

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งต่อความวิตกกังวล
และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด



นางชบา เรียนรัมย์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBIND WITH QIGONG
ON ANXIETY AND FATIGUE IN BREAST CANCER PATIENTS
RECEIVING CHEMOTHERAPY



Mrs. Chaba Reanrhom

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหาร
กาย-จิต แนวชี้กง ต่อความวิตกกังวลและความ
เหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

โดย

นางชบา เรือนรัมย์

สาขาวิชา

การพยาบาลผู้ใหญ่

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ชนศิลป์

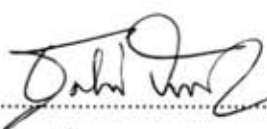
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ค.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ชนศิลป์)


.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ชบา เรียนรัมย์ : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งงต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (EFFECTS OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBIND WITH QIGONG ON ANXIETY AND FATIGUE IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ.ดร.สุริพร ธนศิลป์, 145หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งง ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 รายและกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยจับคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ และยาเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองนอกจากได้รับการพยาบาลตามปกติแล้ว ยังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งง ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการจัดการกับอาการ ของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งง ของเทอดศักดิ์ เดชคง 2545 และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความเหนื่อยล้า วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.12, p < .05$)

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรม การจัดการอาการร่วม กับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.48, p < .05$)

สาขาวิชา.....การพยาบาลผู้ใหญ่.....ลายมือชื่อนิสิต..... *ชช*..... *เรียนรัมย์*
ปีการศึกษา.....2551..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... *ศ.ดร.สุริพร*

4977828036 : MAJOR ADULT NURSING

KEYWORD: SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBINED WITH QIGONG/
ANXIETY/FATIGUE

CHABA REANRHOM: EFFECTS OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM
COMBINE WITH QIGONG ON ANXIETY AND FATIGUE IN BREAST CANCER
PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY. ADVISOR: ASSOC. PROF.
SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 145 pp.

This quasi-experimental research aimed to examine effects of The Symptom Management Program combined with Qigong on anxiety and fatigue in breast cancer patients receiving chemotherapy. The samples were 40 patients with breast cancer receiving chemotherapy at Suratthani Hospital. The participants were random assigned into the control group and the experimental group. The groups were matched pairs between age and chemotherapy regimen. The control group received conventional nursing care while the experimental group received The Symptom Management program combined with Qigong together in addition to conventional nursing care. This program, based on the Symptom Management Model (Dodd, et al., 2001 and complementary concepts and family support. The instruments for collecting data were State Trait Anxiety Inventory and The Piper's Fatigue Scale. The instruments were tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of .92 and .94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and t-test statistic (Paired t-test and Independent t-test).

The major findings were as follows

1. The post test mean scores of anxiety of the experimental group was significantly lower than that of the control group ($t = -11.12, p < .05$).
2. The post test mean scores of fatigue of the experimental group was significantly lower than that of the control group ($t = -6.48, < .05$).

Field of Study: Adult Nursing.....

Student's Signature: *Chaba reanrhom*

Academic Year:2008.....

Advisor's Signature: *Sureeporn Thanasilp*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอิง จาครองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ฐนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัยด้วยความเอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการทำวิจัย รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง บุคลากรพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวก ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เป็นอย่างดี และขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตร่วมรุ่นและเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัย

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ขอบพระคุณบุคคลอันเป็นที่รักของครอบครัว ผู้วิจัย ที่มีส่วนช่วยเหลือเอาใจใส่ และเป็นกำลังใจให้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาเป็นอย่างดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐาน	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
ผู้ปวยมะเร็งเต้านมและการรักษา.....	12
แนวคิดความวิตกกังวล	18
แนวคิดความเหนื่อยล้า	31
แบบจำลองการจัดการกับอาการ	47
แนวคิดการบริหารกาย-จิตแนวชีกง.....	53
การสนับสนุนของครอบครัว	60
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	65
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	71
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	73
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	79
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	83
การวิเคราะห์ข้อมูล	84

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	86
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	95
สรุปผลการวิจัย.....	97
อภิปรายผลการวิจัย.....	98
ข้อเสนอแนะ.....	100
รายการอ้างอิง	101
ภาคผนวก	110
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	112
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	114
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	120
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	122
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ผลข้อมูลเพิ่มเติม.....	139
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	145

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สถานภาพ สมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาบุคคลหลักในการดูแล การออกกำลังกาย.....	87
2	จำนวนและร้อยละข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง.....	89
3	เปรียบเทียบค่าคะแนน ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง.....	90
4	เปรียบเทียบค่าคะแนน ระดับความเหนื่อยล้า ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง	91
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้ากลุ่มตัวอย่าง ที่รับเคมีบำบัดก่อนและหลังการทดลอง.....	92
6	ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ของกลุ่ม ตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม.....	93
7	ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้า ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	94

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ปัจจัยสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า.....	39
2	ความสัมพันธ์แนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ.....	48
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	70
4	ขั้นตอนการดำเนินวิจัย.....	85



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองในผู้หญิงไทยรองจากมะเร็งปากมดลูก และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันการรักษาใช้เวลานานและพัฒนาไปมากทำให้อัตราการรอดชีวิตมากขึ้น แต่ในขณะที่เดียวกันมะเร็งเต้านมก็มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและแพร่กระจายได้ ซึ่งก่อให้เกิดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชาชนทั่วโลก รวมทั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ จะเห็นได้ว่าในประเทศที่พัฒนาอย่างอเมริกาก็พบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 1 เช่นกัน โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 178, 480 ราย และพบว่าการเสียชีวิต 40,460 ราย ในปี 2007 (American cancer Society, 2007) สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วย ร้อยละ 17.2 ต่อประชากร 100,000 คน และพบมากขึ้นในคนอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยพบว่ามีอัตราการเพิ่มจาก ร้อยละ 19 ต่อประชากร 100,000 คนในช่วงอายุ 35 ปี เป็นร้อยละ 32.1 ต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป (ธีรวิภา คุหะเปรมะ, 2550; <http://postjung.com/hottopic/data/4/4584.php>)

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถรักษาหายได้ถ้าตรวจพบในระยะแรก อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะวินิจฉัยได้ในระยะแรก ก็พบว่ามะเร็งมักมีการแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆของร่างกายในลักษณะของเซลล์ที่เล็กๆได้ การรักษาในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด (Surgery) การฉายรังสี (Radiation) การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) และฮอร์โมนบำบัด (Hormonal therapy) (National Comprehensive Cancer Network, 2005; กริช โภธิสุวรรณ, 2545; อาคม เชียรศิลป์, 2545) แต่เนื่องจากมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายและสามารถกลับเป็นซ้ำได้ ในการรักษาเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ ลดการแพร่กระจาย ทั้งยังเพิ่มอัตราการมีชีวิตรอด ปัจจุบันจึงนิยมใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกัน (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; สุภกร โรจนนินทร์, 2544; กริช โภธิสุวรรณ, 2545; ธนิต วัชรพุกก์, 2546; สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548)

การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและจะเป็นช่วงใดช่วงหนึ่งของการรักษา (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; กริช โภธิสุวรรณ, 2545) ในขณะที่เดียวกันการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำเป็นต้องใช้เวลานาน ผู้ป่วยเองจะได้รับผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งจากการรักษาและจากการดำเนินของโรค รวมถึงอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดซึ่งมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตเป็นอย่างมาก อาการที่พบส่วนใหญ่ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อบุช่องปากอักเสบ ท้องผูก ท้องเสีย ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ติดเชื้อได้ง่าย (พินทุสร โขตนาการ, 2539; สุภาพร ฟองมูล, 2550) อาการไม่สุขสบายที่ยาวนานตลอดการรักษา ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางภาวะจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งพบมาก คือ ความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 99 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดยังมีการเหนื่อยล้า (Ream and Richardson, 1999 ; Bower et al., 2000; Ream et al., 2000)

ความวิตกกังวล (Anxiety) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบได้ถึงร้อยละ 60 (Trief and Smith, 1996 อ้างใน พงษ์ รอดจินดา, 2541) โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีความวิตกกังวลต่อการแพร่กระจายของโรคสูงถึงร้อยละ 96.7 การกลับเป็นซ้ำร้อยละ 93.3 และความไม่แน่นอนในชีวิต ร้อยละ 83.8 (สุภาพร ฟองมูล, 2550) ปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ การขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค การรักษา อาการข้างเคียง และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการที่เหมาะสม (พินทุสร โชนนาการ, 2539; อุบล จ้วงพานิช , 2539; สุภาพร ฟองมูล, 2550) นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว สังคม ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาการเปลี่ยนแปลง ภาพลักษณ์ที่เพิ่มขึ้น เช่น ผมร่วง ผิวเหี่ยว การมีน้ำหนักเพิ่ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; พินทุสร โชนนาการ, 2539; อุบล จ้วงพานิช , 2539; กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) และขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้สูง

ความวิตกกังวลในระดับน้อยจนถึงปานกลาง จะส่งผลให้ประสาทสัมผัส การรับรู้แคบลงสนใจสิ่งหนึ่งสิ่งใดมาก และมีความพยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ช่วยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานและท้าทายความสามารถ ขณะเดียวกันหากปล่อยให้มีความรุนแรงในระดับที่สูงขึ้น ร่างกายจะตอบสนองด้วยการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก หลัง Stress ฮอร์โมนมากขึ้น ร่างกายต้องทำงานและเผาผลาญมากขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็วและถี่ขึ้น ความดันโลหิตสูง ปากแห้ง ตัวสั่น เหงื่อออก ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หงุดหงิด ตกใจง่าย หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ การทำงานผิดพลาด การตัดสินใจไม่ดี การเรียนรู้และความทรงจำลดลง อาจเกิดพฤติกรรมถอยหนีเหตุการณ์ (ชอลดา พันธุเสนาม, 2536) นอกจากนี้การยับยั้งการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายของเซลล์ได้ง่ายขึ้น (Caudell, 1996 อ้างในปริญา สนิกะวาทิ, 2542)

อาการดังกล่าวจะรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนไม่เพียงพอ ตลอดจนการป้องกันตัวเองจากอาการแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด การต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง บางรายอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา การผัดผ่อน หรือการปฏิเสธการรักษา หรือการเลื่อนการรับยาออกไป ซึ่งมีผลกระทบต่อความรุนแรงของโรค(ปริญา สนิกะวาทิ, 2542)

การลดความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เป็นสิ่งสำคัญ การแก้ไขหรือช่วยทำให้ความวิตกกังวลลดลงสามารถทำได้หลายวิธี จากการทบทวนพบว่าบรรเทาความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัด มีหลายวิธี ทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกาย (รัชนิกร ใจคำสืบ, 2549) การให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย (ศิริพร พันธุ์พริ้ม, 2549) การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง (กิตติยาภรณ์ ภูครองหิน, 2539)

และการสร้างจินตภาพ (ปริญา สนิกะวาที, 2542; อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545) ซึ่งวิธีการดังกล่าวลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่าวิธีการบรรเทาความวิตกกังวลส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ร่วมกับการดูแลแบบผสมผสาน ที่ผู้ป่วยสามารถจัดการได้เอง เช่น การฝึกผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ และจากที่มสุขภาพ เช่น การนวด

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยส่งเสริมการจัดการอาการตามแนวคิดของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน โดยใช้การบริหารกาย-จิตแนวซิงก์ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว การปรับการรับรู้และการจัดการกับอาการตามสาเหตุโดยมีญาติเป็นผู้สนับสนุน ประกอบกับความสงบและผ่อนคลายจากการฝึกซิงก์ ที่เป็นผลจากการฝึกจิตทำให้เกิดสมาธิจากการกำหนดลมหายใจพร้อมกับการเคลื่อนไหว ก่อให้เกิดการผ่อนคลาย โดยที่ประสาทพาราซิมพาเทติก ทำงานเด่นขึ้น ทำให้เกิดการขยายของหลอดเลือดฝอยส่วนปลาย การเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตลดลง ทำให้อัตราการหายใจช้าลง การแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น ส่งเสริมความเข้มแข็งของจิตใจ (เทอดศักดิ์ เศษคง, 2545) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่อนคลายลง เป็นการลดความกังวลที่สามารถกระทำได้ ทำให้ร่างกายผ่อนคลายลดการทำงานของระบบต่างๆให้สมดุล ซึ่งเป็นการลดทั้งสาเหตุและอาการของความวิตกกังวลไปพร้อม ๆ กันโดยมีญาติเป็นผู้เข้าร่วมรับโปรแกรมและคอยกระตุ้นให้กำลังใจ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาพบว่า การบริหารกาย-จิตแนวซิงก์ สามารถลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดได้อีกด้วย

ความเหนื่อยล้า (Fatigue) พบมากเกือบร้อยละ 100 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเกือบทั้งหมด โดยพบว่าร้อยละ 60 เป็นความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Bower et al., 2000) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้า เกิดจากการดำเนินของโรค ผลข้างเคียงจากการรักษา และภาวะเครียดจากการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง (Ream and Richardson et al. 1999) โดยที่พยาธิสภาพของโรค ที่มีการแบ่งตัวและเผาผลาญอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดการสะสมของของเสียเช่น กรดแลคติก (Lactic acid) ไพรูเวท (Pyruvate) ไฮโดรเจนไอออน (Hydrogen ion) สารจากการสลายตัวของเซลล์มะเร็ง (Tumor necrosis Factor) และของเสียจากการทำลายเซลล์ของยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา (Aistars, 1987 ; Piper ,et al., 1987 ; Jacob and Piper , 1996 อ้างใน วัชรวรรณ จันทรอินทร์ , 2548) ซึ่งกรดแลคติกมีความจำเป็นในการดำรงชีพ ของก้อนเนื้ออกทำให้เซลล์มะเร็งเกิดการแพร่กระจายทำให้เกิดความสามารถในการหดตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ในขณะที่ไฮโดรเจนไอออนขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อ โดยแย่งแคลเซียมไอออนในการจับกับโทรโปนิน (Troponin) ในขั้นตอนปฏิกิริยาแอกติน-ไมโอซิน (Actin-myosin interaction) ส่งผลให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เป็นเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น (Piper et al.,1987 ; Jacob and Piper, 1996) นอกจากการดำเนินของโรคแล้ว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองก็เป็นสิ่งสำคัญ

การขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคที่เป็น การรักษาที่ได้รับตลอดจนวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง เพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น (อกันตรี กองทอง , 2544) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลียมากขึ้น ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำ สารอาหารและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะซิดและความทุกข์ทรมานจากการไม่สุขสบายหรือความเจ็บปวดจากโรคและการรักษา มีผลให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ การซ่อมแซมเนื้อเยื่อลดลง ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงเป็นเวลานานทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงเกิดความเหนื่อยล้าได้มากขึ้น (Piper et al., 1987; ปิยะวรรณ ปฤษณภานุรังษี, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงใจ คาโลปการ (2545) พบว่าปัจจัยที่ของเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด คือ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความซึมเศร้า คุณภาพการนอนหลับ และพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Irvine และคณะ (1994) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัดและรังสีรักษา ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการและภาวะทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วย ความวิตกกังวล ภาวะสับสน ความซึมเศร้า และความโกรธ ซึ่งถ้าร่างกายมีความกังวล ความเครียดเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้มีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้เมื่อพลังงานลดน้อยลง บุคคลจะรู้สึกเหนื่อยล้า (Aistars, 1987)

และจากการศึกษาพบว่าแบบแผนความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด สูงสุดในช่วง 4-5 วันแรก และจะค่อยๆลดลงและพบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับเคมีบำบัด ชุดที่ 1, 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .01 (Richardsonและคณะ 1998) เช่นเดียวกับปิยะวรรณ ปฤษณภานุรังษี , (2543) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีระดับความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นในวันที่ 4 จากนั้นจะลดลงจนถึงวันที่ 7 และจะเพิ่มอีกครั้งในวันที่ 8 สูงสุดวันที่ 9 โดยบุคคลจะมีพฤติกรรมตอบสนองที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้า (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539; ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล, 2544) ซึ่งความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อยจะเป็นกลไกช่วยให้ร่างกายได้พักผ่อน ขณะเดียวกันหากมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับรุนแรง เกิดขึ้นบ่อย และคงอยู่เป็นเวลานานการตอบสนองมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรม (Piper et al., 1987: 19) ดังนั้นการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นตามความเชื่อเดิม ๆ หรือคำแนะนำจากผู้อื่น ที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ อาจทำให้อาการมีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากการจัดการไม่เหมาะสม (สุริพร ธนศิลป์, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าเช่น การให้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (อกันตรี กองทอง, 2544) การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย (สายไหม ตุ่มวิจิตร ,2547) การบริหารกาย-จิตแนวซิง (วัชรวรรณ จันทร์อินทร์, 2548) การเดินออกกำลังกาย (ฉิมพิชญ์ชามะมม, 2549, ศศิธร ศรีสุขศิริพันธ์, 2550) การให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย (ศิริพร พันธุ์พริ้ม, 2549) เป็นการจัดการที่สนับสนุนการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วย

เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องถึงสาเหตุและผลกระทบจากอาการ สามารถจัดการกับอาการในการดูแลตนเอง ได้เหมาะสม ร่วมกับกลวิธีต่างๆ เช่น การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย การเดินออกกำลังกาย การบริหาร ภาย จิตแนวซึ่งกหลังผ่าตัดเต้านม

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการในการให้ความรู้ กับกลุ่มทดลอง โดยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องของสาเหตุและผลกระทบจากความความเหนื่อยล้าร่วมกับการ ออกกำลังกายแบบเคลื่อนไหว แนวซึ่งก ซึ่งการเคลื่อนไหวแบบซึ่งกเป็นการออกกำลังกายแบบแอ โรบิก ร่วมกับการฝึกจิตให้เกิดสมาธิจากการกำหนดลมหายใจพร้อมกับการเคลื่อนไหว ก่อให้เกิด การผ่อนคลาย ประสาทพาราซิมพาเธติก ทำงานเด่นขึ้น ทำให้เกิดการขยายของหลอดเลือดฝอยส่วน ปลาย ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตลง ทำให้อัตราการหายใจช้าลง การแลกเปลี่ยน ก๊าซได้ดีขึ้น ทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อดีขึ้น เหนื่อยล้าลดลงอีกทั้งการฝึกจิต ให้เกิดสมาธิ ลดการทำงานของระบบฮอโมนที่เกิดจากความเครียดความกังวลทำให้เกิดความผ่อนคลาย ส่งเสริมความเข้มแข็งของจิตใจ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545) ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายลงทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ ในการฝึกสามารถทำได้สะดวก ไม่เสียค่าใช้จ่าย

นอกจากนั้นการสนับสนุนของครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกมี คุณค่าการได้รับความรัก ห่วงใย เอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยอดทนในการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ธนัญญา น้อยเปียง (2545) และสะท้อนให้เห็นถึงความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติและ พยาบาล เป็นแนวทางการพยาบาลแบบองค์รวม อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการ พยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ในการดูแลตัวเองและการจัดการอาการตามปัญหาที่ เกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เน้นการให้ข้อมูลและส่งเสริมการออกกำลังกาย การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน การประเมินและการป้องกันความเหนื่อยล้า อาจไม่ได้มีความครอบคลุมหรือชัดเจนนัก การลด ความเหนื่อยล้าอาจเป็นไปตามความรู้เดิม ความเชื่อจากบุคคลอื่น และอาจจัดการได้ไม่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งก ต่อ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งก ต่อ ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักพิจารณาถึงสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและ ความเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ปัจจุบันการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีการ พัฒนาและใช้ยาหลายชนิด ในขนาดที่เหมาะสมและใช้เวลานานในการรักษา ผู้ป่วยเมื่อได้รับการ

วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตลอดจนวิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เวลาและค่าใช้จ่าย เป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การประเมินสถานการณ์ด้วยความเชื่อ ความคาดหวังถึงอันตราย ความไม่ปลอดภัย ทำให้เกิดความวิตกกังวล หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยตลอดการรักษา ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เพียงพอ มีการรับรู้ที่ถูกต้องตลอดจนมีกลวิธีที่เหมาะสมในการปฏิบัติเพื่อเผชิญและป้องกันความรุนแรงจากอาการที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง ตามความรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วย ตลอดจนการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเฉพาะบุคคลซึ่งใกล้ชิดกัน โดยสายเลือด หรือตามกฎหมาย พยาบาลเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การสนับสนุน แนะนำและส่งเสริม ให้เกิดความรู้และทักษะที่เหมาะสม

ในขณะที่เดียวกันความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ก็ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่สามารถบรรเทาและป้องกันได้ หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลและส่งเสริม แนวปฏิบัติที่เหมาะสม การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งมีแนวคิดว่า อาการหรืออาการแสดงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน รบกวนการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน และการทำหน้าที่ทางสังคม การจัดการกับอาการ ต้องมุ่งขจัดสาเหตุของอาการ และอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆกัน และเป็นหน้าที่ ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่ตามมา การจัดการคำนึงถึงประสบการณ์และความสามารถที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวคำนึงถึงความสัมพันธ์ 3 องค์ประกอบ ในแบบจำลอง ได้แก่ 1) ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Symptom experience) 2) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์จากอาการ (Symptom outcome) ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่เกิดจากกลวิธีจัดการกับอาการ ร่วมกับการบริการกาย-จิตแนวซึ่ง

การบริหารกาย-จิต แนวซึ่ง เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกชนิดหนึ่งออกแรงปานกลาง (ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์, 2539 อังโน นกัศ ทับกล้า, 2550) ร่วมกับการฝึกจิตให้เกิดสมาธิสงบ ควบคู่กับการหายใจที่ถูกต้องอย่างช้าๆและสม่ำเสมอ ลักษณะเช่นนี้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกให้เด่นชัดขึ้น มีผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือดฝอยส่วนปลายลดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง การหายใจที่ช้าและลึกมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซได้มากขึ้น ร่างกายได้รับออกซิเจนเหมาะสม ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและอวัยวะเกี่ยวกับการหายใจ นอกจากนี้การหายใจเข้าท้องพองหายใจออกท้องยุบ ยังเป็นการกระตุ้นการทำงานของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 Vagus โดยผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลม ซึ่งเส้นประสาท Vagus เป็นเส้นประสาทที่มีจุดเริ่มต้นที่ก้านสมองทอดตามยาวมาตามแนวกระดูกสันหลังมายังอวัยวะในช่องท้อง การหายใจกระตุ้นประสาท Vagus ทำให้มีสัญญาณประสาทไปยังสมอง แล้วตอบสนองกลับมายังอวัยวะต่างๆ มีผลต่อการผ่อนคลาย การเคลื่อนไหว

ของลำไส้ช้าลง การลดอัตราการเต้นของหัวใจลดการสะสมของกรดแลคติกของกล้ามเนื้อ ทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อดีขึ้น มีความแข็งแรงในการหดตัวดี ทำให้ความเหนื่อยล้าลดลง อีกทั้งการฝึกจิตใจให้เกิดสมาธิ ลดการทำงานของระบบฮอร์โมนที่เกิดจากความเครียด ความกังวลทำให้เกิดความอ่อนคลาย ส่งเสริมความเข้มแข็งของจิตใจ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545)

การสนับสนุนของครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าการได้รับความรัก ห่วงใย เอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยอดทนในการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ธนัญญา น้อยเปียง (2545) และสะท้อนให้เห็นถึงความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล เป็นแนวทางการพยาบาลแบบองค์รวม อย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่าการบริหารกาย-จิต แนวชีกง เป็นการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อการปรับ สมดุลภายในร่างกายก่อให้เกิดความอ่อนคลาย การเคลื่อนไหวเป็นการออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ แสดงถึงการลดผลกระทบทางร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป ทั้งการสนับสนุนจากพยาบาลในการให้ข้อมูลที่เพียงพอกับความต้องการของแต่ละคน การได้รับกำลังใจและเอาใจใส่จากบุคคลอื่นเป็นที่รักจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้ด้วยตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีกง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจตามสาเหตุของอาการ และดูแลตนเองในการจัดการกับอาการ สามารถเผชิญกับความเป็นจริง และมีกลวิธีเป็นแนวทางในการบรรเทาอาการได้ด้วยตัวเอง จากการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแนวชีกง เพื่อให้เกิดความสงบและผ่อนคลายมากขึ้น โดยมีญาติซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและบุตร เป็นผู้สนับสนุนคอยกระตุ้น ให้ความช่วยเหลือ เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และพยาบาลมีส่วนในการเติมส่วนที่ผู้ป่วยและญาติยังขาดอยู่ สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ต่อเนื่อง ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ ที่มีความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า ในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวเอง ว่า มีการรับรู้ เข้าใจสาเหตุและประเมินอาการความรุนแรง หรือผลกระทบต่อชีวิตแล้วมีประสบการณ์การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างไร จากนั้นผู้วิจัยจะประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับโรค สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้มีการรับรู้ถึงความหมายและสาเหตุของความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้าและอาการที่เกิดขึ้น ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และผลของการฝึกชีกง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับสาเหตุได้อย่างเหมาะสม การให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคล เปิดโอกาสให้ซักถามในส่วนที่ไม่เข้าใจ เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่ กำเนินถึง

ความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยมีญาติที่เป็นผู้ดูแลต่อเนืองที่บ้าน เข้าร่วมรับ โปรแกรมพร้อมกัน เพื่อให้เกิดความเป็นองค์รวม แสดงถึงความร่วมมือ ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้วิจัย ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะเป็นกำลังใจ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ และช่วยเหลือกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่า มีความหวัง ในการตั้งใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง (โอริเอม 1985 อ้างใน พรหมรุจิไพโรจน์, 2550)

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิต แนวซิงก ผู้วิจัยพูดคุยประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลตัวเองเพื่อลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในสัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้สาธิต และให้ผู้ป่วยกับญาติร่วมฝึกไปพร้อม ๆ กัน และฝึกสาธิตย้อนกลับจนกว่าผู้ป่วยจะฝึกได้สำเร็จ ในการฝึกเน้นการมีสมาธิ ตามการเคลื่อนไหวของร่างกายที่สัมพันธ์กับการหายใจ ยึดหลักการเคลื่อนไหวเป็นวง (Roundness) ความนุ่มนวล (Softness) และหลักการยืดขยายออก (Extensiveness) ประกอบด้วย 4 กระบวนท่า คือ ปรับลมปราณ ยืดอกขยายทรวง อินทริทะยานฟ้าและลมปราณชานกาศยา นอกจากนี้ยังได้มีการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยได้เห็นประโยชน์และความจำเป็นในการฝึกอย่างต่อเนื่อง การลงบันทึกการฝึกและความรู้สึกของผู้ป่วยแต่ละครั้ง ไว้ในคู่มือการบริหารกาย-จิต ที่มอบให้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคใดๆเกิดขึ้นหรือไม่ และร่วมกันวางแผนแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกับการประเมินผลความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตแนวซิงกว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้สม่ำเสมอหรือไม่และผลเป็นอย่างไร จากการบันทึกของผู้ป่วย ว่า เป็นไปตามข้อกำหนดและมีปัญหาอุปสรรคในการฝึกหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซิงก มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซิงก มีความเหนื่อยล้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง Quasi Experimental research แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซิงกต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพศ

หญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ให้การรักษาเฉพาะทางโรคมะเร็ง และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด เพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือน เมษายน 2552 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดแบบตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิงชนิดตัดแปลง (Modified radical mastectomy, MRM) และได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดสูตร FAC ตั้งแต่ชุดที่ 1 ขึ้นไป ซึ่งการวินิจฉัยโรผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 2 จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง ในวันอังคาร และกลุ่มควบคุมในวันพฤหัสบดี จนครบทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีก่ง ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ The State Anxiety Inventory Form Y-1 ของสปิลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, 1983) และแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ The Piper Fatigue Scale, 1998 วัดผลทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม ใช้เวลาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโปรแกรมนาน 3 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มตามสถานการณ์

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น	โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชีก่ง
ตัวแปรตาม	ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความเหนื่อยล้า หมายถึงความรู้สึกในการรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ได้แก่อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ขาดพลังงานจนถึงรู้สึกหมดแรง ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดต่อระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้า และผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการทำงานและการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม ว่ามีผลกระทบในระดับใด (Piper, et al., 1998: 684)

1. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า หมายถึงการรับรู้ ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดต่อระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้า และผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการทำงานและการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม ว่ามีผลกระทบในระดับใด
2. ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดต่อลักษณะของความเหนื่อยล้าที่ประสบอยู่ว่าความเหนื่อยล้า นั้นเป็นอย่างไร เป็นเรื่องปกติ หรือผิดปกติ เป็นคุณประโยชน์หรือเป็นโทษ เป็นสิ่งที่น่าพอใจหรือไม่พอใจ
3. ด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีต่อตนเอง ว่ามีความแข็งแรง พละกำลัง ความสดชื่น มีชีวิตชีวาในระดับใด

4. ด้านสติปัญญาและอารมณ์ หมายถึงความสามารถในการมีสมาธิ ความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆ และความสามารถในการคิดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งวัดได้จากการประเมินความเหนื่อยล้าของ ไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) โดยใช้แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (The Piper's Fatigue Scale, 1989; 1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยเพ็ญใจ คาโลปการ (2545)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่เกิดจากการประเมินหรือคาดการณ์สถานการณ์ต่างๆ หรือสิ่งที่กำลังคุกคามหรือเผชิญอยู่ในขณะนั้น เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ตื่นเต้น กระสับกระส่าย ซึม ซึ่งประเมินได้โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล (State-trait Anxiety Inventory: STAI) form Y-1 ของSpielberger (1983) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์และสม โภชน์ เอี่ยมสุภานิชิต (Spielberger, 1983 อ้างในปริญา สนิกะวาทิ, 2542) เป็นในลักษณะของการตอบคำถาม และอธิบายแก้ไขข้อสงสัยหรือปัญหาตามทีผู้ป่วยแต่ละรายซักถาม

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชีกง เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและญาติ เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ 2001 ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิต แนวชีกงของเทิดศักดิ์ เศษคง และการมีส่วนร่วมของญาติ โปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1. การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ จากนั้นประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ การรับรู้ และการจัดการอาการวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง จากนั้นประเมินความต้องการความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับสาเหตุและผลกระทบของ ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า และประสบการณ์การบริการกาย-จิต แนวชีกง จากผู้ป่วยเองเพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

2. การให้ความรู้ เป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยร่วมกับญาติ ประกอบกับคู่มือ โดยให้ข้อมูลตามการประเมินความต้องการ ความรู้ของผู้ป่วยและประเมินในสิ่งที่ผู้ป่วยขาดเพื่อปรับการรับรู้ของผู้ป่วยให้มีความเข้าใจตามสาเหตุ และอาการที่เกิดขึ้นจริงและสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งรายละเอียดครอบคลุมเรื่อง โรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบของ ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า การบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตแนวชีกง ประโยชน์และผลของการบริหารกาย-จิตแนวชีกง ต่อการลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า เปิดโอกาสให้ซักถาม

3. พัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแนวชีกง ผู้วิจัยสอนพร้อมสาธิตทำในการฝึกบริหารกาย-จิตแนวชีกง ประกอบด้วย 4 กระบวนการทำ คือ ปรับลมปราณ ยืดขยายทรวง อินทริทะยานฟ้าและ

ลมปราณชานกายา แนะนำผู้ป่วยในการฝึกกายบริหาร ด้วยการมีสมาธิตามการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับลมหายใจ ยึดหลักการเคลื่อนไหวเป็นวง ความนุ่มนวล และหลักการยืดขยายออก ผู้วิจัยพูดคุยซักถามถึงความรู้สึกในการฝึก ปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัย และช่วยหาแนวทางแก้ไข จากนั้นมอบสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าด้วยการบริหารกาย-จิตแนวซิงกง ให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกต่อที่บ้าน ในการฝึกที่บ้านแนะนำให้เห็นความสำคัญ ให้ญาติมีส่วนร่วมและช่วย การฝึกที่บ้านต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที ระยะเวลา 3 สัปดาห์

4. การประเมินผล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับ จากการนำความรู้เรื่องการบริหารกาย-จิต แนวซิงกงไปใช้ว่าได้ผลเพียงใด และร่วมกันวางแผนแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น ระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกับประเมินการฝึกปฏิบัติ การบริหารกาย-จิตแนวซิงกง ว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ผลอย่างไรและสม่ำเสมอหรือไม่ การติดตามผู้ป่วยเพื่อสอบถามปัญหาและการจัดการอาการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ โดยการใช้โทรศัพท์ การมีส่วนร่วมของญาติในการช่วยเหลือต่างๆ

ญาติ หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือคู่สมรส และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการที่เป็นการดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ โดยเป็นการให้ความรู้และข้อมูลในลักษณะที่เน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องของแผนการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการปฏิบัติตัว ขณะเข้ารับการรักษาต่อผู้ป่วยจำนวนมากหรือพร้อม ๆ กันหลายคนหรือรายบุคคลตามสถานการณ์ การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย จะเป็นในลักษณะของการตอบคำถาม และอธิบายแก้ไขข้อสงสัยหรือปัญหาตามที่ผู้ป่วยแต่ละรายซักถาม

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เป็นความรู้ใหม่เกี่ยวกับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาล ที่จะนำไปสู่การพัฒนาการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ในการลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. โปรแกรมการพยาบาลที่เกิดขึ้น แสดงถึงลักษณะของความร่วมมือกันระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล ซึ่งเป็นทิศทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน
3. ใช้เป็นแนวทางในศึกษาวิจัย ค้นหารูปแบบการพยาบาลแบบใหม่ ๆ ที่จะนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดและขยายผลสู่ผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซิงก์ ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการ ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ไว้ ในหัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและการรักษา
2. แนวคิดความวิตกกังวล
3. แนวคิดความเหนื่อยล้า
4. แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model)
5. แนวคิดการบริหารกาย-จิตแนวซิงก์
6. การมีส่วนร่วมของครอบครัว
7. บูรณาการแบบจำลองการจัดการกับอาการ การบริหารกาย-จิตแนวซิงก์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและการรักษา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยและอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี พบมากในคนอายุ 40 ปีขึ้นไปโดยพบว่าเพิ่มจาก ร้อยละ 19 ต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงอายุ 35 ปี เป็นร้อยละ 32.1 ต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป (ศิริวุฒิ คูหะเปรมะ, 2550) ลักษณะของโรค เกิดจากเซลล์ของเนื้อเต้านมที่มีการเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงไปอย่างผิดปกติ สามารถ แพร่กระจาย (Systemic disease) มากกว่าจำกัดเฉพาะที่ (Localized disease) ทำให้ลุกลามสู่อวัยวะ น้ำเหลือง ผนังหลอดเลือดและอวัยวะอื่นๆ ในที่สุดแม้ว่าก้อนมะเร็งจะมีขนาดเล็ก และยังไม่มีการ กระจายสู่อวัยวะน้ำเหลืองก็ตาม อวัยวะที่พบว่าการกระจายไปได้บ่อย คือ ปอด กระดูก ตับ ต่อม หมวกไต รังไข่ และสมอง

สาเหตุของโรคมะเร็งเต้านมที่แท้จริงยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกรวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่างๆ อายุที่มากขึ้นมีโอกาที่จะเกิดได้มากขึ้น ช่วงวัยที่เสี่ยงคืออายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และอายุที่มากกว่า 65 ปี จะมีความเสี่ยงถึง 4 เท่า ส่วนใหญ่ จะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม เช่น มารดา พี่สาว น้องสาว หรือบุตรสาว ความเสี่ยงเป็น 2 เท่า รวมทั้งผู้ที่มีประวัติการมี ประจำเดือนครั้งแรกอายุก่อน 12 ปี และผู้ที่หมดประจำเดือนช้าคือประจำเดือนหมดหลังอายุ 55 ปี

การไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี โดยมีการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์และมีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อยและมากกว่า 30 ปี หรือ ไม่มีบุตร โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเป็น 2 เท่าของสตรีที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 20 ปี (กิติ จินดาวิจักษณ์, 2533) หรือหลังคลอดไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สตรีที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งมาก่อนมีโอกาเป็นอีกข้างหนึ่ง 4-15 เท่าของสตรีที่ไม่เคยเป็น (Stoll, 1983) นอกจากนี้การตรวจพบมะเร็งในระบบสืบพันธุ์อื่นๆ เช่น มะเร็งมดลูก มะเร็งรังไข่หรือแม้แต่มะเร็งลำไส้ ประวัติการใช้หรือรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนนานกว่า 5-10 ปี

ปัจจัยเสี่ยงจากองค์ประกอบอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมัน โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์และเนื้อสัตว์ในปริมาณที่สูง การดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ มีการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุยังไม่ถึง 16 ปี เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมสูงและพบว่าผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 25 (นรินทร์ วรวิทย์, 2550) การขาดการออกกำลังกายในคนอ้วน โดยเฉพาะในวัยหมดประจำเดือน มีความเสี่ยงถึงร้อยละ 30 การมีประวัติ เคยรับรังสี ในวัยเด็ก หรืออายุต่ำกว่า 35 ปี การมีภาวะเครียด คาเฟอีน ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้ (ศุภกร โรจนนรินทร์และคณะ, 2544; สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2545; ธนิต วัชรพุกก์, 2546; นรินทร์ วรวิทย์, 2550)

1.1 อาการและอาการแสดง ในระยะแรกก้อนขนาดเล็ก ไม่ปวด ไม่พบความผิดปกติ ส่วนใหญ่คลำพบก้อนที่เต้านม และรักแร้โดยบังเอิญ อาการเจ็บบริเวณเต้านมแบบเสียดแทงเฉพาะที่ไม่ร้าวไปที่ใด การเปลี่ยนแปลงขนาดของเต้านม การดิ่งรั้งของหัวนม หัวนมบุ๋มลง ถ้ามีการขยายขนาดที่มากขึ้นผิวลักษณะคล้ายส้ม Orange Peel แตกเป็นแผล มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึมหัวนม อาจมีแขนบวม บริเวณที่พบส่วนใหญ่จะพบส่วนบนด้านนอก (upper outer quadrant) ร้อยละ 50 บริเวณหัวนม ร้อยละ 20 ส่วนล่างด้านนอกของเต้านม (lower outer quadrant) ร้อยละ 10 และส่วนในของเต้านม (medial half) ร้อยละ 20 (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536, ศุภกร โรจนนรินทร์และคณะ, 2544, สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2545, ธนิต วัชรพุกก์, 2546, กริช โพธิสุวรรณ, 2545, ธนิต วัชรพุกก์, 2546)

1.2 การรักษา การรักษาขึ้นอยู่กับระยะของโรค และสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ปัจจุบันนิยมใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกันเพื่อเกิดผลการรักษามีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น

1.2.1 การรักษาเฉพาะที่ (Local treatment) การรักษาเฉพาะที่ คือ การใช้วิธีการผ่าตัด (Surgery) มีหลายวิธีใน เช่น การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิง (Radical mastectomy) แบบตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิงชนิดดัดแปลง (Modified radical mastectomy, MRM) แบบตัดนมออกทั้งหมด (Simple mastectomy) หรือการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Breast conservative surgery) และการใช้รังสีบำบัด (Radiotherapy) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะต้องสามารถควบคุมโรคเฉพาะที่และป้องกันหรือลดการแพร่กระจายของโรคให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด รังสีรักษาได้เข้ามามีบทบาทสำคัญ ประกอบกับปัจจุบันแนวโน้มของวิธีการผ่าตัดเพื่อรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นจะพยายามหลีกเลี่ยงการตัดเต้านมออก ซึ่งในกรณีเช่นนี้รังสีรักษาจึงเข้ามามี

บพบามากขึ้น เพื่อทำลาย microscopic disease ที่อาจหลงเหลืออยู่บริเวณ chest wall และ peripheral lymphatic และพบว่าการใช้รังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัดสามารถลดการกลับเป็นซ้ำลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรศรี คิทธอบ, 2535: 272; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544:145)

1.2.2 การรักษาทั้งระบบ (Systemic treatment) ได้แก่ การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) ฮอร์โมนบำบัด (Hormonal therapy) ปัจจุบันเคมีบำบัดถูกนำมาใช้มากขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาเสริม (adjuvant treatment) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างเดียว มีโอกาสมีชีวิตรอดถึง 10 ปี เพียงร้อยละ 50 ส่วนที่เหลือมีการกลับเป็นซ้ำและเสียชีวิตไป การให้เคมีบำบัดผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถลดอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น นอกจากนั้นการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัดในระยะที่มีการแพร่กระจาย (chemotherapy for advanced and metastasis disease) ใช้รักษาเพื่อบรรเทาอาการพิจารณาผู้ป่วยจากปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถ้ามีอัตราเสี่ยงต่ำ คือ อายุมากกว่า 65 ปี อยู่ในวัยหมดประจำเดือน hormone receptor positive การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด จะได้ผลดี แต่กรณีปัจจัยเสี่ยงสูง คือ อายุน้อยกว่า 50 ปี อยู่ในวัยก่อนหมดประจำเดือน hormone receptor negative พิจารณาให้เคมีบำบัด (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536:31-34; อาคม เขียรศิลป์, 2538:156; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544:142-144; กริช โพธิสุวรรณ 2545; สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548) เคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษา ได้แก่

(1) CMF ประกอบด้วย Cyclophosphamide Methotrexate และ 5-Fluorouracil ในแต่ละ cycle จะให้ซ้ำทุกๆ 4 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 6 เดือน

(2) AC ประกอบด้วย Doxorubicin, Cyclophosphamide ทางหลอดเลือดดำทุก 3 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 3-4 เดือน FAC หรือ CAF ประกอบด้วย 5-Fluorouracil, Doxorubicin และ Cyclophosphamide ใช้เวลาประมาณ 4-6 เดือน

(3) AC+T ประกอบด้วย Doxorubicin Cyclophosphamide และ Paclitaxel: Taxol ใช้เวลานาน 6-8 เดือน ในกรณีก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มาก ไม่สามารถผ่าตัดและหรือฉายรังสี (Locally advanced disease) เคมีบำบัดถูกนำมาใช้เพื่อลดขนาดก้อน และควบคุม micro metastasis ก่อน โดยทั่วไปจะให้ยาประมาณ 3 cycle แล้วจึงรักษาด้วยการผ่าตัดและหรือฉายรังสีต่อไป ในบางรายจะพิจารณาให้ยาต่อหลังจากที่ได้รับการรักษาเฉพาะที่แล้ว โดยจะให้ยาอีก 3 cycle

1.3 อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด เมื่อยาเคมีบำบัดผ่านเข้าสู่ร่างกาย จะออกฤทธิ์ในการทำลายเซลล์ทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ และผลข้างเคียงของยาเคมี

1.3.1 ผลต่อระบบทางเดินอาหาร จะพบได้บ่อยในระยะที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียน พบได้จากแบบเฉียบพลันภายใน 1-2 ชั่วโมง หายไปภายใน 24 ชั่วโมง อาเจียนเรื้อรังเกิดหลังได้ยา 24 ชั่วโมง แล้วนาน 5-7 วัน อาเจียนจากการคาดคะเนเกิดก่อนได้รับยาเคมีบำบัดเมื่อได้เห็น กลิ่นหรือนึกถึงที่เกี่ยวกับเคมีบำบัด อาการปากแห้งเยื่อช่อง

ปากอักเสบ เกิดจากความบกพร่องในการสร้างเซลล์ใหม่ ซึ่งเป็นผลจากเคมีบำบัดทำให้ไม่มีเซลล์ใหม่แทน เซลล์เก่าที่หลุดออกไปเกิดเป็นแผลปวด รับประทานอาหารได้น้อย มีโอกาสติดเชื้อ เบื่ออาหาร ท้องเสีย ท้องผูก

1.3.2 ผลต่อผิวหนัง ผม ขน และเล็บ ผู้ป่วยบางรายมักจะมีอาการของผิวหนังแห้ง ผม ขน เล็บ สีคล้ำ ไรต่อแสง ผิวคล้ำกว่าปกติ มีรอยดำที่เล็บ และบางรายอาจเกิดผื่นคันตามผิวหนัง ผมและขนมักมีการหลุดร่วง เกิดผมร่วง สูญเสียภาพลักษณ์ แต่ผมที่หลุดร่วงไปจะงอกใหม่เมื่อผู้ป่วยเลิกใช้ยาเคมีบำบัด ประมาณ 2-3 เดือน

1.3.3 ผลต่อระบบไขกระดูก ไขกระดูกถูกกดทำให้เซลล์เม็ดเลือดในไขกระดูกลดลง ทำให้เกิดการสร้างเม็ดเลือดน้อย ทำให้เกิดการลดลงของเม็ดเลือดแดงซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีด อ่อนเพลียไม่มีกำลัง ปวดศีรษะ มึนงง เหนื่อยง่าย หรือหนาวง่าย ในกรณีที่มีอาการซีดมากๆ อาจเกิดอาการหายใจสั้น ใจสั่น ถ้ารุนแรงมากอาจมีความดันโลหิตต่ำ หัวใจวายได้ การลดลงของเม็ดเลือดขาว ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานโรคต่ำลง มีโอกาสติดเชื้อต่างๆ ได้ง่าย การลดจำนวนของเกร็ดเลือด จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกง่ายกว่าปกติ โดยอาจมีเลือดออกตามผิวหนัง หรือเลือดออกตามไรฟันได้ ผู้ป่วยบางรายมีอาการแปรปรวน หงุดหงิดง่าย ความผิดปกติระบบสืบพันธุ์ ยาบางชนิดมีผลต่อการผลิตฮอร์โมนและ สเปิร์ม เป็นหมันชั่วคราว

1.3.4. ผลต่อกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ประสาทรับความรู้สึก ชา เจ็บ เหมือนเข็มตำและอาการ โดยผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง ไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย ยาเคมีบางชนิดมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาตามบริเวณปลายมือปลายเท้า

1.3.5. ระบบประสาท

1.3.6. ไต กระเพาะปัสสาวะอักเสบ เกิดยูริคตคผลึกในท่อไต

1.3.7 ดับ เอ็นไซม์ SGO T, SG PT, CPK เพิ่มขึ้นอาจเกิดตับแข็งได้

1.3.8 อาการปวด 70% ของมะเร็งกระดูกจะปวดร่วมด้วย โดยเกิดจากตัวโรค

1.3.9 เหนื่อยล้า มีอาการเหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรงจะเกิด 3-4 วัน จนถึง 10 วัน จะลดลงเรื่อยๆ ส่งผลต่อการนอนไม่หลับไม่มีประสิทธิภาพ ความอยากอาหารลดลง

1.3.10 ทูพโภชนาการ เบื่ออาหาร อาเจียน เจ็บปาก ทำให้ได้อาหารน้อยลง

1.4 ผลกระทบจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด

1.4.1 ด้านร่างกาย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด การสูญเสียเต้านมทั้งหมด หรือบางส่วน การเลาะต่อมน้ำเหลือง ทำให้รูปลักษณ์ เต้านมผิดปกติ ไปจากเดิม เส้นประสาทบางส่วนถูกตัดขาด การดึงรั้งของแผล เกิดรอยแผลเป็น ภาวะแขนบวม อาการชาใต้ท้องแขน การรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลจากชนิดของยา ขนาดและความถี่ของการใช้ยา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ภาพลักษณ์ผมร่วง หลอดเลือดดำอักเสบ เล็บดำ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ภูมิคุ้มกันบกพร่อง การติดเชื้อง่าย

อาการบวมแดงบริเวณขาแข้ง การกลืนลำบาก ไอและอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยล้า วิตกกังวล และนอนไม่หลับ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; พินทุสร โชตนาการ, 2539)

1.4.2 ด้านจิตใจ การเป็นมะเร็งเต้านม ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทำให้เกิดภาวะเครียด Morrison (1997 อ้างใน ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, 2542) ผู้ป่วยมักมีการเผชิญปัญหาที่กระทบจิตใจสูงตั้งแต่การรับรู้ความผิดปกติ จนระยะสุดท้ายของการดำเนินโรค ปัญหาทางจิตใจขึ้นอยู่กับผลกระทบทางร่างกายที่เกิดจากการรักษาและการตอบสนองของแต่ละบุคคล (ภัทรภรณ์ ทุ่งคำปิ่นและคณะ, 2546) การเผชิญกับอาการแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะพบกับความไม่สบายกาย ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะจิตสังคมพบบ่อยคือ ความวิตกกังวลพบได้ถึงร้อยละ 60 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Trief and Smith, 1996 อ้างใน พงนิ รอดจินดา, 2541) โดยมีความวิตกกังวลต่อการแพร่กระจายของโรคร้อยละ 96.7 การกลืนเป็นขำร้อยละ 93.3 และความไม่แน่นอนในชีวิตร้อยละ 83.8 (ศุภาพร ฟองมูล, 2550) การขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค การรักษา อาการข้างเคียง และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการที่เหมาะสม นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว สังคม ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาการเปลี่ยนแปลง ภาวะลักษณะที่เพิ่มขึ้น เช่น ผมหงอก ผิว เล็บ ดำ การมีน้ำหนักเพิ่ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; พินทุสร โชตนาการ, 2539; อุบล จัวงพานิช, 2539; กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้สูง บางรายไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผิดนัด หรือปฏิเสธการรักษา หรือการเลื่อนการรับยาออกไปมีผลต่อความรุนแรงของโรค (ปริญญา สนิกะวาที, 2542)

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งองค์รวม ควรได้รับการดูแลเพิ่มขึ้น ต่อระบบต่างๆเหล่านี้ อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

1.5.1 ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ล้างมือบ่อยๆ หลีกเลียงสถานที่แออัด แหล่งชุมชน การสัมผัส ผู้ที่เป็นโรคติดต่อ และรักษาร่างกายให้อบอุ่น รับประทานอาหารที่ปรุงสุก และสะอาดอยู่เสมอ

1.5.2 รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน เพื่อให้ร่างกายมีการสร้างพลังงานเพียงพอกับการใช้พลังงาน เลี่ยงหวานจัด มัน ของทอด มีกลิ่นจัด เลี่ยงการนอนใน 2 ชั่วโมงแรก หลังรับประทานอาหาร พยายามรับประทานอาหารเสริมเพิ่มขึ้น

1.5.3 อาการเบื่ออาหารควรหาวิธีที่จะช่วยไม่ให้เครียด ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการ รับประทานอาหาร หรือ รับประทานอาหารกับเพื่อนฝูง

1.5.4 ดื่มน้ำให้ได้เพียงพออย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซีต่อวัน ขับของเสียเช่นกรดยูริกออกจากร่างกายทางไต ระบายความร้อน สดชื่น

1.5.5 พักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในเวลากลางคืน เวลากลางวัน ควรนอนพักผ่อนอย่างน้อย วันละ 1-2 ชั่วโมง แต่ไม่ควรนอนตลอดทั้งวันเพราะกล้ามเนื้อ จะอ่อนแรง แต่หากนอนไม่หลับให้ปฏิบัติดังนี้ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนตั้งแต่ช่วงเย็นก่อน เข้านอน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม แต่ควรเปลี่ยนเป็นเครื่องดื่มอุ่นๆ เช่น นมหรือน้ำจืดอุ่นๆ ชัก 1 แก้ว ก่อนเข้านอน จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่น่านอน ทำจิตใจให้ผ่อนคลายก่อนเข้านอน แต่หากยังนอนไม่หลับควรแจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อช่วยแนะนำแต่ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

1.5.6 ออกกำลังกายตาม ความสามารถของร่างกาย เนื่องจากจะทำให้ เลือดไหลเวียนได้ดี

1.5.7 ลดความเร็วของการทำกิจกรรมต่างๆลง หยุดพักบ่อยๆ แต่ไม่ควรนานเกิน 30-40 นาที และขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว หากมีอาการอ่อนเพลียมาก

1.5.8 ดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติ โดยการดื่มน้ำมากๆ รับประทานอาหาร ที่มีกากเส้นใย มาก เช่น ผัก ผลไม้ และออกกำลังกายเสมอ เพื่อช่วยให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น

1.5.9 ลดหรือผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวล เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การทำกิจกรรมอื่นเพื่อ เบี่ยงเบนความสนใจ

1.5.10 ป้องกันและบรรเทา อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด

1.5.10.1 บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยการหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหาร 1-2 ชั่วโมงก่อนได้รับเคมีบำบัด หรือรับประทานอาหารเมื่อหนักก่อนได้รับเคมีบำบัด 3-4 ชั่วโมงแล้วจึงรับประทานอาหารอ่อนๆ โดยรับประทานทีละน้อยๆซ้ำๆแต่บ่อยครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้กระเพาะอาหารแน่นจนเกินไป จนเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด อาหารเย็นจัดหรืออาหารร้อนจัด หรืออาหารที่มีกลิ่นฉุนและอาหารมันมาก เป็นต้น นอกจากนี้ควร รับประทานยาควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนตามคำสั่งของแพทย์ก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรืออาจใช้วิธีดื่มน้ำอุ่นๆหรือกลั้วปากด้วยน้ำอุ่น เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ทำความ สะอาดปากฟันอย่างถูกวิธี หรือใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลายความตึงเครียดและความ วิตกกังวล เป็นต้น

1.5.10.2 ป้องกันเชื้อช่องปากอักเสบ โดยทำความสะอาดปาก ฟันอย่าง ถูกวิธีภายหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง ด้วยแปรงที่มีขนนุ่ม หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด หรือเครื่องดื่มที่ ร้อนจัดหรือเย็นจัดหรืออาหารแข็งทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ง่าย

1.5.10.3 อาการท้องเสีย เมื่อมีอาการท้องเสีย บรรเทาอาการโดย รับประทานอาหารอ่อนที่ย่อยง่าย สุกสะอาดมีกากและเส้นใยน้อย แต่มีโปรตีนและแคลอรีสูง เช่น ชุบน้ำใส หลีกเลี่ยงการดื่มนมสดและอาหารหรือเครื่องดื่มที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร หาก อาการดีขึ้นจึงค่อยๆรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นทีละน้อย โดยเริ่มจากอาหารที่มีกากใยน้อยๆ เช่น

น้ำข้าว น้ำเต้าหู้ โจ๊ก และข้าวต้ม เป็นต้น และควรสังเกตจำนวน ลักษณะ ความถี่ของการถ่ายอุจจาระในแต่ละวันถ้ามีมากต้องรีบมาพบแพทย์

1.5.10.4 ป้องกันและบรรเทาอาการผมร่วงโดย สระผมด้วยแชมพูชนิดอ่อนๆ หวีผมเบาๆ ใช้แปรงหวีผมลักษณะนุ่ม หลีกเลี่ยงการใช้สเปรย์ การใช้ไดร์เป่าผม การอบผม หรือตัดผม ไว้ผมสั้นเพื่อให้ผมร่วงดูไม่มากเกินไป อาจใช้วิธีสวมวิกผมปลอมไว้เมื่อผมร่วงมาก หรืออาจสวมหมวก หรือใช้ผ้าโพกศีรษะไว้ ซึ่งจะช่วยป้องกันหนังศีรษะและไม่ทำให้ผมร่วงดูชัดเจนมาก

1.5.10.5 ผิวแห้ง และ คัน รักษาความสะอาดของผิวหนัง และใช้ครีมหรือโลชั่น ทาผิวให้ชุ่มชื้นหลังอาบน้ำทุกครั้ง ไม่เกาหรือถูผิวหนังแรงๆ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด

1.5.10.6 การป้องกันการติดเชื้อจากการที่มีเม็ดเลือดขาวลดลง ทำได้โดยรับประทานอาหารที่สุก สะอาด ทำความสะอาดร่างกายและปากฟันอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเชื้อหรือการได้รับเชื้อจากบุคคลอื่น เช่น คนเป็นหวัด หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า หรือหอประชุม เป็นต้น หมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

1.5.10.7 การป้องกัน ภาวะช็อค กระทำได้โดยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ ตับสัตว์ ไข่แดง นม ถั่วเมล็ดแห้ง ผักใบเขียว เช่น ตำลึง คื่นช่าย และควรรับประทานผลไม้ประเภทส้ม ฝรั่ง ที่ให้วิตามินซี เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กให้ดีขึ้น

1.5.10.8 ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ การป้องกันการเกิดเลือดออกจากการที่มีเกร็ดเลือดลดลงหรือมีภาวะเลือดออกง่ายกระทำได้โดย หลีกเลี่ยงจากกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อผิวหนัง หรือเชื่อบุต่างๆ และคอยสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่แสดงถึงการมีเลือดออก เช่น ถ่ายอุจจาระดำ มีเลือดออกตามไรฟัน หรือมีจุดจ้ำเลือดออกตามผิวหนัง เป็นต้น

1.5.10.9 หลอดเลือดดำอักเสบ สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณผิวหนังที่ให้เคมีบำบัดอย่างสม่ำเสมอและรีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

2. แนวคิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล มีรากศัพท์เดิม มาจากภาษากรีก หมายถึง กดให้แน่น รัคให้แน่น ซึ่งเป็นความบีบคั้น และในภาษาละติน หมายถึง ความแคบ หรือตีบตัน เป็นความไม่สุขสบาย ความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้น ความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ความรู้สึกตื่นกลัวในบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้ และความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคต (Stuart & Suddeen, 1979) ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างหนึ่งของมนุษย์ เกิดได้กับบุคคลในทุกๆ ระยะเวลาของวงจรชีวิตตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งตายเป็นสัญญาณอันตรายของจิตใจที่บอกรู้สึกถึงความสมดุลเกิดขึ้นในจิตใจ จำเป็นที่บุคคลต้อง

กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อรักษาระดับสมดุลทางอารมณ์เอาไว้ (Johnson, 1993 อ้างใน
ปริญญา สนิกะวาที, 2542)

2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความวิตกกังวลไว้หลายท่าน

Grainger (1990) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่มีประโยชน์
เพราะช่วยให้บุคคลมีการตื่นตัวในการปฏิบัติงาน และช่วยป้องกันอันตรายแต่ถ้าบุคคลมีความวิตก
กังวลมากเกินไปจะทำให้การรับรู้ ความจำ และการปรับตัวเสียไป จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
ทางด้านร่างกาย

Montgomery and Morris (1992) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ไม่
ราบรื่น รวมทั้งเพิ่มความรู้สึก ความคิดในด้านลบ เกิดได้ในบุคคลทั่วไป ความกังวลเป็นความรู้สึก
กลัว และความหวาดหวั่น รวมถึงสิ่งที่คุกคามที่ไม่คาดคิด และไม่สามารถควบคุมได้ ความวิตก
กังวลจะกระตุ้นให้เกิดความกระวนกระวาย

สปีลเบอร์เกอร์และไซด์แมน (Spielberger & Sideman, 1994 อ้างในปริญญา สนิกะวาที,
2542) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นความเครียดที่เกิดจากการคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล
โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้าน
ร่างกายและจิตใจขึ้น

Stuart and Laraia (2001) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจ เป็น
ความรู้สึกต่อสถานการณ์บางอย่างที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวาดหวั่นต่อผลที่อาจเกิดขึ้น บางครั้งจะ
รู้สึกอึดอัด กระสับกระส่าย ตื่นกลัว หรือตระหนกตกใจในบางสิ่งที่ยังบอกไม่ได้ นอกจากนี้ก็จะมี
ความรู้สึกไม่แน่ใจ หรือไม่มั่นใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

NANDA nursing diagnosis category (cited in Barry, 2002) ให้ความหมายของความวิตก
กังวลว่า เป็นความขัดแย้งของจิตได้สำนึกในเรื่องเกี่ยวกับคุณค่า ความหมาย หรือเป้าหมายของชีวิต
เช่น ความเป็นตัวเอง (self-concept) ความตาย (death) การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ (rolefunctioning)
การเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิต (situational/maturational crisis) การที่ความต้องการไม่ได้รับการ
ตอบสนอง (unmet needs)

ชอลดา พันธุเสนา (2536) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูก
คุกคาม เสี่ยงภัย ตกอยู่ในอันตราย หรือตกอยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัย ความไม่แน่นอน
ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกนี้จะทำให้บุคคลเกิดความหวาดกลัว ตึงเครียด
กระวนกระวายใจ หรือไม่สบายใจ โดยมีการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2541) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่มี
ความรู้สึกไม่พอใจ เนื่องจากรู้ว่าตนเองถูกข่มขู่ หรือจะมีอันตราย หรือการที่อยู่ในสภาวะที่ไม่รู้ว่า

อะไรจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งสภาวะทางอารมณ์เช่นนี้ คนเราอาจจะรู้สึกเครียด รู้สึกวิตกหรือหวาดกลัว สภาวะเช่นนี้กล่าวได้ว่าได้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลขึ้นแล้ว

ปริญญา สนิกะวาที (2542) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในมนุษย์ที่มีความไม่สบาย รู้สึกเหมือนตนเองถูกคุกคาม ตกอยู่ในอันตราย ไม่ปลอดภัย เกิดจากการประเมินสถานการณ์ต่างๆ ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสภาพการณ์นั้นอาจเกิดขึ้นจริง หรือ เป็นเพียงการคาดคะเนก็ได้

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2543) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้าย หรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

จากความหมายข้างต้นอาจสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ความกลัวและการคาดเดาที่มีต่อสถานการณ์ที่ต้องรับการรักษาว่าเป็นภาวะที่คุกคาม เกิดความไม่แน่นอนในผลการรักษา ไม่มั่นใจในความปลอดภัย และไม่แน่นอนว่าจะมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นกับตัวเองในเวลาต่อมา ทำให้เกิดความเครียด ไม่สบายใจ และมีผลต่อพฤติกรรมและการแสดงทั้ง ทางร่างกาย และจิตใจ

2.2 สาเหตุของความวิตกกังวล โดยทั่วไปความวิตกกังวลเกิดได้จากสาเหตุหลายประการ อาจเป็นสาเหตุภายนอกหรือภายในบุคคล ทำให้รู้สึกว่ามีความเสี่ยงต่อสวัสดิภาพของตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลทางร่างกายและจิตใจ Kneisl (1996) ได้แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวลตามสิ่งคุกคามต่อร่างกาย เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

2.2.1. สิ่งคุกคามทางชีวภาพ (Threats to biologic integrity) เป็นสิ่งที่จะเข้ามารบกวนความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการอาหาร เครื่องดื่ม อุณหภูมิที่ร้อนจัด เย็นจัดเกินไป ความกดดันของบรรยากาศความมืดแสงและเสียงที่รบกวน การสูญเสียอวัยวะ การเกิดโรคและความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงสถานที่อยู่ที่คุ้นเคย เช่น การมาอยู่โรงพยาบาล การได้รับการตรวจด้วยเครื่องต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคยและก่อให้เกิดความเจ็บปวด การต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น

2.2.2 สิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง (Threats to the security of the self) ได้แก่ ความคาดหวังที่คิดว่ามีความสำคัญต่อตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการยอมรับนับถือไม่ได้รับการตอบสนอง การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองไม่ได้รับการยินยอมหรือเห็นด้วยจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตน ไม่สามารถเพิ่มการยอมรับนับถือตนเองหรือการยอมรับจากบุคคลอื่น ความรู้สึกผิดหรือความขัดแย้งกันระหว่างมุมมองของตนเองและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลแตกต่างกัน Lazarus and Folkman (1984) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีต่อความวิตกกังวล ดังนี้

2.3.1 เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกายที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน เพศหญิงจะมีอารมณ์เศร้า หงุดหงิด กังวล เมื่อมีฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ต่ำลงมาก ซึ่งมี 3 ระยะ คือ ระยะใกล้หมดประจำเดือน ระยะหลังคลอดและระยะหมดประจำเดือน (สุพัฒนา เชาตวิวงศ์ ณ อยุธยา, 2526 อ้างถึงใน ขนิษฐา นาคะ, 2534) และการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าเพศชาย (Do mar, et al., Badner et al., 1990; Kinder et al., 2000; ขนิษฐา นาคะ, 2534)

2.3.2 อายุเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการด้านร่างกาย ซึ่งจะแบ่งวัยเป็น 3 ระยะ คือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 21-40 ปี เป็นวัยที่สามารถเผชิญปัญหาชีวิตได้อย่างไม่หวาดหวั่นมองโลกในแง่ดี สุขุมรอบคอบ วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 41-60 ปี เป็นระยะที่สร้างครอบครัวเป็นปีกแผ่นอุทิศแรงกายเพื่องาน วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 61-80 ปี เป็นระยะสูญเสียความเป็นผู้นำหรือคู่สมรส รายงานผลการศึกษาถึงความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนตัดของ ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61-80 ปี และจากการศึกษาของ Kinder et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่อายุน้อยมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก แต่การศึกษาของ Graham & Conley (1989 อ้างถึงใน เทวพร ศุภรัศมิ์จินดา, 2538) และ Domar et al. (1989) พบว่าอายุที่แตกต่างกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแตกต่างกันและการศึกษาของ สุนีย์ จันทรมหาเสถียรและนันทา เล็กสวัสดิ์ (2538) พบว่า อายุที่แตกต่างกันความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ดังนั้นสรุปยังไม่ได้ว่าอายุที่แตกต่างกันทำให้ความวิตกกังวลแตกต่างกัน

2.3.3 การศึกษา เป็นแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของบุคคล จากรายงานการศึกษาถึงความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของ ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีความวิตกกังวลแฝงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา แต่จากการศึกษาของ Domar et al. (1989) พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่า แต่การศึกษาของ สุนีย์ จันทรมหาเสถียรและนันทา เล็กสวัสดิ์ (2538) พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน จึงสรุปไม่ได้ว่าการศึกษาแตกต่างกันทำให้ความวิตกกังวลแตกต่างกัน

2.3.4 ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย เป็นส่วนหนึ่งของรายได้หรือแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญความเจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่ Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้มากจะมีความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ แต่จากการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) ถึงความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าปัญหาค่าใช้จ่ายแตกต่างกันผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแฝงและ

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา
 สุนีย์ จันทน์มหาเสถียร และนันทา เล็กสวัสดิ์ (2538) พบว่ารายได้ที่แตกต่างกันความวิตกกังวลก่อน
 ผ่าตัดไม่แตกต่างกัน แต่จากการศึกษาของ Kinder et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มีวงเงินประกันในการ
 รักษาพยาบาลมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่า ดังนั้นจึงยังไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของ
 ความวิตกกังวลกับปัญหาค่าใช้จ่ายได้ชัดเจน

2.3.5 การวินิจฉัยโรค เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญ ซึ่งความรุนแรงของ
 โรคแตกต่างกันตามความสำคัญของอวัยวะนั้นๆ ระยะของโรคและสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัย
 ของบุคคลมากน้อยเพียงใดจากการศึกษา Wolfer & Davis (1970 อ้างถึงใน ขนิษฐา นาคะ, 2534) พบว่า
 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด อวัยวะที่เป็นสัญลักษณ์ เช่น การผ่าตัดเต้านม มดลูก แขน ขา ก่อให้เกิดความ
 วิตกกังวลมากกว่าการผ่าตัดอวัยวะอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การผ่าตัด
 อวัยวะที่สำคัญ เช่น เต้านม ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าการผ่าตัดชนิดอื่น ๆ

2.3.6 ประสิทธิภาพในอดีต เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้วยสติปัญญา
 (Cognitive Control) ขึ้นอยู่กับว่าประสิทธิภาพหรือความทรงจำในอดีตที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่า
 เหตุการณ์ที่เผชิญเหมือนเดิมหรือแตกต่างไปจากเดิม Domar et al. (1989) พบว่าผู้ป่วยที่เคยมี
 ประสิทธิภาพผ่าตัดมาก่อนกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดครั้งแรกมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตก
 กังวลขณะเผชิญ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ
 (2534) พบว่าผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการผ่าตัดและไม่มีประสิทธิภาพการผ่าตัดมีความวิตกกังวล
 แฝงไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาของ Kinder et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การ
 ผ่าตัดมาก่อนหรือมีประสบการณ์ผ่าตัดที่ไม่ดี มีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มี
 ประสิทธิภาพ จึงยังสรุปไม่ได้ว่าผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการผ่าตัดและผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพการ
 ผ่าตัดมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

2.3.7 ร่างกายและพันธุกรรม (biologic and genetic factor) ความเชื่อในด้านนี้ยังไม่
 แน่นนอน บางท่านเชื่อว่าผู้ที่มีรูปร่างผอมบางและสูงโปร่ง (asthenic constitution) มักมีแนวโน้มเกิด
 ความวิตกกังวลได้ง่ายและพบว่าร้อยละ 80-90 ของแฝดใบเดียวกันจะพบความวิตกกังวลชนิด
 เดียวกัน (ปริญา สนิกะวาที, 2542) พันธุกรรมมีส่วนสำคัญในแง่ที่ว่าอาจเป็นตัวกำหนดว่าคนๆ
 นั้นถูกกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลโดยสิ่งเร้าจากภายนอกรวดเร็วเพียงใด อย่างไรก็ตามเรื่องนี้ยัง
 ต้องมีการศึกษาค้นคว้าต่อไป (ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526)

2.3.8 ปัจจัยด้านจิตใจ (psychogenic factors) ส่วนมากมีความเชื่อว่าเป็นปัจจัยที่มี
 ความสำคัญมากกว่าอย่างอื่น ความวิตกกังวลเป็นสัญญาณบอกให้มนุษย์รับรู้อันตรายที่จะเกิด
 ภาวการณ์ต่างๆ ในแต่ละวัยของชีวิต ซึ่งมีสภาวะอันตรายที่แตกต่างกัน (ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526)
 ซึ่งความวิตกกังวลเป็นความขัดแย้งทางจิตเกิดขึ้นครั้งแรกของชีวิตขณะที่ทารกอยู่ในกระบวนการ
 คลอด เมื่ออายุมากขึ้น อีโก้ (ego) พัฒนาทำให้เกิดความวิตกกังวลใหม่ คือ ความขัดแย้งระหว่างจิต

(id) กับซูปเปอร์อีโก้ (superego) โดยมีอีโก้เป็นตัวประนีประนอมระหว่างความขัดแย้งดังกล่าวและทำหน้าที่เสมือนเป็นสิ่งที่ให้สัญญาณว่ามีอันตราย โดยแสดงออกมาในลักษณะที่มีความวิตกกังวลต่างๆ เช่น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการพลัดพราก เป็นต้น นอกจากนี้ความวิตกกังวลระยะแรกของชีวิตจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความกังวลภายหลังได้ง่าย (ปริญญา สนิกะวาที, 2542)

2.3.9 ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจ ลัทธิการเมือง และกฎหมายเป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่อพัฒนาการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ตั้งแต่เด็กเพราะสังคมและวัฒนธรรมจะถูกถ่ายทอดจากผู้เลี้ยงดูเด็กไปสู่เด็ก เมื่อสภาพเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เช่น มีปัญหาอาชญากรรมและอันตรายสูง ปัญหาการว่างงาน การขาดการช่วยเหลือ ความแตกร้างในครอบครัว เหล่านี้มีส่วนคุกคามต่อภาวะจิตใจของทั้งสิ้น (ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526)

2.3.10 การเรียนรู้ มีทฤษฎีที่อธิบายพฤติกรรมการเรียนรู้ 3 วิธี คือการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไข (Classical conditioning) บุคคลมีความวิตกกังวลอยู่แล้วไปพบนายจ้างซึ่งคุเขาหลายครั้ง การคุเป็นการสร้างเงื่อนไขขึ้น ทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์คือ ความกังวลเมื่อสิ่งเร้าสองอย่าง คือ การคุและนายจ้างเกิดร่วมกันบ่อยๆ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเมื่อพบนายจ้างไม่ว่านายจ้างจะคุหรือไม่ก็ตาม เพราะนายจ้างกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างเป็นเงื่อนไขกัน การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไขและมีแรงเสริม (operant conditioning) ความวิตกกังวลถ้าได้รับการเสริมแรง (Reinforcement) โดยไม่รู้ตัวคนใกล้ชิด ด้วยการเอาใจใส่ เห็นออกเห็นใจจะช่วยเหลือเวลาที่เขามีความวิตกกังวลการได้รับการเสริมแรงเช่นนี้บ่อย ๆ ความวิตกกังวลจะฝังแน่นกลายเป็นนิสัย การลอกเลียนแบบ (modeling) ความวิตกกังวลจากการที่บิดาหรือมารดาที่มีความวิตกกังวลเสมอเรียนรู้พฤติกรรมของบิดา มารดาลอกเลียนแบบมาเป็นบุคลิกลักษณะของตนได้ (ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526)

2.4 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger et al. (1984) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง

2.4.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or S-Anxiety or A-state) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ลักษณะอารมณ์ สรีระและพฤติกรรมที่ได้ตอบความวิตกกังวลแบบเผชิญจะสังเกตเห็นได้ และผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิด

ความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

2.4.2 ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or T-Anxiety or A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ไปเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (personality trait) จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้แปลความ และประเมินสถานการณ์ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

สำหรับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งการรักษาในโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล การรักษาและผลจากการรักษาเป็นเงื่อนไขที่อาจสร้างความกังวลแก่ผู้ป่วยได้ ถือว่าเป็นความวิตกกังวลตามสถานการณ์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน

2.5 ระดับความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลของแต่ละบุคคลแตกต่างกันดังปัจจัยที่กล่าวข้างต้น เมื่อเกิดความวิตกกังวลนำสู่ผลของความวิตกกังวลที่ตามมา ความวิตกกังวลแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังต่อไปนี้ (Kneisl, 1996; Lee, 1998)

2.5.1 ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลชนิดนี้จะก่อให้เกิดการเผชิญความเครียดในทางที่สร้างสรรค์ คนที่มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยนี้จะเพิ่มขีดความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ทำให้บุคคลนั้นตื่นตัว (alert) มากขึ้นว่าควรจะทำอะไรต่อไปในทางที่ดีขึ้น

2.5.2 ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Moderate anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้ก็ยังมีความตื่นตัวอยู่แต่การรับรู้จะแคบลง พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลงกว่าแต่ก่อน มีความตั้งใจในสิ่งที่ตนเองมุ่งความสนใจอยู่ จะมากขึ้นเมื่อได้รับคำแนะนำขณะนั้น โดยจะใส่ใจกับสิ่งอื่นน้อยลง

2.5.3 ความวิตกกังวลในระดับสูง (Severe anxiety) การรับรู้ความรู้สึกจะลดลงเป็นอย่างมาก บุคคลที่มีความวิตกกังวลรุนแรงจะมุ่งความสนใจไปสู่รายละเอียดปลีกย่อยต่างๆ ของเหตุการณ์ที่พบ จะมีความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาและความสามารถในการจัดการเรื่องต่างๆ ลดน้อยลง เกิดความตื่นตระหนก มีสมาธิลดลง ไม่สามารถจะทำตามคำแนะนำของบุคคลอื่นได้ เมื่อมีสิ่งเร้าใหม่เข้ามากระตุ้นจะยิ่งทำให้ระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นไปอีก พฤติกรรมที่สังเกตได้คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจน้อยลงกว่าแต่ก่อนเป็นอย่างมาก

2.5.4 ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (panic) การรับรู้จะหยุดชะงักลง ความคิดกระจัดกระจาย รู้สึกตกใจกลัวเป็นอย่างมาก อาจไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจอย่างมี

ประสิทธิภาพได้ ไม่สามารถเริ่มต้นหรือกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้คือ อาจบอกไม่ได้ว่าขณะนี้เกิดอะไรขึ้นกับตนเองและรู้สึกว่าจะเกิดขึ้นนั้นไม่เป็นความจริง สับสน กลัว สนใจแต่รายละเอียดของเหตุการณ์ มักแสดงพฤติกรรมต่างๆ โดยไม่ได้ผ่านการไตร่ตรองและไม่มีจุดหมาย การติดต่อกับสื่อสารอาจไม่ชัดเจนหรือเข้าใจได้ยาก คุณเฉยง่าย อาจเดินเร็ว วิ่งหนีหรือต่อสู้อย่างรุนแรง

2.6 ผลกระทบจากความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในร่างกาย การแสดงออกจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถสรุปได้ 4 ด้าน ดังนี้ (Burry, 1994; Johnsons, 1993; Wilson & Kneisl, 1996; ซอลดา พันธุเสนา, 2536; คาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2538; Johnson, 1993 อ้างในปริญญา ลิกะวาที, 2542)

2.6.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น โดยจะมีอาการและอาการแสดง ดังนี้

2.6.1.1 ด้านชีวเคมี (Biochemical) เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นที่ตัวรับ แรงกระตุ้นจากตัวรับจะเคลื่อนที่เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) คือ สมองและไขสันหลัง โดยจะผ่านศูนย์กลางของสมองส่วนกลาง คือ Thalamus แล้วผ่านเข้าสู่ Hypothalamus ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์ และเป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ แรงกระตุ้นจะเคลื่อนผ่านไปยังสมองส่วน Cerebral cortex ซึ่งมีหน้าที่รับรู้สิ่งเร้า และเป็นตัวกระตุ้น Hypothalamus และ Pituitary gland ให้ทำงาน ดังนี้

(1) Hypothalamus จะส่งแรงกระตุ้นไปตามระบบประสาทอัตโนมัติโดยผ่านไปทางประสาท Sympathetic ต่อไปที่ adrenal medulla ของต่อมหมวกไต(adrenal gland) ให้หลั่งสาร catecholamine ซึ่งประกอบด้วย epinephrine และ nor epinephrine เข้าสู่กระแสโลหิตและไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้เกิดพลังงานการหมุนเวียนของโลหิตในกล้ามเนื้อ การบีบตัวของหัวใจและปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น กระเพาะอาหารถูกกระตุ้นให้มีการขับน้ำย่อยเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ร่างกายมีการตอบสนองในการต่อสู้หรือลอบหนี ในกรณีที่จะหนีจะมีการหลั่งสาร epinephrine มากขึ้น แต่ถ้าจะต่อสู้ สาร nor epinephrine จะถูกหลั่งมาก

(2) Pituitary gland แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ anterior pituitary gland และ posterior pituitary gland เมื่อได้รับแรงกระตุ้นจากสมองส่วนบน จะเกิดผลทำให้ anterior pituitary gland หลั่ง adrenocorticotrophic hormone หรือ ACTH ไปกระตุ้น adrenal cortex ของต่อมหมวกไตให้หลั่ง adrenocorticoid ซึ่งประกอบไปด้วยฮอร์โมน 3 ชนิด คือ mineral corticoid มีหน้าที่ควบคุมสมดุลของเกลือแร่ เช่น โซเดียม โพแทสเซียม และแคลเซียม, glucocorticoid มีผลต่อการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมัน และน้ำตาล และ androgen มีผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อและเสริมสร้างลักษณะเพศชาย และ posterior pituitary gland จะหลั่ง antidiuretic hormone หรือ ADH

ออกมา ทำให้การขับน้ำออกจากร่างกายโดยผ่านทางไตลดลง ดังนั้น จะพบว่าผู้ที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล การเผาผลาญและการดูดซึมอาหารจะลดลง การขับน้ำย่อยในกระเพาะอาหารจะมากขึ้น เป็นเหตุให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ ยังพบว่าการคั่งของน้ำ โซเดียม และคลอไรด์ มีการสูญเสียโปรตีนเพิ่มขึ้น จำนวนเม็ดโลหิตขาวที่ทำหน้าที่ด้านทานโรค (neutrophils) ลดลง ระดับไขมันในเลือด (cholesterol) สูงขึ้น และเลือดจะแข็งตัวเร็วขึ้น

2.6.1.2 ด้านสรีรวิทยา (physiological) ความวิตกกังวลจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ส่วนใหญ่จะเป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งทำงานโดยอิสระ ไม่อยู่ใต้อำนาจจิตใจ ประกอบด้วย sympathetic และ parasympathetic nervous system ระบบประสาททั้งสองทำหน้าที่ตรงกันข้าม เพื่อให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอยู่ในสภาพสมดุล ถึงแม้ว่าทั้ง 2 ระบบจะเกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์ แต่ระบบ sympathetic จะมีบทบาทมากกว่าเมื่อมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย และปานกลาง แต่ถ้าความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรงแล้ว ระบบ parasympathetic จะมีบทบาทมากกว่าการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาจะขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล โดยทั่วไปแล้วถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยและปานกลาง จะมีผลเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย แต่ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและรุนแรงแล้ว จะมีผลทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายหยุดทำงานได้เช่นกัน การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาที่พบ มีดังนี้ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วและลึก หรือหายใจลำบาก ตัวสั่น ใจสั่น ม่านตาขยาย มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย เหงื่อออกมาก ตัวเย็นผิวหนังซีดเย็นมือเย็นขึ้น มีเหงื่อออกตามฝ่ามือ ปัสสาวะบ่อย ประจำเดือนผิดปกติ ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่สบายท้อง กล้ามเนื้อเกร็ง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อคอ นอนไม่หลับ เป็นต้น

2.6.2 การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ พบว่า บุคคลจะมีอารมณ์ตึงเครียด อึดอัด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ตกใจง่าย หงุดหงิด กังวล กระวนกระวาย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีผู้ช่วยเหลือ และขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2.6.3 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล พฤติกรรมที่แสดงออกจะมีหลายรูปแบบ เช่น สีหน้าแสดงความวิตกกังวล ไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น ทูบสิ่งของ พุดขี้ๆ พุดเร็ว เสียงดัง ภูมิ้อบ่อยๆ เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย แยกตัว หรือถอยหนีต่อเหตุการณ์ เก็บกคความรู้สึกภายใน กลายเป็นซึมเศร้า มีพฤติกรรมถดถอย เป็นต้น

2.6.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด สติปัญญา การรับรู้ บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะมีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ความคิดหมกมุ่น ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย ไม่แน่ใจความจำ ลดลง สูญเสียความตั้งใจ การตัดสินใจผิดพลาด การรับรู้โดยประสาททั้ง 5 ลดลง เป็นต้นและความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้น ระดับการรับรู้จะลดลงเรื่อยๆ

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลมีผลกระตุ้นระบบความคิด ความรู้สึก และประสิทธิภาพในการทำงาน มีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการปรับตัวและการเรียนรู้ เมื่อ

มีความวิตกกังวลในระดับต่ำจนถึงปานกลาง เมื่อความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางจะส่งผลให้ประสาทสัมผัส การรับรู้ แคลง สนใจสิ่งหนึ่งสิ่งใดมาก และมีความพยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือก็จะพัฒนาไปสู่ระดับความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรงได้ ซึ่งมีผลต่อการปรับตัว พฤติกรรม สมาธิ และความจำได้

2.7 การประเมินระดับความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การรับฟังและการพูดคุย การถามคำถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือการใช้เครื่องมือในการประเมิน (Shuldham et al., 1995) เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น อาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลจะแสดงออกได้ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม (Smeltzer & Bare, 2000) การประเมินความวิตกกังวลนั้นจึงสามารถประเมินได้ทั้งทางสรีรวิทยา ประเมินด้วยตนเอง และประเมินได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกมา ดังนี้

2.7.1 การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of Anxiety) ได้แก่ การวัดความดันโลหิตแดงเฉลี่ย (MAP) อัตราการเต้นของหัวใจ (Carpenito, 1993 cited in Shuldham et al., 1995) การวัดปริมาณการมีเหงื่อออกที่มือ (palmar sweat) โดยใช้เครื่อง Servo-Med Evaporimeter นอกจากนี้ ยังมีการวัดระดับ Catecholamines ใน plasma และปัสสาวะ ระดับ cortisol ใน plasma และการตอบสนองของผิวหนังต่อการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (Shuldham et al., 1995) การวัดทางสรีรวิทยานี้ค่อนข้างทำได้ลำบาก เนื่องจากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรืออารมณ์ในลักษณะต่างๆ อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้เช่นเดียวกัน (Grimm, 1997) ดังนั้นระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.7.2 การประเมินด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลด้วยตัวบุคคลเอง ได้แก่

2.7.2.1 มาตรวัดความวิตกกังวล (Visual analogue scale) เป็นการประเมินระดับของความรู้สึกที่แสดงถึงความวิตกกังวล ได้แก่ ความหวาดกลัว ความตึงเครียด ความหวาดหวั่น หรือ ความกังวล มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร หรือ 10 เซนติเมตรวางลงบนกระดาษ A4 ปลายสุดทางด้านซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวล และเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือ ตำแหน่งปลายสุดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึกมีความวิตกกังวลมากที่สุด ผู้ที่ทำแบบประเมินนี้จะทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงตามระดับความวิตกกังวลที่มีอยู่ของบุคคลนั้น (Brown, 1990) แบบประเมินนี้สามารถทำได้ง่าย แต่ในการวัดซ้ำอาจไม่ใช่ความรู้สึกที่แท้จริง เพราะผู้ที่ทำแบบประเมินอาจจำได้ว่าครั้งแรกเคยทำเครื่องหมายไว้ที่ตำแหน่งใด

2.6.1.2 Taylor Manifest Anxiety Scale สร้างขึ้นโดย Taylor (1950 cited in Grimm, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ ที่เลือกมาจากแบบประเมินบุคลิกภาพ Minnesota

Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ให้ตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม แบบวัดนี้เริ่มแรกใช้ในกลุ่มนักเรียนในวิทยาลัย และป่วยทางจิต แต่ต่อมาได้นำมาใช้กับผู้ใหญ่โดยทั่วไป

2.6.1.3 Anxiety Status Inventory (ASI-SAS) พัฒนาโดย Zung (1971 cited in Grimm, 1997) ASI ประกอบด้วย 2 แบบวัด คือ ASI และ Self-rating Anxiety Scale (SAS) ทั้งสองแบบวัดนี้ ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก แต่มีรายงานว่าสามารถใช้ได้กับบุคคลที่ไม่มีอาการทางจิตได้เช่นกัน (Grimm, 1997)

2.6.1.4 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) พัฒนาขึ้นโดย Spielberger และคณะ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ. 1983 แบบวัดนี้จะวัดแยกประเมินความวิตกกังวลตามสถานการณ์และความวิตกกังวลแฝง แบบวัดแต่ละชนิดประกอบไปด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลย จนถึงมีมากที่สุด (Spielberger & Vagg, 1995) ใช้ได้แพร่หลายในบุคคลหลายกลุ่ม (Grimm, 1997) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือนี้เป็นที่ยอมรับ (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983 cited in Leske, 1996) และยังไม่พบปัญหาการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger & Krasner, 1988)

2.7.3 การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of Anxiety) ได้แก่ แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรม ที่สร้างโดย Graham & Conley (1971) จะประเมินเกี่ยวกับลักษณะการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม เช่น กัดเล็บหรือกัดปาก มือสั่น กระสับกระส่ายการแสดงออกทางการพูด เช่น พูดเร็วขึ้น พูดตะกุกตะกัก พูดเสียงดังหรือเสียงแหลม การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความตึงเครียด ร้องไห้ หรือยื่นกอดอก

การประเมินความวิตกกังวลนั้น อาจประเมินได้จากวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกัน ก็ได้ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ The State-Trait Anxiety Inventory Form Y-1 (STAI Form Y-1) ของ Spielberger เป็นแบบประเมิน A-State หรือความวิตกกังวลตามสถานการณ์ ซึ่งเป็นความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ประเมินเพื่อวัดความวิตกกังวลผู้ป่วยมะเร็งที่รับเคมีบำบัด ขณะเข้ามารับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาล

2.8 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตใจ เป็นความเครียดที่เกิดจากการคุกคาม ความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจขึ้น เป็นสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล (Spielberger & Sideman, 1994 อ้างในปริญญา สะนิกะวาที, 2542)

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัด จะมีความกังวลมากกับขั้นตอนการรักษา การทำหัตถการต่างๆ เช่น การเจาะเลือดก่อนรับยา การเอกซเรย์ นอกจากนี้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จะมีความกังวลถึงการแพร่กระจาย การกลับเป็นซ้ำและความไม่แน่นอนในชีวิต การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาท

และสัมพันธภาพในครอบครัว สังคม ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็น โรคเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน หรือขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้สูง

การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และความรุนแรงของความเจ็บป่วย จากผลข้างเคียงจากการรักษา การสูญเสียเด็มนำมาทำให้การรับรู้ต่อภาพลักษณ์เป็นไปในทางลบมากยิ่งขึ้น การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค การรักษา อาการข้างเคียง และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการที่เหมาะสมเหล่านี้เป็นสิ่งคุกคามที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดและระดับของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน ความกังวลทำให้สมาธิลดลง การรับรู้ในเรื่องแผนการรักษาหรือการดูแลตนเอง อาจมีความคลาดเคลื่อน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการรักษา ขาดความร่วมมือในการรักษา การผัดผ่อน การปฏิเสธการรักษา หรือการเลื่อนเวลาในการมารับเคมีบำบัดในครั้งต่อไป หรือในบางรายหันไปรักษาด้วยวิธีการอื่น เช่น วิธีการทางไสยศาสตร์อันจะส่งผลทำให้ระยะและความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น การให้ความรู้และแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ควรมีหลากหลายแนวทาง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและเผชิญกับปัญหาได้ ได้มีการศึกษาถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดที่มีปัญหาด้านจิตใจ เช่น

อุบล จ้างพานิช (2539) ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลและการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 6 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 40 ราย พบว่าความวิตกกังวลและการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ในผู้ป่วยหลังรับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 6 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p > .05$

ปริญญา สนิกะวาทิ (2542) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดและรักษาด้วยเคมีบำบัดที่คลินิกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ จำนวน 20 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับยาเคมีบำบัดสูตร CMF ชุดที่ 2 ขึ้นไปโดยได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพขณะได้เคมีบำบัด 2 สัปดาห์ พบว่าจะแนลงเหลือความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังฝึกการสร้างจินตภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ $.001$ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ $.001$

อาริยา สมบุญ (2543) ทำการศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้อาเจียน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หอผู้ป่วย 5จ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นผู้ป่วยด้านมะเร็งที่ 2 3 และ 4 ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดและอยู่ระหว่างรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตร CMF ชุดที่ 3 4 และ 5 แบ่งออกเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้ฟังดนตรีบำบัดความยาว 30 นาที จำนวน 5 ชุด เริ่มฟังเมื่อได้รับเคมีบำบัด เข้าทางหลอดเลือดดำได้ 4 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้อาเจียนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$

Maquire (1994) ทำการศึกษาผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม กล่าวว่า ในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าร้อยละ 30 มีภาวะวิตกกังวลและมีเจ็บป่วยจากภาวะซึมเศร้าภายใน 1 ปีหลังการวินิจฉัยโรค โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมร้อยละ 20-30 ยังคงมีปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงและ sexual difficulties ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดแบบ breast conserving จะลดปัญหาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ แต่จะมีปัญหาเรื่องการกลั้วกลับเป็นซ้ำ ซึ่งประเภทของการผ่าตัดไม่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยทางจิตใจ และพบว่าปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตใจจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาหรือยาเคมีบำบัด

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัด จะมีความกังวลมากทั้งผลจากโรคการรักษา ภาวะแทรกซ้อน การจัดการอาการเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล โดยมีความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

2.9 บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวล

การพยาบาลบุคคลที่มีความวิตกกังวลมุ่งส่งเสริมให้สามารถควบคุม ลด และขจัดความวิตกกังวลต่างๆได้ กิจกรรมที่พยาบาลควรจะให้ความช่วยเหลือ เช่น

2.9.1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมั่นคงปลอดภัย การสร้างสัมพันธภาพควรเป็นรายบุคคล พุดคุยด้วยกิริยาที่สงบ น้ำเสียงมั่นคง ภาษาลื่น กะทัดรัด เข้าใจง่าย สื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องตามความจำเป็น ควบคุมความรู้สึกของพยาบาลไม่ให้เกิดความกังวลซึ่งจะส่งผลถึงผู้อื่นได้ อาจแสดงออกทางพฤติกรรมเพื่อแสดงความเข้าใจ เช่น การจับมือตบเบาๆที่แขน

2.9.2 ส่งเสริมให้ผู้กังวลสามารถควบคุมหรือลดความกังวลด้วยตนเอง ด้วยกลวิธีต่างๆเช่นการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในการฝึกจะมีหลายวิธีซึ่งสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตัวเอง การควบคุมการหายใจ การทำสมาธิ การออกกำลังกาย กิจกรรมที่สนใจ ทำสวน การฝีมือ ทำอาหาร ทำสมาธิ ทำบุญ พร้อมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ อธิบายให้สามารถแยกแยะประเด็นของสาเหตุ ความกังวลและประโยชน์ของการใช้กลวิธีในการลดอาการด้วยตัวเอง

2.9.3 ส่งเสริมให้เผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประเมินสาเหตุและเหตุ ส่งเสริมให้เกิดความกังวลมากขึ้น รวมทั้งการประเมินพฤติกรรมที่พยายามลดว่ามีความเหมาะสมหรือไม่เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ ใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น เทคนิคการสะท้อนความรู้สึก การกระตุ้นให้ประเมินความกังวลของตัวเอง เชื่อมโยงความกังวลกับความคาดหวัง เพื่อให้เกิดการยอมรับและตระหนักถึงความต้องการแก้ปัญหา

2.9.4 กรณีที่มีความกังวลในระดับสูงหรือรุนแรง ควรอยู่เป็นเพื่อนและช่วยเหลือให้สงบเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่ามั่นคง ปลอดภัย ไม่โดดเดี่ยว ทำทางพยาบาลสงบมั่นคง อ่อนนุ่มและหนักแน่น ใช้ประโยคสั้นๆ สิ่งแวดล้อมที่สงบมากที่สุด ค้นหาความต้องการของผู้กังวลและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม สังเกตและบันทึกพฤติกรรมเพื่อติดตามการประเมิน

2.9.5 จัดกิจกรรมบำบัดเพื่อลดความกังวล การออกกำลังกาย กิจกรรมกลุ่ม การสร้างจินตภาพ การสะกดจิต การนวด การเปลี่ยนสถานที่หรือสถานการณ์

2.9.6 บรรเทาโดยใช้ยา ยาที่ใช้บรรเทาความวิตกกังวลเรียกว่า anti anxiety agents หรือ anxiolytics drug ในปัจจุบันยังไม่ตัวยาใดที่ใช้เป็นยาต้านความวิตกกังวลที่ได้ผลดี เนื่องจากยาแต่ละตัวมักมีข้อเสียไม่มากนักน้อย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการลดความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา ด้วยการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ที่ผสมผสาน สมาธิ และการเคลื่อนไหวไปพร้อมๆกัน การฝึกฝนจะเป็นแนวทางที่ทำให้ง่ายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เองทุกเวลาที่พร้อม และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่จะสามารถกระทำได้ การมีสมาธิจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายได้มากขึ้น ส่งเสริมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง

3. แนวคิดความเหนื่อยล้า

เหนื่อยล้า (Fatigue) เกิดได้เสมอในทุกคน ทุกวัย ทั้งสุขภาพดีและเจ็บป่วย เป็นการป้องกันและคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายและเป็นเครื่องเตือนภัยในการลดการทำงานและความเครียด (Piper, 1986) ความเหนื่อยล้ามีหลายมิติ (multidimensional phenomena) เกิดได้จากหลายสาเหตุ และลักษณะการแสดงออก (manifestations) ของความเหนื่อยล้าจะแสดงออกมาในหลายด้านทั้งอาการที่เป็นความรู้สึกของผู้ป่วย (subjective) คือการรับรู้ (perceptual) ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้าที่เกิดกับตนเอง การแสดงออกถึงความเหนื่อยล้าและอาการที่ตรวจพบ (objective) คือการแสดงออกทางกายภาพ (physiological) ทางชีวภาพ (biological) และทางพฤติกรรม (behavioral) (Piper et al., 1987, เพียงใจ คาโลปการ, 2545)

3.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า

ความหมายของความเหนื่อยล้า ในแต่ละสาขาวิชาชีพมีความแตกต่างกัน ตามการรับรู้และประสบการณ์ของตน จากการทบทวนพบว่ามีกรให้ความหมายของความเหนื่อยล้า จากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น สาขาแพทยศาสตร์ สรีรวิทยา จิตวิทยา พยาบาลศาสตร์ เป็นต้น (Piper, 1988 cited in Pickard – Holly, 1991: 14)

ความหมายตามพจนานุกรม หมายถึง ความเมื่อยล้า (Lassitude) เหน็ดเหนื่อย (weariness) ทั้งทางร่างกายและหรือจิตใจซึ่งเป็นผลมาจากการออกแรงหรือออกกำลังกายมากเกินไป หรือเกิดจากการถูกกระตุ้นซ้ำๆ เป็นเวลานานๆ ส่งผลให้กล้ามเนื้อ อวัยวะต่างๆ มีผลกำลังและ ความสามารถในการทำงานลดลง (Webster s New Riverside University Dictionary, 1994: 467)

สาขาแพทยศาสตร์ ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่รวมถึงอาการอ่อนเพลีย อ่อนเปลี้ย เหน็ดเหนื่อย ละเหี่ยวใจ ไม่กระชุ่มกระชวย เบื่อหน่าย ขาดความสนใจในเรื่องราวต่างๆ มีความรู้สึกหมดแรงที่จะทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ โดยทั่วไปจะตรวจไม่พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการอ่อนแรง (Weakness) ของกล้ามเนื้อร่วมด้วย (วันชัย วนะชีวานาน, 2539:22)

สาขาสรีระวิทยา ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในลักษณะที่ไม่เหมือนกัน โดยคำนึงถึงหลักที่ว่าต้องมีสิ่งมากระตุ้น (Stimuli) สิ่งกระตุ้นนั้นทำให้เกิดการต่อต้านชนิดต่อเนื่อง หรือเป็นครั้งคราวก็ได้ และถ้ามีการกระตุ้นอยู่เรื่อยๆเป็นระยะเวลาหลายๆ ก็จะทำให้สรีระภาพของบุคคลนั้นอ่อนแอลง (พวงแก้ว วิวัฒน์เจษฎาวุฒิ, 2530: 29)

สาขาพยาบาลศาสตร์ ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ด้วยตนเองถึงประสบการณ์ส่วนบุคคลต่อความรู้สึกหมดกำลัง และการทำงานของร่างกายและจิตใจลดน้อยลงซึ่งไม่สามารถทำให้หายได้ด้วยวิธีการพักผ่อน (The North American Nursing Diagnosis Association, NANDA cited in Barnett, 2001:287) การรับรู้ของบุคคลที่มีความผิดปกติเกิดขึ้น คือ รู้สึกเหนื่อยจนอาจถึงกับหมดแรง ซึ่งเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดกับทุกส่วนพร้อมกันก็ได้ โดยความรู้สึกเหนื่อยที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลมาจากจังหวะชีวภาพ (Circadian rhythm) ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามความรุนแรงและระยะเวลาของความรู้สึกไม่สุขสบายของบุคคลนั้น (Piper et al., 1987: 19: Piper, 1993: 279)

จากความหมายของความเหนื่อยล้าที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่าความเหนื่อยล้า หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัด รู้สึกว่าเหนื่อย อ่อนเพลีย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ซึ่งอาจเกิดกับส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายหรือเกิดพร้อมกันทุกส่วน และอาจมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมและสติปัญญาาร่วมด้วยก็ได้

3.2 ชนิดของความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้าแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

3.2.1. ความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (acute fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเกิดในช่วงเวลาสั้นๆ อาการคงอยู่ไม่เกิน 1 เดือนอาจเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือเป็นสัปดาห์ เป็นการตอบสนองของร่างกายเพื่อป้องกันตนเอง (protective response) และเป็นสัญญาณเตือนให้ร่างกายได้มีการพักผ่อนเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานหนักหรือออกแรงมากเกินไป เมื่อถึงระดับหนึ่งบุคคลจะรู้สึกเหนื่อยล้าเพื่อให้ร่างกายหยุดกิจกรรมและพักผ่อนโดยอาจเกิดเฉพาะส่วน เช่น การได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอจะสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ (Jacob and Piper, 1996: 1195)

3.2.2. ความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (chronic fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน คืออาการคงอยู่มากกว่า 1 เดือน มักเกิดทั่วร่างกาย สาเหตุของความเหนื่อยล้า

เรื้อรังมักเกี่ยวข้องกับหลายสาเหตุด้วยกัน และไม่สามารถบรรเทาลงได้ด้วยการพักผ่อน แต่ต้องใช้วิธีการแก้ไขหลายๆ วิธีร่วมกัน และมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรังนี้ถ้าอาการคงอยู่นานกว่า 6 เดือนจะเรียกว่ากลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (chronic fatigue syndrome) ซึ่งจะพบมากในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Piper, 1991: 895; Jacob and Piper, 1996 :1195)

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการบางท่านได้แบ่งชนิดของความเหนื่อยล้า ตามสาเหตุ คือ

1. อาการเหนื่อยล้าจากสรีรวิทยา (physiologic fatigue) ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ภายหลังจากออกกำลังกายหรือทำงานหนักเป็นเวลานาน การพักผ่อนไม่เพียงพอ การมีกรรมโรค และระยะหลังคลอด เป็นต้น อาการเหนื่อยล้าจากสาเหตุในกลุ่มนี้จะหายไปเมื่อได้พักผ่อนเพียงพอ

2. อาการเหนื่อยล้าจากโรคทางกาย (organic fatigue) เกิดจากโรคทางกายหลายระบบ “Chronic Fatigue Syndrome or CFS” ได้แก่

2.1 โรคติดเชื้อ อาการเหนื่อยล้า อาจจะเป็นอาการนำของโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อไวรัส ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ ตับอักเสบบวม infectious mononucleosis โรคติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น ระยะเวลาการเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้นอยู่กับชนิดของการติดเชื้อ

2.2 โรคในระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่

2.2.1 ภาวะฮัยโปไธรอยดิสซึม (hypothyroidism) ซึ่งนอกจากผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียแล้ว มักจะมีอาการทนความหนาวไม่ได้ ท้องผูก ในผู้หญิงจะมีความผิดปกติของประจำเดือน ในรายที่รุนแรงจะมีอาการซึมหรือสับสนร่วมด้วย

2.2.2 ภาวะฮอร์โมนผิดปกติ (panhypopituitarism) จากสาเหตุต่าง ๆ รวมทั้งฮอร์โมนเพศ (postpartum thrombosis) ของต่อมพิทูอิทารี อาการเหนื่อยล้าจะค่อยเป็นค่อยไปพร้อมกับอาการอื่นของการขาดฮอร์โมนชนิดต่าง ๆ ได้แก่ ขาดประจำเดือน ไม่มีน้ำนม ไม่มีขนรักแร้และขนที่อวัยวะเพศ สูญเสียลักษณะเฉพาะเพศขั้นทุติยภูมิ (secondary sex characteristics) เป็นต้น

2.2.3 โรคแอดดิสัน (Addison's disease) อาการเหนื่อยล้าเกิดจากระดับคอร์ติซอลและอัลโดสเตอโรนต่ำลง ผู้ป่วยมักจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด และอาการของความดันโลหิตต่ำร่วมด้วย

2.2.4 โรคในระบบต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ เบาหวานกลุ่มอาการ Cushing, Hyperthyroidism ที่อายุมาก บางรายจะมาพบแพทย์ด้วยอาการอ่อนเพลียหมดแรง (masked hyperthyroidism)

2.3 โลหิตจางและมะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือต่อมน้ำเหลือง

2.4 โรคหัวใจ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) โรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) โรคหลอดเลือดหัวใจ (vascular heart disease) อาการ

เหนื่อยล้าเกิดจากความสามารถของหัวใจ ในการสูบฉีดโลหิตเพื่อนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง

2.5 โรคปอดเรื้อรัง เช่น หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease) โรคในกลุ่ม restrictive pulmonary disease โรคเหล่านี้ทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนระหว่างเลือดกับถุงลมลดลง

2.6 โรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ได้แก่ myasthenia gravis ซึ่งเป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าจากการออกแรงซ้ำ ๆ กัน ส่วนโรคอื่น ๆ ทางระบบประสาทและกล้ามเนื้ออาจจะทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงจริง ซึ่งจะต้องแยกออกจากอาการเหนื่อยล้า

2.7 โรคเมเร็งชนิดต่าง ๆ

2.8 โรคเรื้อรังอื่น ๆ และภาวะขาดอาหาร ได้แก่ โรคตับเรื้อรัง ไตวาย ข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) ภาวะขาดอาหาร วิตามิน เป็นต้น

2.9 ขาดบางชนิด ได้แก่ ดิจิตาลิส ยาลดความดัน ยานอนหลับ ยาระงับประสาท ยารักษาโรคเมเร็ง และยาด้านเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าตามแนวคิดทฤษฎีของไปเปอร์

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแนวคิดทฤษฎีความเหนื่อยล้าของ ไปเปอร์และคณะ (1987) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้อย่างครอบคลุม โดยกล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าทั้งในกลุ่มผู้เจ็บป่วยและกลุ่มคนปกติไว้ 14 ปัจจัย ซึ่งครอบคลุมปัจจัยทางกายภาพ ปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม (Piper et al., 1987)

3.3.1 การสะสมของของเสียจากกระบวนการเผาผลาญ (accumulation of metabolites) การสะสมของของเสียในร่างกายจากกระบวนการเผาผลาญของเซลล์ มีการขัดขวางการทำงานของเซลล์ปกติ ทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น ของเสียเหล่านั้น ได้แก่ แลคเตท ไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน รวมถึงของเสียจากการทำลายเซลล์ของเคมีบำบัดและการฉายรังสี (Jacob and Piper, 1996: 1197; Piper et al., 1987 : 20; Aistars, 1987 : 26) สำหรับในคนปกติทั่วไปพบว่าการทำงานของกล้ามเนื้อที่มากเกินไปหรือทำงานติดต่อกันนานเกินไป การออกกำลังกายหรือออกแรงมากเกินไปจะทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้น เพื่อนำมาสร้างพลังงาน รวมทั้งมีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาเผาผลาญด้วย ทำให้เกิดการสะสมของกรดแลคติกเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงเกิดความเหนื่อยล้าอีกประการหนึ่งคือการที่ไฮโดรเจนไอออนไปแย่งแคลเซียมไอออนในการจับกับโทรโปนิน (troponin) ในขั้นตอนปฏิกริยาแอกติน-ไมโอซิน (actin-myosin interactions) ส่งผลให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987)

3.3.2 แบบแผนการเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสารที่ให้พลังงาน (change in energy and energy substrate patterns) การเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสารสำคัญที่นำมาใช้ในการสร้างพลังงาน เช่น โกลโคเจน โปรตีนและไขมัน ทั้งชนิดและจำนวนมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของบุคคลและก่อให้เกิดเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนพลังงาน จากความผิดปกติของการใช้พลังงาน ได้แก่การแย่งสารอาหารจากร่างกายของก้อนเนื้องอก ภาวะการฉีดเชื้อ เป็นไข หรือการได้รับสารอาหารเข้าสู่ร่างกายในปริมาณที่ไม่เพียงพอกับความ ต้องการ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร การรับรู้รสอาหารเปลี่ยนแปลงไป อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น (Piper et al., 1987: 20; Aistars, 1987: 26) เมื่อร่างกายมีการใช้พลังงานที่เก็บสะสมไว้ ออกมาใช้ กล้ามเนื้อมีการสลาย โกลโคเจน โปรตีน และไขมันนำมาใช้สร้างพลังงานทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า (Berger and Williams, 1992, อ้างถึงใน กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539 : 22)

3.3.3 แบบแผนสภาวะของโรค (disease patterns) ภาวะการเจ็บป่วยของบุคคลทำให้บุคคลนั้นต้องการพลังงานมากขึ้นเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว ทำให้เกิดการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้น มีการสะสมของของเสียจากการเผาผลาญ รวมทั้งมีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ ออกมาใช้ ทำให้พลังงานค่อยๆหมดไปและเกิดความ เหนื่อยล้าขึ้นได้ ในที่สุด สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่าความเหนื่อยล้ามักเพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (Richardson and Ream, 1996 cited in Ream and Richardson, 1999 : 1295) ซึ่งระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง ขนาดของก้อนเนื้องอก การลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลือง และการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ทำให้เกิดการแย่งชิงสารอาหารจากร่างกาย ประกอบกับมีการเพิ่มกระบวนการเผาผลาญ ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและมีการคั่งค้างของของเสียจากการเผาผลาญ ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Aistars, 1987:26)

3.3.4 แบบแผนอาการแสดง (symptom patterns) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมักมีอาการแสดงต่างๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากมาย ได้แก่ ความเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่วง การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตาความผิดปกติของระบบขับถ่าย เป็นต้น (Piper et al., 1987: 343; Berger and Walker, 2001: 45; นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2542 : 39) ความทุกข์ทรมานก่อให้เกิดความเครียดและความเครียดนำไปสู่ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้นการควบคุมอาการแสดงเหล่านี้ให้ได้จะช่วยลดหรือป้องกันการเกิดความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งได้ (Piper, 1993 : 286)

3.3.5 แบบแผนการรักษา (treatment patterns) พบว่าวิธีการรักษาโรคมะเร็งหลายวิธี เช่น การผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด และการฉายรังสี เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (Piper et al., 1987:20) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่ได้รับทำให้เกิดผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ได้มากมาย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรู้รสอาหารเปลี่ยนแปลงไป ผอมร่วง การเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตา การขับถ่ายผิดปกติ เป็นต้น

ซึ่งผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง สูญเสียน้ำและเกลือแร่ นั้นหมายถึงพลังงานที่รับเข้าสู่ร่างกายไม่เพียงพอกับความ ต้องการ ทำให้ ต้องมีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้จนค่อยๆ หดไปเกิดเป็นความเหนื่อยล้า

3.3.6 แบบแผนการใช้ออกซิเจน (oxygen patterns) ปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือรบกวนความสามารถที่จะดำรงไว้ซึ่งความเพียงพอของระดับออกซิเจนในปอด หรือในกระแสเลือด ไม่ว่าจะสาเหตุใดก็ตามส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ เช่น ภาวะช็อคที่พบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง (Piper et al., 1987 : 21) ภาวะช็อคจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากเคมีบำบัดลดการทำงานของไจกระดูก (Spivak, 1994 cited in Jacob and Piper, 1996 : 1203) ทำให้ปริมาณของเม็ดเลือดแดงลดน้อยลงไป อีก และหน้าที่สำคัญของเม็ดเลือดแดงคือ การนำออกซิเจน ไปสู่เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย ผลของการที่เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า

3.3.7 แบบแผนการนอนหลับและตื่น (sleep/wake patterns) การนอนหลับและตื่น มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้า เนื่องจากการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอในช่วง กลางคืน จะทำให้ง่วงนอนมากขึ้นในช่วงกลางวัน และนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (piper, 1993: 286) ขณะหลับร่างกายจะมีการเคลื่อนไหวน้อยลง กล้ามเนื้อทุกส่วนคลายตัว มีการใช้พลังงานน้อยลง โดยเฉพาะการนอนหลับในระยะที่ 3 ของช่วงการนอนหลับที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาช้า (Non rapid eye movement sleep; NREM) ซึ่งเป็นระยะที่หลับสนิท กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายจะคลายตัว มีการใช้พลังงานลดลง มีการสังเคราะห์โปรตีนและเก็บสะสมพลังงานไว้ในเซลล์มากขึ้นและใน ระยะที่ 4 จะมีการหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต (growth hormone) ซึ่งช่วยในการสร้างพลังงานและ เปลี่ยนสารอาหารให้เป็นเนื้อเยื่อ ส่วนการนอนหลับในช่วงที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid eye movement sleep; REM) ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) จะทำงานเพิ่มมากขึ้นมีการไหลเวียนของโลหิตไปเลี้ยงสมองมากขึ้น มีการเก็บสะสมพลังงานของสมอง ทำให้บุคคลรู้สึกสดชื่นและไม่รู้สึกเหนื่อยล้าขณะตื่น (Fuller and Schaller – Ayers, 1990) อ้างถึงใน กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539 : 23)

3.3.8 แบบแผนสภาพจิตใจ (psychological patterns) พบว่าแบบแผนสภาพจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า โดยความซึมเศร้าเป็นตัวกระตุ้น ความเครียดทางอารมณ์ (emotional stressor) และทำให้บุคคลเกิดความเครียด เมื่อบุคคลนั้นต้อง เผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลานาน ๆ ร่างกายจะตอบสนองต่อความเครียด โดยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ให้มีการหลั่ง stress hormone ออกมากระตุ้นอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ถ้าร่างกายถูกกระตุ้นเป็นระยะเวลานานๆ จะทำให้มีการดึง พลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้เมื่อพลังงานลดน้อยลงบุคคลจะรู้สึกเหนื่อยล้า (Piper et all, 1987: 21; Jacob and Piper, 1996: 1200)

3.3.9 แบบแผนทางสังคม (social patterns) การสนับสนุนทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแบบแผนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า (Piper et al., 1987 : 21) โดยพบว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเหนื่อยล้าได้น้อยกว่าบุคคลที่แยกตัวเองจากสังคมหรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นน้อยหรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Berger and Walker, 2001) มีรายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่เป็น โศคและไม่มีผู้คอยให้ความช่วยเหลือดูแลจะมีระดับความเหนื่อยล้าสูงกว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว (Jamar, 1989) นอกจากนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะเกิดความเหนื่อยล้าได้มากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก เนื่องจากผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีความเครียดมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรเทาญ, 2539 : 71) ซึ่งความเครียดนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (Aistars, 1987 : 25)

3.3.10 แบบแผนการเปลี่ยนแปลงการควบคุมสื่อประสาท (changes in regulation / transmission patterns) ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ โปแตสเซียม แคลเซียม และแมกนีเซียม หรือการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทต่างๆ ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) ทรีปโทแฟน (tryptophan) เมลาโทนิน (melatonin) หรือการหลั่งสารไซโตไคน์ (cytokine) จากเม็ดเลือดขาวออกมามากเกินไป จะส่งผลต่อการสื่อประสาทและความตื่นตัวของกล้ามเนื้อและก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987 : 21; Piper, 1991 : 900; Piper, 1993:286) ซึ่งโดยปกติเมื่อมีสิ่งเร้าไม่มาจากภายในหรือภายนอก ร่างกายกระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึกต่างๆจะมีการส่งสัญญาณผ่านระบบเรติคูลาร์แอคทีเวติง (reticular activating system) ไปยังสมองเพื่อให้เกิดการรับรู้และตื่นตัว และไปยังไขสันหลังเพื่อควบคุมการหายใจ การเต้นของหัวใจ และความตื่นตัวของกล้ามเนื้อ การส่งสัญญาณดังกล่าวจะต้องมีการควบคุมการสื่อประสาทที่ดีเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเกิดจากตัวรับสัญญาณ ทางผ่านสัญญาณ หรือสารสื่อประสาทที่ช่วยในการส่งสัญญาณ จะทำให้บุคคลไม่ตื่นตัว ง่วงซึม และความตื่นตัวของกล้ามเนื้อลดลงทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อช้าลง เกิดเป็นความเหนื่อยล้า (Piper, 1993: 284)

3.3.11 แบบแผนสภาพเหตุการณ์ในชีวิต (life event patterns) การเปลี่ยนแปลงสภาพเหตุการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (growth and development) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตเพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เต็มตัว ได้แก่ การแต่งงานมีครอบครัว การตั้งครรภ์ การหย่าร้าง มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า (Piper et al., 1987 : 21; Piper, 1991 : 901; Piper 1993: 286) โดยการเปลี่ยนแปลงสภาพเหตุการณ์ในชีวิตดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทางร่างกายพบว่า การตั้งครรภ์ทำให้เพิ่มการใช้พลังงานมากขึ้น ความต้องการออกซิเจนมากขึ้น อัตราการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดของมารดาอันเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของทารกในครรภ์ เหล่านี้ล้วน

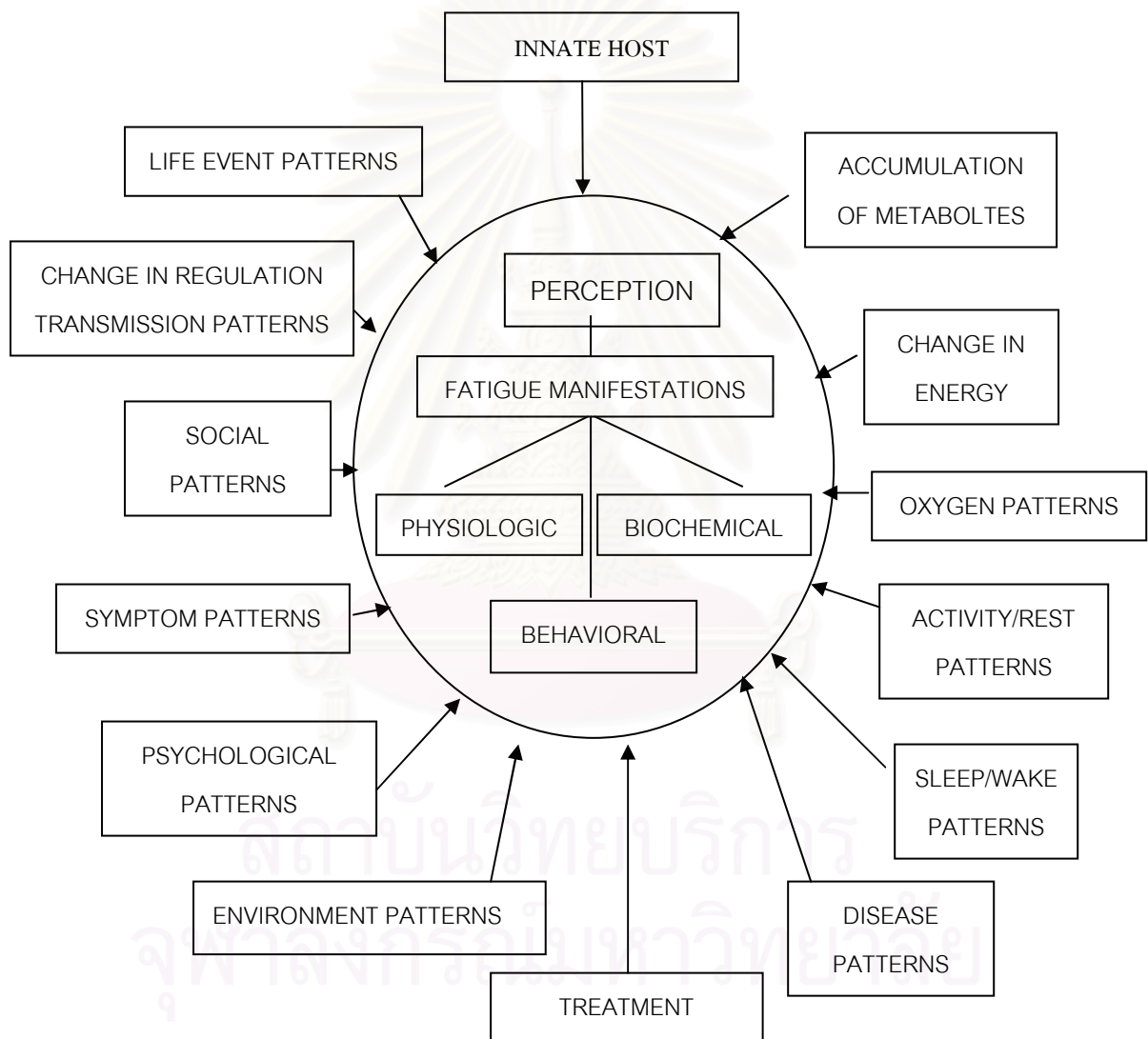
เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าได้ทั้งสิ้น (Poole, 1986 cited in Piper, 1993: 285) ส่วนทางด้านจิตใจพบว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพเหตุการณ์ในชีวิต เช่น ทั้งการแต่งงาน การตั้งครรภ์ การหย่าร้าง ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งส่งผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าได้เช่นกัน

3.3.12 แบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน (activity/rest patterns) สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยมีปัญหาต่างๆ มากมายที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานหรือเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น ขาดแรงจูงใจ ง่วงนอน สับสน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นต้น (Pickard – Holley, 1991 : 13) ซึ่งถ้าบุคคลมีแนวโน้มว่าจะมีการปฏิบัติกิจกรรมน้อย เช่นการนั่งอยู่กับที่นานเกินไปหรือนอนมากเกินไปหรือไม่ได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานานๆจะเพิ่มอัตราการเกิดความเหนื่อยล้าในบุคคลนั้น (Winningham, 1992 cited in Berger and Farr, 1999 :1664) เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ไม่ได้มีการเคลื่อนไหวหรือไม่ได้ออกกำลังจะมีประสิทธิภาพในการใช้ออกซิเจนลดน้อยลง ทำให้กล้ามเนื้อที่ไม่มีการเคลื่อนไหวหรือขาดการออกกำลังกายเหล่านั้นมีความต้องการออกซิเจนในปริมาณที่มากกว่าปกติเพื่อคงไว้ซึ่งการทำงาน ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ง่าย (Piper, 1993 : 285; Winningham, 1992 cited in Berger and Farr, 1999 : 1664) และสำหรับผู้ป่วยมะเร็งพบว่าส่วนมากมักมีแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกายน้อยลง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และเข้าสู่วงจรของความอ่อนเพลีย (cycle of debilitation) คือเมื่อเกิดความเหนื่อยล้าขึ้นและบุคคลจะยังมีการปฏิบัติกิจกรรมน้อยลงไปอีก และยังทำให้ความทนในการทำกิจกรรมลดลงรวมทั้งเพิ่มความเหนื่อยล้ามากขึ้น (Piper et al., 1987 : 20; Jacob and Piper, 1996 : 1207; Berger and Farr, 1999 : 1664) ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดความเหนื่อยล้าจึงจำเป็นต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการรักษาสมดุลของการทำกิจกรรมรวมถึงการออกกำลังกายและการพักผ่อนให้เหมาะสม (Winningham, 1992 cited in Berger and Farr, 1999: 1664)

3.3.13 แบบแผนสภาพแวดล้อม (Environmental patterns) สภาพแวดล้อมของบุคคล เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ สารที่ก่อให้เกิดอาการแพ้ต่างๆ (allergens) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยล้า เช่น เสียงที่ดังเกินไปก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้นได้ (Putt, 1977 cited in Piper et al., 1987: 21) และพบว่าสำหรับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ระดับเสียงที่จัดอยู่ในขั้นรบกวนผู้ป่วยคือ ระดับเสียงที่ดังกว่า 35 เดซิเบลในตอนกลางคืนและดังกว่า 45 เดซิเบลในตอนกลางวัน (Giffin, 1992) ส่วนอุณหภูมิพบว่าอุณหภูมิที่สูงขึ้นทำให้ความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น

3.3.14 ปัจจัยภายใน (innate host factors) พบว่าปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น อายุ เพศเชื้อชาติ มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้า โดยเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะเกิดความเหนื่อยล้าได้ง่ายขึ้น (Piper et al., 1987: 21; Piper, 1993: 282; Barnett, 2001: 793) เนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดน้อยลง เช่น กำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและข้อต่อต่างๆ ในทางที่เลวลง ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ระบบ

ทางเดินอาหารย่อยและดูดซึมอาหารได้ไม่ดีทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารลดน้อยลง เหล่านี้ล้วนนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ในที่สุด เกี่ยวกับเรื่องเพศพบว่าความเหนื่อยล้า มักเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Piper, 1993 : 282) โดยเฉพาะเพศหญิงในระยะก่อนมีประจำเดือนระหว่างมีประจำเดือน ระหว่างตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด และผู้หญิงที่กำลังเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะเกิดความเหนื่อยล้าได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกายและการสูญเสียเลือดทำให้พลังงานในร่างกายลดน้อยลง เกิดเป็นความเหนื่อยล้า



ภาพที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าตามแนวคิดทฤษฎีของไปเปอร์และคณะ

3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีหลายปัจจัยดังต่อไปนี้

อายุ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุมากจะเกิดความเหนื่อยล้าได้ง่ายกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อย (Piper, 1993: 282) เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของผู้ที่มีอายุมากจะลดน้อยลง เช่น กำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนในปริมาณที่น้อยลง ประกอบกับระบบทางเดินอาหารย่อยและดูดซึมอาหารได้ไม่ดี ทำให้ร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอ ความทนในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง เกิดความเหนื่อยล้าได้ง่าย (Berger and Williams, 1992 อ้างถึง ใน กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาญ, 2539)

ระยะของโรคมะเร็งเต้านม ระยะของโรคที่มากขึ้นหมายถึง การมีขนาดก้อนมะเร็งที่ใหญ่ขึ้น มีการลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลืองมากขึ้น หรือมีการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมสู่อวัยวะอื่นๆ ส่งผลให้ เกิดการแย่งชิงสารอาหารจากร่างกายของก้อนมะเร็ง และมีการเพิ่มกระบวนการเผาผลาญ ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและมีการคั่งของของเสียจากการเผาผลาญ ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Astars, 1987: 26) ความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของการดำเนินของโรค และพบว่าความเหนื่อยล้ามักเพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของโรคมะเร็ง (Richardson and Ream, 1996 cited in Ream and Richardson, 1999: 1295)

สูตรเคมีบำบัด ปัจจุบันเคมีบำบัดมีหลายสูตร แต่ละสูตรประกอบด้วยตัวยาหลายชนิดร่วมกัน ทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยในระดับที่แตกต่างกัน พบบ่อยคือ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหาร การรับรู้รสอาหารเปลี่ยนไป การขับถ่ายผิดปกติ ผอมร่วง การเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตา เป็นต้น (Piper et al., 1987: 21; Holmes, 1991: 439; Mock et al., 1997: 991; นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542: 39) ผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง สูญเสียน้ำและเกลือแร่ ทำให้พลังงานที่ได้รับเข้าสู่ร่างกายไม่เพียงพอกับความต้องการ ร่างกายต้องดึงพลังงานสะสมออกมาใช้ จนค่อยๆ หดไป จึงเกิดความเหนื่อยล้าขึ้น

ความทุกข์ทรมานจากอาการ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งจากโรคที่คุกคามต่อชีวิตและจากวิธีการรักษาที่ก่อให้เกิดอาการแสดงต่างๆ ขึ้นมากมาย ได้แก่ ความเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่วงการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตา การขับถ่ายผิดปกติ เป็นต้น (Piper et al., 1987: 21; ; Mock et al., 1997: 991; นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542: 39) ความรุนแรงของอาการต่างๆ เป็นความทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ และความทุกข์ทรมานคุกคามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นเกิดความเครียด และความเครียดนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (Aistar, 1987: 25)

ภาวะซีด เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด สาเหตุสำคัญ เนื่องจากผลของเคมีบำบัด กัดการทำงานของไขกระดูก (Henry and Abels, 1994; Spivak, 1994 cited in Jacob and Piper, 1996: 1203) ทำให้จำนวนเม็ดเลือดแดงในกระแสเลือดลดน้อยลง การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

ภาวะโภชนาการ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การเปลี่ยนแปลงของพลังงานมักเกิดจากความผิดปกติของความต้องการ ใช้พลังงานที่เพิ่มมากขึ้นจากการแย่งชิงสารอาหารจากร่างกายของก้อนเนื้องอก และภาวะการฟื้นตัวเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการสารอาหารในปริมาณที่มากขึ้น และเมื่อผู้ป่วยได้รับสารอาหารเข้าสู่ร่างกายในปริมาณที่น้อยลง ทำให้ร่างกายต้องนำพลังงานที่เก็บสะสมไว้มาใช้ จนพลังงานที่เก็บสะสมไว้หมดไป เกิด ความเหนื่อยล้าขึ้น (Berger and Williams, 1992 อ้างถึงในกัญญารัตน์ ผึ้งบรรเทา, 2539: 22)

พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มักมีปัญหาต่างๆ มากมายที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานหรือเข้าร่วมในกิจกรรม ทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ น้อย ใช้เวลาในการนั่งอยู่กับที่นานเกินไปหรือนอนมากเกินไป จะทำให้กล้ามเนื้อไม่มีการเคลื่อนไหว และส่งผลให้ประสิทธิภาพในการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อเหล่านั้นลดน้อยลงจึงมีความต้องการออกซิเจนในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อการทำงาน มากกว่ากล้ามเนื้อที่ได้มีการเคลื่อนไหว และทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ง่าย (MacVicar, Winningham, and Nickel, 1989: 348; Piper, 1993: 285)

คุณภาพการนอนหลับ ขณะหลับกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายจะคลายตัว อวัยวะต่างๆ ได้พักผ่อนจากการทำกิจกรรมขณะตื่น มีการใช้พลังงานลดลง ประกอบกับระบบประสาทซิมพาเทติกจะเพิ่มการทำงานมากขึ้น การไหลเวียนของเลือดไปที่สมองมากขึ้น มีการสะสมพลังงานของสมองทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่าและไม่รู้สึกเหนื่อยล้าขณะตื่น (Gall, 1996: 31) แต่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีรายงานว่า นอนไม่หลับ ตื่นบ่อยในตอนกลางคืน ง่วงนอนและงีบหลับกลางวันมากขึ้น ซึ่งแสดงถึงการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ในที่สุด (เพ็ญใจ คาโลปการ, 2545)

ความซึมเศร้า การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นโรคร้ายที่น่าสะพรึงกลัวสำหรับทุกคน มักเกิดความซึมเศร้าขึ้น และมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลายรายที่รายงานว่าความซึมเศร้าเหล่านั้นเพิ่มขึ้นขณะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (Pasacreta, 1997: 215) ความซึมเศร้าเป็นตัวกระตุ้นความเครียดทางอารมณ์ (emotional stressor) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และนำไปสู่ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้ในที่สุด (Aistar, 1987: 25)

การสนับสนุนทางสังคม มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มการกลับเป็นซ้ำต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความไม่แน่นอนและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ทั้งจากโรค วิธีการ

รักษา รวมถึงผลข้างเคียงจากการรักษา ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด และถ้าความเครียดนั้นไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม หรือมีกลยุทธ์การจัดการกับความเครียดไม่ดีพอ ปล่อยให้เกิดความเครียดเป็นระยะเวลานานๆ จะทำให้ร่างกายเกิดการสูญเสียพลังงาน นำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ในที่สุด (Aistar, 1987: 25) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนทางสังคมทั้งในเรื่อง ความรักใคร่ ผูกพัน ความมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ การเงิน แรงงาน วัสดุสิ่งของ เพื่อให้สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Piper, 1987: 21; Coleman et al., 1994)

3.5 ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 99 (Ream and Richardson, 1999; Bower et al., 2000; Ream et al., 2002) และพบว่าร้อยละ 60 เป็นอาการเหนื่อยล้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Bower et al., 2000) โดยผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการรักษา และอาการเหนื่อยล้าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามการออกฤทธิ์ของเคมีบำบัดที่ได้รับ ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการเหนื่อยล้าทันทีหลังได้รับเคมีบำบัด และเปลี่ยนแปลงไปตามจังหวะชีวภาพในแต่ละวัน ซึ่งอาการเหนื่อยล้าจะเกิดมากที่สุดช่วงกลางวัน (34.69 %) และช่วงเย็นของวัน (34.02%) (Ream and Richardson, 1998; ปิยวรรณ ปฤษฎภานุรังษี, 2543) และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจะเพิ่มสูงสุดวันที่ 4 วันของการรับเคมีบำบัด (Piper, 1991; Richardson, Ream, and Winson-Barnett, 1998; ปิยวรรณ ปฤษฎภานุรังษี, 2543) หลังจากนั้นจะเพิ่มขึ้นอีกครั้งในวันที่ 8 และสูงสุดในช่วงวันที่ 9 (ปิยวรรณ ปฤษฎภานุรังษี, 2543) และจะเพิ่มอีกครั้งในช่วงกลางชุดของเคมีบำบัด (Nadir period) คือ วันที่ 15 ของการรับเคมีบำบัด จากนั้นอาการเหนื่อยล้าจะค่อยๆ ลดลงตามลำดับ จนเพิ่มขึ้นอีกครั้งก่อนถึงกำหนดเคมีบำบัดชุดต่อไป (Richardson, Ream, and Winson-Barnett, 1998) ในทุกช่วงที่รับการรักษาจะมีอาการเหนื่อยล้าที่แตกต่างกัน และพบว่าอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับเคมีบำบัด ชุดที่ 1, 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ปิยวรรณ ปฤษฎภานุรังษี, 2543)

อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอาจเกิดได้จากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเองที่เกิดการแย่งชิงสารอาหารจากร่างกายของก้อนมะเร็ง จึงทำให้มีการเพิ่มกระบวนการเผาผลาญเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การทำลายเซลล์มะเร็งของเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ทำให้เกิดการคั่งค้างของของเสีย เช่น Lactic acid, Pyruvate รวมทั้งการที่ Hydrogen ion สารที่เป็นองค์ประกอบของโปรตีน จากการสลายตัวของเซลล์มะเร็งและของเสีย ที่เกิดจากการทำลายเซลล์มะเร็งของเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา (Aistars, 1987: Piper et al., 1987; Jacob and Piper, 1996) ซึ่ง Lactic acid เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพของก้อนเนื้องอกและเซลล์มะเร็ง จึงทำให้เกิดการกระจายของเซลล์มะเร็ง และยังทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ในขณะที่

Hydrogen ion จะไปขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อ โดยแย่ง Calcium ion ในการจับ Troponin ในขั้นตอนปฏิกิริยา Actin-myosin interaction ส่งผลทำให้แรงในการหดตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น (Piper et al., 1987; Jacob and Piper, 1996) นอกจากนี้ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ได้รับ เช่นอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารและรับประทานได้น้อยทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหารและอิเล็กโตรไลต์ ทำให้เกิดการสูญเสียพลังงานในร่างกายมากกว่าปกติ จึงเกิดเป็นอาการเหนื่อยล้าขึ้นได้ (Piper et al., 1987; Berger, ปิยวรรณ ฤกษ์งาม, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่ทำนายอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ความซึมเศร้า คุณภาพการนอนหลับ และพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย (เพียงใจ คาโลปการ, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Irvine และคณะ (1994) ที่พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และภาวะทุกข์ทรมานทางอารมณ์ประกอบด้วย ความวิตกกังวล ภาวะสับสน ความซึมเศร้า และความโกรธ เป็นต้น

ความเหนื่อยล้าที่คงอยู่เป็นเดือนเป็นปีภายหลังการรักษาทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่ ส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจและความผาสุกทางกายและทางใจของผู้ป่วย (Ream and Richardson, 1999; Berger and Walker, 2001) ทำให้สับสน ว้าวุ่นกับข้อใจ จากความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ความสามารถต้องพึ่งพาบุคคลอื่น พึ่งพาครอบครัว ร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ความสนใจหรือแรงจูงใจในการทำงานลดน้อยลง ทำให้บทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลงไป เหล่านี้เป็นภาวะคุกคามทางจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งนอกจากจะเกิดจากความเปลี่ยนแปลงจากร่างกาย ความไม่สุขสบายทั้งหลายที่กล่าวมา ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ร่วมด้วย จากการศึกษาพบว่าความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า (เพียงใจ คาโลปการ, 2545) ความเครียดของร่างกายตอบสนองโดยการหลั่ง Stress hormone ร่างกายต้องเผาผลาญและใช้พลังงานมากขึ้น หากความเครียดที่คงอยู่เป็นเวลานานทำให้ต้องสูญเสียพลังงานมากขึ้นและเกิดความเหนื่อยล้า และจากการศึกษาของเพียงใจ คาโลปการ (2545) พบว่าความเหนื่อยล้าโดยรวมและรายด้านในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อยู่ในระดับปานกลาง

3.6 ผลกระทบของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

เนื่องจากความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ความสามารถในการทำงาน และกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การเป็นภาระที่ต้องพึ่งพาครอบครัว ปัญหาค่าใช้จ่าย ส่งเสริมความเครียด วิตกกังวล ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงการทำงาน ถ้าหากความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นบ่อยและยาวนานก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (อกันตรี กองทอง, 2544)

3.6.1 ด้านร่างกาย การเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย หดแรงแปดเมื่อยกล้ามเนื้อและร่างกาย ง่วงซึม มีน้ิรยะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยพบว่า การปฏิบัติงานบ้านเพียงเล็กน้อยก็กลับกลายเป็นเรื่องยากและงานอดิเรกที่เคยชื่นชอบก็กลายเป็นสิ่งไม่น่าดึงดูดใจอีกต่อไป

3.6.2 ด้านจิตใจ ความเหนื่อยล้ารบกวนความผาสุกทางด้านจิตใจของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสับสน ว้าวุ่น คับข้องใจ จากความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ความสามารถ ไร้ประโยชน์ ไร้ค่า ต้องพึ่งพาคือคนอื่นมากขึ้น ขาดสมาธิ มีความกลัว กังวล และซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่า บางรายมีอาการฉุนเฉียว หงุดหงิดกระสับกระส่าย

3.6.3 ด้านสังคม ความเหนื่อยล้าคุกคามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาครอบครัวหรือบุคคลอื่นมากขึ้น เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ความสนใจหรือแรงจูงใจในการทำงานลดน้อยลง ต้องเปลี่ยนแปลงการทำงานหรือการดำรงไว้ซึ่งการจ้างงานลดลง ส่งผลต่อฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และเป็นปัญหาต่อสังคม

3.6.4 ด้านจิตวิญญาณ ความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต มีความรุนแรงขึ้นและสิ้นหวังในชีวิต ไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป

3.7 การประเมินความเหนื่อยล้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้าไว้หลายลักษณะ โดยสร้างมาจากคุณลักษณะของความเหนื่อยล้านั้นๆ และพบว่าการสร้างเครื่องมือขึ้นอยู่กับแนวคิดของความเหนื่อยล้า ที่ผู้ที่ทำการศึกษานั้นสนใจ สามารถแบ่งเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ

3.7.1 แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกต (Objective data) เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าจากพฤติกรรมหรือการแสดงออก ซึ่งผู้ประเมินสามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน ลักษณะโดยทั่วไป การปฏิบัติกิจกรรม ใช้เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าของโรเทน (The Rhoten Fatigue Scale, 1982) โรเทนสร้างขึ้นเมื่อปี 1982 ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประเมินความรู้สึกเหนื่อยล้าประกอบด้วย 1 ข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 โดย 0 เท่ากับไม่เหนื่อยล้าเลย และ 10 เท่ากับ หดกำลัง ใช้คู่กับส่วนที่ 2 ที่เป็นแบบสังเกต (observation checklist) โดยความรู้สึกจากส่วนที่ 1 จะสัมพันธ์กับแบบสังเกตของส่วนที่ 2 ซึ่งจะสังเกตใน 4 ด้าน

3.7.2. แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของบุคคล (subjective data) ประเมินแบบแผนการทำงานตามปกติของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผล มาจากการเจ็บป่วยและการรักษา ประเมินการรับรู้ (Perception) ของผู้ป่วยและพิจารณาว่าเป็นความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ปัจจุบันที่ได้รับความนิยม เช่น

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของแทค (The Multidimensional Assessment of Fatigue: MAF. Tack, 1991) เป็นแบบวัดความรู้สึกและความเหนื่อยล้าที่ประสบมาแล้วความเหนื่อยล้า 1 สัปดาห์ ประมาณค่าด้วยสายตา (Visual Analog Scale for Fatigue) ประกอบด้วย 16 ข้อคำถาม วัดความเหนื่อยล้าใน 5 ด้าน คือ ความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ระดับของความเหนื่อยล้า ระยะเวลาของความเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานความเหนื่อยล้าและผลกระทบในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากความเหนื่อยล้า ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 133 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach Alpha) เท่ากับ .93

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของแม็คแนร์และคณะ (Profile of Mood States, POMS, 1981) เป็นเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าที่สร้างโดยแม็คแนร์และคณะเมื่อปี 1981 (McNair, Lorr, and Droppleman, 1981) ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้า ลักษณะข้อคำถามเป็นเรตติงสเกล 5 อันดับ แต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0-5 ประเมินใน 6 ด้าน คือ ความซึมเศร้า (depression) ความตึงเครียด (tension) ความโกรธ (anger) ความสับสน (confusion) ความเหนื่อยล้า (fatigue) และความแข็งแรง (vigor) แม็คแนร์และคณะได้นำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74-0.91 (Redeker et al., 2000: 280)

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (The Piper Fatigue Scale, 1989, 1998) เป็นเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1989) สร้างเครื่องมือนี้ขึ้นในปี 1989 และได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามใหม่เนื่องจำนวนข้อคำถามเดิมมีจำนวนมากเกินไปเมื่อปี 1998 ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม ที่มีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบ ตั้งแต่ 0 ถึง 10 (numeric scale) ปลายสุดของทั้งด้านซ้ายและขวากำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยด้านขวามือสุดตรงกับตำแหน่ง 0 กำกับด้วยข้อความ “ไม่เลย” และ ด้านขวามือสุดตรงกับตำแหน่ง 10 กำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” เครื่องมือนี้ประเมินใน 4 ด้านคือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม ด้านร่างกายและจิตใจประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม ด้านสติปัญญาประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม ไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998: 681) ได้นำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 382 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ 0.97 และรายด้านเท่ากับ 0.92-0.96 นอกจากนี้ เพ็งใจ คาโลปการได้นำแบบประเมินไปหาความเที่ยง ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด 160 รายพบว่า ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 รายด้านเท่ากับ .86-.92

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินได้ครอบคลุม คือประเมินทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ

พฤติกรรมและการให้ความหมายความเห็น้อยต่ำตามการรับรู้ของผู้ป่วย ประกอบกับแบบประเมินนี้ ได้ถูกนำไปประเมินความเห็น้อยต่ำในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอย่างแพร่หลายและได้ค่าความเที่ยงในระดับสูงมาก คืออยู่ระหว่าง 0.91-0.99 (Berger, 1998; Richardson et al; 1998; Woo et al., 1998; Berger and Higginbotham, 2000; Berger and Walker, 2001; ปิยวรรณ ฤกษ์งามและคณะ, 2544)

3.8 บทบาทพยาบาลในการลดความเห็น้อยต่ำ

จะเห็นได้ว่าอาการเห็น้อยต่ำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จากหลายปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ซึ่งนอกจากจะเกิดจากความเปลี่ยนแปลงจากร่างกาย ความไม่สุขสบายทั้งหลายที่กล่าวมา ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ร่วมด้วย ร่างกายต้องเผาผลาญและใช้พลังงานมากขึ้น บทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือ การค้นหาข้อมูลและการประเมินความเห็น้อยต่ำผู้ป่วยให้ครอบคลุมถึงแบบแผนและลักษณะของความเห็น้อยต่ำ ปัจจัยส่งเสริม โดยมีเป้าหมายหลักของการดูแลคือการส่งเสริมให้ปรับตัวต่อภาวะเครียด ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ควบคู่กันไป

3.8.1 การลดความเครียดพยายามหาสาเหตุของความเครียดทางร่างกายที่ก่อให้เกิดความเห็น้อยต่ำและให้การพยาบาลตามสาเหตุเพื่อลดหรือควบคุมความเครียด เช่น การเจ็บปวดเรื้อรัง ให้การดูแลเพื่อลดปวดด้วยกลวิธีต่างๆ อาการเบื่ออาหาร คิดเชื่อ มีไข้ ซีด หายใจลำบาก

3.8.2 การให้คำแนะนำปรึกษา เริ่มต้นด้วยสัมพันธภาพที่ดี ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยระบายความเครียดและความกังวล ให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องความเห็น้อยต่ำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ปัญหาและอุปสรรครวมทั้งข้อจำกัดในการปฏิบัติในการดูแลตนเอง และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข การหาวิธีป้องกัน หรือที่ปรึกษาที่เหมาะสม

3.8.3 ให้คำแนะนำในเรื่องอาการข้างเคียงจากการรักษา เช่น การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การให้อาหารและน้ำที่เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อน ตลอดจนการออกกำลังกาย รวมถึงการจัดการกับอาการเพื่อควบคุมอาการ

3.8.4 การฟื้นฟูสภาพและการประคับประคองที่เกิดจากการแพร่กระจายในระยะหลังๆหรือระยะสุดท้าย

3.8.5 การสงวนพลังงานของร่างกาย เช่นการกำหนดบทบาท การจัดลำดับการทำกิจกรรม ตามความสำคัญก่อนหลัง การฝึกประเมินความเห็น้อยต่ำด้วยตัวเองในรอบ 24 ชั่วโมง เพื่อจะได้ทราบกิจกรรมที่ทำให้เกิดความเห็น้อยต่ำเป็นข้อมูลในการวางแผนสงวนพลังงานและจัดกิจกรรมเพื่อให้เหลือความเห็น้อยต่ำน้อยที่สุด

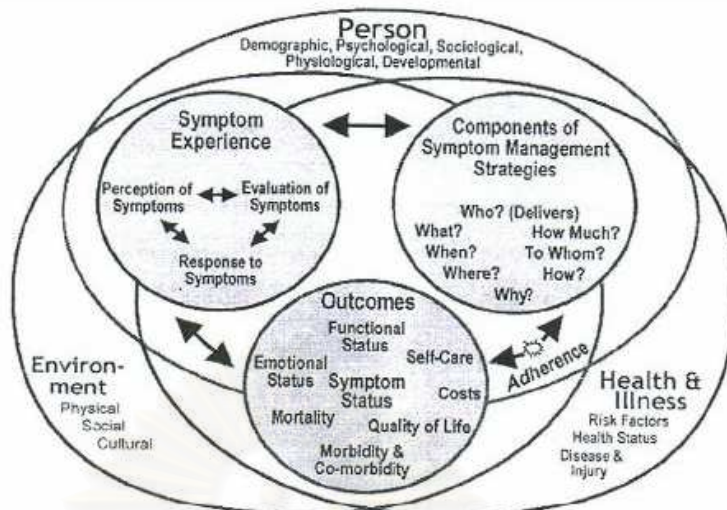
3.8.6 การจัดช่วงเวลาในการพักผ่อน ควรแบ่งเป็นช่วงสั้น ๆ หลาย ๆ ช่วง การลดจำนวนญาติและระยะเวลาในการเยี่ยม ทำให้มีเวลาพักได้นานขึ้น และหลีกเลี่ยงการนำเรื่องทำให้เสียเวลาและกำลังงานทั้งนี้เป็นการลดความเครียดและสงวนพลังงานด้วย

3.8.7 การมอบหมายงานเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงาน เช่น การมีผู้ช่วยจ่ายตลาดเพื่อเก็บพลังงานไว้ประกอบอาหารเองเป็นต้น ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการสูญเสียบทบาทหน้าที่ที่รู้สึกผิดหรือไม่พอใจ การจัดลำดับกิจกรรมเพื่อสงวนไว้กิจกรรมหลัก

3.8.8 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายในผู้ป่วยมะเร็งมีความจำเป็นมาก โดยเฉพาะแบบแอโรบิกจะได้ประโยชน์ทั้งร่างกาย และจิตใจ เช่น การเดิน ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ ในรายที่นอนบนเตียงอาจใช้การเหยียดข้อต่างๆ มีข้อห้ามการออกกำลังกายที่รุนแรงในระยะที่อยู่ในช่วงการแพร่กระจายสู่กระดูก หรือมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ควรมีการวางแผนร่วมกับแพทย์ นักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางการออกกำลังกาย

4. แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model)

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson, et al. (1994) ที่เน้นการจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและใช้การดูแลตนเอง (Self-care) ซึ่งเน้นทักษะ ความรู้และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการกับอาการของตน ซึ่ง Dodd, et al. (2001) ได้พัฒนาโดยอาศัยหลักฐานจากงานวิจัยต่าง ๆ โดยกล่าวว่าอาการซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาจากแพทย์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ อาการดังกล่าวไม่เพียงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม การจัดการกับอาการเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัวโดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพเช่น พยาบาล เป็นบุคคลสำคัญซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพโดยร่วมกันพัฒนาแนวทางในการจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการหลายๆอาการที่เรื้อรังและต้องการการจัดการในระยะยาว โดย Dodd และคณะ (2001) มีแนวคิดว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน มโนทัศน์แบบจำลองการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ คือ



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd et al. (2001:668-676)

4.1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) ประสบการณ์การมีอาการ เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรงสาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และพฤติกรรม ซึ่งการเข้าใจสิ่งเหล่านี้จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประสบการณ์การมีอาการจะสัมพันธ์กับการรับรู้อาการและการประเมินอาการ (Facone & Dodd 1995, Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001 : 871) ดังนั้นประสบการณ์จะประกอบด้วย

4.1.1 การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom) การรับรู้อาการ หมายถึง การที่บุคคลซึ่งรู้สึกตัวตีความผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึก หรือปฏิบัติโดยมโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการ (การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนอง) จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลและ/หรือการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งการรับรู้อาการมีความซับซ้อน จากนั้นจึงทำการตัดสินใจในการที่จะจัดการกับอาการ ซึ่งถ้าการรับรู้สอดคล้องตรงกันการจัดการก็จะเป็นความขัดแย้งเกิดขึ้น แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องหรือไม่ตรงกันกับปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม (Koenig, 1999 cited in Dodd et al., 2001 : 672) นอกจากนี้ยังพบว่า วัฒนธรรมและระยะของพัฒนาการจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อาการของแต่ละบุคคล

4.1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งของอาการซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว หรือถาวร ความบ่อย ผลกระทบ หรือความพิการที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตจากอาการ

4.1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) การตอบสนองของบุคคลต่ออาการเป็นการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมสังคมและพฤติกรรม โดยอาการที่เกิดขึ้นหนึ่งอาการอาจมีการตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาวการตอบสนองด้านร่างกาย ต่ออาการ รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นการตัดสินใจที่จะจัดการกับอาการที่อาจเกิดปัญหาได้

การรับรู้ปัญหาและการรายงานอาการด้วยตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวบางครั้งหากไม่มีความสอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงอาจเกิดปัญหาจากการจัดการอาการที่ไม่เหมาะสมได้ ดังนั้น การประเมินประสบการณ์ผู้ป่วยและครอบครัวให้ตรงกับปัญหา เป็นสิ่งที่พยาบาลควรมีวิธีการที่จะส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถรับรู้และเข้าใจถึงสาเหตุของอาการที่แท้จริงได้ ซึ่งจะเป็นผลต่อประสิทธิภาพของการจัดการอาการและผลต่อภาวะการเจ็บป่วย

4.2. กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management)

เป้าหมายของการจัดการอาการเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยการใช้กลวิธี การดูแลตนเอง การใช้ยาในการบรรเทาอาการ และการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพโดยการจัดการกับอาการจะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยในแต่ละรายก่อน เพื่อจะสามารถนำไปสู่กลวิธีจัดการกับอาการ ตามด้วยการแยกแยะวิธีการทางการแพทย์ที่มีปัญหาและการจัดการกับอาการ ซึ่งกลวิธีจัดการอาการจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาหรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอม หรือไม่ยินยอมของผู้ป่วยซึ่งกลวิธีในการจัดการกับอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ทำไมจึงต้องใช้ ใช้มากน้อยเท่าไร ใช้กับใคร หรือผู้รับบริการเป็นใคร และใช้อย่างไรรวมทั้งการควบคุมอาการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพเช่น แพทย์หรือพยาบาล โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้นหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (สุริพร ธนศิลป์, 2545 : 6)

ในบทบาทของพยาบาลการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม จะต้องพิจารณาว่าสาเหตุของความเหนื่อยล้าเกิดจากหลายสาเหตุรวมทั้งสาเหตุส่งเสริมและปัญหาที่เรื้อรัง สมรรถภาพผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลวิธีในการจัดการกับอาการของความเหนื่อยล้ามีหลายวิธี แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังรายละเอียดดังนี้

1. วิธีการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าโดยใช้ยา (Pharmacological Intervention) เป็นการใช้ยาเพื่อรักษาอาการทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า อาจใช้ยาในการรักษาอาการด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า

2. โดยการไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological Intervention) ได้แก่การแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อการสงวนพลังงานและการออกกำลังกาย การใช้วิถีทางจิตวิทยา การให้ความรู้ คำปรึกษา และการดูแลแบบแพทย์ทางเลือก ดังรายละเอียด

2.1 การออกกำลังกายเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากในการบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง (Schwartz, 1998:458) ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อดี ลดการคั่งค้างของแลคติกในกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงในการหดตัวได้ดีขึ้นและบรรเทาความเหนื่อยล้า นอกจากนี้การออกกำลังกายยังมีผลต่อการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขลดอาการปวด ส่งเสริมจิตใจให้เข้มแข็ง แจ่มใส ลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจและยังเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย เช่น การเดินสัปดาห์ละ 3 ครั้ง วันละ 20 นาที (รัชนิกร ใจคำสืบ, 2549)

2.2 การดูแลตนเองเพื่อสงวนการใช้พลังงานในร่างกาย (Conservation Energy Intervention) เป็นการลดกิจกรรมเพื่อให้มีพลังสำรองเก็บไว้ วิธีที่นิยม เช่น การนอนหลับ และการพักผ่อน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดจะนอนพักเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าถึงร้อยละ 70 (ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี, 2543) นอกจากนี้การลดความเร็วในการทำกิจกรรม และไม่ควรทำกิจกรรมที่ต่อเนื่องเป็นเวลานานแต่ไม่ควรพักนานเกินไป หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักๆ หยุดเมื่อรู้สึกเหนื่อย เช่นการนั่งอาบน้ำ แปรงฟันแทนการยืนเพื่อลดการใช้พลังงาน การหาเวลานอนพักในเวลากลางวันและควรจะเป็นระยะเวลาสั้นและนอนพัก 8-6 ชั่วโมง ในเวลากลางคืน ซึ่งได้มีการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในการลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับยาเคมีบำบัดมากที่สุดคือการเปลี่ยนแปลงแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อนถึงร้อยละ 83.6 รองลงมาคือการเปลี่ยนแปลงแผนการนอนโดยเข้านอนเร็วขึ้น และนอนหลับพักผ่อนเกือบทั้งวันในร้อยละ 37.0 (Ream and Richardson, 1997) การรู้จักการวางแผนการทำกิจกรรมให้สัมพันธ์กับอาการ เช่น เมื่อรู้สึกช่วงใดที่จะมีอาการเหนื่อยล้าได้มากควรจัดเป็นเวลาที่ควรนอนพักและทำกิจกรรมเมื่อรู้สึกดีขึ้น

2.3 ให้ความรู้และคำปรึกษา (Psychosocial and preparatory intervention) เริ่มต้นด้วยสัมพันธภาพที่ดี ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยระบายความเครียดและความกังวล ใช้หลักจิตวิทยาในการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ การทำงานบ้าน การสร้างความผ่อนคลาย โดยพบว่าการเลือกใช้ ถึงร้อยละ 24.7-25.0 (Ream and Richardson, 1997) นอกจากนี้ยังพบว่าการให้ข้อมูลทางสุขภาพ การให้การพยาบาลแบบสนับสนุนก็สามารถลดความเหนื่อยล้าลงได้ (อกันตริ กองทอง, 2544; ศิริพร ใจคำสืบ, 2549; รัชนิกร พันธุ์พริ้ม, 2549)

3. การพยาบาลแบบผสมผสาน (Complementary therapy Intervention) ผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มที่จะหันไปพึ่งความช่วยเหลือของการแพทย์ทางเลือกเสริมร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันด้วยเคมีบำบัด ซึ่งตรงกับผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาตินั้นมีการแสวงหาการรักษาโดยการใช้อาการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับแพทย์ทางเลือกถึงร้อยละ 33.3 (รัตน ชัยอินทร์และคณะ, 2544) วิธีการที่เลือกใช้เช่น สมุนไพรและแพทย์พื้นบ้านในการจัดการปัญหาสุขภาพร้อยละ 35.8 (สุภาพร พงษ์มุล, 2550) ซึ่งพฤติกรรมของผู้ป่วยเหล่านี้เป็นลักษณะพฤติกรรมการดูแลรักษาตนเองแบบองค์รวม การนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น การนั่งสมาธิ การนวด การฝึกการหายใจ การใช้โยคะหรือชี่กง ซึ่งจากการศึกษาของวัชรวรรณ จันทอินทร์ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผล 20 ราย พบว่า ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 นอกจากนี้ยังมีการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่า คะแนนหลังรับโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547)

กลวิธีการจัดการเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลที่สูงก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายและจิตใจ การบรรเทาให้อยู่ในระดับที่สามารถแก้ไขปัญหาก็ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดความรุนแรงที่เกิดจากความวิตกกังวลได้ วิธีบรรเทาความวิตกกังวล สามารถจัดการได้หลายวิธี

1. บรรเทาโดยการใช้ยา ยาที่ใช้บรรเทาความวิตกกังวลเรียกว่า Antianxiety agents หรือ anxiolytics drug ในปัจจุบันยังไม่ด้วยยาใดที่ใช้เป็นยาต้านความวิตกกังวลที่ได้ผลดีเนื่องจากยาแต่ละตัวมักมีข้อเสียไม่มากนักน้อย

1.1 ยาที่อยู่ในกลุ่ม benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide (Librium) diazepam (valium) chlorazepate dipotassium (tranxene) prazepam (passerine) การออกฤทธิ์จะกดการสร้างสื่อประสาทในสมองบางส่วนของลิมบิกและบริเวณเปลือกสมอง (Cortical areas) ฤทธิ์ข้างเคียงมีน้อยและไม่มียันตรายโดยทั่วไปทำให้หงวนนอน ความคิดช้า สับสน ตื่นเต้น วุ่นวาย ผื่นขึ้นตามผิวหนัง และคลื่นไส้ อาเจียน

1.2 ยาที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่ม benzodiazepine ได้แก่ buspirone (buspar) ยาจะกดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเล็กน้อย และจับตัวรับสารสื่อประสาท ซีโรโตนิน และโดปามีน ฤทธิ์ข้างเคียง อาจทำให้เกิดอาการง่วง คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ตกใจง่าย ตื่นเต้นง่าย

2. วิธีลดความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยาได้แก่

2.1 การสร้างจินตภาพ (Visual imagery) จะใช้การเบี่ยงเบนความสนใจร่วมกับการผ่อนคลายในการสร้างจินตภาพโดยการจินตนาการไปยังสถานที่หรือสิ่งที่สร้างความพึงพอใจ เพื่อลดความกังวลจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน (ปริญญญา สนิกะวาทิ, 2542, บุญบา สมใจวงษ์, 2544)

2.2 การเปลี่ยนสถานที่หรือสถานการณ์ (Change of pace or scenery) เป็นการช่วยโดยการพาตัวเราไปจากแหล่งหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น การเดินเข้าไปในป่า หรือเดินไปตามชายหาด การฟังเพลง อุ้มสัตว์เลี้ยง ทำงานอดิเรก เป็นต้น

2.3 การออกกำลังกายหรือการนวด (Exercise or massage) การออกกำลังกายสามารถช่วยปลดปล่อยให้ร่างกายหลั่ง endorphin หรือเป็นทางระบายความกดดัน ความตึงเครียด หรือความวิตกกังวล ส่วนการนวดจะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย และการกดจุด (สายไหม คุ่มวิจิตร, 2547, ศิริพร พันธุ์พริ้ม, 2549)

2.4 การฝึกสมาธิแบบทรานเซนเดนเทิล (Transcendental meditation) เป็นการฝึกจิต หรือฝึกสมาธิวิธีหนึ่ง โดยเป็นการพัฒนาในระดับจิตสำนึกให้ไปสู่ภาวะระดับจิตสำนึกแบบทรานเซนเดนเทิล (transcendental consciousness) เมื่ออยู่ในภาวะนี้จิตสำนึกจะตื่นตัวในขณะที่ร่างกายและจิตใจได้รับการพักผ่อนระดับลึก

2.5 การป้อนกลับข้อมูลทางชีวภาพ (Biofeedback) บุคคลสามารถที่จะติดตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกายตนเองได้จากสัญญาณเสียงหรือ รูปภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งเทคนิคนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตนเองเพื่อลดการสนองตอบของสรีรวิทยา และมีประสิทธิภาพในการจัดการกับสภาพต่างๆ เช่น การปวดศีรษะไมเกรน ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุและความเจ็บปวดซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดและความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น

2.6 การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation exercise) มีวิธีการหลายอย่างที่จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้การผ่อนคลาย ขั้นตอนโดยทั่วไปของการผ่อนคลาย คือการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ทำให้กล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกายตึงเครียดหลังจากนั้นทำให้เกิดการผ่อนคลายโดยเริ่มจากศีรษะไปจนนิ้วเท้า และในที่สุดร่างกายทุกส่วนจะเกิดการผ่อนคลายขึ้นพร้อม ๆ กัน

2.7 การสะกดจิต (Hypnosis) นักพฤติกรรมบำบัดบางคนจะใช้การสะกดจิตเพื่อทำให้เกิดการผ่อนคลายและการสร้างจินตภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งบุคคลจะได้รับการสอนการสะกดจิตด้วยตนเองเพื่อใช้ลดความวิตกกังวล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ร่วมกับการดูแลแบบผสมผสานด้วยการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ ผสมผสาน สมาธิ และการเคลื่อนไหวไปพร้อมๆ กัน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม

ในการปฏิบัติเพื่อการช่วยเหลือ การให้ความรัก ความเข้าใจเพื่อให้เกิดความเป็นองค์รวมแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะเป็นกำลังใจ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ และช่วยเหลือกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่า มีความหวัง ในการตั้งใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง (โอเร็ม 1985 อ้างใน พรหม รุจิไพโรจน์, 2550)

3. ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ และเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์จะมุ่งไปที่ 8 ปีจจัย ผลลัพธ์ของอาการจะเป็นศูนย์กลางในการส่งผ่านไปยังผลลัพธ์ตัวอื่นๆและผลลัพธ์แต่ละตัวจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจะกระทบต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือเป็นอยู่ยาวนาน ซึ่งผลลัพธ์ที่กล่าว คือ 1ระบบฐานะทางเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่าย 2. สภาวะทางอารมณ์ 3. การดูแลตนเอง 4. ภาวะการทำหน้าที่ 5. คุณภาพชีวิต 6. อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม 7 อัตราการตาย 8. สภาวะอาการ

5. แนวคิดการฝึกบริหารกาย-จิตแนวซิงก

เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ของพยาบาลคือการดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้เกิดคุณภาพของการดูแลที่ดีแก่ผู้ป่วย นอกจากจะช่วยให้มีชีวิตรอดแล้ว การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพดี สามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสม ให้การดูแลตัวเองได้เหมาะสม แนวทางการดูแลสุขภาพเปลี่ยนจากเดิมซึ่งผู้ป่วยเป็นเพียงผู้รับบริการอย่างเดียว รักษารับประทานยาให้ครบตามคำสั่ง โดยบุคลากรเป็นผู้สั่งปัจจุบันบทบาทในการดูแลผู้ป่วยบุคลากรเป็นผู้มีส่วนร่วมสนับสนุนให้สามารถดูแลตัวเองได้เหมาะสม ผู้ป่วยเองมีความตื่นตัวในการป้องกันและบำบัดความเจ็บป่วยของตัวเอง ซึ่งเกิดผลดีและประหยัดค่าใช้จ่าย ดังนั้นบทบาทของการดูแลแบบผสมผสานจึงมีส่วนสำคัญและเคียงคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน และมีความหลากหลายทั้งยังขึ้นได้รับความสนใจมากคือ ซิงก ซึ่งเป็นศาสตร์ทางตะวันออกที่มีประวัติมายาวนาน เป็นการทำงานเพื่อเพิ่มพลังชีวิต เทอดศักดิ์ เศษคง (2545)

ความหมายของซิงก

ชี (Qi or Chi) หมายถึง อากาศ (Air) ลมหายใจ (breath) และพลังงานแห่งชีวิต (Vital energy) ที่ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้และเป็นพลังงานที่อยู่ในร่างกายของคนเรา หรือสมรรถภาพของร่างกาย ซึ่งจะมีผลต่อความต้านทานโรคของร่างกาย

กง (Gong or Kung) หมายถึง การออกกำลังกาย ทักษะ หรือการฝึกหัด (Dorcac และ Yung, 2002) ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า ซิงก ไว้หลายท่าน ดังนี้

บรรจบ ชุนหวัดดิกุล (2541) ให้ความหมายว่า เป็นการฝึกฝนตนเองด้วยพลัง สมาธิ และท่าฝึกบางท่า อันอำนวยการโคจรของลมปราณ เพื่อสร้างเส้นโคจร อันแล้วคล่องไม่ติดขัด ในร่างกายผู้ฝึก ซึ่งตั้งอยู่บนรากฐานของ หยิน หยาง

พชรพงษ์ พรายมณี (2542) ให้ความหมายว่า เป็นการฝึกพลังของลมปราณ ซึ่งเป็นวิธีการโบราณที่เชื่อมั่นกันว่า จะช่วยให้คนมีอายุยืนยาว มีสุขภาพแข็งแรง รวมทั้งสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และบำบัดรักษาโรคด้วยตนเอง

จว้อต้าหง (2542) ให้ความหมายว่า เป็นการบริหาร การฝึกหายใจ หรือการบริหารให้ กระปรี้กระเปร่า เป็นการบริหารชนิดหนึ่ง ซึ่งรวมการหายใจเข้ากับการสมาธิ และการผ่อนคลาย โดย ชี หมายถึง อากาศที่เรา หายใจ เข้า-ออก และ กง หมายถึงการบริหารความชำนาญหรือการฝึก

เทิดศักดิ์ เดชคง (2545) ให้ความหมายว่า เป็นการทำงาน เพื่อเพิ่มพลังชีวิต

จากความหมายข้างต้นพอสรุปได้ว่า ชีกง หมายถึง การประสานกันระหว่าง การบริหารร่างกายกับการฝึกบริหารการหายใจ การทำสมาธิและการผ่อนคลาย เพื่อเป็นการเพิ่มพลังชีวิต ทำให้สุขภาพแข็งแรง สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และบำบัดโรคได้ด้วยตนเอง

ทฤษฎีพื้นฐานของชีกง

McCaffrey และ Fowler (2003) ได้กล่าวถึงทฤษฎีพื้นฐานของชีกงว่า สัมพันธ์กับทฤษฎีการแพทย์แผนจีน คือ หลักยินหยาง ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่าง อวัยวะกลางและอวัยวะภายใน (Zang-fu) และทฤษฎีเส้น ไคจรเลือดลม 20 เส้น

1. ชีกง และทฤษฎียินหยาง เป็นหลักปรัชญา เบื้องลึกของวิถีเต๋ากล่าวถึงด้านของสรรพสิ่งที่ตรงข้ามกัน ขัดแย้งกัน และกลมกลืนกันในสากลจักรวาล รวมทั้งภายในร่างกายคนเรา ซึ่งหมายถึงว่า ด้านทั้งสองนี้จะต่อต้านกัน ขณะเดียวกันก็ควบคุม และเป็นเอกภาพแก่กัน คนมีผู้ชายและผู้หญิง ร่างกายมีฮอว์โมน ระบบเสริมสร้าง และระบบเผาผลาญ ประสาทมีเรังรัด และผ่อนคลาย เซลล์มีเติบโต แบ่งตัว และมีเสื่อมสลาย ลมหายใจมีเข้าและมือออก ซึ่งสิ่งที่ตรงข้ามที่ขัดแย้ง และอยู่ร่วมกันต่างสอดคล้องผสมผสาน กันด้วยพลังอย่างหนึ่ง คือ พลังแห่งชีวิต ถ้าจำแนกละเอียด ลมหายใจเข้าถือเป็น หยิน ขณะหายใจออก ถือเป็นหยาง การหายใจเข้าเป็นการสูดรับ ชีหรือปราณจากภายนอกเข้าสู่ตัวเรา การหายใจออกเป็นการปลดปล่อยชี ของเราสู่สากลจักรวาล การฝึกชีกงส่วนที่เกี่ยวกับลมหายใจ จึงเน้นให้ผู้มีตั้งกัธาตุหยางมีธาตุไฟรุนแรงควรสนใจลมหายใจออกหรือส่วนผู้ที่ขาดธาตุหยินหรือพร่องลมพลังลมปราณ ให้เน้นหนักที่ลมหายใจเข้า

สรุปคำว่า “สมดุล” สภาพสมดุลของ หยินหยาง หมายถึง ร่างกายของคนทั้งภายในและภายนอก ตลอดจนความสัมพันธ์ ของอวัยวะภายในอยู่ในภาวะสมดุล คงที่ การที่จะสามารถอยู่ในสมดุลได้ต้องอาศัย พลังอย่างหนึ่งในการผสมผสานความสมดุล นั้นคือพลังแห่งชีวิต หรือ ชีกง บทสรุปสำหรับความสมดุล ของผู้ฝึกพลังชีกง ก็คือ สมดุลของการนิ่งและการเคลื่อนไหว สมดุลของอารมณ์ ไม่สุขหรือทุกข์มากเกินไป สมดุลของการให้และการรับ สมดุลของกายและจิต หาก ร่างกายดีแต่จิตใจอ่อนแอก็ไม่ดีทั้งนั้น และสุดท้ายสมดุลของอาหาร การกิน ไม่มากจนอ้วน ไม่น้อยจนผอม กินอาหารที่หลากหลาย สารอาหารและรสชาติ

2. ชีงงและทฤษฎีเส้นโคจรของเลือดลม การแพทย์แผนจีนเชื่อว่าร่างกายมีเส้นโคจรของเลือดลมที่จัดวางไว้ 12 เส้นหลักและเส้นพิเศษอีก 8 เส้น เส้นที่ 12 นั้นเชื่อมต่อระหว่างอวัยวะภายในกับผิวหนังภายนอก อวัยวะจะสมบูรณ์แข็งแรงก็ด้วยได้รับการหล่อเลี้ยงจากธาตุภายนอกเข้ามาผสมผสานกับธาตุภายในผ่านเส้นโคจรทั้ง 12 ขณะเดียวกันการแปรปรวนของลมฟ้าอากาศภายนอก ก็อาจกระทบสมดุลของธาตุที่ประกอบขึ้นเป็นอวัยวะภายใน โดยผ่านเส้นโคจรเหล่านี้ ชีงงเป็นพลังปราณที่หมุนเวียนไปตามเส้นโคจรเหล่านี้ การเดินปราณถือหลักหมุนเวียนลมปราณในวงจรเบื้องบน เคลื่อนปราณขึ้นและลง เปิดและปิดแคว้นช่อง ซึ่งถือเป็นหลัก สำคัญของการฝึกชีงง เมื่อเส้นโคจรหมุนเวียน ได้ต่อเนื่องไม่ติดขัด ก็ทำให้อวัยวะภายในทั้ง 11 และอีก 1 ช่อง ลำตัวทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นรากฐาน ของสุขภาพอันดี

3. ทฤษฎีชีงงกับอวัยวะ การแพทย์แผนจีนถือว่า จิตของคนเราเป็นองค์รวมของความคิด สัมผัสปัญญาและดวงวิญญาณ การปฏิบัติชีงงทำให้จิตใจสงบก้าวสู่สมาธิเป็นผลให้จิตพัก และปรับตัวได้คล่องแคล่วยิ่งขึ้น ซึ่งชีงงมีความสัมพันธ์กับอวัยวะต่างๆดังนี้

- หัวใจ ควบคุม เลือด และการหมุนเวียน หัวใจสำแดงตนเองออกที่ใบหน้า การปฏิบัติชีงงมีผลต่อพลังปราณของหัวใจ ซึ่งสังเกตได้จากจังหวะ และน้ำหนักของชีพจร รวมถึงสีผิวบนใบหน้า

- ปอด ควบคุม ลม และการหายใจ การฝึกหายใจของชีงงเป็นการเปิดรับพลังลมปราณจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และช่วยปลดปล่อยลมปราณที่คั่งค้างจากอวัยวะต่างๆให้หมดไป ปอดกำหนดพลังในส่วนที่เกี่ยวกับลมหายใจและสารจำเป็นซึ่งเป็นพื้นฐานในการทำงานของอวัยวะอื่นๆของร่างกาย (เปรียบได้กับระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียน)

- ไต เมื่อปอดเป็นผู้สูดลมปราณสู่ร่างกายไตจะเป็นผู้เก็บรับปราณในเรือนร่าง ก่อให้เกิดเป็นปราณประจำกายของเราเอง ทำให้เกิดพลังชีวิตที่ขับเคลื่อนไปมิหยุดหย่อน

- ตับ เป็นอวัยวะที่สะสมเลือดและเพิ่มพลัง ความคิดอารมณ์ที่แจ่มใสจะช่วยให้ตับทำงานดี อารมณ์ เศร้า เกรียด ทำให้เผาไหม้พลังตับ ทำให้การโคจรของปราณดับชะงักงัน เมื่อปฏิบัติชีงงจิตจะสงบและผ่อนคลาย ทำให้อารมณ์แจ่มใส ช่วยดับเชื้อไฟพลังหยางที่ผลาญตับได้อย่างดี

- ม้าม เป็นอวัยวะส่งผ่านและย่อยสลายสารอาหาร น้ำลาย คือสารคัดหลั่งของม้าม การปฏิบัติชีงงช่วยส่งเสริมพลังย่อยอาหารของม้ามได้โดยตรง ทำให้อย่อยอาหาร การหายใจที่อาศัยการเคลื่อนขึ้น ลงของกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องจึงเป็นการนวดกระเพาะ ช่วยขับเคลื่อนลำไส้

หลักในการฝึกชีงง

การปฏิบัติให้เกิดผลมีพลังชีงง จะต้องเข้าใจหลักการที่จำเป็นซึ่งขาดไม่ได้ ในการฝึกชีงง ฉะนั้นการฝึกชีงงที่จะให้ผลดีนั้น ควรมีหลักในการฝึกดังนี้ (เทิดศักดิ์ เดชขง ; 2545)

1. Respiration การหายใจ เป็นตัวแรกที่ต้องทำความเข้าใจ ผีอกฝ่น จนเกิดความชำนาญ โดยเฉพาะการหายใจด้วยท่อผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลม การหายใจเข้า ออก ในขณะที่ฝึก ซึ่งจะต้องมีสมาธิในการฝึก และหัดควบคุมการหายใจ เข้า ออก ผสมผสานกันไป ด้วยการหายใจ จะถูกควบคุมโดยตรงจากสมอง ทำให้เกิดจังหวะสม่ำเสมอ ลมหายใจที่ลึกและคงที่ตลอดช่วงที่หายใจออก เมื่อใดที่เคลื่อนไหวขึ้นหรือขยายออกให้หายใจเข้าที่ท้องพอง และเมื่อมีผลต่ำลงหรือหดเข้าเป็นจังหวะหายใจออกที่ยุบซึ่ง จะทำให้ได้ซึ่งจากธรรมชาติ

2. Relaxation การผ่อนคลาย ควรทำอย่างสงบ ในระหว่างที่ฝึกนั้นให้ผ่อนคลายทั้งร่างกาย และจิตใจ

3. Regulation หมายถึง กฎเกณฑ์ที่ใช้ในการเคลื่อนไหวของร่างกายและวางจิตใจ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ ส่วนร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม

3.1 กฎของร่างกาย คือทำเมื่อร่างกายพร้อม เช่น ไม่อิ่มหรือหิวจนเกินไป ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีไข้สูง กระทบต่าง ๆ ควรเรียงลำดับ แต่ก็อาจจะกลับมาเป็นชุดๆ ได้ เน้นความสม่ำเสมอและนุ่มนวลของร่างกาย มือขึ้นช้าลงอย่างสม่ำเสมอ ไม่สะดุดหรือหยุดชะงัก

3.2 กฎของจิตใจ 1) ทำเมื่อจิตใจพร้อม อยู่ในอารมณ์สบาย ไม่เกร็งเครียด ไม่หงุดหงิด โกรธโมโห 2) จิตใจนิ่งอยู่บนฝ่ามือ การฝึกซึ่งก 4 ทำ เป็นการทำให้สมาธิกับการเคลื่อนไหวของฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง 3) ในการฝึกครั้งแรกจำเป็นที่จะต้องให้จิตใจโน้มนำให้เกิดขึ้นบนฝ่ามือ รูปแบบของชี คือนึกถึงความร้อนบนฝ่ามือ 4) การพัฒนาของจิตใจจะเกิดพร้อมสภาพที่ดีขึ้น อารมณ์โกรธ และทุกข์อยู่เสมอ จะลดน้อยลง แต่ความรู้สึกเป็นสุข มีความรัก และการให้อภัยมากขึ้น

3.3 กฎของสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่ค้ำนำมาซึ่งพลังที่สมบูรณ์ สถานที่ฝึกจะเป็นในห้องหรือกลางแจ้งก็ได้ ขอให้เป็นที่ที่มียุทธศาสตร์ถ่ายเทได้สะดวก

ผลของการฝึกซึ่งกต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

จากการศึกษาของ Chen (2004) ได้ทำการวิเคราะห์ และทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวกับผลของการฝึกซึ่งกในประเทศจีน แล้วพบว่ามีการเปลี่ยนแปลง ต่อระบบต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลของซึ่งกต่อระบบกล้ามเนื้อประสาท เมื่อฝึกซึ่งกจนบรรลุเป้าหมาย แห่งการ โจรของลมปราณ คลื่นไฟฟ้าสมองของผู้ฝึกจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ความถี่ลดลงเรื่อยๆและรูปคลื่นเริ่มเรียงตัวเป็นระเบียบไม่สับสนวุ่นวายเหมือนในยามปกติ ทั้งจะพบคลื่นของกลีบสมองด้านหน้า (frontal lobe) มีอำนาจมากขึ้น สมองกลีบนี้ควบคุมการทำงานของอวัยวะภายในและต่อมต่างๆให้ทำงานได้ดียิ่งขึ้น และยังพบอีกว่าการปฏิบัติซึ่งก ส่งผลให้คลื่นสมองในบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกต่างๆจะลดน้อยลง นักสรีรวิทยาอธิบายว่า ซึ่งกทำให้เกิดการกลั่นกรอง สัญญาณของคลื่นสมองที่พบบริเวณเครือข่ายสมองชื่อว่า reticulum เป็นผลให้จิตสงบได้ดี ในสภาวะนี้การเดินของหัวใจลดลง ทั้งระบบประสาทซิมพาเทติกก็มีความไวลดลง แต่ไปเพิ่มความไวในการทำงานของประสาทพาราซิมพาเท

ติก สำหรับกล้ามเนื้อลายจะมีการคลายตัว ทดสอบไฟฟ้ากล้ามเนื้อก็พบระยะพักตัวของกล้ามเนื้อนานขึ้น

2. ผลของซิงก์ต่อระบบหายใจ เมื่อฝึกซิงก์การหายใจจะช้าลง หายใจลึกกลมเข้าออกมากขึ้นเพิ่มอัตราการจับคาร์บอนไดออกไซด์ และเพิ่มจำนวนออกซิเจนในร่างกาย การหายใจลึกจนถึงช่องท้อง โดยผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลม เป็นการกระตุ้นประสาทสมอง คู่ที่ 10 ที่เรียกว่า วากัส ซึ่งเป็นเส้นประสาท ที่มีจุดเริ่มต้นที่ก้านสมอง ทอดยาวมาตามแนวกระดูกสันหลังลงมาในอวัยวะช่องท้อง โดยได้ส่งแขนงบางส่วนไปยังกล้ามเนื้อกระบังลม การกระตุ้นเส้นประสาท วากัส จะทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง ทำให้มีการตอบสนองมายังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งมีผลในการผ่อนคลายของอวัยวะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหลอดเลือดฝอย การเคลื่อนไหวของลำไส้ และลดอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น

3. ผลของซิงก์ต่อระบบทางเดินอาหาร ปฏิบัติซิงก์ช่วยเพิ่มคลื่น การบีบตัวของทางเดินอาหาร ทั้งบีบไล่อาหารได้แรงขึ้น เพิ่มการขับน้ำย่อยมาย่อยอาหาร ซิงก์อีกด้านหนึ่งสงบประสาทส่วนปลายและปรับการทำงานของประสาทควบคุมอวัยวะภายใน ผลคือทำให้กระเพาะ ลำไส้ทำงานได้ดีกว่าเดิม การหายใจเข้า ออกที่ต้องใช้กระบังลมและกล้ามเนื้อท้อง ยังช่วยการขับเคลื่อนอาหารในกระเพาะลำไส้เป็นอย่างดีอีกด้วย

4. ผลของซิงก์ต่อระบบหัวใจหลอดเลือด ปฏิบัติซิงก์มีผลลดความดันเลือด ในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูง แต่ก็มีผลเพิ่มความดันเลือดในคนที่มีความดันเลือดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ภิราษร (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริหารผ่อนคลาย ด้วยซิงก์ต่อความเครียดและความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยลดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย ผลการวิจัยพบว่าภายหลังที่เข้าร่วมการทดลอง ระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับที่ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

5. ผลของซิงก์ต่อระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญอาหาร การปฏิบัติซิงก์ทำให้ ตับเพิ่มกระบวนการสร้างไกลโคเจน ซึ่งเป็นสารอาหารที่สะสมในตับ และลดการย่อยสลายสารนี้ที่จะออกไปเป็นพลังงาน ซิงก์จึงเป็นกระบวนการเก็บจับพลังงานที่ดี ที่เกิดผลเช่นนี้ได้เพราะ ซิงก์ช่วยเสริม สร้างการทำงานของอินซูลินในการเก็บรับน้ำตาลจากแป้ง เพื่อส่งเข้าตับ อีกทั้งลดการทำงานของต่อมใต้สมองอีกด้วย เมื่อซิงก์ลดการทำงานของต่อมใต้สมอง จึงเป็นผลให้ต่อมหมวกไตทำงานได้ตามปกติ ไม่ทำงานหนักเกินไปโดยไม่ต้องรับหมุนเปลี่ยนแป้งเป็นพลังงาน ทั้งไม่ต้องบีบรัดหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรง จึงทำให้ร่างกายได้ปรับสมดุลและเข้าสู่ความสงบ ได้พักและได้ซ่อมแซมตัวเองอีกด้วย จากการศึกษาของ อุไรวรรณ โพธิ์พนม (2546) ที่ศึกษาผลของการรำมวยจีน ซิงก์ต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย

โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย ผลการทดลองพบว่า ระดับน้ำตาลกลูโคสเม็ดเลือดแดงของกลุ่มทดลองลดลง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมและเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าระดับน้ำตาลกลูโคสเม็ดเลือดแดงก็มีระดับลดลงมากกว่าเช่นกัน

6. เมื่อร่างกายมีความเครียด ระบบหลอดเลือดฝอยจะมีขนาดเล็กลง เนื่องจากระบบซิมพาเทติก ถูกกระตุ้น อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน ต่อมไทมัสและต่อมน้ำเหลืองต่างๆจะลดความไวลง ความเครียดอย่างยาวนานย่อมทำให้ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต มีปริมาณสูงผิดปกติและเป็นตัวที่ลดการทำงานของเม็ดเลือดขาวที่มีหน้าที่จับกินเชื้อโรคและเซลล์ที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหากมีจิตใจที่ห่อเหี่ยวท้อแท้ก็ย่อมทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอ การฝึกซิงกงจะทำให้มีการเพิ่มของเม็ดเลือดต้องใช้เวลาพร้อมทั้งกายและใจ ในการฝึกฝนซึ่งจำเป็นที่จะต้องใช้ร่วมกันกับการปรับสมดุลของอาหาร พฤติกรรม การฝึกฝนจิตใจและการออกกำลังกาย (อัญริช นิตฺตร, 2543)

ประเภทของการฝึกซิงกง การฝึกซิงกง แบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1. การฝึกเพื่อการรักษา หมายถึง การให้แพทย์ด้านพลังลมปราณปล่อยหลังลมปราณตัวเองออกมาช่วยรักษาโรคให้กับผู้ป่วย ซึ่งต้องฝึกฝนกันมาอย่างเข้มงวดเป็นเวลานานจึงจะทำได้

2 การฝึกเพื่อสุขภาพ หมายถึง เป็นวิธีการรักษาด้วยตนเองอย่างหนึ่ง ซึ่งอาศัยพลังลมปราณด้วยตนเองมาป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพกายและจิต การฝึกเพื่อสุขภาพ จะแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

2.1 แบบนิ่ง (Static qigong or internal qigong) เป็นวิธีการฝึกที่รวมเอาแต่การหายใจและกระแสจิตเข้าด้วยกันโดยไม่ขยับตัว ซึ่งเปรียบได้กับการปฏิบัติสมาธิ แบบพุทธวิธีชนิดอานาปาสติ โดยการฝึกสติให้สัมผัสรู้อย่างต่อเนื่อง ในการเคลื่อนไหวของลมหายใจ

2.2 แบบเคลื่อนไหว (Dynamic qigong or external qigong) เป็นวิธีการฝึกรวมเอาการหายใจ กระแสจิต และการเคลื่อนไหวออกท่าทาง ทั้งสามอย่างเข้าด้วยกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกการฝึกซิงกงแบบเคลื่อนไหวมาศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัด ซึ่งประกอบด้วย 4 ท่า ตามหลักของ นพ. เทอดศักดิ์ เดชคง ด้วยเหตุผลว่าท่าที่มากเกินไปอาจต้องใช้เวลาในการเรียนรู้นาน ท่าทั้ง 4 นี้ คนที่ไม่มีความรู้มาก่อนสามารถทำได้ง่าย

การฝึกบริหารด้วยซิงกง มีข้อควรจำ 3 ประการ คือ

1. ท่าสมาธิเสมอไม่ติดขัด คือทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เหมือนการเคลื่อนไหวของน้ำ เป็นการหมุนเวียนของลมปราณ เมื่อจะเปลี่ยนท่าก็มีความนุ่มนวลราบรื่นไม่สะดุด

2. หายใจเข้า – ออก ตามการเคลื่อนไหว เมื่อใดที่ฝ่ามือขึ้นและขยายออกให้หายใจเข้า มือลดต่ำลงหรือหดเข้ามา เป็นจังหวะหายใจออก

3. จิตใจวางไว้ที่ฝ่ามือ การวางจิตไว้ เหมือนกับการรู้สึกสัมผัส (ไม่ใช่การคิดถึง) ฝ่ามือ เคลื่อนไหวไปที่ใดจิตก็ตามไปที่นั่น เหมือนกับการทำสมาธิเคลื่อนไหวที่ใช้จิตติดตามฝ่ามือ ขึ้นตอนการเตรียมตัวก่อนทำการฝึกบริหารซึ่ง

1. สวมเสื้อผ้าที่สบาย ยืดหยุ่นดี
 2. ไม่ควรสวมรองเท้า ให้เท้าเปล่าสัมผัสพื้นสนามหญ้า
 3. วางเท้าด้วยความกว้างเสมอไหล่ ปลายเท้าชี้ตรง
 4. กระตุ้นจุดทั้ง 6 ท่าละ 5 ครั้งเป็นอย่างน้อย
 5. บริหารข้อต่อต่างๆ เช่น ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ข้อสะโพกและข้อเข่า
- การเปิดลมปราณ โดยการกระตุ้นจุดทั้ง 6

1. ทรวงอก จิตใจวางไว้ที่กลางทรวงอก 1) บิดทรวงอกตามเข็มนาฬิกา 2 ข้างไปมา โดยบิดไปทางซ้ายพร้อมๆกับการหายใจเข้า จากนั้นบิดไปทางขวาพร้อมๆกับการหายใจออก 2) จับมือล็อกกันไว้ โยกศอกขึ้นบนลงล่างสลับกัน สัมพันธ์กับการหายใจ 3) แยกแขนออกทั้งสองข้าง ดึงศอกไปข้างหลังแล้วหุบเข้ามาด้านหน้า หายใจเข้าเมื่อแยกศอกออก หายใจออกเมื่อหุบเข้ามา

2. คอหอย จิตใจวางไว้ที่คอหอย 1) หันหน้ามองไปทางซ้ายหายใจเข้า หันหน้ามองไปทางขวาหายใจออก 2) เอียงศีรษะไปทางซ้ายเข้าใจเข้า ทางขวาหายใจออก 3) แหงนคอไปข้างหลังหายใจเข้า เวลาแก้มคอหายใจออก

3. หัวง่าม จิตใจจับอยู่ที่กลางหัวง่าม กลอกตาไปทางซ้าย-ขวา ขึ้นบน ลงล่าง ตาม และทวนเข็มนาฬิกา สัมพันธ์กับการหายใจเข้า-ออก

4. กระหม่อม ประสานมือทั้ง 2 ข้างนิ้วชี้และนิ้วกลางชี้ออก ยกมือที่ประสานกันขึ้นหายใจเข้า ลดมือลงหายใจออก จิตใจวางไว้ที่กระหม่อม

5. ท้อง จิตใจวางไว้ที่ท้อง มือเท้าสะเอว บิดเอวไปทางซ้ายหายใจเข้า บิดเอวไปทางขวาหายใจออก แอนตัวไปข้างหลังหายใจเข้า ก้มตัวมาข้างหน้าหายใจออก หมุนเอวทิศทางตามเข็มนาฬิกาหายใจเข้า หมุนทวนเข็มนาฬิกาหายใจออก

6. ก้นกบ จิตใจวางไว้ที่ก้นกบ ย่อเข่าลงหายใจออก เหยียดเข่าขึ้นหายใจเข้า

การฝึกซึ่ง 4ท่า

ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ วางเท้าแยกกันด้วยความกว้างเสมอไหล่ ปรับเท้าชี้ตรงไปข้างหน้า วางมือ ทั้ง 2 ข้างไว้ ข้างๆ คอๆ หายฝ่ามือแล้วยกขึ้นผ่านทรวงอก มาถึงระดับคาง หายใจเข้าช้าๆ แล้วคว่ำฝ่ามือ ลดมือลงจนถึงระดับเอว จึงย่อเข่าจึงหว่านนี้หายใจออกช้าๆ

ท่าที่ 2 ยึดอกขยายทรวงอก จากท่าที่ 1 ยังย่อเข่าอยู่คว่ำฝ่ามือแล้วค่อยๆ ยกขึ้นมาด้านหน้า จนถึงระดับอกจึงแยกฝ่ามือขยายออกไปจนถึงสุดแขน หายใจเข้าช้าๆ เมื่อฝ่ามือกางจนสุดแล้วค่อยๆ ดึงกลับมาในทิศทางเดิม ลดฝ่ามือมาไว้ข้างลำตัว ย่อเข่า จึงหว่านนี้หายใจออกช้าๆ

ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า จากท่าที่ 2 วางมือไว้ข้างลำตัว แล้วกางแขนออกจนหลังมือทั้ง 2 ข้างสัมผัสกันเหนือศีรษะ จังหวะนี้หายใจเข้า เมื่อลดแขนลงมาและผ่านระดับเอวก็ย่อเข่า จังหวะนี้เป็นช่วงหายใจออก เป็นท่าที่ช่วยบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกด้านข้าง

ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา จากท่าที่ 3 ดัดข้อนมือจากด้านข้าง เสมือนเอาพลังจากธรรมชาติเข้ามาในร่างกาย หายฝ่ามือยกขึ้นจนถึงระดับคาง แล้วคว่ำฝ่ามือ ลดฝ่ามือลง พอถึงระดับเอวก็ย่อเข่า (หากเป็นท่าจบ เมื่อลดฝ่ามือลงก็มาวางข้างลำตัว ไม่ต้องย่อเข่า) การวางจิตใจให้วางไว้ที่ฝ่ามือ และฝ่าเท้าทั้งสองข้าง

โดยปกติแล้วการฝึกจะใช้เวลาประมาณ 15 นาที ไม่รวมการวอร์มร่างกาย ท่าที่ 1 ทำซ้ำ 5 นาที ท่าที่ 2,3 ทำซ้ำ 5 นาที และท่าที่ 4 อีก 5 นาที แต่ถ้าเป็นโรคประจำตัวร้ายแรงเพิ่มการฝึกได้ถึง 20-30 นาที หากการฝึกเป็นไปอย่างถูกต้อง ผลที่ได้หลังการฝึกแต่ละครั้งควรมีให้เห็น โดยเฉพาะการหายใจที่โล่งสบาย ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างรู้สึกร้อนหรือซ่าๆ เหมือนมีไฟฟ้าสถิตเกิดขึ้น อาจมีเหงื่อออกมากในช่วงแรกๆของการฝึกซึ่งเป็นสิ่งที่ดี

การเก็บพลัง ทุกครั้งหลังการฝึกเสร็จสิ้นต้องเก็บพลังทันที เพื่อไม่ให้พลังสูญหายไป วิธีเก็บมีหลายวิธี แต่วิธีที่ง่ายที่สุดคือ การเอาฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง ซ้อนกันวางปิดบนท้องน้อย แล้วใช้จิตใจโน้มน้าวชี้นฝ่ามือไปยังช่องท้อง ซึ่งจะรู้สึกได้ถึงความร้อนและประจุไฟฟ้าที่ไหลเข้าไป ผู้ชายให้เอาฝ่ามือขวาทับฝ่ามือซ้าย ผู้หญิงเอาฝ่ามือซ้ายทับมือขวา วางสงบสักครู่ หลังการฝึกควรเดินเล่นไปมา ขยับตัว ขาและแขนประมาณ 10 นาที

ผลข้างเคียงของการฝึกซิ้ง การฝึกซิ้งอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงบ้างในบางราย เช่น มีไข้ต่ำๆ จะหายได้เอง หากเกิดอาการเช่นนี้ให้ดื่มน้ำมากๆ ปวดเอวปวดหลัง ให้ปรับท่าทางการฝึก บริหารกายก่อนการฝึกและลดเวลาในการฝึกลง อาจใช้วิธีนวดหรือประคบร้อน อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียเป็นกระบวนการล้างพิษ มักมีอาการไม่มาก อาจถ่าย 2-3 ครั้ง/วัน ให้รับประทานอ่อนย่อยง่ายและดื่มน้ำชดเชย ผื่นขึ้นตามผิวหนังปวดศีรษะเนื่องจากการมีชีไปตามเส้น อาการทั้งหมดหากเป็นไม่มากมักหายไปหลังการฝึก สิ่งควรปฏิบัติในระหว่างการฝึกคือ สงบจิตใจ หลีกเลียงอารมณ์โกรธ วิตกกังวล ดีใจ เสียใจจนเกินไป รับประทานอาหารที่สมดุลและพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างไรก็ตามหากมีอาการดังกล่าวก็ควรลดเวลาที่ใช้ในการฝึกลงแล้วเริ่มต้นฝึกอย่างค่อยเป็นค่อยไป

6. แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation)

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม ปัจจุบันมีการเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น มีการมองบุคคลในบริบท (Individual in his context) ไม่ใช่บุคคลเพียงลำพัง เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคลคือครอบครัว ครอบครัวจึงกลายเป็นหน่วยสำคัญของการช่วยเหลือฟื้นฟู ไม่ว่าจะเป็นการฟื้นฟูทางสังคมหรือทางการแพทย์ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแนบ

แน่นและใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันสังคมที่บุคคลได้ใช้ชีวิตอยู่อย่างยาวนานกว่าสถาบันสังคมประเภทอื่นๆ นับตั้งแต่บุคคลเกิดจนถึงตาย (รุจา ภูไพบูลย์, 2537)

Friedman (1997) ได้อธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตามสถานะสุขภาพของเด็ก ดังนี้

1. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย (Health promotion and illness prevention) โดยใช้กลยุทธ์ของการมีภาวะสุขภาพดี คือความต้องการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันปรับเปลี่ยน กลยุทธ์ของการทำให้มีภาวะสุขภาพดี ที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้

2. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมดูแลในระยะเวลาที่มีอาการเกิดขึ้น (Symptom experience stage) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในระยะนี้ ครอบครัวจะมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และให้ความหมายของสุขภาพและการเจ็บป่วย การให้ความหมายของอาการในลักษณะความรุนแรงของอาการ สาเหตุที่เป็นไปได้ของการเกิดอาการ ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดอาการ

3. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Medical contact stage) ครอบครัวทำหน้าที่เป็นหน่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อส่งต่อไปให้ระบบปฐมภูมิเพื่อทำหน้าที่ส่งผู้ป่วยต่อหน่วยบริการรักษาพยาบาลแบบใดต่อ

4. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการพึ่งพา (Dependent patient stage) ครอบครัวสามารถชี้ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วย (Patient role) ว่าควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อยระดับไหน และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Patient role behaviors) สามารถบอกได้ว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเมื่อไร ซึ่งช่วงระยะเวลาจะครอบคลุมตั้งแต่การไม่คาดหวังว่าผู้ป่วยจะต้องหายจากความเจ็บป่วยได้เร็วในเวลาอันสั้นจนถึงความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะฟื้นหายเป็นปกติโดยเร็ว

5. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว (Rehabilitation stage) ครอบครัวจะช่วยสนับสนุนเด็กหรือฟื้นฟูสมาชิกที่มีอาการรุนแรง หรือสมาชิกที่เป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว หรือฟื้นฟูสมาชิกที่มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างชัดเจนให้หายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว

จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในระยะเจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วย ตลอดจนส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพได้อย่างปลอดภัยและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข บทบาทของพยาบาล ด้านการสอนและการให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การดูแลโดยตรง และการสนับสนุนเป็นบทบาทที่พยาบาลปฏิบัติอยู่แล้ว แต่การเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (Support) ด้วยการเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่

สบายใจต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นผู้ฟังที่ดี เข้าใจและยอมรับการแสดงออก ตลอดจนให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาและช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งจะส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ส่งผลให้ความรู้สึกตึงเครียดลดลง และทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถปรับตัวได้ และไม่เกิดความวิตกกังวล (คณินนิต บุรีเทศน์, 2540 ; รัตนา อยู่เปล่า, 2543)

ดังนั้นงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงได้นำสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็น โรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มการกลับเป็นซ้ำและมีความไม่แน่นอนของโรคสูง ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมถึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งจากโรค วิธีการรักษา รวมถึงผลข้างเคียงจากการรักษาล้วนเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด การจัดการกับความเครียดได้ไม่ดีพอ จะทำให้ร่างกายเกิดการสูญเสียพลังงาน นำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้ในที่สุด (Aistars, 1987:25) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนทางสังคมทั้งในเรื่องความรักใคร่ผูกพัน ความมีคุณค่าในตนเองและการได้รับความช่วยเหลือ เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ด้วย ซึ่ง Orem (1995:175-176) และ House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ รวมทั้งหมายถึง การมีบุคคลที่ไว้วางใจให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สิน เงินทอง และร่วมมือกันนำสู่การมีสุขภาพดี โดยเฉพาะบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาก ในการวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่จะเป็น คู่สมรส และจากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาถึงการสนับสนุนของครอบครัว

คณินนิต บุรีเทศน์ (2540) ศึกษาถึงผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต รักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีจำนวน 30 คน เลือกดำเนินการทดลองโดยพบครอบครัวผู้ป่วย 2 ครั้งใน 2 วันและให้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การได้รับข้อมูล การได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการให้กำลังใจและระบายความรู้สึก ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลที่ปรับมาจาก Spielberger ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัตนา อยู่เปล่า (2543) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เขารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ตามคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง ดำเนินการ

ทดลองโดยพบครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 3 ครั้งใน 3 วันและให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือการให้ข้อมูล และการให้ความเห็นใจความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี และความไว้วางใจ ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberg ที่แปลโดยชาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ, และคาราวรรณ ตะปินตา ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. บูรณาการแบบจำลองการจัดการกับอาการ การบริหารกาย-จิตแนวชีกิงและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การจัดการอาการ ตามแนวคิด Dodd และคณะ (2001) เป็นการส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวม ที่เน้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อใช้ในการจัดการกับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน การบริหารกาย-จิตแนวชีกิงและการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย

จากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการนั้น ๆ โดยผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะประเมินความหมายของอาการ และมีการตอบสนองของความแตกต่างกัน ไปขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยในขณะนั้นหลังจากนั้นบุคคลจะประเมินความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พฤติกรรม ซึ่งการที่ผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งเหล่านี้จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยขั้นตอนนี้จะเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ ความวิตกกังวลและเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยเอง จากนั้นผู้วิจัยจึงจะประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด สาเหตุและผลกระทบของความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า การใช้การบริหารกาย-จิต แนวชีกิงในการลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าจากผู้ป่วยก่อน เนื่องจากการให้ความรู้ควรเริ่มจาก

สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยที่ผู้วิจัยได้ถามและรับฟังให้ความสนใจในทุกข์สุขของผู้ป่วย ทำให้เกิดความไว้วางใจนับถือในตัวผู้วิจัยเพิ่มขึ้น ช่วยให้การสอนหรือการให้ข้อมูลความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้

ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงและสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าตามสาเหตุที่เกิดขึ้นด้วยวิธี การสอนประกอบคู่มือเป็นรายกลุ่มในเรื่องของ โรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุผลกระทบของความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า และการใช้วิธีการบริหารกาย-จิตแนวชี่กง โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับให้คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้ากลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจและการรับรู้สาเหตุของการเกิดอาการได้ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งมีทักษะที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อจัดการกับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งการเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลเป็นอยู่หรือที่จะปฏิบัติในอนาคตให้เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้องและเหมาะสม (จรัสศรี อินทรสมหวัง, 2543: 29) แต่ในขณะเดียวกันหากผู้ป่วยมีการรับรู้อาการที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดการตระหนักรู้และไม่มีความหวังว่าอาการที่เกิดขึ้นจะถูกควบคุมให้ลดลงได้ ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ มีความเครียดเพิ่มขึ้นส่งผลให้อาการมีความรุนแรงมากขึ้น (Miller, 1992 cited in สุริพร ธนศิลป์, 2545)

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแนวชี่กง

การผสมผสานระหว่างการแพทย์ทางเลือกกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการรักษาร่วมกันไม่ใช่การรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียวและยังรวมไปถึงการดูแลรักษาสุขภาพที่ได้รับจากผู้อื่นอีกด้วย (ลดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์, 2546) จุดมุ่งหมายของการดูแลแบบผสมผสานคือ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและการฟื้นฟูของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ตลอดจนเป็นการสร้างเสริมสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย ช่วยป้องกันโรคและความพิการที่จะเกิดตามมา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะใช้ การออกกำลังกายแนวชี่กง (Qigong) มาเป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมการจัดการกับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เนื่องจากว่า การบริหารแนวชี่กงเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคประเภทปานกลางที่เน้นการเคลื่อนไหวของแขน ร่วมกับการหายใจแบบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องกระตุ้นกระบังลม และที่สำคัญการบริหารแนวชี่กงยังเน้นให้มีการพัฒนาจิตไปในตัว ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าการบริหารแนวชี่กงจะสามารถลดสาเหตุของความเหนื่อยล้าทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่า การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลง อยู่ตลอดเวลา ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ (Out comes) ก็จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป และ สำหรับในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำ ความรู้ในเรื่องการจัดการอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาหรือ อุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ร่วมกับประเมินผลการบริหารกาย-จิต แนวซึ่ง

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการกับอาการ

สุริพร ธนศิลป์ (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่ออาการและคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติก คารินิไอ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบจากเชื้อ เชื้อนิวโมซิสติก คารินิไอ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โปรแกรมการจัดการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) ประเมินปัญหาและความต้องการ 2) การเตรียมการจัดการกับอาการ 3) การฝึกทักษะ ในการจัดการกับอาการและ 4) การประเมินผลการจัดการอาการ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมี คะแนนของอาการภายหลังเข้าโครงการต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการและมีคะแนนของคุณภาพชีวิต ภายหลังเข้าโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนของคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการภายหลังเข้าโครงการต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและมีคะแนน ของคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าโครงการสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สายไหม ตุ่มวิจิตร (2547) ศึกษาโปรแกรมการจัดการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 40 ราย ผล การศึกษาพบว่าคะแนนความเหนื่อยล้ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการ นวดด้วยน้ำมันหอมระเหยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ คะแนนความเหนื่อยล้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ .05

ไพรวลัย โศตรระตะ (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่ออาการ หายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ พระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวัย ผู้ใหญ่อายุ 35-59 ปี รับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 40 ราย ซึ่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุม 20 ราย โปรแกรมการจัดการกับอาการประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้ในการจัดการ กับอาการหายใจลำบาก 3) การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 4) ผู้ป่วย

ปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่วัด และ 5) การประเมินในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ผลการศึกษาพบว่าอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอาการหายใจลำบากภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พิทยาภรณ์ นวลสีทอง; ประณีต ส่งวัฒนา; สุดศิริ หิรัญหุณหะ. (2549) เพื่อศึกษาอาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้า ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาภายในหอผู้ป่วยศัลยกรรม และศัลยกรรมประสาทในโรงพยาบาลตวัน และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 120 ราย ตามกรอบแนวคิดของ Dodd พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีการประเมินอาการเหนื่อยล้าขณะอยู่ในโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยระบุลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น คือ 1) หมดแรง 2) คิดอะไรไม่ออก 3) ไม่สบายใจ 4) ง่วงนอน 5) ร่างกายอ่อนแอลง และ 6) หลงลืม 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีการจัดการอาการเหนื่อยล้าขณะอยู่ในโรงพยาบาล 2 วิธีหลัก คือ 1) จัดการโดยใช้ยา และ 2) จัดการโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ หาเวลาในการผ่อนคลายอารมณ์ นอนหลับ พักผ่อน ยืดเส้นยืดสาย ทำตัวให้สดชื่น

Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) ศึกษากลุ่มอาการและผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการอ่อนล้า และการนอนไม่หลับต่อภาวะการทำหน้าที่ระหว่างได้รับเคมีบำบัด โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 93 ราย ใช้แบบประเมิน The Quality of life-Cancer (QoL-CA) ประเมินกลุ่มอาการ (อาการปวด อาการอ่อนล้า และการนอนไม่หลับ) แบบประเมิน The Karnofsky Performance Scale (KPS) วัดภาวะการทำหน้าที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุเฉลี่ย 55.4 ปี (SD=14.6) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 45 เป็นมะเร็งลำไส้ร้อยละ 27 อาการที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนล้า (SD=2.78) ซึ่งอาการปวดและอาการอ่อนล้าสามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่

Susan, William, and Andrea (2005) ศึกษากลุ่มอาการประกอบด้วย อาการปวด อาการนอนไม่หลับและอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้แบบผ่านตัวกลาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับผ่านผลกระทบจากอาการปวดต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 84 รายที่มีอาการปวด โดยใช้แบบประเมิน Brief Pain Inventory-Short Form เพื่อวัดอาการปวด แบบประเมิน The Pittsburgh Sleep Quality Index เพื่อวัดคุณภาพการนอน แบบประเมิน The profile of Mood States เพื่อวัดอาการเหนื่อยล้า พบว่าอาการปวด อาการนอนไม่หลับ และอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยอาการนอนไม่หลับเป็นตัวกลางระหว่าง

อาการปวดและอาการเหนื่อยล้า อาการปวดรุนแรงมากจะส่งผลถึงอาการนอนไม่หลับและทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้ามากขึ้น

งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิล

อมรรัตน์ ภิราษร (2541) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซิงเกิลต่อความเครียดและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม พบว่าภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับที่ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีระดับน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

อัญรัช นิคุธร (2543) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซิงเกิลกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารผ่อนคลายแนวซิงเกิลกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารผ่อนคลายแนวซิงเกิลในระยะหลังทดลองต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สุชาดา กัณฑ์ธรรมา (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบซิงเกิลโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในสถานสงเคราะห์คนชรา 15 ราย พบว่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างหลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองมีค่าเฉลี่ยผลการวัดความยืดหยุ่น ของข้อเข่า ข้อศอก ข้อไหล่ ข้อต่อกระดูกสันหลังและการทรงตัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วัชรวรรณ จันทร์อินทร์ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดเพศหญิง ที่เข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลรามารักษาดี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย โปรแกรมพัฒนามาจากรูปแบบการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประเมินความต้องการและประสบการณ์รับรู้ของผู้ป่วย 2. การให้ความรู้ 3. การบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิลสัปดาห์ละ 3 วันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และ 4. การประเมินผล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิลมีคะแนนความเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิยกานต์ บุญเรือง (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกบริหารแนวซิงเกิลร่วมกับการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับรูปแบบการ

บริหารแนวซิ่ง และการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ใน จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบริหารร่างกาย แนวซิ่ง ร่วมกับการให้ความรู้มีอาการหายใจลำบากน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เศสรารค์ เสียงไพโรจน์ (2549) ศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกายจิตด้วยซิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน 40 ราย ผลพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกายจิตด้วยซิ่งสูงกว่า ก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มที่ให้การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภาวดี ทองนอก (2550) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบไท่ จี่ ซิ่งต่อความจำในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 รายคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองมีการออกกำลังกายแบบไท่ จี่ ซิ่ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการออกกำลังกายแบบไท่ จี่ ซิ่ง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนความจำสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ภายหลังการออกกำลังกายแบบไท่ จี่ ซิ่ง กลุ่มทดลองมีคะแนนความจำสูงกว่าก่อนการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ฮู (Hu, 1991 cited in Tang, 1994) ผลของซิ่งในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 100 คน พบว่าผู้ฝึกซิ่งมีการเพิ่มของเม็ดเลือดขาวมากขึ้น ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิมร้อยละ 20 และจากการศึกษาของ Ryu และคณะพบกลุ่มผู้ป่วยที่ฝึกซิ่งนานมากกว่า 5 เดือนมี ที-ลิมโฟไซต์เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 50

Esterline และคณะ (1992 cited in Ryu et al., 1996) ศึกษาผลของการฝึกซิ่งต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายผลการศึกษพบว่าสรีระภาพของระบบจิตประสาทที่สมดุลเกิดจากการออกกำลังกายและอาจมีส่วนเกี่ยวข้องในการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย โดยผ่านทางต่อมไฮโปทาลามัส พิทูอิทารี และอดรีนัลรวมทั้งฮอร์โมนทางระบบประสาท

Tang (1994) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงประสิทธิภาพของซิ่งในการรักษาโดยการเก็บรวบรวมรายงานการรักษาระหว่างประเทศออสเตรเลีย และจีนตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 เพื่อจะให้เห็นถึงการใช้ซิ่งในการส่งเสริมสุขภาพและรักษาโรค สัมภาษณ์ 3 สถาบันการศึกษาที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องเกี่ยวกับซิ่ง สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระดับบริหารกระทรวงสาธารณสุขและ สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผลการศึกษาพบว่าถึงแม้ว่าซิ่งจะมีประสิทธิภาพในการจัดการกับความเจ็บป่วยแต่ยังไม่มียุทธวิธีหรือเป็นที่รู้จักมากเหมือนแพทย์แผนจีนชนิดอื่น เนื่องจากยังขาดงานวิจัยที่เสนอประสิทธิภาพของซิ่ง แต่ก็พอสรุปได้ว่า ซิ่งมีประสิทธิภาพในการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบริหารกาย-จิต แนวซิง เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ที่เน้นการเคลื่อนไหว ร่วมกับการหายใจ ก่อให้เกิดสมาธิและผ่อนคลาย ส่งเสริมการพัฒนาจิตควบคู่กับประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ เป็นการส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมที่เหมาะสมและยั่งยืน การออกกำลังกายเป็นการลดความเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบกับการมีสมาธิ ความสงบ และผ่อนคลาย ส่งเสริมการทำงานระบบหายใจทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเหมาะสม ทำให้ร่างกายมีความสมดุล ซึ่งเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัด ซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษาต่อเนื่อง และมีภาวะวิตกกังวล เหนื่อยล้าได้ตลอดการรักษา และใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ การที่ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจปัญหาที่สอดคล้องจะทำให้สามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซิง เพื่อลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัด โปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนและสรุป ดังไดอะแกรม ดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชีกง
มีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย (15 นาที)

- 1.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ
- 1.2 ประเมินประสบการณ์ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้าโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ในมุมมองของตัวเอง
- 1.3 ประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า และผลกระทบจากความเหนื่อยล้า และการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าเป็นรายกลุ่ม

2. การให้ความรู้(30นาที)

- 2.1 ให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนผู้ป่วยและญาติประกอบคู่มือในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านมการรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบจากความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า การจัดการกับอาการเพื่อป้องกันและบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ที่ยังไม่มีความรู้หรือยังไม่เข้าใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับชีกง ประโยชน์ของการทำชีกง
- 2.2 ผู้วิจัยให้คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลับไปอ่านทบทวน

3. พัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแนวชีกง (50นาที)

- 3.1 ประเมินสัญญาณชีพและประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย
- 3.2 ฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแนวชีกง การเตรียมตัว การบริหารกาย-จิตด้วยชีกง 4 ท่า การเก็บพลัง ฝึกสาธิตย้อนกลับให้ผู้ป่วยและญาติ
- 3.3 ให้การเสริมแรงด้วยการโทรศัพท์สอบถามอาการ การพูดให้กำลังใจ
- 3.4 มอบวีดิทัศน์การฝึกชีกงอย่างง่าย 4 ท่ากับผู้ป่วยไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ และ 20 นาที/ครั้ง

4. การประเมินผล

- 4.1 ประเมินผลร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยหลังจากที่ได้นำความรู้ในการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าไปปฏิบัติและหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
- 4.2 ประเมินผลการปฏิบัติโปรแกรมและข้อมูลที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่และในสิ่งที่เป็นการความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ความเหนื่อยล้า
ผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมที่ได้รับ
เคมีบำบัด

ความวิตกกังวล
ผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมที่ได้รับ
เคมีบำบัด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีงต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

- O₁ หมายถึง ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีง
- O₂ หมายถึง ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีง
- O₃ หมายถึง ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₄ หมายถึง ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับการพยาบาลตาม
- X หมายถึง โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอยู่ระหว่างได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด อายุระหว่าง 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด เพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือน เมษายน 2552 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Modified Radical Mastectomy
2. เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดตั้งแต่ชุดที่ 1-3
3. เป็นผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 20-59 ปี
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

5. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

6. มีคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าก่อนการทดลองอยู่ในช่วง 4-10 คะแนน ซึ่งเป็นความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยวัดได้จากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper et al., 1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เพ็ญใจ คาโลปการ (2545)

7. ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดอย่างรุนแรง

8. ผู้ป่วยที่ไม่เคยผ่านและปฏิบัติการฝึกไทเก๊กและชิงกงมาก่อน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้กำหนดระดับคะแนนความวิตกกังวลก่อนเข้าโปรแกรม เนื่องจากความวิตกกังวลและการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 6 พบว่าความวิตกกังวลและการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะในผู้ป่วยหลังรับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 6 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p > .05$ (อุบล จ้วงพานิช, 2539) และจากการศึกษาครั้งนี้คัดผู้ป่วยออก 1 ราย จากอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ทำให้อ่อนเพลียไม่สามารถร่วมโปรแกรมต่อไป ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่ตามการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้รวมทั้งหมด 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) และมีขนาดใหญ่พอในการทำวิจัย (Polit and Beck, 2004)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยที่นัดมารับเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจศัลยกรรม อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย หากมีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจัดเข้ากลุ่มควบคุม 20 ราย หลังจากนั้นจัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 ราย โดยจับคู่กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง วันอังคารเป็นกลุ่มทดลอง วันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มควบคุม สลับกันไปเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ ระยะของโรค ชุดของยาเคมีบำบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ทั้ง 20 คู่ ระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 2 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FAC ทั้ง 20 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลผู้ดูแลหลัก โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลในแบบสอบถาม

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา ได้แก่ ระยะของโรค สูตรเคมีที่ได้รับ ชุดยาเคมีที่ได้รับ ผลการตรวจเลือด WBC HCT Platelet ก่อนรับเคมีบำบัดผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

1.3 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper Fatigue Model Piper et al., 1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ คาโลปการ (2545) ซึ่งประกอบด้วย 22 คำถามแบ่งเป็น 4 ด้าน

- (1) พฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-6
- (2) ความหมายของความเหนื่อยล้า จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 7-11
- (3) ด้านร่างกายและจิตใจ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 12-16
- (4) ด้านสติปัญญาอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 17-22

โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0 ถึง 10 (Numeric scale) โดยปลายสุดทางซ้ายมือตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง “ไม่เลย” และด้านขวาสุดตรงตำแหน่ง 10 หมายถึง “มากที่สุด” การประเมินความเหนื่อยล้ามีคะแนนตั้งแต่ 0-220 คะแนน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อ จะได้คะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้า โดยคะแนนมากหมายถึงความเหนื่อยล้ามาก คะแนนน้อยหมายถึงความเหนื่อยล้าน้อย โดยไปเปอร์แบ่งระดับความเหนื่อยล้าออกเป็น 4 ระดับ (Piper, 2002) ดังนี้ คือ

ระดับอาการเหนื่อยล้า	ช่วงคะแนน
ไม่มีความเหนื่อยล้า	0
เหนื่อยล้าเล็กน้อย	0.01-3.99
เหนื่อยล้าปานกลาง	4-6.99
เหนื่อยล้ามาก	7-10

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) สำหรับแบบประเมินความเหนื่อยล้าที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในครั้งนี้เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper, et al., 1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เพ็ญใจ คาโลปการ (2545) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านมาแล้วโดยได้หาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) =1 ซึ่งมีความตรงเชิงเนื้อหาที่สูงและมีความครอบคลุมและได้มีการนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นแล้วอย่างแพร่หลาย ครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำแบบประเมินนี้ไปหาความตรงตามเนื้อหาซ้ำอีก

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินชุดนี้ไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาแต่เป็นคนละกลุ่มกับผู้ป่วยมะเร็งที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาไปหาค่าความคงที่ภายในของเครื่องมือ (Internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .94

1.4 แบบประเมินความวิตกกังวล ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบอร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, 1983) ที่เรียกว่า The State Anxiety Inventory FORM Y-(STAI Form Y-1) ซึ่งเป็นแบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองตามสถานการณ์ แบบประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งข้อความทางด้านบวกและทางด้านลบ การให้คะแนนทางด้านลบจะกลับให้คะแนนในทางตรงกันข้าม แล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ข้อที่แสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,2,5,8,10,11,15,16,19และ 20 คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้าง มีค่อนข้างมากและมากที่สุด

ข้อความแสดงความรู้สึกทางบวก

ไม่มีเลย	ให้	1	คะแนน
มากที่สุด	ให้	4	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	3	คะแนน
มีบ้าง	ให้	2	คะแนน

ข้อความแสดงความรู้สึกทางลบ

มากที่สุด	ให้	1	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	2	คะแนน
มีบ้าง	ให้	3	คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	4	คะแนน

เกณฑ์ คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน โดยคะแนนรวมมากหมายถึงมีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อยมีความวิตกกังวลน้อย การคิดคะแนนและแปลความหมายดังนี้

ความวิตกกังวลต่ำ	คะแนน	20-39
ความวิตกกังวลปานกลาง	คะแนน	40-59
ความวิตกกังวลสูง	คะแนน	60-80

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ สปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, 1983) ที่เรียกว่า The State Anxiety Inventory FORM Y- (STAI Form Y-1) ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาซ้ำ เนื่องจากแบบวัดความ วิตกกังวล STAI FORM Y-1 แบบวัดนี้ใช้ได้แพร่หลายในบุคคลหลายกลุ่ม (Grimm, 1997) มีค่าความ เชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับ และยังไม่มีพบปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบถามข้าม วัฒนธรรม (Spielberger, 1983 อ้างใน คาราวรรณ ตะปิ่นตา, 2534)

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินชุดนี้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาแต่เป็นคนกลุ่มกับผู้ป่วยมะเร็งที่จะใช้ใ นการศึกษาครั้งนี้ที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาไปหาค่า ความคงที่ภายในของเครื่องมือ (Internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชีกง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ 2001 ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตแนวชีกง ของนายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง โดยมีจุดมุ่งหมาย ในการบรรเทาอาการจากความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมี บำบัด ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมมีดังนี้

2.1.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎี จากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ แบบจำลองการจัดการกับอาการ ของ Dodd. และคณะ (2001) การดูแลแบบผสมผสานการฝึกชีกง ของ เทอดศักดิ์ เดชคง (2545) และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2.1.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม กำหนดสาระสำคัญและ โครงสร้างของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหาร กาย-จิต แนวชีกง โดยโปรแกรมการ จัดการอาการร่วมกับการบริหาร กาย-จิต แนวชีงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดย ขั้นตอนนี้จะเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการที่จะ เปิดเผยข้อมูลมากขึ้น นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์โดยเริ่มจากการสร้างสัม พันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ ความวิตกกังวลและเหนื่อยล้าที่เกิดจากการ

รับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยเอง จากนั้นผู้วิจัยจึงจะประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด สาเหตุและผลกระทบของความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า การใช้การบริหารกาย-จิต แนวซึ่งในการลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าจากผู้ป่วยและญาติก่อน เนื่องจากการให้ความรู้ควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยที่ผู้วิจัยได้ถามและรับฟังให้ความสนใจในทุกข์สุขของผู้ป่วย ทำให้เกิดความไว้วางใจนับถือในตัวผู้วิจัยเพิ่มขึ้น ช่วยให้การสอนหรือการให้ข้อมูลความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าตามสาเหตุที่เกิดขึ้นด้วยวิธี การสอนประกอบคู่มือเป็นรายกลุ่มในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุผลกระทบของความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า และการใช้วิธีการบริหารกาย-จิต แนวซึ่ง โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับให้คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้ากลับไปอ่านบททวนที่บ้าน ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจและการรับรู้สาเหตุของการเกิดอาการได้ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งมีทักษะที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อจัดการกับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งการเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลเป็นอยู่หรือที่จะปฏิบัติในอนาคตให้เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้องและเหมาะสม (จรัสศรี อินทรสมหวัง, 2543: 29)

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแนวซึ่ง ผู้วิจัยสอนพร้อมสาธิตทำในการฝึกบริหารกาย-จิตแนวซึ่ง ประกอบด้วย 4 กระบวนท่า คือ ปรับลมปราณ ยืดขยายทรวง อินทรี ทะยานฟ้าและลมปราณชานกายา แนะนำผู้ป่วยในการฝึกกายบริหาร ด้วยการมีสมาธิตามการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับลมหายใจ ยึดหลักการเคลื่อนไหวเป็นวง ความนุ่มนวล และหลักการยืดขยายออก ผู้วิจัยพูดคุยซักถามถึงความรู้สึกลงในการฝึก ปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัย และช่วยหาแนวทางแก้ไข จากนั้นมอบสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าด้วยการบริหารกาย-จิตแนวซึ่ง ให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกต่อที่บ้าน ในการฝึกที่บ้านแนะนำให้เห็นความสำคัญ ให้นุญติมีส่วนร่วมและช่วย การฝึกที่บ้านต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที ระยะเวลา 3 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล การประเมินผล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับ จากการนำความรู้เรื่องการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งไปใช้ว่าได้ผลเพียงใด และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกับประเมินการฝึก

ปฏิบัติ การบริหารกาย-จิตแนวซิงก ว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ผลอย่างไรและสม่ำเสมอหรือไม่ การติดตามผู้ป่วยเพื่อสอบถามปัญหาและการจัดการอาการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ โดยการใช้โทรศัพท์ การมีส่วนร่วมของญาติในการช่วยเหลือต่างๆ

2.1.3 สร้างสื่อที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ แผนการสอนการจัดการความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดด้วยการบริหารกาย-จิต แนวซิงก โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) แผนการสอนการจัดการความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดด้วยการบริหารกาย-จิต แนวซิงก เนื้อหาครอบคลุม ความหมายความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า สาเหตุ อาการ การบรรเทาและการป้องกันความวิตกกังวลความเหนื่อยล้า และการบริหาร กาย-จิตแนวซิงก

(2) คู่มือการจัดการความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนข้างต้นครอบคลุม ความหมายความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า สาเหตุ อาการ การบรรเทาและการป้องกันความวิตกกังวลความเหนื่อยล้า และการบริหาร กาย-จิตแนวซิงก ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับทุกคน

(3) คู่มือการบริหาร กาย-จิตแนวซิงก ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนข้างต้น และมีภาพประกอบทุกท่า เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่มีเครื่องเล่นวีซีดีจะใช้ประกอบการฝึกได้สะดวกและผู้ป่วยจะได้รับทุกคน เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของซิงก หลักสำคัญในการฝึกซิงก การเตรียมตัวในการฝึก ทำบริหารทั้ง 4 การเก็บพลัง ประโยชน์จากการฝึกซิงก ตารางบันทึกการฝึกซิงกและความรู้สึกหลังการฝึก

(4) วิดีทัศน์ การฝึกบริหารซิงกอย่างง่าย 4 ท่า โดยนายแพทย์เทิดศักดิ์ เดชคง (2545) จิตแพทย์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้มาเผยแพร่ในการทำวิจัยได้ผู้ป่วยจะได้รับทุกคน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวซิงก เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แผนการสอน คู่มือการจัดการความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและคู่มือการบริหารกาย-จิตแนวซิงก ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อช่วยตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายละเอียดในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

1. อาจารย์แพทย์ศัลยกรรม ผู้ชำนาญในการผ่าตัดมะเร็งเต้านม 1 ท่าน
2. จิตแพทย์กรมสุขภาพจิตผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตแนวซิงก 1 ท่าน

3. อาจารย์พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า 1 ท่าน

4.พยาบาลวุฒิปริญญาโทการพยาบาลผู้ใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 10 ปี 2 ท่าน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขเนื้อหา ภาษา ภาพประกอบ ของแผนการสอน คู่มือ แบบสอบถาม ให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มีรายละเอียดดังนี้

1. ปรับแผนการสอนให้สอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อความสะดวกและตัดเนื้อหาบางส่วนลง

2. ปรับคู่มือให้สอดคล้องกับแผนการสอนหลังปรับแผนการสอน

3. ปรับภาพและภาษาให้เหมาะสม เข้าใจง่าย

หลังจากผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขเนื้อหา ภาษา ภาพประกอบ ของแผนการสอน คู่มือแบบสอบถาม ให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด

การทดลองใช้ โดยการนำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 3 รายเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา เวลาที่ใช้กับผู้ป่วยแต่ละกิจกรรม ซึ่งพบว่าเนื้อหาเป็นประโยชน์ในการให้ความรู้ ภาษาอ่านง่าย และใช้เวลาเหมาะสมกับเนื้อหา

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า ที่ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าของสายไหม คุ่มวิจิตร (2547) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ถูกผิด ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่า 80% แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากโรคและการรักษาที่ได้รับ แต่ถ้าพบว่าภายหลังการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับสิ่งที่ยังไม่เข้าใจและจะให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง

ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองทั้ง 20 รายตอบแบบทดสอบความรู้ได้มากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย โดยมีผู้ผ่านการทดสอบความรู้ด้วยคะแนน ร้อยละ 100 จำนวน 1 คน ร้อยละ 95 จำนวน 4 คน ร้อยละ 90 จำนวน 9 คน ร้อยละ 85 จำนวน 3 คน และร้อยละ 80 จำนวน 3 คน

3.2 แบบบันทึกข้อมูลการบริหารกาย-จิตแนวซิงก เพื่อติดตามการฝึกและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งกำหนดไว้ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งจากการตรวจสอบการติดตามการฝึก พบว่าผู้ป่วยทุกรายได้ปฏิบัติตามกำหนด จากการลงบันทึกในแบบกำกับการทดลองด้านหลังคู่มือ และในการฝึกจะมีบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่จะเป็นบุตรสาวและสามี ที่ร่วมฝึกและคอยกระตุ้นผู้ป่วย ในการฝึก ไม่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติแต่อย่างใด

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเองแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ และขั้นการดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ขั้นเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าตลอดจนการฝึกทักษะบริหารกาย-จิต แนวซิงก โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการจัดการอาการวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแนวซิงก โดยเรียนการฝึกซึ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา คือ รศ. ดร. สุริพร ธนศิลป์ ผู้วิจัยฝึกซึ่งด้วยตัวเองจนเกิดความชำนาญก่อนการทดลอง

1.2. การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ แบบประเมินความวิตกกังวล โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวซิงกเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจากแนวคิดแบบจำลอง การจัดการกับอาการของ Dodd, 2001. คู่มือการจัดการความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด คู่มือการบริหาร กาย-จิตแนวซิงก แผนการสอนการจัดการความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดด้วยการบริหารกาย-จิต แนวซิงก แบบบันทึกข้อมูลการบริหารกาย-จิตแนวซิงก

1.3 จัดทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขปและเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยผ่านฝ่ายการพยาบาลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตทำวิจัย เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการ

แล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หัวหน้าห้องตรวจศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.4 คัดเลือกและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ห้องตรวจศัลยกรรม และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่ห้องตรวจศัลยกรรม เพื่อแนะนำตนเองบอกจุดประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การอ่านการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการทดลอง

หลังจากผ่านคณะกรรมการจริยธรรมแล้วและผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งมารับบริการ รับประทานยาเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โดยผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาลช่วงเช้า และรับประทานยาเคมีบำบัดในช่วงบ่าย หลังจากนั้นจะจำหน่ายจากโรงพยาบาลช่วงเย็นเมื่อรับยาหมด หรือบางรายอาจจำหน่ายในวันเดียวกัน

การเลือกระยะเวลาที่ได้รับเคมีบำบัด .ในการรับเคมีบำบัดชุดที่ 1 ถึง ชุดที่ 3 เนื่องจากการให้เคมีบำบัดชุด 1-3 เป็นช่วงที่เกิดอาการข้างเคียงสูงสุด (Berger and Higginbotham, 2000; ปิยวรรณ ปลูกษณภานุรังษี, 2544) ส่วนเวลาของการวัดความวิตกกังวลครั้งแรกในวันที่ 1 ก่อนการรับเคมีบำบัด เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดมีความวิตกกังวลตลอดการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงประเมินความวิตกกังวลก่อนการให้โปรแกรม ส่วนความเหนื่อยล้าเนื่องจากเป็นช่วงที่มีอาการข้างเคียงที่เพิ่มสูงขึ้นในช่วง 4-5 วันหลังรับยา ผู้วิจัยจึงประเมินความเหนื่อยล้าในวันที่ 5 หลังรับยาเพื่อเป็นการประเมินพฤติกรรมตนเอง หลังจากมีประสบการณ์การเกิดอาการข้างเคียง จึงทำให้ประเมินพฤติกรรมตนเองได้ชัดเจนขึ้น

การดำเนินการตามโปรแกรมใน 4 ขั้นตอน มีดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 1 ในวันที่ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการซึ่งเป็นการให้ความรู้และข้อมูลในลักษณะที่จะเน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องของแผนการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาและการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษา ต่อผู้ป่วยจำนวนมากหรือพร้อมๆ กัน

หลายคน การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย จะเป็นในลักษณะของการตอบคำถาม และอธิบายแก้ไขข้อสงสัยหรือปัญหาตามที่ผู้ป่วยแต่ละรายซักถาม ผู้วิจัยนัดหมายประเมินความเหนื่อยล้าครั้งที่ 1 ในวันที่ 5 ทั้งนี้เนื่องจากแบบแผนความเหนื่อยล้าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่รับเคมีบำบัดจะเริ่มสูงในวันที่ 4 ของการรักษา เพื่อให้การประเมินเป็นไปอย่างเหมาะสมและขณะเดียวกัน รบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด จึงแนะนำให้ผู้ป่วยประเมินความเหนื่อยล้าในวันที่ 5 และให้ผู้ป่วยส่งแบบประเมินกลับทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมให้

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยในวันที่มารับเคมีบำบัดชุดถัดไปประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 2 และประเมินความเหนื่อยล้าครั้งที่ 2 ในวันที่ 5 หลังรับเคมีบำบัดชุดถัดไป โดยการส่งแบบประเมินทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมให้

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชี้นำ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าจากผู้วิจัย โดยมีกิจกรรมพบกลุ่มดังนี้

ครั้งที่ 1 ช่วงเช้าในวันที่ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยพบกลุ่มที่ห้องตรวจคัดกรอง รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยด้วยตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความคุ้นเคยและไว้วางใจ จากนั้น ประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 1 จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ ความวิตกกังวลและเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยเอง และผู้วิจัยประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด สาเหตุ และผลกระทบของความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า การใช้การบริหารกาย-จิต แนวชี้นำในการลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า จากผู้ป่วย ให้ความรู้ผู้ป่วยร่วมกับญาติในเรื่องความวิตกกังวลขณะรับยาเคมีบำบัด ประโยชน์ของการฝึกชีงงในการลดความวิตกกังวล ฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแนวชีงงโดยให้ผู้ป่วยร่วมฝึกกับญาติและผู้วิจัย โดยเริ่มจากการฝึกการหายใจด้วยกระบังลมก่อนและให้ดูวีดิทัศน์ การฝึกชีงงอย่างง่าย 4 ท่า ของนายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง ใช้เวลาในการพบครั้งแรก 40 นาที

สรุปกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้สึกที่ดีและยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย เพราะได้รับความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด สาเหตุ อาการและการบรรเทาอาการวิตกกังวลด้วยตัวเอง เมื่อกลับบ้าน การมีส่วนร่วมของญาติในการให้ความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงขณะอยู่ที่บ้าน การส่งเสริมการลดความกังวลด้วยชีงง ตลอดจนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เสนอแนวทางปฏิบัติ ในการดูแลตนเองที่ต้องการ และได้รับการสนับสนุนและให้กำลังใจจากทั้งผู้วิจัยและญาติ โดยเฉพาะญาติ ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและเอาใจใส่ จึงมีข้อคำถาม และแสดงความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วย ตลอดการเข้าร่วมกิจกรรม ในส่วนการให้ความรู้ผู้ป่วยยังใหม่กับเรื่อง ชีงง จึงมีความสนใจและมีการซักถามเพิ่มเติม การให้ความรู้ประโยชน์ของการฝึกชีงงในการลดความวิตกกังวล โดยใช้คู่มือและแผนการสอน จากนั้นผู้ป่วยดูวีดิทัศน์ การ

บริหารกายแบบซิ้งง ของ เทิดศักดิ์ เดชคง และฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแนวซิ้งง โดยให้ผู้ป่วยร่วมฝึกกับญาติ เริ่มจากการฝึกการหายใจด้วยกระบ้งลมก่อน จากนั้นฝึกผู้ป่วยและญาติในท่านอนก่อน การฝึกสามารถกระทำได้ ไม่มีปัญหาใดๆ จากนั้นผู้ป่วยให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจต่อขณะเข้ารับเคมีบำบัดในช่วงบ่าย สอบถามความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ป่วยและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติต่ออย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่ายผู้วิจัยพบกลุ่มที่ศัลยกรรมหญิงพร้อมกับญาติให้ความรู้ร่วมกับญาติในเรื่องความเหนื่อยล้าขณะรับยาเคมีบำบัด สาเหตุและอาการของความเหนื่อยล้า การบรรเทาอาการด้วยตัวเอง และการร่วมฝึกซิ้งงและสาธิตย้อนกลับจนครบ 4 ท่า พร้อมทั้งสอบถามปัญหาและให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่เข้าใจก่อนจำหน่าย พร้อมกับมอบวีดิทัศน์ คู่มือการจัดการความวิตกและความเหนื่อยล้า คู่มือการบริหารกาย-จิตแนวซิ้งงให้ผู้ป่วย กลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน แนะนำและย้าให้ผู้ป่วยฝึกทำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาวันละ 20 นาที และให้ญาติร่วมฝึกไปพร้อมกันและลงบันทึกในแบบบันทึกการฝึกซิ้งงที่แนบไว้ท้ายเล่ม ใช้เวลา 30 นาที ย้าเรื่องการปฏิบัติตัวขณะกลับบ้าน เพื่อส่งเสริมร่างกายให้แข็งแรงและลดการใช้พลังงานที่มากเกินไป เช่น การนอนพักในช่วงสั้นๆ การลดภาวะเครียด การหลีกเลี่ยงการทำงานหนัก เพื่อป้องกันความเหนื่อยล้า ตลอดจนการฝึกซิ้งงเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ลดและบรรเทาความเหนื่อยล้าทั้งร่างกาย จิตใจ โดยมีญาติให้การดูแลสนับสนุนด้วยความรัก ความเอาใจใส่

สรุปกิจกรรมครั้งที่ 2 ภายหลังได้รับ โปรแกรม ด้วยการใช้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตัวเองในการป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้า และให้ผู้ป้วยนำคู่มือการจัดการอาการไปศึกษาและปฏิบัติตาม ควบคู่กับการฝึกซิ้งง ผู้ป่วยและญาติรู้สึกมีความพอใจและสนใจมากขึ้น เพราะในบริบทส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาชีพเกษตรกร และทำงานร่วมกับครอบครัวมาตลอด การได้ฝึกผ่อนคลายทำให้เกิดความสงบ ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามผู้วิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด และการดูแลตนเองเพื่อลดความเหนื่อยล้า เมื่อเกิดอาการข้างเคียงได้ถูกต้อง ฝึกทักษะการบริหารทั้ง 4 ท่า ทุกคนสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ มีปัญหาในการฝึกหายใจให้สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวในบางราย แนะนำให้ฝึกต่อเนื่องที่บ้านและญาติมีส่วนร่วมในการฝึกควบคู่กันไปขณะกลับบ้าน หากผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนหลังรับเคมีบำบัด แนะนำใช้วิธีการนั่งฝึกและการใช้ท่านอนในการฝึกแทนการยืน ซึ่งพบว่าหลังการทดลอง และลงบันทึกการฝึกในคู่มือ

ครั้งที่ 3 วันที่ 5 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการฝึกหรือปัญหาสุขภาพหลังรับยาเคมีบำบัดเป็นการเสริมแรงและให้กำลังใจ และให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่เข้าใจ ใช้เวลา 10 นาที พร้อมทั้งย้าให้เห็นความสำคัญของการฝึกอย่างต่อเนื่อง ประเมินความเหนื่อยล้าครั้งที่ 1 จากการโทรศัพท์ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการอ่อนเพลียเบื่ออาหาร จึงใช้วิธีการฝึกในท่านั่งแทนการยืน มีผู้ป่วย 1 รายที่มีอาการอ่อนเพลียมากและขอหยุดการฝึกไปก่อน ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกรุ่นตัวอย่างใหม่ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ครั้งที่ 4 วันที่ 14 โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆในการฝึกหรือปัญหาสุขภาพหลังรับยาเคมีบำบัด เป็นการเสริมแรงและให้กำลังใจในปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ใช้เวลา 10 นาที

จากการที่ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหาและตรวจสอบข้อมูล จากการลงบันทึก ผู้ป่วยและญาติสามารถฝึกได้ตามเกณฑ์ และไม่มีปัญหา อุบัติเหตุใดๆ

ครั้งที่ 5 ในวันที่ 21 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเมื่อมารับยาเคมีบำบัดชุดต่อไปเพื่อประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 2 สอบถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติตามโปรแกรมและขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย นัดหมายประเมินความความเหนื่อยล้าโดยการส่งแบบประเมินทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมให้

ผู้วิจัยขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมวิจัย ตลอดจนข้อเสนอแนะและแสดงความคิดเห็นต่อผลประโยชน์ ในการนำโปรแกรมไปปฏิบัติ ปัญหาที่พบผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ในช่วง 1 อาทิตย์แรก ดังนั้นการฝึกในช่วงอาทิตย์แรก จึงเป็นการฝึกโดยการนั่งและนอนเป็นส่วนใหญ่ หลังการฝึกผู้ป่วยบอกว่ารู้สึก ตัวเบา หายปวดเมื่อยตัว และไม่เครียด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองหลังจากโครงสร้างการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หัวหน้าห้องตรวจศัลยกรรมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือในใช้สถานที่ในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันอังคารและพฤหัสบดีสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ห้องตรวจศัลยกรรม เฉพาะที่มีคุณสมบัติเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยเริ่มเก็บในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 20 ราย กลุ่มทดลองครบ 20 ราย แล้วนำมาจับคู่โดยมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ ระยะของโรค ชุดของยาเคมีบำบัด สูตรยาเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ทั้ง 20 คู่ ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FAC ทั้ง 20 คู่
4. ดำเนินการให้กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการและได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชีกงเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าจากผู้วิจัย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

5. ประเมินความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการทดลอง 3 สัปดาห์
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

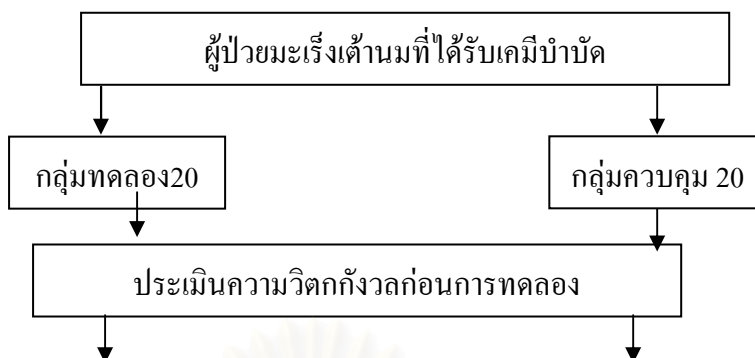
ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวหลังจากได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้เพื่อเป็นการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการดำเนินการวิจัยและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง จะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาวิจัยได้ก่อนที่การศึกษาจะเสร็จสิ้นลง โดยไม่ต้องให้เหตุผล หรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างยอมรับเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) และหาค่าร้อยละ (percentage)
2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวซึ่งงต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t – test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวซึ่งงต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นตอนการดำเนินวิจัย



ครั้งที่ 1 Day 1

- สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจประเมินประสบการณ์ความวิตกกังวลและเหนื่อยล้าและความต้องการความรู้จากผู้ป่วย
- ให้ความรู้ร่วมกับญาติ ครอบครัวสาเหตุและผลกระทบของความวิตกกังวล ความรู้และประโยชน์ของการฝึกชี่กง คู่มือทัศน การฝึกชี่กงอย่างง่าย 4 ท่า ของนายแพทย์ เทอดศักดิ์ เศษคง ฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแนวชี่กงเริ่มจากท่าเตรียมและฝึกการหายใจ ใช้เวลา 40 นาที

ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่าย

- ทบทวนและให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่เข้าใจให้ความรู้ร่วมกับญาติในเรื่องความเหนื่อยล้า ร่วมฝึกชี่กงและสาธิตย้อนกลับกับผู้ป่วยและญาติอีกครั้งฝึกชี่กงจนครบ 4 ท่า สอบถามปัญหาที่ยังไม่เข้าใจก่อนจำหน่าย ใช้เวลา 30 นาที มอบคู่มือการจัดการกับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า พร้อมรับทัศน คู่มือการบริหารกาย-จิตแนวชี่กง ให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติที่บ้าน

ครั้งที่ 3 Day 5

- ติดตามผู้ป่วยเพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ โดยการโทรศัพท์เป็นการเสริมแรงและให้กำลังใจ และย้ำให้เห็นความสำคัญของการฝึกอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลา 10 นาที ประเมินความเหนื่อยล้าครั้งที่ 1 โดยผู้ป่วยส่งแบบประเมินกลับทางไปรษณีย์

ครั้งที่ 4 Day 14

- โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ

ครั้งที่ 5 Day 21

- พบผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดชุดต่อไปสอบถามปัญหาและอุปสรรค ประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 2 ประเมินความเหนื่อยล้าครั้งที่ 2 วันที่ 5 หลังรับเคมีบำบัด ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย ใช้เวลา 20 นาที

ครั้งที่ 1 Day 1

- สร้างสัมพันธภาพ
- ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยเป็นการให้ความรู้และข้อมูลในเรื่องของแผนการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษา รายกลุ่มหรือรายบุคคลให้การพยาบาลตอบสนองต่อความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย ในลักษณะของการตอบคำถาม และอธิบายแก้ไขข้อสงสัยหรือปัญหาตามผู้ป่วยแต่ละรายซักถาม

ครั้งที่ 2 Day 5

- ประเมินความเหนื่อยล้าครั้งที่ 1 โดยผู้ป่วยส่งแบบประเมินความเหนื่อยล้า กลับทางไปรษณีย์

ครั้งที่ 3 Day 21

- พบผู้ป่วยประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 2
- ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย
- ประเมินความเหนื่อยล้า ครั้งที่ 2 โดยผู้ป่วยส่งแบบประเมินความเหนื่อยล้า กลับทางไปรษณีย์

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหาร กาย-จิต แนวซึ่งก่ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดซึ่งเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย โดยกำหนดให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุที่ไม่แตกต่างกันมากกว่า 5 ปี และได้รับเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน คือสูตร FAC ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา บุคคลหลักในการดูแล การออกกำลังกาย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	$\bar{X} = 44.90,$ SD = 7.38		$\bar{X} = 44.50,$ SD = 8.18	
ต่ำกว่า 30	-	-	1	5.00
30 – 39	5	25.00	4	20.00
40 – 49	10	50.00	9	45.00
50 – 59	5	25.00	6	30.00
สถานภาพสมรส				
โสด	1	5.00	2	10.00
คู่	16	80.00	17	85.00
หม้าย	3	15.00	1	5.00
ศาสนา				
พุทธ	20	100.00	19	95.00
อิสลาม	-	-	1	5.00
อาชีพ				
ค้าขาย	3	15.00	7	35.00
เกษตรกรรม	9	45.00	5	25.00
รับจ้าง	3	15.00	4	20.00
รับราชการ	1	5.00	1	5.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	20.00	3	15.00
รายได้				
จัดสน	2	10.00	3	15.00
เพียงพอ	18	90.00	14	70.00
เหลือเก็บ	-	-	3	15.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	10.00	14	70.00
ประถมศึกษา	12	60.00	3	15.00
มัธยมศึกษา	1	5.00	3	15.00
ปริญญาตรี	5	25.00	-	-
บุคคลหลักในการดูแล				
สามี	12	60.00	14	70.00
บุตร	4	20.00	4	20.00
ญาติ	4	20.00	2	10.00
การออกกำลังกาย (สัปดาห์)				
ทุกวัน				
3 วันขึ้นไป	3	15.00	5	25.00
น้อยกว่า 3 วัน	8	40.00	6	30.00
ไม่เคยเลย	1	5.00	1	5.00
	8	40.00	8	40.00

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลอง พบว่า มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.90 ปี อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีสถานภาพสมรสคู่สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 80.00 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 45.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีรายได้เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 90.00 บุคคลหลักในการดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี คิดเป็นร้อยละ 60.00 และการออกกำลังกายมีสัดส่วนเท่ากันระหว่างการออกกำลังกาย มากกว่า 3 วัน/สัปดาห์และการไม่เคยออกกำลังกายเลย คิดเป็นร้อยละ 40.00 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มควบคุม พบว่า มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.50 ปี อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00 มีสถานภาพสมรสคู่สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 85.00 นับถือศาสนาพุทธสูงถึงร้อยละ 95.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 35.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีรายได้เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 70.00 บุคคลหลักในการดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี คิดเป็นร้อยละ 65.00 และส่วนใหญ่ไม่เคยออกกำลังกายเลย คิดเป็นร้อยละ 40.00

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทางคลินิก	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะของโรค				
ระยะที่ 2	20	100.00	20	100.00
ชุดของการให้ยา				
1	10	50.00	7	35.00
2	7	35.00	6	30.00
3	3	15.00	7	35.00
ความเข้มข้นของเลือด (%)	$\bar{X} = 36.10,$ SD = 6.37		$\bar{X} = 34.28,$ SD = 3.88	
ต่ำกว่า 30	3	15.00	4	20.00
30-39	14	60.00	14	60.00
40 ขึ้นไป	3	15.00	2	10.00
เกล็ดเลือด				
น้อยกว่า 300000	7	35.00	10	50.00
มากกว่า 300000	13	65.00	10	50.00

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองทั้งหมดมีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ได้รับชุดของการให้ยาเป็นชุดที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีความเข้มข้นของเลือดเฉลี่ยเท่ากับ 36.10 และส่วนใหญ่มีความเข้มข้นเลือดอยู่ในช่วง 30-39% คิดเป็นร้อยละ 60.00

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 95.00 ส่วนใหญ่ได้รับชุดของการให้ยาเป็นชุดที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 35.00 มีความเข้มข้นของเลือดเฉลี่ยเท่ากับ 34.28 และส่วนใหญ่มีความเข้มข้นเลือดอยู่ในช่วง 30-39% คิดเป็นร้อยละ 70.00

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลอง

ระดับ	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	-	-	-	-	16	80.00	-	-
ปานกลาง	17	85.00	14	70.00	4	20.00	11	55.00
มาก	3	15.00	6	30.00	-	-	9	45.00

จากตารางที่ 3 ก่อนการทดลองพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 85.00 และ 70.00 ตามลำดับ และหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีแนวโน้มความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 80.00 ในขณะที่ครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 55.00 ของกลุ่มควบคุม ยังคงมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง มีแนวโน้มเพิ่มเป็นระดับมากถึง ร้อยละ 45.00

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนน ระดับความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับ ความเหนื่อยล้า	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	-	-	-	-	11	55.00	-	-
ปานกลาง	17	85.00	16	80.00	9	45.00	14	70.00
มาก	3	15.00	4	20.00	-	-	6	30.00

จากตารางที่ 4 ก่อนการทดลองพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 85.00 และ 80.00 ตามลำดับ และหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 55.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.00 และความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับสูงร้อยละ 30.00

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดก่อนเข้าร่วมการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	50.50	8.56	ปานกลาง	5.83	1.30	ปานกลาง
หลังทดลอง	33.55	6.46	น้อย	3.93	1.05	น้อย
กลุ่มควบคุม						
ก่อนทดลอง	53.30	8.717	ปานกลาง	5.84	1.26	ปานกลาง
หลังทดลอง	57.75	.27	น้อย	6.36	1.30	น้อย

จากตารางที่ 5 ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ย 50.50 ในกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลเฉลี่ย 53.30 หลังการทดลองพบว่าความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 33.50 ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าความวิตกกังวลเฉลี่ยเพิ่มเป็น 57.75 ส่วนความเหนื่อยล้าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยก่อนทดลอง 5.83 และลดลงเป็น 3.93 หลังการทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีความเหนื่อยล้าก่อนการทดลอง 5.84 และหลังการทดลองความเหนื่อยล้ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มเป็น 6.36

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความวิตกกังวล	\bar{X}	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	50.50	8.57	-1.03	.15
กลุ่มควบคุม	53.30	8.70		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	33.55	4.46	-11.12	.00
กลุ่มควบคุม	57.75	7.26		

จากตารางที่ 6 พบว่าก่อนการทดลองความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันโดยมีค่าเฉลี่ย 50.50 และ 53.30 $p=.15$ และหลังการทดลองความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันโดยมีค่าเฉลี่ย 57.75 และ 33.55 $p=.00$ และกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ขณะที่หลังทดลองมีความแตกต่างกันโดยน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความเหนื่อยล้า	\bar{X}	SD	t	P-value
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	5.80	1.30	7.70	.47
กลุ่มควบคุม	5.83	1.26		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	3.93	1.05	-6.48	.00
กลุ่มควบคุม	6.35	1.30		

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนการทดลองความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลองความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีความเหนื่อยล้าหลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีความเหนื่อยล้าหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีกิง ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีกิง ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีกิง ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีกิง มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีกิง มีความเหนื่อยล้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดอยู่ระหว่างได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด อายุระหว่าง 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด เพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือน เมษายน 2552 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดแบบ Modified Radical Mastectomy รักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดตั้งแต่ชุดที่ 1 ถึง ชุดที่ 3 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยไม่เคยปฏิบัติการศึกษาที่เกี่ยวเนื่องและชีกิงมาก่อน มีคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าก่อนการทดลองอยู่ในช่วง 4-10 คะแนน และไม่มีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดอย่างรุนแรง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยที่นัดมารับเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจศัลยกรรม คัดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จัดเข้ากลุ่ม โดย วันอังคารเป็นกลุ่มทดลอง จนครบ 20 ราย วันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มควบคุม จนครบ 20 ราย

2. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FAC ทั้ง 20 คู่ การดำเนินโรคมะเร็งในระยะที่ 2 ได้รับยาในชุดที่ 1 จำนวน 10 คู่ ชุดที่ 2 จำนวน 7 คู่ และชุดที่ 3 จำนวน 3 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการ

1.3 แบบประเมินความเหนื่อยแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper et al., 1998)

1.4 แบบประเมินความวิตกกังวล STAI Form Y- 1 ของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ

(Spielberger, 1983)

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ที่ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าของสายไหม ตุ่มวิจิตร (2547)

การดำเนินการทดลอง

ดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

2. ขั้นการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หัวหน้าห้องตรวจศัลยกรรมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือในใช้สถานที่ในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล สํารวจรายชื่อผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ห้องตรวจศัลยกรรม ตามเกณฑ์ที่กำหนด
4. ดำเนินการให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชีงจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ
5. ประเมินความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการทดลอง 3 สัปดาห์
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชีง โดยใช้สถิติทดสอบที กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชีง โดยใช้สถิติทดสอบที กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีง น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($t = -11.12, p < .05$)
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีง น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($t = -6.48, p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งก มีความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวซึ่งก เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ มีความเข้าใจถึงสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้น และสามารถจัดการกับอาการวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการบรรเทาความรุนแรงของอาการด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยการฝึกการบริหารกาย-จิตแนวซึ่งก โดยผู้วิจัยยึดแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งมีแนวคิดว่าการจัดการกับอาการ ต้องมุ่งขจัดสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้น ไปพร้อมๆกัน และเป็นหน้าที่ ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่ตามมา ซึ่งโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งก ผู้วิจัยได้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะเป็นกำลังใจ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ และช่วยเหลือกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่า มีความหวัง ในการตั้งใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง (โอเร็ม 1985 อ้างใน พรหม รุจิไพโรจน์, 2550) นอกจากนี้ House (1981 อ้างในพรหม รุจิไพโรจน์, 2550) กล่าวว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และร่วมมือกันนำสู่การมีสุขภาพที่ดีทำให้บุคคลมีคุณค่าและสะท้อนต่อพฤติกรรม

การประเมินประสิทธิผลเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการเปิดเผยข้อมูล และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุย ระบายความเครียดและความกังวล ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการรับรู้ข้อมูลและการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์จากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย ทำให้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย เป็นการแสดงออกถึงความปรารถนาดีต่อการเจ็บป่วยและปัญหาของผู้ป่วย

หลังการประเมินเริ่มให้ความรู้เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึง ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงและสามารถควบคุมและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนั้น การใช้สื่อในการสอน และกลับไปอ่านบททวนที่บ้าน ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจและการรับรู้สาเหตุของการเกิดอาการได้ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งมีการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันร่วมกับญาติในครอบครัว เป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

และครอบครัว การให้ญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลต่อเรื่องที่บ้านมีส่วนร่วมในการเข้ารับความรู้และร่วมฝึกทักษะด้วยกันเพื่อให้เกิดความเป็นองค์กรรวมแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะเป็นกำลังใจ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ และช่วยเหลือกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่า มีความหวัง ในการตั้งใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง (โอเร็ม 1985 อ้างใน พรหม รุจิไพโรจน์, 2550)

นอกจากนั้น การให้ข้อมูลโดยการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ในวันที่ 5 และ 14 หลังการรับยา ถือเป็น การเสริมแรงและให้กำลังใจกับผู้ป่วย สอบถามปัญหาสุขภาพหลังการรับเคมีบำบัด ปัญหาและอุปสรรคในการฝึกชี่กง การมีส่วนร่วมของญาติในการให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะการร่วมฝึกชี่กง ด้วยกัน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการที่จะกระทำกิจกรรมต่อไปและเกิดผลดีต่อสุขภาพตามมา ซึ่งการให้การดูแลที่ได้อยู่แล้วตามแนวคิดการจัดการของ Dodd และ คณะ (2001) ผู้วิจัยยังได้นำการดูแลแบบผสมผสานเข้ามาร่วมด้วย เป็นการดูแลแบบผสมผสานซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการแพทย์ทางเลือกกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นการรักษาร่วมกันไม่ใช่การรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียวและยังรวมไปถึงการดูแลรักษาสุขภาพที่ได้รับจากผู้อื่นอีกด้วย (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2546) จุดมุ่งหมายของการดูแลแบบผสมผสาน เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและการฟื้นฟูของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ตลอดจนเป็นการสร้างเสริมสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย ช่วยป้องกันโรคและความพิการที่จะเกิดตามมา ผู้วิจัยนำการดูแลแบบผสมผสานโดยใช้การออกกำลังกายแนวชี่กง (Qigong) มาเป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรม

ทั้งนี้เนื่องจาก การออกกำลังกายเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากในการบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง (Schwartz, 1998:458) ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อดี ลดการคั่งค้างของแลคติกในกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงในการหดตัวได้ดีขึ้นและบรรเทาความเหนื่อยล้า นอกจากนี้การออกกำลังกายยังมีผลต่อการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุข ส่งเสริมจิตใจให้เข้มแข็ง แจ่มใส ลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และยังเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย

การเคลื่อนไหวของแขน ร่วมกับการหายใจแบบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องกระตุ้นกระบังลม และที่สำคัญการบริหารแนวชี่กงยังเน้นให้มีการพัฒนาจิตไปในตัว เนื่องจากการให้เกิดสมาธิ สงบควบคู่กับการหายใจที่ถูกต้องอย่างช้าๆและสม่ำเสมอ ลักษณะเช่นนี้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกให้เด่นขึ้น การผ่อนคลายระหว่างการฝึกจะยิ่งเพิ่มความผ่อนคลายลงไปได้ดียิ่งขึ้น มีผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือดฝอยส่วนปลาย ลดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง การหายใจที่ช้าและลึกมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซได้มากขึ้น ร่างกายได้รับออกซิเจนเหมาะสม ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและอวัยวะเกี่ยวกับการหายใจ ทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งงสามารถลดความวิตกกังวลและเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาโปรแกรมต่อเนื่อง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่รับเคมีบำบัดครั้งแรกจนกระทั่งจบการรักษาด้วยเคมีบำบัด เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคงทนของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งง ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า

2. ควรทำการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งง ในหน่วยที่ให้บริการการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่นๆ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. 2541 ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กริช โพธิ์สุวรรณ. 2545. มะเร็งเต้านมบทบาทของศัลยกรรม. ในสมิตรา ทองประเสริฐ และ สิริกุล
นภาพันท์ (บรรณาธิการ), โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา, หน้า 337. เชียงใหม่ : ธนบรรณ
การพิมพ์.
- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. 2539 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการ
กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิตติยาภรณ์ ภูครองหิน. 2539. ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อระดับความวิตกกังวลและ
ความสามารถในการเผชิญปัญหา ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กิติ จินดาวิจักษณ์. การรักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัด. วารสารมะเร็ง. 2538 : 21(2) 74-80.
- เกสรารค์ เสี่ยงไฟโรจน์. 2549. ศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจ
ลำบากโดยเน้นการบริหารกายจิตด้วยชี่กึ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขนิษฐา นาคะ. 2534. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัสศรี อินทรสมหวัง. 2543. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังในการป้องกันการติดเชื้อ
โรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จว๋อต้าหง. 2541. ศิลปการบริหารของเงินเพื่อสุขภาพ. (มนตรี ภูบุญมี, ผู้แปล) กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์ธรรมชาติ.
- ฉิมพิชญ์ชา มะมม. 2549. ผลของโปรแกรมการเดินออกกำลังกายที่บ้านต่ออาการเหนื่อยล้าใน
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชมชื่น สมประเสริฐ. 2526. ผลของฝึกสมาธิต่อความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ช่อลดา พันธุเสนา. 2536. การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามแบบแผนสุขภาพ. สงขลา : อมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป จำกัด.
- คาราวรรณ ต๊ะปีนตา. 2534. การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทวพร ศุภรักษ์จินดา. 2528. ผลของการใช้สื่ออารมณ์ขันต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรกรรมและศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทอดศักดิ์ เดช. 2545 ซึ่งก วิถีแห่งพลังเพื่อการบำบัดโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. 2547. การฝึกซึ่งกอย่างง่าย ด้วยไทเก๊ก 4 ท่า. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. ซึ่งกพลังสร้างสุข (พิมพ์ครั้งที่). กรุงเทพฯ : อมรินทร์พรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง, ธนิต วัชรพุกก์. 2546. Breast. ในชาญวิทย ตันดีพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ,) ตำราศัลยศาสตร์, กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรวุฒิ กุหะเปรมะ. [online] แหล่งที่มา : <http://postjung.com/hottopic/data/4/4584.php> สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2551.
- นภัส ทับกล่า. 2549. ผลของการออกกำลังกายแบบไท่จี ซึ่งก ต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นรินทร์ วรวุฒิ. 2550 แฉเรื่องเต้า. . ในนพพร ศุภพิพัฒน์ (บรรณาธิการ), หมอมะเร็ง, กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอ้าท์ สแตนดิ่ง พับลิเคชัน จำกัด.
- นันทา เล็กสวัสดิ์ นฤมล ลาวัลย์ตระกูล และทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์. ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารการพยาบาล 2542 : (3)14:37-45.
- บรรจบ ชุนสวัสดิ์กุล. พลังจิตพิชิตโรค : ธรรมชาติบำบัดวิถีสุขภาพแนวใหญ่. กรุงเทพฯ, บริษัทรวมทรศน์ จำกัด. 2541.
- บุษบา สมใจวงษ์. 2544. ผลของการสร้างจินตภาพต่ออาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย. 2544. Breast Cancer. ในวิชาญ หล่อวิทยา (บรรณาธิการ), Manual of Radiation Oncology, หน้า 138-140. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.

- ปริญญา สนิกะวาทิ. 2542. ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปานตา อภิรักษ์นภานนท์. 2542. ผลการพยาบาลตามแนวคิด 5 ซี ของโรคมะเร็งที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยกานต์ บุญเรือง. 2548. ผลของโปรแกรมการฝึกบริหารแนวชีก่งร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี ,สมจิต หนูเจริญกุล และวรัชย์ รัตนธรรธร. แบบแผนของความอ่อนล้าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. รามาศิบัติสาร 2544 : (2) 97-107.
- ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล. 2544. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยส่วนบุคคลและความเหนื่อยล้าในผู้ติดเชื้อ HIV. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พจน์ รอดจินดา. 2541. ผลของการปรึกษาที่มีต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เพชรพงษ์ พรายมณี. 2542. การบริหารกายและฝึกสมาธิแบบชีก่ง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สุขภาพใจ.
- พรศรี คิดชอบ. 2543. รังสีรักษากับมะเร็งเต้านม. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนลาภ, สุमित วงศ์เกียรติจิจร (บรรณาธิการ), มะเร็งเต้านม, หน้า 307-320. กรุงเทพมหานคร : บริษัทพิมพ์ดี.
- พรหม รุจิไพโรจน์. 2550. ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงแก้ว วิวัฒน์เจษฎาวุฒิ. 2530. การศึกษาเปรียบเทียบแรงหลังและอาการเมื่อยล้าในพยาบาลจากการยกผู้ป่วยในเตียงสองวิธี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พินทุสร โชตนาการ. 2539. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา, สุกศิริ หิรัญขุนหะ, การจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะ, สงขลานครินทร์เวชสาร ปีที่ 24 ฉบับที่ 3 พ.ค.-มิ.ย. 2549:154-160
- เพียงใจ คาโลปการ. 2545. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพรวลัย โคตรระตะ. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรภรณ์ ทุ่งคำปิ่น และคณะ. 2546. ประสบการณ์ชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกลุ่อกในการจัดการกับอาการการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนิกร ใจคำสืบ. 2549. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์. Complementary Therapy in Nursing Terapeutic, and Aromatherapy. ในการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเรื่อง : การพยาบาลผสมผสานกับการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก วันที่ 16-18 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร, 2546 : หน้า 43-66. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 12(1), 2532.
- วัชรวรรณ จันทรอินทร์. 2548. ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันชัย วนะชีวินาวิน. อาการอ่อนเพลีย. ในอุดม คชินทร (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์อาการวิทยา, หน้า 22-27. กรุงเทพมหานคร : เช็ทสแควร์. 2537.

- ศศิธร ศรีสุขศิริพันธ์. 2550. ผลของโปรแกรมการเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร พันธุ์พริ้ม. 2549. ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภกร โรจนนิพนธ์, อุดลย์ รัตนวิจิตรศิลป์ และกริช โพธิสุวรรณ. เต้านม. ใน ไพบูลย์ สุทธิวรรณ และบรรจบ อินทรสุขศรี (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์, หน้า 365-397. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2544.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถิติโรคมะเร็ง. [online] แหล่งที่มา : <http://www.nci.go.th/statisti.htm> สืบค้นเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2550.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินต์ติ้ง, 2536.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาล : ศาสตร์ของการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : วีเจ พรินต์ติ้ง, 2542.
- สมโภชน์ เขียมสุภายิต. 2541. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายใหม่ ตุ่มวิจิตร. มหาวิทยาลัยคริสเตียน. ความเหนื่อยล้ากับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2550) : 1-12.
- สุชาดา ภัณฑารักษ์สกุล. 2546. ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบซิ่งงโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุนีย์ จันทน์มหาเสถียร, และนันทา เล็กสวัสดิ์. 2538. รายงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาพร ฟองมูล. 2549. ปัญหาสุขภาพและการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุมิตรา ทองประเสริฐ. 2536. การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด. เชียงใหม่ : ชนบรรณการพิมพ์.
- สุรพงษ์ สุภาภรณ์. 2545. The high risk women. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ (บรรณาธิการ), มะเร็งเต้านม. หน้า 29-71. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสมาคมวิทยาลัยศัลยแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทย : บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.

- สุริพร ธนศิลป์. 2545. การนำโมเดลการจัดการไปใช้ในผู้ป่วยปอดอักเสบ : เอกสารประกอบการเรียน
- อภันตรี กองทอง. 2544. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อมรรัตน์ กิราษร. 2541. ผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซึ่งก่ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. 2543. การคิดอย่างมีวิจารณญาณ: การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ชนาเพรสแอนด์กราฟฟิค จำกัด
- อรวรรณ บุราณรักษ์ ปี 2542. ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบซึ่งก่ต่อการขยายทรวงอกและปริมาตรปอดในผู้สูงอายุ การสอนรายวิชา Advance Adult Nursing I: 3-10.
- อัญรัช นิตุธร. 2543. เปรียบเทียบผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซึ่งก่กับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อาคม เขียรศิลป์. 2545. หลักการรักษามะเร็งโดยใช้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริม. ในอาคม เขียรศิลป์ (บรรณาธิการ), โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา, หน้า 211. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร : หจก. วี. เจ. พรินติ้ง.
- อุบล จ้วงพานิช. 2539. การศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลและการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อุบลรัตน์ ดีพร้อม. 2545. ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุไรวรรณ โพธิ์พนม. 2546. ผลของการร่ำววจินซึ่งก่ต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- Aistars, J, 1987. Fatigue in the cancer patients. Oncology Nursing Forum 14(6) : 25-30.
- American Cancer Society. [Online] แหล่งที่มา: www.cancer.org สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2551.
- Badner, N.H., Niclson, W.R., Munk, S., Kwiatkowska, C., & Gelb, A.W. 1990. Preoperative anxiety: Detection and contributing factor. Can J Anesth, 37(4), 444-447
- Barnett, M.L. 2001. Fatigue. In S.E. Otto (Ed), Oncology nursing, pp. 787-801. St. Louis : Mosby.
- Barry, P. D. 2002. Mental health and mental illness. (7th ed.). Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Berger, A.M. 1998. Patterns of fatigue and activity and rest during adjuvant breast cancer chemotherapy. Oncology Nursing Forum 25 (1): 51-62.
- Berger, A.M., and Farr, L. 1999. The influence of daytime inactivity and nighttime restlessness on cancer – related fatigue. Oncology Nursing Forum 25(10) : 1663-1671.
- Berger, A.M., and Higginbotham, P. 2000. Correlation of fatigue during and following adjuvant breast cancer chemotherapy. Oncology nursing Forum 27(9) : 1499-1448.
- Berger, A.M. and Walker, S.N. 2001. An explanatory model of fatigue in women receiving adjuvant breast cancer chemotherapy. Nursing Research 50(1): 42-52.
- Bower, J.E. 2000. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, Correlates, and impact on Quality of life. Journal of clinical Oncology 18(4):743-753.
- Brown, M. et al. 2000. Information needs of women with non-invasive breast cancer. Journal of Clinical Nursing. 9(3): 713-722.
- Brown, S. M. 1990. Quantitative measurement of anxiety in patients undergoing surgery for renalcalculus disease. Journal of Advance Nursing, 15: 962-970.
- Chen, K.W. 2004. An analysis review of studies on measuring effect on external qi in china. Alternative therapies in health and medicine, 10(4): 38-50
- Coleman, C. K., Piles, C.L., and Poggenpoel, N. (1994). Influence of caregiving on families ofolder adults. Journal of Gerontological Nursing 11(4): 40-49.
- Dodd, M.et al. 2001. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing 33(5):668-676.

- Domar, A.D., Everett, L.L., & Keller, M.G. 1989. Preoperative Anxiety: Is It a Predictable Entity. Anesthesia and Analgesia, 69(6), 763-767.
- Friedman, M. 1997. Family nursing research, theory. Practice 4th ed. United States of Anemia: Appletion and lange.
- Gife, A. G., Moore, T., & Soeken, K. 1992. Relaxation of Reduce Dyspnca and Anxiety in COPD Patients. Nursing Research, 41(4), 242-246.
- Graham, L. E., & Conley, E. M. 1971. Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. Nursing Research, 20: 113-122.)
- Grimm, P. M. 1997. Measuring anxiety. In Frank-Stromborg, M., & Olsen, S. J. (Eds.). Instruments for clinical health-care research (2nd Ed.) pp 329-341
- Grainger, R.D. 1990. Dealing with feeling: Anxiety interruptes. American Journal of Nursing. 90(2): 14-15.
- House, J.S. 1981. Work stress and social support. Reading, M.A.: Addison-Wesley.
- Irvine, D., Vincent, L., Graydon, E. J., Bubela, N., and Thomson, L. 1994 the prevalence and correlated of fatigue I patients reciving treatment with chemotherapy and radiotherapy. Cancer Nursing 17(5) : 367-378.
- Jacob, L.A. and Piper, B.F. 1996. The Phenomenon of fatigue and the cancer patients. In R.McCorkle, M.Grant,M.Frank-Stromb(Edited.), Cancer Nursing:a comprehensive textbook, pp. 1193-1210. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Jamars, S. 1989. Fatigue in women receiving chemotherapy for ovarian cancer. In pp. 224-228. New York : Springer.
- Kinder, C.H., Harins, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T., & Scheideggr, D, 2000. The Visual Analog Scale Allow Effective Measurement of Concers. Anesth Analgesia, 90, 701-712.
- Kneisl, C. R. 1996. Stress, anxiety and coping. In H. S. Wilson, & C. R. Kneisl (Eds.).
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (Eds.). 1984. Stress Appraisal & Coping. New York: Springer.
- Lee, K, 1998. Anxiety and related disorders. In M. A. Boyd, & M. A. Nihart (Eds.), Psychiatricnursing: Contemporary practice (pp. 476-529). Philadelphia: Lippincott.
- Leske, J. S. 1996. Intraoperative progress reports decrease family member' anxiety. AORNJournal, 64(3): 424-436.
- Majure, T. 1994. Real-word insights & commons sense a device from direct marketing pro.Chicago: Probus.
- Mock, V., Dow K. H., Mearres, C. J., Grimm, P.M .Dienemann, J.A., HaisfieldWolfe,

- M.E., Quitasol W., Mitchell, S., Chakravarthy, A. and Gage, I. (1997). Effects of Exercise on fatigue, Physical Functioning, and Emotional Distress radiation Therapy for breast cancer. Oncology Nursing Forum 24(6): 991-1000
- Montgomery, B., Morris, L. 1992. Living with anxiety. Australia : The Book Printer.
- McCaffrey, R., and Fowler, N.L. 2003. Qigong Practice : A Pathway to Health Healing. Holistic Nursing Practice. 17 (2) : 110-116.
- National Comprehensive Cancer Network. 2005. Clinical practice guideline in oncology “Distress management. Retrieved September 20, 2006, from www.nccn.org.
- Orem, D. E. 1995. Nursing concepts of practice. 5th ed. St. Louis : Mosby, Inc.
- The Shorter Oxford English Dictionary. (1974). p. 731
- Pickard-Holley, S. 1991. Fatigue in cancer patients. Cancer Nursing 14(3):13-19.
- Piper, B.F. 1993. Fatigue in V. Carrieri-Kohlman, A.M. Linsey, and C.M. West (eds), Pathophysiological phenomena in nursing, pp. 279-302. Philadelphia : Saunders.
- Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., and Paul, S.M. 1998, The revised Piper Fatigue Scal : Psychometric Evaluation in Women With breast cancer. Oncology Nursing Forum 25(4) : 677-684
- Piper, B.F. 1986. Fatigue. In V.K. Carrieri, A.M. Lindsey, & C.W. West (Eds.). Pathophysiological Phenomena in nursing: Human responses to illness (pp. 219-234). Philadelphia : W.B. Saunders.
- Piper, B.F., Lindsey, A.M., & Dodd, M.J. 1987. Fatigue mechanisms in cancer patients: Developing nursing theory. Oncology Nursing Forum. 14(6): 17-23.
- Piper, B.F. 1991. Alterations in energy: The sensation of fatigue. In S.B. Baird, R. McCorkle, and M. Grant (eds), Cancer Nursing a Comprehensive Text Book, pp. 894-908. Philadelphia : Saunders Company.
- Piper, B.F. 1993. Fatigue. In V.C. Kohlman, A.M. Lindsey, & C.M. West (Eds) Pathophysiological phenomena in nursing. (pp. 279-301). Philadelphia : W.B.Sanders.
- Piper B. F., et al. 1998. The revised Piper Fatigue Scale : Psychometric evaluation in women with breast cancer. Oncology Nursing Forum, 25 (4), 677-684.
- Polit, F., & Beck, C.T. 2004. Nursing research : Principles and methods (7th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Ream E., & Richardson, A. 1999. From theory to practice: designing intervention To reduce fatigue in patients with cancer. Oncology Nursing Forum 26(8): 1295-1303.

- Ream E., & Richardson, A. 1997. Fatigue in patients with cancer and chronic Obstructive airway disease: a phenomenological enquiry. International Journal of Nursing studied 34(1): 44-53.
- Richardson, A., Ream, E., & Wilson-Barnett, J. 1998. Fatigue in patients receiving chemotherapy: patterns of change. Cancer nursing, 21(1): 17-30.
- Redeker, N.S., Lev, E.I., and Ruggiero, J. 2000. Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and q Ptyrer, D. (Ed.). 1999. Anxiety: A Multidisciplinary Review. London: Imperial College Press.
- Ream, E., & Richardson, A. and Alexander - Dann, C. (2002). Facilitating patient' coping With fatigue during chemotherapy - Pilot outcomes. Cancer Nursing 25(4): 300-308.
- Ream, E., Richardson, A. & Alexander Dann, C. 2002. Facilitating patients' Coping with fatigue during chemotherapy-Pilot outcomes. Cancer Nursing 25(4) : 300-308).
- Schwartz, A.L. 1998. Patters of exercise and fatigue in physically active cancer survivors. Oncology Nursing Forum 25(3): 485-717.
- Spielberger. C.D. 1983. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STA) from Y: Self-evaluation questionnaire. Palo Alto : Consulting Psychologists.
- Spielberger, C. D., & Krasner, S. S. 1988. The assessment of state and trait anxiety. In R Spielberger. C.D. and Vagg, P.R. 1995. Test anxiety: Theory, assessment, and treatment. Washington: Taylor & Fracis.
- Stoll, B.A. 1984. Risk Factor and Multiple Cancer. Chi Chester: John Wiley & Sons.
- Shuldham, C. M., Cunningham, G., Hiscock, M., & Luscombe, P. 1995. Assessment of anxiety inhospital patients. Journal of Advanced Nursing, 22: 87-93.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. 2000(a). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgicalnursing. (9th ed.). Volume 1. Philadelphia: Lippincott
- Susan, L.B., William, N.D., & Andrea B. 2005. Pain, sleep disturbance, and fatigue in patients with cancer: Using a mediation model to test a symptom cluster. Oncology Nursing Forum 32(3) : E48-E55.
- Tang. 1994 Qigong Therapy-its Effectiveness and Regulation. AJCM: 235-242.
- Webster's New Riverside University Dictionary. (1994). p. 467.
- Woo, B. Dibble, S. L. Piper, Keating, S.B., and Weiss, M.C. 1998. Differences in Fatigue by Treatment methods in women with breast cancer. Oncology Nursing Forum. 25(5): 915-920.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



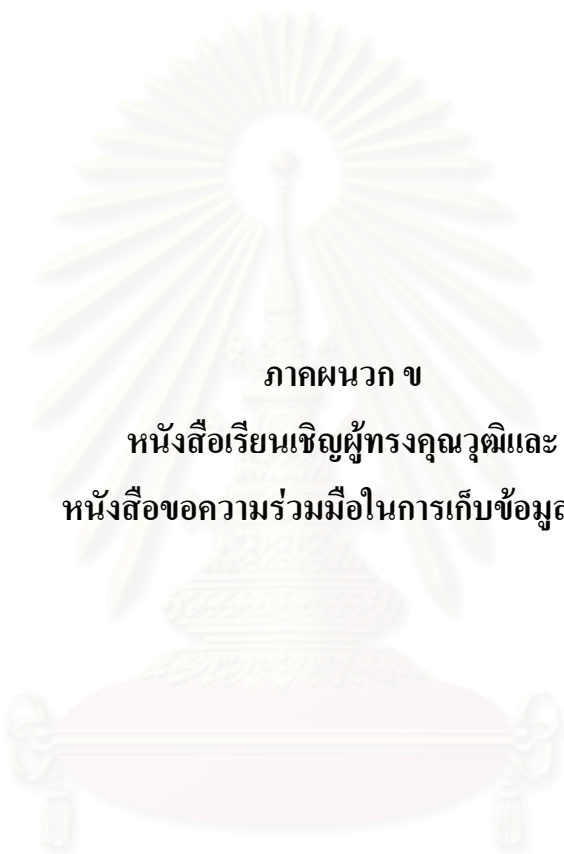
ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์	อาจารย์ประจำภาควิชา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นางสาวแม่นมนา จิระจรัส	พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ โรคมะเร็ง
3. นายแพทย์ ศุภพงศ์ เกษตรสุนทร	นายแพทย์ 8 แพทย์ผู้ชำนาญการ ด้านศัลยกรรม
4. พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทอินทร์	พยาบาล สบ. 3 โรงพยาบาลตำรวจ
5. นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง	นายแพทย์ 9 วิชาการ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและ
หนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ศบ 0512.11/ ๕๕๕๖๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิฑูรย์ ชั้น 12 ซอยสุขุมวิท 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๕ พฤษภาคม 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีสุภาพพิศ กระทรวงสาธารณสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางชบา เวียนรัมย์ มีสิดขึ้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการอาหาร ร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งก่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร จนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เศษคง นายแพทย์ 9 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ล.อ.หญิง ดร. อุทัย อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตัวแทนเรียน	นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เศษคง
งานบริการรื้อถอน	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร จนศิลป์ โทร. 0-2218-9829
ชื่อนิสิต	นางชบา เวียนรัมย์ โทร. 08-1417-0308

สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ศร 0512.11/ ๑๓๕๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารวิทยาศาสตร์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๑ พฤศจิกายน 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว เรือนรมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทพยาบาลบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาหารร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวรึ่งกึ่งต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีซึ่งขอเรียนเชิญ นางสาวเม็มนมา จิระจรัส พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาพยาบาลศาสตร์ ศึกษาศาสตร์โรคมะเร็ง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. สุพิน ถึงสุไรจน์)

คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวเม็มนมา จิระจรัส

รณนภิกขการศึกษาน

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางชมา เรือนรมย์ โทร. 68-1417-0308

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ศร 0512.11/ 0155



คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยาศาสตร์ ชั้น 12 ซอยสุขา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

[1] พฤศจิกายน 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางชบา เรือนรมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาหารร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งก่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร สนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ สุกพงศ์ เกมตรสุนทร นายแพทย์ 8 แพทย์ผู้ชำนาญการด้านศัลยกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาขอเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. สุพิน อิงสุโรจน์)
คณบดีคณะวิทยาศาสตร์

ตัวผมเรียน	นายแพทย์ สุกพงศ์ เกมตรสุนทร
งานบริหารการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร สนศิลป์ โทร. 0-2218-9829
ชื่อนิสิต	นางชบา เรือนรมย์ โทร. 08-1417-0308

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ศบ ๐512.11/ ๕๙๕๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทย์กสิค์ ชั้น 12 ซอยสุขุมฯ 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๕๕ พฤศจิกายน 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สาย 8) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับเสร็จ) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางชนา เรือนรมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งก่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยง่ายในผู้ป่วยมะเร็งเริ่มต้นที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ พันตำรวจโทหญิง วิชราวรรณ จันทร์อินทร์ พยาบาล สาธิตเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ว.ศ.ธ.หญิง ดร. สุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน พันตำรวจโทหญิง วิชราวรรณ จันทร์อินทร์

มอบเพื่อการศึกษ โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ข้อมติศบ นางชนา เรือนรมย์ โทร. 08-1417-0308

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริหารการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศษ 0512.11/ 1559

วันที่ 14 พฤศจิกายน 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาเวียรีย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โฉนดร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางชมา เวียนรัมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอากร่วมกับการบริหารภายใน-จิต แนวซึ่งก่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาขอเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. สุวิพร ธนศิลป์)

คณะพยาบาลศาสตร์

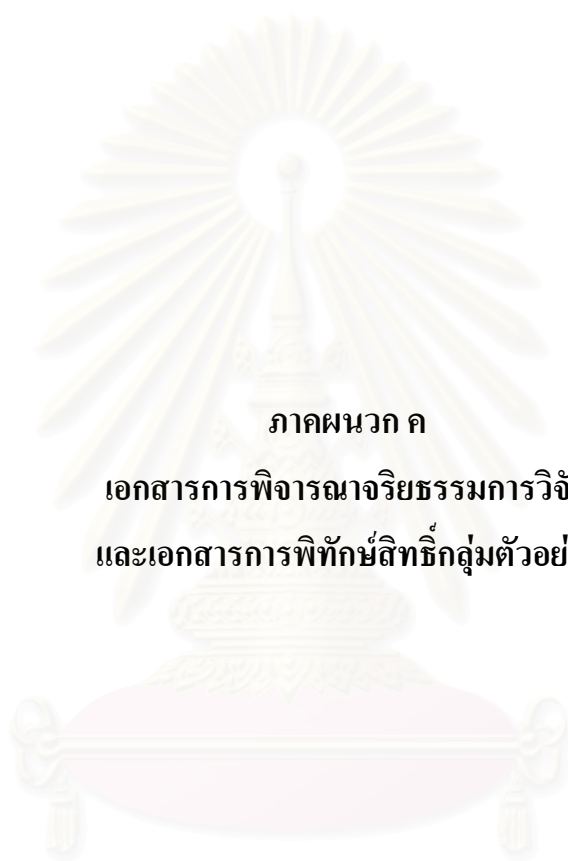
อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ศึกษานิเทศ

นางชมา เวียนรัมย์ โทร. 08-1417-0308

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
และเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
มกราคม 2552

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางชบา เรียนรัมย์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีกง ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ 0-2218-9829

ชื่อนิติ

นางชบา เรียนรัมย์ 081-4170308

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนในการร่วมวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งท่วงต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจจาก ผู้วิจัย ชื่อนางชบา เรียนรัมย์ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อ. เมือง จ. สุราษฎร์ธานี 84000 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ จะถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....
สถานที่ / วันที่.....
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....
สถานที่ / วันที่

(นางชบา เรียนรัมย์)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่ / วันที่.....
(พยาน)

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีงงต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

1. ชื่อผู้วิจัย นาง ชบา เรียนรัมย์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. สถานที่ปฏิบัติงาน หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเบอร์โทรศัพท์ 077- 272231 ต่อ 2183 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-4170308 E-mail Chaba.R@student.chula.ac.th
3. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมและเอกสารที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3.1 โครงการนี้ศึกษาเกี่ยวกับผลของ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีงง ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

3.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อ

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีงง และหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชีงง

2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชีงง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีงง ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ชุดที่ 1ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้รวมทั้งหมด 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับคู่โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ ระดับความเหนื่อยล้า ระยะของโรค สูตรยาที่ได้รับ รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการ ปฏิบัติในโครงการวิจัยนี้ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุมผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ หลังจากได้รับความร่วมมือและ ความยินยอมจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อวัดระดับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าจากการ ได้รับเคมีบำบัดและ

ได้รับความรู้และข้อมูลในลักษณะที่จะเน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องของแผนการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษา ต่อผู้ป่วยจำนวนมากหรือพร้อมๆ กันหลายคน หรือรายบุคคล ตอบสนองต่อความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย จะเป็นในลักษณะของการตอบคำถามและอธิบายแก้ไขข้อสงสัยหรือปัญหาตามที่ผู้ป่วยแต่ละรายซักถาม จากพยาบาลประจำการ และวัดระดับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าซ้ำ 3 สัปดาห์ ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองของกลุ่มทดลอง

กลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับความร่วมมือและความยินยอมจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รับยาเคมีบำบัดแล้วผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เพื่อวัดระดับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าจากการได้รับเคมีบำบัดจากการรับเคมีบำบัดที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเข้าสู่โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับบริหารกาย-จิตแนวชีกง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับ ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ ความวิตกกังวล และเหนื่อยล้า ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง ผู้วิจัยประเมินความรู้ และความต้องการความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด การรักษาที่ได้รับ ให้ผู้ป่วยระบายถึงการบรรเทา ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า ตลอดจนประสบการณ์ การบริหารกาย-จิต แนวชีกง เพื่อลดความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า เพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ใช้เวลา 15 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติปรับเปลี่ยนกระบวนกรรับรู้ของผู้ป่วยต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและอาการ และสามารถควบคุมอาการได้อย่างเหมาะสม ข้อมูลที่ให้ครอบคลุมเกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบจากความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าต่อร่างกายและจิตใจ การจัดการกับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าตามสาเหตุ ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการบริหารกาย-จิต แนวชีกงในการลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าโดยการฝึกชีกงจะส่งผลต่อความผ่อนคลาย สงบ ปรับสมดุลในร่างกายเป็นการลดผลกระทบจากอาการที่เกิดจากวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า ประกอบกับคู่มือโดยให้ข้อมูลตามการประเมิน ความต้องการความรู้ของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามและรับคู่มือการบรรเทาความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า ไปทบทวนและฝึกปฏิบัติต่อที่บ้าน ใช้เวลา 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิต แนวชีกง ผู้วิจัยซักถามถึงการปฏิบัติตัวในการลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในสัปดาห์ที่ผ่านมา จากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิตแนวชีกงร่วมกับญาติ โดยฝึกการมีสมาธิตามการเคลื่อนไหวของร่างกายที่สัมพันธ์กับลมหายใจ ประกอบด้วย 4 กระบวนท่า คือ ปรับลมปราณ ยืดขยายทรวง อินทรีทะยานฟ้าและลมปราณชานกา

ยา แนะนำและย้าให้ฝึกสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที และบันทึกการฝึกในแบบกำกับการทดลองที่แนบในคู่มือ นอกจากนั้นได้มอบแผ่น วิดิทัศน์ ซึ่งให้ผู้ป่วยนำกลับไปฝึกที่บ้านและย้าให้ญาติมีส่วนร่วมในการฝึก

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ประเมินผลของโปรแกรม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับ จากการนำความรู้เรื่องการจัดการกับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า ด้วยการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งง บรรเทาความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลอย่างไร ร่วมวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย ร่วมกับการประเมินการฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิต แนวซึ่งง ว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ผลอย่างไร และสม่ำเสมอหรือไม่

4. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามได้เพิ่มเติมตลอดเวลา ตามที่อยู่ของผู้วิจัยที่ให้ไว้ข้างต้น และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

5. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้ท่านมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับอยู่

6. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย

1. ในการตอบแบบสอบถามข้อมูลที่ได้ จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น

2. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 40 คนได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และมีความเข้าใจกิจกรรมที่จะได้รับในงานวิจัยอย่างครบถ้วนจากผู้วิจัย และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

7. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอนุญาตให้ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติในการดูแลข้อมูลเวชระเบียนจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

8. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้จะไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงใดๆ

9. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งไม่มีผลต่อผู้เข้าร่วมวิจัยหรือการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147

E-mail: eccu@chula.ac.th




เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย
เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาหารร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวซิงค์ ต่อความวิตกกังวลและ
เหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้วิจัย คือ นางสาว เรือนรัมย์
หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่า
ผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่าน
ความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ 25 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552

ลงชื่อ 
(นายทรงศักดิ์ เสรวีโรคม)

นายแพทย์ ระดับเชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ 
(นายประวิง เอื้อนหัทธ)

ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ 3/2552

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทร. (077) 272231 ต่อ2464, 2079 โทรสาร (077) 283257



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แบบประเมินความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า
สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชีกง ต่อความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำเร็จ และมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการบรรเทาความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า ในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมให้มีประสิทธิภาพต่อไป การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ และไม่มีผลใดๆ ต่อท่าน

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยฉบับนี้เป็นอย่างยิ่ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชบา เรียนรัมย์
นิสิตปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง เฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเท่านั้น

1. อายุปี
2. สถานภาพสมรส
 โสด คู่ หม้าย หย่า
3. ศาสนา
 พุทธ อิสลาม คริสต์ อื่น ๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
 ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช./อนุปริญญา
- 5.....

แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมาเร็งและการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

1. ระยะของโรคมาเร็ง.....
2. สูตรเคมีที่ได้รับ.....
3. ชุดที่.....
4. วันที่.....
- 5 คำ ANC.....
 Hct.....
 Platelet.....

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล (State Anxiety : FormY -I)

คำชี้แจง

ในการตอบคำถาม ข้อ 1- 20 เป็นข้อความที่ใช้สำหรับการบรรยายเกี่ยวกับตัวของท่านเอง โปรดอ่านประโยคในแต่ละข้อต่อไปนี้ให้เข้าใจและกรุณาใส่เครื่องหมาย ลงในช่องซึ่งอยู่ทางขวาของประโยคที่ตรงกับ **ความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด** คำตอบที่ได้ไม่มี ถูกหรือ ผิด ดังนั้นโปรดอย่าใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบข้อหนึ่งข้อใดนานมากเกินไป แต่ โปรดเลือกคำตอบที่บรรยายความรู้สึกของตัวท่านเองในขณะนี้ที่ชัดเจนที่สุด

ความวิตกกังวลของ	ไม่มีเลย 1	มีบ้าง 2	ค่อนข้างมาก 3	มากที่สุด 4
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกปลอดภัย				
3. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนเครียดง่าย				
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเกร็งและเครียด				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนที่น่าคบ				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 22 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยความรู้สึกของท่านแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน บนเส้นตรงขอให้ท่านอ่านข้อความที่จุดเริ่มต้นทางด้านซ้ายมือ และจุดสุดท้ายของทางด้านขวามือ แล้วทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่าน ในช่วงหลังได้รับเคมีบำบัดชุดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด

1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้ท่านมีความทุกข์ทรมานในระดับใด



ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย

มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด

2. ความรู้สึกเหนื่อยล้ารบกวนความสามารถในการทำงานหรือการเรียนหนังสือในระดับใด



ไม่มีผลเลย

มีผลมากที่สุด

20.....

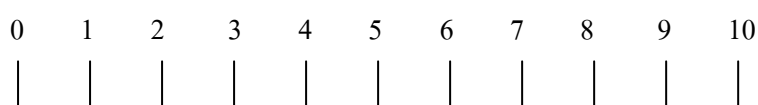
21. ระดับความจำ



จำอะไรได้ดี

จำอะไรไม่ได้เลย

22. ระดับความคิดอ่าน



สมองปลอดโปร่งดี

สมองไม่ปลอดโปร่ง

ตารางบันทึกการฝึกชิ่ง

วันที่ฝึก	ฝึกหายใจ 15 นาที		กระตุ้น ก่อนฝึก		ฝึกชิ่ง 4 ท่า		เก็บพลัง		เวลา 20-30		ส่วนร่วม ของญาติ		หมายเหตุ
	ทำ	ไม่ทำ	ทำ	ไม่ทำ	ทำ	ไม่ทำ	ทำ	ไม่ทำ	ทำ	ไม่ทำ	ทำ	ไม่ทำ	
1													
2													
3													
-													
-													
-													
-													
-													
-													
-													
-													
-													
-													
21													

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือ

ผู้ช่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัด
การจัดการความวิตกกังวล และ ความเหนื่อยล้า



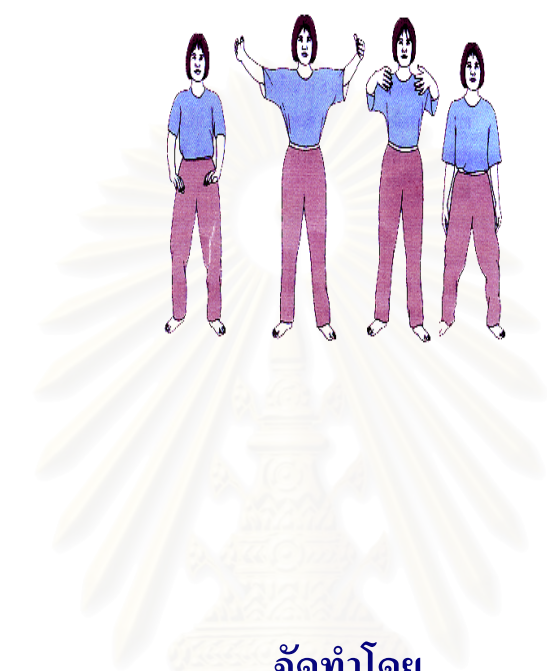
สถาบันนวัตกรรมการ
จัดทำโดย
นางชบา เรียนรัมย์
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.สุริพร ชนศิลป์

การบริหารกาย-จิต

แขวงซิ่ง



จัดทำโดย

นางชบา เรียนรัมย์

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.สุรพร ชนศิลป์

สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตเนวซิ่ง
ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
SYMPTOM MANGEMENT PROGRAM COMBIND WITH QIGONG
IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY



จัดทำโดย

นางชบา เรียนรัมย์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชีง ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

หลักการและเหตุผล

มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในลำดับต้น ๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั่วโลก อุบัติการณ์การเกิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในอเมริกาพบเป็นอันดับ 1 โดยพบรายใหม่ 178,480 ราย เสียชีวิต 40,460 รายในปี 2007 (American cancer Society, 2007) ในประเทศไทย พบว่าเพิ่มจาก ร้อยละ 19 ต่อประชากร 100,000 คนในช่วงอายุ 35 ปี เป็นร้อยละ 32.1 ต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป

.....

ปรัชญา

ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เกิดได้จากหลายสาเหตุและคงอยู่ตลอดการรักษา ดังนั้นในการบรรเทาอาการดังกล่าวจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเพื่อ ควบคุม และป้องกันความรุนแรง การบรรเทาอาการตาม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีความรู้และความเข้าใจ

การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

1. คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางการพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสามารถ

การประเมินผล

1. ระดับคะแนน ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าลดลงหลังจากเข้าร่วม โปรแกรมการ

ตารางการทำกิจกรรม

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
ครั้งที่ 1 วันที่ 1	1. พบผู้ป่วยและญาติรายบุคคล แนะนำตัวเอง ทักทายผู้ป่วยด้วย สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส จริงใจ ให้ความสนใจและตั้งใจฟัง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. ใช้คำถามกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกและปัญหาของ ตนเอง	1. ประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 1 2. ค้นหาข้อมูล และปัญหาของ ผู้ป่วยก่อนให้ความรู้ผู้ป่วยและ ญาติในการดูแลตัวเองเมื่อมี ความวิตกกังวลและความเหนื่อย ล้า 3. ให้ความรู้เรื่อง การบริหารกาย- จิตแนวชีกง 4. พัฒนาการฝึกชีกง
ครั้งที่ 2 ก่อน จำหน่าย	1. ทักทายผู้ป่วยทักทายผู้ป่วยด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องความเหนื่อยล้า สาเหตุและผลกระทบจาก ความเหนื่อยล้าจากการรับยาเคมีบำบัด การดูแลตนเองเพื่อลด ความเหนื่อยล้า	1. ให้ความรู้เรื่อง ความเหนื่อยล้า 2. พัฒนาการฝึกชีกง
ครั้งที่ 3 วันที่ 5	-ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย สอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการฝึกหรือปัญหาสุขภาพหลังรับยาเคมีบำบัดเป็นการเสริม แรงและให้กำลังใจ ใช้เวลา 10 นาที	1. ประเมินความก้าวหน้าและ ความถูกต้องในการฝึกทักษะการ บริหารกาย-จิต แนวชีกง

แผนการสอน การจัดการความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดด้วยการบริหารกาย-จิต แนวชีกิง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม โดยการให้ความรู้ร่วมกับการบริการกาย-จิต แนวชีกิง เพื่อลดและบรรเทาอาการจากความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด สื่อการสอนประกอบด้วย คู่มือการจัดการความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า คู่มือการบริหารกาย-จิต แนวชีกิง และวีดิทัศน์การบริหารกาย-จิต แนวชีกิงของ นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและญาติผู้ดูแล
สถานที่	ตึกศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
ระยะเวลา	50 นาที
ผู้ให้ข้อมูล	นางชบา เรียนรัมย์
วัตถุประสงค์	

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีความรู้ความเข้าใจแผนการรักษาและอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด กลวิธีการจัดการเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการจากความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการจัดการอาการวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเห็นความสำคัญถึงประโยชน์ของการบริหารกาย-จิตแนวชีกิง ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าขณะรักษาด้วยเคมีบำบัด
4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ในเรื่องการจัดการอาการ ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชีกิงไปปฏิบัติได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ
ตารางวิเคราะห์ผลข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวล โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

N of Cases = 30.0

Statistics for Mean Variance Std Dev Variables

Scale 48.2667 107.8575 10.3854 20

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
ANX1	45.4333	107.2195	.0007	.	.9296
ANX2	45.8667	96.4644	.6348	.	.9167
ANX3	45.9667	95.1368	.6359	.	.9167
ANX4	46.1667	95.2471	.5752	.	.9185
ANX5	45.6333	98.3092	.5546	.	.9185
ANX6	46.5000	100.6724	.4936	.	.9196
ANX7	45.6667	93.1954	.7048	.	.9149
ANX8	45.5333	95.7057	.6709	.	.9158
ANX9	45.9000	97.9552	.6601	.	.9165
ANX10	45.4667	95.3609	.6446	.	.9164
ANX11	45.9333	97.5126	.5777	.	.9180
ANX12	45.9333	96.6851	.6301	.	.9168
ANX13	46.1667	97.1782	.6338	.	.9168
ANX14	46.3000	97.7345	.6763	.	.9162
ANX15	45.6667	98.2299	.6859	.	.9162
ANX16	45.6333	95.6885	.6881	.	.9155
ANX17	46.0667	96.8230	.7486	.	.9148
ANX18	45.8667	97.5678	.8067	.	.9145
ANX19	45.6667	96.2299	.6170	.	.9171
ANX20	45.7000	105.9414	.1183	.	.9257

Reliability Coefficients 20 items

Alpha = .9216 **Standardized item alpha = .9223**

แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเหนื่อยล้า โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93

N of Cases = 30.0

Statistics for Mean Variance Std Dev Variables

Scale 126.7333 1133.9264 33.6738 22

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
FAT1	121.5000	1012.7414	.6664	.9772	.9186
FAT2	121.4667	1028.8782	.5607	.9719	.9208
FAT3	121.4667	1020.2575	.6296	.9570	.9194
FAT4	121.2333	1080.8057	.1222	.8741	.9379
FAT5	122.0000	1018.6207	.6036	.9469	.9200
FAT6	121.0000	1022.9655	.8214	.9422	.9168
FAT7	120.0000	1031.1724	.5066	.9367	.9222
FAT8	121.1333	1058.3954	.4101	.9614	.9237
FAT9	121.6667	977.8161	.7860	.9386	.9158
FAT10	120.8000	1010.7862	.6812	.9527	.9183
FAT11	121.3333	1028.0230	.7495	.9688	.9178
FAT12	120.5000	1024.4655	.7076	.9690	.9182
FAT13	121.1000	1073.6793	.4542	.9218	.9226
FAT14	120.7667	1020.0471	.8563	.9704	.9163
FAT15	120.0667	1029.5126	.7100	.9107	.9183
FAT16	120.2333	1072.3230	.5583	.9304	.9214
FAT17	120.2667	1074.8920	.4338	.9490	.9229
FAT18	120.2000	1023.0621	.7388	.9297	.9177
FAT19	121.2667	1015.6506	.8904	.9700	.9157
FAT20	120.6000	1066.5931	.4861	.9140	.9221
FAT21	121.9000	1085.0586	.3067	.8959	.9250
FAT22	120.9000	1036.7138	.6974	.9781	.9187

Reliability Coefficients 22 items

Alpha = .9239 **Standardized item alpha = .9360**

แสดงค่าคะแนน ความวิตกกังวลและ ความเหนื่อยล้า ก่อนและหลังทดลอง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Case Summaries (a)

			PREANXIE	POSTANXI	PREFA	POSTFAT
กลุ่ม ทดลอง		1	68.00	33.00	7.41	4.27
		2	56.00	28.00	5.18	3.23
		3	42.00	27.00	6.09	3.18
		4	57.00	29.00	6.91	4.23
		5	63.00	29.00	5.18	3.68
		6	45.00	30.00	6.50	4.77
		7	43.00	25.00	4.82	2.14
		8	57.00	50.00	8.36	5.18
		9	42.00	46.00	8.32	5.59
		10	66.00	43.00	5.45	3.05
		11	43.00	32.00	4.27	2.64
		12	46.00	33.00	4.73	3.41
		13	53.00	33.00	5.68	4.32
		14	46.00	30.00	4.05	3.68
		15	43.00	40.00	5.18	5.73
		16	49.00	34.00	6.09	3.73
		17	42.00	29.00	6.50	5.09
		18	58.00	33.00	4.00	2.82
		19	47.00	33.00	6.77	5.09
		20	44.00	34.00	4.59	2.82
	Total	N	20	20	20	20
กลุ่ม ควบคุม		1	57.00	56.00	4.14	5.41
		2	60.00	59.00	6.27	7.59
		3	58.00	61.00	6.86	6.55
		4	63.00	63.00	8.73	9.05
		5	46.00	41.00	5.82	6.00
		6	41.00	59.00	5.55	5.59
		7	60.00	42.00	6.41	4.64
		8	42.00	49.00	4.18	6.09
		9	56.00	59.00	5.59	4.86
		10	45.00	68.00	4.05	7.82
		11	49.00	62.00	4.95	5.41
		12	64.00	66.00	7.23	7.45
		13	43.00	58.00	5.36	6.23
		14	53.00	62.00	5.82	5.68
		15	62.00	58.00	7.55	8.18
		16	40.00	53.00	4.82	5.77
		17	44.00	51.00	5.32	4.18
		18	57.00	62.00	7.55	8.00
		19	59.00	62.00	4.64	5.68
		20	67.00	64.00	5.91	6.95
	Total	N	20	20	20	20
Total		N	40	40	40	40

ตาราง แสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนจากการทดสอบความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองต่อความ
ความเหนียวแน่นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ลำดับที่	คะแนน	ร้อยละ
1	18	90
2	18	90
3	16	80
4	18	80
5	19	95
6	16	80
7	18	90
8	18	90
9	17	85
10	17	85
11	18	90
12	18	90
13	18	90
14	19	95
15	16	80
16	18	90
17	17	85
18	19	95
19	19	95
20	20	100

ตารางแสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าก่อนและหลังการทดลอง
ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Group Statistics

	กลุ่ม	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PREANXIE	ทดลอง	20	50.5000	8.56246	1.91463
	ควบคุม	20	53.3000	8.70632	1.94679
POSTANXI	ทดลอง	20	33.5500	6.46834	1.44637
	ควบคุม	20	57.7500	7.26835	1.62525
PREFA	ทดลอง	20	5.8045	1.30455	.29171
	ควบคุม	20	5.8364	1.26574	.28303
POSTFAT	ทดลอง	20	3.9318	1.05012	.23482
	ควบคุม	20	6.3568	1.30356	.29149

1

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PREANXIE	53.3000	20	8.70632	1.94679
	POSTANXI	57.7500	20	7.26835	1.62525
Pair 2	PREFA	5.8364	20	1.26574	.28303
	POSTFAT	6.3568	20	1.30356	.29149

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางชบา เรียนรัมย์ เกิดเมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2507 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี เมื่อ พ.ศ. 2528 สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี เมื่อ พ.ศ. 2536 ตำแหน่งงานและประสบการณ์วิชาชีพ พยาบาลเทคนิคหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เมื่อ พ.ศ. 2528-2534 พยาบาลประจำการหอผู้ป่วย ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เมื่อ พ.ศ. 2536- 2542 พยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เมื่อ พ.ศ. 2542-2548 ศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งเมื่อ ปี พ.ศ. 2548 ปัจจุบันปฏิบัติงานหน่วยเคมีบำบัด งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี 56 ม. 2 ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย