพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการเพิ่มความรู้ที่มั่นคงของผู้ดูแล เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูล คำแนะนำในการดูแลจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทำให้เกิดทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความรู้สึกที่ดีต่อสถานการณ์ในการดูแล ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแล

### สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

#### ความหมาย

สมจิต หนูเจริญกุล (2541) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็นสำหรับมนุษย์ในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม หากมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีต่อกัน จะเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในสังคม และเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้บุคคลปรับตัวต่อภาวะเครียดต่าง ๆ ได้

ผาสุก ปาประ โคน (2544) กล่าวว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล ที่มีความเกี่ยวข้องผูกพัน ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน เข้าใจกันรักใคร่กลมเกลียว ต้องการช่วยเหลือผู้อื่น ให้การสนับสนุนด้วยความเต็มใจและจริงจังต่อกัน ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในอันที่จะช่วยป้องกันความขัดแย้ง ระวังสงสัยไม่ไว้วางใจกันส่งผลให้บุคคลอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างสงบสุข

พนิดา ผกานรินทร์ (2544) ได้ให้ความหมายสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหมายถึง การแสดงออกของบุคคล ตั้งแต่สองคนขึ้นไป ทำความรู้จักและ ติดต่อกันเกี่ยวข้องกัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน โดยใช้ความอดทน ความรักใคร่ ความเข้าใจอันดีต่อกัน การรู้จักให้ความช่วยเหลือสนับสนุน เมื่อบุคคลอื่นต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน

บาลตัส (Baltus, 1994) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์และการได้สัมผัสกับบุคคลอื่นเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อบุคคล ซึ่งอาจเป็นลักษณะทางลบหรือทางบวกก็ได้

ในงานวิจัยนี้สรุปได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย โรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัด ความผูกพัน การยอมรับ ความคิดเห็นและการวิจารณ์ต่าง ๆ ของกันและกัน

ชัตลิแวน กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งมนุษย์เป็นผลผลิตของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การเปลี่ยนแปลงทาง

สรีรวิทยาเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความต้องการของบุคคล และบอกทิศทางของการเจริญเติบโต เขาเชื่อว่าประสบการณ์ชีวิตในวัยต้นมีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพจิตของบุคคลในวัยหลังของชีวิต ประสบการณ์ที่สำคัญก็คือ ความวิตกกังวล ซึ่งได้รับจากการเลี้ยงดูในวัยเด็ก และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ดังนั้น ตามแนวคิดของ ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) มีวัตถุประสงค์จะให้การดูแลสุขภาพของบุคคล โดยมุ่งสร้างให้แต่ละบุคคลเกิดการยอมรับนับถือในศักดิ์ศรี (Self Respect) และคุณค่าตนเอง (Self Esteem)

### ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของซัลลิแวน

ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) กล่าวว่า บุคลิกภาพของมนุษย์เป็นผลพวงมาจาก สัมพันธภาพระหว่างบุคคล มนุษย์อยู่ภายใต้อิทธิพลของความสัมพันธ์กับผู้อื่นตั้งแต่แรกเกิดออกมาเป็นตัวตน จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต มนุษย์เป็นสัตว์สังคม ไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงหรือตัดขาดความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2539) ซึ่งจากลักษณะดังกล่าวสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจึงเป็น โครงสร้างที่สำคัญของบุคลิกภาพ

โครงสร้างบุคลิกภาพมีหลากหลาย เป็นผลระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อาจเป็นบุคคลที่มีตัวตนจริง ๆ หรือบุคคลที่รู้จักจากการอ่าน เช่น นวนิยาย บุคคลในประวัติศาสตร์ ซัลลิแวนกล่าวว่า ส่วนต่าง ๆ ของโครงสร้างบุคลิกภาพมนุษย์ เช่น ความเชื่อ ความใฝ่ฝัน ค่านิยม ความปรารถนาของชีวิต ลักษณะอารมณ์ ทศนคติ ล้วนแล้วแต่ถูกหล่อหลอมมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งสิ้น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2539) จากการศึกษาโครงสร้างของบุคลิกภาพเป็นการศึกษาที่แตกต่างกันของแต่ละคน ซึ่งสามารถแบ่งได้ 3 ประการคือ

1. กระบวนการปรับเปลี่ยนพลังงาน (Dynamism) คือพฤติกรรมที่เป็นความเคยชินในด้านความสัมพันธ์กับคนอื่น เช่น ชอบรับใช้ช่วยเหลือบุคคลอื่น ชอบเอาเปรียบ ชอบบ่นให้ใคร ๆ เห็นอกเห็นใจ ศูนย์กลางของกระบวนการปรับเปลี่ยนพลังงานคือ ระบบตัวตน (Self System) ซึ่งเป็นกระบวนการที่พัฒนามาจากวิธีการป้องกันตนเอง เพื่อให้ความสัมพันธ์กับผู้อื่นดำเนินไปอย่างราบรื่น ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ ทำให้เด็กเรียนรู้ว่าพฤติกรรมไหนที่พ่อแม่พอใจ หรือไม่พอใจ การเรียนรู้ลักษณะนี้จะช่วยให้เด็กตัดสินใจว่า ตนเองเป็นคนดีหรือคนเลวตามคำบอกเล่าของพ่อแม่ ทำให้เด็กพัฒนาภาพของตนเอง (Self) การหลีกเลี่ยงความจริงเช่น การพูดปด เด็กทำเพื่อผ่อนคลายความกดดันต่าง ๆ ทางอารมณ์ และความคิด ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจเป็นนิสัยติดตัวเป็นส่วนหนึ่งของตนเอง และของบุคลิกภาพ ขึ้นอยู่กับลักษณะความสัมพันธ์ของเด็กกับพ่อแม่

2. กระบวนการสร้างภาพบุคคล (Personification) คือ มโนภาพของบุคคลวาดเป็นภาพตัวเอง เป็นภาพคนอื่นที่มีสัมพันธภาพกับตัวเอง โดยจะมีความเกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้งกับความรู้สึก เจตคติและความคิดที่บุคคลมีขึ้น เนื่องจากได้รับประสบการณ์ทางด้านความพึงพอใจและวิตกกังวล

และมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของบุคคลที่เคยได้รับจากบุคคลอ้างอิง และสร้างภาพบุคคลจากประสบการณ์ที่ได้รับ อันจะทำให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างตนกับบุคคลอื่น นั่นก็คือบุคคลสามารถที่จะประเมินตนเองได้ ดังนั้นภาพก็จะเกิดขึ้น

3. กระบวนการคิด (Cognitive Process) ซัลลิแวนเชื่อว่า กระบวนการคิดเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างบุคลิกภาพ ซึ่งมี 3 ลักษณะใหญ่ๆคือ

3.1 ประสบการณ์โปรโตแทกซิก (Prototaxic) เป็นประสบการณ์ที่ยังไม่ได้พัฒนาปรับปรุงเป็นความคิดระดับทารก เกี่ยวกับการรับรู้ด้านประสาทสัมผัสความรู้สึกที่เกิดขึ้นในทันทีทันใดโดยปราศจากการเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมและในที่สุดบุคคลไม่สามารถรำลึกได้อีก

3.2 ประสบการณ์พาราแทกซิก (Parataxic) เป็นประสบการณ์ที่ต่อเนื่องจากประสบการณ์โปรโตแทกซิกบุคคลเริ่มเชื่อมโยงสิ่งแวดล้อมให้มีความสัมพันธ์เป็นประสบการณ์ได้แยกได้ว่าสิ่งใดคือตนเอง สิ่งใดที่ไม่ใช่ตนเอง ซึ่งเป็นลักษณะการเข้าใจสัมพันธ์ภาพระหว่างสิ่งต่างๆ

3.3 ประสบการณ์ซินแทกซิก (Syntaxic) เป็นประสบการณ์ขั้นสูงสุดของบุคคล เริ่มเรียนรู้ติดต่อโดยใช้ภาษา คำพูด สัญลักษณ์ มีผลให้บุคคลสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้อย่างมั่นคง

ซัลลิแวน เน้นสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในสังคม เพราะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดพฤติกรรมขึ้น ความมั่นคงและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ดี เพื่อสุขภาพจิตสังคมสมบูรณ์ การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดปัญหาตามมา

โดยทั่วไปเมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยขึ้น บทบาทการดูแลเป็นสิ่งที่จะต้องตกลงกันว่าใครจะรับบทบาทในการดูแล อาจจะมีผู้รับผิดชอบเพียง 1 คน หรือมากกว่านี้ แต่สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวต้องมีการประสานสัมพันธ์กันทั้งระบบ โครงสร้าง บทบาท และพฤติกรรมกระบวนการดูแล (Keith, 1995) จะเห็นได้ว่าสัมพันธ์ภาพมีมโนทัศน์พื้นฐานคือ ความรัก ความเอาใจใส่ ความมีน้ำใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อถือให้เกียรติซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน สัมพันธ์ภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่มีความซับซ้อนมีผลต่อการร่วมกันในการแก้ปัญหา ความวิตกกังวล ความผิดพลาด การควบคุม การพึ่งพาและภาพลักษณ์ที่มีต่อตนเองและพบว่าสัมพันธ์ภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ หากสัมพันธ์ภาพไม่ดีจะก่อให้เกิดความโกรธ ความรู้สึกไม่ดี รวมไปถึงพฤติกรรมดูแลที่ไม่ดีด้วย (Watson, 1989)

จากทฤษฎีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของซัลลิแวน พบว่า การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และยังคงสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลให้เกิดขึ้นเพื่อดำรงรักษาตน และภาวะสุขภาพจิตที่ดี สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลนั้นจะดำเนินไปได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ

ทักษะทางสังคมของแต่ละคน กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจกันและกัน การมีเพื่อนร่วมงานที่ดี คอยให้ความห่วงใยสนใจ ความเห็นใจ ความยินดีที่จะแบ่งปันกัน ความ ยินดีที่จะรับใช้ซึ่งกันและกัน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานดำเนินไปอย่างราบรื่น (Arnold & Boggs, 1999)

ซัลลิแวน และเพปพาว (Sullivan & Peplau, 1976) ได้กล่าวถึงแนวคิดเบื้องต้นเพื่อให้ผู้สร้างสัมพันธภาพสามารถปรับตัวและดำรงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไว้ได้ 6 องค์ประกอบ คือ

1. ความรักและความห่วงใย
2. การเข้าถึงความรู้สึกของบุคคลอื่น
3. ความเห็นอกเห็นใจ
4. การยอมรับความเชื่อใจ
5. ความเป็นตัวของตัวเอง
6. ความเข้าใจซึ่งกันและกัน

การดูแลเป็นการแสดงพฤติกรรมและความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสัมพันธ์กัน การดูแลในทัศนะนี้ จึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัว ระหว่างคนใกล้ชิด การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ถือว่าเป็นหัวใจของการดูแล เพราะ ในระยะของสัมพันธภาพนั้น การดูแลจะแสดงออกในรูปของพฤติกรรม และความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งวัตสัน (Watson, 1988) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการดูแลจะมีผลต่อสุขภาพและการหายจากโรค

จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญต่อระบบการดูแลและคุณภาพการดูแล ตลอดจนมีความสำคัญต่อแนวทางในการตัดสินใจและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล พอล, บอย, เลียง และจีเวน (Pohl, Boyd, Liang, & Given, 1995) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความรักใคร่ผูกพันหรือสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยทางบวกทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อในการดูแลทางบวก ถ้ามองว่าการดูแลนั้นเป็นสิ่งที่ดี ที่ได้ดูแลบุคคลที่ตนรัก มีความพึงพอใจในการดูแลนั้น ขณะเดียวกันความขัดแย้งหรือสัมพันธภาพผู้ดูแลกับผู้ป่วยทางลบ จะทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อในการดูแลทางลบ ถ้ามองว่าการดูแลนั้นทำให้มีงานเพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดความยากลำบากและเป็นภาระในการดูแล

การศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย จากการศึกษาของมินคาญจน์ ชลอรักษ์ (2547) ที่ศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัย โรคที่บ้านของผู้ดูแล ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล สำหรับผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ดีและมีคุณภาพการดูแลที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของประเทือง

พิมพ์โพธิ์ (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี พบว่าผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ร้อยละ 42.3 เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดและมีความสัมพันธ์ทางจิตใจที่มีผลเป็นแรงผลักดันให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยดี และการศึกษาของ เพ็งใจ ดิร โพรวงส์ (2540) ที่ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยแสดงให้เห็นชัดเจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันและมีความผูกพันต่อกัน ผู้ดูแลจึงมีความมั่นใจในความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ป่วยและมีความรู้สึกว่าคุณป่วยคือบุคคลสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากภาวะของโรคและการรักษาที่ไม่แน่นอนและใช้เวลาอันยาวนาน ไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ล่วงหน้าได้ การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นภาระอย่างยิ่งของผู้ดูแล ที่ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับความเครียด การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ แบบแผนการดำเนินชีวิต การปรับตัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ และการที่ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลก็จะทำให้ผู้เกิดความมั่นใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้มากขึ้น อีกทั้งปัจจัยเกี่ยวกับการดูแล ได้แก่ ปริมาณในการดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จะบอถึงประสพการณ์และทักษะในการดูแล มีผลต่อความชำนาญและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ที่มีความรักใคร่ ห่วงใยกันในครอบครัว ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ดี ซึ่งน่าจะส่งผลให้ผู้ดูแล มีกำลังใจ กำลังใจ ที่เข้มแข็งสามารถแก้ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี