

การศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ระหว่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกับผู้ดูแล*

ศุภศิริ เชียงตา พย.ม.**

วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวณิชย์ พย.ด.***

อรพรรณ โตสิงห์ พย.ด.****

ภาวิน เกษกุล, พ.บ., ว.ว. (โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา) *****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการการดูแลแบบประคับประคองระหว่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกับผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการรักษา

การออกแบบวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกับผู้ดูแล กลุ่มละ 45 ราย ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย แบบสอบถามปัญหาและความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินมากเป็นอันดับแรก (22.2%) ในช่วงก่อนรักษา และต้องการการดูแลด้านข้อมูลมากเป็นอันดับแรก (20%) ในช่วงหลังได้รับการรักษา สำหรับผู้ดูแลพบว่ามีความต้องการความช่วยเหลือด้านการดูแลผู้ป่วยมากเป็นอันดับแรกทั้งก่อนและหลังได้รับการรักษา (15.6% และ 11.1%) ความต้องการการดูแลโดยรวมของผู้ป่วยและผู้ดูแลสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังได้รับการรักษา ($r_s = .47, r_s = .46, p < .01$) ส่วนความสัมพันธ์รายด้านพบว่าก่อนได้รับการรักษาผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการการดูแลด้านสังคมและด้านการเงินสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .36, p < .05, r_s = .52, p < .01$) และภายหลังได้รับการรักษาผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความต้องการความช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณและด้านการเงินสัมพันธ์กันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, p < .05, r = .39, p < .01$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งก่อนและหลังได้รับการรักษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาลดจนแก้ไขปัญหา นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มนี้

วารสารสภาการพยาบาล 2560; 32(2) 31-48

คำสำคัญ: ความต้องการ การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ผู้ดูแล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Email: wallada.cha@mahidol.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Relationship between Head & Neck Cancer Patients and Their Caregivers in Terms of Palliative Care Needs*

Suphasiri Chiangta M.N.S **

Wallada Chanruangvanich D.N.S. ***

Orapan Thosingha D.N.S. ****

Phawin Keschool M.D. Dip.(Otolaryngology)*****

Abstract

Objective: To examine head & neck cancer patients' pre- and post-treatment needs for palliative care and their relationship with their caregivers.

Design: Correlational descriptive research.

Methodology: The participants were 45 head & neck cancer patients and their caregivers. The patients were hospitalised at a tertiary hospital in Bangkok. The research instruments consisted of (i) a general information and illness history form; and (ii) a palliative care problem-and-need questionnaire for the patients and their caregivers. The data were analysed using descriptive statistics and Spearman Correlation Analysis.

Results: The study showed that the patients' primary pre-treatment need was financial support (22.2%), whilst their primary post-treatment need was disease-related information (20%). Their caregivers, on the other hand, identified palliative care assistance for the patients as their primary need, both before and after treatment (15.6% and 11.1%, respectively). A statically significant relationship was found between the patients' and their caregivers' overall pre- and post-treatment palliative care needs ($r_s = .47$, $r_s = .46$, $p < .01$).

Category-based analysis showed that both the patients' and their caregivers' primary pre-treatment needs were significantly related, and they mainly concerned social and financial support ($r_s = .36$, $p < .05$, $r_s = .52$, $p < .01$, respectively). After treatment, a statistically significant relationship was also found between the patients' and their caregivers' needs, which mainly concerned spiritual and financial support ($r_s = .34$, $p < .05$, $r_s = .39$, $p < .01$, respectively).

Recommendations: It is suggested that nurses play an active role in assessing patients' pre- and post-treatment problems and palliative care needs. This practice could lead to more effective counselling and problem-solving approaches, which ultimately could improve palliative care methods for head & neck cancer patients.

Thai Journal of Nursing Council 2017; 32(2) 31-48

Keyword: palliative care needs; head & neck cancer patients; caregivers

* Thesis of the degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing), Mahidol University

** Registered Nurse, Siriraj Hospital

*** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University. Email: wallada.cha@mahidol.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

***** Assistant Professor, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีจำนวนเพิ่มขึ้นกว่า 500,000 รายทั่วโลกในแต่ละปี และมีอุบัติการณ์เป็นอันดับ 5 ของมะเร็งทั้งหมด¹ สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีโดยมีสถิติการเกิดมากเป็นอันดับ 2² ในปี 2555 สำหรับการรักษามีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา และยาเคมีบำบัด หรือรักษาหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักที่สำคัญเนื่องจากสามารถกำจัดก้อนมะเร็งออกได้โดยเร็ว³ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งอาจพบได้ทั้งก่อนและหลังการรักษา⁴ เป็นผลเนื่องจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ระยะของโรค ตำแหน่งของเนื้องอก ขนาดของก้อนเนื้องอก สภาพฟันของผู้ป่วย และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การรักษาอื่น ๆ เช่น รังสีรักษา เคมีบำบัด วิธีการผ่าตัดที่แตกต่างกัน เป็นต้น ผลกระทบด้านร่างกายส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบาก มีแผลในปาก และเจ็บปวด นอกจากนี้การผ่าตัดบริเวณใบหน้า ช่องปากและคอยังทำให้มีความบกพร่องในการรับกลิ่น รับรส การบดเคี้ยว กลืนลำบาก ภาวะนั้น้ำลายแห้ง พูดไม่มีเสียงหรือพูดไม่ชัด ใบหน้าผิดปกติ และข้อไหล่ติด⁵ ส่วนปัญหาด้านจิตใจมักพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจะมีความทุกข์ทรมาน กังวลใจ ทุกข์ใจ ไม่สุขสบาย และมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจมากกว่ามะเร็งอื่นๆ ซึ่งความวิตกกังวลและซึมเศร้าพบมากถึงร้อยละ 30 และอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป⁶

ผลกระทบของโรคและการรักษาทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเกิดความทุกข์ทรมานมาก ในทุกระยะของโรคตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ขณะพักฟื้นจนถึงกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ผู้ป่วยจึงต้องมีการปรับตัวในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ และต้องการความช่วยเหลือ

เหลือจากบุคลากรและผู้ดูแล ตั้งแต่ความต้องการขั้นพื้นฐานด้านสรีระไปจนถึงด้านอารมณ์⁷ ดังนั้นผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอจนถึงระยะประคับประคอง โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน สามารถปรับตัวเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตและพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁸ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจึงเป็นภาระที่หนัก ทั้งผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบ ต้องการความรู้ ทักษะ และอาศัยความพยายามอย่างต่อเนื่อง ต้องปรับบทบาทของตนเอง หากไม่สามารถปรับบทบาทหรือเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้ ก็จะส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรง กล่าวคือ ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาจเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร ผู้ดูแลจึงมีความต้องการในหลายด้านเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้ป่วย บ่อยครั้งการดูแลผู้ป่วยรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลและเลยการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง⁹ เกิดความเครียดจากสภาวะการเงินและอารมณ์การทำงาน สภาพร่างกาย และการปรับบทบาทหน้าที่ในครอบครัว¹⁰

ผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลากรในด้านต่างๆ ได้แก่ การดูแลสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา¹¹ ความช่วยเหลือในการปรับตัวต่อผู้ป่วย การคมนาคมหรือการเดินทาง การเงิน และการดูแลที่พักอาศัย¹² อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลมีการให้ความสำคัญของแต่ปัญหาแตกต่างกันและมีต้องการความช่วยเหลือมากหรือน้อยในแต่ละด้านที่แตกต่างกัน

ซึ่งบางครั้งความต้องการเหล่านั้นไม่ได้รับการตอบสนอง^{9,13} พยาบาลจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่จะสามารถส่งเสริมการปรับตัว โดยเฉพาะการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์และด้านการพึ่งพาอาศัยตามแนวคิดการปรับตัวของรอย¹⁴ เพื่อให้การปรับตัวตามความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นไปอย่างสมดุล ถ้าผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม จะช่วยให้การดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

การศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระยะท้ายและผู้ดูแลทั้งในประเทศและต่างประเทศยังมีงานวิจัยอยู่จำกัด⁷ ซึ่งส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆ ในภาพรวม ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและผู้ดูแลยังเป็นการศึกษาที่แยกกันศึกษาและศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ การรับรู้ เน้นในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด และยังไม่พบการศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในทุกรูปแบบของการรักษา และทุกมิติในระยะท้ายของโรคที่เน้นในด้านการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงปัญหาที่มีความเฉพาะเจาะจงกับความรุนแรงของโรคและระยะท้ายของโรค ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและผู้ดูแล ตลอดจนศึกษาถึงความต้องการการดูแล รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ เพื่อลำดับความสำคัญของความต้องการการดูแลและใช้เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษา การแก้ไขปัญหา เพื่อให้การพยาบาลได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้นำทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยระบบการปรับตัว

ของบุคคล ประกอบด้วย สิ่งนำเข้า สิ่งนำออก กระบวนการควบคุม การปรับตัว และกระบวนการป้อนกลับ ซึ่งแต่ละส่วนทำงานร่วมกัน¹⁴ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอนั้น การเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเป็นสิ่งเร้าตรงที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย ส่วนสิ่งเร้าร่วมที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ และระยะของโรค ขณะเดียวกันการเป็นผู้ดูแล เป็นสิ่งเร้าตรงที่มีอิทธิพลต่อบทบาทและการปรับตัวต่อบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแล โดยสิ่งเร้าร่วมของผู้ดูแล ได้แก่ ระดับการศึกษา และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์และด้านการพึ่งพาอาศัย ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นไปอย่างสมดุล การอยู่ร่วมกันในสังคมจะราบรื่น ผู้ที่มีการปรับตัวด้านพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันที่เหมาะสมจะมีความสมดุลระหว่างความต้องการพึ่งพาผู้อื่น และการไม่พึ่งพาผู้อื่น^{14,15} ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีกระบวนการรู้คิดเหมาะสมจะส่งเสริมระบบการควบคุมทางด้านร่างกายและจิตใจ การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษา การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ และสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลปรับตัวและจัดการกับสิ่งเร้าตรง คือการเจ็บป่วยเป็นมะเร็งศีรษะและคอนั้น หากความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จะเกิดความสมดุลและส่งเสริมให้มีการปรับตัวที่ดีขึ้น ขณะเดียวกันหากความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สอดคล้องกัน อาจส่งผลให้การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกับผู้ดูแล

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการ การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอกับผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย วิเคราะห์ความสัมพันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอและผู้ดูแล ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการรักษาในหน่วยตรวจหู คอ จมูก หอผู้ป่วยหู คอ จมูก และหน่วยตรวจรังสีรักษา โรงพยาบาลศิริราช 2) ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตาม คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีผู้ดูแล 2) ผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และ/หรือ ฉายรังสี และ/หรือให้ยาเคมีบำบัด เกณฑ์คัดออกกลุ่ม ผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยเคยเป็นมะเร็งอื่น ๆ หรือมีประสบการณ์ ในการได้รับการรักษาโรคมะเร็งอื่น ๆ มาก่อน เกณฑ์ คัดเข้ากลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ 1) ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและคอเป็นครั้งแรก 2) ผู้ดูแลที่พักอาศัย อยู่เดียวกับผู้ป่วย เกณฑ์คัดออกกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนในการดูแล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนด ระดับความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ .05 กำหนดอำนาจ การทดสอบ เท่ากับ 0.8 และกำหนดให้ค่า correlation

(ρ) เท่ากับ 0.4¹⁶ คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ เท่ากับ 47 ราย ซึ่งระหว่างการศึกษาสถานที่เก็บข้อมูลปิดซ่อม หอผู้ป่วยหู คอ จมูก และลดจำนวนเตียงเหลือครึ่งหนึ่ง จึงทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 45 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการ เจ็บป่วยของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) ข้อมูลการวินิจฉัยโรคและ การรักษาของผู้ป่วย 3) ระดับความกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ให้คะแนนเป็น visual analog scale โดยใช้เส้นตรง แนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร คะแนน 0-100 คะแนน ซ้ายสุดของเส้นตรงคือ 0 คะแนน หมายถึงไม่มีความกังวลใจ ขวามือสุดของ เส้นตรงคือคะแนน 100 คะแนน หมายถึงมีความกังวล มาก 4) ลักษณะและการรับรู้อาการปวดของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามอาการปวดฉบับย่อภาษาไทย (The Short-Form McGill Pain Questionnaire-Thai Version: TH-SFMPQ) พัฒนาโดย Melzack¹⁷ แปลเป็นภาษาไทย โดย วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล จักรกริช กล้าผจญ และ อภิชนา ไชวินทะ¹⁸ ประกอบด้วย 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ลักษณะความปวด/อาการปวด มี 15 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ด้านความรู้สึก (sensory score) 11 ข้อ (คะแนน 0-33) และด้านอารมณ์ (affective score) 4 ข้อ (คะแนน 0 - 12) คะแนนรวม 0-45 คะแนน แต่ละข้อมี 0-3 คะแนน คือ ไม่ปวด/ไม่รู้สึก 0 คะแนน ปวด/รู้สึกน้อยไม่รบกวนชีวิตประจำวัน 1 คะแนน ปวด/รู้สึกปานกลางรบกวนชีวิตประจำวัน 2 คะแนน ปวด/รู้สึกมากจนทนไม่ได้ 3 คะแนน ส่วนที่ 2 ระดับ อาการปวดในขณะที่ถูกประเมิน (present pain intensity: PPI) มี 6 ระดับความปวด โดยคะแนนรวม 0-5 คะแนน

และส่วนที่ 3 ลักษณะความรู้สึกปวด (visual analog scale: VAS) คะแนน 0-100 คะแนน โดยคะแนนรวมของลักษณะความปวด/อาการปวด (ทั้งด้าน sensory score และ affective score) และ PPI มีคะแนนรวม 50 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว

3. แบบสอบถามปัญหาและความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย (The Problems and Needs in Palliative Care Questionnaire-short version: PNPC-sv) เพื่อใช้ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลแบบประคับประคองหรือการสนับสนุนของผู้ป่วยจากบุคลากรสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดย Osse และคณะ¹⁹ ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตให้นำมาใช้และแปลย้อนกลับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดย วัลย์ลดา จันทร์เรืองวิชัย อรพรรณ โตสิงห์ และศุภศิริ เชียงดา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ check list ทั้งหมด 33 ข้อ ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านอาการทางร่างกาย 3) ด้านการพึ่งพาตนเอง 4) ด้านปัญหาทางสังคม 5) ด้านปัญหาทางจิตใจ 6) ด้านปัญหาทางจิตวิญญาณ 7) ด้านปัญหาทางการเงิน 8) ด้านความต้องการด้าน คะแนนรวมตั้งแต่ 33-99 คะแนน

การให้คะแนนในส่วนของปัญหา ระดับคะแนนมี 3 ระดับ ตั้งแต่ 1-3 คะแนน คือ มีปัญหาให้ 3 คะแนน มีบางครั้งให้ 2 คะแนน และไม่มีให้ 1 คะแนน ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึงผู้ป่วยมีปัญหามาก สำหรับการให้คะแนนในส่วนของความต้องการการดูแล จากคำถามคือ “ท่านต้องการให้บุคลากรช่วยดูแลปัญหานี้หรือไม่” ถ้าตอบว่า

ต้องการให้ดูแลมากกว่านี้ 3 คะแนน ต้องการมากเท่าที่ทำอยู่ในขณะนี้ 2 คะแนน ไม่ต้องการ 1 คะแนน ค่าคะแนนรวมสูง หมายถึงผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองมาก

4. แบบสอบถามปัญหาและความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแล (The Problems and Needs in Palliative Care Questionnaire-caregiver form: PNPC-c) เพื่อใช้ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลแบบประคับประคองหรือการสนับสนุนของผู้ดูแลจากบุคลากรสุขภาพ พัฒนาโดย Osse และคณะ²⁰ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือวิจัยและแปลย้อนกลับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยวัลย์ลดา จันทร์เรืองวิชัย อรพรรณ โตสิงห์ และศุภศิริ เชียงดา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Check list แบ่งออกเป็น 11 ด้าน จำนวน 67 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการดูแลผู้ป่วย 2) ด้านอาการทางร่างกายของผู้ดูแล 3) ด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย คะแนน 4) ด้านการสนับสนุนทางสังคม 5) ด้านปัญหาทางจิตใจ 6) ด้านปัญหาทางจิตวิญญาณ 7) ด้านปัญหาทางการเงิน 8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 9) ด้านปัญหาการปรึกษาหารือ 10) ด้านปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล 11) ด้านอื่น ๆ 7 ข้อ การให้คะแนนในส่วนของปัญหา ระดับคะแนนมี 3 ระดับ ตั้งแต่ 1-3 คะแนน คือ มีปัญหาให้ 3 คะแนน มีบางครั้งให้ 2 คะแนน และไม่มีให้ 1 คะแนน ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึงผู้ดูแลมีปัญหามาก สำหรับการให้คะแนนในส่วนของความต้องการการดูแล จากคำถามคือ “ท่านต้องการให้บุคลากรช่วยดูแลปัญหานี้หรือไม่” ถ้าตอบว่า ต้องการให้ดูแลมากกว่านี้ 3 คะแนน ต้องการมากเท่าที่ทำอยู่ในขณะนี้ 2 คะแนน ไม่ต้องการ 1 คะแนน คะแนนรวม 67-201 คะแนน ค่าคะแนนรวมสูงหมายถึง ผู้ดูแลมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองมาก

ทั้งแบบสอบถามปัญหาและความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย (PNPC-sv) และ

แบบสอบถามปัญหาและความต้องการการดูแลแบบ
ระดับประคองของผู้ดูแล (PNPC-c) ตรวจสอบ
ความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า
ความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 1 และ 0.95 ตามลำดับ
และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ
และคอ และกลุ่มผู้ดูแล จำนวนกลุ่มละ 30 ราย หาค่า
Cronbach's alpha เท่ากับ 0.93 และ 0.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ ศิริราช
พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2558
เลขที่ Si227/2015 ผู้วิจัยชี้แจงด้วยวาจาตนเองเกี่ยวกับ
ผู้วิจัย หัวข้อของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย
ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่
คาดว่าจะได้รับการวิจัย และขอความร่วมมือใน
การตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีการบังคับใด ๆ กลุ่ม
ตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความ
สมัครใจและออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลใด ๆ
ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง
จะเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม
เท่านั้น แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้
ลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง โดย
การประเมินครั้งที่ 1 ประเมินก่อนได้รับการรักษา ใน
วันที่แพทย์ตัดสินใจวิธีการรักษา (laryngo clinic) ใช้เวลา
ประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน
แล้วบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและ
ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม
ปัญหาและความต้องการการดูแลแบบระดับประคอง
ของผู้ป่วย (PNPC-sv) ส่วนผู้ดูแลตอบแบบบันทึก

ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามปัญหาและความ
ต้องการการดูแลแบบระดับประคองของผู้ดูแล
(PNPC-c) เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามปัญหาและ
ความต้องการการดูแลแบบระดับประคองเสร็จแล้ว
ผู้วิจัยชี้แจงนัดหมายขออนุญาตประเมินครั้งที่ 2 ภายหลัง
ผู้ป่วยได้รับการรักษาในขณะนั้น ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการ
ผ่าตัด ประเมินในวันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งอยู่
ในช่วง 7-14 วัน ภายหลังผ่าตัด 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการ
ฉายรังสีหรือการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ประเมิน
ในช่วงฉายรังสีครั้งที่ 15-18 เนื่องจากเป็นช่วงเวลา
ที่กลุ่มตัวอย่างเริ่มได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา
ดังกล่าว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลและ
ประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณความ
ต้องการการดูแลแบบระดับประคองของผู้ป่วยและ
ผู้ดูแล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเนื่องจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง
มีการกระจายตัวแบบไม่ปกติจึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์
ของความต้องการการดูแลแบบระดับประคองระหว่าง
ผู้ป่วยกับผู้ดูแลด้วยสหสัมพันธ์เพียร์แมน (Spearman
rank correlation)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่
เป็นเพศชายร้อยละ 76.6 อายุระหว่าง 22-88 ปีอายุ
เฉลี่ย 60.8 ปี (S.D. = 14.33) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ
71.1 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 46.7
นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.6 ส่วนใหญ่ไม่มีโรค
ประจำตัวร้อยละ 51 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 40
รายได้ไม่น้อยกว่า 6,000 บาท ร้อยละ 37.8 รองลงมา
รายได้ไม่แน่นอนร้อยละ 33.3 ผู้ป่วยเป็นมะเร็งช่อง

ปากร้อยละ 46.7 รองลงมาเป็นมะเร็งกล่องเสียงร้อยละ 28.9 ส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 3 ร้อยละ 48.9 รองลงมาคือระยะที่ 2 และ 4 ร้อยละ 22.2 และ 22.2 ตามลำดับ

การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับปัจจุบัน ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดร้อยละ 91.1 รองลงมาฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดร้อยละ 6.7 และฉายรังสีร้อยละ 2.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ลักษณะส่วนบุคคล	ผู้ป่วย (n = 45)		ผู้ดูแล (n = 45)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	34	75.6	7	15.6
หญิง	11	24.4	38	84.4
อายุ				
18-34	1	2.2	8	17.8
35-49	8	17.8	16	35.6
50-64	18	40.0	21	46.7
65 ปี ขึ้นไป	18	40.0	0	0.0
Mean ± SD	60.8 ± 14.3		46.47 ± 10.86	
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	23	51.1	31	68.8
มีโรคประจำตัว				
เบาหวาน	2	4.4	0	0.0
ความดันโลหิตสูง	10	22.2	4	8.9
โรคหัวใจ	2	4.4	0	0.0
ไขมันในเลือดสูง	0	0.0	3	6.6
โรคอื่นๆ	8	17.9	7	15.5
การวินิจฉัยโรค				
CA larynx	13	28.9		
CA oral cavity	21	46.7		
CA external acoustic canal	5	11.1		
CA parotid	3	6.7		
CA nasal cavity	3	6.7		
ระยะของโรค				
ระยะที่ 1	3	6.7		
ระยะที่ 2	10	22.2		
ระยะที่ 3	22	48.9		
ระยะที่ 4	10	22.2		
การรักษาที่ได้รับในขณะนั้น				
ผ่าตัด	41	91.1		
ฉายรังสี	1	2.2		
ฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด	3	6.7		

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	ผู้ป่วย (n = 45)		ผู้ดูแล (n = 45)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	4	8.9	12	26.6
คู่	32	71.1	31	68.9
หม้าย	8	17.8	1	2.2
หย่า	1	2.2	1	2.2
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	2.2	0	0.0
ประถมศึกษา	21	46.7	17	37.8
มัธยมศึกษา/ ปวช.	16	35.6	11	24.4
อนุปริญญา/ ปวส.	3	6.7	6	13.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4	8.9	11	24.4
ศาสนา				
พุทธ	43	95.6	43	95.6
คริสต์	1	2.2	1	2.2
อิสลาม	1	2.2	1	2.2
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	40.0	6	13.3
รับจ้าง	9	20.0	16	35.6
รับราชการ	4	8.9	4	8.9
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	0	0.0	5	11.1
ค้าขาย	7	15.6	9	20.0
เกษตรกร	7	15.6	5	11.1
รายได้				
รายได้ไม่แน่นอน	15	33.3	18	40.0
น้อยกว่า 6,000	17	37.8	6	13.3
6,000-10,000	5	11.1	6	13.3
10,001-25,000	5	11.1	4	8.9
25,001-35,000	1	2.2	6	13.3
35,001 ขึ้นไป	2	4.4	5	11.1
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
2-5 คน			35	77.8
6-9 คน			9	20.0
10 คนขึ้นไป			1	2.2
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
บิดา / มารดา			1	2.2
คู่สมรส (ภรรยา /สามี)			18	40.0
พี่ / น้อง			4	8.9
บุตร			20	44.4
บุตรสะใภ้			2	4.4

การศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการการดูแลแบบประคับประคองระหว่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกับผู้ดูแล

ระดับความกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนได้รับการรักษาระดับความกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 33 คะแนน (SD = 7.20) และเรื่องที่กังวลในระดับมากคือ ความต้องการการดูแลเรื่องโรคมะเร็ง คะแนนเฉลี่ย 92.67 คะแนน (SD = 14.68) รองลงมาคือเรื่อง สุขภาพทั่วไปและความรู้สึกทุกข์ทรมานอยู่ในระดับ ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 50.22 คะแนน (SD = 36.96) และ 33.56 คะแนน (SD = 39.84) ตามลำดับ ความกังวลเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ การกลืนลำบาก เคี้ยวอาหารลำบาก และการพูด/การสื่อสารอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยระหว่าง 16.22-28.11 คะแนน (SD = 33.29-40.65) การดูแลตนเอง ได้แก่ การเตรียมอาหาร การดูแลแผล และการดูแลช่องปากอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 19.11 คะแนน (SD = 36.33) 28.67 คะแนน (SD = 40.65) และ 25.33 คะแนน (SD = 38.70) ตามลำดับ และความรู้สึกเจ็บปวดทางจิตวิญญาณระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 26.22 คะแนน (SD = 33.93)

ภายหลังได้รับการรักษาระดับความกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 42.59 คะแนน (SD = 5.74) เรื่องที่กังวลใจระดับมากคือ ความต้องการการดูแลเรื่องโรคมะเร็ง คะแนนเฉลี่ย 89.78 คะแนน (SD = 19.60) รองลงมาคือ เรื่องสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 51.11 คะแนน (SD = 32.56) ความกังวลเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ อาการกลืนลำบาก เคี้ยวอาหารลำบาก และการพูด/การสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 39.09 (SD = 38.08), 41.78 (SD = 36.14) และ 45.89 (SD = 35.89) ตามลำดับ การดูแลตนเอง ได้แก่ การเตรียมอาหาร การดูแลแผล และการดูแลช่องปากระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 34 คะแนน (SD = 36.33), 48.44 (SD = 31.62) และ 44.33 (SD = 38.94) ตามลำดับ ความรู้สึกทุกข์ทรมานระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 33.56 คะแนน (SD = 31.34) และความรู้สึกเจ็บปวดทางจิตวิญญาณระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 20.67 คะแนน (SD = 27.99) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการรักษา (n = 45)

ระดับความกังวลใจ	ก่อนได้รับการรักษา			หลังได้รับการรักษา		
	\bar{X}	SD	แปลผล	\bar{X}	SD	แปลผล
ความต้องการการดูแล						
โรคมะเร็ง	92.67	14.68	มาก	89.78	19.60	มาก
ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ	50.22	36.96	ปานกลาง	51.11	32.56	ปานกลาง
ความกังวลเกี่ยวกับการรักษา						
ปากคอแห้ง	16.22	29.48	น้อย	18.89	27.16	น้อย
อาการกลืนลำบาก	21.78	35.44	น้อย	39.09	38.08	ปานกลาง
เคี้ยวอาหารลำบาก	21.11	34.52	น้อย	41.78	36.14	ปานกลาง
การพูด / การสื่อสาร	28.11	37.61	น้อย	45.89	35.89	ปานกลาง
การดูแลตนเอง						
การเตรียมอาหาร	19.11	33.29	น้อย	34.00	36.33	ปานกลาง
การดูแลแผล	28.67	40.65	น้อย	48.44	31.62	ปานกลาง
การดูแลช่องปาก	25.33	38.70	น้อย	45.33	38.94	ปานกลาง
ความรู้สึกทุกข์ทรมาน	33.56	39.84	ปานกลาง	33.56	31.34	ปานกลาง
ความเจ็บปวดทางจิตวิญญาณ	26.22	33.93	น้อย	20.67	27.99	น้อย
คะแนนรวมโดยเฉลี่ย	33.00	7.20	น้อย	42.59	5.74	ปานกลาง

ลักษณะและการรับรู้อาการปวด พบว่า ก่อนได้รับการรักษาผู้ป่วยมีคะแนนอาการปวดเฉลี่ย 3.28 คะแนน (SD = 5.50) ระดับความปวด (VAS) เฉลี่ย 26 คะแนน (SD = 32.91) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 100 คะแนน ค่าเฉลี่ยความรู้สึกปวดขณะประเมิน (PPI) 0.91 คะแนน (SD = 1.22) และภายหลังได้รับตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลักษณะและการรับรู้อาการปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการรักษา (n = 45)

การรักษาผู้ป่วยมีคะแนนอาการปวดเฉลี่ย 3.08 คะแนน (SD = 5.15) ระดับความปวด (VAS) ค่าเฉลี่ย 21.78 คะแนน (SD = 19.80) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 100 คะแนน ค่าเฉลี่ยความรู้สึกปวดขณะประเมิน (PPI) 1.27 คะแนน (SD = 1.21) (ตารางที่ 3)

ลักษณะและการรับรู้อาการปวด	ช่วงคะแนนตามเกณฑ์	ก่อนได้รับการรักษา		หลังได้รับการรักษา	
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
คะแนนอาการปวดรวม (ข้อ 1-15)	0 - 45	3.28	5.50	3.088	5.15
- Sensory domain (ข้อ 1-11)	0 - 33	1.78	3.41	1.84	3.23
- Affect domain (ข้อ 12-15)	0 - 12	1.51	2.49	1.24	2.23
ระดับความปวด (VAS)	0 - 100	26.00	32.91	21.78	19.80
ความรู้สึกปวดขณะประเมิน (PPI)	0 - 5	0.91	1.22	1.27	1.21

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล พบว่า ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.4 อายุระหว่าง 50-64 ปีอายุเฉลี่ย 46.47 ปี (SD = 10.86) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 68.9 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 37.8 นั้บถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.3 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 68.9 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.6 ส่วนใหญ่รายได้ไม่แน่นอนร้อยละ 40 มีสมาชิกในครอบครัว 2-5 คน ร้อยละ 77.8 และความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 44.4 รองลงมาเป็นคู่สมสร้อยละ 40 (ตารางที่ 1)

ปัญหาการดูแลของผู้ป่วย พบว่า ก่อนได้รับการรักษา สิ่ง que ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นปัญหามากที่สุดคือ ปัญหาทางการเงินร้อยละ 40 รองลงมาคือด้านปัญหาทางจิตใจร้อยละ 20 และด้านความต้องการด้านข้อมูล ร้อยละ 20 ตามลำดับ ส่วนภายหลังได้รับการรักษาที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นปัญหามากที่สุดคือปัญหาทางการเงิน ร้อยละ 26.7 รองลงมาคือด้านความต้องการด้านข้อมูล ร้อยละ 17.8

ปัญหาการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ก่อนผู้ป่วยได้รับการรักษาสิ่งที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นปัญหามากที่สุดคือ ด้านการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 22.2 รองลงมาคือด้านปัญหาทางการเงินร้อยละ 13.3 ส่วนภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รู้สึกว่าเป็นปัญหามากที่สุดคือด้านการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 17.8

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจากบุคลากรสุขภาพ พบว่า ก่อนผู้ป่วยได้รับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรในเกือบทุกด้าน คิดเป็นร้อยละ 51.1-80 ส่วนด้านที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรมากที่สุดคือ ด้านปัญหาทางการเงินร้อยละ 22.2 รองลงมาคือ ด้านความต้องการข้อมูล และด้านปัญหาทางจิตใจร้อยละ 20 เท่ากัน ภายหลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรในเกือบทุกด้านเช่นเดียวกับก่อนการรักษา คิดเป็นร้อยละ 46.7-75 ด้านที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือมากเป็นลำดับแรกคือ ด้านความต้องการข้อมูลร้อยละ 20 รองลงมาคือ ด้านปัญหาทางจิตใจร้อยละ 17.8 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละของความต้องการการดูแลแบบประคับประคองรายด้านของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการรักษา (n = 45)

ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	ก่อนได้รับการรักษา			หลังได้รับการรักษา		
	ต้องการให้ดูแลมากกว่านี้ (%)	ต้องการมากเท่าที่ทำอยู่ในขณะนี้ (%)	ไม่ต้องการ (%)	ต้องการให้ดูแลมากกว่านี้ (%)	ต้องการมากเท่าที่ทำอยู่ในขณะนี้ (%)	ไม่ต้องการ (%)
1. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน	2.2	24.4	73.3	0.0	26.7	73.3
2. ด้านอาการทางร่างกาย	2.2	24.4	73.3	2.2	37.8	60.0
3. ด้านการพึ่งพาตนเอง	2.2	17.8	80.0	0.0	31.1	68.9
4. ด้านปัญหาทางสังคม	8.9	11.1	80.0	4.4	20.0	75.0
5. ด้านปัญหาทางจิตใจ	20.0	17.8	62.2	17.8	31.1	51.1
6. ด้านปัญหาทางจิตวิญญาณ	2.2	17.8	80.0	2.2	28.9	68.9
7. ด้านปัญหาการเงิน	22.2	26.7	51.1	11.1	42.2	46.7
8. ด้านความต้องการข้อมูล	20.0	71.1	8.9	20.0	80.0	0.0

ความต้องการการดูแลของผู้ดูแลจากบุคลากรสุขภาพ พบว่า ก่อนผู้ป่วยได้รับการรักษา ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ต้องการความช่วยเหลือในเกือบทุกด้าน คิดเป็นร้อยละ 24.4-86.7 ด้านที่ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรมากที่สุดก่อนผู้ป่วยได้รับการรักษาคือ ด้านการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 15.6 จากนั้นภายหลังการ

รักษา ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงไม่ต้องการความช่วยเหลือในเกือบทุกด้าน คิดเป็นร้อยละ 8.9-84.4 อย่างไรก็ตามด้านที่ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรมากที่สุดภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษา คือ ด้านการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 11.1 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละของความต้องการการดูแลแบบประคับประคองรายด้านของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการรักษา (n = 45)

ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	ก่อนได้รับการรักษา			หลังได้รับการรักษา		
	ต้องการให้ดูแลมากกว่านี้ (%)	ต้องการมากเท่าที่ทำอยู่ในขณะนี้ (%)	ไม่ต้องการ (%)	ต้องการให้ดูแลมากกว่านี้ (%)	ต้องการมากเท่าที่ทำอยู่ในขณะนี้ (%)	ไม่ต้องการ (%)
1. ด้านการดูแลผู้ป่วย	15.6	60.0	24.4	11.1	80.0	8.9
2. ด้านอาการทางร่างกายของผู้ดูแล	0.0	20.0	80.0	2.2	22.2	75.6
3. ด้านสัมพันธ์กับผู้ป่วย	2.2	20.0	77.8	0.0	20.0	80.0
4. ด้านการสนับสนุนทางสังคม	0.0	17.8	82.2	0.0	15.6	84.4

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละของความต้องการการดูแลแบบประคับประคองรายด้านของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการรักษา (n = 45) (ต่อ)

ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง	ก่อนได้รับการรักษา			หลังได้รับการรักษา		
	ต้องการให้ดูแลมากกว่านี้ (%)	ต้องการมากเท่าที่ทำอยู่ในขณะนี้ (%)	ไม่ต้องการ (%)	ต้องการให้ดูแลมากกว่านี้ (%)	ต้องการมากเท่าที่ทำอยู่ในขณะนี้ (%)	ไม่ต้องการ (%)
5. ด้านปัญหาทางจิตใจ	2.2	17.8	80.0	0.0	20.0	80.0
6. ด้านปัญหาทางจิตวิญญาณ	6.7	26.7	66.7	0.0	31.1	68.9
7. ด้านปัญหาทางการเงิน	2.2	25.6	62.2	2.2	37.8	60.0
8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.0	13.3	86.7	0.0	15.6	84.4
9. ด้านปัญหาการปรึกษาหารือ	2.2	26.7	71.1	2.2	31.1	66.7
10. ด้านปัญหาคุณภาพการดูแล	2.2	25.6	62.2	2.2	37.8	60.0
11. ด้านอื่นๆ เช่น						
- ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ลำพัง	8.9	17.8	73.3	0.0	24.4	75.6
- ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าอยู่ในสภาวะที่รุนแรง	4.4	24.4	71.1	4.4	28.9	66.7
- ขอลงงานชั่วคราวเพื่อดูแลผู้ป่วย	2.2	24.4	71.1	0.0	24.4	75.6
- การติดต่อกับลูกหลาน	0.0	22.2	77.8	0.0	20.0	80.0
- มีคนที่สามารถพูดคุยปรึกษาในเรื่องที่เป็นความลับเฉพาะได้	2.2	22.2	75.6	0.0	26.7	73.3
- การไม่เห็นด้วย (กับผู้ป่วยหรือครอบครัว) เกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ	2.2	26.7	68.9	2.2	28.9	66.7
- ไม่มีใครเห็นคุณค่าของการดูแลและความตั้งใจที่ฉันทำ	0.0	22.2	75.6	0.0	24.4	73.3

ความสัมพันธ์ของความต้องการการดูแลก่อนได้รับการรักษา ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล พบว่าความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยกับผู้ดูแลโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง ($r_s = .47, p < .01$) และเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าด้านปัญหาทางการเงินมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกระดับปานกลาง ($r_s = .52, p < .01$) ด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำ ($r_s = .36, p < .01$) อย่างไรก็ตามความต้องการการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางร่างกาย ด้านปัญหาทางจิตใจ และด้านปัญหาทางจิตวิญญาณระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล

ไม่มีความสัมพันธ์กัน ภายหลังได้รับการรักษา พบว่าความต้องการความช่วยเหลือโดยรวมระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง ($r_s = .46, p < .01$) จำแนกรายด้าน พบว่าด้านปัญหาทางการเงินและด้านปัญหาทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำ ($r_s = .39, p < .01, r_s = .34, p < .05$ ตามลำดับ) แต่ความต้องการการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางร่างกาย ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านปัญหาทางจิตใจระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กัน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมนของความต้องการการดูแลแบบประคับประคองจำแนกรายด้านและรวมระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการรักษา

ตัวแปร	ก่อนได้รับการรักษา (r_s)	p	หลังได้รับการรักษา (r_s)	p
1. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทางร่างกาย	.28	.06	.22	.14
2. ด้านการสนับสนุนทางสังคม	.36**	.01	.20	.17
3. ด้านปัญหาทางจิตใจ	.14	.33	.04	.78
4. ด้านปัญหาทางจิตวิญญาณ	.16	.29	.34**	.02
5. ด้านปัญหาทางการเงิน	.52*	.00	.39*	.01
ความต้องการการดูแลโดยรวม	.47*	.00	.46*	.00

* ($p < .01$) ** ($p < .05$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ทั้งก่อนและหลังได้รับการรักษาผู้ป่วยมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพมากที่สุดคือด้านปัญหาการเงิน รองลงมาคือด้านปัญหาทางจิตใจและด้านความต้องการข้อมูล ตามลำดับ โดยปัญหาด้านการเงินเกิดจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และรายได้น้อย (ต่ำกว่า 6,000 บาท) ความเจ็บป่วยและการรักษาทำให้ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าปัจจุบันผู้ป่วยทุกคนจะมีหลัก

ประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือเบิกจ่ายตามสิทธิ์แล้วก็ตาม แต่มีค่ารักษาพยาบาลบางส่วนที่ต้องชำระเงินเอง อาจทำให้มีเงินหมุนเวียนในครอบครัวไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดมีปัญหาด้านการเงินในระยะของการรักษา²¹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rogers และคณะ²² ที่พบว่าผู้ป่วยมีภาระทางการเงินระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 34 ขณะเดียวกันพบว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพด้านปัญหาด้านจิตใจและความต้องการข้อมูลด้วยเช่นกัน เนื่องจากผลจากการผ่าตัดหรือฉายรังสีและ/หรือให้ยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วย

มีภาพลักษณ์ทางร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ปากแห้ง ปวดแสบปวดร้อนผิวหนัง เป็นต้น รบกวนการใช้ชีวิต ผู้ป่วย เกิดความเครียด วิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองลดลง จนทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจได้ โดยเฉพาะเรื่องความต้องการการดูแลเรื่องมะเร็ง และเรื่องสุขภาพทั่วไปมากขึ้น²³ นอกจากนี้กลุ่มผู้ดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ ในด้านการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือด้านปัญหาทางการเงิน สอดคล้องหลายการศึกษาที่พบว่า ความต้องการของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ความรู้เรื่องโรค วิธีการดูแล การให้ยา การจัดการความปวด การจัดการด้านการเงิน^{24,25}

ความสัมพันธ์ความต้องการการดูแลด้านการเงินระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกทั้งก่อนและหลังได้รับการรักษา ($r_s = .52, r_s = .39, p < .01$ ตามลำดับ) จากผลการศึกษานี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรมรายได้น้อยและไม่แน่นอนดังกล่าว เมื่อต้องเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและรับการรักษาที่มีความซับซ้อนค่าใช้จ่ายในการรักษาจึงสูงตามไปด้วย ขณะที่รายได้ของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีน้อย และเมื่อเจ็บป่วยก็ไม่สามารถทำงานได้ ทำให้รายได้ในครอบครัวลดลงไม่สามารถกลับไปทำงานได้สมบูรณ์ร้อยละ 52 และมีแนวโน้มเปลี่ยนงานหรือลาออกสูงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ ปัญหาด้านการเงินจึงเป็นความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการไปในทิศทางเดียวกัน²⁶

ความสัมพันธ์ความต้องการความช่วยเหลือด้านการสนับสนุนทางสังคมระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลก่อนได้รับการรักษามีสัมพันธ์กันเชิงบวกระดับต่ำอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .36, p < .05$) อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง

ศีรษะและคอทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ความเครียด ความวิตกกังวลมากขึ้น กลัวถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยจากสิ่งคุกคามต่างๆ ในชีวิตสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Precious และคณะ²⁷ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอต้องการการสนับสนุนจากผู้ดูแลด้านอารมณ์รวมไปถึงด้านการใช้ชีวิตประจำวันทั่วไป ขณะที่ผู้ดูแลต้องการความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคมเนื่องจากภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้นและความต้องการที่ซับซ้อนมากขึ้น²⁸ อย่างไรก็ตามภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษา พบว่า ความต้องการด้านการสนับสนุนทางสังคมระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สัมพันธ์กัน เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่ต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ในขณะที่ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนมากกว่า ซึ่งบุคลากรได้ให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอและมีเพียงร้อยละ 4.40 เท่านั้นที่ต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพให้มากขึ้น

ความสัมพันธ์ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษามีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .34, p < .05$) อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับรู้ถึงความไม่แน่นอนของชีวิตและขาดการปฏิบัติกิจทางศาสนาเมื่อเจ็บป่วย²⁹ สอดคล้องกับ Clark และคณะ³⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยใช้หลักศาสนาและจิตวิญญาณช่วยประคับประคองจิตใจและจัดการความเจ็บป่วย ตลอดจนต้องการให้บุคลากรให้ความสนใจและให้การดูแลถึงความต้องการด้านนี้ การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยยังแสดงความคิดเห็นด้านจิตวิญญาณว่า “มีแต่คนพูดบ่นทอนจิตใจว่า รักษาไป

ก็ไม่หายหรอก จะรักษาไปทำไม” และบอกถึงวิธีการจัดการกับความรู้สึกเช่นนี้ว่า “ผมเชื่อว่าผมต้องหาย เพราะผมเป็นคนดี คิดดี และจะให้ความร่วมมือในการรักษาของหมอและพยาบาล ขอให้ทำการรักษาไปอย่างเต็มที่ มันต้องดีขึ้น” สำหรับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลนั้นใกล้เคียงกับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Baghi และคณะ¹⁴ ที่พบว่าผู้ดูแลเหล่านี้ต้องการใช้หลักศาสนาช่วยในการดูแลทางด้านจิตใจ จากความรู้สึกไม่มั่นใจถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

สรุปได้ว่าผลการศึกษาคั้งนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย กล่าวคือผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการปรับตัวที่เหมาะสม จึงมีความสมดุลระหว่างความต้องการการพึ่งพาและไม่พึ่งพาผู้อื่น โดยมีพฤติกรรมแสดงออกต่อปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความต้องการการดูแลโดยรวมสัมพันธ์กันในเชิงบวก ในด้านปัญหาทางการเงิน ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านจิตวิญญาณ แต่อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยและผู้ดูแลบางรายต้องการความช่วยเหลือในการปรับตัว โดยต้องการให้บุคลากรสุขภาพช่วยเหลือ ด้านการเงิน การสนับสนุนทางสังคม ด้านความต้องการข้อมูล และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งพยาบาลสามารถนำความต้องการเหล่านี้มาร่วมกันวางแผนการดูแล ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะของโรค แนวทางการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญที่ถูกต้องอย่างเหมาะสมเพียงพอจะช่วยเหลือส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่เข้มแข็งและมีคุณภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลเหล่านี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทุก

ระยะของโรคและการรักษา รวมทั้งควรมีการปรึกษา ร่วมกันแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยเหลือด้านการเงินหรือสวัสดิการต่าง ๆ

2. พยาบาลควรเพิ่มความสำคัญกับปัญหาและความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ดูแลให้มากขึ้น อาจจัดทำคู่มือการดูแล ตลอดจนสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอและผู้ดูแล รวมถึงการส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นางสาวจิตติพร ยุบลพริ้ง เป็นอย่างสูงที่ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ และขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

References

1. Harrison LB, Sessions RB, Hong WK. Head and neck cancer: a multidisciplinary approach. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins;2009.
2. Department of Medicine Services Ministry of Public Health. Statistical report 2012: ICT–Ministry of Public Health;2013. (In Thai)
3. Murphy BA, Gilbert J. Oral cancers: supportive care issues. Periodontol 2000 2011;57(1):118–31.
4. Pauloski BR, Rademaker AW, Logemann JA, Lazarus CL, Newman L, Hamner A, et al. Swallow function and perception of dysphagia in patients with head and neck cancer. Head Neck 2002;24:555–65.
5. Bower WF, Vlantis AC, Chung TML, Cheung SKC, Bjordal K, van Hasselt CA. Quality of life in head and neck cancer patients after surgical resection: translation into Cantonese and validation of the EORTC QLQ-H&N35. Acta Oto-Laryngologica 2009;129(7): 779–85.

6. Zeller JL. High suicide risk found for patients with head and neck cancer. *JAMA* 2006;296(14):1716-7.
7. Ledebuer QC, van der Velden LA, De Boer MF, Feenstra L, Pruyn JF. Palliative care for head and neck cancer patients in general practice. *Acta Otolaryngol* 2006;126(9):975-80.
8. Bruera E, Hui D. Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. *J Clin Oncol* 2010;28(25):4013-7.
9. Given BA, Given CW, Sherwood PR. Family and caregiver needs over the course of the cancer trajectory. *J Support Oncol* 2012;10(2):57-64.
10. Ross S, Mosher C, Ronis-Tobin V, Hermele S, Ostroff J. Psychosocial adjustment of family caregivers of head and neck cancer survivors. *Support Care Cancer* 2010;18(2):171-8.
11. Baghi M, Wagenblast J, Hambek M, Radeloff A, Gstoettner W, Scherzed A, et al. Demands on caring relatives of head and neck cancer patients. *Laryngoscope* 2007;117(4):712-6.
12. Shelby RA, Taylor KL, Kerner JF, Coleman E, Blum D. The role of community-based and philanthropic organizations in meeting cancer patient and caregiver needs. *CA Cancer J Clin* 2002;52(4):229-46.
13. Deshields TL, Applebaum AJ. The time is now: Assessing and addressing the needs of cancer caregivers. *Cancer* 2015;121:1344-6.
14. Roy C. The Roy adaptation model. 3rd ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2008.
15. Masters K. Nursing theories: a framework for professional practice. USA: Jones & Bartlett Learning; 2012.
16. Wolf FM, Cornell RG. Interpreting behavioral, biomedical, and psychological relationships in chronic disease from 2 x 2 tables using correlation. *J Chronic Dis* 1986;39(8):605-8.
17. Melzack R. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain* 1987;30(2):191-7.
18. Kitisomprayoonkul W, Klaphajone J, Kovindha A. Thai short-form McGill pain questionnaire. [Validation studies]. *J Med Assoc Thai* 2006;89(6):846-53.
19. Osse BHP, Vernooij-Dassen MJFJ, Schadé E, Grol RPTM. A practical instrument to explore patients' needs in palliative care: The problems and needs in palliative care questionnaire-short version. *Palliat Med* 2007;21(5):391-9.
20. Osse BHP, Vernooij-Dassen MJFJ, Schadé E, Grol RPTM. Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer Nurs* 2006;29(5):378-88.
21. Rigoni L, Bruhn RF, De Cicco R, Kanda JL, Matos LL. Quality of life impairment in patients with head and neck cancer and their caregivers: a comparative study. *Braz J Otorhinolaryngol* 2016;82(6):680-6.
22. Rogers SN, Harvey-Woodworth CN, Hare J, Leong P, Lowe D. Patients' perception of the financial impact of head and neck cancer and the relationship to health related quality of life. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2012;50(5):410-6.
23. Millsopp L, Brandom L, Humphris G, Lowe D, Stat C, Rogers S. Facial appearance after operations for oral and oropharyngeal cancer: a comparison of casenotes and patient-completed questionnaire. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2006;44(5):358-63.
24. Balfe M, O'Brien K, Timmons A, Butow P, O'Sullivan E, Gooberman-Hill R, et al. What factors are associated with posttraumatic growth in head and neck cancer carers?. *Eur J Oncol Nurs* 2016;21:31-7.
25. Luvira V, Srikha D, Pairojkul S. Community-based palliative care by volunteers: perceptions of village health volunteers in a community of Khon Kaen province. *SMJ* 2013;28(2):266-70. (In Thai)

26. Penner JL. Psychosocial care of patients with head and neck cancer. *Semin Oncol Nurs* 2009;25(3): 231-41.
27. Precious E, Haran S, Lowe D, Rogers SN. Head and neck cancer patients' perspective of carer burden. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2012;50(3):202-7.
28. Gozum S, Akçay D. Response to the needs of Turkish chemotherapy patients and their families. *Cancer Nurs* 2005;28(6):469-75.
29. Sukaseme S, Aphichato A, Chuapraphaisilp A. Quality of life in cancer patients receiving radiotherapy. *Songklanagarind Journal of Nursing* 1996;16(3): 9-26. (In Thai)
30. Clark D, Wright M, Bath P, Gatrell A. The international observatory on end of life care: a new research and development initiative in palliative care. *Prog Palliat Care* 2003;11(3):136-8.