

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

นางสาวอรวรรณ พรคณาปราณี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ON ANXIETY IN BREAST
CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

Miss Orawan Pornkanaprach

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

โดย

นางสาวอรรวรรณ พรคณาปราณี

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

อรรถวรรณ พรรคณาปราชญ์: ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. (THE EFFECT OF FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ON ANXIETY IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ.ดร. สุรีพร ธนศิลป์, 215 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก ที่หน่วยเคมีบำบัด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานครและบุคคลในครอบครัวที่มีความสำคัญและใกล้ชิดซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ ระยะเวลาของโรค จำนวนชุดและสูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ ความสัมพันธ์ของครอบครัว กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งโปรแกรมนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของSchepp(1995) ร่วมกับแนวคิดการสัมผัสของ Weiss(1979) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของSpielbergerและคณะ(1983) มีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบความแปรปรวนและสถิติทดสอบค่าที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อ.....
ปีการศึกษา.....2555.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5377612536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : : FAMILY PARTICIPATION / BREAST CANCER PATIENTS / CHEMOTHERAPY / ANXIETY

ORAWAN PORNKANAPRACH: THE EFFECT OF FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ON ANXIETY IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY. ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 215 pp.

This quasi-experimental research aimed to study a comparison of the effect of family participation program on anxiety in breast cancer patients receiving chemotherapy. Subjects were 40 postoperative outpatients with breast cancer receiving a first course of chemotherapy at the Day care of Faculty of Medicine Vajira Hospital University of Bangkok Metropolis together with intimate family members which met designed criteria. The subjects were equally assigned into a controlled group and an experimental group. To be comparable, each samples of each groups were matched in terms of age, stage of disease, chemotherapy regimen and relationship of family members. The controlled group received conventional nursing care while the experimental group received the family participation program. The concept of "Parent Participation" of Schepp(1995)and the concept of "Touch" of Weiss(1979) were applied to develop this program. The instrument for collecting data was The State-Trait Anxiety Inventory form Y-1 of Spielberger et al (1983) with Cronbach's alpha coefficient reliability of 0.84. Data were analyzed by using descriptive statistics, Repeated Measure Analysis of Variance and t-tests.

The major findings were as follows:

1. Anxiety of the experimental group at the posttest phase was significantly lower Than the pretest phase ($p < .05$).
2. The post test anxiety of the experimental group was significantly lower than that of the control group ($p < .05$).

Field of Study : Nursing Science..... Student's Signature

Academic Year : 2012..... Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จและความเมตตากรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนข้อเสนอแนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำในการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ คณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ที่สนับสนุนทุนการศึกษา และหัวหน้าหอผู้ป่วยเคมีบำบัด แพทย์ พี่ๆน้องๆพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ความร่วมมืออย่างดีในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ที่สนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบคุณน้องๆเพื่อนร่วมรุ่นและ ดร.จรรยา ชื่นศิริมงคลที่ให้คำปรึกษาที่ดียิ่ง ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่เป็นกำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ และสมาชิกครอบครัวทุกคน ที่คอยเป็นกำลังใจและการสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูทเวทิตาแด่บุพการีบูรพาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน ทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตรงเท่าทุกวันนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา.....	14
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....	30
แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	33
ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....	40
บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวล.....	45
แนวคิดการสัมผัสด.....	47
แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว.....	55
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	72
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	80

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	81
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	82
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	85
การดำเนินการทดลอง.....	95
การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง.....	104
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	105
สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	106
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	107
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	124
สรุปผลการวิจัย.....	129
อภิปรายผล.....	129
ข้อเสนอแนะ.....	140
รายการอ้างอิง.....	142
ภาคผนวก.....	157
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	159
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือใน การทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	160
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	169
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	172
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	182
ภาคผนวก จ รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล.....	191
ตัวอย่างคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด สำหรับครอบครัว.....	199
ตัวอย่างโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	202
ตัวอย่างแผนการสอน.....	211
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	215

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว.....	105
2	แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลทางคลินิก จำแนกตามระยะของโรค ชนิดของเคมีบำบัด และชุดของการให้ยา.....	108
3	แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง.....	109
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลและระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	112
5	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 วัน.....	114
6	แสดงการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลองเป็นรายคู่.....	114
7	แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 วัน...	115
8	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 วัน.....	115
9	แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามอายุ และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว.....	182
10	แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนชุดของการให้เคมีบำบัด และระยะของโรค.....	183
11	แสดงคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง.....	184
12	แสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนจากการทดสอบความรู้ของครอบครัว.....	187
13	แสดงคะแนนผลการปฏิบัติการสัมผัสจากการสัณนิษฐานย้อนกลับของสมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองภายหลังการฝึกการสัมผัส.....	188

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	80
2	ขั้นตอนการดำเนินวิจัย.....	106
3	กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง หลัง ทดลองทันที และหลังทดลอง 3 วัน	117
4	กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 3 วัน	119
5	กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการ ทดลองภายในกลุ่มทดลอง.....	195
6	กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการ ทดลองภายในกลุ่มควบคุม.....	196

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามสุขภาพก่อให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน อีกทั้งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่จัดอยู่ในลำดับต้นๆของทุกประเทศทั่วโลก เป็นโรคที่พบมากในสตรี และในทุกปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมาก รองจากมะเร็งปอด โดยพบผู้ป่วยสตรีรายใหม่ถึง 226,870 ราย และเสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้ 39,510 ราย (American Cancer Society, 2012) สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลทะเบียนโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2551-2553 พบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งที่พบในสตรีไทย โดยพบประมาณร้อยละ 37- 47.8 จาก 10 อันดับโรคมะเร็งในสตรี(Cancer registry สถาบันมะเร็งแห่งชาติปี 2551-2553) และพบว่ามะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งเป็นอันดับที่สามรองจากมะเร็งตับ และมะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด โดยพบอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2553 เป็น 7.3, 7.3, และ 7.7 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ(สถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายและเป็นโรคที่พบมากที่สุดของมะเร็งในสตรี การที่อัตราการตายของมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงถึงความรุนแรงของมะเร็งเต้านมที่มีเพิ่มมากขึ้น

การรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นการรักษาเสริมที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มุ่งหวังเพื่อหยุดยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็ง ลดการกลับเป็นซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย(สาวิตรี เมาพิกุล ไพโรจน์, 2545) ถึงแม้ว่าเคมีบำบัดจะให้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้น แต่การรักษาด้วยเคมีบำบัดต้องใช้ยาหลายชนิดในขนาดสูงและให้ต่อเนื่องทุก 3-4 สัปดาห์เป็นเวลานาน 6-8 เดือน จึงทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่มีความรุนแรง(Blowers & Foy, 2009) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากมายในทุกมิติ เช่น ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะมีการรับรู้และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันลดลง จากภาวะของโรคมะเร็งที่เป็นอยู่และผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะอ่อนล้า ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ ทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ต่างๆ (Ogce & Ozkan, 2008) ด้านสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคม ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ หรือการเข้าสังคมลดลง จากภาพลักษณ์ที่

เปลี่ยนแปลงไป เช่น ผมง่วง ผิวหนังและเล็บดำคล้ำ ทำให้ขาดความเชื่อมั่น(จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536) ขาดรายได้จากการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เช่นเดิม ต้องลาหยุดงานบ่อยเพื่อมาตรวจและรักษา หรือต้องพักผ่อนยาวนานขึ้นระหว่างการทำงานเนื่องจากความอ่อนเปลี้ย ทำให้เป็นภาระกับครอบครัวและเพื่อนร่วมงานซึ่งส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจ (เพ็ญใจ ดาโลปการ, 2545) ทางด้านจิตใจ จากระยะเวลานานของการรักษารวมทั้งผลกระทบของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้และหมดกำลังใจในการเผชิญปัญหา มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (ศิริโท พุกษะศรี, 2546) ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และอาจทำลายชีวิตของตนเอง ดังเช่นการศึกษาของLin et al., (2011) ที่พบว่า สาเหตุของการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สำคัญคือการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะได้รับผลกระทบมากมาย ผลกระทบเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความโกรธ ก้าว ปฏิเสธ วิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง(Williams et al., 1999; Bernad et al., 2010) ความวิตกกังวลเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่มักพบได้เสมอในผู้ป่วยมะเร็งเกือบทุกราย โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูงประมาณร้อยละ 30 (So et al., 2009; Winnie et al., 2010) ซึ่งความวิตกกังวลจะพบได้ตั้งแต่การได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรกตลอดจนเสร็จสิ้นการรักษา (Trimmel et al., 2005) โดยผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลในระดับสูงก่อนการรับเคมีบำบัดในแต่ละครั้ง (Schlatter & Cameron, 2010)

ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจและเป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่รู้สึกไม่สบายใจ ไร้ความสุข ที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นที่สิ่งคุกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของตนซึ่งจะแตกต่างกันตามการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยแสดงออกให้เห็นทางด้านพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งอาจจะเป็นคำพูดหรือท่าทางก็ได้(สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในครั้งแรกสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจาก การขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ผลข้างเคียงของยาเคมีและวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงเหล่านั้น (Malone, 2007) กล่าวที่ไม่สามารถเผชิญหรือทนต่อการรักษาได้(Saraswathi et al., 2005) เมื่ออยู่ในช่วงระยะเวลาของการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยมักจะมีวิตกกังวลถึงผลข้างเคียงของการรักษาที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากความเชื่อที่ว่ามะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัว รักษาไม่หายขาดและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะรับกา

รักษา อีกทั้งลักษณะของโรคและการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันว่าจะได้ผลเต็มที่แม้ว่าจะได้รับการรักษาที่ดีที่สุดก็ยังมีโอกาสที่จะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำได้อีก(Winnie et al., 2010)ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาทางด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัญหาการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เพิ่มขึ้นจนไม่สวยงามเหมือนเช่นที่เคยเป็น (Kurt & Unsar, 2011; เบญจรัตน์ ชีวพูนผล, 2547) การขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สิ่งต่างๆเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อแบบแผนและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ตลอดระยะเวลาของการได้รับการรักษา(Schmid-Buchi, 2011) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเผชิญกับปัญหาของการรักษาเพียงลำพัง รวมทั้งต้องเข้ามาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยกับสถานที่ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและต้องปฏิบัติตามกฎของโรงพยาบาล ต้องพบกับบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีแต่ความเร่งรีบและสภาพของผู้ป่วยคนอื่นๆที่มีแต่ความเจ็บป่วย ทำให้ขาดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกกลัว โดดเดี่ยว เจ็บเหงาที่ต้องจากครอบครัวมาอยู่ในที่แวดล้อมท่ามกลางคนแปลกหน้า รวมทั้งเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆมากมาย การได้รับการรักษาต่างๆไม่ว่าจะเป็นการเจาะเลือด การฉีดยา การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การรอคอยเวลาขณะที่ได้รับเคมีบำบัด(Simon, 2011; Ream et al., 1997) สิ่งต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว หวาดหวั่น กระทบกระชวย ไม่ปลอดภัย ส่งผลให้ความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น (Cox & Fallowfield, 2007)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นบ่อยและมีความรุนแรงในระดับที่สูง ร่างกายจะตอบสนองด้วยการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็วและถี่ขึ้น ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ ความตั้งใจหรือสนใจกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดลดลง ก่อให้เกิดปัญหาและประสิทธิภาพในตัวบุคคลลดลง ประสาทสัมผัสทั้ง 5 จะทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ (จำลองและพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) มีผลทำให้เกิดความพร่องของการตัดสินใจในการรักษา ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมลดลง (Tel et al., 2011) อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผิดนัด ปฏิเสธการรักษาหรือหยุดการรักษาหรือเลื่อนเวลาการมารับเคมีบำบัดในครั้งต่อไป ทำให้ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อความรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิต (Sheldon et al., 2008; ปริญา สนิกะวาทิ, 2542) ดังจะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมากมาย การช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเหล่านี้

การบรรเทาความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขเป็นสิ่งสำคัญ การช่วยบรรเทาความวิตกกังวลให้ลดลงสามารถทำได้หลายวิธีทั้งโดยการให้ยาและไม่ให้ยา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมีรูปแบบซึ่ง

แตกต่างกันออกไป ดังเช่นการศึกษาของเกวลิน ยุงยุทธ (2552) เรื่องการทบทวนอย่างเป็นระบบ ถึงประสิทธิภาพของการใช้กิจกรรมการพยาบาลบำบัดทางเลือกเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งได้แก่ การใช้ดนตรีบำบัด การใช้จินตภาพ การผ่อนคลายแบบเบนสัน การกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้า การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย การสัมผัส พบว่าสามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพนอกจากนี้พบว่าพบว่าการสัมผัสสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี (ทัศนีย์ เชื้อมทอง, 2542)

การสัมผัสเป็นวิธีการสัมผัสกายเพื่อการดูแล ปลอดภัย เป็นการติดต่อสื่อสารด้วยภาษา กายที่แสดงความรู้สึก ความหวังใจได้อย่างมีพลังมากกว่าคำพูด (ธิดารัตน์ คำบุญ, 2551) การสัมผัสที่ถูกต้องเหมาะสมจะเป็นการถ่ายทอดอารมณ์ ความเห็นอกเห็นใจ ความรู้สึกที่ดีไปสู่ผู้รับสัมผัส ทำให้เกิดความอบอุ่นใจ ผ่อนคลาย สุขสบาย ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง รวมทั้งทำให้เกิดความใกล้ชิด ความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับสัมผัส (Tovar & Cassmeyer, 1989) โดยเฉพาะถ้าได้รับการสัมผัสพร้อมกับคำพูดปลอดภัยและการให้กำลังใจจากบุคคลอันเป็นที่รักหรือครอบครัวเพิ่มขึ้นจากการดูแลของพยาบาล เพราะครอบครัวถือได้ว่าเป็นแหล่งเกื้อหนุนและเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีความผูกพันและมีความหมายสำหรับผู้ป่วยอีกทั้งเป็นบุคคลที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความรัก ความเอาใจใส่ และยังเป็นบุคคลที่ยังมีความสำคัญ ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวเพียงลำพัง แต่ยังมีสมาชิกครอบครัวพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างและเป็นเพื่อนผู้ป่วยทุกขั้นตอนของการรักษาโดยเฉพาะในขณะได้รับยาเคมี คอยช่วยเหลือดูแล รับรู้รับฟังปัญหาและเข้าใจถึงความทุกข์ความทรมานที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ปลอดภัย สามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ (ทัศนีย์ เชื้อมทอง, 2542) การส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดเรื่องการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่มุ่งให้การดูแลโดยมิได้เน้นเฉพาะผู้ป่วยแต่เป็นการสนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกันแบบหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลวางแผนและคิดตัดสินใจ(ชลิดา ธนัฐธีรกุล, 2546)รวมทั้งเป็นการเชื่อมต่อการรักษาให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับการใช้การสัมผัสและการพูดให้กำลังใจและคำปลอบใจ ที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัวเป็นรูปแบบการพยาบาลที่ลึกซึ้ง ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และสามารถลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถฟันฝ่าเหตุการณ์ความเครียดและความวิตกกังวลที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในรูปแบบการสอนอย่างมีแบบแผน แต่การศึกษาที่เป็นรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยังมีการศึกษาน้อย และในปัจจุบันการรักษาพยาบาลเป็นการบริการที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) แต่ด้วยข้อจำกัดระหว่างจำนวนบุคลากรที่มีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแล จึงทำให้ระบบบริการพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นการมุ่งดูแลทางด้านร่างกายเพื่อให้หายหรือทุเลาจากสภาพการเจ็บป่วยมากกว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ อีกทั้งบุคลากรจะถูกหมุนเวียนสับเปลี่ยนหน้าที่ในแต่ละเวร จึงทำให้ไม่มีเวลาในการทำความเข้าใจและเข้าใจปัญหาผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลได้อย่างชัดเจน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ดังนั้น การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการพูดคุยปรึกษาหารือร่วมกับการสัมผัสเป็นรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ รู้สึกอบอุ่นและไม่โดดเดี่ยวเดียวดาย เนื่องจากครอบครัวเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีความหมายต่อผู้ป่วย สามารถเป็นพลังในการให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว ผ่านภาวะวิกฤตหรือความเจ็บป่วยนั้นได้และกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ควบคู่กับการดูแลของพยาบาล เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงวิกฤตของชีวิต โดยใช้แนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในกิจกรรม 4 ด้านคือ การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์และด้านกิจกรรมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ครอบครัว และมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าจะสามารถส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ฟื้นตัวได้เร็ว และเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาลในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร
2. ความวิตกกังวลภายหลังการทดลองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์ชนิดหนึ่งที่พบเป็นปกติในชีวิตของมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน แต่จะมีระดับมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความรู้และการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคล(เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553)สำหรับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเกิดจาก การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค วิธีการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากเคมีบำบัด(Malone, 2007) ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากความเชื่อที่ว่ามะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัว รักษาไม่หายขาดถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาที่ดีที่สุดก็ยังมีโอกาสที่จะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำได้อีก(Winnie et al., 2010)นอกจากนี้การที่ต้องเข้ามาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในโรงพยาบาลเพียงลำพัง ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล ต้องพบกับบุคลากรและผู้ป่วยคนอื่นๆซึ่งเป็นบุคคลแปลกหน้า รวมทั้งต้องได้รับการรักษาอื่นๆที่ก่อให้เกิดความกลัวและความเจ็บปวดเช่น การเจาะเลือด การฉีดยา การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ประกอบกับการที่ได้รับการบริการจากบุคลากรหลายคนหมุนเวียนกันไปด้วยบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ เน้นความสำคัญที่เวลา โดยไม่ได้คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถระบายปัญหา ความคับข้องใจ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นหรือขอความช่วยเหลือ สิ่งต่างๆเหล่านี้ก่อให้เกิดความตึงเครียดและความวิตกกังวลได้สูง ซึ่งความวิตกกังวลในระดับที่สูงจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากระดับความวิตก

กังวลที่สูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความจำ การรับรู้ ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ไม่มีสมาธิ เกิดการตัดสินใจผิดพลาดได้(Sheldon et al., 2008)

จากภาวะความเจ็บป่วยของโรคและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เป็นผลมาจากการรักษา รวมทั้งการต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การประเมินสถานการณ์ด้วยความเชื่อ ความคาดหวังถึงอันตราย ความไม่ปลอดภัย ทำให้เกิดความวิตกกังวล หากเป็นอยู่ยาวนานและไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้เคมีบำบัดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ การส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการใช้การสัมผัสเป็นรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความใกล้ชิดผูกพันกันภายในครอบครัว และเป็นการสนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกันแบบหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของเชปปี้(Schepp, 1995)ซึ่งได้อธิบายแนวคิดนี้ว่า เป็นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่ครอบครัวได้ปฏิบัติจริงและปรารถนาที่จะปฏิบัติในการดูแลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม วิธีการดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องการความช่วยเหลือหรืออยู่ในภาวะพึ่งพาจากบุคคลในครอบครัว เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน อีกทั้งพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ภาวะอ่อนล้าไม่มีแรง ซีด คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ท้อแท้ สิ้นหวัง สูญเสียความสามารถที่จะควบคุมตนเอง (Schmid-Buchi, 2011) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ความแข็งแรงของร่างกายและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ทั้งด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆและการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นมากขึ้น(Ogce & Ozkan, 2008)ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและการประคับประคองด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ การดูแลในเรื่องการเดินทางและรักษาในโรงพยาบาล การช่วยเหลือเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมการฟื้นฟู เป็นต้น(Eriksson & Lauri, 2000) สมาชิกครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ดีที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเองได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้ครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เข้าใจในเรื่องโรค การรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษา สามารถปรับใจให้ยอมรับในข้อจำกัดของผู้ป่วยและทราบถึงบทบาทหน้าที่ที่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

และต่อเนื่อง โดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้ช่วยเหลือให้การสนับสนุน ให้ข้อมูลที่เหมาะสม ให้ความรู้ ด้วยการสอน ชี้แนะ พัฒนาทักษะที่จำเป็น หาแหล่งประโยชน์สนับสนุน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา เสริมสร้างพลังอำนาจ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสมาชิกครอบครัวในการพัฒนาความสามารถ และเพิ่มศักยภาพในการดูแล จะทำให้ครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละระยะได้และผลของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยนั้นส่งผลดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวเช่นกัน

การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการใช้การสัมผัสขณะที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกครอบครัวที่จะได้เรียนรู้และผ่านการฝึกปฏิบัติการดูแลในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล เพราะการสัมผัสที่เหมาะสม เป็นการถ่ายทอดอารมณ์ ความเห็นอกเห็นใจ และกำลังใจไปสู่ผู้รับสัมผัส (Day, 1973) ทำให้เกิดความอบอุ่นใจ ผ่อนคลาย และเกิดความรู้สึกที่ดีจากการที่ได้รับการดูแลจากบุคคลที่คุ้นเคย ซึ่งวิธีการสัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวลได้อาศัยแนวคิดการสัมผัสของไวสส์ (Weiss, 1979) อธิบายว่าการสัมผัสที่เหมาะสมและเป็นไปอย่างธรรมชาติ สามารถส่งผ่านความรู้สึกที่ดีไปยังผู้ถูกสัมผัสได้ ดังนั้นการประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดด้วยการสัมผัส ร่วมกับการกระตุ้นด้วยคำพูดที่ให้กำลังใจและ การเสริมแรงจิตใจของการมองโลกในแง่ดี ที่ได้รับจากครอบครัว ผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีความหมายกับผู้ป่วยมากที่สุด จะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความอบอุ่น มีกำลังใจ มีความวิตกกังวลลดลงและให้ความร่วมมือในการรักษา (Bultz et al., 2000; พิภูล เจริญสุข, 2549) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง เกิดความผาสุกจากการเอาใจใส่จากครอบครัวและเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน (Kuijer et al., 2004; Yildirim & Kocabiyik, 2010)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวจากแนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) ร่วมกับแนวคิดการสัมผัสของไวสส์ (Weiss, 1979) โดยแนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) กล่าวถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4 ด้าน ประกอบด้วย คือ 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ 2) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล 3) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์และ 4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษา ร่วมกับแนวคิดการสัมผัสของไวสส์ (Weiss, 1979) โดยมีหลักปฏิบัติในการสัมผัส ประกอบด้วย 1) ระยะเวลาที่เหมาะสมควรอยู่ในช่วง 10-15 นาที 2) ตำแหน่งในการสัมผัสคือส่วนของร่างกายที่ได้รับการสัมผัสมากที่สุด คือบริเวณมือ แขนและไหล่ 3) การกระทำควรเป็นลักษณะ

ของการสัมผัสที่ค่อยเป็นค่อยไปจะให้ความรู้สึกที่ดีมากกว่า 4) ความแรงที่มีประสิทธิผลคือมีทั้งความแรงและความแผ่วเบาที่พอเหมาะสลับกันไป 5) ความบ่อยหรือจำนวนครั้งที่แต่ละบุคคลได้รับการสัมผัส จะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคง และเพิ่มความรู้สึกไว้วางใจ รวมทั้งเพิ่มความสามารถทางด้านความคิดและอารมณ์ และ 6) ความรู้สึก การสัมผัสด้วยความรู้สึกที่ดี เห็นอกเห็นใจ เต็มใจจะทำให้ผู้ถูกสัมผัสสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ให้การสัมผัสได้ ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว เป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระหว่างได้รับเคมีบำบัดร่วมกับทีมสุขภาพ รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีขวัญและกำลังใจที่ดีขึ้น ลดความวิตกกังวลลงได้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่1-3 ได้รับการผ่าตัดเต้านมแล้ว และได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด ในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และบุคคลในครอบครัวทั้งเพศหญิงและชายที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและมีความสำคัญหรือมีความผูกพันและดูแลผู้ป่วยมากที่สุดจำนวน 40 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คู่ โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นระบบที่ผู้วิจัยจัดให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) ร่วมกับแนวคิดการสัมผัสของไวส์ (Weiss, 1979) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม โปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินปัญหาและความต้องการ

เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ใช้คำถามปลายเปิดในการพูดคุยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวล รวมทั้งประเมินความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดเป้าหมายวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัว ผู้ป่วยและทีมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

2. การเตรียมความพร้อมครอบครัวในการดูแล ประกอบด้วย

2.1 การให้ความรู้

ผู้วิจัยให้ความรู้กับครอบครัวและผู้ป่วย ในเรื่องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวระหว่างรับเคมีบำบัด สาเหตุและผลกระทบของความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับเคมีบำบัด การสัมผัส หลักปฏิบัติในการสัมผัสและประโยชน์ของการสัมผัส ลักษณะและสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย โดยผ่านทางคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัวและPowerpoint

2.2 การพัฒนาทักษะ

เป็นการฝึกปฏิบัติการสัมผัส ผู้วิจัยสอนและสาธิตการสัมผัสให้กับสมาชิกครอบครัวเพื่อนำไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติให้กับผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยมีขั้นตอนการสัมผัสดังนี้ การสัมผัสบริเวณมืออย่างนุ่มนวลและเป็นธรรมชาติ การจับมือ การกุมมือ การบีบมือด้วยน้ำหนักเบาแรงสลับกัน การลูบ การตบเบาๆบริเวณหลังมือ(ใช้เวลาในการสัมผัสแต่ละครั้งประมาณ 1-2 นาที จำนวนครั้งและระยะเวลาแล้วแต่ความเหมาะสมของสถานการณ์นั้น) ร่วมกับการพูดคุยอย่างเอื้ออาทร ลักษณะของคำพูดที่ใช้ควรสื่อให้เห็นถึงความหมายของการดูแลเอาใจใส่ ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ คำปลอบใจ การให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา ให้คำแนะนำในการปรับทัศนคติที่มีต่อยาเคมีบำบัดในเชิงบวก โดยใช้ น้ำเสียงที่นุ่มนวลในการติดต่อสื่อสาร พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และรับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายความ

วิตกกังวลและรับรู้ว่ามีครอบครัวพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างกับผู้ป่วย (รวมระยะเวลาที่ใช้ในการสัมผัส และพูดคุยประมาณ 10-15 นาที) มีการประเมินทดลองปฏิบัติโดยให้สมาชิกครอบครัวสาธิต ย้อนกลับเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความมั่นใจเพิ่มขึ้น โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำและเสริมสร้าง แรงจูงใจในขณะที่ครอบครัวฝึกการสัมผัส พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรค

3. การดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว

เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำและกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การ พาลูกเดินเข้าห้องน้ำ ดูแลให้มีความสุขสบาย ดูแลสนับสนุนการอาบน้ำแข็งระหว่างให้เคมีบำบัด ให้ความช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึก คลื่นไส้ อาเจียนหรือ ดูแลในด้านของเครื่องดื่มเช่น น้ำขิง ผลไม้รสเปรี้ยว ระวังระวังการหักพับของสายน้ำเกลือ สังเกตอาการของผู้ป่วยและรายงานให้ทีม สุขภาพได้รับทราบถ้าพบความผิดปกติ การปรับประคองด้านจิตใจในระหว่างที่ได้รับการทำ กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการสัมผัสผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด การมีส่วนร่วมในการ แลกเปลี่ยนข้อมูลในเรื่องปัญหาและความต้องการ ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวกับบุคลากรทางการ พยาบาล การมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษา รวมทั้งปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

4. การประเมินผลลัพธ์

เป็นการประเมินผล การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับเคมี บำบัดร่วมกับการใช้การสัมผัสหลังสิ้นสุดกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากกิจกรรม ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค เพื่อ วางแผนและแก้ไขปัญหาร่วมกัน สนับสนุนและเสริมแรงให้ครอบครัวได้มีการปฏิบัติกิจกรรมการ ดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

ครอบครัว หมายถึง ญาติหรือบุคคลในครอบครัวซึ่งมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทาง กฎหมายได้แก่ บิดา มารดา บุตรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี พี่น้องหรือคู่สมรส ที่มีความผูกพันกับผู้ป่วย และมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด โดยเป็นผู้รู้ปัญหาของผู้ป่วยหรือให้การดูแลผู้ป่วย อยู่ที่บ้านหรือขณะที่อยู่โรงพยาบาล

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ ความไม่สบายใจ หวาดหวั่น ตื่นเต้น กระวนกระวายใจและกระสับกระส่ายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อการมารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนการรับเคมีบำบัด เกิดจากการประเมินสถานการณ์ของการ

ได้รับเคมีบำบัดว่าเป็นสิ่งที่คุกคามตนเองทั้งเหตุการณ์ปัจจุบันที่เป็นอยู่และคาดการณ์ในอนาคต โดยวัดจากแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1983) ที่ชื่อ The State Anxiety Inventory Form Y-1 ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534)

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง ผู้ป่วยหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 ภายหลังจากผ่าตัดเต้านมแล้ว และได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก แบบผู้ป่วยนอก ที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด ในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร โดยการให้ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานของหอผู้ป่วยเคมีบำบัด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ที่ให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กระทำโดยพยาบาลประจำการ โดยเป็นการให้ความรู้และข้อมูลในลักษณะที่จะเน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องของการรักษามะเร็งเต้านม ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงของเคมีบำบัด คำแนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับเคมีบำบัด และการมาตรวจตามนัดต่อผู้ป่วยพร้อมกันหลายคนหรือรายบุคคลตามสถานการณ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการ และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณซึ่งนำไปสู่การส่งเสริมการฟื้นฟู และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลให้ได้ประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น และเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
3. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลได้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัย โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอรายละเอียด ตามหัวข้อดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา

- 1.1 อุดมการณ์ของโรคมะเร็งเต้านม
- 1.2 พยาธิสภาพของมะเร็งเต้านม
- 1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม
- 1.4 การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- 1.5 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- 1.6 ผลกระทบของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

- 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
- 2.2 ประเภทความวิตกกังวล
- 2.3 ระดับความวิตกกังวล
- 2.4 การประเมินความวิตกกังวล
- 2.5 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 2.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 2.7 ผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 2.8 บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวล

3. แนวคิดการสัมผัส

- 3.1 ความหมายของการสัมผัส
- 3.2 ชนิดของการสัมผัส
- 3.3 หลักปฏิบัติในการสัมผัส
- 3.4 ประโยชน์ของการสัมผัส

4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว

- 4.1 ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัว
- 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
- 4.3 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
- 4.4 โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา

1.1 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่บั่นทอนสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก อีกทั้งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเกือบทุกประเทศทั่วโลก เป็นโรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้หญิง และในทุกปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว พบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยรองจากมะเร็งปอด โดยพบผู้ป่วยหญิงรายใหม่ถึง 230,480 ราย และเสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้ 39,520 ราย (American Cancer Society, 2011) สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยในปี พ.ศ.2553 พบในอัตราร้อยละ 47.8 ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 45-55 ปี และพบผู้ป่วยในระยะที่ 2 ของโรคมามากที่สุด คือร้อยละ 41.7 (Cancer registry สถาบันมะเร็งแห่งชาติปี 2553)

1.2 พยาธิสภาพของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเกือบทั้งหมดเป็น adenocarcinoma ที่เกิดจาก epithelium ของท่อน้ำนม ถ้าเกิดจากท่อใหญ่หรือท่อขนาดกลางเรียกว่า ductal carcinoma ถ้าเกิดใน terminal duct lobular unit เรียกว่า lobular carcinoma ทั้งสองชนิดนี้มีทั้งเป็น invasive และเป็น non-invasive (in situ) ในกลุ่ม invasive carcinoma นี้มีการแยกย่อยออกไปตามลักษณะเนื้อเยื่อและเซลล์ ซึ่งจะช่วยในการพยากรณ์โรคได้บ้างแต่ไม่มากนัก โดยปกติมะเร็งเต้านมจะเกิดเฉพาะที่ แต่ถ้าขนาดใหญ่กว่า 5 มิลลิเมตร จะมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองและกระแสน้ำเหลืองมากขึ้น บริเวณของเต้านมที่พบโรคมะเร็งมากประมาณร้อยละ 50 คือ ด้านบนส่วนนอก(Upper outer quadrant) ซึ่งมักจะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หากเป็นบริเวณด้านในของเต้านมมักจะมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก ปอด กระดูก ตับ บริเวณที่พบมะเร็งรองลงมาร้อยละ 18 คือ บริเวณใต้หัวนมและรอบหัวนม หากมีการแพร่กระจายไปที่อื่นจะทำให้การพยากรณ์โรคไม่

ดี อัตราการรอดชีวิต 5 ปีของผู้ที่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองประมาณร้อยละ 85 แต่ถ้าแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง อัตราการรอดชีวิต 5 ปี จะลดลงเหลือประมาณร้อยละ 56 หากพบเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลืองมาก การพยากรณ์โรคจะเลวลง(ธนิต วัชรพุกก์, 2546)

1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ยังไม่ทราบแน่ชัดว่ามีสาเหตุมาจากสิ่งใดแต่มีผู้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านมไว้มากมาย บางอย่างมีหลักฐานชัดเจนที่แสดงความเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านม บางอย่างยังคงคลุมเครือ และบางอย่างไม่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามเชื่อกันว่ามะเร็งเต้านมเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันไม่ใช่เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้แก่(รณรัฐ สุวิภาวะปกรณกุล, 2552)

1. อายุ มะเร็งเต้านมพบน้อยมากในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อุบัติการณ์จะมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้นโดยเฉพาะอายุมากกว่า 35-40 ปีจะเป็นช่วงที่มีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างชัดเจนและสูงขึ้นเรื่อยๆ เป็นเหตุให้ต้องเริ่มมีการตรวจคัดกรองในช่วงอายุนี้นี้

2. เชื้อชาติ ชาวผิวขาวในอเมริกาและยุโรปจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าชาวผิวดำ หรือชาวเอเชีย ชาวเอเชียที่อพยพย้ายถิ่นฐานไปอยู่ในประเทศที่มีความเสี่ยงสูงพบว่าจะมีอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมสูงขึ้นมากกว่าเดิม 6 เท่า โดยเฉพาะกลุ่มที่เกิดในประเทศที่มีความเสี่ยงสูงและยังอยู่อาศัยนานจะเสี่ยงมากขึ้น แต่ยังไม่มียข้อมูลของกลุ่มที่ย้ายถิ่นฐานในทางกลับกัน จึงเป็นเหตุให้เชื่อว่าอิทธิพลของการใช้ชีวิตแบบชาวตะวันตกและสิ่งแวดล้อมมีส่วนเกี่ยวข้องมากกว่าผลจากเชื้อชาติ

3. ปัจจัยทางพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงของยีนบางอย่างมีผลต่อการเกิดมะเร็งเกือบทุกชนิด การเปลี่ยนแปลงของยีนบางตัว หรือหลายๆตัวรวมกันมีผลทำให้เกิดมะเร็งต่างๆ การเปลี่ยนแปลงของยีนอาจเกิดกับตัวผู้ป่วยเองโดยการกระตุ้นด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น ไวรัส สารเคมี หรือการได้รับรังสี หรือยีนที่ผิดปกติอาจจะได้รับการถ่ายทอดมาจากพ่อแม่ มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของยีนและสามารถส่งต่อให้ลูกหลานได้ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของยีน BRCA1 BRCA2 p53 และ PTEN สามารถถ่ายทอดสู่ลูก จะทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งสูงมาก และเป็นตั้งแต่อายุน้อย แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของยีนกลุ่มนี้ พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 ของประชากร ในคนที่มีอายุน้อยถ้าเป็นมะเร็งเต้านมจำเป็นต้องได้รับการตรวจหา ยีนเหล่านี้เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งชนิดอื่นๆในผู้ป่วยที่อาจจะเกิดร่วมด้วย

ประวัติครอบครัวที่มีมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น โดยเฉพาะถ้ามีญาติในลำดับที่หนึ่งเป็นได้แก่ มารดาหรือพี่น้อง แต่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้การ

ถ่ายทอดความผิดปกติทางพันธุกรรมจะไม่มี ความรุนแรงเท่าการถ่ายทอดของยีน BRCA1 BRCA2 p53 และ PTEN อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะไม่มีประวัติครอบครัวมาก่อน การที่พบผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมในครอบครัวจำเป็นต้องให้คำแนะนำและการดูแลรักษาทั้งครอบครัวด้วยเหตุผลที่กล่าวมาแล้ว

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์ ฮอริโมนจากรังไข่เป็นตัวกระตุ้นการสร้างและพัฒนาเต้านมเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นทำให้เซลล์ของต่อมน้ำนมแบ่งตัวและมีการเปลี่ยนแปลงตามรอบเดือน ฮอริโมนจากรังไข่จึงจะมีส่วนร่วมในการเกิดมะเร็งเต้านมดังต่อไปนี้

4.1 อายุเมื่อเริ่มมีประจำเดือน การมีประจำเดือนเร็วกว่าอายุ 12 ปี เพิ่มความเสี่ยงเนื่องจากจะมีระยะเวลาในการสัมผัสต่อการเปลี่ยนแปลงต่อฮอริโมนเร็วและนานขึ้น

4.2 ลักษณะของรอบเดือน การที่มีระยะห่างระหว่างรอบเดือนที่สั้น หญิงผู้นั้นจะมีจำนวนรอบเดือนมากจะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีจำนวนรอบเดือนน้อยกว่า

4.3 การมีบุตร ผู้ที่ไม่มีบุตรจะมีความเสี่ยงสูงกว่า เชื่อกันว่าการที่ต่อมน้ำนมไม่เคยพัฒนาจนสามารถสร้างน้ำนมจะมีโอกาสเกิดมากกว่าโดยที่ความเสี่ยงจะมากชัดเจนเมื่อมีอายุ 40-45 ปี หรือการที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี จะมีความเสี่ยงสูงกว่าเนื่องจากเชื่อว่า การที่ผู้หญิงมีอายุมากขึ้นผ่านการมีรอบเดือนมาหลายครั้งมีการแบ่งตัวของเซลล์ตามรอบเดือน อาจมีความผิดพลาดของ DNA ได้ เมื่อมาพบกับปริมาณฮอริโมนปริมาณสูงในขณะตั้งครรภ์ทำให้เซลล์ที่ผิดปกติเติบโตเป็นมะเร็งได้

4.4 การมีบุตรจำนวนมากจะมีความเสี่ยงต่ำกว่าหรือการที่มีลูกใกล้เคียงกันจะลดความเสี่ยงลง

4.5 การให้นมบุตร การให้นมบุตรที่นานขึ้นจะลดความเสี่ยงลง สามารถลดได้ 4 เปอร์เซ็นต์ต่อ 12 เดือนของการให้นมบุตร

4.6 การแท้งบุตร ทั้งที่แท้งเองหรือการทำให้แท้งไม่มีผลต่อความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

4.7 อายุของการเข้าวัยทอง ประจำเดือนหมดเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี จะเพิ่มความเสี่ยงประมาณร้อยละ 3 ต่อปี

5. การใช้ยาฮอริโมน พบว่า การใช้ Hormone ในเพศหญิงเช่น การทานยาคุมกำเนิดตั้งแต่อายุน้อย รับประทานเป็นเวลานานๆอาจเพิ่มอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านม การให้ Hormone ทดแทนในหญิงวัยทอง ก็สามารถเพิ่มอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งเต้านมเล็กน้อย เช่นเดียวกัน และในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดรังไข่ตั้งแต่อายุน้อย มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมค่อนข้างต่ำ

6. อาหาร จากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนถึงความเกี่ยวข้องกับระหว่างอาหารและมะเร็งเต้านม พบเพียงว่าการทานอาหารที่มีไขมันสูงอาหารที่มีแคลอรีเกินความต้องการ ขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้มีน้ำหนักเกิน และการดื่มแอลกอฮอล์ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมได้

7. น้ำหนักตัว จากการศึกษาตัวแทนประชากรของหลายประเทศในทวีปยุโรปจำนวน 176,886 คน พบว่า หญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 และไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทน จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าหญิงที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 ประมาณร้อยละ 37 แต่ดัชนีมวลกายที่มากกว่าปกติในหญิงก่อนวัยหมดประจำเดือนไม่เพิ่มความเสี่ยง ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาในอีกหลายประเทศ

8. ความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ มีความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการเกิดมะเร็งเต้านมอาจเกิดจากการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เช่น การที่ทารกในครรภ์สัมผัสกับปริมาณเอสโตรเจนความเข้มข้นสูง หรือปัจจัยของตัวทารกเอง จากการการศึกษาแบบ meta-analysis พบว่าปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งเต้านม ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดที่มากขึ้น, ทารกมีความยาวมากขึ้น, มารดามีอายุมาก, บิดามีอายุมาก โดยเชื่อว่าการที่บิดามีอายุมากอาจจะมีการแบ่งตัวของดีเอ็นเอผิดปกติ อย่างไรก็ตาม ค่า relative risks และ odds ratios ของปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้สูงแต่อย่างใด จึงบ่งบอกว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นอย่างมากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สำคัญ

9. ปัจจัยอื่นๆ ปัจจัยเรื่องสิ่งแวดล้อม เช่น มลพิษในอากาศ น้ำหรืออาหาร ต่อการเกิดมะเร็งเต้านมยังพิสูจน์ได้ไม่ชัดเจน การสูบบุหรี่ทั้งสูบเองหรือได้รับควันจากบุหรี่ยี่มือสองไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม แต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งอื่นแทน เช่น มะเร็งปอดภาวะเครียดทางจิตใจ มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดมะเร็งเต้านมและความเครียด ซึ่งเป็นบุคคลิกประจำตัว พบว่าสตรีที่ตกอยู่ในภาวะที่มีประสาทตึงเครียดตลอดเวลา จะทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลออกมา และฮอร์โมนตัวนี้จะไปกดภูมิคุ้มกันของร่างกายเป็นเหตุให้ร่างกายเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากขึ้นด้วย ปัจจัยอื่นๆที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงระดับต่ำ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการทำงานในที่ที่มีแสงสว่างมากในเวลากลางวัน ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าแสงสว่างจะลดการหลั่งสารเมลาโท닌จากต่อมไพเนียลที่จะหลั่งออกมาในเวลากลางคืนขณะนอนหลับ เชื่อกันว่าสารเมลาโท닌จะช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมได้

1.4 การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นการกำหนดขอบเขตทางกายวิภาคของมะเร็ง แนวโน้มของการที่มะเร็งจะมีการขยายตัว การพยากรณ์โรค เพื่อตัดสินใจวาง

แผนการรักษาที่เหมาะสม ปัจจุบันใช้ระบบ TNM โดยองค์การ UICC (International Union Against Cancer) ซึ่งพิจารณาจาก ขนาดของก้อนมะเร็ง (Tumor, T) การแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง (Node, N) และการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ๆ (Metastasis, M) การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถจำแนกได้เป็น 5 ระยะ ดังนี้คือ ระยะ 0, ระยะ 1, ระยะ 2, ระยะ 3, และระยะ 4 (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544)

ก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (Primary Tumor, T)

Tx หมายถึง ก้อนเนื้อไม่สามารถประเมินได้

To หมายถึง ไม่ปรากฏลักษณะก้อนเนื้อ

Tis หมายถึง มะเร็งอยู่ในตำแหน่งภายใน (Carcinoma in situ) โดยแบ่งเป็น

Tis (DCIS) มะเร็งที่ท่อน้ำนม (Ductal carcinoma in situ)

Tis (LCIS) มะเร็งที่ต่อมน้ำนม (Lobular carcinoma in situ)

Tis (Paget's) มะเร็งที่ท่อน้ำนมบริเวณหัวนม (Paget's disease of the nipple with on tumor)

T1 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร

T1a หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเท่ากับหรือน้อยกว่า 0.5 ซม.

T1b หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 0.5 ซม. แต่ไม่เกิน 1 ซม.

T1c หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 1 ซม. แต่ไม่เกิน 2 ซม.

T2 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 2 ซม. แต่ไม่เกิน 5 ซม.

T3 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 5 ซม.

T4 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเท่าใดก็ได้ แต่ลุกลามเข้าผนังทรวงอกหรือเข้าผิวหนังเต้านม

T4a หมายถึง ก้อนมะเร็งกระจายไปที่ผนังทรวงอก

T4b หมายถึง ผิวหนังบวม หรือแตกเป็นแผล หรือมีตุ่มหรือก้อนมะเร็งบนผิวหนังของเต้านมข้างเดียวกัน

T4c หมายถึง พบอาการของทั้ง T4a และ T4b

T4d หมายถึง มะเร็งที่มีการอักเสบร่วมด้วย (Inflammatory carcinoma)

การกระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง (Regional Lymph Node , N)

NX หมายถึง มะเร็งไม่มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

N1 หมายถึง มะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้แต่ต่อมยังเคลื่อนได้และไม่ติดกัน

N2 หมายถึง มะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และติดยึดกันเองหรือติดกับส่วนอื่นของรักแร้

N3 หมายถึง มะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่ขนานกับหลอดเลือดแดง (Ipsilateral internal mammary node) ข้างนั้น

การแพร่กระจายของก้อนมะเร็งสู่อวัยวะอื่น (Distant Metastasis , M)

MX หมายถึง มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นแต่ไม่สามารถประเมินได้

M0 หมายถึง ไม่มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น

M1 หมายถึง มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น (รวมทั้งที่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณไหปลาร้าข้างนั้นด้วย)

การจำแนกระยะการดำเนินโรค (Stage grouping)

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stage IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stage IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
Stage IIIB	T4	Any N	M0
	Any T	N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

แหล่งที่มา : Manual of Radiation Oncology.(2544). โดยประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย. ในวิชาญ หล่อวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สามารถจำแนกได้เป็น 5 ระยะอีก รูปแบบหนึ่งดังนี้ (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544)

ระยะ 0 คือ ระยะเริ่มต้นของก้อนมะเร็ง ซึ่งยังไม่ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อเต้านม

ระยะ 1 คือ ระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร และยังไม่ลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลือง

ระยะ 2 คือ ระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดระหว่าง 2-5 เซนติเมตร ซึ่งอาจจะลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หรือขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตรและลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ แต่ไม่ไปอวัยวะอื่น

ระยะที่ 3 คือ ระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร และลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ แต่ไม่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น

ระยะที่ 4 คือ ระยะที่ก้อนมะเร็งมีการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น

1.5 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากข้อมูลหลักฐานที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบันทำให้สามารถสรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีที่สุดจะต้องเป็นการรักษาแบบผสมผสานกันระหว่าง การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา การรักษาด้วยเคมีบำบัด และฮอร์โมนบำบัด(ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544) ในการวางแผนการรักษา แพทย์จะพิจารณาจากระยะของโรคเป็นหลัก โดยเฉพาะการพิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็ง ลักษณะต่อมน้ำเหลือง การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ภาวะการมีประจำเดือนหรือหมดประจำเดือน ลักษณะอาการของผู้ป่วย อายุ การมีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น การตรวจหา estrogen และ progesterone receptor ในก้อนมะเร็ง (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) การผ่าตัดและการฉายแสงเป็นการรักษาเฉพาะที่ สามารถรักษา มะเร็งเต้านมระยะที่ 1,2 ให้หายขาดได้ ส่วนการรักษาด้วยการใช้ฮอร์โมนบำบัดและการใช้เคมีบำบัดเป็นการรักษาทั่วระบบเพื่อกำจัดหรือลดเซลล์มะเร็งที่คิดว่าจะมีการกระจายไปบ้างแล้วให้หมดไป (กรีช โพธิสุวรรณ, 2545) การรักษา มะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันมี 4 วิธี ดังนี้

1.5.1 การรักษา มะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัด

เป็นการรักษาเฉพาะที่ เป็นการรักษาหลักที่นิยมใช้ในการรักษา มะเร็งเต้านมระยะแรก(Stage 1-2) มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดโอกาส

การเกิดซ้ำและต้องการให้หายขาด ซึ่งมีวิธีการผ่าตัดหลายแบบ แพทย์จะเลือกวิธีการผ่าตัดแบบใด สำหรับผู้ป่วยรายนั้นๆ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระยะของโรค ขนาดหรือตำแหน่งของก้อน อายุของผู้ป่วย และความต้องการของผู้ป่วย การผ่าตัดเต้านมมีหลายวิธี ได้แก่ (ธนิต วัชรพุกก์, 2546)

1) Modified Radical Mastectomy (MRM) หมายถึงการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดชนิดดัดแปลง เป็นการตัดเต้านมพร้อมกล้ามเนื้อ Pectoralis minor ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ทั้งหมด การผ่าตัดวิธีนี้เป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุดเพราะเป็นวิธีที่ได้ผลมากที่สุด เนื่องจากอุบัติการณ์ของการกลับเป็นซ้ำ (Local recurrence) ต่ำกว่าวิธีอื่นที่ไม่ตัดเต้านม และยังทำให้รูปร่างของหน้าอกไม่เสียหายมาก สามารถทำศัลยกรรมตกแต่งใหม่ได้ภายหลัง

2) Radical Mastectomy (RM) คือการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด รวมทั้งกล้ามเนื้อ Pectoralis major และ minor ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้วย นิยมทำในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่หรือ มีการลุกลามไปยัง Pectoralis major การผ่าตัดชนิดนี้ทำให้เกิดภาวะอกแฟบภายหลังผ่าตัดได้ ปัจจุบันการผ่าตัดวิธีนี้ไม่เป็นที่นิยมแล้ว

3) Simple mastectomy หรือ total mastectomy คือการผ่าตัดเนื้อเต้านมออกเพียงอย่างเดียว ไม่ตัดกล้ามเนื้อทรวงอกและไม่เลาะต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ทั้งหมด แต่มักทำร่วมกับการเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองบางส่วนในรักแร้ออกมาตรวจและให้การรักษาเพิ่มเติมโดยใช้รังสีรักษาถ้าพบมะเร็งในต่อมน้ำเหลือง หรือในรายที่มีเนื้อมะเร็งหลงเหลืออยู่หลังผ่าตัด เนื่องจาก การผ่าตัด mastectomy เป็นการตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด จึงเกิดปัญหาหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะสูญเสียภาพลักษณ์หรือบางคนที่มีเต้านมมีขนาดใหญ่ จะทำให้เกิดการไม่สมดุลของเต้านมข้างที่เหลือ ดังนั้นจึงต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อเสริมเต้านมใหม่ให้ด้วย ซึ่งอาจทำครั้งเดียวกับการทำ mastectomy หรืออาจมาทำภายหลังก็ได้

4) Breast conserving therapy หรือ BCT เป็นการผ่าตัดแบบเก็บเต้านมหรือสงวนเต้านม เป็นการผ่าตัดเต้านมเพียงบางส่วน หรือตัดเฉพาะก้อนที่เป็นมะเร็งออก โดยไม่จำเป็นที่จะต้องมีการตัดเต้านมออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ เพื่อดูระยะของโรค การผ่าตัดเก็บเต้านมนี้มีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไป lumpectomy, segmental mastectomy, quadrantectomy, local excision เป็นต้น แต่จุดมุ่งหมายหลักเพื่อรักษาเต้านมของผู้ป่วยไว้หลีกเลี่ยงการตัดเต้านมออกโดยไม่จำเป็น ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับรังสีรักษาเพื่อช่วยทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ในเต้านม เพื่อลดโอกาสการเกิดโรคซ้ำ ร่วมกับวิธีอื่นๆ เช่น เคมีบำบัด ฮอรัโมนบำบัด เป็นต้น

1.5.2 การใช้รังสีรักษา (Radiation)

การใช้รังสีรักษาเป็นการรักษาเฉพาะที่เหมือนกับการผ่าตัด แต่การรักษาด้วยวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งและหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง รวมทั้งเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่บริเวณ chest wall และ peripheral lymphatics ภายหลังจากการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเก็บรักษาเต้านมไว้ ควรได้รับการฉายรังสีทุกรายเพื่อลดโอกาสการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค ทั้งยังมีผลต่อการเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วย(นันทกานต์ เขียมนวนานนทชัย, 2545)

1.5.3 การให้ฮอร์โมนบำบัด (Hormonal therapy)

หลักการของการรักษามะเร็งเต้านมด้วยฮอร์โมนเป็นการระงับหรือสกัดบทบาทของ estrogen ที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์ หากมะเร็งเต้านมนั้นตอบสนองต่อฮอร์โมน แพทย์จะทำการรักษาโดยการลดปริมาณฮอร์โมนในร่างกาย หรือใช้ยาที่เข้าไปขัดขวางการส่งสัญญาณของฮอร์โมนที่เซลล์มะเร็ง โดยทั่วไปแล้วการรักษาด้วยฮอร์โมนจะได้ผลดีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบว่าเป็นเซลล์ที่มีตัวรับสัญญาณฮอร์โมนอยู่ในเซลล์ ซึ่งพบได้ประมาณ 60-70% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมด ดังนั้นผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนควรเป็นกลุ่มที่มีเซลล์ที่มีตัวรับสัญญาณ ซึ่งสามารถตรวจได้จากชิ้นเนื้อมะเร็ง ตัวรับสัญญาณที่ทำการตรวจมี 2 ชนิด คือ เอสโตรเจน รีเซพเตอร์ (estrogen receptor, ER) และโปรเจสเตอโรนรีเซพเตอร์ (progesterone receptor, PR) หากมีตัวรับสัญญาณจะเรียกผลการตรวจให้ผลบวก(positive) หากไม่พบว่าเซลล์มะเร็งมีตัวรับสัญญาณจะเรียกผลการตรวจให้ผลลบ(negative) ค่าของเอสโตรเจน รีเซพเตอร์จะเป็นตัวบ่งชี้ว่าควรใช้ฮอร์โมนบำบัดหรือไม่ ส่วนค่าโปรเจสเตอโรนรีเซพเตอร์จะใช้ในการทำนายโรค โดยผู้ป่วยที่มีค่าโปรเจสเตอโรนรีเซพเตอร์เป็นผลบวกจะมีการทำนายโรคดีกว่าผู้ที่มีค่าโปรเจสเตอโรนรีเซพเตอร์เป็นผลลบ การรักษาด้วยฮอร์โมน ให้เฉพาะในรายที่มีตัวรับสัญญาณ (hormone receptor) เป็นบวกเท่านั้น สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ยังมีประจำเดือนอยู่และหมดประจำเดือนแล้ว แต่วิธีการจะแตกต่างกัน(อาคม เขียวศิลป์, 2543)

1.5.4 การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy)

เคมีบำบัดเป็นการรักษาด้วยยาซึ่งเป็นสารเคมีที่สามารถทำลายเซลล์มะเร็งหรือยับยั้งการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้ โดยจะออกฤทธิ์ไปขัดขวางการทำงานของเอนไซม์หรือสารซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้าง DNA ของเซลล์ในวงจรเซลล์ ทั้งนี้เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีคุณสมบัติในการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง มีการสังเคราะห์ DNA เกือบตลอดเวลา ดังนั้นเซลล์มะเร็งจึงถูกทำลายง่ายกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเซลล์ปกติใน

ร่างกายปัจจุบันการรักษามะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดนิยมใช้เคมีบำบัดมากกว่า 1 ชนิดร่วมกัน (combination therapy) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา หลีกเลี่ยงการดื้อยาและลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องพิจารณาตามชนิดของมะเร็ง ระยะโรค การออกฤทธิ์ของยาในวงจรเซลล์ และผลข้างเคียงของยามาประกอบในการเลือกใช้เคมีบำบัด รวมทั้งต้องคำนึงถึงผลกระทบของเคมีบำบัดต่อเซลล์ปกติของร่างกาย ซึ่งมีโอกาสถูกทำลายไปพร้อมกับเซลล์มะเร็ง โดยเฉพาะเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่น เยื่อบุทางเดินอาหาร รากผม เซลล์สืบพันธุ์และเซลล์ไขกระดูก

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีลักษณะการแพร่กระจายไปที่ระบบ ดังนั้นการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาเฉพาะที่จึงไม่สามารถทำลายเซลล์มะเร็งที่แพร่กระจายไปแล้วให้หมด จึงมีการนำเคมีบำบัดมาใช้ในการรักษาเสริมเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งขนาดเล็กที่กระจายไปตามที่ต่างๆ โดยที่เครื่องมือในปัจจุบันยังๆไม่สามารถตรวจพบ จากแนวทางการรักษาของ NCCN Guidelines for Patients ปี 2011 จะพิจารณาเริ่มให้การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ที่พบว่ามี Microinvasive or breast tumors size $\leq 0.5\text{cm}$ และมี Lymph node tumors $\leq 2\text{mm}$ (NCCN, 2011) และการรักษามะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัดสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทคือ

1) Adjuvant chemotherapy

การให้ยาเคมีบำบัดเพื่อเป็นการรักษาเสริม (Adjuvant treatment) เนื่องจากโรคมะเร็งบางชนิดถึงแม้จะได้ทำการรักษาโดยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัดจนทำให้ก้อนมะเร็งหมดไป แต่อาจมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ จุดประสงค์หลักของการให้ยาเคมีบำบัดคือการกำจัด micrometastases และเพิ่มอัตราการหายขาดจากโรค ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับยาเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดแล้วเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ให้หมดไป โดยอาจได้รังสีรักษาร่วมด้วย การรักษาโดย Adjuvant chemotherapy จัดเป็นมาตรฐานในผู้ป่วย early-stage breast cancer

2) Neo- adjuvant chemotherapy

การให้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาขั้นต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาขั้นอื่นต่อไป เช่น ในกรณีที่โรคนั้นเป็นมากแต่ยังจำกัดอยู่เฉพาะที่ การรักษาโดยการผ่าตัดหรือรังสีรักษามักจะทำได้ยาก เช่น ก้อนใหญ่มาก ผ่าตัดแล้วแผลปิดไม่ได้ หรือบริเวณที่จะต้องฉายรังสีมีบริเวณกว้างทำให้เนื้อเยื่อปกติถูกทำลายมาก จึงมีการให้ยาเคมีบำบัดนำ เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งลง นิยมให้เคมีบำบัดประมาณ 2-4 ชุด ก่อนทำการผ่าตัดและ/หรือฉายรังสี

3) Metastatic disease

การใช้ยาเคมีบำบัดใช้ในการรักษามะเร็งในระยะแพร่กระจาย ใช้เพื่อบรรเทาอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและรักษาไม่หาย

กลุ่มของยาเคมีบำบัดที่เป็นมาตรฐานในการรักษาของมะเร็งเต้านมในขณะนี้ คือ (สาวิตรี เมาพิกุลไพโรจน์, 2545)

1) CMF ประกอบด้วย Cyclophosphamide Methotrexate 5-Fluorouracil ทางหลอดเลือดดำวันที่ 1 จำนวน 6 ชุด รอบของการให้ยาทุก 21 วัน

2) FAC ประกอบด้วย 5-Fluorouracil Adriamycin Cyclophosphamide ทางหลอดเลือดดำวันที่ 1 จำนวน 6 ชุด รอบของการให้ยาทุก 21 วัน

3) AC ประกอบด้วย Adriamycin Cyclophosphamide ทางหลอดเลือดดำวันที่ 1 จำนวน 4 ชุด รอบของการให้ยาทุก 21 วัน

4) AC +T ประกอบด้วย Adriamycin Cyclophosphamide ทางหลอดเลือดดำวันที่ 1 จำนวน 4 ชุด รอบของการให้ยาทุก 21 วัน และตามด้วย paclitaxel (Taxane) ทางหลอดเลือดดำวันที่ 1 จำนวน 4 ชุด รอบของการให้ยาทุก 21 วัน

5) FEC ประกอบด้วย 5-Fluorouracil Epirubicin Cyclophosphamide ทางหลอดเลือดดำวันที่ 1 จำนวน 6 ชุด รอบของการให้ยาทุก 21 วัน

โดยทั่วไปเราไม่สามารถกำหนดว่า ผู้ป่วยกลุ่มใดจะไม่ได้รับยาเคมีบำบัดเลย แต่ประโยชน์ที่ได้รับอาจน้อยมากเมื่อเทียบกับผลข้างเคียงในขณะที่ได้รับรักษา ข้อเสนอแนะในขณะนี้คือ ผู้ป่วยที่มีก้อนขนาดเล็กกว่า 0.5 cm. ไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ไม่จำเป็นต้องได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ปัจจัยการพยากรณ์โรคดี

1.6 ผลกระทบของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จะได้รับผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม จากภาวะของโรคและผลข้างเคียงของเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายและทุกข์ทรมาน ดังรายละเอียดดังนี้(รัชนีกร ใจคำสีบ, 2549; มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548; อุบล จ้วงพานิช, 2554)

1.6.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เมื่อตัวยาเคมีเข้าสู่กระแสเลือดแล้ว จะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งที่มีการแบ่งตัวผิดปกติ จึงมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการ

แบ่งตัวเร็วด้วย ทำให้เกิดปฏิกิริยาหรือการตอบสนองอันไม่พึงประสงค์ของร่างกาย ทำให้เกิดอาการข้างเคียงในระบบต่างๆของร่างกายดังนี้

1) ผลต่อระบบโลหิต เนื่องจากเคมีบำบัดจะมีผลลดการทำงานของไขกระดูกซึ่งเป็นแหล่งของเซลล์ต้นกำเนิดทำให้ระดับของเม็ดเลือดทั้งหมดในกระแสเลือดคือ เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดมีปริมาณลดต่ำลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะโลหิตจาง(Anemia) ส่งผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย มึนงง ขาดสมาธิ เป็นต้น ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ(Leukopenia) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะถ้าเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 3,000 เซลล์/ลบ.มม ผู้ป่วยอาจมีอาการผิดปกติที่เกิดจากการติดเชื้อซึ่งอาจรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังเกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia)จะมีผลทำให้เลือดแข็งตัวช้าลงซึ่งอาจทำให้เลือดออกได้ง่ายหรือมีจุดเลือดออกตามร่างกาย

2) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร จะเป็นผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลโดยตรงนั้นเกิดจากการที่เคมีบำบัดไปทำลายเซลล์เยื่อในทางเดินอาหาร เนื่องจากเซลล์เยื่อเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว การทำลายเยื่อต่างๆจะมีผลทำให้ผนังเซลล์บริเวณvilli และcrypt cell ตายไปในที่สุดซึ่งทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหารได้ ผลทางอ้อมเกิดจากการที่เคมีบำบัดทำให้ความอยากอาหารลดลงโดยไปลดการหลั่งของ Enteral hormone ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่

2.1 อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting) จะเกิดอาการภายใน1-2 ชั่วโมงจนถึง 24 ชั่วโมงภายหลังได้รับเคมีบำบัดและอาจหายภายใน 36 ชั่วโมง ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนก่อนได้รับเคมีบำบัดเนื่องจากความวิตกกังวลเรียกว่า Anticipatory nausea and vomiting ซึ่งอาการนี้เป็นการตอบสนองแบบมีเงื่อนไขที่เกิดจากการเรียนรู้มาก่อน มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดในครั้งก่อนแล้วได้รับการรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นไม่ดีขึ้น แต่ปัจจุบันได้มีการค้นพบยาแก้อาเจียนชนิดใหม่ๆ ทำให้อุบัติการณ์และความรุนแรงของอาการคลื่นอาเจียนลดลง แต่ยังไม่สามารถป้องกันอาการนี้ได้ทั้งหมด(Middleton & Lennan, 2011)

2.2 เยื่อช่องปากหรือเยื่อหลอดอาหารอักเสบ(Mucositis) เกิดจากการที่เคมีบำบัดไปยับยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อช่องปากและทำลายเยื่อชั้นต้นของปากและคอ ทำให้เยื่อช่องปากฝ่อและบางลง เกิดการอักเสบ จะทำให้กลิ่นอาหารลำบาก พุดไม่ถนัด อาจมีเลือดออกเป็นแผลและติดเชื้อซ้ำได้ ซึ่งอาการดังกล่าวเกิดขึ้นชั่วคราว จะ

เกิดในวันที่ 5-14 หลังจากได้รับเคมีบำบัดและเป็นอยู่นาน 2-3 สัปดาห์ แม้จะได้รับเคมีบำบัดครบแล้วก็ตาม (Chan et al., 2003)

2.3 อาการท้องเสีย (Diarrhea) อาจเกิดจากการทำลายเยื่อทางเดินอาหารโดยตรงหรืออาจเกิดจากเคมีบำบัดไปเปลี่ยนแปลงสภาพของแบคทีเรียที่อยู่ในทางเดินอาหาร อาการท้องเสียจึงเป็นสาเหตุให้ร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่ขึ้น

2.4 ท้องผูก (constipation) การถ่ายอุจจาระลำบาก อุจจาระแข็ง มักเกิดเมื่อได้รับการรักษาด้วยสารเคมีบำบัดในกลุ่มอัลคาลอยด์ (alkaloids) เนื่องจากยาในกลุ่มนี้จะมีผลต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้การบีบตัวของลำไส้ลดลง

3) ผลต่อระบบผิวหนัง ผม และเล็บ เนื่องจากผิวหนัง ผมและเล็บเป็นอวัยวะที่มีการเปลี่ยนแปลงและแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะเซลล์ของรูขุมขน ทำให้อวัยวะเหล่านี้เกิดความผิดปกติได้ง่าย

3.1 ผมร่วง (Alopecia) เคมีบำบัดแทบทุกชนิดจะมีผลทำให้เกิดการหลุดร่วงของเส้นผม แม้ว่าผมร่วงจะเป็นผลข้างเคียงที่ไม่รุนแรง แต่มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก โดยปกติเซลล์รูขุมขนจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็วทุก 12-24 ชั่วโมง ดังนั้นเคมีบำบัดจะมีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์รูขุมขนอย่างมาก การหลุดร่วงของผมจะเกิดขึ้นภายใน 7-10 วันหลังให้เคมีบำบัด โดยมากผมจะเริ่มงอกใหม่ใน 3-4 สัปดาห์หลังหยุดให้เคมีบำบัด แต่อาจมีลักษณะและสีผมที่เปลี่ยนแปลงไป

3.2 การสะสมของเม็ดสีเพิ่มขึ้น (Hyperpigmentation) ทำให้ผิวคล้ำดำ เชื่อว่าเกิดขึ้นเนื่องจาก สารเคมีไปกระตุ้นให้มีการเพิ่มของระดับของฮอร์โมนที่กระตุ้นเม็ดสีของผิวหนัง (melanin stimulating hormone) ตำแหน่งที่เกิดอาจเป็นโคนเล็บ เยื่อช่องปาก แนวเส้นเลือดดำที่ให้สารเคมีทางหลอดเลือด มักเกิดภายหลังเริ่มให้การรักษาประมาณ 2 สัปดาห์และเกิดขึ้นนานเป็นระยะเวลาประมาณ 10-12 สัปดาห์ภายหลังการรักษาเสร็จสิ้น

3.3 ปฏิกริยาต่อเนื้อเยื่อ สาเหตุที่พบบ่อยคือ มีการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉีดยา เป็นผลจากการระคายเคืองของยาต่อเยื่อหลอดเลือดในขณะที่ฉีดยาเข้าหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดอักเสบแข็ง หรือเกิดจากการรั่วซึมของยาเคมีบำบัด

4) ผลต่อดับ เคมีบำบัดจะถูกเผาผลาญที่ตับ ทำให้เป็นพิษต่อดับแต่เกิดได้น้อย ผู้ป่วยจะมีระดับเอนไซม์ SGOT, SGPT, LDH และ Alkaline Phosphatase สูงขึ้น อาจเกิดอาการตับแข็งได้

5) ผลต่อระบบไต เนื่องจากเคมีบำบัดทำลายเนื้อเยื่อของไตและเยื่อภายใน กระเพาะปัสสาวะ ทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบและมีเลือดออก(hemorrhagic cystitis) นอกจากนี้หลังจากผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดจะเกิดการสลายตัวของเซลล์มะเร็ง เซลล์บางชนิดจะมีการสลายตัวอย่างรวดเร็วมากทำให้ระดับของกรดยูริกในร่างกายในร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การเพิ่มขึ้นของกรดยูริกในสภาวะที่เป็นกรดจะเป็นอันตรายต่อไตอย่างมาก เพราะจะทำให้เกิดการสะสมของกรดยูริกและตกตะกอนจนอุดตันในท่อไต ทำให้ไตวายได้

6) ผลต่อหัวใจ ยาเคมีบำบัดบางชนิดมีผลเสียต่อกลิ้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม Anthracyclines เช่น doxorubicin ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายลดลง จนอาจก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการบวมตามแขนขา หายใจลำบากเมื่อออกกำลังกายหรือนอนราบ วิงเวียนศีรษะ มีอาการใจสั่น ไอแห้งๆ ความรุนแรงขึ้นอยู่กับขนาดของยาที่ให้ โดยอาจเกิดอาการแบบเฉียบพลันหรืออาจเกิดอย่างช้าๆ

7) ผลต่อระบบประสาท ยาเคมีบำบัดบางชนิดออกฤทธิ์โดยตรงและโดยอ้อมต่อระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ส่งผลเสียต่อเซลล์ประสาทหลังจากการได้รับยาเคมีบำบัดทันทีหรือหลายปีหลังจากได้รับยาซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ, คลื่นไส้อาเจียน, วุ่นวายหรือนอนมากขึ้นจนลุกได้กลิ่นผิดปกติ การได้ยินผิดปกติ ปากแห้ง อาการชาตามแขนขา การรับความรู้สึกที่แขนขาแย่ง และปวดตามแขนขา

8) ผลต่อระบบสืบพันธุ์ ยาเคมีบำบัดบางชนิดมีผลต่อการสร้างฮอร์โมนเพศของรังไข่ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการมีบุตร และความต้องการทางเพศซึ่งในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 30 ปีจะมีโอกาสน้อยลงที่รังไข่จะกลับมาทำหน้าที่ตามปกติและอาจจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด โดยจะมีอาการร้อนๆหนาวๆ ช่องคลอดแห้งและแคบขณะมีเพศสัมพันธ์ ประจำเดือนมาไม่ตรงหรือหมดประจำเดือน และอาจมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังจากมีเพศสัมพันธ์ได้เล็กน้อย ถึงแม้ว่าประจำเดือนอาจมาผิดปกติหรือไม่มีประจำเดือนจากการได้รับยาเคมีบำบัด แต่ผู้ป่วยก็ยังสามารถตั้งครรภ์ได้ และผลจากยาเคมีบำบัดอาจทำให้เด็กมีความผิดปกติแต่แรกเกิดได้ จึงควรมีการคุมกำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์

1.6.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างยาวนานและต่อเนื่อง รวมทั้งต้องเผชิญกับอาการต่างๆมากมายทั้งจากพยาธิสภาพของโรค และการรักษาที่ได้รับ ทำให้ความสามารถของผู้ป่วยลดน้อยลงหรือแตกต่างจากเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการประเมินความมีคุณค่าในตนเองต่ำลง จากเหตุการณ์อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ร่วมกับความนึกคิด

เกี่ยวกับตนเองเช่นนี้จึงทำให้เกิดภาวะวิกฤติทางด้านจิตใจได้ง่าย ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่

1) ความรู้สึกกลัว(Fear) เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุอย่างแน่ชัด วิธีการรักษาส่วนใหญ่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ทำให้ความสามารถของผู้ป่วยลดลง ทั้งยังใช้เวลาในการรักษานานและมีความไม่แน่นอนในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความกลัวได้หลายลักษณะ เช่น กลัวรักษาไม่หาย กลัวไม่สวย กลัวโรงพยาบาล กลัวความเจ็บปวด กลัวการถูกทอดทิ้ง และกลัวผลข้างเคียงจากการรักษา (Otto, 1994 อ้างถึงใน ทิพมาศ ชินวงศ์, 2541)

2) ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เป็นความรู้สึกที่บุคคลประเมินว่าเกิดอันตรายขึ้นกับตนเองและรู้สึกว่า ตนเองไม่มีโอกาสและไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน มีลักษณะการดำเนินของโรคและวิธีการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันผลสำเร็จได้เต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตได้สูง

3) ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ความหวาดหวั่นและกระวนกระวายใจที่เกิดจากความนึกคิดเกี่ยวกับเรื่องของอนาคตที่เป็นไปในทางที่ไม่ดี ทำให้มีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ระบบย่อยอาหารและระบบการขับถ่ายผิดปกติ(ศิริไท พฤกษ์ศรี, 2546) ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกิดความกังวลใน 6 ด้าน คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

3.1 ผู้ป่วยมักจะกังวลเกี่ยวกับปัญหาและอาการต่างๆทางด้านร่างกาย ภาวะสุขภาพ และข้อจำกัดในการกระทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ตลอดจนกังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษา ผลของการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา

3.2 กังวลเกี่ยวกับอัตรามโนทัศน์ ได้แก่ ภาพลักษณ์(body image) ความสามารถและควมมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นมาก ทั้งผมร่วง น้ำหนักลด เล็บมีสีคล้ำและอาการอ่อนเพลีย ซึ่งความรู้สึกนี้จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นให้ความสำคัญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยวัยหนุ่มสาวอาจให้ความสำคัญกับความสวยงามของร่างกายมากกว่าวัยสูงอายุเป็นต้น

3.3 กังวลด้านการงานและการเงิน เพราะการรักษาต้องใช้ระยะเวลานาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เนื่องจากต้องรับผิดชอบสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว

3.4 กังวลเกี่ยวกับครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยบางรายต้องจากบ้านเพื่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ จึงรู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว ต้องอยู่ห่างไกลคู่สมรส ญาติพี่น้อง เหมือนถูกทอดทิ้ง

3.5 ผู้ป่วยกลัวว่าเพื่อนจะรังเกียจ หรือตนเองทำให้เพื่อนและผู้ร่วมงานต้องลำบากในการทำงานแทนหรือมาเยี่ยมเยียน

3.6 ผู้ป่วยมักจะกังวลว่า ตนเองอยู่ได้นานเท่าใด การรักษาช่วยให้มีชีวิตรอดหรือไม่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความหวัง บางรายหวังที่จะหาย บางรายหวังให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่บางรายหวังเพียงไม่ทุกข์ทรมานจากโรค

ความวิตกกังวลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของจันทิวา จิตต์วิบูลย์(2543) เรื่องการรับรู้สุขภาพและการดูแลตามทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวพบว่า ขณะที่ได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยมีการรับรู้สุขภาพว่าเป็นสุขภาพที่อยู่กับความทุกข์ทรมานและความไม่แน่นอน คือ สุขภาพจิตแย่งลง มีความกังวล โดยผู้ป่วยอธิบายและสะท้อนถึงการมีสุขภาพจิตที่แย่งว่า เป็นจิตใจที่เต็มไปด้วยความรู้สึกตกใจกลัว รู้สึกเหมือนกำลังจะตาย ไม่สามารถทำจิตใจให้ยอมรับได้ ท้อแท้ เสียใจ และเจ็บปวดที่เป็นโรคนี้นอกจากนี้ยังสะท้อนความรู้สึกออกมาในลักษณะของความวิตกกังวลหลายด้าน ได้แก่ความวิตกกังวลเกี่ยวกับ ชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัว หน้าที่การงาน ทรัพย์สินและเป็นห่วงกังวลว่า ต้องเสียชีวิตโดยที่มีกรรมติดตัว

4) ความรู้สึกซึมเศร้า ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเอง สูญเสียการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ตลอดจนเสียใจที่ป่วยเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งอาการซึมเศร้านั้นเป็นผลจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม หรือจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่รุนแรงและยาวนาน ผู้ป่วยมักรู้สึกไร้ค่า หมดหวัง เศร้าใจ และมีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีเรี่ยวแรง ถอยหนี เก็บตัว ฟังพาดูอื่นมากขึ้น ความสนใจในเรื่องต่างๆลดลงและอาจมีความคิดฆ่าตัวตายได้ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545)

1.6.3 ผลกระทบด้านสังคม

ผู้ป่วยอาจแยกตนเองออกจากผู้อื่นเนื่องจากมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นที่น่ารังเกียจจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ และรู้สึกว่าเป็นภาระสำหรับผู้อื่น รู้สึกว่าการรับการรักษาทำให้เวลาในครอบครัวถูกแบ่งไปไม่สามารถดูแลครอบครัว และกระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัวจากการทำงานของผู้ป่วยถูกรบกวนและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการรักษา รวมทั้งการเดินทาง นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์จากผลข้างเคียงของยาเคมีอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ดังจะเห็นได้ว่าการรักษามะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัด แม้ว่าจะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคและมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น แต่พบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงที่รุนแรงทั้งในขณะที่ได้รับเคมีบำบัดและหลังจากได้รับ

เคมีบำบัดแล้ว ทำให้ตลอดช่วงระยะของการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับอาการและความทุกข์ทรมานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา ดังนั้นการป้องกัน บรรเทาและการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อลดความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานของอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมอันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจัดได้ว่าเป็นการพยาบาลที่ค่อนข้างยุ่งยากและมีความสลับซับซ้อน เนื่องจากอาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ที่ได้รับส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและ ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านให้มากขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาและดูแลตัวเองอย่างจริงจัง รวมทั้งช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังด้วยการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาความทุกข์ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความอดทน สามารถแก้ไขและพร้อมเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากตัวยาเคมีบำบัดถูกออกแบบมาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งโดยเฉพาะ แต่ยา ก็อาจมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติได้ โดยเซลล์ที่มักได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดได้แก่ เซลล์เม็ดเลือด เซลล์เยื่อในระบบทางเดินอาหาร และเซลล์รากผม ซึ่งจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อระบบต่างๆนี้ได้ง่าย ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสรุปได้ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

1.7.1 ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ยาเคมีบำบัดให้เม็ดเลือดขาวลดลง ซึ่งทำให้ความสามารถในการต่อสู้กับเชื้อโรคลดลงด้วย วิธีที่จะช่วยหลีกเลี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่

- 1) ล้างมือบ่อยๆ
- 2) หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานที่แออัดหรือแหล่งชุมชนที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้หรือสัมผัสผู้ที่เป็โรคติดต่อ โดยเฉพาะติดเชื้อทางเดินหายใจและรักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ
- 3) รับประทานอาหารที่ปรุงสุกและสะอาดอยู่เสมอ

1.7.2 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ขาว เป็นต้น เพื่อให้ร่างกายมีการสร้างพลังได้เพียงพอกับการใช้พลังงาน หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด หรืออาหารมัน ของทอด หรืออาหารที่มีกลิ่นจัด หลีกเลี่ยงการนอนราบ

ทันทีหรือใน 2 ชั่วโมงแรกหลังจากรับประทานอาหารเสร็จ พยายามรับประทานอาหารเสริมเพิ่มขึ้น เช่นนม เต้าหู้ น้ำผลไม้ เป็นต้น

1.7.3 หากมีอาการเบื่ออาหารควรแสวงหาวิธีที่จะช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น อย่าปล่อยให้เครียด หรือซึมเศร้า เนื่องจากอาการเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหารลองเปลี่ยนสถานที่ในการรับประทานอาหาร เช่นออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน หรือเปลี่ยนชนิดของอาหารบ่อยๆ เลือกจัดรายการอาหารที่ตนเองชอบ รับประทานอาหารในบรรยากาศดีๆ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารกับเพื่อนฝูง เป็นต้น

1.7.4 ดื่มน้ำให้ได้เพียงพออย่างน้อยวันละ 2,000 – 3,000 ซีซีต่อวันในระหว่างได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากน้ำจะช่วยขับของเสียเช่น กรดยูริกออกจากร่างกายทางไต ช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกาย ทำให้ร่างกายสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อชุ่มชื้น ลดการติดเชื้อในช่องปาก ป้องกันอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดต่อระบบทางเดินปัสสาวะได้ซึ่งควรได้รับน้ำในรูปแบบของเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ เช่น น้ำเปล่า น้ำส้ม นมถั่วเหลือง น้ำขิง หรือน้ำผลไม้ต่างๆ ควรตรวจสอบปริมาณน้ำดื่มอย่างถูกต้องตลอดช่วงของการได้รับเคมีบำบัด และควรประเมินอาการผิวหนังแห้ง ปากแห้งจากการขาดน้ำเนื่องจากอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย

1.7.5 นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมงในเวลากลางคืน เพราะการนอนหลับเป็นการสร้างพลังงานให้ร่างกายและยังเป็นการลดการใช้พลังงานในร่างกายสำหรับในเวลากลางวัน ควรนอนพักอย่างน้อยวันละ 1-2 ชั่วโมง แต่ไม่ควรนอนตลอดทั้งวันเพราะกล้ามเนื้อจะอ่อนแรงจนเกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้นได้ แต่หากนอนไม่หลับให้ปฏิบัติดังนี้

1) หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลมตั้งแต่ช่วงเย็นก่อนเข้านอน แต่ควรเปลี่ยนเป็นเครื่องดื่มอุ่นเช่น นมหรือน้ำขิงอุ่นๆซัก 1 แก้วก่อนเข้านอนแทน

2) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่น่านอนและควรทำจิตใจให้ผ่อนคลายก่อนเข้านอน

3) แต่หากยังนอนไม่หลับควรแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อช่วยแนะนำและแก้ปัญหาให้แต่อย่าซื้อยามารับประทานเอง

1.7.6 ออกกำลังกายตามความสามารถของร่างกายเช่น เดินรอบบ้านวันละ 20 – 30 นาทีเนื่องจากจะทำให้เลือดไหลเวียนได้ดี มีผลให้ร่างกายขับของเสียออกมาและทำให้ร่างกายสดชื่นแจ่มใส

1.7.7 ลดความเร็วในการทำกิจกรรมต่างๆลงและไม่ควรทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน หยุดพักบ่อยๆแต่ไม่ควรนานเกิน 30 – 40 นาที และขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหากมีอาการอ่อนเพลียมาก

1.7.8 ดูแลการขับถ่ายให้ปกติ หากมีอาการท้องผูกควรบรรเทาอาการโดยการดื่มน้ำมากๆวันละ 2 – 3 ลิตร ดื่มน้ำผลไม้หรือรับประทานอาหารที่มีกากมีเส้นใยมากเช่น ผัก ผลไม้ และออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อช่วยให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น

1.7.9 ลดหรือผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวล โดยระบายความรู้สึกกับผู้อื่นใกล้ชิดหรือบุคคลที่ไว้ใจเช่นเพื่อนสนิทหรือคนในครอบครัวหรือใช้วิธีอื่นๆเช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำกิจกรรมอื่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจเช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือพูดคุยกับแพทย์หรือพยาบาลเมื่อมีข้อข้องใจในการรักษาและดูแลตนเอง เป็นต้น

1.7.10 ป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ได้รับดังต่อไปนี้

1) บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยการหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหาร 1-2 ชั่วโมงก่อนได้รับเคมีบำบัด หรือรับประทานอาหารมื้อหนักก่อนได้รับเคมีบำบัด 3-4 ชั่วโมงแล้วจึงรับประทานอาหารอ่อนๆ โดยรับประทานอาหารที่ละเอียดๆ ซ้ำๆ แต่บ่อยครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะอาหารแน่นเกินไปจนเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด อาหาร เย็นจัดหรือร้อนจัด หรืออาหารที่มีกลิ่นฉุนและอาหารมันมาก เป็นต้น นอกจากนี้ควรรับประทาน ยาควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนตามคำสั่งของแพทย์ ก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรืออาจใช้วิธีดื่มน้ำอุ่นๆหรือกลั้วปากด้วยน้ำอุ่น เพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือใช้วิธีเบี่ยงเบน ความสนใจ การผ่อนคลายความตึงเครียดและความวิตกกังวล เป็นต้น

2) ป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบ โดยทำความสะอาดปาก ฟัน อย่างถูกวิธีภายหลังรับประทานอาหารทุกมื้อด้วยแปรงที่มีขนนุ่ม หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดหรืออาหารแข็งที่ อาจทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ง่าย หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด หรือเครื่องดื่มที่ร้อนหรือเย็นจัด หรือ อาหารแข็งที่ทำให้เกิดแผลในปากได้ง่าย

3) อาการท้องเสีย เมื่อมีอาการท้องเสียบรรเทาอาการโดยรับประทาน อาหารอ่อนที่ย่อยง่าย สุกสะอาดมีกากและเส้นใยน้อย แต่มีโปรตีนและแคลอรีสูง เช่น ซุปน้ำใส หลีกเลี่ยงการดื่มนมสดและอาหารหรือเครื่องดื่มที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร หากอาการดีขึ้น จึงค่อยๆรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นทีละน้อย โดยเริ่มจากอาหารที่มีกากใยน้อยๆเช่น น้ำข้าว น้ำ เต้าหู้ ไข่กและข้าวต้ม เป็นต้น และควรสังเกตจำนวน ลักษณะ ความถี่ของการถ่ายอุจจาระในแต่ละวันถ้ามีมากต้องรีบมาพบแพทย์

- 4) ป้องกันและบรรเทาอาการผมร่วงโดย สระผมด้วยแชมพูชนิดอ่อนๆ
หวีผมเบาๆ ใช้แปรงหวีผมที่มีลักษณะนุ่ม หลีกเลี่ยงการใช้สเปร์ย การใช้ไดร์เป่าผม การอบผม
หรือตัดผม ไว้ผมสั้นเพื่อให้ผมร่วงดูไม่มากเกินไป อาจใช้วิธีสวมวิกผมปลอมไว้เมื่อผมร่วงมาก หรือ
อาจสวมหมวกหรือใช้ผ้าโพกศีรษะไว้ ซึ่งจะช่วยป้องกันหนังศีรษะและไม่ทำให้ผมร่วงดูชัดเจนมาก
- 5) ผิวแห้ง และ คัน รักษาความสะอาดของผิวหนัง และใช้ครีมหรือโลชั่น
ทาผิวให้ชุ่มชื้นหลังอาบน้ำทุกครั้ง ไม่เกาหรือถูผิวหนังแรงๆ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด
- 6) การป้องกันการติดเชื้อจากการที่มีเม็ดเลือดขาวลดลงทำได้โดย
รับประทานอาหารที่สุกสะอาด ทำความสะอาดร่างกายและปากฟันอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการ
สัมผัสกับเชื้อโรคหรือการได้รับเชื้อจากบุคคลอื่นเช่น คนเป็นหวัด หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่แออัด เช่น
ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ หรือหอประชุม เป็นต้น หมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและรีบ
ไปพบแพทย์เมื่อมีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น
- 7) การป้องกันภาวะซีด กระทำได้โดยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก
ได้แก่ตับสัตว์ ไข่แดง นม ถั่วเมล็ดแห้ง ผักใบเขียว เช่น ตำลึง คะน้า และควรรับประทานผลไม้
ประเภทส้ม ฝรั่ง ที่ให้วิตามินซีเพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กได้ดีขึ้น
- 8) ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ การป้องกันการเกิดเลือดออกจากการที่มีเกล็ด
เลือดลดลงหรือมีภาวะเลือดออกง่าย กระทำได้โดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อผิวหนังหรือ
เยื่อต่างๆและคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่แสดงถึงการมีเลือดออกเช่น ถ่ายอุจจาระดำ
มีเลือดออกตามไรฟัน หรือมีจุดจ้ำเลือดออกตามผิวหนัง เป็นต้น
- 9) หลอดเลือดดำอักเสบ สังเกตอาการ ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณ
ผิวหนังที่ให้เคมีบำบัดอย่างสม่ำเสมอและรีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเมื่อ
เกิดการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมที่ต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ก่อให้เกิด
ผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งสิ่ง
เหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและส่งผลเสียต่อผู้ป่วย โดยทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการ
รักษานานขึ้น ขาดความร่วมมือในการรักษา มีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรค และฟื้นฟูกลับสู่สภาพ
ปกติช้าลง ดังนั้นการเข้าใจถึงภาวะความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จะทำให้สามารถให้ความ
ช่วยเหลือและบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลทุกคนคุ้นเคยและประสบอยู่เสมอในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกเกิดและต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้นจะส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ การตกลงใจ และการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงไป ถ้าหากความวิตกกังวลนั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้งและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันจนไม่อาจแก้ไขได้ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความวิตกกังวลที่จัดเป็นโรคได้(anxiety disorder)(Johnson, 1993)

Peplau (1979) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่สุขสบายส่วนบุคคล ทำให้มีลักษณะหวาดหวั่น และตึงเครียดโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้ ถ้าอยู่ในระดับต่ำจะทำให้บุคคลมีการตื่นตัว กระตือรือร้น ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้งห้าสัมผัสดีขึ้น ทำให้เรียนรู้แก้ปัญหาได้ดี และเกิดความคิดสร้างสรรค์ แต่ถ้าความวิตกกังวลในระดับสูงจะทำให้ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้งห้าแคบลง การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้น้อย บุคคลจะไม่มีความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์เพิ่มมากขึ้น

Grainger (1990) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของทางอารมณ์ที่มีประโยชน์ เพราะช่วยให้บุคคลมีการตื่นตัวในการปฏิบัติงาน และช่วยป้องกันอันตราย แต่ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลมากเกินไปจะทำให้การรับรู้ ความจำ และการปรับตัวเสียไป จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

Spielberger and Sydeman (1994) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความเครียดที่เกิดจากภาวะคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจขึ้น

Schwecke (2003) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองต่อภาวะเครียดในชีวิตประจำวันที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การเผชิญกับความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ สังคมและบทบาทหน้าที่การงานของแต่ละบุคคล

ซอลดา พันธุเสนา (2536) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม เสี่ยงภัย ตกอยู่ในอันตราย หรือตกอยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัย ความไม่แน่นอน ไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น ตึงเครียด กระวนกระวายใจ หรือไม่สบายใจ โดยมีการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

สมโภชน์ เขียมสุภาษิต (2541) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่มีความรู้สึกไม่พอใจ เนื่องจากรู้ว่าตนเองถูกข่มขู่ หรือจะมีอันตราย หรือการที่อยู่ในสภาวะที่ไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งสภาวะทางอารมณ์เช่นนี้ คนเราอาจจะรู้สึกเครียด รู้สึกวิตกกังวลหรือหวาดกลัว สภาวะเช่นนี้กล่าวได้ว่าได้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลขึ้นแล้ว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้าย หรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เป็นลักษณะของบุคคลและเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เข้ามาคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจเกิดขึ้นจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าและประเมินว่าจะเป็นอันตราย ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น ตึงเครียด ไม่สบายใจ ซึ่งมีผลต่อความสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม ถ้าบุคคลไม่สามารถแก้ไขได้ ความวิตกกังวลยังคงอยู่ จะทำให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพและชีวิตได้

2.2 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger et al. (1983) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภทได้แก่ ความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2.2.1 ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะในตัวบุคคลหรือความวิตกกังวลแฝง(Trait Anxiety or A- Trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วๆไปที่ประเมินว่าเป็นอันตรายหรือถูกคุกคาม เป็นลักษณะประจำตัวและเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพในแต่ละบุคคล หรือที่เรียกว่าเป็นนิสัย จะมีลักษณะคงที่และมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้า ความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลจะมากหรือน้อยแตกต่างกันไป ผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงในระดับสูงจะรับรู้ที่สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอันตรายและกำลังคุกคามตนเองมากกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม หรือทำให้รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง(self esteem) และผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงในระดับสูงนั้นมีแนวโน้มว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับสูงมากด้วย ความวิตกกังวลแฝงจะส่งผลต่อการตอบสนองต่อสภาวะการณที่ประเมินว่าเป็นอันตรายหรือถูกคุกคามที่เกิดขึ้นตามความรุนแรงของการโต้ตอบต่อความวิตกกังวลตามสภาวะการณที่เพิ่มขึ้นของบุคคลนั้น

2.2.2 ความวิตกกังวลตามสถานการณ์หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ(State anxiety) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีความซับซ้อนที่เกิดขึ้นกับบุคคล โดยมีการประเมินหรือตีความสถานการณ์ในขณะนั้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดและกลัว ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมที่โต้ตอบความวิตกกังวลขณะเผชิญจะสังเกตเห็นได้ ความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะคุกคามที่บุคคลนั้นรับรู้ และการตีความว่าสถานการณ์ที่เป็นอันตรายนั้นยังคงอยู่ บุคคลจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับต่ำเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียด หรืออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตรายแต่ไม่รับรู้ว่ากำลังถูกคุกคาม

ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาความวิตกกังวลขณะเผชิญ อันเนื่องมาจาก ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัดและผลข้างเคียงจากการรักษา การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมจากการที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ จึงเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต เป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ เกิดความวิตกกังวลขึ้น

2.3 ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากันขึ้นกับสิ่งที่มากระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ซึ่งความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีรวิทยา จิตใจหรืออารมณ์ ทางด้านพฤติกรรมและทางด้านสติปัญญา และการรับรู้ โดยแสดงอาการตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและอาการแสดงมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลในขณะนั้น สามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Kneisl, 1996; Peplau, 1968 cited in Varcarolis, 1998)

2.3.1 ความวิตกกังวลในระดับน้อย(mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับปกติที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้บุคคลมีการมองเห็น การได้ยิน สมมติและความจำดีขึ้น มีความอดทน อดกลั้นและตื่นตัวอยู่เสมอ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมุ่งมั่นและตั้งใจ มีการรับรู้ที่ถูกต้องแม่นยำ มีความคิดเป็นเหตุเป็นผล พยายามที่จะค้นหาแหล่งประโยชน์เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเล็กน้อย เช่น สัญญาณชีพเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อตึงตัวขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าว

บุคคลสามารถควบคุมและจัดการได้ด้วยตนเอง หรืออาจต้องการให้มีการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนเล็กน้อยก็สามารถควบคุมสถานการณ์ได้

2.3.2 ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (moderate anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในระดับที่บุคคลมีการรับรู้แคบลง และเลือกรับรู้เฉพาะที่สนใจหรือต้องการความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน หรือสัมผัสสัมผัสต่างๆลดลง การเรียนรู้และการแก้ไขปัญหายังสามารถทำได้แต่ไม่เต็มประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นการเผชิญปัญหาบางครั้งต้องอาศัยการประคับประคองช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจึงจะสำเร็จ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติของร่างกายเพิ่มมากขึ้น โดยมีความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ชีพจรและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ใจสั่น มีการกระตุ้นต่อมเหงื่อ กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น รู้สึกตึงเครียด มีอาการไม่สุขสบายทางกาย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร ปัสสาวะบ่อย ใจสั่น สีหน้าแสดงออกถึงความสนใจหรือกังวลอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

2.3.3 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้ทำให้การรับรู้แคบมาก หมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถจับสาระสำคัญหรือเชื่อมโยงเหตุการณ์ได้ การคิดมองสิ่งต่างๆแปรปรวนไปจากสภาพความเป็นจริง บางรายอาจสับสนควบคุมตนเองไม่ได้ เตรียมพร้อมสำหรับที่จะต่อสู้หรือหนี แยกตัวออกห่าง พูดจាក้าวร้าวและเร็ว รู้สึกถึงความหวาดกลัว ประสาทการรับรู้ไวต่อความรู้สึก เรียกร้องความต้องการขาดความสนใจต่อสิ่งรอบข้าง ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา

2.3.4 ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety) เกิดจากความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการระบายออกหรือแก้ไขให้ลดลง จึงมีการสะสมความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนถึงจุดที่บุคคลไม่สามารถจะทนต่อไปได้ ทำให้บุคคลนั้นมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม บุคคลจะอยู่ในภาวะขาดสติสัมปชัญญะ ตื่นตระหนก สับสน วุ่นวาย เกือบวกราดควบคุมตนเองได้น้อย การรับรู้น้อยมากและผิดไปจากความเป็นจริง มีอาการหลงผิดประสาทหลอน อ่อนเพลีย ไม่มีแรงและซึมเศร้า

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จะกระตุ้นให้บุคคลมีการตื่นตัว มีสมาธิ มีความตั้งอกตั้งใจและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าหากระดับความวิตกกังวลสูงมากขึ้นจนถึงระดับความรุนแรงที่สุด จะทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ ขาดการรับรู้ ไม่มีเหตุผล ขาดการแก้ไขปัญหา มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่รุนแรงก้าวร้าวและเป็นอันตราย หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจขึ้นได้

2.4 การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การถามคำถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือการใช้เครื่องมือในการประเมิน (Shuldham et al., 1995) เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น อาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลจะแสดงออกได้ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม การประเมินความวิตกกังวลนั้นจึงสามารถประเมินได้ทั้งทางสรีรวิทยา ประเมินด้วยตนเอง และประเมินได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกมา ดังนี้

2.4.1 การประเมินความวิตกกังวลจากสภาพทางสรีระ (Physiological measure of anxiety) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของชีพจร การตรวจคลื่นสมอง การขยายของม่านตา ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งการวัดความวิตกกังวลแบบนี้จะต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษของการวัด เช่น เครื่องมือวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Electrocardiograph) เครื่องมือวัดคลื่นสมอง (Electroencephalography) เครื่องมือวัดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (Electrocardiograph) นอกจากนี้ยังมีการวัดระดับ Catecholamine ใน plasma และปัสสาวะ ระดับ cortisol ใน plasma และการตอบสนองของผิวหนังต่อการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (Shuldham et al., 1995) เป็นต้น การวัดด้วยวิธีนี้ต้องอาศัยผู้ชำนาญทางการตรวจและการแปลผลการเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องมีความแม่นยำ ดังนั้นจึงมีความลำบากในการวัดความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้ เนื่องจากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรืออารมณ์ในลักษณะต่างๆ อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้เช่นเดียวกัน (Grimm, 1997) ดังนั้นระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.4.2 การประเมินความวิตกกังวลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลโดยให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งอาจเป็นการรายงานด้วยการตอบแบบสอบถาม การเขียน หรือรายงานด้วยวาจา เป็นการวัดความวิตกกังวลที่เป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึก แล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล การประเมินความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้สามารถใช้ได้สะดวกและได้ผลดี ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1) มาตรฐานวัดความวิตกกังวล Visual Analogue Scale of Anxiety (VAS) ของ Gaberson (1991) เป็นการถามภาพรวมของความวิตกกังวลโดยไม่มีความเฉพาะเจาะจงไปที่เรื่องราวหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เชื่อมโยงไปสู่ความวิตกกังวล เป็นมาตรฐานวัดความวิตกกังวลด้วยสายตาประกอบด้วยเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร วาดลงบนกระดาษ A4 โดยปลายสุดทางด้านซ้ายมือ แสดงถึงไม่มีความรู้สึกวิตกกังวล และความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นไปทางขวา

เมื่อจนถึงปลายด้านขวาสุด จะแสดงความวิตกกังวลมากที่สุด โดยผู้ที่ได้รับการประเมินความวิตกกังวลจะทำเครื่องหมายบนเส้น ตรงตำแหน่งที่แสดงถึงระดับความวิตกกังวลของตนเองในขณะนั้น ให้คะแนนตามการวัดความยาวจากจุดที่ไม่มีความวิตกกังวลไปจนถึงจุด ที่ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายไว้ ผู้ที่มีคะแนนมากจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย แบบประเมินนี้สามารถทำได้ง่าย แต่ในการวัดซ้ำ อาจไม่ใช่ความรู้สึกที่แท้จริง เพราะผู้ที่ทำแบบประเมินอาจจำได้ว่าครั้งแรกเคยทำเครื่องหมายไว้ที่ตำแหน่งใด (Brown, 1990)

2) Hospital Anxiety and Depression Scale(HAD) พัฒนาขึ้นโดยซิกมอนและสไนท์(Zigmon & Snaith, 1983 cited in Shuldham, Cunningham, Hiscock & Luscombe, 1995) ประกอบด้วยคำถามที่มีพื้นฐานอยู่ที่อาการของจิตที่แสดงถึงความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ทั้งหมด 14 ข้อคำถาม ใช้ประเมินความวิตกกังวลและความซึมเศร้าอย่างละ 7 ข้อ โดยคำถามข้อที่ 1, 3, 5, 7, 9, 11 และ 13 เป็นคำถามเพื่อประเมินในกลุ่มอาการวิตกกังวล ส่วนคำถามข้อที่ 2, 4, 6, 8, 10, 12 และ 14 เป็นคำถามเพื่อประเมินในกลุ่มอาการซึมเศร้า แต่ละข้อมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 การแปลผลนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกันและแปลผล โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 21 หากมีคะแนนต่ำแสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อย และหากมีคะแนนสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง เป็นแบบประเมินที่มีผู้นำไปหาความสัมพันธ์ในหลายงานวิจัย พบว่า มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง(ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพบูลสุทธิเดช, 2539)

3) แบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger มีชื่อเรียกว่า State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ซึ่ง Spielberger ได้สร้างขึ้นและนำมาใช้ในปี 1970 เรียกว่า STAI from X ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (form x-1) หรือแบบstate ซึ่งเป็นความวิตกกังวลในสถานการณ์หนึ่งๆที่เกิดขึ้นชั่วคราวมี 20 ข้อคำถาม ส่วนที่สองเป็นการประเมินความวิตกกังวลแฝง (form x-2) หรือแบบ trait ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่มีลักษณะคงที่ในตัวบุคคลมี 20 ข้อคำถาม และผู้สร้างเครื่องมือนี้ได้ปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดมาเรื่อยๆจนกระทั่งในปี ค.ศ. 1983 ได้ปรับเป็น STAI from Y ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ประกอบด้วย 2 ส่วนเช่นเดียวกับ STAI from X คือ

- แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory) เป็นการวัดระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์เฉพาะ
- แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (The Trait Anxiety Inventory) เป็นการวัดระดับความวิตกกังวลแบบแฝงซึ่งมีอยู่ประจำในบุคคลในทุกสถานการณ์

โดยในแต่ละชนิดของความวิตกกังวลจะประกอบไปด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้จาก 4 คำตอบ นับจากไม่มีความรู้สึกนั้นเลยจนถึงมีมากที่สุด คะแนนความวิตกกังวลค่าต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อย ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลมาก แบบวัดนี้ใช้ได้แพร่หลายในบุคคลหลายกลุ่ม มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับ และยังไม่มีปัญหาในการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม

2.4.3 การประเมินความวิตกกังวลจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก

(Behavioral measure of anxiety) ได้แก่แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่สร้างโดย Graham & Conley(1971) โดยประเมินจากการสังเกตถึงความแปรปรวนในด้านการเคลื่อนไหว การพูด เช่น พูดเร็วขึ้น พูดเสียงดัง การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความตึงเครียด การรับรู้ ความสอดคล้องของการทำงานของร่างกาย ความจำ โดยที่พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายในใจที่บุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ลุกลุกนอน ถอนหายใจ ร้องไห้และการขาดสมาธิ

จากการที่กล่าวมาข้างต้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือประเมินความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ของ Spielberger(1983) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในปัจจุบัณมาใช้ในการประเมินวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากแบบประเมินนี้มีความตรงและเหมาะสมกับการใช้ในการประเมินผู้ป่วย ซึ่งในประเทศไทยได้มีการนำมาใช้ในผู้ป่วยมากมายพบว่าไม่เกิดปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบถามและไม่ต้องใช้เวลาในการประเมินมากนัก

2.5 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ธรรมชาติของการดำรงชีวิต มนุษย์จำเป็นต้องดิ้นรนต่อสู้ เพื่อเผชิญปัญหาต่างๆอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมหรือการเปลี่ยนแปลงในตัวมนุษย์ ล้วนเป็นสิ่งรบกวนก่อให้เกิดความคับข้องใจ ชัดแย้ง วิตกกังวล เป็นผลให้บุคคลมีความตึงเครียดทางจิตใจและอารมณ์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งถือว่าเป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับกับอาการข้างเคียงของยาเคมีที่มีความรุนแรงค่อนข้างมาก (Blowers & Foy, 2009) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทาง ด้านร่างกายและจิตใจ ความวิตกกังวลเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่มักพบได้เสมอในผู้ป่วยมะเร็งเกือบทุกรายโดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูงประมาณร้อยละ 30 (So et al., 2009; Winnie et

al., 2010)) ซึ่งความวิตกกังวลจะพบได้ตั้งแต่การได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรกตลอดจนเสร็จสิ้นการรักษา (Trimmel et al., 2005) โดยผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลในระดับสูงก่อนการรับเคมีบำบัดในแต่ละครั้ง (Schlatter & Cameron, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความวิตกกังวลเกิดจาก การขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ขั้นตอนการรักษา และผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงเหล่านั้น ทำให้ไม่สามารถที่จะเผชิญและทนต่ออาการข้างเคียงได้ (Malone, 2007; Saraswathi et al., 2005) ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากความเชื่อที่ว่ามะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัว รักษาไม่หายขาดและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะรับการรักษา อีกทั้งลักษณะของโรคและการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันว่าจะได้ผลเต็มที่แม้ว่าจะได้รับการรักษาที่ดีที่สุดก็ยังมีโอกาสที่จะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำได้อีก (Winnie et al., 2010) ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาทางด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัญหาการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (Kurt & Unsar, 2011; เภญจรัตน์ ชีวพูนผล, 2547) การขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ปัญหาต่างๆเหล่านี้ จะส่งผลกระทบต่อแบบแผนและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้สูง (Ogce & Ozkan, 2008) นอกจากนี้การที่ต้องเข้ามาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในโรงพยาบาลเพียงลำพัง ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล ต้องพบกับบุคลากรและผู้ป่วยคนอื่นๆซึ่งเป็นบุคคลแปลกหน้า รวมทั้งต้องได้รับการรักษาอื่นๆที่ก่อให้เกิดความกลัวและความเจ็บปวด เช่น การเจาะเลือด การฉีดยา การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ประกอบกับการที่ได้รับการบริการจากบุคลากรหลายคน หมุนเวียนกันไปด้วยบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ เน้นความสำคัญที่เวลา โดยไม่ได้คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถระบายปัญหาความคับข้องใจ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นหรือขอความช่วยเหลือ ต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ สิ่งต่างๆเหล่านี้ก่อให้เกิดความตึงเครียดและความวิตกกังวลได้สูงซึ่งความวิตกกังวลในระดับที่สูงจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากระดับความวิตกกังวลที่สูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การรับรู้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ไม่มีสมาธิ เกิดการตัดสินใจ ผิดพลาดได้ (Sheldon et al., 2008; Tel et al., 2011) และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผิดนัด ปฏิเสธการรักษา หรือเลื่อนเวลาการมารับเคมีบำบัดในครั้งต่อไป ซึ่งมีผลกับความรุนแรงของโรค อาจทำให้โรคได้ลุกลามไปมาก ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วยได้ (ปริญาญา สนิกะวาที, 2542)

2.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสรุปได้ดังนี้

2.6.1 การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง เป็นสิ่งที่คุกคามและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เนื่องจากมะเร็งตามการรับรู้ของบุคคลทั่วไปถือได้ว่าเป็นโรคร้ายแรง เพราะไม่สามารถควบคุมการดำเนินของโรคหรือการแพร่กระจายของโรคได้ ไม่สามารถคาดหวังกับการรักษาที่แน่นอน(Hampton, 2000) นอกจากนี้ยังกลัวผลที่จะเกิดตามมาจากระยะมะเร็ง เช่น กลัวความเจ็บปวด กลัวความโดดเดี่ยว กลัวการแพร่กระจายของโรคและกลัวการพึ่งพา ซึ่งความกลัวเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล (Schmid-Buchi et al., 2011; Bernad et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร พงษ์มุล (2548) พบว่าปัญหาด้านสุขภาพจิตที่เกิดกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและพบมากที่สุดคือความกลัวการแพร่กระจายของมะเร็ง (ร้อยละ 96.7)และกลัวการกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 93.3)

2.6.2 การรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา การรักษาด้วยเคมีบำบัดถึงแม้ว่าจะให้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์หรือเกิดอาการข้างเคียงที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก(นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542) เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน การอักเสบในช่องปาก อ่อนล้าไม่มีแรง นอนไม่หลับ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ อาการต่างๆที่เกิดขึ้นทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ถูกจำกัดบทบาทหน้าที่เนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการดำเนินชีวิต ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น(Kurt & Unsar ,2011)ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลได้สูง(จิรวรรณ จบสุบิน, 2551) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ เช่น ผิวหนังและเล็บมีสีคล้ำขึ้น ผมร่วง ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการรับรู้ภาพลักษณะแตกต่างกันไป ขึ้นกับระยะพัฒนาการของบุคคล และการให้ความสำคัญกับอวัยวะที่สูญเสียไป ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกและความนึกคิดของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก(เบญจรัตน์ ชิวพูนผล,2547) ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการเข้าสังคม การเลือกชุดสวมใส่ การใช้ผมปลอมเพื่อให้มีบุคลิกเหมือนเดิมมากที่สุด สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น(จุฬารักษ์ กวีวิรัชย์, 2536)

2.6.3 การขาดข้อมูลและความรู้ เนื่องจากความเจ็บป่วยเป็นภาวะเครียดของบุคคล โดยเฉพาะการรับรู้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีการรับรู้และเข้าใจในโรคที่เกิดขึ้นถูกต้องมากเพียงใด รวมทั้งความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมากเท่าใดจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญหน้าและสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้และก่อให้เกิดความสมดุลทางด้านจิตใจของบุคคลนั้น โดยช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของบุคคลนั้น หากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตรงตามความเป็นจริง(สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) การขาดความรู้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วย

เกิดความวิตกกังวลได้สูงขึ้น จากการศึกษาของมาโลน(Malone, 2007)พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดครั้งแรก โดยผู้ป่วยมีความต้องการที่จะเรียนรู้ในเรื่องของโรค กระบวนการรักษา ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้น ลดความตึงเครียดและลดความวิตกกังวลลงได้ และจากการศึกษาของซาราวาตีและคณะ(Saraswathi et al., 2005) พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในเรื่องของผลข้างเคียงจากการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด กังวลว่าร่างกายไม่สามารถทนกับการรักษาได้ จึงมีความต้องการที่จะได้รับข้อมูลและการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อสามารถบรรเทาหรือลดความรุนแรงจากอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2.6.4 ความไม่แน่นอนต่อผลที่เกิดจากการรักษา ผู้ป่วยอาจกังวลถึงอาการที่เกิดขึ้น กังวลถึงผลการรักษาและกังวลว่าหลังการรักษาแล้วจะเป็นอย่างไร จะหายขาดหรือไม่ หรืออาจเกิดการกลับเป็นซ้ำ(นันทา กัญมาศ, 2538; Stephens et al., 2008) เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจะมีการรับรู้ว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและมีการเปลี่ยนแปลงของอาการบ่อยเมื่อได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย ทำให้ไม่สามารถคาดเดาถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นรวมทั้งการรักษาว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อใด เนื่องจากอาจมีการลุกลามของโรคหรือการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งความไม่แน่นอนในอนาคตและความไม่ชัดเจนนี้เป็นสาเหตุสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล (Schmid-Buchi et al., 2011)

2.6.5 สภาพเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาติดต่อกันทุกเดือนเป็นเวลานานประมาณ 6-8 เดือน ขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมี ระยะของโรคและตอบสนองต่อการรักษา(Blowers & Foy, 2009) ซึ่งผลข้างเคียงจากการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน มีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานหรือการประกอบอาชีพของผู้ป่วย(Tel et al., 2011) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ40-55ปี ซึ่งอยู่ในระยะการทำงานที่กำลังประสบความสำเร็จหรือมีความก้าวหน้า เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ต้องหยุดงานประจำชั่วคราว รวมทั้งการเข้าร่วมในกิจกรรมหรือบทบาททางสังคม ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ ผู้ป่วยบางรายมีความกังวลเกี่ยวกับหน้าที่การงานโดยกลัวว่า จะต้องถูกโยกย้ายงานหรือออกจากงานเนื่องจากสุขภาพอ่อนแอลงไม่สามารถทำงานหนักได้เช่นเดิม สิ่งเหล่านี้จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงขึ้นได้

2.6.6 การสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวพบว่า การที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ฟังที่ดี คอยให้กำลังใจและให้ความอบอุ่นเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวล จะช่วยให้ความวิตกกังวลลดลงได้ (Cormack, 1985 อ้างถึงในสุรศักดิ์ พุฒิวิณิชย์, 2545) ดังการศึกษาของภักจิรา รัชตะสังข์ (2547) ที่ศึกษาภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีภาวะวิตกกังวลมาก สอดคล้องกับการศึกษาของอะลอร่าและคณะ (Arora et al., 2007) พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องการมากที่สุดคือสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นคู่สมรสและบุตร (Saraswathi et al., 2005)

2.7 ผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองของระบบหลายระบบในร่างกาย (Multi system response) ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีความเครียดหรืออันตราย จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางจิตใจ และระบบต่างๆของร่างกายซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้ (Kneisl, 1996; Johnson, 1993; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

2.7.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีและสรีรวิทยา เป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพื่อตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น โดยจะมีอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกาย ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วและถี่ขึ้น หายใจตื้นและเร็ว เหงื่อออกตัวเย็น ปวดศีรษะ ความอยากอาหารลดลง ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง ปวดท้อง และมีผลให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำลง เป็นต้น

2.7.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยจะมีอารมณ์ตึงเครียด อึดอัด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โมโหง่าย กระวนกระวาย วิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง และรู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีผู้ช่วยเหลือ เป็นต้น

2.7.3 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เมื่อมีความวิตกกังวล พฤติกรรมที่แสดงออกจะมีหลายรูปแบบ เช่น สีหน้าแสดงความวิตกกังวล พูดเร็วและย้าถ้อยคำ กระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง รู้สึกไม่เป็นมิตร แยกตัวหรือถอยหนีจากเหตุการณ์ เก็บกดความรู้สึกภายในจนกลายเป็นซึมเศร้า เป็นต้น

2.7.4 การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด สติปัญญา การรับรู้ ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจะมีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ขอบเขตของการรับรู้จะแคบลง ความคิดหมกมุ่น ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย ความจำลดลง ความสามารถในการตัดสินใจและการแก้ปัญหาลดลงรวมทั้งการรับรู้โดยประสาททั้ง 5 ลดลง

จะเห็นได้ว่าผลของความวิตกกังวลก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อบุคคลได้มาก ทั้งระบบความคิด การเรียนรู้ ความรู้สึก และประสิทธิภาพในการทำงาน สุขภาพร่างกายและจิตใจ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีพฤติกรรมแสดงออกแตกต่างกันไป ขึ้นกับการรับรู้ การแปลความหมาย ของเหตุการณ์และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น และระดับความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อ ปฏิบัติการตอบสนองที่แตกต่างกัน ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือก็จะพัฒนาไปสู่ระดับความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรงที่สุดได้ ซึ่งมีผลต่ออาการปรับตัว พฤติกรรม สมาธิ ความจำได้

2.8 บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวล

เนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีความซับซ้อนของการรักษา เคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริมวิธีหนึ่งที่ทำให้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น แต่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานและมีผลข้างเคียงจากยาเคมีค่อนข้างรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ดังนั้นการดูแลผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อลดความความวิตกกังวลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น จึงต้องอาศัยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของโรคและกระบวนการรักษาที่ทันกับการรักษาของแพทย์ รวมถึงต้องมีความชำนาญและทักษะขั้นสูงในการให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องครอบคลุม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตของการรักษา โดยการบูรณาการความรู้ ทักษะทางคลินิก หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการศึกษาวิจัยและทฤษฎีการพยาบาลต่างๆมาประยุกต์และวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย(สมจิต หนูเจริญกุล, 2553) โดยบทบาทพยาบาลมีดังต่อไปนี้

1. บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล(Direct Care) เป็นผู้ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ประเมินและวิเคราะห์ปัญหา บูรณาการความรู้และให้ข้อมูลในเรื่องเกี่ยวกับโรค การรักษา การบรรเทาอาการข้างเคียงในระหว่างการรักษาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งทำหน้าที่สนับสนุนทางด้านจิตใจโดยร่วมกับแพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา กำหนดเป้าหมายเพื่อวางแผนการดูแลที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมตามปัญหาที่พบ รวมทั้งการสร้างพลังอำนาจและการให้กำลังใจในการรักษาแก่ผู้ป่วย

2. บทบาทของการให้คำปรึกษา (Consultation) ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ และแนะนำแหล่งประโยชน์แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิกฤต ให้คำปรึกษา

ทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาบริเวณที่ต้องการความช่วยเหลือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาลเพื่อความร่วมมือในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และค้นหาปัญหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพและเสนอแนะแนวทางหรือการปรับเปลี่ยนแนวทางการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. บทบาทด้านการสอน(Teaching)และฝึกทักษะ(Coaching) ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและครอบครัว มีการพัฒนาสื่อในการให้ข้อมูลเป็นคู่มือและสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัว โดยผู้วิจัยสอนและสาธิตการฝึกทักษะให้กับสมาชิกครอบครัวในเรื่องการสัมผัสที่มีประสิทธิภาพพร้อมกับการใช้คำพูดที่สื่อให้เห็นถึงการให้กำลังใจ และคำแนะนำในการปรับทัศนคติที่มีต่อยาเคมีบำบัดในเชิงบวกเพื่อนำไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติให้กับผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวล รวมทั้งสอนให้ความรู้ชี้แนะและเป็นพี่เลี้ยงแก่นักศึกษาพยาบาลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

4. บทบาทด้านงานวิจัย (Researcher) ศึกษาวิจัย ติดตามและรวบรวมผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมาประยุกต์ใช้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การลดอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดด้วยการรับประทานผลไม้รสเปรี้ยวหรือดื่มน้ำสมุนไพรอุ่นๆเช่น น้ำขิง น้ำมะขาม(อุบล จ๋วงพานิช, 2553) การอมน้ำแข็งระหว่างให้ยาเคมีบำบัดเพื่อป้องกันการอักเสบของเยื่อช่องปาก (Svanberg et al., 2010)

5. บทบาทด้านจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพพยาบาล โดยใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย ในการตัดสินใจในประเด็นปัญหาต่างๆและช่วยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการดูแลรักษา มีการประเมินความเสี่ยงและประโยชน์ของแต่ละทางเลือก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรมและปลอดภัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยการใช้การสัมผัสจากครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและมีความผูกพันกับผู้ป่วยมากที่สุดเนื่องจากการสัมผัสไม่ว่าจะเป็นการจับมือ จับแขน โอบไหล่และการพูดให้กำลังใจปลอบโยนจะเป็นการถ่ายทอดความรู้สึกที่มีความหมายมากกว่าคำพูดรวมทั้งเป็นการส่งความรู้สึก

ที่ดีไปสู่ผู้รับสัมผัส ทำให้เกิดความอบอุ่นใจ ผ่อนคลายและเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับสัมผัสโดยเฉพาะถ้าได้รับการสัมผัสจากบุคคลอันเป็นที่รักหรือครอบครัว ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลต่างๆที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิตได้

3. แนวคิดการสัมผัส

3.1 ความหมาย

การสัมผัส(Touch) เป็นการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Nonverbal communication) เป็นการสื่อสารทางกายสัมผัสที่ก่อให้เกิดความรู้สึก ซึ่งในบางสภาพการณ์สามารถชี้แจงความรู้สึกที่มีความหมายมากกว่าการใช้คำพูด โดยมีความหมายแตกต่างกันออกไปตามเชื้อชาติและวัฒนธรรม ได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายการสัมผัสไว้ดังนี้

การสัมผัส ตามพจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปีพ.ศ.2542 ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการถูกต้องที่ทำให้เกิดความรู้สึก การกระทบกัน การแตะต้อง

บาร์เนท (Barnett, 1972) ได้กล่าวถึงการสัมผัสไว้ดังนี้

1. เป็นกลไกของการติดต่อสื่อสาร ซึ่งก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การได้ติดต่อสื่อสารและมีความเข้าใจในข่าวสารนั้น การติดต่อสื่อสารก็จะมีผลเป็นอย่างมาก
2. เป็นวิธีการติดต่อสื่อสาร โดยมีผิวหนังเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ มีบทบาทในการสร้างสัมพันธภาพ และเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษาพยาบาล
3. เป็นพื้นฐานในการก่อให้เกิดการติดต่อสื่อสาร โดยในเด็กแรกเกิดจะมีการติดต่อสื่อสารครั้งแรกกับสิ่งแวดล้อม จากการสัมผัสกับร่างกายของมารดาและสัมผัสกับมือของแพทย์และพยาบาล การพัฒนาความเชื่อมั่นและความไว้วางใจจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของการสัมผัสในตอนต้น
4. เป็นวิธีการสื่อสารทางอารมณ์ที่สามารถถ่ายทอดความรู้สึกต่างๆ เช่นความรักหรือความเกลียดไปยังบุคคลอื่นได้
5. เป็นวิธีการสื่อสารทางความคิด ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ดังเช่นประสบการณ์สัมผัสตั้งแต่แรกเริ่มของเด็กทารกจะช่วยพัฒนาร่างกายและสติปัญญาได้

กู๊ดคูนทซ์(Goodykoontz, 1979) กล่าวว่า การสัมผัสเป็นรูปแบบของการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด ซึ่งเมื่อนำการสัมผัสมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถช่วยในการส่งเสริมสุขภาพและช่วยในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยได้

เมสันและเพร็ตต์ (Mason & Pratt, 1980) กล่าวว่า การสัมผัสเป็นการกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมผัสได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ เพื่อช่วยให้รู้สึกบรรเทาเบาบางลง

โทวา และแคสเมเยอร์(Tovar & Cassmeyer, 1989) กล่าวว่า การสัมผัส คือ การใช้มือ และต้อง กระแทกกันจากมือของพยาบาลกับร่างกายผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดความสุขสบาย และผ่อนคลาย

ลักษณะ ธรรมไพโรจน์ (2532) กล่าวว่า การสัมผัสเป็นการสื่อสารสัมพันธ์ทางกายอย่างหนึ่ง เป็นแนวทางของการพบปะหรือเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น เป็นทางหนึ่งของการแสดงออกถึงความรู้สึก หรือการนำบางสิ่งไปยังบุคคลอื่น เช่น ความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ หรือการดูแลเอาใจใส่

จากความหมายต่างๆของการสัมผัสดังกล่าวมาแล้วนั้น พอสรุปได้ว่า การสัมผัสเป็นการติดต่อสื่อสารทางกายอย่างหนึ่ง เป็นการถูกต้องกัน เพื่อถ่ายทอดความรู้สึกและเป็นการแสดงถึงความหมายของการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย ความเข้าใจ การปลอบโยน การให้กำลังใจ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้ผู้รับสัมผัสเกิดความรู้สึกสบายใจ มั่นใจ อบอุ่น มีกำลังใจและรู้สึกว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้ความหมายของการสัมผัส อาจจะเป็นได้ทั้งความหมายในทางบวกหรือทางลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะต่างๆของการสัมผัส ท่าทีของผู้ป่วยในการได้รับการสัมผัสว่า ต้องการจะบอกอะไรจากการสัมผัสนั้นๆและขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ที่ถูกสัมผัสที่จะแปลความหมายของการสัมผัสที่ได้รับแต่ละครั้งด้วย

3.2 ชนิดของการสัมผัส

การสัมผัสเป็นการถ่ายทอดความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจและกำลังใจให้กับผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือบรรเทาความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น การสัมผัสสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยได้มีผู้ศึกษาและแบ่งชนิดต่างๆของการสัมผัสไว้ดังต่อไปนี้คือ

กูตตีคูนท์ (Goodykoontz, 1979) ได้แบ่งการสัมผัสออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การสัมผัสขณะปฏิบัติการรักษาพยาบาล (procedural touch) เป็นการสัมผัสที่พยาบาลใช้เมื่อมีการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การเช็ดตัว การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การทำแผล การฉีดยา การจับชีพจร การวัดความดันโลหิต เป็นต้น การสัมผัสในลักษณะนี้จะมีจุดมุ่งหมายในเรื่องของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดตามการรักษาและการวินิจฉัย รวมทั้งเป็นการประเมินทางการพยาบาล ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดภาวะตึงเครียดแก่ผู้ป่วยได้

2. การสัมผัสที่ไม่ใช่ขณะปฏิบัติการพยาบาล (non procedural touch) ซึ่งเป็นการสัมผัสที่พยาบาลได้ให้แก่ผู้ป่วยโดยเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เพื่อเป็นการเกื้อหนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ เป็นการสัมผัสขณะพูดคุย สนทนาซักถามหรืออธิบายข้อมูลต่างๆ หรือเป็นการสัมผัสเพียงอย่างเดียวโดยปราศจากการสนทนาก็ได้

เบลคเลย์ และเอดินเบิร์ก (Bradley & Edinberg, 1986) ได้แบ่งการสัมผัสออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสัมผัสขณะปฏิบัติการพยาบาล (procedural touch)
2. การสัมผัสที่ไม่ใช่ขณะปฏิบัติการพยาบาล (non procedural touch)
3. การสัมผัสเพื่อการดูแล (caring touch) ซึ่งเป็นการสัมผัสที่ผสมผสานความรู้สึกต่าง ๆ กัน เป็นการกระทำการสัมผัสทางกาย และเป็นตัวแทนในระดับสูง ที่เป็นมิติของวิธีการรักษาด้วยการสัมผัส ซึ่งอาจรวมความรู้สึกรักใคร่ ห่วงใย การสนับสนุนค้ำจุนทางอารมณ์ การหยอกเย้า และการเข้าใจถึงความรู้สึกอารมณ์ผู้อื่น (empathy)

เอสทาบรูกส์ (Estabrooks, 1989) แบ่งการสัมผัสออกเป็น 3 ชนิด

1. การสัมผัสเพื่อการดูแล (caring touch) เป็นการสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ มีการตอบสนองต่อการสัมผัสในทางที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย อาจทำได้โดยการจับมือ แขน และไหล่ของผู้ป่วย เป็นต้น

2. การสัมผัสเพื่อการทำงาน (task touch) เป็นการสัมผัสในขณะปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการสัมผัสกับผู้ป่วย โดยการสัมผัสในลักษณะนี้ อาจจะนุ่มนวลหรือรุนแรงก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพอารมณ์ของพยาบาล และสถานการณ์ในขณะให้การพยาบาลนั้นๆ

3. การสัมผัสเพื่อการป้องกัน (protective touch) เป็นการสัมผัสเพื่อการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายของผู้ป่วย รวมทั้งร่างกายและอารมณ์ของพยาบาล ดังนี้

3.1 การปกป้องร่างกายของผู้ป่วย เป็นลักษณะของการควบคุม ผูกมัด เพื่อมิให้เกิดอันตราย เช่น การผูกมัดเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออก เป็นต้น การสัมผัสในลักษณะนี้ก่อให้เกิดการรับรู้ในด้านลบ ซึ่งผู้ป่วยอาจตอบสนองโดยการต่อต้านได้

3.2 การปกป้องร่างกายของพยาบาล เป็นการสัมผัสในลักษณะให้การพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับพยาบาล เช่น การสวมถุงมือสัมผัสผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น

3.3 การปกป้องอารมณ์ของพยาบาล เป็นลักษณะของการหลีกเลี่ยงการให้การสัมผัสผู้ป่วยขณะที่พยาบาลเกิดความตึงเครียดในการปฏิบัติงาน เพราะความตึงเครียดที่มีอยู่จะถูกถ่ายทอดไปสู่ผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ต่อการสัมผัสในด้านลบได้

จากการที่มีผู้แบ่งการสัมผัสออกเป็นชนิดต่างๆ สามารถสรุปได้ว่าการสัมผัสในทางการพยาบาลนั้นมี 2 ลักษณะด้วยกันคือ

1. การสัมผัสเพื่อการทำงาน (procedural touch) เป็นการสัมผัสที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล หรือเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การจับชีพจร การพลิกตัว การเช็ดตัว การทำแผล การฉีดยา เป็นต้น

2. การสัมผัสเพื่อการดูแล (caring touch) เป็นการสัมผัสที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ ที่พยาบาลใช้ในการประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย และภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น การสัมผัสที่นุ่มนวล มีความจริงใจ และผสมผสานความรู้สึกห่วงใย ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น การยอมรับ อาจทำโดยการจับมือหรือแขนของผู้ป่วยร่วมกับการพูดคุย หรือกระตุ้นด้วยคำพูดที่ให้กำลังใจ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และสุขสบาย เพราะการสัมผัสจะสื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยมิได้โดดเดี่ยวอยู่เพียงลำพัง ยังมีพยาบาลเป็นเพื่อนอยู่ใกล้ๆพร้อมที่จะรับฟังและให้ความช่วยเหลือ

จะเห็นได้ว่าการสัมผัสเพื่อการดูแล (caring touch) นี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความอบอุ่น สามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี ลดความวิตกกังวล และกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น

สรีรวิทยาของการสัมผัส

เมื่อมีการสัมผัสเกิดขึ้น จะเป็นการกระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึก (Sensory receptor) ที่กระจายอยู่ตามผิวหนังทั่วร่างกาย อวัยวะรับความรู้สึกนี้จะมีความไวมาก แม้น้ำหนักสัมผัสเพียงเล็กน้อยก็สามารถรับรู้ความรู้สึกให้รับรู้การสัมผัสได้ เมื่อมีการสัมผัสเกิดขึ้นจะเป็นการกระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึก ที่ผิวหนัง กระแสความรู้สึกสัมผัสนั้นจะถูกส่งไปตามทางเดินของกระแสประสาทสัมผัส (Nervous Pathway) ไปยังระบบประสาทส่วนกลางในสมองส่วน Thalamus เพื่อส่งกระแสประสาทไปสู่ Cerebral Cortex ในส่วนของประสาทรับความรู้สึกทางกายส่วนคอร์เทกซ์ (Somato Sensory Cortex) ที่บริเวณสมองใหญ่กึ่งบน (Parietal Lobe) เพื่อแปลผลการรับรู้ของการสัมผัส ซึ่งประสาทรับความรู้สึกทางกายส่วนคอร์เทกซ์นี้ จะมีบริเวณรับความรู้สึกทางกาย 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่งทำหน้าที่ในการบอกตำแหน่งที่มีการสัมผัส และบริเวณรับความรู้สึกทางกาย

ส่วนที่สองทำหน้าที่ในการบอกรายละเอียดของสิ่งที่มาสัมผัสว่าเป็นอะไร ผลของการสัมผัสจะยับยั้งการทำงานของไฮโปทาลามัส ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ โดยไฮโปทาลามัสจะทำงานร่วมกับประสาทอัตโนมัติ การสัมผัสจะเป็นการกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) หลั่งนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrin) และกระตุ้นให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nervous system) หลั่งอะซิติลโคลีน (acetylcholine) ออกมา ซึ่งพบว่าการมีระดับนอร์อิพิเนฟรินในร่างกายมาก จะทำให้บุคคลมีอาการดีขึ้น ส่วนการสัมผัสที่เหมาะสมจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง และเพิ่มอุณหภูมิที่ผิวหนัง (Tovar & Cassmeyer, 1989) ดังจะเห็นได้ว่าการสัมผัสส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการสัมผัสที่เหมาะสมจะส่งผลในด้านบวก ทำให้เกิดความผ่อนคลาย

3.3 หลักปฏิบัติในการสัมผัส

ในการสัมผัสผู้ปวยนั้นจะต้องมีหลักในการปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อให้การสัมผัสเกิดประโยชน์มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพสูงสุด การสัมผัสที่เหมาะสมจะส่งผลในด้านบวก ซึ่งไวส์ส (Weiss, 1979) ได้กล่าวถึงภาษาของการสัมผัส (The Language of Touch) ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่เป็นหลักในการสัมผัสที่มีคุณภาพดังนี้

3.3.1 ตำแหน่งในการสัมผัส (Location) คือ ส่วนของร่างกายที่ได้รับการสัมผัส ซึ่งในแต่ละตำแหน่งจะให้ความหมายแตกต่างกัน และมีความไวในการรับสัมผัสไม่เท่ากัน มักพบว่าบริเวณใบหน้าและมือเป็นบริเวณที่มีการรับความรู้สึกชัดเจน เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีใยประสาทนำเข้ามาส่วนตำแหน่งของร่างกายที่ได้รับการสัมผัสมากที่สุดคือ บริเวณมือ หน้าผาก แขนและไหล่

3.3.2 ช่วงระยะเวลา (Duration) คือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มทำการสัมผัสจนถึงสิ้นสุดการสัมผัส การสัมผัสในช่วงเวลาสั้นๆ จะไม่เป็นการให้เวลาที่เพียงพอที่จะทำให้การสัมผัสนั้นกระทำได้อย่างสมบูรณ์ การสัมผัสในช่วงเวลาที่นานขึ้น ทำให้ร่างกายมีโอกาสรับการกระตุ้นเพิ่มขึ้นและเพิ่มระดับความเชื่อมั่นในตนเอง สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมได้มีผู้ศึกษา ผลของการสัมผัสโดยใช้เวลาที่แตกต่างกัน เช่น ภัทพร ขำวิชา (2534) ใช้เวลาสัมผัสเพียง 10 นาที เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด และ ทศนีย์ เชื่อมทอง (2542) ใช้เวลาสัมผัสร่วมกับกระตุ้นด้วยคำพูด 20 นาที เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

3.3.3 การกระทำ (action) คือ การกระทำที่แสดงถึงอัตราหรือความเร็วของการสัมผัสบนผิวหนัง การสัมผัสทันทีที่ทันใดต่อร่างกายจะมีผลให้เกิดแรงต้านของกล้ามเนื้อ และอาจจะมีผล

ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ถูกสัมผัสได้ ส่วนการสัมผัสที่ค่อยเป็นค่อยไป จะให้ความรู้สึกที่ดีแก่ผู้ถูกสัมผัสมากกว่า

3.3.4 ความแรง (intensity) ความแรงของการสัมผัสที่มีต่อผิวหนังจะมีทั้งขนาดแรงปานกลาง หรือแผ่วเบา การสัมผัสที่มีทั้งความแรงและความแผ่วเบาสลับกันไป จะมีผลในการเสริมสร้างความมั่นคงและความเป็นตัวของตัวเอง ดังนั้นความแรงในการสัมผัสจึงควรมีทั้งความแรงและแผ่วเบา แต่ต้องไม่เบาจนเกินไปหรือไม่แรงจนก่อให้เกิดความเจ็บปวด

3.3.5 ความบ่อย (frequency) คือ จำนวนครั้งที่แต่ละบุคคลได้รับการสัมผัส จะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคง และเพิ่มความรู้สึกไว้วางใจ รวมทั้งเพิ่มความสามารถทางด้านความคิดและอารมณ์ สำหรับความเหมาะสมของจำนวนครั้งของการสัมผัสนั้น เพอร์ส (Pearce, 1988) ได้กล่าวว่า การสัมผัสประมาณ 5 ครั้ง จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งข่าวสารได้ดีกว่าการติดต่อข่าวสารโดยใช้คำพูด ส่วนความเหมาะสมของระยะเวลาของการสัมผัสแต่ละครั้ง ยังไม่มีรายงานที่ระบุไว้อย่างชัดเจน

3.3.6 ความรู้สึก (sensation) เป็นปฏิกิริยาของผิวหนังต่อการสัมผัส จะมีปฏิกิริยาที่รู้สึกสบายหรืออาจไม่สบายก็เป็นได้ ถ้าการสัมผัสด้วยความรู้สึกที่ดี เห็นอกเห็นใจ เต็มใจและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ให้การสัมผัสได้ ก่อให้เกิดความพึงพอใจและพัฒนาไปในทางบวก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสัมผัส

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสัมผัสสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านสถานการณ์(situational factors) ได้แก่

1.1 บริบทของการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งอาจหมายถึง สิ่งแวดล้อมรอบๆโดยทั่วไปของการมีปฏิสัมพันธ์ เช่น สถานที่ เนื้อเรื่องในการสนทนา ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการยอมรับหรือการตอบสนองต่อการสัมผัส(Oliver & Redferm, 1991)

1.2 บทบาทของผู้ที่ให้การสัมผัส โดยวัตสัน(Watson, 1972 cited in Hollinger & Buschmann, 1993) พบว่าบทบาทหรือสถานะของผู้ให้การสัมผัสอาจจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้การสัมผัสได้

1.3 ระยะเวลาเป็นส่วนตัวของบุคคล การที่บุคคลหนึ่งมีพฤติกรรมที่ก้าวล้ำเข้าไปในความเป็นส่วนตัวของบุคคลหนึ่ง อาจได้รับการตอบสนองไปในรูปของการปฏิเสธ(Estabrooks & Morse, 1994) ทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้านการสัมผัสได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอยู่ในช่วงระยะห่างที่เหมาะสม ซึ่งช่วงที่เหมาะสมคือ ระยะ 6-18 นิ้ว (Goodykoontz, 1979) แต่อย่างไรก็ตามควรมีการ

สังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อการสัมผัสของผู้ป่วย เช่น การแสดงออกทางสีหน้า การสบตา การเคลื่อนไหวร่างกาย ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและน้ำเสียง ทั้งนี้เพื่อปรับการใช้การสัมผัสให้เหมาะสม (Tovar & Cassmeyer, 1989)

1.4 อิทธิพลทางวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมในการสัมผัสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้การสัมผัส (McCann & McKenna, 1993) ถึงแม้ว่าการสัมผัสจะเป็นการสื่อสารที่ดี แต่บางวัฒนธรรม การสัมผัสบางลักษณะถือเป็นสัมผัสที่ต้องห้าม เช่นในสังคมไทย ถือว่าผู้อ่อนวัยกว่าไม่ควรตบไหล่หรือจับศีรษะผู้ที่สูงวัยกว่า หรือหญิงไม่ควรสัมผัสชายเกินความจำเป็นในที่สาธารณะ เป็นต้น ฉะนั้นการสัมผัสจึงควรพิจารณาให้สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ ด้วย

2. ปัจจัยส่วนบุคคล(personal factors) ได้แก่

2.1 อายุ (age) การสัมผัสและการยอมรับการสัมผัสสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามอายุและความสมบูรณ์ของพัฒนาการ แม้ว่าความต้องการการสัมผัสจะไม่ได้ลดลงตามอายุ (McCann & McKenna, 1993) แต่การรับรู้การสัมผัสมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุได้ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ อาจจะมีการรับรู้การสัมผัสลดลง เนื่องจากความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินลดลง ทำให้การแปลผลเกิดความผิดพลาดได้ (Goodykoontz, 1979)

2.2 เพศ (gender) พบว่าการสัมผัสของพยาบาลให้ความหมายไปในทางมิตรภาพ แต่อาจหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเพศตรงข้าม เนื่องจากเกรงว่าผู้รับสัมผัสจะแปลความหมายของการสัมผัสเป็นการกระตุ้นทางเพศ (Argyle, 1994 cited in McCarthy, 1998) แต่จากการศึกษาของศิริพันธ์ สุคนธรัตน์ (2527) พบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชายรับรู้ว่าการสัมผัสของพยาบาลเป็นการสัมผัสเพื่อให้กำลังใจและปลอบใจ เป็นการปฏิบัติในลักษณะของวิชาชีพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

2.3 ทศนคติที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัส ขึ้นอยู่กับความเชื่อทางสังคมและประสบการณ์ที่ได้รับจากการสัมผัสว่าจะได้รับสัมผัสในด้านบวกหรือลบ ซึ่งประสบการณ์ของแต่ละบุคคลกับการได้รับการสัมผัสมีอิทธิพลสำหรับการแสดงออกในปัจจุบัน

2.4 สถานภาพทางสังคม (social status) สถานภาพทางสังคมของผู้ที่ร่วมปฏิสัมพันธ์ในการสัมผัส อาจจะมีอิทธิพลต่อการแสดงการสัมผัสที่ได้รับ (McCann & McKenna, 1993)

2.5 ความรู้สึกในขณะที่ให้การสัมผัส การสัมผัสจะมีประสิทธิภาพได้นั้น ผู้ให้การสัมผัสต้องมีใจสงบและให้การสัมผัสด้วยความมั่นใจ เต็มใจ เนื่องจากการสัมผัสสามารถถ่ายทอด

ความรู้สึกทางอารมณ์จากผู้ให้การสัมผัสไปสู่ผู้รับสัมผัสได้ เพราะหากสัมผัสด้วยความรู้สึกไม่เป็นสุข กังวลใจ จะทำให้ผู้รับสัมผัสรู้สึกถูกคุกคามได้

2.6 ต้องมีความเชื่อและแน่ใจในประโยชน์ของการสัมผัส จึงจะสามารถให้การสัมผัสด้วยความเชื่อมั่นและตั้งใจ จะทำให้การสัมผัสนั้นมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

3.4 ประโยชน์ของการสัมผัส

การสัมผัสถึงแม้ว่าจะเป็นการใช้มือแตะต้องเนื้อตัวกันเท่านั้น แต่ก็ก่อให้เกิดความหมายกับผู้ที่ได้รับการสัมผัสเป็นอย่างมาก ยังมีการสัมผัสอีกรูปแบบหนึ่ง คือ การสัมผัสเพื่อการรักษา (Therapeutic Touch) ซึ่งต่างจากการสัมผัสในรูปแบบธรรมดา (Touch) ซึ่งเรียกรวมการสัมผัสนี้ว่า สัมผัสบำบัด เนื่องจากเป็นการสัมผัสที่ผู้สัมผัสใช้มือในการส่งถ่ายกระแสพลังงาน(โดยไม่ได้จับต้องร่างกายของผู้ป่วย) ช่วยบำบัดโรคแก่ผู้ป่วยเพื่อลดปวดและลดความวิตกกังวล การสัมผัสเพื่อการรักษานี้ ผู้ใช้จะต้องมีสมาธิและมีความตั้งใจอย่างสูง และต้องได้รับการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ(Jackson et al., 2008) ซึ่งแตกต่างจากการสัมผัสในรูปแบบธรรมดา เพราะการสัมผัสในรูปแบบธรรมดาคือเป็นการสัมผัสที่ใช้มือจับต้องร่างกาย เป็นการสื่อสารที่แสดงถึงจุดประสงค์เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ ความอบอุ่น ไม่ต้องตั้งใจให้มันเป็นสมาธิ เพียงแต่ทำให้สงบ มีความตั้งใจที่จะถ่ายทอดความรู้สึกที่ดี ให้กับผู้รับการสัมผัสด้วยความเต็มใจ การสัมผัสธรรมดานี้จะไม่เกี่ยวข้องกับพลังงาน(Energy)ในตัวหรือระหว่างบุคคล แต่เป็นการสัมผัสด้วยใจที่สามารถถ่ายทอดพลังใจส่งผ่านมือลงไป อีกทั้งผู้ให้การสัมผัสไม่จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนมาก่อน แต่เป็นเพียงทักษะของการสัมผัสในขณะปฏิบัติแล้วทำการประเมินเพื่อปรับปรุงให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ซึ่งการสัมผัสในรูปแบบธรรมดาสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ได้ดังนี้ (ศิริพันธ์ สุคนธรินทร์, 2527)

3.4.1 การสัมผัสก่อให้เกิดการพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และบุคลิกภาพ ในทารกแรกเกิด การสัมผัสจะเป็นการติดต่อสื่อสารเริ่มแรก โดยได้รับประสบการณ์ของการสัมผัสจากการกอด การตบเบาๆ ซึ่งจะมีผลทำให้มีการเติบโตในระยะเริ่มแรกทั้งร่างกายและจิตใจ วัยทารกและวัยเด็กเป็นวัยที่ต้องการการสัมผัสมากที่สุด เมื่อโตขึ้นความต้องการนี้จะลดลง แต่เมื่อมีปัญหาทางจิตใจหรือไม่สบาย จะแสวงหาความอบอุ่นและความมั่นคงทางใจ การสัมผัสจะช่วยตอบสนองความต้องการนี้ได้

3.4.2 การสัมผัสก่อให้เกิดการพัฒนาการในด้านความรัก ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ เช่น การสัมผัสของมารดาที่มีต่อลูก เป็นการให้ความรู้สึกของอารมณ์และความรักต่อเด็ก ทำให้เด็กมีความเชื่อมั่นและไว้วางใจ ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี และพัฒนาการในทางที่ดี

3.4.3 การสัมผัสช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการจับมือ จับแขน โอบไหล่ การลูบ หรืออื่นๆก็ตาม สิ่งเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้แก่กันและกันระหว่างผู้ให้การสัมผัสและผู้รับ

3.4.4 การสัมผัสเป็นการแสดงถึงการอนุญาต และการกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมผัสได้พูดระบายความรู้สึกอัดอั้นเพื่อช่วยให้บรรเทา รับรู้ว่ามีผู้เข้าใจปัญหาและความทุกข์ที่เขาเผชิญอยู่

3.4.5 การสัมผัสก่อให้เกิดความอบอุ่นใจและความสุขสบาย บุคคลที่รู้สึกว่าจะเจ็บเหงาว่าเหว่ย่อมต้องการความอบอุ่นใจให้กับตนเอง การได้รับการสัมผัสด้วยความตั้งใจจริง จะก่อให้เกิดความอบอุ่นใจต่อผู้ได้รับการสัมผัสเป็นอย่างมาก ซึ่งการสัมผัสจะมีความหมายและมีประสิทธิภาพต่อด้านจิตใจมากกว่าคำพูด และแม้แต่ผู้ที่อยู่ในภาวะตึงเครียด และความเจ็บปวด การได้รับการสัมผัสก็จะทำให้สุขสบายได้ เนื่องจากการสัมผัสช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ และบรรเทาความเจ็บปวดได้อีกด้วย (ธิดารัตน์ คำบุญ, 2551)

จากประโยชน์ของการสัมผัสที่กล่าวมานี้ แสดงให้เห็นว่าการสัมผัสนั้นมีประโยชน์สำหรับมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิด โดยมีผลต่อพัฒนาการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพและอื่นๆ ซึ่งเป็นส่วนประกอบของตัวบุคคล นอกจากนี้การสัมผัสยังช่วยดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี คลายความเครียดและความวิตกกังวล เกิดความอบอุ่นใจและกำลังใจแก่ผู้ที่ได้รับการสัมผัสโดยเฉพาะ ถ้าได้รับการสัมผัสจากบุคคลอื่นเป็นที่รักหรือครอบครัว ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลจึงสามารถนำการสัมผัสมาประยุกต์ใช้และถ่ายทอดให้ครอบครัวได้ปฏิบัติได้ เนื่องจากเป็นเทคนิคที่ไม่ซับซ้อน เรียนรู้ได้ง่าย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจและรับรู้ถึงความรัก ความห่วงใยและความเอื้ออาทรที่ได้รับได้สัมผัสจากครอบครัว

4. แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว (Family participation / involvement)

ครอบครัว โดยทั่วไปนั้นหมายถึง ผู้ที่อยู่ร่วมครัวเรือนคือ สามี ภรรยาและบุตรเป็นต้น (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2523) เน้นความหมายที่มุ่งแสดงถึงคนที่อยู่ร่วมครัวเรือน แต่คณะอนุกรรมการครอบครัว ในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ(อ้างถึงใน สายสุรีย์ จุติกุล, 2539) ได้กำหนดความหมายของครอบครัวเนื่องในปีครอบครัวสากล พ.ศ. 2533 ว่า “ครอบครัว” คือ กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางจิตใจและอารมณ์ในการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งการพึ่งพิงกันทางสังคมเศรษฐกิจ และมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือสายเลือด ซึ่งเป็นการที่แสดงให้เห็นถึงมิติของหน้าที่และความสัมพันธ์ในครอบครัวมากกว่าโครงสร้างของครอบครัวในเรื่องสถานที่และกลุ่มบุคคล

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2553) อธิบายว่า ครอบครัวคือกลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่น้อง สามี ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรม ประเพณีเดียวกัน เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่งของบุคคล มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว บทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมีมาช้านานตั้งแต่โบราณกาล ถือเป็นค่านิยมและความรับผิดชอบของคนในครอบครัวที่ให้การดูแลกันและกัน มิใช่เพียงเฉพาะบิดามารดาต้องดูแลบุตรที่เจ็บป่วย แต่รวมถึงการที่บุตรดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วย คู่สามีภรรยาที่ดูแลกันและกัน พี่น้องดูแลกัน เมื่อคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ปัจจุบันความสำคัญในบทบาทนี้ของครอบครัวมิได้ลดน้อยลง แม้บริบทครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป สมาชิกครอบครัวต้องทำงานนอกบ้าน ความเชื่อและค่านิยมเรื่องบุญคุณ ความกตัญญูและความรับผิดชอบต่อการดูแลกันเมื่อเจ็บป่วยในครอบครัวยังคงมีอยู่ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ, 2542)

แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดเรื่องการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยที่ต้องการพึ่งพา ซึ่งเป็นลักษณะการพยาบาลในบริบทของครอบครัว โดยเป็นการสนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกันแบบหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพในทุกระดับการดูแล ที่มุ่งหวังให้การดูแลมิได้เน้นเฉพาะผู้ป่วยเพียงคนเดียว แต่ยังให้ความสำคัญในทุกมิติของผู้ป่วยซึ่งมีความหมายรวมถึงสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย (ชลิตา ธนัฐธีรกุล, 2546) เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวสามารถเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รุจา ภูไพบูลย์, 2542) ถือเป็นหลักการสำคัญของการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ที่ผสมผสานการให้การดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณซึ่งเป็นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552)

4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation / involvement)

การให้ความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation / involvement) ขึ้นกับมุมมองของผู้ศึกษาแต่ละบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายประการดังนี้

Lee & Craft (2002) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความร่วมมือกันระหว่างสมาชิกครอบครัวกับพยาบาลในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยโดยครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่งที่บ้าน

Friedman (1997) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวหมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ กระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ สนับสนุนชี้แนะแนวทาง สอน ดูแลช่วยเหลือ รวมทั้งมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย

Hupeey (1999) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการที่ครอบครัวได้แสดงบทบาทให้การช่วยเหลือสนับสนุน ให้การดูแลปกป้อง ให้กำลังใจ รวมทั้งเป็นตัวแทนในการตัดสินใจให้ผู้ป่วยขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถสื่อสารได้

ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ(2539) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยว่า เป็นการไ้ระบบสัมพันธ์ภาพให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการพยาบาล

โสพรรณ โพทะยะ(2544) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการที่สมาชิกครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยในขณะที่อยู่โรงพยาบาล โดยครอบคลุมกิจกรรมการดูแลตั้งแต่ด้านร่างกายจนถึงการดูแลที่มีความซับซ้อน รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูล การตัดสินใจ การต่อรองกับเจ้าหน้าที่ที่ร่วมในการดูแลผู้ป่วย

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเป็นรูปแบบการพยาบาลที่สมาชิกครอบครัวได้มีโอกาสในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมในลักษณะที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวและพยาบาล โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการสนับสนุน กระตุ้น ให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาและร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

บทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ(role of family participation / family involvement)

ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญที่สุดในการมีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ดังนั้นจึงมีผู้ศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ได้อธิบายไว้ดังนี้

มัลลิกา มัตติโก (2530) ได้อธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

1. ครอบครัวต้องดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ไปจนถึงการวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อน และครอบครัวจะต้องปฏิบัติในเรื่องการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างเป็นอิสระไปจนถึงการปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. ครอบครัวต้องดูแลส่งเสริมสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัวทุกคน และช่วยแบ่งเบาภาระงานของสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย
3. ครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่ายๆ ในการวินิจฉัยโรคและทำการรักษาเบื้องต้น อุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ ยา ปรอท เครื่องวัดความดันโลหิต แก้วชี้เข็ม เตียง เป็นต้น
4. ครอบครัวมีอำนาจในการเลือก และตัดสินใจว่าควรให้การดูแลในรูปแบบใดที่จะไม่เป็นอันตรายต่อสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีการและการปฏิบัติการณ์การดูแลที่เหมาะสมถูกต้องแก่สมาชิกในครอบครัว
5. ครอบครัวจะต้องมีความรู้ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกที่เจ็บป่วย ซึ่งสามารถหาความรู้ได้จากแหล่งข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยต่างๆ ได้จาก หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์และสื่อออนไลน์

องค์ประกอบในการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ส่วนประกอบที่สำคัญของการพยาบาลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Shelton & Stepanek, 1995 อ้างถึงใน อัมราภรณ์ ภูระยา, 2551) คือ

1. บุคคลแต่ละบุคคลเป็นสมาชิกของครอบครัวโดยถาวร แต่ผู้ใช้บริการหรือระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ หรือภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล
2. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ไม่ว่าจะเป็นการดูแลที่โรงพยาบาล บ้าน และชุมชน
3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่สมบูรณ์ และไม่ลำเอียงระหว่างครอบครัวและวิชาชีพในการให้การสนับสนุนบุคคลตลอดเวลา
4. ยอมรับ ตระหนัก ให้เกียรติ และเคารพในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศักยภาพ และความเป็นบุคคล ทั้งภายในและระหว่างครอบครัวทุกๆ ครอบครัว ได้แก่ ความแตกต่างในเชื้อชาติ ศาสนา สังคม เศรษฐกิจและแหล่งที่อยู่อาศัย
5. สร้างความมั่นใจว่าระบบบริการและการสนับสนุนทางสังคม มีความยืดหยุ่น สามารถ

เข้าไปใช้บริการได้

6. ให้การพยาบาลเป็นปัจเจกบุคคล
7. มีความยืดหยุ่นสำหรับความต้องการของครอบครัว

เมื่อพิจารณาแนวคิดของการดูแลจะเห็นว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานซึ่งเป็นหน่วยรับผิดชอบดูแลบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพา ครอบครัวเปรียบเสมือนเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคล ปัจจัยต่างๆในระบบครอบครัวจึงมีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ปัจจัยเหล่านี้เป็นความคาดหวังหรือแหล่งประโยชน์ของครอบครัว พยาบาลจึงจำเป็นต้องดูแลบุคคลทั้งครอบครัว เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลได้ในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง

วิธีการส่งเสริมการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว(Shelton & Stepanek, 1995 อ้างถึงใน อัมราภรณ์ ภูระย้า, 2551) ได้แก่

1. ส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยและจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย
2. ให้ความมั่นใจว่า ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพและเปิดโอกาสให้พวกเขาได้มีการตัดสินใจร่วมวางแผนในการดูแลรักษาพยาบาล
3. ให้การพยาบาลดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่เกิดการเปลี่ยนแปลง
4. ให้อิสระแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเลือกตามความต้องการของตนเองและมีสิทธิ์ในการเลือกเป้าหมายของตนเอง
5. ผู้ดูแลให้การดูแลโดยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว
6. มีความยืดหยุ่นสำหรับความต้องการของครอบครัว
7. ให้กำลังใจและเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว
8. ให้การยอมรับต่อความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัว
9. ไม่แยกผู้ป่วยออกจากครอบครัวหรือเครือญาติและส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวหรือญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วย
10. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและประเมินผลการดูแล

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การพยาบาลสามารถประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพด้วยดี เมื่อพยาบาลให้การพยาบาลโดยเน้นให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางและให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลควรปฏิบัติตามวิธีการส่งเสริมการดูแลโดยการให้ครอบครัวมี

ส่วนร่วม การดูแลจากครอบครัวด้วยใจรักและด้วยความผูกพันจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นการเพิ่มศักยภาพเพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุน ให้ข้อมูลที่เหมาะสม ให้ความรู้ด้วยการสอน ชี้แนะ พัฒนาทักษะที่จำเป็น หาแหล่งประโยชน์สนับสนุน ให้กำลังใจและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ สมาชิกครอบครัวในการพัฒนาความสามารถ จะทำให้ครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยในแต่ละระยะได้อย่างเหมาะสม

การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมีผู้ศึกษาไว้หลากหลายกลุ่มผู้ป่วย เช่น กลุ่มเด็กป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความซับซ้อนไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ ด้วยตนเอง ตลอดจนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเป็น การส่งเสริมให้ครอบครัวมีความแข็งแกร่งโดยผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ครอบครัวและผู้ป่วย การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นของการ เจ็บป่วยจะทำให้ครอบครัวมีการเรียนรู้ถึงการดูแลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแล ตลอดจนสามารถดูแลต่อเองที่บ้านได้ (วลัยนารี พรหมลา, 2553) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านต่างๆ เช่น การแลกเปลี่ยนข้อมูล การวางแผนและ การตัดสินใจ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล(ดุขฎี ใจโปร่ง, 2548; รุจี รัตนเสถียร, 2550) และการ ประเมินผลการมีส่วนร่วมดูแล(ชลาทิพย์ ทองมอญ, 2549) เนื่องจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดจากอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากโรคและ ผลที่ตามมาจากการรักษาทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนล้า และความปวด (Sungur et al, 2010) ทางด้านจิตใจ เช่น ภาพลักษณ์ ความสัมพันธ์ของคู่สมรส ความวิตกกังวล เกี่ยวกับอนาคตและความไม่แน่นอน จึงต้องการได้รับการดูแลจากครอบครัว(Schmid-Buchi et al., 2011) และต้องการที่จะให้ครอบครัวได้มีส่วนช่วยเหลือดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ต้องการอยู่ ใกล้ชิด และต้องการได้รับกำลังใจจากครอบครัว (อัมภิกา นาไวย์, 2551) ถึงแม้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้น อาจจะไม่รุนแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิต แต่ก็ยังเป็นสิ่งหนึ่งที่บั่นทอนกำลังใจผู้ป่วยซึ่งจากการศึกษา ของอรันทาเมนดิและเคอเนย์(Arantzamendi & Kearney, 2003) ที่ศึกษาถึงความต้องการ ทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดตามการรับรู้ของพยาบาลจำนวน 8 ราย จากพยาบาลที่ทำงานหน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอกแห่งหนึ่งในประเทศสก็อตแลนด์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่มีผลกระทบต่อ ร่างกายค่อนข้างรุนแรง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก

โดยความต้องการจะมีในระดับสูง ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษาจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยพบว่าการที่สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลก่อให้เกิดผลดีหลายประการ ได้แก่ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง รู้สึกผ่อนคลาย เกิดความอบอุ่น มีกำลังใจและให้ความร่วมมือในการรักษา (Bultz et al., 2000; พิกุล เจริญสุข, 2549) ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีระดับการฟื้นฟูที่ดีและมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2538) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าไม่ถูกทอดทิ้งเกิดความผาสุกจากการเอาใจใส่จากครอบครัวและเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน (Kuijer et al., 2004; Yildirim & Kocabiyik, 2010) สำหรับสมาชิกครอบครัวพบว่าการได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย การได้รับทราบข้อมูล ได้อยู่ใกล้ชิด พุดคุยและสัมผัสตัวผู้ป่วยช่วยให้ความเครียด ความวิตกกังวลลดลง และมีความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Northouse et al., 2002) ผลที่ตามมาคือ สมาชิกครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ซึ่งเท่ากับเป็นการเตรียมความพร้อมของครอบครัวเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้ (รัมภรดา อินทร, 2538)

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) ได้อธิบายถึงการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ว่าเป็นการที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติจริงและปรารถนาที่จะปฏิบัติในการดูแลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นเนื้อหาแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองครอบคลุมทั้งประเภท องค์ประกอบและกิจกรรมของการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย ในการดูแลรักษาเด็กป่วย ถ้าสิ่งที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะปฏิบัติกับสิ่งที่ได้รับอนุญาตจากพยาบาล ให้ปฏิบัติมีความสอดคล้องกัน จะทำให้ผู้ปกครองมีความเครียดลดลง และทำให้เกิดความมั่นใจที่จะดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยได้อย่างไม่ลังเล เพราะครอบครัวได้รับทราบข้อมูล อาการที่เปลี่ยนแปลง วิธีการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาล และการได้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล ทำให้ได้ทราบแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป แนวคิดนี้ปัจจุบันได้มีการนำมาปฏิบัติดูแลผู้ป่วยอย่างกว้างขวาง โดยนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มีความต้องการการพึ่งพาจากครอบครัวในการดูแล ซึ่งสามารถอธิบายได้ถึงกิจกรรมต่างๆ ตามการศึกษาของเชปปี้ (Schepp, 1995) ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (participation in routine) เป็นการที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติกิจกรรมที่ได้ร่วมทำเป็นประจำให้กับผู้ป่วยขณะที่ได้รับการ

รักษาในโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองของความต้องการด้านร่างกายที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย โดยสมาชิกครอบครัวต้องได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระดับที่ต้องการ จากการศึกษาของ Eriksson & Lauri, 2000 ที่ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งพบว่า สมาชิกครอบครัวให้ความสำคัญกับการเดินทางมาโรงพยาบาลพร้อมกับผู้ป่วย เพื่อที่จะได้ดูแลเอาใจใส่และให้ความช่วยเหลือในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ช่วยเหลือในด้านการจัดเตรียมอาหารและเครื่องดื่ม ช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน การดูแลความสะอาดโดยทั่วไป ความสะอาดของสิ่งแวดล้อม การช่วยพาลุกเดินเข้าห้องน้ำ การสัมผัสและการพูดให้กำลังใจผู้ป่วย

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล(participation in technical care) หมายถึงการที่ครอบครัวได้เข้าร่วมในการดูแลเมื่อผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆขณะรับรักษาในโรงพยาบาล การได้อยู่ใกล้ชิด ได้ช่วยเหลือหรือประคับประคองผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำเป็นประจำ เช่น การปลอบโยนให้กำลังใจร่วมกับการสัมผัสในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งช่วยสังเกตอาการผิดปกติ ดังเช่นการศึกษาของกาโรสเตและคณะ(Garrouste-Orgeas et al., 2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในหน่วยวิกฤตของโรงพยาบาลเซนต์โยเซฟ (Saint Joseph Hospital) ประเทศฝรั่งเศสพบว่าสมาชิก ครอบครัวมีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล เช่น การนวดเบาๆ การสัมผัส การเช็ดตัว การดูแลความสะอาดช่องปาก การทาโลชั่น สิ่งเหล่านี้ทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจมากขึ้นในการทำกิจกรรมการพยาบาลให้กับบุคคลที่ตนรัก ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจและเกิดทักษะจากประสบการณ์ในการดูแลมากขึ้น

3. การมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์(participation in information sharing) หมายถึงการที่ครอบครัวได้มีโอกาสให้หรือรับหรือสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรพยาบาล รวมทั้งเป็นบุคคลกลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพในเรื่องต่างๆ เช่นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วย การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การได้รับแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลรักษา และการได้รับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามความเป็นจริง เป็นกิจกรรมที่เน้นให้เห็นถึงการให้ข้อมูลที่มีความชัดเจนและต่อเนื่อง โดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจของครอบครัว และเป็นการประเมินถึงความต้องการความช่วยเหลือของสมาชิกครอบครัว เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับ

การรักษาด้วยเคมีบำบัด มักจะได้รับผลกระทบที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ดังนั้นทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาจึงมีความจำเป็นต้องรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือแม้แต่ว่าข้อมูลส่วนตัวจากครอบครัวเพื่อช่วยให้การรักษาผู้ป่วยเพิ่มประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเกิดผลกระทบกับผู้ป่วยน้อยที่สุด ดังการศึกษาของดอตต์เฮอร์ตี (Dougherty, 2010) พบว่าสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการคือการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลในข้อคำถามและคำตอบที่ชัดเจนและเป็นความจริงจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับ แผนการรักษา การแจ้งให้ครอบครัวได้รับทราบในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง การบรรเทาอาการข้างเคียงที่เหมาะสม เช่น ความปวด การช่วยเหลือและการสนับสนุนในการเผชิญกับปัญหา การได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งการได้พูดคุยกับแพทย์ที่รักษาทุกวัน เพื่อที่ครอบครัวจะได้เตรียมความพร้อมพร้อมกับสิ่งที่ไม่แน่นอนในอนาคตได้

4. การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมในการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย (participation in decision making) หมายถึงการที่สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมพิจารณาการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจ วิธีการรักษา การช่วยผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษาต่อหรือไม่ โดยคำนึงถึงผลดีและผลเสียของผู้ป่วยก่อนการตัดสินใจ (Hubbard et al., 2010)

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาดูแล และได้ร่วมแสดงความคิดเห็นหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และพยาบาล การให้การสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวที่ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเอาใจใส่และความห่วงใยในช่วงเวลาแห่งภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งจากการที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลนั้น ทำให้เพิ่มศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยด้วย

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถจำแนกได้ 3 ด้าน ดังนี้

4.2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วย

1) ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เร้าตรงที่กระตุ้นให้ครอบครัวต้องมีการปรับตัวและคุกคามต่อภาวะสมดุลต่อสมาชิกครอบครัวที่

ดูแล โดยที่อาการและความรุนแรงของอาการผิดปกติของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทำให้ครอบครัวมีความวิตกกังวล ส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างปกติ(ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541) และจากการศึกษาของลี(Li, 2000)พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีผลต่อความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงจะทำให้ครอบครัวมีความปรารถนาในการมีส่วนร่วมในการดูแลมาก แต่จากการศึกษาของจอห์นเซน (Jonsen et al, 2000) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยพบว่า ครอบครัวที่ดูแลจะหลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเนื่องจากความรุนแรงของโรค ซึ่งครอบครัวมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสิ่งที่เกิดขึ้น จึงไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาได้

2) ความสัมพันธ์กับครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวที่มีความใกล้ชิด จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวต้องการที่จะเข้าไปดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะหากมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมาก่อนด้วยความรักและผูกพัน จะทำให้สมาชิกครอบครัวมีความมุ่งมั่นและเต็มใจให้การดูแล ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวถือเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมที่อยู่ใกล้ชิดและมีส่วนสนับสนุนผู้ป่วยมากที่สุด (Garrouste-Orgeas et al, 2010) จากการศึกษาของจิรัฐดา กาญจนสถิตย์กุล(2552)ที่ศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โดยพบว่าผู้ที่ เป็นบุตรซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงที่สุด โดยมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพ การวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและแก้ปัญหาร่วมกับทีมพยาบาล ทำให้การฟื้นฟูสภาพเป็นไปอย่างรวดเร็ว และการที่ครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีความเข้าใจ มีสัมพันธ์ภาพที่ดี มีการรับรู้ปัญหาซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย อบอุ่นใจ นอกจากนี้ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเครียดลดลง มีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น สมาชิกครอบครัวเกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตนเอง นอกจากนั้นยังเป็นการแสดงถึงการตอบแทนบุญคุณ และแสดงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณด้วย

3) ทักษะจิตของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยที่จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Garrouste-Orgeas, 2010 ที่ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะให้ครอบครัวอยู่ด้วยเพื่อทำกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้รับความสุขสบาย เช่น การเช็ดตา การดูแล

ความชุ่มชื้นของริมฝีปากและการนวดเบาๆและการศึกษาของทัศนีย์ กลิ่นน้อย(2552)พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความปรารถนาที่จะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการทำผ่าตัดส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องตั้งแต่ 3 เดือนถึง 1 ปี เพื่อรับยาเคมีบำบัด ฉายแสงหรือฮอร์โมนบำบัด ซึ่งต้องเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ต่อการรักษา มีร่างกายอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียนรับประทานอาหารไม่ค่อยได้จนซูบผอม เสียภาพลักษณ์ ผอมร่วง ไม่มั่นใจในตนเองรวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรและการดำเนินชีวิตปกติ จึงต้องการให้บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวอยู่ช่วยเหลือเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการเอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิดจากสามีและครอบครัว เพื่อให้มีกำลังใจไปรับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

4.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับครอบครัว

1) ลักษณะของครอบครัว ในสังคมไทยจะมีลักษณะของความเป็นเครือญาติ มีความรัก ความผูกพัน ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมากกว่าครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัวหลายคน โอกาสที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบทั้งการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยและหน้าที่แทนผู้เจ็บป่วย เพื่อให้เกิดสมดุลในครอบครัวคงไว้ซึ่งบทบาท หน้าที่ และโครงสร้างของครอบครัวมากกว่าครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิกในครอบครัวน้อย ดังนั้นจึงทำให้การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจึงมีโอกาสน้อยกว่า (พิกุล เจริญสุข, 2549) แต่ในปัจจุบันสังคมไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นเมื่อประสบกับการเจ็บป่วย ทำให้ขาดแหล่งสนับสนุนจากเครือญาติ ครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาแต่เพียงลำพัง ซึ่งมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (Lee & Recenberg, 2002)

2) ปัจจัยภายในของครอบครัว ได้แก่ สภาวะสุขภาพและภาระหน้าที่อื่นของสมาชิกครอบครัว เช่น ภาระหน้าที่ในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เหลือ ภาระหน้าที่ในการรับผิดชอบหน้าที่อื่นภายในครอบครัว และภาระหน้าที่ในงานประจำ โดยผู้ดูแลที่มีความสมบูรณ์ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจเข้มแข็ง ไม่มีความเจ็บป่วยใดๆ ย่อมมีพลังและมีความพร้อมต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553)ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรวี เตือนดาว(2547)ที่ศึกษาถึงความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า สมาชิกครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย มีความจำเป็นที่จะต้องดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจไปควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้สมาชิกครอบครัวพยายามดูแลตนเองด้วยการพยายามรับประทานอาหาร แสวงหาสิ่งบำรุงรักษาร่างกายและทำ

จิตใจให้ปลอดโปร่ง ไม่คิดมาก ไม่ให้มีโรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้นหรือให้เกิดน้อยที่สุด เพื่อที่จะมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3) รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญอันดับต้นๆของการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ยิ่งถ้าการเจ็บป่วยในครั้งนี้เป็นบุคคลหลักที่หารายได้ให้กับครอบครัว ทำให้บุคคลอื่นในครอบครัวต้องทำหน้าที่แทน เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมเป็นภาระของครอบครัวที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวมีส่วนสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดีหรือมั่นคงมักรับรู้ถึงภาระการดูแลได้มากกว่าครอบครัวที่มีเศรษฐกิจไม่มั่นคง เพราะครอบครัวที่มีรายได้สูงมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่า (Montgomery et al., 1985 อ้างถึงในฐิติน ชิวพูนผล, 2541) จากการศึกษาของเอคเบิร์กและคณะ (Ekberg et al., 1986) ที่ศึกษาภาวะความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า รายได้หรือเศรษฐกิจภายในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดและทำให้มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้มาก

4) ทักษะคติของสมาชิกครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ทักษะคติเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ จากการศึกษาทางวิจัยเกี่ยวกับทักษะคติของครอบครัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยของอะซูลเลย์และคณะ (Azoulay et al., 2003) พบว่าสมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกอยากมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบครัวสามารถกระทำได้คือ การเช็ดตัว การให้อาหารและการดูดเสมหะ ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดและมีความพึงพอใจเช่นเดียวกับการศึกษาของบุญตา ถาวรวัชรกุล (2552) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการดูแลกับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ซึ่งทัศนคติในการดูแลที่ดีจะมีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับสูง ในขณะที่เดียวกัน ผู้ที่มีทัศนคติในการดูแลไม่ดีจะมีการสนับสนุนของครอบครัวในระดับต่ำ การที่บุคคลในครอบครัวได้แก่ คู่สมรสหรือบุตร หรือพี่น้องหรือญาติหรือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีทัศนคติในการดูแลที่ดีให้กับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมซึ่งมีความสำคัญมากจะช่วยทำให้ครอบครัวยอมรับผู้สูงอายุและเต็มใจที่จะช่วยเหลือหรือปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างดี และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุ ทำให้สมาชิกครอบครัวที่ดูแลมองเห็น

คุณค่าในตนเอง ลดความตึงเครียดด้านจิตใจ อารมณ์ และมีการปรับตัวต่อการดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น ซึ่งผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจะมีการแสดงออกที่ดี

5) ระดับการศึกษา สามารถแสดงถึงความต้องการของบุคคลแตกต่างกัน สมาชิกครอบครัวที่มีการศึกษาสูงมักจะตระหนักถึงปัญหาและมีความเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการศึกษาและจากประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นคว้าหาความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูล ความรู้ต่างๆ สามารถเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี (ฤทัย แสนสี, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ กิตติโสภาคกุล (2539) เกี่ยวกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่ดูแล ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การศึกษาสูงจะทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและมีการปฏิบัติในการดูแลที่ถูกต้องและมีส่วนร่วมได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

4.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคลากรพยาบาล

บุคลากรพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นบุคคลสำคัญที่จะส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

1) การให้ข้อมูลของพยาบาล ซึ่งการให้ข้อมูลที่ชัดเจนของพยาบาลสามารถทำให้ครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลเข้าใจ เกิดความมั่นใจในการทำบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า สมาชิกครอบครัวส่วนหนึ่งยังคงต้องการข้อมูลที่ชัดเจน โดยพยาบาลมักอธิบายเพียงว่าต้องทำอะไรบ้าง แต่มักจะไม่แนะนำว่าทำอย่างไร (กนกรัตน์ เนตรไสว, 2547) จึงทำให้ครอบครัวมีความรู้ในการปฏิบัติไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวบางรายมีความรู้ดีเกี่ยวกับอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้รักษาผู้ป่วย จึงอยากได้รับข้อมูลและคำแนะนำก่อนที่จะมีส่วนร่วมในการดูแล (Eriksson & Lauri, 2000) ดังนั้น การจัดระบบพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้จึงเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง

2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล และลักษณะท่าทีของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลและครอบครัวน้อย รวมทั้งท่าทีของพยาบาลที่ห่างเหินและภาระงานที่มี

มาก ทำให้ครอบครัวรู้สึกเกรงใจ ไม่อยากรบกวนเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ จึงไม่กล้าที่จะซักถาม ข้อมูลให้ชัดเจนและวิธีปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของกนกรัตน์ เนตรใสว (2547) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้สมาชิกครอบครัวไม่กล้าแสดงบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ ทีมสุขภาพ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะพฤติกรรมการแสดงออกของทีมสุขภาพและสัมพันธภาพที่มีต่อกัน จากการศึกษาที่พยาบาลพูดกับสมาชิกครอบครัวด้วยคำพูดที่ไม่เหมาะสม และท่าทีของพยาบาลที่ไม่ เต็มใจให้ความช่วยเหลือ ทำให้การทำงานร่วมกันจึงไม่ราบรื่นและทำให้ครอบครัวไม่กล้าเข้ามายุ่ง เกี่ยว ไม่กล้าซักถามหรือขอความช่วยเหลือใดๆจากพยาบาลบางคน รวมทั้งทำให้เกิดความลำบาก ใจในการทำงานร่วมกัน

3) ทักษะคติของพยาบาลมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทัศนคติใน ทางบวกทำให้พยาบาลแสดงออกถึงความเต็มใจและสนใจที่จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ส่วนทัศนคติในทางลบคือ มีความคิดว่าการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมใน การดูแลจะทำให้การทำงานยุ่งยากขึ้น จึงทำให้ขาดการติดต่อประสานงานกันระหว่างครอบครัว และทีมการพยาบาล โดยในลักษณะดังกล่าวนี้มีผลทำให้เกิดการยับยั้งการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้ (Laitinen & Isolae, 1996) จากการศึกษาของวรรณกรรมพบว่า ทัศนคติของบุคลากรที่ให้การพยาบาลส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นด้านบวกต่อการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจากการศึกษาของทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงษ์ (2538) พบว่าผลของการ ส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมี การฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันรวมทั้งทำให้ญาติมีความ พึงพอใจต่อการพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล เจริญสุข (2549) ที่พบว่า สัมพันธภาพที่ ดีระหว่างครอบครัวกับเจ้าหน้าที่ในท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความคุ้นเคยกับครอบครัว ทำ ให้ครอบครัวกล้าที่จะพูดคุยสอบถามและอยากจะทำมาดูแลผู้ป่วยโดยที่ไม่รู้สึกลำบากใจ แต่จาก การศึกษาของอะเซาเลย์และคณะ (Azoulay et al., 2003) พบว่ามีบุคลากรพยาบาลบางส่วนไม่ เห็นด้วยกับการให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านกิจกรรมการพยาบาล เพราะคิดว่าอาจก่อให้เกิดความเสี่ยง เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและทำให้คุณภาพทางการพยาบาล ลดลง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยด้านกิจกรรมการพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อ มีการฝึกเพื่อให้เกิดทักษะและความชำนาญโดยบุคลากรพยาบาล มีการติดตามและเฝ้า ประเมินอย่างใกล้ชิด

บทบาทการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว การดูแลสุขภาพของครอบครัว บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและและการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วย ในการทำกิจกรรมต่างๆ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องรวมทั้งการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ปัญหาของครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยได้แก่ การได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการผลข้างเคียงจากการรักษา และการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ขาดการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล มีภาวะตึงเครียดจากการให้การดูแลผู้ป่วย และประสบกับปัญหาหลายๆ ด้านทั้งด้าน สุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม สิ่งที่ครอบครัวคาดหวังจากบุคลากรสุขภาพ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาล การสอน การแนะนำ ให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เป็นการพัฒนาความสามารถของครอบครัวและเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจและพยายามดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

4.3 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้นมีทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.3.1 ประโยชน์ต่อผู้ป่วย

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล จะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา (Cole et al., 1998) จะทำให้คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่ถูกทอดทิ้ง มีความอบอุ่นมีกำลังใจ และรับรู้ได้ถึงความรัก ความห่วงใยจากสมาชิกครอบครัว ทำให้เข้าใจสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ของการเจ็บป่วยมากขึ้น เกิดความร่วมมือในการรักษา (จันทรา พรหมน้อย, 2547; วลัยนารี พรหมลา, 2553) ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพทางกายที่ดีขึ้น (รัมภรดา อินทร, 2539)

4.3.2 ประโยชน์ต่อครอบครัว

การมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวเป็นการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และยังส่งผลดีต่อครอบครัวตั้งแต่วะยะแรก ทำให้ครอบครัวลดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2550) และจากการที่สมาชิกครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดและรับรู้ถึงอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำ

ให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกภูมิใจและสามารถสนับสนุนผู้ป่วยได้เต็มที่ (ดุษฎี ใจโปร่ง, 2548) ส่งผลให้มีการฟื้นหายเร็วขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจ (สุมนา แสนมาโนช, 2541) นอกจากนี้ยังเป็นโอกาสดีที่ครอบครัวได้มีการเรียนรู้ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตอบข้อสงสัยต่างๆ ทำให้เพิ่มความมั่นใจในความรู้ด้านสุขภาพ เกิดพฤติกรรมการดูแลที่คงทน เพิ่มพลังอำนาจให้ครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพของครอบครัวต่อเนื่องในระยะยาวได้

4.3.3 ประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์

จากในสถานการณ์ในปัจจุบัน แทบทุกโรงพยาบาลจะประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรพยาบาล ทำให้พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่แบกรับภาระงานที่หนักมาก ดังนั้นการสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจึงมีประโยชน์อย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวรักและเป็นห่วง จึงทำให้มีความต้องการที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง ประกอบกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเองเป็นบุคคลใกล้ชิดคุ้นเคย อยู่ร่วมในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยมาตลอด จึงเป็นผู้ที่รู้จักผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้สามารถช่วยเหลือดูแลหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงตามที่แท้จริงและครบถ้วนมากกว่าพยาบาลซึ่งเป็นคนนอกครอบครัว นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในบางกิจกรรมที่พอทำได้ ช่วยในการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย ช่วยสื่อความต้องการของผู้ป่วยให้กับพยาบาล และมีส่วนทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ดีขึ้น (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระในการปฏิบัติการพยาบาลประจำวันบางอย่างที่ครอบครัวสามารถกระทำได้ ลดความไม่พึงพอใจจากการบริการและลดข้อร้องเรียนที่อาจเกิดขึ้นได้ (พิกุล เจริญสุข, 2549)

4.4 โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

โปรแกรมการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นรูปแบบการพยาบาลที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรพยาบาล เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดรวมทั้งเป็นการเชื่อมต่อการรักษาให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาจากแนวคิดของเชปปี้ (Schep, 1995) ร่วมกับแนวคิดการสัมผัสของไวส์ (Weiss, 1979) เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับทีมสุขภาพ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือ

ทางด้านจิตใจร่วมกับการสัมผัส ทำให้ผู้ป่วยมีขวัญและกำลังใจที่ดีขึ้น ลดความวิตกกังวลลง โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินปัญหาและความต้องการ

เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ใช้คำถามปลายเปิดในการพูดคุย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวล รวมทั้งประเมินความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดเป้าหมายวางแผนการดูแลร่วมกัน ระหว่างครอบครัว ผู้ป่วยและทีมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

2. การเตรียมความพร้อมครอบครัวในการดูแล ประกอบด้วย

2.1 การให้ความรู้

ผู้วิจัยให้ความรู้กับครอบครัวและผู้ป่วย ในเรื่องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวระหว่างรับเคมีบำบัด สาเหตุและผลกระทบของความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับเคมีบำบัด การสัมผัส หลักปฏิบัติในการสัมผัสและประโยชน์ของการสัมผัส ลักษณะและสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย โดยผ่านทางคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัวและPowerpoint

2.2 การพัฒนาทักษะ

เป็นการฝึกปฏิบัติการสัมผัส ผู้วิจัยสอนและสาธิตการสัมผัสให้กับสมาชิกครอบครัวเพื่อนำไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติให้กับผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยมีขั้นตอนการสัมผัสดังนี้ การสัมผัสบริเวณมืออย่างนุ่มนวลและเป็นธรรมชาติ การจับมือ การกุมมือ การบีบมือด้วยน้ำหนักเบาแรงสลับกัน การลูบ การตบเบาๆบริเวณหลังมือ(ใช้เวลาในการสัมผัสแต่ละครั้งประมาณ 1-2 นาที จำนวนครั้งและระยะเวลาแล้วแต่ความเหมาะสมของสถานการณ์นั้น) ร่วมกับการพูดคุยอย่างเอื้ออาทร ลักษณะของคำพูดที่ใช้ควรสื่อให้เห็นถึงความหมายของการดูแลเอาใจใส่ ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ คำปลอบใจ การให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา ให้คำแนะนำในการปรับทัศนคติที่มีต่อยาเคมีบำบัดในเชิงบวก โดยใช้ น้ำเสียงที่นุ่มนวลในการติดต่อสื่อสาร พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และรับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวลและรับรู้ว่ามีความพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างกับผู้ป่วย (รวมระยะเวลาที่ใช้ในการสัมผัสและพูดคุยประมาณ 10-15 นาที) มีการประเมินทดลองปฏิบัติโดยให้สมาชิกครอบครัวสาธิตย้อนกลับเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความมั่นใจเพิ่มขึ้น โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจในขณะที่ครอบครัวฝึกการสัมผัส พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรค

3. การดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว

เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำและกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การพาลูกเดินเข้าห้องน้ำ ดูแลให้มีความสุขสบาย ดูแลสนับสนุนการอาบน้ำแข็งระหว่างให้เคมีบำบัด ให้ความช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึก คลื่นไส้ อาเจียนหรือ ดูแลในด้านของเครื่องดื่มเช่น น้ำขิง ผลไม้รสเปรี้ยว ระวังการหักพับของสายน้ำเกลือ สังเกตอาการของผู้ป่วยและรายงานให้ทีมสุขภาพได้รับทราบถ้าพบความผิดปกติ การปรับประคบประคองด้านจิตใจในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการสัมผัสผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลในเรื่องปัญหาและความต้องการ ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์ การมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษา รวมทั้งปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

4. การประเมินผลลัพธ์

เป็นการประเมินผล การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับการใช้การสัมผัสหลังสิ้นสุดกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากกิจกรรม ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค เพื่อวางแผนและแก้ไขปัญหาร่วมกัน สนับสนุนและเสริมแรงให้ครอบครัวได้มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความวิตกกังวล

ภัทพร ขำวิชา(2534) ศึกษาผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวชิระ อายุ18-60ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ30 คน กลุ่มทดลองได้รับการสัมผัสจากผู้วิจัย กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสัมผัสขณะที่อยู่ในห้องพักรอผ่าตัด แล้วให้ตอบแบบสัมภาษณ์วัดความวิตกกังวลและมาตรวัดความวิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงมากกว่ากลุ่มไม่ได้รับการสัมผัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$)

ทัศนีย์ เชื้อมทอง (2542) ศึกษาผลของการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 180คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 6 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม และกลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการสัมผัส 2 กลุ่ม และกลุ่มทดลองที่ไม่ได้รับการพูดคุย

โดยที่ไม่มีการสัมผัส 2 กลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการสัมผัส มีผลต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสัมผัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 3 กลุ่ม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสัมผัสมีค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสัมผัสสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรมได้เป็นอย่างดี

ปนัดดา โจน์ทองชัย(2543) ศึกษาผลของการพยาบาลตามแบบแผนการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดเพศหญิงที่ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในการผ่าตัดเลาะก้อนเนื้อที่เต้านม ผ่าตัดเลาะถุงน้ำคาร์บิล จำนวน 40 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 20 คน คือ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามแบบแผนการสัมผัส ซึ่งประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพร่วมกับการให้ข้อมูลและการให้การสัมผัสด้วยท่าที่อ่อนโยน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแบบแผนการสัมผัสมีความวิตกกังวลหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแบบแผนการสัมผัสมีความวิตกกังวลหลังผ่าตัดต่ำกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

สุนีย์ สุทธิวีระขจร (2547)ศึกษาเปรียบเทียบผลของสัมผัสบำบัดกับดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 18คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่ม กลุ่มละ6คน คือกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสบำบัด กลุ่มที่ได้รับการดนตรีบำบัดและกลุ่มควบคุม แต่ละกลุ่มจะได้รับข้อมูลตามโปรแกรม4ครั้ง ครั้งละ15นาที การทดลองแบ่งเป็น2ระยะคือระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการดนตรีบำบัดมีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลอง ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสัมผัสบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการดนตรีบำบัดในระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Glick (1986) ศึกษาถึงผลของการพยาบาลโดยการใช้การสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในหอผู้ป่วยหนักไอซียูหัวใจ ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลันทั้งหญิงและชายที่ต้องย้ายการรักษาจากหอผู้ป่วยโรคหัวใจไปยังหอผู้ป่วยหนักไอซียูหัวใจ จำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มโดยให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศและอายุ กลุ่มควบคุมได้รับการสัมผัสปกติตามกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล เช่นการวัดความดัน การจับชีพจร เป็นต้น และกลุ่มทดลองใช้การสัมผัสเพื่อการดูแล โดยการแตะหรือจับบริเวณมือ แขน หรือไหล่ประมาณ 3-5 นาทีร่วมกับการพูดคุยที่ให้อำนาจใจและคำปลอบใจ ผลการวิจัยพบว่า ระดับคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสัมผัสร่วมกับการพูดที่ให้อำนาจใจต่ำกว่าก่อนการได้รับการสัมผัส แต่ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ $p > 0.05$

Henricsonและคณะ (2008) ศึกษาผลของการใช้การสัมผัสต่อระดับตัวบ่งชี้ที่ทำให้เกิดความเครียด(ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ความต้องการการใช้ยานอนหลับและ noradrenalin ระดับความวิตกกังวลและระดับน้ำตาลในเลือด)ของผู้ป่วยที่รักษาในแผนกผู้ป่วยวิกฤต 2 หน่วยในประเทศสวีเดน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 18-85 ปี จำนวน 44 คน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากคอมพิวเตอร์ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 23 คน และกลุ่มทดลองได้รับแบบแผนการสัมผัสจากพยาบาลเป็นเวลา 1 ชั่วโมงตอนเที่ยงทุกวันเป็นเวลา 5 วัน โดยในวันแรกผู้ป่วยได้รับการสัมผัสบริเวณมือและเท้า วันที่ 2 ได้รับการสัมผัสบริเวณมือ เท้าและหน้าท้อง วันที่ 3,4 และ5 ได้รับการสัมผัสบริเวณศีรษะ หน้า แขน มือและขา ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแบบแผนการสัมผัสมีระดับความวิตกกังวล ซึ่งตรวจวัดโดยเครื่องมือFAS(faces scale for the assessment of anxiety in critically ill patients)ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสัมผัสได้รับการชดเชยยานอนหลับลดลง แต่พบว่าระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ เนื่องจากผู้ป่วยยังมีความเครียดจากการต้องใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่

Lueboonthavatchai (2550) ศึกษาความชุกและปัจจัยทางจิตสังคมของโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของโรควิตกกังวลเป็นร้อยละ 16.0 อาการวิตกกังวลเป็นร้อยละ 19.0 และ ความชุกของโรคซึมเศร้าเป็นร้อยละ 9.0 อาการ

ซึมเศร้าเป็นร้อยละ 16.7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้แก่ ปัจจัยทางจิตสังคม (การสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวและการแก้ไขปัญหาและความขัดแย้ง)($p < 0.01$) จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล และอาการที่รบกวน ซึ่งได้แก่ อาการปวด อาการของทางเดินหายใจและอาการเหนื่อยล้า ($p < 0.01$) ผลการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก พบว่า ปัจจัยทำนายอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว($p < 0.05$) วิธีการแก้ไขปัญหาและความขัดแย้งที่ไม่เหมาะสม($p < 0.05$) อาการปวด ($p < 0.01$) และอาการเหนื่อยล้า($p < 0.05$) จากผลการศึกษาดังกล่าว การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์จากครอบครัว และการส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสมจะช่วยลดความเครียดทางจิตใจและการเจ็บป่วยทางจิตเวช การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรมุ่งเน้นการลดอาการทางกายที่รบกวนผู้ป่วยด้วย เช่น การดูแลอาการปวดอย่างเต็มที่และลดภาวะแทรกซ้อนของการรักษา และควรให้ความสนใจในปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้วย

จิรวรรณ จบสุบิน(2551) ศึกษาถึงความชุก ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 236 คน ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะวิตกกังวลเป็นร้อยละ 8.9 และภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 9.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลได้แก่ สถานภาพสมรส ผู้ที่มีคู่สมรสมีภาวะวิตกกังวลสูงกว่าผู้เป็นโสด($p < 0.05$) อายุ ผู้ที่เริ่มเป็นมะเร็งเต้านมอายุมากมีภาวะวิตกกังวลสูงกว่าผู้เป็นอายุน้อย($p < 0.05$) ความรุนแรงจากความเจ็บปวด ผู้ที่มีความเจ็บปวดมากมีภาวะวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีความเจ็บปวดน้อย($p < 0.05$) อาการก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ที่มีอาการมากมีภาวะวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีอาการน้อย($p < 0.05$) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ผู้ที่มีจำนวนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมากมีภาวะวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตน้อย($p < 0.01$) ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล ได้แก่ อาการนอนไม่หลับหลังได้รับยาเคมีบำบัด ความรุนแรงจากความเจ็บปวด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม มีไข้และท้องเสียหลังได้ยาเคมีบำบัด สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะวิตกกังวลได้ร้อยละ 23.9

ไซและคณะ(So et al., 2010) ศึกษาผลของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่มีต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างที่ได้รับการรักษาเสริม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยเคมีบำบัดหรือศูนย์มะเร็งเต้านมของโรงพยาบาล 4 แห่ง ในประเทศฮ่องกงจำนวน 218 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีปัญหาด้านจิตใจคือ

ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีภาวะวิตกกังวล 26.9% และมีภาวะซึมเศร้า 41.5% เนื่องจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่มีผลต่อร่างกายค่อนข้างรุนแรง ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รวมทั้งการเกิดความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรค จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าได้สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา นอกจากนี้ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย อารมณ์ และภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์(2538) ศึกษาผลการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติและผู้ป่วยหญิงสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญหญิงจำนวน 2 หอของแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 60 คู่ โดยแบ่งหอผู้ป่วยเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลกลุ่มละ 15 คู่ แล้วจึงสลับกลุ่ม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การฟื้นฟูสภาพด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ($p > 0.05$) แต่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) เนื่องจากได้รับกำลังใจและได้รับการดูแลจากญาติทำให้ผู้ป่วยมีอาการแจ่มใสจึงทำให้การฟื้นฟูสภาพด้านสภาพจิตก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลดีขึ้น และญาติกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.01$)

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล(2546) ศึกษาผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวต่อความพึงพอใจของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป 40 คน ครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 40 คนและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในห้องรับ-ส่งผู้ป่วย ห้องผ่าตัดและห้องพักรักษาตัวในศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 10 คน กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวได้จากการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองได้รับรูปแบบกิจกรรมในเรื่องการเยี่ยมและการสอนผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการดูแล

ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปและคู่มือเรื่องการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อรับการผ่าตัด และแนะนำวิธีการที่ครอบครัวสามารถให้กำลังใจผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังได้รับการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่าความพึงพอใจของพยาบาลหลังการให้รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ (2550) ทำการศึกษาถึงผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นการดาวยัยรุ่นครรภ์แรกและครอบครัวที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมคลอดตามปกติ แต่กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมด้วยการให้ความรู้ร่วมกับใช้การนวดและการสัมผัส ผลการวิจัยพบว่า การเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมมีผลให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมคลอดของมารดาวยัยรุ่นและครอบครัวเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้มีความวิตกกังวลของมารดาวยัยรุ่นลดลงทำให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบอีกว่าการได้รับความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจจากครอบครัวจะช่วยให้มารดาวยัยรุ่นเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน

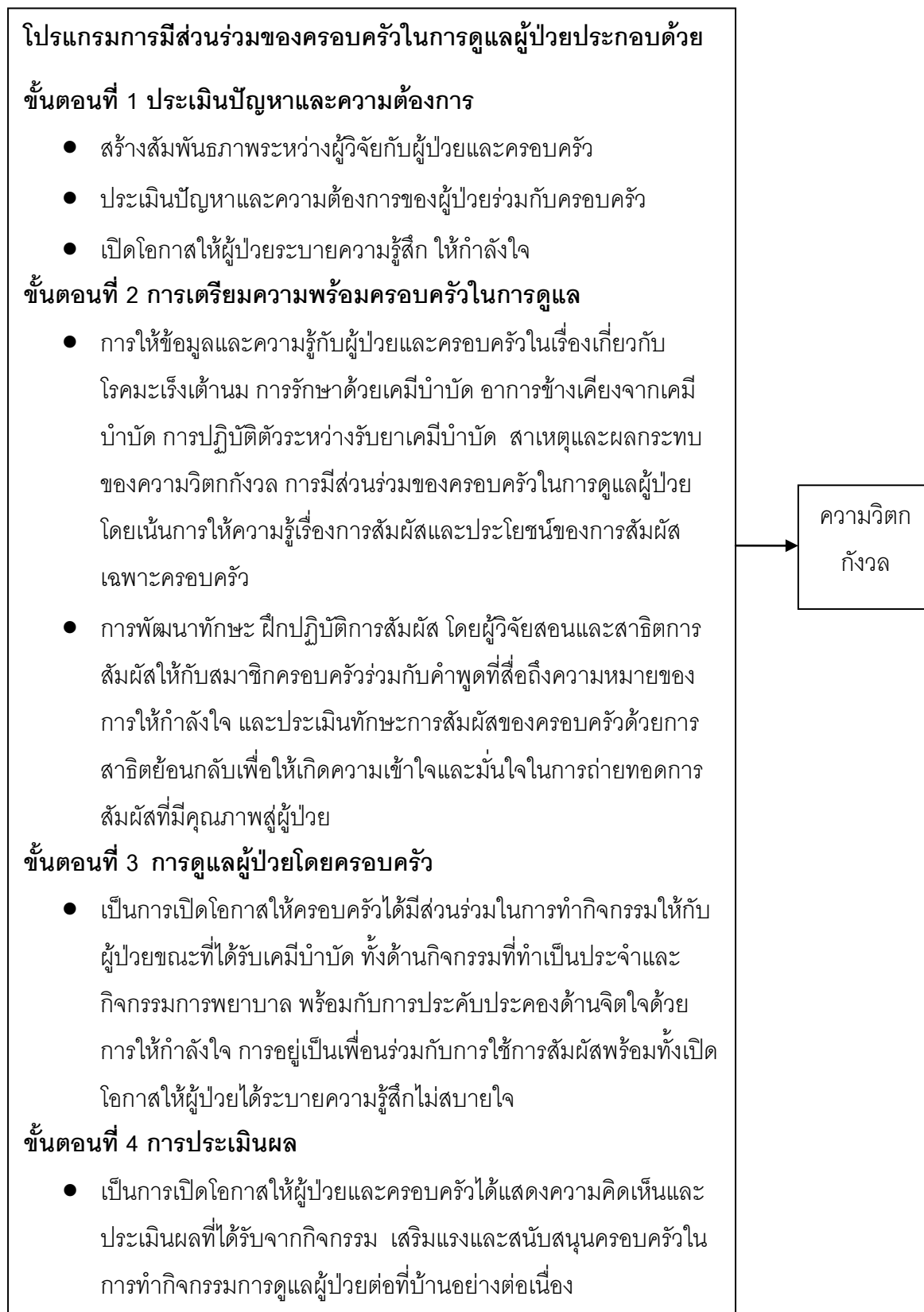
Eriksson and Lauri (2000) ศึกษาถึงความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรมสำหรับญาติผู้ดูแล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีอายุ 25-63 ปี จำนวน 168 คน จากหน่วยเคมีบำบัด 16 หน่วย ในประเทศฟินแลนด์ ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดของการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ และการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจ ตามลำดับ โดยในด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ สิ่งที่ญาติให้ความสำคัญ คือ การเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาล การได้รับฟังถึงสิ่งที่ปัญหาของความวิตกกังวลจากผู้ป่วย การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยรวมทั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ในด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยพบว่า ญาติต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวด ช่วยเหลือในเรื่องความสะดวกของร่างกาย การเข้าห้องน้ำ และการจัดหาเครื่องดื่มและอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ในด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจพบว่า ญาติมีความต้องการที่จะได้รับข้อมูลเพื่อประกอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพ

Northouse และคณะ (2002) ได้ออกแบบโปรแกรมการเตรียมพร้อมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและครอบครัว ที่มีชื่อเรียกว่า FOCUS Program โดยการสอนและให้ความช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมกัน ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวได้พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารุสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) โปรแกรมดังกล่าวครอบคลุมสาระสำคัญในเรื่อง F = family involvement การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย O = optimistic attitude ทศคติในทางบวก การมองโลกในแง่ดี การสร้างความหวัง C = coping effectiveness การค้นหาวิธีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม U = uncertain reduction การให้ความรู้เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนและให้ข้อมูลที่เหมาะสม และ S = symptom management การจัดการอาการและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ในระยะ 3 และ 4 และครอบครัว จำนวน 144 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม FOCUS โดยมีกิจกรรม 5 ครั้งประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ห่างกันครั้งละ 1 เดือน และการติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้งๆ ละประมาณ 30 นาที ห่างกันครั้งละ 1 เดือน รวมระยะเวลา 5 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแล มีการรับรู้ต่อโรคและการเจ็บป่วยดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุม คือ ความรู้สึกสิ้นหวังต่ำกว่า ความคิดทางลบต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลอง 3 เดือน แต่ 6 เดือนหลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวมีการพบกันแบบตัวต่อตัว (การเยี่ยมบ้าน) เฉพาะในช่วง 3 เดือนแรก แต่ในช่วง 2 เดือนหลังเป็นการติดตามทางโทรศัพท์เท่านั้น จึงอาจสรุปได้ว่า การเยี่ยมบ้านควรมีการทำอย่างต่อเนื่อง เพราะโดยสภาพการณ์ของภาวะโรคมะเร็งย่อมทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยและครอบครัวอาจมีความต้องการการสนับสนุนจากบุคคลากรทางสุขภาพเพื่อสร้างความมั่นใจและเป็นกำลังใจให้

Garrouste-Orgeas และคณะ (2010) ศึกษาถึงความคิดเห็นของสมาชิกครอบครัวจำนวน 101 ราย และผู้ป่วย 14 ราย เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในหน่วยวิกฤตของโรงพยาบาล Saint Joseph ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาด 460 เตียงใน ประเทศฝรั่งเศสพบว่า สมาชิกครอบครัวมีความปรารถนาที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล เช่น การนวดเบาๆ การสัมผัส การเช็ดตัว การพลิกตัว เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวเกิดทักษะเพิ่มขึ้นจากประสบการณ์ที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลส่งผลให้สมาชิกครอบครัวลดความวิตกกังวลและมีความพึงพอใจมากขึ้น สำหรับผู้ป่วยพบว่ามีความพึงพอใจและมีความปรารถนาที่จะได้รับการดูแลจากครอบครัวทั้งด้านความสุข

สบายของร่างกายและการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งจะช่วยลดความโดดเดี่ยวและความวิตกกังวลลงได้

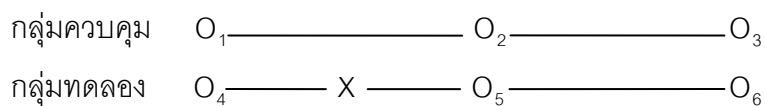
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) ใช้แบบแผนการศึกษากลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีแบบแผนการทดลองดังนี้



O₁ หมายถึง ความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง

O₂ หมายถึง ความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองทันที

O₃ หมายถึง ความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง 3 วัน

O₄ หมายถึง ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวก่อนการทดลอง

O₅ หมายถึง ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหลังการทดลองทันที

O₆ หมายถึง ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหลังการทดลอง 3 วัน

X หมายถึง โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 1-3 ที่ได้รับการผ่าตัดแล้วและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก อายุระหว่าง 20-59 ปี
2. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ หอผู้ป่วยเคมีบำบัด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้ (Inclusion criteria)

ผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิง ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ Modified Radical Mastectomy (MRM) และได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียวเป็นครั้งแรก
2. เป็นผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 20-59 ปี
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท โดยผู้วิจัยสังเกตจากการพูดคุยตอบคำถาม การรับรู้ตนเอง เหตุการณ์ วันเวลา สถานที่
4. ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
6. มีระดับคะแนนความวิตกกังวลจากแบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะของสปิลเบอร์เกอร์(1983) อยู่ในระดับปานกลาง(มากกว่า 41 คะแนน/จำนวน 20 ข้อคำถาม)

สมาชิกในครอบครัว

1. เป็นบุคคลในครอบครัวหรือเป็นญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย ที่มีความสำคัญหรือมีความผูกพันและดูแลผู้ป่วยมากที่สุด มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. มีความยินดีและเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
3. มีความสามารถในการมองเห็นการได้ยิน และการโต้ตอบเป็นปกติ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนดไว้
2. ผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ขอลอนตัวออกจากการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางของ สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณวี วัชรชัย (2546) ที่กล่าวว่า “การวิจัยกึ่งทดลอง ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละไม่น้อยกว่า 20 คน” เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าโค้งปกติ (Normality) และมีขนาดใหญ่พอในการทำวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว) ที่ใช้ในการวิจัยรวมทั้งหมด 40 คู่ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คู่และกลุ่มควบคุม 20 คู่ ถ้าในระหว่างการดำเนินการวิจัยพบว่า มีการคัดออกของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯได้ ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจนครบจำนวนที่ใช้ในการวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม และจากการศึกษาครั้งนี้คัดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองออก 1 ราย จากการที่สมาชิกครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความจำเป็นต้องไปทำธุระต่างจังหวัดกระทันหันจึงไม่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้จนครบตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่ตามการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยที่นัดมารับเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัดและพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจหน่วยมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผู้ป่วยตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย หากมีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Matched pair) กลุ่มละ 20 คนโดยแบ่งวันอังคารเป็นกลุ่มควบคุม วันพุธเป็นกลุ่มทดลอง สลับกันไป เพื่อป้องกันการปนเปื้อนกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งอาจทำให้เกิดอคติในการตอบแบบประเมินซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยได้
3. ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองมาจับคู่กับกลุ่มควบคุม (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในลักษณะดังต่อไปนี้

3.1 อายุ เป็นส่วนหนึ่งของการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ โดยขั้นตอนของการพัฒนาการจะแบ่งวัยเป็น 3 ระยะ คือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 20-40 ปี เป็นวัยที่สามารถเผชิญปัญหาชีวิตได้อย่างไม่หวาดหวั่น มองโลกในแง่ดี สุขุมรอบคอบ วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุระหว่าง 41-60ปี เป็นระยะที่สร้างครอบครัวเป็นปึกแผ่น อุทิศร่างกายเพื่องาน วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุระหว่าง 61-80ปี เป็นระยะสูญเสียความเป็นผู้นำหรือคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งอยู่ในช่วงวัยทำงาน เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยจากโรคมะเร็ง ถือเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต ทำให้ไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญกับโรคที่เป็นได้ ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในอนาคต ก่อให้เกิดความเครียด เป็นผลให้เกิดอาการวิตกกังวลตามมา(จิรวรรณ จบสุบิน, 2551) และจากการศึกษาของ Mosher & Danoff-Burg (2005) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากกว่าจะมีความอดทน มีประสบการณ์และมีความพร้อมในการปรับตัวได้ดีกว่า (เพยาว์ ประเสริฐศรี, 2545) จึงทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ

3.2 จำนวนชุดและสูตรของเคมีบำบัด(เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรที่มีส่วนผสมของแอนทราซัยคลิน ได้แก่ สูตร AC และ FAC มักเกิดผลข้างเคียง ได้แก่ ความอ่อนล้า อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นแดงและอาการวิตกกังวลมากกว่าสูตรที่ไม่มีส่วนผสมของแอนทราซัยคลิน ซึ่งได้แก่สูตร CMF นอกจากนี้ยังพบว่าการได้รับเคมีบำบัดในชุดหลังๆจะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ ชัยอ่อนและอาเจียนได้สูงกว่าการได้รับเคมีบำบัดในชุดแรก เนื่องจากการคาดการณ์ล่วงหน้าจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดและถือได้ว่าเป็นความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย ทำให้เกิดความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนก่อนได้รับเคมีบำบัดในชุดต่อไป(นรินทร์ วรวิมล และเอี่ยม แสง สุขประเสริฐ, 2546)

3.3 ระยะของโรคมะเร็งเต้านม ระยะของโรคที่มากขึ้น หมายถึง การที่มีขนาดของก้อนมะเร็งใหญ่ขึ้น มีการลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลืองมากขึ้น หรือมีการแพร่กระจายของมะเร็งสู่อวัยวะอื่นๆ ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ดังนั้นผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะเริ่มต้น(ระยะที่1และระยะที่2)ซึ่งเป็นมะเร็งระยะที่ยังไม่ถึงขั้นลุกลามและมีโอกาสรักษาให้หายได้ถ้ามารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในการหายจากการเจ็บป่วยและมีการรับรู้ความรุนแรงของการ

เจ็บป่วยในระดับปานกลางและระดับต่ำ ส่งผลให้มีความกังวลลดลงและมีกำลังใจในการรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับสูง(ธัญญา น้อยเปียง, 2545)

3.4 สถานภาพและบทบาทในครอบครัว สถานภาพเป็นสิ่งที่กำหนดบทบาท โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแล จะถูกคาดหวังจากครอบครัวและสังคม ว่าบุคคลนั้นมีความรับผิดชอบแสดงพฤติกรรมออกมาตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งจากการศึกษาของพัชราพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข(2540) เกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทเป็นบิดามารดา คู่สมรสและบุตรจะให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้ดีกว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นพี่น้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ อะลอร่าและคณะ (Arora et al., 2007) พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องการมากที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นคู่สมรสและบุตร (Saraswathi et al., 2005) ทั้งนี้เนื่องจากคู่สมรสเป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดและจำเป็นในด้านการให้ความรัก ความเอาใจใส่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งต่างๆที่ผ่านมาในชีวิตและก่อให้เกิดความผาสุกทางอารมณ์ได้ (Goodwin, 2003)

จากการคำนึงถึงการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ดังที่กล่าวมาข้างต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ทั้ง 20 คู่ ได้รับเคมีบำบัดสูตร AC 14 คู่, CMF 2 คู่ และ FAC 4 คู่ จุดของการให้เคมีบำบัดพบว่าเป็นชุดแรก 12 คู่ ชุดที่ 2 จำนวน 6 คู่และชุดที่ 3 จำนวน 2 คู่ ระยะของโรคมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1 พบจำนวน 5 คู่ ระยะที่ 2 พบจำนวน 12 คู่ และ ระยะที่ 3 พบจำนวน 3 คู่ และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยพบว่าเป็นคู่สมรส 13 คู่ เป็นบุตร 4 คู่และเป็นพี่น้อง 3 คู่ ดังรายละเอียดในตารางที่ 10 (ภาคผนวก จ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

1.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว(ต่อเดือน) ความเพียงพอของรายได้ สิทธิที่ใช้ใน

การรักษาพยาบาล บุคคลผู้ดูแลและใกล้ชิด และสัมพันธภาพในครอบครัวโดยให้กลุ่มตัวอย่าง บันทึกข้อมูลส่วนตัวในแบบสอบถามด้วยตนเอง

1.1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาของโรคมะเร็งเต้านม จำนวนครั้งที่มารับเคมีบำบัดรวมครั้งนี้ สูตรของเคมีบำบัดที่ได้รับ ผลการตรวจเลือด HCT WBC Neutrophil Platelet ข้อมูลส่วนตัวผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแพทย์ประวัติผู้ป่วย ก่อนได้รับเคมีบำบัด

1.1.3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะของครอบครัว ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรคประจำตัว โดยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง ข้อมูลส่วนนี้ให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกรอกแบบบันทึกรายงานด้วยตนเอง

1.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ (1983) ที่มีชื่อเรียกว่า State-Trait Anxiety Inventory STAI Form Y-1 ซึ่งแบบวัดนี้ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เขียมสุภาษิต และดาราวรรณ ตีะปิ่นตา(2534) ประกอบด้วยคำถามที่แสดงความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกรู้สึกทางบวก 10 ข้อ (ข้อที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20) และข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกรู้สึกทางลบ 10 ข้อ (ข้อที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18) แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้าง มีค่อนข้างมาก และมีมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่มีเลย	4	1 คะแนน
มีบ้าง	3	2 คะแนน
มีค่อนข้างมาก	2	3 คะแนน
มีมากที่สุด	1	4 คะแนน

คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนนโดยคะแนนรวมมากหมายถึงมีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อยหมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ เนื่องจากสปีลเบิร์กเกอร์และคณะไม่ได้แบ่งช่วงคะแนนของระดับความวิตกกังวลจากแบบประเมินที่สร้างไว้ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย(ประคอง กรรณสูต, 2542) คำนวณค่าคะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม ลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่าๆกัน ซึ่งสามารถ

แปลความหมายของคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ คะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำดังนี้

คะแนน	ความหมาย
20-40	มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ
41-60	มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง
61-80	มีความวิตกกังวลในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจแก้ไขเนื้อหา ภาษา สำนวนและรูปแบบ หลังจากแก้ไขขั้นต้นแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคมะเร็ง 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ 2 คน (รายละเอียดในภาคผนวก ก) พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมและความเหมาะสมของข้อคำถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ให้ตัดคำถามที่ซ้ำซ้อนเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว และปรับเป็น บุคคลในครอบครัวที่ดูแลและใกล้ชิดกับผู้ป่วย ในด้าน “รายได้” ให้ปรับเป็น รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยได้เพิ่มประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

หลังการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) และใช้เกณฑ์ CVI มากกว่า .80 (Davis, 1992) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี กำหนดระดับความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และ 4 หมายถึง ข้อคำถามที่สอดคล้องกับคำนิยาม (Pilot and Beck, 2004) ผลการคำนวณได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) เท่ากับ 1.00

1.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ (1983) ผู้วิจัยไม่ได้นำไปหาความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากแบบวัดนี้มีการนำไปใช้ได้แพร่หลายโดยค่าความตรงและค่าความเที่ยงของเครื่องมือนี้เป็นที่ยอมรับและยังไม่พบปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger, 1988 อ้างในดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534) สำหรับแบบวัดความวิตกกังวลผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือ โดยขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ของชบา เรียนรัมย์ (2551) ที่ใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ (1983) ที่มีชื่อเรียกว่า State-Trait Anxiety Inventory STAI Form Y-1 ซึ่งได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ซึ่งได้ปรับความชัดเจนในด้านของภาษาและความหมายทางจิตวิทยา เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบวัดความวิตกกังวลดังกล่าวมาปรับใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในงานวิจัยครั้งนี้

2. การตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability)

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ (1983) ฉบับภาษาไทยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงโดย ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ได้นำไปวัดความวิตกกังวลของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของโรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่ จำนวน 86 คน นำผลมาทดสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .90 และเป็นแบบวัดความวิตกกังวลที่ใช้ได้ในกลุ่มตัวอย่างหลายประเภท

ชบา เรียนรัมย์ (2551) ได้นำแบบวัดนี้ไปวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 ราย ทดสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายในของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92

ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา คือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดแต่เป็นคนละกลุ่มกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ที่โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .84 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ผู้วิจัยได้นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอีกครั้งได้เท่ากับ .76 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้มีค่าเท่ากับ .70 ขึ้นไป (DeVellis, 1991)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล เป็นรูปแบบกิจกรรมการพยาบาล อย่างเป็นระบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเชปป์ (Schepp, 1995) ร่วมกับแนวคิดการสัมผัสของไวส์ (Weiss, 1979) จากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

2.1.1 ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎี ตำรา เอกสารวิชาการ บทความ วารสาร ผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลของ เชปป์ (Schepp, 1995) ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในกิจกรรม 4 ด้านคือ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการใช้การสัมผัสที่มีคุณภาพของไวส์ (Weiss, 1979) เพื่อวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมเพื่อพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลซึ่งช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.1.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล ประกอบด้วยหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของโปรแกรม วิธีการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการ และการประเมินผลของโปรแกรม

2.1.3 วางแผนรูปแบบของการจัดทำกิจกรรม ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ การติดตามทางโทรศัพท์

2.1.4 จัดทำแผนการสอนและสื่อที่ใช้ประกอบโดยค้นคว้าจากตำรา และการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด สาเหตุและผลกระทบของความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวล การสัมผัส วิธีการสัมผัสและประโยชน์ของการสัมผัส

2.1.5 จัดสร้างโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการ เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัย กล่าวที่จะพูดถึงปัญหาของตน ใช้คำถามปลายเปิด

ในการพูดคุย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวล รวมทั้งประเมินความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดเป้าหมายวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัว ผู้ป่วยและทีมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และการฝึกทักษะแก่ครอบครัว โดยการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้เหมาะสม เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้เกิดการเรียนรู้และคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง มีการเตรียมความพร้อม สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ และเพื่อเป็นพื้นฐานให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ นอกจากนี้การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการใช้การสัมผัส โดยผู้วิจัยสอนและสาธิตการสัมผัสให้กับสมาชิกครอบครัวเป็นรายบุคคลในสถานที่ที่สงบและเป็นส่วนตัว(ห้องประชุม)เพื่อนำไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติให้กับผู้ป่วยในระหว่างที่เข้ารับยาเคมีบำบัด เป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติและตอบข้อสงสัยต่างๆ ทำให้เพิ่มพูนความรู้ พัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีจากการที่ครอบครัวได้แสดงออกถึงความรักและความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วยด้วยการใช้การสัมผัส พร้อมกับผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัว เพื่อให้ไว้ใช้ทบทวนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งเสริมให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและคงทน

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของหลักการพยาบาลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยเป็นการสนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกันแบบหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำและกิจกรรมการพยาบาล การประคับประคองด้านจิตใจ โดยให้สมาชิกครอบครัวใช้การสัมผัสผู้ป่วยในระหว่างที่เข้ารับยาเคมีบำบัด ตามแบบแผนการสัมผัสที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งคำพูดที่แสดงถึงความห่วงใย การให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าถึงสิ่งที่กังวล ความไม่สบายใจและความต้องการ การให้

ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วย จะทำให้ครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมและมีการเรียนรู้ ฝึกทักษะการดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สอนการเฝ้าสังเกตอาการ และกระตุ้นให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มีกำลังใจ ลดความวิตกกังวล เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และครอบครัวรู้สึกว่าตนมีประโยชน์ คงบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่4 การประเมินผล เพื่อประเมินอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการใช้การสัมผัส ทบทวนความรู้และทักษะ ให้คำแนะนำและกำลังใจเพื่อสร้างความมั่นใจแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในการปฏิบัติของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อันนำมาเพื่อประโยชน์ในการลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่จะดูแลตนเองและพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลได้

การสร้างสื่อที่ใช้ในโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย แผนการสอน เรื่อง การบรรเทาความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แผนการสอนและPowerpoint เรื่อง การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด สำหรับครอบครัว เป็นภาพประกอบคำบรรยาย ที่ใช้ในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล ให้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยประกอบด้วย สภาพแวดล้อม บุคคลากร โรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด สาเหตุและผลกระทบจากความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับ การรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องของการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวขณะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยเน้นเรื่องการสัมผัสและวิธีการสัมผัสที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายเฉพาะกับครอบครัว

2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัว เป็นเอกสารที่มีรายละเอียดในเรื่องเกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด สาเหตุและผลกระทบจากความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การสัมผัส วิธีการสัมผัสและประโยชน์ของการสัมผัส

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แผนการสอน และคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัว ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบ และกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาการดำเนินในแต่ละกิจกรรม การสื่อความหมายและความเหมาะสมของภาษากับรูปภาพในคู่มือ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบจำนวน 5 คน(รายละเอียดในภาคผนวก ก)

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ตรวจสอบ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ และความสอดคล้องระหว่างสื่อที่ใช้กับเนื้อหา โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. ให้ปรับแก้ไขในความถูกต้องของภาษาที่ใช้ทั้งในแผนการสอนและในคู่มือ ตรวจสอบคำผิด ควรใช้คำให้เหมือนกัน เช่น ผลข้างเคียงของเคมีบำบัดหรือภาวะแทรกซ้อนของเคมีบำบัดสตรีหรือเพศหญิง ควรมีการจัดลำดับของเนื้อหาใหม่และตัดเนื้อหาที่ซ้ำซ้อนออก ใช้คำที่กระชับและชัดเจนเข้าใจง่าย ในการสอนไม่จำเป็นต้องสอนเนื้อหาทั้งหมดกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้ประเมินความรู้เดิมและให้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย เพิ่มการซักถามผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะเพื่อประเมินความเข้าใจในขณะให้ข้อมูล ควรเรียงลำดับเรื่องให้สัมพันธ์กับคู่มือ

2. ปรับขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมบางส่วน โดยการดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ในเรื่องการสัมผัส วิธีการสัมผัสและประโยชน์ของการสัมผัส ควรสอนเฉพาะสมาชิกครอบครัวเท่านั้น เพื่อป้องกันการเกิดอคติในการตอบแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย

3. คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัว ควรมีรายละเอียดที่กระชับและชัดเจน ให้เรียงลำดับเรื่องให้สัมพันธ์กับแผนการสอน ปรับขนาดของตัวหนังสือให้ใหญ่ขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอ่านได้ง่าย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา สื่อประกอบ รูปแบบและความเหมาะสมของ กิจกรรมให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้ค่าความตรงของ เนื้อหาเท่ากับ 0.8

การศึกษานำร่อง ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองหลังผ่านการปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความเข้าใจในคู่มือ รวมทั้งภาษาที่ใช้ ระยะเวลา และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม พบว่าเนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสมกับการนำเสนอ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจทั้งในส่วนที่ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลความรู้และคู่มือการดูแลผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัวเป็นอย่างดี เนื้อหาในคู่มือมีความเหมาะสมเข้าใจ ง่าย รูปภาพที่ใช้ประกอบคำบรรยายทำให้ดึงดูดใจ ไม่เบื่อ มีความพึงพอใจในการให้ข้อมูลและเป็นประโยชน์สำหรับสมาชิกครอบครัวต่อการนำไปใช้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน สามารถนำคู่มือมา ทบทวน มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง และผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ลดความกลัว ความวิตก กังวลและมีกำลังใจในการรักษา

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การสัมผัส และประโยชน์ของการสัมผัส ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกครอบครัวเลือกตอบ ถูกผิด ข้อ ที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน โดยพิจารณาคะแนนจากแบบประเมินความรู้ไม่ต่ำกว่า 80 % (12 ข้อ) ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่า 80% แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด และการปฏิบัติตัวระหว่างที่ได้รับการ รักษาด้วยเคมีบำบัด สามารถที่จะให้คำแนะนำและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความวิตก กังวลที่มีสาเหตุมาจากโรคและการรักษาได้ แต่ถ้าพบว่าภายหลังการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างได้ คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ และจะให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองทั้ง 20 ราย สามารถตอบแบบทดสอบความรู้ผ่านเกณฑ์ได้มากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย โดยมีผู้ผ่านการทดสอบ

ความรู้ด้วยคะแนนร้อยละ 100 จำนวน 12 คน ร้อยละ 93.3 จำนวน 6 คน ร้อยละ 86.6 จำนวน 2 คน **ดังรายละเอียดในตารางที่ 12 (ภาคผนวก จ)**

3.2 แบบประเมินทักษะการสัมผัส ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้เพื่อประเมินว่าสมาชิกครอบครัวสามารถปฏิบัติวิธีการสัมผัสได้ ถูกต้องและมีประสิทธิภาพตรวจสอบจากการสวียัดย้อนกลับ ภายหลังจากสมาชิกครอบครัวได้ พัฒนาทักษะเรื่องวิธีการสัมผัส ซึ่งจะมีการประเมินตามหลักปฏิบัติในการสัมผัส จำนวน 7 ข้อ ลักษณะของแบบบันทึกการสัมผัสเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) แบ่งเป็น 2 ระดับคือ ปฏิบัติถูกต้อง (1 คะแนน) และปฏิบัติไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) โดยเกณฑ์การประเมินผล สมาชิกครอบครัวต้องปฏิบัติได้ถูกต้องตามแบบบันทึกทักษะการสัมผัสมากกว่าร้อยละ 80 (6 ข้อ) ถ้าครอบครัวได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำและทบทวนซ้ำอีกครั้ง ภายหลังจากสิ้นสุดการสวียัดย้อนกลับ พบว่า กลุ่มทดลองทั้ง 20 ราย สามารถปฏิบัติวิธีการสัมผัสได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ได้มากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย **ดังรายละเอียดในตารางที่ 13 (ภาคผนวก จ)**

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้การกำกับการทดลอง คือ แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวระหว่างที่ได้รับ การรักษาด้วยเคมีบำบัด การสัมผัสและประโยชน์ของการสัมผัส แบบประเมินทักษะการสัมผัส ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์พิจารณาความเหมาะสมของแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะการสัมผัส หลังจากแก้ไขขั้นต้นแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (รายละเอียดในภาคผนวก ก) พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมและ ความเหมาะสมของข้อคำถาม ผู้ทรงคุณวุฒิไม่มีข้อแก้ไขเพิ่มเติม โดยคำนวณได้ค่าดัชนีความตรง ของเนื้อหาได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมี บำบัด อาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวระหว่างที่ได้รับ การรักษาด้วยเคมี บำบัด การสัมผัสและประโยชน์ของการสัมผัส ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึง กับประชากรที่ศึกษา คือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดแต่เป็นคนละกลุ่มกับ

ผู้ป่วยมะเร็งที่จะใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ที่โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (K-R 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเองแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการ และขั้นตอนการดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 เตรียมผู้วิจัย

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด ความวิตกกังวล การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งต่างประเทศและในประเทศ กับ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการฝึกทักษะการสัมผัสโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1.1 ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสัมผัสเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องและเหมาะสม เตรียมความพร้อมเพื่อนำการสัมผัสไปถ่ายทอดให้กับสมาชิกครอบครัวได้ปฏิบัติกับผู้ป่วย

1.1.2 ผู้วิจัยขอคำแนะนำจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัสพร ขำวิชา ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ในการฝึกและทดลองปฏิบัติวิธีการสัมผัสที่ถูกต้องและมีคุณภาพ หลังจากนั้นจึงฝึกหัดวิธีการสัมผัสกับผู้ป่วยภายใต้คำแนะนำของอาจารย์เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความชำนาญ

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัว แบบประเมินความวิตกกังวล แบบทดสอบความรู้โปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล แบบแผนการสัมผัสของครอบครัวในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัด แผนการสอนและPowerpoint เรื่อง การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัว

1.3 เตรียมสถานที่สำหรับดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และเครื่องมือวิจัยถึง คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร โดย

ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการทำวิจัย โดยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในหน่วยเคมีบำบัด เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงขออนุญาตหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหน่วยเคมีบำบัด เพื่อขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วิธีดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บข้อมูล วันและเวลาที่จะดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เริ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งสิ้นสุดการทดลองโดยขอ อนุญาตใช้ห้องประชุมของหน่วยเคมีบำบัดในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ซึ่งเป็นห้องที่เป็นสัดส่วน และมีสื่ออุปกรณ์ในการสอนให้ความรู้และการฝึกทักษะ

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้ป่วยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับเป็นสูตรเดียวกัน จำนวนครั้งที่มารับเคมีบำบัด ระยะของโรคมะเร็งและระดับคะแนนของควมวิตกกังวลตามสถานการณ์ก่อนทดลอง ส่วนสมาชิกครอบครัวคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวันอังคารจัดเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และวันพุธจัดเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย สลับกันไปจนครบจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในขณะที่รอรับการให้เคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงแบบฟอร์มแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจและยินดี เข้าร่วมการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการดังต่อไปนี้

2.2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการของหน่วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการให้ความรู้และข้อมูลในลักษณะที่จะเน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องของแผนการรักษา การปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษาและระหว่างการรักษาได้รับยาเคมีบำบัด ต่อผู้ป่วยพร้อมๆกันหลายคนหรือรายบุคคลแล้วแต่สถานการณ์ การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความ

ต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย จะเป็นในลักษณะของการตอบคำถามและอธิบายแก้ไขข้อสงสัยหรือปัญหาตามที่คุณป่วยแต่ละรายซักถามตามความเหมาะสม

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ ผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยด้วยตนเอง จากนั้นประเมินความวิตกกังวล (Pre-test) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

2). หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดเสร็จสิ้น ให้การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ได้แก่ การสอบถามถึงอาการที่ผิดปกติ การให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับเคมีบำบัด แนะนำเรื่องยากลำบาก การมาตรวจตามนัด และประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ครั้งที่ 2 ภายหลังจากทดลองสิ้นสุดในวันนั้น และครั้งที่ 3 ในวันที่ 3 หลังการได้รับเคมีบำบัด โดยนัดหมายและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความวิตกกังวล โดยให้ผู้ป่วยส่งแบบประเมินกลับทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้

ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยได้แนะนำ โปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อลดความวิตกกังวลในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดในรอบต่อไปของการให้เคมีบำบัดด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัวและมอบของที่ระลึกแก่กลุ่มควบคุมทุกคน แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการวิจัยขอบคุณที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ซึ่งได้มีผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสนใจเข้าร่วมโปรแกรมนี้ประมาณ 10 คน โดยส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่าเป็นประโยชน์ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเข้าใจถึงสถานการณ์ที่ตนเองต้องเผชิญและสามารถคาดการณ์กับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและมีความรู้สึกรอบคอบที่มีครอบครัวอยู่เป็นเพื่อนใกล้ๆ รับรู้และเข้าใจในความทุกข์ทรมานที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา ทางด้านครอบครัวก็มีความพึงพอใจที่ได้ร่วมรับรู้ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมทั้งได้เรียนรู้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง อีกทั้งยังสามารถจัดสรรเวลาและปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันได้

2.2.2 กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล โดยมีกิจกรรมพบกลุ่มดังนี้

1) ช่วงเช้าในวันที่ผู้ป่วยมารับเคมีบำบัด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ หน่วยมะเร็งวิทยา เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียด

ของโปรแกรม โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากผู้ป่วยและครอบครัว ใช้เวลา 10 นาที

2) ในระหว่างที่ต้องรอการเบิกจ่ายยาเคมีบำบัดจากห้องเภสัชกรรมสมยา ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและครอบครัวของกลุ่มทดลองก่อนได้รับเคมีบำบัด ณ สถานที่จัดไว้ที่หน่วยเคมีบำบัด (ห้องประชุม) ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มและบรรยากาศที่เป็นกันเอง เพื่อให้มีความคุ้นเคยและไว้วางใจ ใช้คำถามปลายเปิดในการพูดคุย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามให้ผู้ป่วยและครอบครัวตอบ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยด้วยตนเอง จากนั้นประเมินความวิตกกังวล (Pre-test) ครั้งที่ 1 และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก ปัญหา ประสบการณ์ของผู้ป่วยเพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียดและความวิตกกังวล รวมทั้งประเมินและวิเคราะห์ประสบการณ์เดิมและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ความเชื่อความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความต้องการของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว เพื่อหาสาเหตุของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและนำข้อมูลมากำหนดเป้าหมายวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัว ผู้ป่วยและทีมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (ใช้เวลา 15 นาที)

จากการสอบถามและประเมินความรู้สึกในเบื้องต้น พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลมากเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยจะมีความกังวลในเรื่องต่างๆเล็กน้อยแตกต่างกัน ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ สามารถสรุปเป็นรายด้านดังนี้

1. กังวลเกี่ยวกับผลของการรักษาและการรอดชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดความรู้สึกกลัวต่อการเป็นมะเร็งและการลุกลามของโรค โดยคิดว่ายังไม่ได้เสียชีวิตในขณะนี้ทันทีทันใด แต่จะเกิดขึ้นแน่นอนในอนาคต กลัวจะรักษาไม่หายต้องกลับมาได้รับการรักษาให้เคมีบำบัดซ้ำอีก เนื่องจากได้รับฟังจากผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า "ได้รับการรักษาครบไปแล้วเมื่อ 2 ปีก่อน แต่มะเร็งมีการลุกลามไปที่กระดูกสันหลัง ทำให้ขาอ่อนแรงไปข้างหนึ่งเดินไม่ได้ จึงต้องมาได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดซ้ำอีกครั้ง" ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น รู้สึกไม่แน่ใจในผลการรักษาว่าจะได้ผลจริงหรือไม่ถึงแม้ว่าแพทย์จะให้การยืนยันว่า ในปัจจุบันนี้การรักษาด้วยเคมีบำบัดมีประสิทธิภาพมากกว่าในสมัยก่อน โอกาสหายขาดมีสูง แต่ก็ยังมีความเชื่อว่ามะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดต้องรักษาไปเรื่อยๆ

2. กังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลถึงผลข้างเคียงของเคมีบำบัดจากแพทย์แล้วบางส่วน แต่ก็ได้รับข้อมูลเพียงผิวเผิน เนื่องจากถูกจำกัดด้วยเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเกือบทุกรายมีความวิตกกังวลมากเกี่ยวกับผลข้างเคียงของเคมีบำบัด กลัวความทุกข์ทรมาน กลัวรับประทานอาหารไม่ได้ กลัวว่าร่างกายจะทนกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดไม่ไหว และบางรายเป็นผู้ป่วยที่เคยมารับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ซึ่งเคยมีประสบการณ์ตรงจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดมาแล้วจะเกิดความรู้สึกกังวลใจ กลัวอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นอีกเหมือนในครั้งที่ผ่านมา และบางรายที่เคยได้รับเคมีบำบัดมาแล้วแต่ยังไม่เกิดอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดแต่ได้รับได้ยินการบอกเล่ามาก็มีความกังวลใจ กลัวว่าตนเองจะมีอาการดังที่รับรู้มา ถ้าให้ไปนานๆอาจจะมีอาการเหมือนผู้ป่วยคนอื่นๆ นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยบางคนมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด เช่น รับประทานอาหารเฉพาะมังสวิวัตินั้นเพราะกลัวว่ามะเร็งจะลุกลามมากขึ้น เป็นต้น

3. กังวลเกี่ยวกับงาน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายต้องหยุดงานมาตลอดตั้งแต่ผ่าตัดจนมารับการรักษาต่อเนื่องที่หน่วยเคมีบำบัด ไม่มั่นใจว่างานลักษณะใดที่จะทำได้และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ นอกจากนี้บางรายต้องหยุดงานบ่อยเนื่องจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดส่งผลให้สุขภาพอ่อนแอ อ่อนเพลียต้องการพักผ่อนมากกว่าเดิม ทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ปิดกั้นโอกาสและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ทำให้ขาดรายได้ในการจุนเจือครอบครัว

4. กังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ เป็นความกังวลจากการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตา เช่น ผมหงอก ปากเป็นแผล เล็บคล้ำ ผอมลง รู้สึกอายนและกลัวเป็นที่รังเกียจของเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยบางรายตั้งคำถามว่าผมจะร่วงอย่างไร ร่วงนานแค่ไหน และจะงอกขึ้นมาอีกหรือเปล่า แล้วตนเองจะต้องทำอย่างไร

5. กังวลเกี่ยวกับการที่ตนเองเป็นภาระกับผู้อื่น เนื่องจากความแข็งแรงของร่างกายลดลง ภายหลังจากที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งเป็นผลมาจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหน็บเบื่ออาหาร ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร ร่างกายอ่อนแอ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบจะทำไม่ได้เต็มที่ เช่น บทบาทของมารดา ภรรยา งานบ้านต่างๆ ทำให้ต้องพึ่งพาคู่สมรสในครอบครัวให้ทำหน้าที่แทน รู้สึกต้องเป็นภาระให้กับครอบครัวตลอดไป

จากการสัมภาษณ์และพูดคุยในครั้งนี้ทำให้เห็นถึงปัญหาและความต้องการของกลุ่มทดลองว่าต้องการข้อมูลเพื่อใช้ในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นและต้องการกำลังใจจากครอบครัว

3) การเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะให้ยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย

3.1 ผู้วิจัยให้ความรู้กับครอบครัวและผู้ป่วย ในเรื่องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวระหว่างรับยาเคมีบำบัด สาเหตุและผลกระทบของความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับยาเคมีบำบัด การสัมผัส ประโยชน์ของการสัมผัส และหลักปฏิบัติในการสัมผัส แผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาล ลักษณะและสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย โดยผ่านทางคู่มือ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัวและPowerpoint เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและมีความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่มีสาเหตุมาจากโรคและการรักษาได้ (ใช้เวลา 30 นาที) จากนั้นให้สมาชิกครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย

การให้ข้อมูลความรู้ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยประเมินความพร้อมและการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับฟังด้วยการประเมินความรู้เดิม เพิ่มเติมความรู้ใหม่และแก้ไขความรู้อันผิด โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เป็นรายบุคคลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากบุคคลจะแตกต่างกันในด้านความสามารถ ความถนัด ความพร้อมและความสนใจ การช่วยให้ผู้เรียนซึ่งเป็นผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ตามความสามารถและความสนใจของแต่ละบุคคล จะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด นับว่าเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ เนื่องจากระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาอาจต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและผู้ป่วยมีโอกาสได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและมีผลต่อความเครียดทางด้านจิตใจของผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในการลดความวิตกกังวล เพราะความวิตกกังวลและความกลัวที่ยิ่งใหญ่ที่สุดของผู้ป่วย คือความไม่รู้ การไม่ได้รับคำอธิบายเรื่องที่ต้องการทราบ หรือการได้รับคำอธิบายที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ทำให้เกิดการรับรู้ผิดๆหรือเบี่ยงเบนไป ดังนั้นการให้ข้อมูลและความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อาการข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น มีความมั่นใจในแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้ครอบครัวมีแนวทางในการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เข้าใจในเรื่องโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา สามารถปรับใจให้ยอมรับในข้อจำกัดของผู้ป่วยและทราบถึงบทบาทหน้าที่ที่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งจากการพูดคุยและประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยและครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัดครั้งแรกจะมีความหวาดกลัว

และมีความวิตกกังวลมาก เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งไม่ทราบวิธีในการดูแลและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการเหล่านั้น ผู้ป่วยบางรายได้รับคำบอกเล่าจากเพื่อนบ้านเกี่ยวกับโรคและการรักษาว่า เป็นโรคซึ่งรักษาก็ตายไม่รักษาก็ตาย โดยแนะนำให้ไปรักษาด้วยยาสมุนไพรมากกว่ารักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน และบางรายได้รับคำบอกเล่าจากผู้ป่วยท่านอื่นๆ ถึงผลข้างเคียงของเคมีบำบัดว่าก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากทั้งอาการจากภาวะคลื่นไส้อาเจียน การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบมีความเจ็บปวดจนไม่สามารถรับประทานอาหารได้ อาการท้องผูก อึดอัดแน่นท้องและการเกิดภาวะอ่อนเพลีย อ่อนล้าจนไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติต้องลาออกจากงาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและความไม่แน่นอนของการรักษา บางรายสอบถามถึงความจำเป็นในการรับประทานอาหารเสริมที่โฆษณาจากสื่อต่างๆ สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นว่า มีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลและความรู้จากผู้วิจัยเป็นอย่างมาก สามารถเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษารวมทั้งการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อน-ระหว่าง-หลังได้รับเคมีบำบัด เข้าใจในความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับจากการรักษา และมีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยทั้งการช่วยให้กำลังใจด้วยการใช้การสัมผัสและส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน

3.2 การพัฒนาทักษะการสัมผัสจากผู้วิจัย โดยการสอนและสาธิตการสัมผัสให้กับสมาชิกครอบครัวเพื่อนำไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติให้กับผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีขั้นตอนการสัมผัสดังนี้การสัมผัสบริเวณมืออย่างนุ่มนวลและเป็นธรรมชาติ การจับมือ การกุมมือ การบีบมือด้วยน้ำหนักเบาแรงสลับกัน การลูบ การตบเบาๆบริเวณหลังมือ(ใช้เวลาในการสัมผัสแต่ละครั้งประมาณ 1-2 นาที จำนวนครั้งและระยะห่างของเวลาแล้วแต่ความเหมาะสมของสถานการณ์นั้น) ร่วมกับการพูดคุยอย่างเอื้ออาทร ลักษณะของคำพูดที่ใช้ควรสื่อให้เห็นถึงความหมายของการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ คำปลอบใจ การให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา ให้คำแนะนำในการปรับทัศนคติที่มีต่อยาเคมีบำบัดในเชิงบวก โดยใช้คำเสียงที่นุ่มนวลในการติดต่อสื่อสาร พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และรับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวลและรับรู้ว่ามีครอบครัวพร้อมที่จะอยู่เคียงข้างกับผู้ป่วย (รวมระยะเวลาที่ใช้ในการสัมผัสและพูดคุยประมาณ 10-15 นาที) มีการประเมินทดลองปฏิบัติ โดยให้สมาชิกครอบครัวสาธิตย้อนกลับเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการสัมผัสสามารถถ่ายทอดการส่งผ่านอารมณ์และความรู้สึกที่มาจากความรัก ความห่วงใยไปสู่ผู้ป่วย อีกทั้งเป็นการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจใน

ขณะที่ครอบครัวฝึกการสัมผัส พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรค หลังจากนั้นจึงให้ครอบครัวผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้ (ใช้เวลา 15 นาที) พบว่า กลุ่มทดลองทั้ง 20 ราย สามารถตอบแบบทดสอบความรู้ได้มากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย โดยมีผู้ผ่านการทดสอบความรู้ด้วยคะแนนร้อยละ 100 จำนวน 12 คน ร้อยละ 93.3 จำนวน 6 คน ร้อยละ 86.6 จำนวน 2 คน

และจากการสอนและสาธิตการสัมผัสให้กับสมาชิกครอบครัวเพื่อนำไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติให้กับผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่า ในระยะแรกครอบครัวที่เป็นคู่สมรสยังไม่กล้าแสดงออกในการฝึกการสาธิตย้อนกลับกับผู้วิจัยเนื่องจากยังไม่คุ้นเคยและมีความเขินอายไม่กล้าแสดงออก แต่เมื่อผู้วิจัยให้การเสริมแรงรวมทั้งได้อธิบายถึงผลของการสัมผัสที่มาจากความตั้งใจ ความปรารถนาดีและความจริงใจสามารถถ่ายทอดและสื่อให้เห็นถึงความรู้สึกที่ดีและความห่วงใยไปสู่ผู้รับสัมผัสได้ ส่งผลให้ผู้รับการสัมผัสรู้สึกผ่อนคลาย ลดความกลัว มีความสุขใจและมีความอบอุ่นใจที่มีครอบครัวมานั่งเป็นเพื่อนใกล้ๆ พร้อมทั้งให้กำลังใจ คำปลอบใจ จึงทำให้ครอบครัวมีความตั้งใจในการเรียนรู้และสามารถปฏิบัติได้ โดยภายหลังสิ้นสุดการสาธิตย้อนกลับพบว่า กลุ่มทดลองทั้ง 20 ราย สามารถปฏิบัติตามวิธีการสัมผัสได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ได้มากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย

4. ในขณะที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับยาเคมีบำบัดเข้าหลอดเลือดดำ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลและทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทั้งด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำและกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกเดินเข้าห้องน้ำ การดูแลให้มีความสุขสบาย ดูแลสนับสนุนการอาบน้ำแข็งระหว่างให้ยาเคมีบำบัด ให้ความช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึก คลื่นไส้ อาเจียน หรือดูแลในด้านของเครื่องดื่มเช่น น้ำขิง ผลไม้รสเปรี้ยว ระมัดระวังการหักพับของสายน้ำเกลือ สังเกตอาการของผู้ป่วยและรายงานให้ทีมสุขภาพได้รับทราบถ้าพบความผิดปกติ เช่น แน่นหน้าอก หายใจขัด หน้ามืด ใจสั่นเป็นต้น การปรับประคองด้านจิตใจในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาล การปลอบโยนให้กำลังใจ ร่วมกับการสัมผัสผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลในเรื่องปัญหาและความต้องการ ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์ การมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษารวมทั้งปัญหาที่อาจเกิดขึ้น(ใช้เวลา 60 นาที)

เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมักเกิดความวิตกกังวลจากความกลัวต่างๆ ทั้งจากความเจ็บปวดจากการแทงเข็มเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ความไม่สามารถคาดการณ์กับสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปของผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด การต้องดูแลตนเองขณะที่ได้รับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วย

ตั้งเครียด วิตกกังวล โดดเดี่ยวขาดความเชื่อมั่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เมื่อให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกของการได้รับเคมีบำบัดเข้าหลอดเลือดดำ โดยการนั่งอยู่เป็นเพื่อนใกล้ๆ ให้การสัมผัสผู้ป่วย พร้อมกับพูดคุยด้วยท่าที่อ่อนโยน หรือส่งสายตาด้วยความห่วงใย เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้และเกิดความอบอุ่นใจ ผู้ป่วยไม่รู้สึกลัวถูกทอดทิ้งทำให้โดดเดี่ยว มีครอบครัวอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ คอยดูแลเอาใจใส่ พร้อมทั้งคอยช่วยเหลือ ผู้ป่วยมีการรับรู้ตลอดเวลาที่สัมผัสจึงมีส่วนช่วยลดจินตนาการที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญกับภาวะเครียดได้ ทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง และจากการได้พูดคุยกับครอบครัวและผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่มักจะถามเกี่ยวกับเรื่องการตอบสนองต่อการรักษาและผลข้างเคียงของการได้รับเคมีบำบัดในครั้งต่อไปจะมากขึ้นหรือไม่ รวมทั้งการได้รับเคมีบำบัดครั้งนี้ถ้ามีอาการแพ้มาก แพทย์จะปรับเปลี่ยนยาตัวใหม่หรือไม่

5. การประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากกิจกรรมการพยาบาลการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสร็จสิ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นตลอดจนถึงปัญหาและอุปสรรค วางแผนและแก้ไขปัญหาร่วมกัน สนับสนุนและเสริมแรงให้ครอบครัวได้มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านอย่างต่อเนื่อง (ใช้เวลา 30 นาที)

6. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ครั้งที่ 2 ภายหลังจากทดลองสิ้นสุดในวันนั้น และ ครั้งที่ 3 ในวันที่ 3 ภายหลังจากได้รับเคมีบำบัด โดยมีการติดตามทางโทรศัพท์ และขอความร่วมมือโดยให้ผู้ป่วยส่งแบบประเมินความวิตกกังวลกลับทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้ ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างและสอบถามถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้ รับฟังข้อเสนอแนะและการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว ตรวจสอบความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถาม และชี้แจงว่าสิ้นสุดการวิจัย ขอขอบคุณในความร่วมมือที่เข้าร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สอบถามถึงความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการได้มีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ดีและยินดีเป็นอย่างมากที่ได้มีโอกาสในการเข้าร่วมการวิจัย เพราะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด การป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากเคมีบำบัด การให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกคับข้องใจและซักถามปัญหาต่างๆตามที่ต้องการ การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลตลอดจนคำอธิบายได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจ

และสามารถคาดการณ์ถึงสิ่งที่ตนเองต้องเผชิญหรือการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้นในชีวิตได้ง่ายขึ้น เกิดการปรับตัวและรับรู้ถึงสถานการณ์ที่ตนเองต้องเผชิญล่วงหน้า สามารถเชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้ใหม่กับประสบการณ์ที่มีอยู่เป็นแนวทางปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้ นอกจากนี้การที่ส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล ได้ช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้กำลังใจขณะที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดด้วยความรักและเอาใจใส่ การนั่งอยู่เป็นเพื่อนใกล้ๆ การรับฟังความรู้สึกต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น โดยผู้วิจัยสังเกตได้จากสีหน้าและน้ำเสียงในการพูดโต้ตอบ พบว่า ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยคนอื่นๆ นอกจากนี้การที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล ตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา ทำให้ครอบครัวได้ปรับการรับรู้ มีการเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สามารถวางแผนและจัดสรรเวลาให้เหมาะสมในระหว่างที่ผู้ป่วยต้องรับการรักษา ทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจ เพิ่มพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านได้ และจากการที่ผู้วิจัยได้ติดตามทางโทรศัพท์ พบว่าสามารถติดตามกลุ่มทดลองได้ครบทุกราย และผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ได้รับการดูแลที่ดี มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

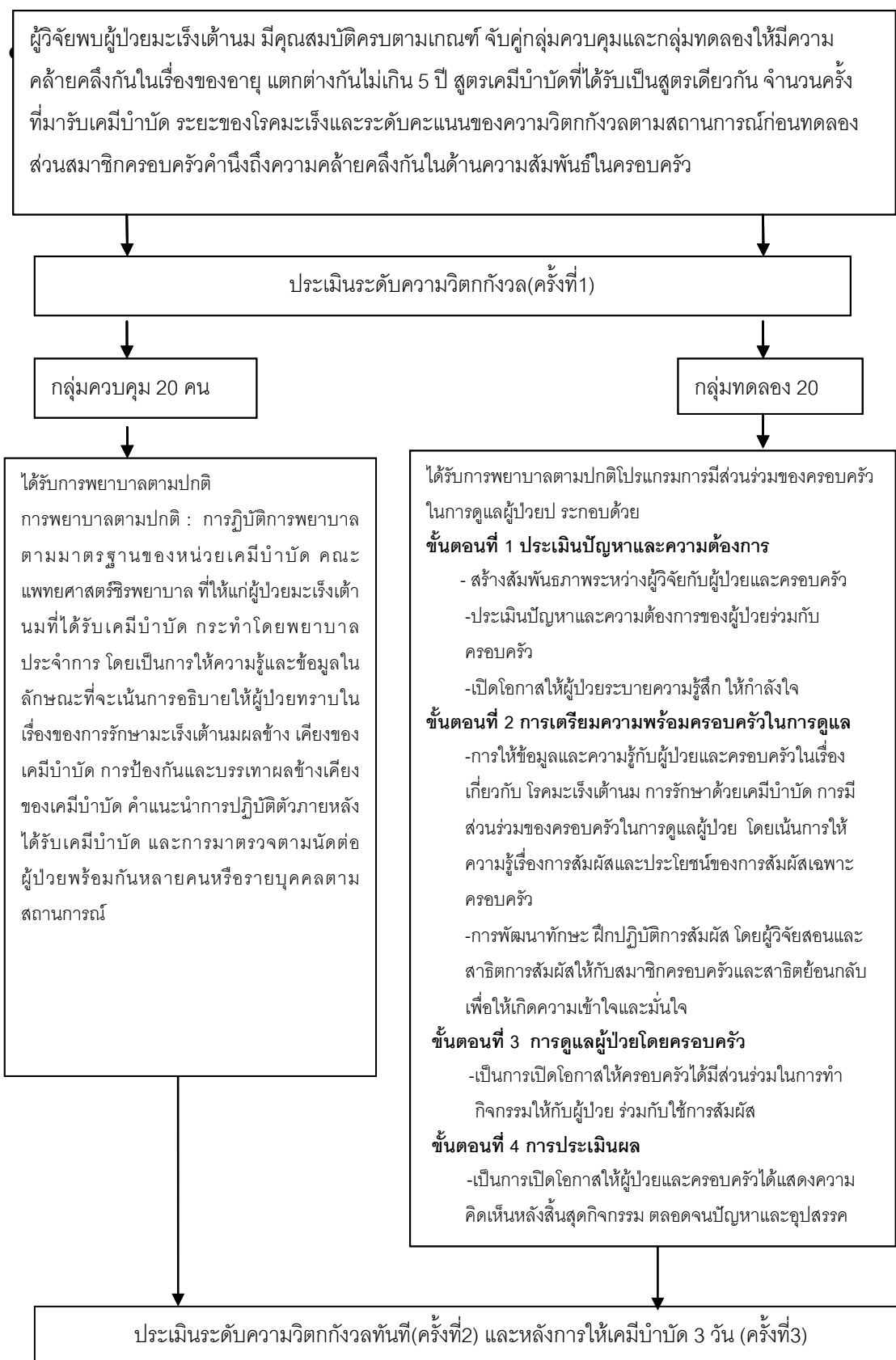
การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใดๆ ให้กับผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้อง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากงานวิจัยหรือยกเลิกในการทำวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย การทำวิจัยจะไม่มีผลต่อการให้การรักษาและการพยาบาลของแพทย์ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/Participant information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองครบแล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบลักษณะต่างๆของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)
3. วิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมทันทีและ 3 วัน โดยใช้สถิติ One-way repeated measure ANOVA (RANOVA)
4. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้เคมีบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าการแจกแจงแบบโค้งปกติ แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ t-test
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ค่าสถิติ t- test for independent sample

ภาพที่ 2 ขั้นตอนการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรก ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ หอผู้ป่วยเคมีบำบัด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย 40 คน โดยคัดเลือกตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 40 คน โดยจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ผลการวิจัยครั้งนี้นำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เมื่อเวลาต่างกัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)							
20-30 ปี	1	5.0	0	0	1	2.5	1.20 ^{NS}
31-40 ปี	2	10.0	3	15.0	5	12.5	
41-50ปี	9	45.0	9	45.0	18	45.0	
51-60 ปี	8	40.0	8	40.0	16	40.0	
ค่าเฉลี่ย	47.75		48.20		47.98		
SD	8.03		6.49		7.21		
สถานภาพสมรส							
โสด	3	15.0	2	10.0	5	12.5	.23 ^{NS}
คู่	14	70.0	15	75.0	29	72.5	
หม้าย	2	10.0	2	10.0	4	10.0	
หย่า/แยกกันอยู่	1	5.0	1	5.0	2	5.0	
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	7	35.0	6	30.0	13	32.5	.47 ^{NS}
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20.0	5	25.0	9	22.5	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	2	10.0	2	10.0	4	10.0	
ปวส/ อนุปริญญา	3	15.0	4	20.0	7	17.5	
ปริญญาตรี	4	20.0	3	15.0	7	17.5	

หมายเหตุ : χ^2 สถิติไคสแควร์ (Chi-square test), NS= non- significant

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	ศาสนา						
พุทธ	20	100.0	19	95.0	39	97.5	1.03 ^{NS}
คริสต์	0	0	1	5.0	1	2.5	
อาชีพ							
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	5	25.0	5	25.0	10	25.0	2.83 ^{NS}
รับจ้าง	3	15.0	4	20.0	7	17.5	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	15.0	5	25.0	8	20.0	
รับราชการ	3	15.0	2	10.0	5	12.5	
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	10.0	0	0	2	5.0	
เกษตรกรรวม	1	5.0	1	5.0	2	5.0	
พนักงานบริษัท	3	15.0	3	15.0	6	15.0	
รายได้ของครอบครัว							
เฉลี่ยต่อเดือน							
5,000-10,000 บาท	1	5.0	1	5.0	2	30.0	1.80 ^{NS}
10,001-20,000 บาท	10	50.0	14	70.0	24	60.0	
มากกว่า 20,000 บาท	9	45.0	5	25.0	14	35.0	
แหล่งรายได้							
บุตร	5	25.0	4	20.0	9	22.5	.25 ^{NS}
สามี	12	60.0	12	60.0	24	60.0	
พี่น้อง/ญาติ	3	15.0	4	20.0	7	17.5	

หมายเหตุ : χ^2 สถิติไคสแควร์ (Chi-square test), NS= non- significant

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม		χ^2
	(n=20)		(n=20)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความพอเพียงของรายได้							
ไม่พอใช้	6	30.0	6	30.0	12	30.0	.37 ^{NS}
เพียงพอ	12	60.0	13	65.0	25	62.5	
เหลือเก็บ	2	10.0	1	5.0	3	7.5	
สิทธิในการรักษา							
จ่ายเอง	2	10.0	0	0	2	5.0	3.18 ^{NS}
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6	30.0	10	50.0	16	40.0	
ประกันสังคม	6	30.0	5	25.0	11	27.5	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	30.0	5	25.0	11	27.5	
บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว							
สามี	13	65.0	13	65.0	26	65.0	.00 ^{NS}
บุตร	4	20.0	4	20.0	8	20.0	
พี่น้อง	3	15.0	3	15.0	6	15.0	

หมายเหตุ : χ^2 สถิติไคสแควร์ (Chi-square test), NS= non- significant

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 45) รองลงมาคืออายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 40) โดยมีอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 47.9 ส่วนมากสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.5 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 97.5 เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 32.5) ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 25 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 60 และรายได้ในครอบครัวอยู่ในระดับที่พอเพียง ร้อยละ 60.5 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 40 บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ คือ สามี ร้อยละ 65 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มี อายุ สถานภาพ

สมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญที่.05

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะของโรค ชนิดของเคมีบำบัด และชุดของการให้ยา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะของโรค							
ระยะที่ 1	5	25.0	5	25.0	10.0	25.0	.00 ^{NS}
ระยะที่ 2	12	60.0	12	60.0	24.0	60.0	
ระยะที่ 3	3	15.0	3	15.0	6	15.0	
ชนิดของเคมีบำบัด							
AC	14	70.0	14	70.0	28	70.0	.00 ^{NS}
CMF	2	10.0	2	10.0	4	10.0	
FAC	4	20.0	4	20.0	8	20.0	
ชุดของการให้เคมีบำบัด							
ชุดที่ 1	12	60.0	12	60.0	24	60.0	.00 ^{NS}
ชุดที่ 2	6	30.0	6	30.0	12	30.0	
ชุดที่ 3	2	10.0	2	10.0	4	10.0	

หมายเหตุ : χ^2 สถิติไคสแควร์ (Chi-square test), NS= non- significant

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมอยู่ในระยะที่ 2 (ร้อยละ 60) ในด้านการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่าชนิดของเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ได้รับ คือ Adriamycin , Cyclophosphamide : AC รองลงมาคือ Fluorouracil , Adriamycin , Cyclophosphamide : FAC ร้อยละ 20 และส่วนใหญ่ได้รับชุดของการให้ยาเป็นชุดที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทางคลินิก

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มี ระยะของโรค ชนิดของเคมีบำบัด ชุดของการรักษา ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญที่.05

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพในครอบครัว ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด การมีโรคประจำตัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							
ชาย	13	65.0	14	70.0	27	67.5	.11 ^{NS}
หญิง	7	35.0	6	30.0	13	32.5	
อายุ							
20-30 ปี	3	15.0	4	0	7	17.5	4.16 ^{NS}
31-40 ปี	4	20.0	1	15.0	5	12.5	
41-50 ปี	7	35.0	6	45.0	13	32.5	
51-60 ปี	5	25.0	9	40.0	14	35.0	
มากกว่า 60	1	5.0	0	0	1	2.5	
สถานภาพสมรส							
โสด	5	25.0	4	20.0	9	22.5	.14 ^{NS}
คู่	15	75.0	16	80.0	31	77.5	
ศาสนา							
พุทธ	20	100.0	19	95.0	39	97.5	1.03 ^{NS}
คริสต์	0	0	1	5.0	1	2.5	

หมายเหตุ : χ^2 สถิติไคสแควร์ (Chi-square test), NS= non- significant

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2	10.0	3	15.0	5	12.5	1.20 ^{NS}
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	25.0	5	25.0	10	25.0	
มัธยมตอนปลาย/ ปวช	2	10.0	2	10.0	4	10.0	
ปวส/อนุปริญญา	4	10.0	4	20.0	8	20.0	
ปริญญาตรี	6	40.0	6	30.0	12	30.0	
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	5.0	0	0	1	2.5	
อาชีพ							
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	10.0	0	0	2	5.0	6.08 ^{NS}
รับจ้าง	3	15.0	8	40.0	11	27.5	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	40.0	5	25.0	13	32.5	
รับราชการ	4	20.0	5	25.0	9	22.5	
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	5.0	0	0	1	2.5	
เกษตรกรรวม	1	5.0	1	5.0	2	5.0	
พนักงานบริษัท	1	5.0	1	5.0	2	5.0	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย							
คู่สมรส	13	65.0	13	65.0	26	65.0	.00 ^{NS}
บุตร	4	20.0	4	20.0	8	20.0	
พี่น้อง	3	15.0	3	15.0	6	15.0	

หมายเหตุ : χ^2 สถิติไคสแควร์ (Chi-square test), NS= non- significant

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพในครอบครัว							
หัวหน้าครอบครัว	14	70.0	13	65.0	27	67.5	.11 ^{NS}
สมาชิกครอบครัว	6	30.0	7	35.0	13	32.5	
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด							
ไม่เคย	20	100	19	95.0	39	97.5	1.03 ^{NS}
เคย	0	0	1	5.0	1	2.5	
โรคประจำตัว							
ไม่มี	16	80.0	13	65.0	29	72.5	1.13 ^{NS}
มี*	4	20.0	7	35.0	11	27.5	

* หมายถึง ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน และหอบหืด

หมายเหตุ : χ^2 สถิติไคสแควร์ (Chi-square test), NS= non- significant

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 67.5 มีอายุเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.5 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 77.5 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 97.5 ระดับการศึกษาปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 32.5 และส่วนมากมีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 65 มีสถานภาพในครอบครัวโดยเป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 67.5 ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 97.5 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 72.5 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มี เพศ อายุ สถานภาพสมรส

ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพในครอบครัว ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด การมีโรคประจำตัว ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญที่.05

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีส่วนร่วมของครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = n_2 = 20$)

ระยะเวลา	ความวิตกกังวล					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	\bar{x}	SD	ระดับความวิตกกังวล	\bar{x}	SD	ระดับความวิตกกังวล
ก่อนการทดลอง	53.55	3.35	ปานกลาง	53.45	3.82	ปานกลาง
หลังการทดลองทันที	45.60	1.47	ปานกลาง	54.25	2.17	ปานกลาง
หลังการทดลอง 3 วัน	40.80	2.38	ปานกลาง	55.25	3.70	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองเท่ากับ 53.55 ในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 53.45 หลังการทดลองทันที และ หลังการทดลอง 3 วัน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองลดลงเป็น 45.60 และ 40.80 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเป็น 54.25 และ 55.25 ตามลำดับ โดยทั้งสองกลุ่ม มีระดับความวิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการทดลอง

2.1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One-way repeated measure ANOVA(RANOVA)

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 วัน (n=20)

Source	df	SS	MS	F
Subjects	19	146.95	7.73	
Time	2	1658.7	829.35	147.30*
Subjects × time	38	214	5.63	
Total	59	2019.65	-	

* P < .05

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F = 147.30) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ ผลที่ได้เป็นดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลองเป็นรายคู่

ความวิตกกังวล	\bar{x}	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองทันที	หลังการทดลอง 3 วัน
ก่อนการทดลอง	53.55	—	7.95*	12.75*
หลังการทดลองทันที	45.60	—	—	4.80*
หลังการทดลอง 3 วัน	40.80	—	—	—

* P < .05

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองทั้งสองครั้ง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง 3 วัน ต่ำกว่าหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 วัน (n=20)

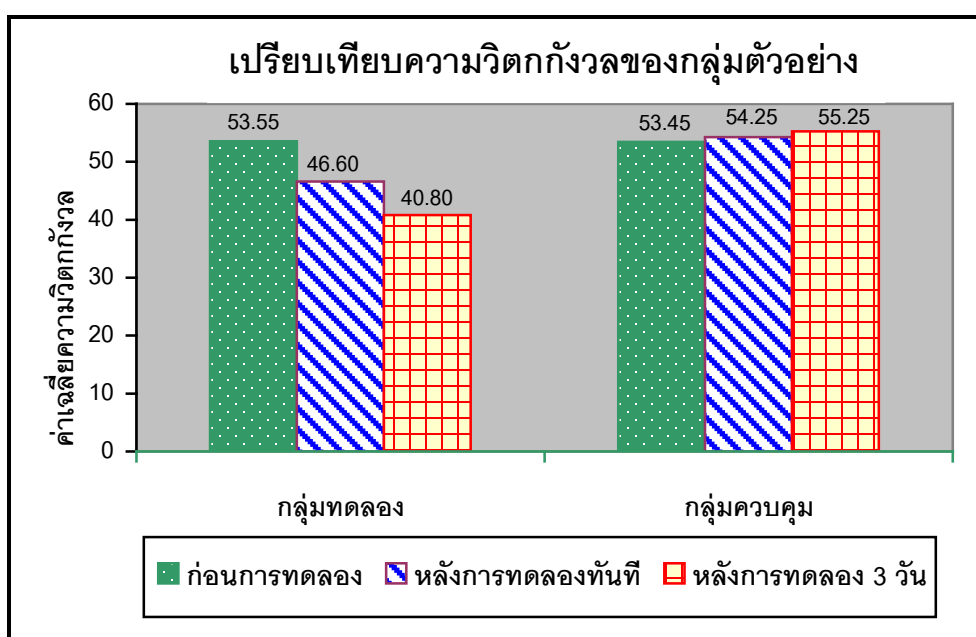
Source	df	SS	MS	F
Subjects	19	220.29	11.59	
Time	2	32.54	16.27	1.52
Subjects × time	38	406.16	10.69	
Total	59	658.99	-	

* $P < .05$

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายในกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 1.52$)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอเป็นกราฟได้ดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 3 วัน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t- test for independent

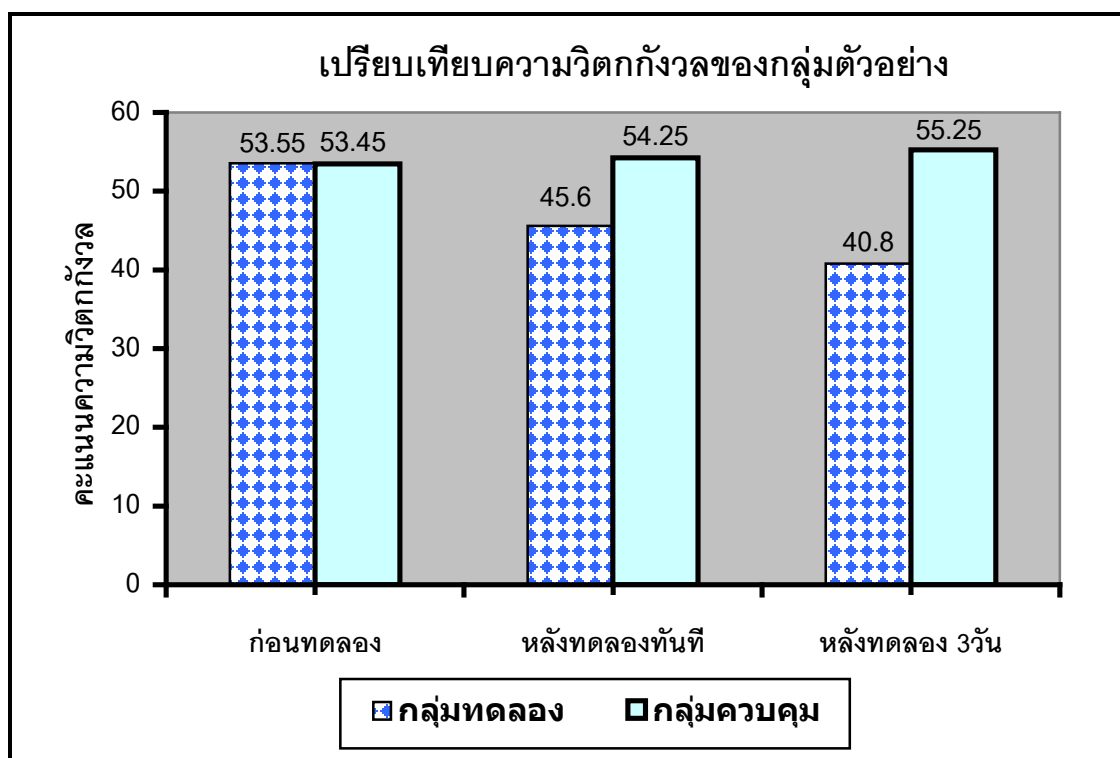
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 วัน ($n_1 = n_2 = 20$)

ความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ก่อนการทดลอง	53.55	3.35	53.45	3.82	.088	.930
หลังการทดลองทันที	45.60	1.47	54.25	2.17	-14.76	.000
หลังการทดลอง 3 วัน	40.80	2.38	55.25	3.70	-14.71	.000

* $P < .05$

จากตารางที่ 8 พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่หลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองทั้งสองครั้ง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังกราฟในภาพที่ 4

ภาพที่ 4 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 3 วัน



ส่วนที่ 4 ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

จากการดำเนินการทดลองโดยศึกษาจากความรู้สึกของผู้ป่วยจากการเข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย จากการติดตามที่โรงพยาบาลและทางโทรศัพท์ถึงความรู้สึกที่แตกต่างกัน โดยสรุปประเด็นต่างๆได้ดังนี้

1. **ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** จากการซักถามและพูดคุยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ภายหลังจากที่ได้รับการพูดคุยให้ความรู้ คำแนะนำจากผู้วิจัยด้วยความเป็นกันเองและเข้าใจถึงความรู้สึกที่กลัวต่อการรักษา การได้รับกำลังใจและการให้ความมั่นใจต่อการรักษาของแพทย์ รวมทั้งการติดตามสอบถามอาการทางโทรศัพท์แล้ว ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีความเชื่อมั่นมากขึ้นในการที่จะก้าวผ่านการรักษาครั้งนี้ให้ได้ ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป ดีใจที่ผู้วิจัยมีความห่วงใย สนใจ รับฟังปัญหาและให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ

“ ในตอนแรกที่รักษาด้วยการทำผ่าตัดก้อนที่เต้านมออก คุณหมอบอกว่าเป็นมะเร็งระยะแรก รักษาหายแน่ๆ เราก็เชื่อมั่นกว่าผ่าตัดเสร็จแล้วก็ไม่ต้องมาโรงพยาบาลรักษาอะไรอีกเพราะเป็นขั้นแรก แต่พอบอกว่าต้องรักษาต่อด้วยเคมีบำบัดรู้สึกท้อใจ ห่อหุ้มกับชีวิตและกลัวด้วยไม่อยากจะยาเคมี เพราะเพื่อนแถวบ้านเขาบอกว่ารักษาด้วยเคมีบำบัดตายทุกราย ยามันแรง แต่เมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวจากพยาบาลรู้สึกว่ามีกำลังใจมากขึ้น เราคงไม่ได้มีอาการแพ้หลายอย่าง ถ้าเราเตรียมพร้อมและมีความอดทน ยิ่งได้รับกำลังใจจากพยาบาลทุกครั้งเวลาที่มาโรงพยาบาลแบบนี้ เราก็ต้องรักษาให้ครบตามที่หมอบอกให้ได้ ”

“ ภายหลังจากสามีได้เข้าฟังคำแนะนำในเรื่องโรคและการรักษาพร้อมกัน รู้สึกว่า เขาใจเย็นลงเยอะ ไม่หงุดหงิดเราเหมือนแต่ก่อน ฟังเราพูดมากขึ้น ช่วยเหลืองานในบ้านด้วย มากอดและให้กำลังใจเหมือนตอนรักกันใหม่ๆเลย รู้สึกแปลกแต่ก็มีความสุขดีนะ แต่ก่อนก็เคยกอดแบบนี้แต่ห่างๆไป แต่ช่วงนี้กอดบ่อย ”

“ คราวที่แล้วมาให้ยาเคมีกลับไปบ้านได้พักหนึ่งผมร่วงเกือบหมด แต่ร่วงเป็นหย่อมๆนะ ดูแล้วน่าเกลียดมากเลย ไม่นึกว่าจะเป็นแบบนี้ เหมือนนกกระจกนกเลย รู้สึกอาย จะไปไหนมาไหนก็ไม่ค่อยอยากไป แต่หลังจากที่พยาบาลพูดปลอบใจว่าเมื่อรักษาจนครบแล้วผมจะขึ้นใหม่เองก็ดีใจและแนะนำให้โกนผมได้ แกรมตอนกลับยังให้หมวกกับวิกผมลองไปใส่ดูก่อน ตอนนั้นรู้สึกว่ามีกำลังใจขึ้นเยอะกล้าที่จะออกไปเดินเล่นได้และคนที่บ้านก็บอกว่าใส่วิกแล้วดูไม่ค่อยเหมือนใส่วิกเลยเหมือนผมจริงๆทุกคนให้กำลังใจดีมาก เรายังต้องเข้มแข็ง ไม่ท้อถอยแล้ว ”

2. **การเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว** การนำสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มการรักษาด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวระหว่างได้รับเคมี

บำบัดจนกระทั่งการดูแลที่บ้าน จะช่วยให้ครอบครัวรับรู้ เข้าใจสภาพความเป็นจริงของปัญหา และสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลห่วงใยรวมทั้งความทุกข์ทรมานหรืออาการไม่สุขสบายจากผลของการรักษา พร้อมทั้งช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลด้านร่างกาย การประคับประคองด้านจิตใจ และการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดความอบอุ่นใจ ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยอย่างเดียวดาย เป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ซึ่งจะช่วยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติตนเพื่อการฟื้นตัว หลังได้รับเคมีบำบัดและมีกำลังใจในการรักษาโรคได้อย่างต่อเนื่อง

“ อยู่กับลูกแค่สองคน สามีเสียชีวิตนานแล้ว คุยกับลูกชายว่า หลังจากได้รับฟังการให้ข้อมูล เรื่องโรคและวิธีการรักษาจากพยาบาลแล้ว รู้สึกสบายใจขึ้นเยอะ เมื่อก่อนเราไม่รู้ว่ามันเป็นอะไรบ้าง ขนาดไหน รู้มาบ้างแต่ไม่ชัด ยิ่งทำให้กลัว ตอนนี้นี้ลูกชายช่วยดูแลเราดีมาก รับปากว่าจะมาเป็นเพื่อน เวลาเราหามาหอบ กลับบ้านเร็วด้วยกลับจากทำงานก็ช่วยงานบ้านทุกอย่าง บอกว่างานหนักๆเดียวเขา กลับมาทำให้ ซื้ออาหารมาบำรุง อยากกินอะไรก็ซื้อมาให้ บางครั้งกินไม่ลงแต่ต้องฝืนพยายามกิน เดียวลูกจะเสียใจ วันไหนว่างก็พาไปเดินเล่นออกกำลัง จับมือเราบอกให้แม่อดทนสู้ๆให้กำลังใจดี แต่ก่อนนะกลับบ้านดึกไม่ค่อยได้คุยกัน เราก็ไม่กล้าเข้าซื้อกลัวลูกมันรำคาญ เหมือนอยู่คนเดียว แต่ตอนนี้ลูกเปลี่ยนไปในทางที่ดีมาช่วยดูแลสนใจมากขึ้น รู้สึกอบอุ่น ลูกมันก็รักเรา ห่วงเราเหมือนกัน นะ เคยนี้ก็น้อยใจแต่ตอนนี้ไม่แล้ว ”

“ ตั้งแต่วันที่กลับจากโรงพยาบาล สามีสอบถามอาการตลอดว่าเป็นอย่างไรบ้าง เพื่อยังไม่ค่อยสังเกตว่าเรากินข้าวได้หรือเปล่านั้นมีอาเจียนไหม อยากกินอะไรเป็นพิเศษบ้าง แต่ก่อนชอบซื้อไก่ทอด ขาหมูมันๆมากิน แต่ตอนนี้เปลี่ยนเป็นผักต้ม แกงจืดแทน ซื้อน้ำเกลือมาให้อมบ้วนปากด้วย บอกว่าจะได้ไม่เป็นแผลเหมือนมีคุณหมอยู่ในบ้านเลย ปกติเขาจะเป็นคนเฉยๆไม่ค่อยแสดงออกนะ แต่ตอนนี้สามีดูแลเอาใจใส่ดีมาก เราหงุดหงิดเขาก็ไม่ว่าอะไร ช่วยดูแลลูกให้ด้วย ให้กำลังใจว่า ถ้าหายเมื่อไหร่จะพาไปเที่ยว อยากให้เป็นแบบนี้ไปตลอด แค่นี้เราก็รู้สึกที่ไม่โดดเดี่ยว ว่าแห้วแล้ว ทำให้มีกำลังใจในการสู้กับความเจ็บไข้ได้ป่วยและการรับเคมีบำบัดได้ ”

3. เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง จากการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา พร้อมทั้งแจกคู่มือ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้านที่ ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัว โดยมีการประเมิน ความรู้เดิม ให้ความรู้ใหม่ พบว่าผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้สามารถนำข้อมูลที่ ได้รับและเลือกวิธีการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมี ครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

“ เคยได้ยินมาว่าคนที่ เป็นโรคมะเร็งต้องงดกินเนื้อสัตว์ ให้กินอาหารมังสวิรัต แทน แต่เมื่อรับ ฟังข้อมูลจากพยาบาลจึงเข้าใจมากขึ้นว่า โปรตีนเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ช่วงที่รักษาควรได้รับ โปรตีนเยอะๆ และอาหารต้องสะอาดและสุกๆ เช่น เนื้อสัตว์ไม่เอาที่มีมัน เนื้อปลา ไช้ขาว นม น้ำ เต้าหู้ จะช่วยเสริมสร้างเม็ดเลือดได้ดี สามีกับลูกจึงเปลี่ยนวิธีการกินอาหารใหม่ ทำกับข้าวที่มี โปรตีนจากเนื้อสัตว์บ้างไม่อย่างนั้น ครั้งต่อไปของการให้เคมีบำบัดกลัวว่าผลเลือดไม่ผ่านเกณฑ์ได้ เพราะผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่เจอกันบางคนบอกว่าเจาะเลือดแล้วผลเลือดไม่ผ่าน ให้เคมีบำบัดไม่ได้ ต้อง เลื่อนไปก่อน มันมีผลเสีย เดี่ยวมะเร็งโตเร็ว อาจต้องให้ยาแรงขึ้นอีก เราก็คิดว่าเลื่อนไปคงไม่มีผล อะไร นอกจากเรื่องของการกินแล้วก็ต้องทำจิตใจให้ผ่อนคลายด้วย ไม่ให้เครียดหรือคิดมากเกินไป อาการของโรคจะได้ไม่รุนแรง ”

“ สมุดคู่มือมีประโยชน์มากเลย บางครั้งพยาบาลให้คำแนะนำแล้วจำไม่ได้ ลืม ก็นำสมุด คู่มือมาทบทวนอ่านใหม่อีกรอบว่า จะมีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดอะไรบ้าง และต้องดูแลตนเอง อย่างไรเพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง บางครั้งลูกก็เอามาอ่านด้วยและมาช่วยดูแล เป็นห่วงคอยถามว่ามี อาการผิดปกติอะไรหรือเปล่า ทำให้รู้เรื่องการให้เคมีบำบัดและการปฏิบัติตัวมากขึ้น กลับมาจาก โรงพยาบาลหลังได้เคมีบำบัด 2-3 วัน มีอาการอ่อนเพลียเหมือนไม่ค่อยมีแรงเลย อยากนอนพัก อย่างเดียว งานอะไรก็ไม่อยากทำ เพิ่งรู้ว่านอนทั้งวันมันไม่ดีกับสุขภาพร่างกาย สามีและลูกๆ เลย ชวนแกมบังคับให้ออกไปเดินเล่นออกกำลังตอนเย็นๆ บ้าง ให้สูดอากาศหายใจเข้าออกลึกๆ ทำไปเรื่อยๆ ก็รู้สึกดีกว่าดีเหมือนกันนะ เวลารู้สึกร้อนในปากก็กินไอติมสลับกับอมน้ำแข็งบ้างก็ช่วยได้เยอะ เวลาคลื่นไส้จิบน้ำขิงอุ่นๆ รู้สึกชุ่มคอดี หรือวันไหนกับข้าวไม่มีขิงก็กินไม่ได้ สามีต้องจ่ายตลาดซื้อ มา ให้ ”

4. **มีทัศนคติที่ดีต่อโรคและการรักษา** จากประสบการณ์การรับรู้ต่อโรคมะเร็งที่ผ่านมาของ กลุ่มตัวอย่างได้กล่าวไว้ว่า คนที่เป็นโรคมะเร็งต้องเสียชีวิตทุกราย หรือมีอายุไม่ยืนยาว โดยเฉพาะ ถ้ารักษาด้วยการให้เคมีบำบัด บางคนแพ้มากไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงของเคมีบำบัดได้ บางคนให้เคมีบำบัดหลายครั้งจนเสียชีวิตทั้งๆที่ยังให้ไม่ครบ บางคนมีความคิดว่าโรคมะเร็งสามารถ ถ่ายทอดไปให้ลูกได้กลัวว่า ลูกสาวจะเป็นเหมือนกับตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคมะเร็งและการรักษาว่า ปัจจุบันนี้วิทยาการและเทคโนโลยีมีความก้าวหน้ามากขึ้น การรักษา ย่อมมีการปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ถ้าเรายอมรับและมีความมั่นใจต่อทีมสุขภาพรวมทั้งมีการ ดูแลตนเองได้ถูกต้อง ก็จะมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

“ ครั้งแรกเมื่อรู้ว่าผลชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งรู้สึกกลัว คิดอยู่นานว่าจะรักษาแบบใดดี หรือจะรักษา จบแค่การผ่าตัดเท่านั้นไม่อยากได้เคมีบำบัด กลัวทุกข์ทรมาน กลัวแพ้ยา กลัวว่าจะทำอะไรไม่ได้

เลย แต่เมื่อมารู้ข้อมูลของโรคและการรักษาก็มีความหวังว่า เราคงผ่านตรงนี้ไปได้ รักษาแล้ว ไม่ได้พิการซักหน่อย ผลออกมาเป็นอย่างไรก็ต้องทำใจยอมรับ การเป็นโรคมะเร็งไม่ได้ถือว่าโชคร้ายเสมอไป ทำให้รู้ว่ายังมีครอบครัวที่รักเรา ห่วงใยเรา ให้กำลังใจและอยู่ข้างๆกับเราตลอด รักษาให้หายได้ก็ถือว่าโชคดี ไม่หายก็ไม่ใช่ไร ”

“ วันแรกที่มารับเคมีบำบัด จริงๆแล้วไม่อยากมาเลยจะมาต่อรองกับหมอขอเลื่อนไปก่อน แต่หมอไม่ยอมบอกว่ารักษาด้วยเคมีบำบัดตั้งแต่เริ่มต้น โรคมะเร็งจะได้ไม่ลุกลาม และยาเคมีที่ให้ก็มีประสิทธิภาพเป็นยาที่ใช้เหมือนกันทั่วโลก ก็เลยจะลองดูก่อน เพราะญาติคนอื่นๆแนะนำให้ไปรักษากับหมอแถวจังหวัดสิงห์บุรี มีคนไปรักษาที่นั่นกันเยอะต้องจองคิวด้วย แต่พอได้คุยกับพยาบาลจึงเลือกตัดสินใจรักษากับหมอที่โรงพยาบาลดีกว่า เราต้องมั่นใจว่าหมอต้องเลือกการรักษาที่ดีและมีประโยชน์กับคนไข้ มะเร็งเป็นได้ก็ต้องรักษาหายได้ เชื่อว่าได้เคมีบำบัดครบแล้วก็ต้องหายได้ ”

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เป็นการศึกษา 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 1-3 ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแล้วและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก อายุระหว่าง 20-59 ปี และ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ หอผู้ป่วยเคมีบำบัด คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้ (Inclusion criteria)

ผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหญิง ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ Modified Radical Mastectomy (MRM) และได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียวเป็นครั้งแรก
2. เป็นผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 20-59 ปี
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท โดยผู้วิจัยสังเกตจากการพูดคุย ตอบคำถาม การรับรู้ตนเอง เหตุการณ์ วันเวลา สถานที่
4. ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
6. มีระดับคะแนนความวิตกกังวลจากแบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะของสปีลเบิร์กเกอร์(1983) อยู่ในระดับปานกลาง(มากกว่า 41 คะแนน/จำนวน 20 ข้อคำถาม)

สมาชิกในครอบครัว

1. เป็นบุคคลในครอบครัวหรือเป็นญาติ ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายที่มีความสำคัญหรือมีความผูกพันและดูแลผู้ป่วยมากที่สุด มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. มีความยินดีและเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
3. มีความสามารถในการมองเห็นการได้ยิน และการโต้ตอบเป็นปกติ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน โดยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยแบ่งวันอังคารเป็นกลุ่มควบคุม วันพุธเป็นกลุ่มทดลอง สลับกันไป เพื่อป้องกันการปนเปื้อนกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่อง อายุ แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี จำนวนชุดและสูตรเคมีบำบัด ระยะของโรคมะเร็งเต้านม ระดับคะแนนของความวิตกกังวลตามสถานการณ์ก่อนทดลอง และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
 - 1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา
 - 1.3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

1.4 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การสัมผัสและประโยชน์ของการสัมผัส

3.2 แบบประเมินทักษะการสัมผัส

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการศึกษาประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับคู่ (Matched pair) โดยผู้ป่วยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี จำนวนชุดและสูตรเคมีบำบัด ระยะของโรคมะเร็งและระดับคะแนนของความวิตกกังวลตามสถานการณ์ก่อนทดลอง ส่วนสมาชิกครอบครัวคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวันอังคารจัดเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และวันพุธจัดเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย สลับกันไปจนครบจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในขณะที่รอรับการให้เคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย อธิบายให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงแบบฟอร์มแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา และแบบประเมินความวิตกกังวล (Pre-test) ของทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง

4. ดำเนินการวิจัยดังนี้

4.1 กลุ่มควบคุมได้รับ การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการให้ความรู้และข้อมูลในลักษณะที่จะเน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องของการรักษา มะเร็งเต้านม ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษาและระหว่างการได้รับเคมีบำบัด ต่อผู้ป่วยพร้อมๆกันหลายคนหรือรายบุคคลแล้วแต่สถานการณ์ การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย จะเป็นในลักษณะของการตอบคำถามและอธิบายแก้ไขข้อสงสัยหรือปัญหาตามผู้ป่วยแต่ละรายซักถามตามความเหมาะสม หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดเสร็จสิ้น สอบถามถึงอาการที่ผิดปกติ การให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับเคมีบำบัด แนะนำเรื่องยากกลับบ้าน การมาตรวจตามนัด และประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ครั้งที่ 2 ภายหลังจากทดลองสิ้นสุดในวันนั้น และครั้งที่ 3 ในวันที่ 3 หลังการได้รับเคมีบำบัด โดยนัดหมายและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความวิตกกังวล โดยให้ผู้ป่วยส่งแบบประเมินกลับทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้

4.2 กลุ่มทดลอง โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1) การประเมินปัญหาและความต้องการ โดยผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มและบรรยากาศที่เป็นกันเอง เพื่อให้มีความคุ้นเคยและไว้วางใจ ใช้คำถามปลายเปิดในการพูดคุยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก ปัญหา ประสบการณ์ของผู้ป่วยเพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียดและความวิตกกังวล รวมทั้งประเมินและวิเคราะห์ประสบการณ์เดิมและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับเคมีบำบัด รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วย (ใช้เวลา 15 นาที) 2) การเตรียมความพร้อมครอบครัวในการดูแลประกอบด้วย 2.1) การให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้กับครอบครัวและผู้ป่วย ในเรื่องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวระหว่างรับเคมีบำบัด สาเหตุและผลกระทบของความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับเคมีบำบัด การสัมผัส หลักปฏิบัติในการสัมผัสและประโยชน์ของการสัมผัส ลักษณะและสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย โดยผ่านทางคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัวและPowerpoint 2.2) การพัฒนาทักษะ เป็นการฝึกปฏิบัติการสัมผัส ผู้วิจัยสอนและสาธิตการสัมผัสให้กับสมาชิกครอบครัวเพื่อนำไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติให้กับผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด พร้อมทั้งการพูดคุยอย่างเอื้ออาทร การแสดงออกถึงความห่วงใย เข้าใจในความรู้สึก เห็นอกเห็นใจ การให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา มีการประเมินทดลองปฏิบัติโดยให้สมาชิกครอบครัวสาธิตย้อนกลับเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความมั่นใจเพิ่มขึ้น โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจในขณะที่ครอบครัว

ฝึกการสัมผัส พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรค อุปสรรค หลังจากนั้นจึงให้ครอบครัวผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้ (ใช้เวลา 30 นาที) 3) การดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว เป็นการเป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำและกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การพาลูกเดินเข้าห้องน้ำ ดูแลให้มีความสุขสบาย ดูแลสนับสนุนการอาบน้ำแข็งระหว่างให้เคมีบำบัด ให้ความช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึก คลื่นไส้ อาเจียน ระมัดระวังการหกพับของสายน้ำเกลือ สังเกตอาการของผู้ป่วยและรายงานให้ทีมสุขภาพได้รับทราบถ้าพบความผิดปกติ การปรับประคบประคองด้านจิตใจในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการสัมผัสผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลในเรื่องปัญหาและความต้องการ ระหว่างผู้ป่วยครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์ (ใช้เวลา 60 นาที) 4) การประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากกิจกรรมการพยาบาลการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลหลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสร็จสิ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ชี้แจงถึงปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ(ใช้เวลา 30 นาที) จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือในการประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ครั้งที่ 2 ภายหลังจากทดลองสิ้นสุดในวันนั้น และ ครั้งที่ 3 ในวันที่ 3 ภายหลังจากได้รับเคมีบำบัด โดยมีการติดตามทางโทรศัพท์ และขอความร่วมมือโดยให้ผู้ป่วยส่งแบบประเมินความวิตกกังวลกลับทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองครบแล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบลักษณะต่างๆของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)
3. วิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมทันทีและ 3 วัน โดยใช้สถิติ One-way repeated measure ANOVA (RANOVA)

4. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้เคมีบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Kolmogorov-Sminov Test พบว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่าง โดยใช้สถิติ t-test

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ค่าสถิติ t-test for independent sample

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความวิตกกังวล ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว จำนวน 20 คน

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 และ 2

สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมการพยาบาลซึ่งมีพื้นฐานมาจากแนวคิดเรื่องการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่มุ่งให้การดูแล โดยมีได้เน้นเฉพาะผู้ป่วยแต่เป็นการสนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกันแบบหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นการ

เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ได้แลกเปลี่ยนข้อมูล วางแผนและคิด ตัดสินใจ(ชลิตา ธนรัฐธีรกุล, 2546) รวมทั้งเป็นการเชื่อมต่อการรักษาให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยและมีบทบาทโดยตรงในการ ส่งเสริมสุขภาพ เพราะเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีความผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้น มีความรัก ความเอาใจ ใส เห็นใจซึ่งกันและกัน อดทนและให้อภัยกัน สามารถให้การดูแลช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวที่ เจ็บป่วยได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการฟื้นฟูภาวะสุขภาพ(รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ทำให้บุคคลที่ เจ็บป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและสามารถดำรงชีวิตได้ตามสภาพ ยอมรับในรูปลักษณะ ของตนเอง(ทิพาพร วงษ์หงส์กุล, 2542) ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีแรงจูงใจในการที่ จะดูแลตนเอง มีการฟื้นฟูที่ดีและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป (พิกุล เจริญสุข, 2549) ซึ่ง ในโปรแกรมนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์โดยอาศัยแนวคิดการส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมใน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดของ Schepp(1995)มาใช้ คือการมีส่วนร่วมที่ครอบครัวได้ ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล 4 ด้าน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม ในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์และการมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับแนวคิดการสัมผัสของไวสส์ (Weiss, 1979) ซึ่งได้อธิบาย ว่าการสัมผัสที่เหมาะสมนุ่มนวลและเป็นไปอย่างธรรมชาติ สามารถส่งผ่านความรู้สึกที่ดีไปยังผู้ถูก สัมผัสได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและสุขสบาย(Goodykoontz, 1979) เกิดความอบอุ่น ลด ความวิตกกังวล และมีกำลังใจในการรักษา(ทัศนีย์ เชื้อมทอง, 2542) โดยผู้วิจัยมีการประเมินและ ติดตามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วยทางโทรศัพท์ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับ การดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ จึงทำให้ระดับความ วิตกกังวลโดยเฉลี่ยในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยโปรแกรมประกอบไป ด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการประเมินปัญหาและความต้องการ โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมีเจตคติที่ดีต่อผู้วิจัย กล่าวที่จะเปิดเผยข้อมูลและพูดถึง ปัญหาของตน โดยใช้คำถามปลายเปิดในการพูดคุย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุย ระบายความรู้สึกและความกังวล ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการรับรู้ข้อมูลและการเรียนรู้ที่มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)ผู้วิจัยได้จัดสถานที่ที่เป็นสัดส่วนร่วมกับการ สร้างบรรยากาศการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยท่าทีที่แสดงออกถึงความสุภาพ อ่อนโยน ให้เกียรติเรียกชื่อและใช้สรรพนามที่เหมาะสม แสดงท่าทีที่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงทาง อารมณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก เป็นการช่วยให้ผู้ป่วย

สามารถระบายความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่ จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยพบว่า เมื่อผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและปัญหานั้น บางรายร้องไห้เพราะกลัวกับการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมาก กลัวความทุกข์ทรมานที่เกิดจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดเนื่องจากไม่สามารถคาดเดาได้ว่าตนเองจะมีอาการรุนแรงมากน้อยแค่ไหนเกิดขึ้นบ้าง รวมทั้งความไม่แน่ใจต่อผลของการรักษาว่าจะได้ผลดีหรือไม่ การเปิดโอกาสและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ ความคับข้องใจและความวิตกกังวลในใจออกมา โดยผู้วิจัยทำความเข้าใจโดยการรับฟังปัญหาและสอบถามจากผู้ป่วยเป็นการประเมินประสบการณ์จากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อความเจ็บป่วยโดยตรง เพื่อวางแผนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกับครอบครัว เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม โดยประเมินความต้องการด้านข้อมูลของผู้ป่วยและการสนับสนุนของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล โดยการเสริมสร้างความรู้ให้กับครอบครัว ซึ่งสิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่มีความเหมาะสมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ ส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งเป็นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และการฝึกทักษะแก่ครอบครัว เนื่องจากมะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ดังนั้นการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นแนวทางหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้เหมาะสม เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้เกิดการเรียนรู้และคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง มีการเตรียมความพร้อม สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ และเพื่อเป็นพื้นฐานให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม รวมทั้งเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยการให้ความรู้ที่สำคัญคือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในสิ่งที่อยู่ในความสนใจ ใช้คำอธิบายสั้นๆด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย (Malone, 2007) ผู้วิจัยประเมินความพร้อมและการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับฟัง ด้วยการประเมินความรู้เดิม เพิ่มเติมความรู้ใหม่และแก้ไขความรู้ที่ผิด รวมทั้งคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยเคมีบำบัด นับว่าเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ เนื่องจากระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาอาจต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานและผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากผลการรักษาซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและมีผลต่อความเครียดทางด้านจิตใจของผู้ป่วย

ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งเต้านม เนื่องจากในทัศนะของผู้ป่วยและครอบครัวเห็นว่าโรคนี้นี้เป็นโรคร้ายแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ ฉะนั้นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเป็นโรคของผู้ป่วยมักเป็นไปในทางลบเสมอ(วิไลลักษณ์ จันทรวง, 2534) และการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดจึงเป็นสถานการณ์คุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะถ้าเป็นการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดครั้งแรก ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ching (2011) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดครั้งแรกจะมีความวิตกกังวลในระดับสูง ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจ จากการที่ผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน หรือมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งไม่ทราบวิธีในการดูแลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงเหล่านั้น กล่าว就是不สามารถเผชิญหรือทนต่อการรักษาได้

สำหรับผู้ป่วยที่มารับการรักษาตั้งแต่ชุดที่ 2 เป็นต้นไป จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด ซึ่งทำให้เกิดความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานมาก จึงคิดว่าการรักษาไม่ได้ผล อีกทั้งในระหว่างการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้เต็มที่เช่นเดิม ผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะปฏิเสธการให้เคมีบำบัดรอบต่อไปหรือหยุดการรักษาก่อนที่จะครบตามแผนการรักษา ดังนั้น การให้ข้อมูลและความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลข้างเคียงของเคมีบำบัดและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ความไม่สุขสบายต่างๆ ชักถามในสิ่งที่สงสัยและไม่เข้าใจ โดยผู้วิจัยให้การช่วยเหลือด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมร่างกายและจิตใจในการมารับการรักษาทั้งในระยะก่อน-ระหว่างและหลังได้รับเคมีบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น มีแนวทางในการดูแลตนเองและสามารถนำไปปฏิบัติได้ ทำให้ลดหรือบรรเทาอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและลดความไม่สุขสบายได้ สิ่งต่างๆเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีในการต่อสู้กับโรคส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้

สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย สนใจยุทธ(2539)ที่ได้ทำการศึกษามาผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความวิตกกังวลภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้้น้อยกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$)เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริพร พันธุ์พริ้ม, 2549) ที่พบว่า การให้ข้อมูลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

นม การรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด การดูแลและการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัด จะทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญในขณะที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้และเลือกวิธีที่จะแก้ไขเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ทำให้ครอบครัวค่อยๆยอมรับและตระหนักว่าครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้มีการเตรียมความพร้อมและมีความต้องการที่จะเรียนรู้วิธีการดูแล และมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลจนนำไปสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ (Songwatanayut, 2002)

สอดคล้องกับการศึกษาของจอม สุววรรณโณ(2540)ว่า การสนับสนุนจากญาติเป็นทางเลือกที่มีความเหมาะสม เนื่องจากญาติเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีความสำคัญ มีความสามารถในการพิจารณาตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนและลงมือปฏิบัติ สามารถช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ยังสามารถสอดแทรกการดูแลเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ทำให้มีการฟื้นหายเร็ว เช่นเดียวกับการศึกษาของคณิต ณ.พัทลุง(2549)ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลทารกป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของมารดา ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกของมารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ระดับ .05

และจากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 97.5 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมาก่อน ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดซึ่งเป็นการดูแลที่ซับซ้อน ครอบครัวจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแล การให้ครอบครัวมาร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จะช่วยให้ครอบครัวมีแนวทางในการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เข้าใจในเรื่องโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถปรับใจให้ยอมรับในข้อจำกัดของผู้ป่วยและทราบถึงบทบาทหน้าที่ที่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของเบียร์เวอร์และวิทแฮม (Beaver & Witham, 2007) พบว่าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านม คือมีความต้องการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพเพื่อรับทราบรายละเอียดของข้อมูลในเรื่องเกี่ยวกับโรค การแพร่กระจายของโรค วิธีในการรักษา ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา การดูแลในเรื่องของอาหารการออกกำลังกาย เพศสัมพันธ์ และผลกระทบของโรคที่มีต่อครอบครัวพร้อมทั้งแหล่งสนับสนุนที่

เป็นประโยชน์ เพื่อที่ครอบครัวสามารถตัดสินใจวางแผนการดูแลบุคคลที่เขารักได้จากข้อมูลที่ได้รับจากทีมสุขภาพ ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความแตกต่างกันในด้านความสามารถ ความถนัด ความพร้อมและความสนใจ การช่วยให้ผู้เรียนซึ่งเป็นผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้ตามความสามารถและความสนใจของแต่ละคน จะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น(Katz, 1997) นอกจากนี้การให้ความรู้เป็นรายบุคคลยังเป็นการสอนที่สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างละเอียด ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถซักถามข้อสงสัย ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาความต้องการ สามารถให้ข้อมูลตรงตามที่ต้องการและสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังรู้สึกวิตกกังวลอยู่ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเอง มองปัญหาของตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง อีกทั้งเป็นการสร้างสัมพันธภาพอันดีต่อกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้มีความรู้สึกเป็นกันเองและ ผู้วิจัยสามารถประเมินผลการสอนได้ทันที หากประเมินผลแล้วพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่เข้าใจก็สามารถอธิบายซ้ำเพื่อให้เข้าใจและเกิดการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยให้ความรู้ในการศึกษาคั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มทดลองบางคนเมื่อผู้วิจัยอธิบายเพียงครั้งเดียวแล้วประเมินผล พบว่ายังไม่เข้าใจ แต่เมื่ออธิบายซ้ำทำให้มีความเข้าใจมากขึ้น

ภายหลังที่ผู้วิจัยให้ความรู้กับกลุ่มทดลอง 20 รายเสร็จสิ้นแล้วผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองที่เป็นสมาชิกครอบครัวตอบแบบวัดประเมินความรู้ พบว่าครอบครัวสามารถตอบแบบทดสอบความรู้ได้มากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย โดยมีผู้ผ่านการทดสอบความรู้ด้วยคะแนนร้อยละ 100 จำนวน 12 คน ร้อยละ 93.3 จำนวน 6 คน ร้อยละ 86.6 จำนวน 2 คน ในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในครั้งนั้นนอกจากการสอนเป็นรายบุคคลโดยการใช้Powerpoint ที่มีรูปภาพประกอบการเรียนรู้ซึ่งจะช่วยให้การรับรู้ได้ดีขึ้น ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัวโดยมีเนื้อหาที่สำคัญเป็นความรู้ทั่วไปของโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัด การดูแลเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด รวมทั้งรายละเอียดของการปฏิบัติเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จะสามารถช่วยให้สมาชิกครอบครัวอ่านซ้ำ ทบทวน ทำความเข้าใจและจดจำได้มากขึ้น อีกทั้งเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการเรียนรู้ของครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ครอบครัวเกิดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันในแต่ละวัน และมีความมั่นใจว่าสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีโดยไม่เป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วย

ในการให้ความรู้โดยการสอนนั้น Knowles(1978 อ้างถึงในคณิต ฅ.พัทลุง, 2549) กล่าวว่าควรให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ เพราะวิธีที่ดีที่สุดในการเรียนรู้คือการกระทำ

(Learning by doing) ผู้วิจัยจึงได้ทำการสอนควบคู่กับการสาธิต เพื่อเป็นการเสริมสร้างการเรียนรู้ทั้งทางด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติ(นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) ดังนั้นในการเรียนรู้เรื่องหลักการปฏิบัติในการสัมผัสที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพสูงสุด ผู้วิจัยจึงได้ทำการสอนควบคู่กับการสาธิต ซึ่งไวส์ส(Weiss, 1979)ได้กล่าวถึงหลักปฏิบัติในการสัมผัสซึ่งประกอบด้วย 1) ระยะเวลา(duration)ที่เหมาะสมควรอยู่ในช่วง 10-15 นาที 2) ตำแหน่งในการสัมผัส(location)เพราะบริเวณต่างๆจะมีความไวในการรับสัมผัสไม่เท่ากัน เช่น ใบหน้าและมือจะเป็นบริเวณที่มีการรับความรู้สึกชัดเจน แต่ตำแหน่งที่ได้รับการสัมผัสมากที่สุดคือ บริเวณมือ หน้าผากแขนและไหล่ 3) การกระทำ(action) อัตราหรือความเร็วของการสัมผัส การสัมผัสแบบทันทีทันใดต่อร่างกายจะมีผลให้เกิดแรงต้านทานของกล้ามเนื้ออาจทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ถูกสัมผัสได้ ในขณะที่การสัมผัสที่ค่อยเป็นค่อยไปจะทำให้ความรู้สึกที่ดีมากกว่า 4) ความแรง(intensity) การสัมผัสที่มีประสิทธิผลไม่ควรแรงหรือเบาจนเกินไป ควรเป็นการสัมผัสที่มีทั้งความแรงและความแผ่วเบาที่พอเหมาะสมสลับกันไป 5) ความบ่อยหรือจำนวนครั้ง(frequency) การสัมผัสจะก่อให้เกิดสัมผัสพันธุภาพที่มั่นคงและเพิ่มความรู้สึกไว้วางใจ ซึ่งเพอร์ส(Pearce, 1988) ได้กล่าวว่าการสัมผัสประมาณ 5 ครั้งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพ และ 6) ความรู้สึก(sensation) การสัมผัสด้วยความรู้สึกที่ดี เห็นอกเห็นใจ จะทำให้ผู้ถูกสัมผัสสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ถูกสัมผัสได้ ซึ่งถ้าหากสมาชิกครอบครัวสามารถปฏิบัติได้จะส่งผลให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย อบอุ่นใจและลดความวิตกกังวลลงได้ โดยการสอนและการสาธิตนั้นผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้แล้วสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งภายหลังการสอนเพื่อให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น ผู้วิจัยให้ครอบครัวฝึกการสัมผัสและทำการสาธิตย้อนกลับเรื่องการสัมผัสกับผู้วิจัย โดยผู้วิจัยสังเกตจากสีหน้าท่าทาง การแสดงออกและประเมินจากวิธีการปฏิบัติรวมกับการให้คำแนะนำเพิ่มเติมและเสริมสร้างแรงจูงใจ พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการสาธิตย้อนกลับ กลุ่มทดลองซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวทั้ง 20 ราย สามารถปฏิบัติวิธีการสัมผัสได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ได้มากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย ดังนั้นการสอนและให้สมาชิกได้ทดลองปฏิบัติเช่นนี้ ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาวดี โทนสุข(2553) ที่ใช้แนวความคิดการให้ความรู้และสนับสนุนการให้ข้อมูลในรูปแบบการสอนและการฝึกทักษะให้สมาชิกครอบครัวทดลองปฏิบัติจริง ในเรื่องการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุ โดยการจัดทำผู้ป่วย การดูแลผิวหนัง การทำ Passive Exercise เป็นต้น ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของหลักการพยาบาลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยเป็นการสนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกันแบบหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางการสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ตามแนวคิดของ Schepp(1995) คือการมีส่วนร่วมที่ครอบครัวได้ปฏิบัติจริงและปรารถนาที่จะปฏิบัติในการดูแลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมมี 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวกับบุคลากรทางการพยาบาลและด้านกิจกรรมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมเหล่านี้ทำให้เกิดขบวนการที่ครอบครัวคลุมตรงตามความต้องการของครอบครัวและผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมักเกิดความวิตกกังวลจากภาวะการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษาตลอดจนถึงแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่นความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัวต่างๆ ทั้งจากความเจ็บปวดจากการเจาะเลือด ฉีดยา การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การรอคอยเวลาระหว่างที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัด(Simon, 2011; Ream et al., 1997) ความไม่สามารถคาดการณ์กับสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปของผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด รวมทั้งการที่ต้องเข้ามาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในโรงพยาบาล การที่ต้องพบกับบุคลากรและผู้ป่วยคนอื่น ๆ ซึ่งเป็นบุคคลแปลกหน้า ประกอบกับการที่ต้องได้รับการบริการจากบุคลากรหลายคนหมุนเวียนกันไปด้วยบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ เน้นความสำคัญที่เวลา โดยไม่ได้คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยตั้งเครียด วิตกกังวล โดดเดี่ยวขาดความเชื่อมั่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ แต่เมื่อให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลและทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทั้งด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำและกิจกรรมการพยาบาล การประดับประคองด้านจิตใจ การนั่งอยู่เป็นเพื่อนใกล้ๆ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายและบอกเล่าถึงสิ่งที่กังวล ความไม่สบายใจและความต้องการ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น ลดความวิตกกังวล เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา มีกำลังใจและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และครอบครัวรู้สึกว่าคุณมีประโยชน์ คงบทบาทหน้าที่และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

สอดคล้องกับการศึกษาของของ Eriksson & Lauri, 2000 ที่พบว่าครอบครัวมีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในกิจกรรมต่างๆ เช่น การร่วมเดินทางมาโรงพยาบาล การช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกเดินเข้าห้องน้ำ ดูแลช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยรู้สึกคลื่นไส้อาเจียน ช่วยเหลือในด้านอาหารและเครื่องดื่ม การได้อยู่ใกล้ชิดและพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย

รวมทั้งการได้รับข้อมูลเพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลแลกเปลี่ยนและประกอบการตัดสินใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ซึ่งการที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลดังกล่าวไม่เพียงแต่จะช่วยลดความเครียดของครอบครัวแล้วยังจะส่งผลให้ความเครียดของผู้ป่วยลดลงด้วย นอกจากนี้ การที่สมาชิกครอบครัวใช้การสัมผัสผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดด้วยท่าที่นุ่มนวลพร้อมกับพูดคุยด้วยท่าที่อ่อนโยน หรือส่งสายตาด้วยความห่วงใย เป็นการถ่ายทอดความรัก ความปรารถนาดี ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้และเกิดความอบอุ่นใจ ปลดทุกข์ และไม่รู้สึกรำคาญทอด้งให้ยู่อย่างโดดเดี่ยว มีครอบครัวอยู่เป็นเพื่อน คอยดูแลเอาใจใส่ พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วยมีการรับรู้ตลอดเวลาที่สัมผัสจึงมีส่วนช่วยลดจินตนาการที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญกับภาวะเครียดได้ ให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง ดังจะเห็นได้จากคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ เชื้อมทอง (2542) ที่ศึกษาถึงผลของการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการสัมผัส มีผลต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสัมผัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลอง ที่ได้รับการสัมผัสมีค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสัมผัสสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรมได้เป็นอย่างดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปณิตดา วจนันทงชัย(2543) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลตามแบบแผนการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดเพศหญิงที่ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในการผ่าตัดเลาะก้อนเนื้อที่เต้านม ผ่าตัดเลาะถุงน้ำคาร์บิล ที่โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 40 ราย พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแบบแผนการสัมผัส ซึ่งประกอบด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพ ร่วมกับการให้ข้อมูลและการให้การสัมผัสด้วยท่าที่อ่อนโยน มีระดับความวิตกกังวลหลังผ่าตัดต่ำกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการติดตามประเมินผลรวมทั้งเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากสมาชิกครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 65 มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสซึ่งอยู่ใกล้ชิด สนับสนุนมีความรักและความผูกพันกันมา จึงมีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลทุกๆด้าน เมื่อได้รับการสอนที่เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคและการ

ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับการใช้ทักษะการสัมผัสที่มีคุณภาพเพื่อลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจในภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ส่งผลต่อการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแล ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติดูแลที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี มีกำลังใจในการรักษา ลดความเครียด ความวิตกกังวลและช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ติดตามทางโทรศัพท์โดยการสอบถามปัญหาสุขภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการให้ความช่วยเหลือดูแล การให้กำลังใจและคำแนะนำเพิ่มเติมตามความต้องการของผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับเคมีบำบัดครบ 3 วัน สิ่งเหล่านี้เป็นการเสริมแรง สร้างความมั่นใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาของโรคและการรักษาได้ดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง และดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขกับภาวะการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ซึ่งจากผลการวิจัยนี้พบว่าคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง 3 วัน ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Northouse และคณะ (2002) ที่พบว่าโปรแกรมการเตรียมพร้อมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและครอบครัว ที่มีชื่อเรียกว่า FOCUS Program โดยการสอนและให้ความช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมกัน ภายใต้กรอบแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) โดยโปรแกรมดังกล่าวครอบคลุมสาระสำคัญในเรื่อง F = family involvement การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย O = optimistic attitude ทัศนคติในทางบวก การมองโลกในแง่ดี การสร้างความหวัง C = coping effectiveness การค้นหาวิธีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม U = uncertain reduction การให้ความรู้เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนและให้ข้อมูลที่เหมาะสม และ S = symptom management การจัดการอาการและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการ โดยมีกิจกรรม 5 ครั้งประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ห่างกันครั้งละ 1 เดือน และการติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้งๆ ละประมาณ 30 นาที ห่างกันครั้งละ 1 เดือน รวมระยะเวลา 5 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแล มีการรับรู้ต่อโรคและการเจ็บป่วยดีขึ้น ช่วยให้ครอบครัวและผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจเป็นอย่างมากกับการได้รับโปรแกรมนี้

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามแบบแผนของหน่วยงาน ซึ่งเป็นการดูแลโดยทั่วไปที่บุคคลากรในทีมสุขภาพกระทำให้แก่ผู้ป่วยนั้น พบอยู่เสมอว่าการให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ จากบุคคลากรทางสุขภาพอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายน้อย พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบ ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ทั้งหมด จึงทำให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยถูกจำกัดไปด้วย นอกจากนี้ข้อมูลที่ให้อาจไม่มีความเฉพาะเจาะจงและไม่ครอบคลุมเพียงพอ รวมทั้งลักษณะการให้ข้อมูล อาจเป็นแบบที่ผู้สอนมักจะยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง และให้ความรู้แบบสื่อสารทางเดียว โดยไม่ได้คำนึงถึงประสบการณ์เดิมที่ผู้ป่วยมีอยู่หรือเคยรับรู้มาก่อน ซึ่งอาจทำให้ได้รับข้อมูลความรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาอย่างแท้จริง ผู้ป่วยไม่สามารถระบายนปัญหา ความคับข้องใจ ความวิตกกังวล ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่กล้าที่จะตั้งคำถามกับแพทย์หรือพยาบาลในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ ทำให้ขาดข้อมูล ตลอดจนไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล การช่วยเหลือระดับประคองด้านจิตใจ การวิเคราะห์ปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลากรทางการพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษา ไม่สามารถพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ ที่มีอยู่ได้ จากข้อจำกัดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย การรักษาและผลของการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ขาดความสนใจ และแรงจูงใจในการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง

นอกจากนี้การที่ครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลความรู้หรือคำอธิบายในเรื่องเกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดหรือบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่เพียงพอ จึงทำให้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ไม่เข้าใจกับสภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป ขาดความอดทนและเกิดความไม่มั่นใจในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวได้อย่างเต็มที่ จึงทำให้ระดับคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้กลุ่มควบคุมไม่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่มีการกระตุ้นโดยใช้โทรศัพท์ติดตาม สนับสนุนและให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแลตนเองเมื่ออยู่บ้าน จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมมีระดับความวิตกกังวลไม่ลดลง

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับการสัมผัสมาใช้ ทำให้ครอบครัวมีแนวทางและทักษะในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา การประคับประคองด้านจิตใจ เข้าใจในเรื่องโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา สามารถปรับใจให้

พร้อมรับกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและทราบถึงบทบาทหน้าที่ที่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่อย่างไรก็ตาม การลดลงของระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในครั้งนี้ ยังไม่สามารถลดระดับความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่ต่ำได้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงการบำบัดทางการพยาบาลในรูปแบบอื่นๆ ที่สามารถช่วยบรรเทาและลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้จนอยู่ในระดับที่ต่ำลงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ในการปฏิบัติกรพยาบาลภายในหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการโดยการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในการให้ความรู้และข้อมูลในเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลในระหว่างการให้เคมีบำบัด เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักในคุณค่าและความสำคัญของตนเองในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเพื่อสร้างความมั่นใจให้สมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

1.2 จัดระบบการส่งต่อ การเยี่ยมบ้านและการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเนื่องจากผู้ป่วยหลังได้รับเคมีบำบัดจำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาการข้างเคียงส่วนใหญ่มักเกิดในขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน จึงควรจัดให้มีการประสานข้อมูลและเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับสถานบริการอนามัยใกล้บ้าน เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพแบบองค์รวม

1.3 ควรจัดให้มีการนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและอยู่ในภาวะที่ต้องการการพึ่งพา

1.4 จากผลการวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก จะมีความวิตกกังวลในระดับสูง ดังนั้นจึงควรฝึกอบรมบุคลากรให้มีความสามารถในการปฏิบัติกร

พยาบาลแบบให้คำปรึกษาและประคับประคอง เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล และเป็นการพัฒนาบทบาทของพยาบาลได้ชัดเจนขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการวิจัยศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆที่อยู่ในระยะลุกลามหรือในภาวะที่ต้องการการพึ่งพาในระดับสูง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กชพรรณ ขอบนิทัศน์. (2551). **การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรีช โพธิสุวรรณ. (2545). มะเร็งเต้านม: บทบาทของศัลยกรรม. ใน *สูติศาสตร์และสูติเวชศาสตร์* นภาพันท์(บรรณาธิการ). **โรคมะเร็ง : แนวทางการรักษา**. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- เกวณีน ยงยุทธ. (2552). **ประสิทธิภาพของการใช้กิจกรรมการพยาบาลบำบัดทางเลือกเพื่อบรรเทาความปวดและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง : การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คณิต ณ.พัทลุง.(2549). **ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลทารกป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของมารดา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทิรา จิตต์วิบูลย์. (2543). **การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จันทรา พรหมน้อย. (2547). **ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). **ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะสุขภาพ**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ. (2550). **ผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้ ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- จีรวรรณ จบสุบิน. (2551). **ความชุกภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชบา เรียนนรมย์. (2551). **ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนว ชีงต่อ ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี บำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชลาทิพย์ ทองมอญ. (2549). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ชลิดา ธัญธีรกุล. (2546). **การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: แนวคิดที่ทำทาสู่การปฏิบัติ ในบริบทของสังคมไทย**.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 26(3): 61-67.
- ชอลดา พันธุเสนา. (2536). **การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.
- ดุษฐ์ ใจโปร่ง. (2548). **ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวใน การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทัศนีย์ เชื่อมทอง. (2542). **ผลของการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย สูงอายุแรกรับ ไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). **จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2538). **ผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพมาส ชินวงศ์. (2541). **การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธนิศ วัชรพุกก์. (2546). **เด้านม. ในชาญวิทย ตันตีพิพัฒน์และธนิศ วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ). ตำรา ศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ธิดารัตน์ คำบุญ. (2551). **พลังสัมผัส : พลังบำบัดจากกายสื่อถึงใจ. พยาบาลสาร. 35(4): 77-85.**
- นที เกื้อกูลกิจการ. (2541). **การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.**
- นันทา กัญมาศ. (2538). **ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคทางกาย โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 6(2): 63-66.**
- นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล ลาวัลย์ตระกูล และทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์. (2542). **ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารสภาการพยาบาล. 14(3): 37-49.**
- นันทกานต์ เอี่ยมวานานนทชัย. (2545). **เด้านม: บทบาทของรังสีรักษา. ในสมิตรา ทองประเสริฐ และสิริกุล นภาพันท์(บรรณาธิการ). โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์**
- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. (2550). **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 19(2): 86-97.**
- เบญจรัตน์ ชิวพูนผล. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ประคอง กรรณสูต. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

- ประคอง อินทรสมบัติ, ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์, ชวลี แยมวงษ์ และสุวรรณี มหาภานันท์. (2539). ผลของการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลต่อความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวัน ความผาสุก ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ. **รามาศิษย์สาร**. 2(3): 4-13.
- ประนอม หนูเพชร. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. ในชอลดา พันธุเสนา (บรรณาธิการ). **ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ประภาวดี โทณสุข.(2553). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะผู้ดูแลในครอบครัวต่อปฏิบัติการเกิดการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย. (2544). Breast Cancer. ในวิชาญ หล่อวิทยา(บรรณาธิการ). **Manual of Radiation Oncology**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริญญา สนิกะวาที. (2542). **ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชร ประเสริฐศรี. (2545). **การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิกุล เจริญสุข. (2549). **ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพียงใจ ดาไลปการ. (2545). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- พัชรพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข. (2540). **บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต : ศึกษาเฉพาะกรณีสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย โรงพยาบาลรามาศิษย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ภักดีจิรา รัชตะสังข์. (2547). **ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัสพร ขำวิชา. (2534). **ผลของการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มัลลิกา มัตติโก. (2530). **ครอบครัวกับการดูแลสุขภาพตนเอง. ในการดูแลสุขภาพตนเอง: ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม.** ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณวดี พุทธิวัฒน์ และสมฤดี สิทธิมงคล. (2542). **ความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. 3(3): 251-268.**
- รณรัฐ สุวิเศษปกรณ์กุล. (2552). **มะเร็งเต้านม. ในภาควิชาสูติศาสตร์, เภสัชกรรม, จักษุวิทยา, ไม้ไผ่, สมคิด มิ่งพฤติ, กิตติณัฐ กิจวิทย์และวรรณ ศรียอดเวียง. (บรรณาธิการ). ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.**
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542.**
กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คพับลิเคชั่น.
- รัชนีกร ใจคำสืบ. (2549). **ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- รัตนา อยู่เปล่า. (2543). **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- รัมภ์รดา อินทร. (2538). **ผลการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**

- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้**. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินติ้ง.
- รุจี รัตนเสถียร.(2550). **การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลักขณา ธรรมไพโรจน์. (2532). **การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ประยุกต์**. กรุงเทพฯ: สุพรการพิมพ์
- วลัยนารี พรหมลา. (2553). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วาริรัตน์ ถาน้อย. (2545). **การเจ็บป่วยเรื้อรัง. แนวทางการช่วยเหลือครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 16(2): 3-16.
- ศิริพันธ์ สุคนธรัตน์. (2527). **ผลของการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รับการรักษาตัวในแผนกอายุรกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริไท พฤกษ์ศรี. (2546). **พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของสตรีมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมโภชน์ เตียมสุภาษิต. (2541). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ในพรศรี คิดชอบ, สาวิตรี เม้าพีกุลไพโรจน์, วิบูล สัจกุลและนพดล วรอุไร. (บรรณาธิการ). มะเร็งวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ศักดิ์. (2553). **การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง:บูรณาการสู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง.
- สถิติสาธารณสุข.(2553). **สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: [http://www.bps.ops.moph.go.th/healthinformation/สถิติ53.\[1](http://www.bps.ops.moph.go.th/healthinformation/สถิติ53.[1) พฤศจิกายน 2554].

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2554). Hospital-Based cancer registry สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2551-2553. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.nci.go.th>. [17 สิงหาคม 2555]
- สาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์. (2545). การรักษามะเร็งเต้านมด้วยยาเคมีบำบัด. ในสูติตรา ของ ประเสริฐและสิริกกุล นภาพันท์(บรรณาธิการ). **โรคมะเร็ง : แนวทางการรักษา**. เชียงใหม่: ฌนบรรณการพิมพ์.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล**. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุภาพร ฟองมูล. (2549). **ปัญหาสุขภาพและการจัดการในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- สุนมา แสนมาโนช. (2541). **ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ขอนแก่น.
- สูติตรา ของประเสริฐ. (2536). **การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด**. เชียงใหม่: ฌนบรรณการพิมพ์.
- สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์. (2545). **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). **แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่3. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ปออง.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมภิกา นาไวย์. (2551). **ความต้องการและการได้รับการตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วย ผ่าตัดกระดูกสันหลังโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

- อัมราภรณ์ ภูระย้า. (2551). ผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองชุมชนอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อาคม เขียวศิลป์. (2543). การรักษามะเร็งเต้านมด้วยฮอร์โมน. ในสุรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนลาภและสุमित วงศ์เกียรติขจร(บรรณาธิการ). **มะเร็งเต้านม**. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- คุบล จ้วงพานิช. (2554). **คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านานาวิทยา.

ภาษาอังกฤษ

- American cancer Society (2012) . Breast Cancer Facts and Figures. [Online]. Available from: <http://www.cancer.org>. [2012, Aug 17]
- Arantzamendi, M., & Kearney, N. (2003). The psychological needs of patients receiving chemotherapy : an exploration of nurse perceptions. **European Journal of Cancer Care**, 13: 23-31.
- Arora, N.K., Rutten, L.J.F., Gustafson, D.H., Moser, R., & Hawkins, R.P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. **Psycho-Oncology**, 16: 474-486.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret. S., Arich, C., Brun, F., & Charles, P.E. (2003). Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. **Intensive Care Med**, 29: 1498-1504.
- Barnett, K. (1972). A theoretical construct of the concepts of touch as they to nursing. **Nursing Research**, 21(2): 102-110.
- Beaver, K., & Witham, G. (2007). Information needs of the informal carers of women treated for breast cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, 11: 16-25.
- Bernad, D., Zysnarska, M., & Adamek, R. (2010). Social support for cancer-Selected problems. **Oncology and Radiotherapy**, 15: 47-50.

- Blowers, E., & Foy, S. (2009). Breast cancer overview : Current treatments. **Practice Nursing**, 20(6): 282-286.
- Bradley, J. C., & Edinberg, M.A. (1986). **Communication in the nursing context** (2nd ed). New York : Appleton-Century-Crofts.
- Brown, S. M. (1990). Quantitative measurement of anxiety in patients undergoing surgery for renalcalculus disease. **Journal of Advance Nursing**, 15: 962-970.
- Chambers, M., Ryan, A.A., & Connor, S.L. (2001). Exploring the emotional support needs and coping strategies of family carers. **Journal of psychiatric and Mental Health Nursing**, 8: 99-106.
- Chan, C.W.H., Chang, A.M., Molassiotis, A., Lee, I.Y.M., & Lee, G.C.T. (2003). Oral complications in Chinese cancer patients undergoing chemotherapy. **Supportive Care Cancer**, 11: 48-55.
- Cox, A.C., & Fallowfield, L.J. (2007). After going through chemotherapy I can't see another needle. **European Journal of Oncology Nursing**, 11:43-48.
- Day, F.A. (1973). The patient's perception of touch in E.H. Anderson et al (Eds.). **Current concepts in clinical nursing**. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Dougherty, M. (2010). Assessment of patient and family needs during an inpatient oncology experience. **Critical Journal of Oncology Nursing**, 14(3): 301-306.
- Dunn, J., Steginga, S.K., Occhipinti, S., Wilson, K., & McCaffrey, J. (1998). Profiles of distress in women following treatment for primary breast cancer. **The Breast**, 7: 251-254.
- Eriksson, E., & Lauri, S. (2000). Participation of relatives in the care of cancer patients. **European Journal of Oncology Nursing**, 4(2): 99-107.
- Estabrooks, C.A.(1989). Touch : A nursing strategy in the intensive care unit. **Heart & Lung**, 18(4): 392-399.
- Estabrooks, C.A., & Morse, J.M. (1994). Toward a theory of touch: The touching process and acquiring a touching style. **Models, theories and concepts**. (pp. 73-87). London: Blackwell Scientific.

- Friedman, M.M.(1997). **Family nursing theory and assessment**. Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Fukui, S.(2002). Information needs and the related characteristics of Japanese family caregivers of newly diagnosed patients with cancer. **Cancer Nursing**, 25(3): 181-186.
- Garberson. (1991). The effect of humorous distraction on preoperative anxiety : a pilot study. **ARON**, 54(6): 1258-1264.
- Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, J.F., Diaw, F., Brochon, S., & Vesin, A. (2010). Opinions of family, staff and patients about family participation in care in intensive care units. **Journal of Critical Care**, 25: 634-640.
- Goodykoontz, L. (1979). Touch : Attitudes and practice. **Nursing Forum**, 18(1): 4-17.
- Grainger, R.D. (1990). Dealing with feeling: Anxiety interruptes. **American Journal of Nursing**. 90(2): 14-15.
- 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.
- Hampton, M.R., & Frombach, I. (2000). Women's experience of traumatic stress in cancer treatment. **Health Care for Women International**, 21: 67-76.
- Hollinger, L.M., & Buschmann, M.B.T.(1993). Factors influencing the perception of touch by elderly nursing home residents and their health caregiver. **Int. Nurs. Stud**, 30(5): 455-461.
- Hubbard, G., Illingworth, N., Rowa-Dewar, N., Forbat, L., & Kearney, N. (2010). Treatment decision-making in cancer care: the role of the carer. **Journal of Clinical Nursing**, 19: 2023-2031.
- Hupcey, J.E. (1999). Looking out for the patient and ourselves the process of family integration into the ICU. **Journal of Clinical Nursing**, 8(3): 253-262.

- Jackson, E., McNeil, P., Schlegel, L., Kelley, M., Meyer, E., & Eaton, M. (2008). Does Therapeutic touch help reduce pain and anxiety in patients with cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, 12(1): 113-120.
- Johnson, B.S. (1993). **Psychiatric-mental health nursing: Adaptation and growth** (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Kim, Y., & Morrow, G.R. (2007). The effect of family support, anxiety, and post-treatment nausea on the development of anticipatory nausea. **Journal of pain and symptom management**, 34(3): 265-276.
- Kneisl, C.R. (1996). **Stress, anxiety and coping**. In H.S. Wilson and C.R. Kneisl (Eds.). **Psychiatric nursing**. (5th ed). California: Benjamin/Cummings publishing.
- Kuijjer, R.G., Buunk, B.P., De Jong, G.M., Ybema, J.F., & Sanderman, R. (2004). Effects of a brief intervention program for patients with cancer and their partners on feelings of inequity, relationship quality and psychological distress. **Psycho-Oncology**, 13: 321-334.
- Kurt, S., & Unsar, S. (2011). Assessment of symptom control in patients with cancer in Northwestern Turkey. **European Journal of Oncology Nursing**, 15: 137-144.
- Lee, A., & Craft-Rosenberg, M. (2002). Ineffective family participation in professional care : A Concept analysis of proposed nursing diagnosis. **Nursing Diagnosis**, 13(8): 5-14.
- Leske, J.S. (2002). Intervention to decrease family anxiety. Protocols for practice applying research at the bedside. **Critical care nurse**, 22(6): 61-65.
- Li, H. (2004). Effectiveness of Interventions of involving family caregivers to improve outcomes for elderly patients and their family caregivers in acute care settings. **Journal of Nursing Scholarship**, 23: 3-16.
- Lin, P.H., Lee, M.B., Tseng, M.C., Lin, C.C., Chen, H.C., & Liao, S.C. (2011). Suicide in cancer patients : A population based retrospective cohort study in taiwan. **European Psychiatry**, 26(1): 986.
- Malone, P.E. (2007). Implementation of a Prechemotherapy Educational Intervention. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, 11(5): 707-710.

- Mc Cann, K., & McKenna, H.P. (1993). An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland. **Journal of advanced nursing**. 18(5): 838-846.
- McCarthy, M.(1998). Skin and touch as intermediates of body experience with reference to gender, culture and clinical experience. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**. 2(3): 175-183.
- Middleton, J., & Lennan, E. (2011). Effectively managing chemotherapy-induced nausea and vomiting. **British Journal of Nursing**, 20(17): 807-815
- Mason, A., & Pratt, J. (1980). Touch. **Nursing Times**, 76(June): 990-1001.
- National Comprehensive Cancer Network. (2011). Clinical practice guideline in oncology Breast Cancer. [Online]. Available from : <http://www.nccn.org>. [2012, Aug 17]
- Northouse, L.L., Walker, J., Schafenacker, A., Mood, D., Mellon, S., & Galvin, E. (2002). A family-based program of care for women with recurrent breast cancer and their family members. **Oncology Nursing Forum**, 29: 1411-1419.
- Oliver, S., & Redfern, S.J. (1991). Interpersonal communication between nurses and elderly patient : refinement of an observation schedule. **Journal of Advance Nursing**, 16(1): 30-38.
- Ogce, F., & Ozkan, S. (2008). Changes in functional status and physical and psychological symptoms in women receiving chemotherapy for breast cancer. **Asian Pacific Journal of cancer Prevention**, 9: 449-452.
- Pearce, J. (1988). The power of touch. **Nursing Time**, 84(24): 28.
- Peplau, H.E.(1979). Anxiety in A.L. Clark, D.D. Affonso & T.R. Harris(Eds). **Childbearing: a nursing perspective**(2nd ed), Philadelphia: Davis company. pp79-82.
- Polit, F., & Beck, C.T. (2004). **Nursing research : Principles and methods**(7th ed.). Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins.
- Ream, E., Richardson, A., & Alexander-Dann, C. (1997). Patients' sensory experiences before, during and immediately following the administration of intravenous chemotherapy. **Journal of Cancer Nursing**, 1(1): 25-31.

- Saraswathi, N., Suzanna, N., HO, G.H., & Wong, C.Y. (2005). Needs and concerns of breast cancer patients- SGH experience. *Singapore nursing journal*, 32(4): 34-41.
- Schepp, K. (1995). **Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children**. Unpublished manuscript. University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA.
- Schlatter, M.C., & Cameron, L.D. (2010). Emotional suppression tendencies as predictors of symptom, mood and coping appraisals during AC chemotherapy for breast cancer treatment. *Ann. Behav. Med*, 40: 15-29.
- Schmid-Buchi, S., Halfens, J.E., Dassen, T., & Borne, B.V.D. (2011). Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *European Journal of Oncology Nursing*, 15: 260-266.
- Schwarz, R., Krauss, O., Hockel, M., Meyer, A., & Zenger, M. (2008). The course of anxiety and depression in patients with breast cancer and gynaecological cancer. *Breast Care*, 3: 417-422.
- Sheldon, L.K., et al. (2008). Evidence-Based Interventions for Anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(5): 789-797.
- Shuldham, C.M., Cunningham, G., Hiscock, M., & Luscombe, P. (1995). Assessment of anxiety in hospital patients. *Journal of Advance Nursing*, 22: 87-93.
- Simon, J.E. (2011). The Human Touch in the Radiology Setting. *J Radiol Nursing*, 30(1): 35.
- Sitzia, J., & Dikken, C. (1997). Survey of the incidence and severity of side-effects reported by patients receiving six cycles of FEC chemotherapy. *Journal of Cancer Nursing*, 1(2): 61-73.
- So, W.K.Y., Marsh, G., Ling, W.M., Leung, F.Y., Lo, J.C.K., Yeung, M., & Li, .K.H.(2009). The Symptom Cluster of Fatigue Pain Anxiety and Depression and the Effect on the Quality of Life of Women Receiving Treatment for Breast Cancer : A Multicenter Study. *Oncology Nursing Forum*, 36(4): 205-214.

- Spielberger, C.D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory(STAI) form Y: **Self- evaluation questionnaire**. Palo Alto: Consulting Psychologists.
- Spielberger, C.D., and Sydeman, S.J. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State Trait Anger Expression Inventory. In M.E. Marvish(ed) **The Use of psychological test for treatment planning and outcome assessment**. Hilldale: LEA. pp 292-321.
- Stephens, P.A., Osowski, M., Fidale, M.S., & Spagnoli, C. (2008). Identifying the educational needs and concerns of newly diagnosed patients with breast cancer after surgery. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, 12(2): 253-258.
- Sungur, G., Kartin, P.T., Tasci, S., Ceyhan, O., & Goris, S. (2010). A qualitative study related to problems experienced during chemotherapy and radiotherapy in women with breast cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, 14S1: S27.
- Svanberg, A., Ohn, K., & Birgegard, G. (2010). Oral cryotherapy reduces mucositis and improves nutrition- a randomized controlled trial. **Journal of Clinical Nursing**, 19: 2146-2151.
- Tel, H., Tel, H., & Dogan, S. (2011). Fatigue, anxiety and depression in cancer patients. **Neurology, Psychiatry and Brain research**, 17: 42-45.
- Trimmel, M., Semrad, C., Kubista, E., Steger, G., & Zielinski. (2005). Adequacy of anticipatory anxiety in women receiving chemotherapy for breast cancer. **Cancer Therapy**, 3: 461-470.
- Timmins, F., & Gleeson, M. (2005). A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. **Clinical Effectiveness in Nursing**, 9: 69-77.
- Tovar, M.K., & Cassmeyer, V.L. (1989). Touch : The Beneficial Effects for the surgical patient. **AORN Journal**, 49(5): 1356-1361.
- Varcarolis, E.M. (1998). **Reducing Stress and anxiety**. In E.M. Varcarolis(Eds.). Foundations of psychiatric mental health nursing. (3rd. pp. 333-360). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Weiss, S.J. (1979). The Language of touch. **Nursing Research**, 28(2): 76-80.

- Williams, J., Wood, C., & Cunningham-Warburton, P. (1999). A narrative study of chemotherapy-induced alopecia. *Oncology Nursing Forum*, 26(9): 1463-1468.
- Wingate, L.A., & Lackey, R.N. (1989). A descriptive of the needs of non institutionalized cancer patients and their primary caregivers. *Cancer Nursing*, 12(4): 216-225.
- Winnie, K.W., Marsh, G., Ling, W.M., Leung, F.Y., Joe, C.K., Yeung, M., and George K.H.(2010). Anxiety , depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14: 17-22
- Wong-Kim, E.C., & Bloom, J.R. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, 14: 564-573.
- Yildirim, Y., & Kocabiyik, S. (2010). The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19: 832-839.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์ชาญยุทธ บัณฑิตวัฒนวงศ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหน่วยมะเร็ง วิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิวัติชัย	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัสพร ชำวิธา	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
นางสาวแม่นมนา จิระจรัส	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
นางสาวอรอรอล ลากเจริญ	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยา บาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

ภาคผนวก ข

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ
และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ที่ ศร 0512.11/0A 56



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 มีนาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

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

เนื่องด้วย นางสาวอรวรรณ พรคณาปราชญ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ชาญยุทธ บัณฑิตวัฒนาวงศ์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าหน่วยมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ |
| 2. นางสาวอรอวล ลากเจริญ | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ -
ศัลยศาสตร์ (ด้านโรคมะเร็ง) |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายแพทย์ชาญยุทธ บัณฑิตวัฒนาวงศ์ และ นางสาวอรอวล ลากเจริญ
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 - 2218 - 1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0 - 2218 - 1125
ชื่อนิสิต	นางสาวอรวรรณ พรคณาปราชญ์ โทร. 081 - 805 - 4228

ที่ ศร 0512.11/0456



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 มีนาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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

เนื่องด้วย นางสาวอรวรรณ พรคณาปราชญ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อธิรุช ห่านิรติศัยอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อธิรุช ห่านิรติศัย

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 - 2218 - 1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0 - 2218 - 1125

ชื่อนิสิต

นางสาวอรวรรณ พรคณาปราชญ์ โทร. 081 - 805 - 4228

ที่ ศธ 0512.11/๐๔๕๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 มีนาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

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

เนื่องด้วย นางสาวอรรรณ พรคณาปราชญ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัสพร ขำวิชา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัสพร ขำวิชา

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 - 2218 - 1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0 - 2218 - 1125

ชื่อนิสิต

นางสาวอรรรณ พรคณาปราชญ์ โทร. 081 - 805 - 4228

ที่ ศธ 0512.11/ 0456



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มีนาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ

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

เนื่องด้วย นางสาวอรรรพรรณ พรคณาปราชญ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวแมนมนา จิระจรัส ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ (ด้านโรคมะเร็ง) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวแมนมนา จิระจรัส

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 - 2218 - 1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร ธนศิลป์ โทร. 0 - 2218 - 1125

ชื่อนิสิต

นางสาวอรรรพรรณ พรคณาปราชญ์ โทร. 081 - 805 - 4228

ที่ ศธ 0512.11/ 0615



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 เมษายน 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) ผ่านประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบยื่นเสนอขอทำการวิจัย 5 ชุด
 2. ใบขอเก็บข้อมูลจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 5 ชุด
 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 4. โครงร่างพอสังเขป 5 ชุด
 5. ตัวอย่างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล 5 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรรณพ พรคณาปราชญ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 1-3 ได้รับการผ่าตัดแล้ว และได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่มารับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หน่วยเคมีบำบัด จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แผนการสอนเรื่อง การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อลดความกังวล คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัว และแบบประเมินความรู้โรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัด แบบประเมินทักษะการสัมผัส นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอรวรรณ พรคณาปราชญ์ เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณ อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 - 2218 - 1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0 - 2218 - 1125
ข้อนี้ติด	นางสาวอรวรรณ พรคณาปราชญ์ โทร. 081 - 805 - 4228

- ได้รับการพิจารณา และอนุมัติตามมติ
ที่ประชุมคณะกรรมการจริยธรรมฯ ครั้งที่ ๕/๒๕๕๕
ลง ๒๗ เม.ย. ๒๕๕๕ ให้ดำเนินการต่อไปได้
หน.กลุ่มงานพยาบาลฯ

- เพื่อทราบ และแจ้งเจ้าตัวทราบ
- ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

พล.ต.ต.



(ทรงชัย สิมะโรจน์)

นายแพทย์ (สบ ๖) รพ.ตร. /

ประธานคณะกรรมการจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์ฯ

๑ พ.ค. ๒๕๕๕

ที่ ศธ 0512.11/ 0615



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 เมษายน 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวม
ข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบลงทะเบียนขอรับบริการ 1 ชุด
 2. บันทึกข้อความขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย 1 ชุด
 3. จดหมายจากสถาบัน 1 ชุด
 4. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก 1 ชุด
 5. คู่มือการตรวจสอบความครบถ้วนของโครงการวิจัย 1 ชุด
 6. ปกพยาบาล 1 ชุด
 7. สารบัญ 1 ชุด
 8. แบบเสนอโครงการวิจัยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย 1 ชุด
 9. เอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 1 ชุด
 10. ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลวิจัย 1 ชุด
 11. ประวัติผู้เขียน
 12. ตัวอย่างตารางการบริหารงานวิจัยและตารางเวลาในการศึกษา 1 ชุด
 13. ใบขอส่งเอกสารโครงการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรรณพ พรคณาปราชญ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงการวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงการวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 1-3 ได้รับการผ่าตัดแล้ว และได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่มารับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หน่วยเคมีบำบัด จำนวน 40 คน

โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แผนการสอนเรื่อง การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อลดความกังวล คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัว และแบบประเมินความรู้โรคมะเร็งเต้านม และการรักษาด้วยเคมีบำบัด แบบประเมินทักษะการสัมผัส นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอรรฉรม พรคณาปราชญ์ เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร อนุศิลป์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0 - 2218 - 1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร อนุศิลป์ โทร. 0 - 2218 - 1125

นางสาวอรรฉรม พรคณาปราชญ์ โทร. 081 - 805 - 4228

ภาคผนวก ค

เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
และเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทย์ใหญ่
492/1 ถนนพระรามที่ 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย


โดย

คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง.....จว. 29/2๕๕๖.....

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวอรรณพ พรคณาปราณี นิติคปริญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 27 April 2012)(ฉบับภาษาไทย) 2. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 27 April 2012)(ฉบับภาษาไทย) 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 27 April 2012) (ฉบับภาษาไทย) 4. แบบสอบถาม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 27 April 2012) (ฉบับภาษาไทย) 5. อัดคลิปวิดีโอวิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	27 เมษายน 2555
วันหมดอายุ	26 เมษายน 2556

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พลตำรวจตรี 
(ทรงชัย สิมะโรจน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๗๘๕๐
โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๗๘๕๓



COA 32/2555

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : THE EFFECT OF FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ON ANXIETY IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

เลขที่โครงการ : ๐๓๕/๕๕

ผู้วิจัยหลัก : นส.อรวรรณ พรคนาปราษฎ์

สังกัดหน่วยงาน : ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

เอกสารที่รับรอง:

- แบบเสนอโครงร่างการวิจัย version 2 วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕
- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย version 2 วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย version 2 วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ป่วย) Version 2 วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย) Version 2 วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕
- แบบประเมินความวิตกกังวล Version 2 วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕
- แบบประเมินทักษะการสัมผัส Version 2 วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕
- แบบวัดความรู้ Version 2 วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(นางสาวบุษบา สุภวัฒน์ธนบดี)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : ๒๒ /๐๕/๒๕๕๕

วันหมดอายุ : ๒๑ /๐๕ /๒๕๕๖

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อช่วยปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

รหัสโครงการวิจัย

วันที่ชี้แจง

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย นางสาวอรวรรณ พรคณาปราชญ์ พยาบาลชำนาญการ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร หอผู้ป่วยเคมีบำบัด เลขที่ 681 ถ.สามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-244-3323-4 โทรศัพท์ (มือถือ) 081-805-4228 E- mail address: orawanporn@gmail.com

ชื่อผู้วิจัยร่วม -

ผู้ให้ทุนวิจัย ทุนส่วนตัว

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิตก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ จากสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี2553 พบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งที่พบในหญิงไทย โดยพบประมาณร้อยละ 47.8 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เคมีบำบัดเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น แต่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน โดยทั่วไปนิยมให้เป็นรอบ(cycle) ระยะห่างของแต่ละรอบในการได้รับเคมีบำบัดประมาณ 3-4 สัปดาห์ นานประมาณ 4-6 เดือน ขึ้นอยู่กับชนิดของเคมีบำบัดและการตอบสนองต่อยาเคมีของผู้ป่วย เคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่มีความรุนแรงค่อนข้างมากทำให้ผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Bernad et al, 2007) ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาการตอบสนอง และเป็นการแสดงออกทาง

อารมณ์ที่รู้สึกไม่สบายใจ ไร้ความสุข ที่พบได้ตั้งแต่เริ่มได้รับเคมีบำบัดครั้งแรกจนถึงสิ้นสุดการรักษา (Trimmel et al., 2005) โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบได้ประมาณร้อยละ 30 (So et al., 2010) ผลกระทบจากภาวะวิตกกังวลทำให้ความสามารถในการรับรู้ การตัดสินใจและการปรับตัวลดลง ขาดความร่วมมือในการรักษา (Sheldon et al., 2008) เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง อาจทำให้โรคมะเร็งมีการแพร่กระจายเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อเนื่องถึงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง

สาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องโรคและขั้นตอนการรักษา ความไม่แน่นอนต่อการรักษา การกลัวเป็นซ้ำของโรค (Winnie et al., 2010) การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เช่น ผมร่วง ผิวน้ำแห้งและเล็บมีสีคล้ำ ส่งผลต่อภาพลักษณ์ (Unsar & Kurt, 2011) ภาวะคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และความอ่อนล้า ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ขาดรายได้ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สัมพันธภาพของครอบครัว การทำงาน การเข้าสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเผชิญกับปัญหาของการรักษาเพียงลำพังรวมทั้งการเข้ามาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยไม่ว่าจะเป็นสถานที่ บุคคล กิจกรรมการรักษาต่างๆ (Simon, 2011) ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว กลัว เกิดความวิตกกังวล ไม่มั่นใจ และต้องการได้รับการดูแลจากบุคคลที่ใกล้ชิดและผูกพันกันในครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในขณะที่ได้รับการรักษา (Schmid-Buchi et al., 2011) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้ว่าตนเองมีความสำคัญส่งผลให้มีความรู้สึกวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานจากการรักษาลดลง สามารถปรับตัวหรือฟื้นฟูสภาพได้เร็ว

การส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดเรื่องการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่มุ่งให้การดูแลโดยมิได้เน้นเฉพาะผู้ป่วยแต่เป็นการสนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกันแบบหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ได้แลกเปลี่ยนข้อมูล วางแผนและคิดตัดสินใจ (ชลิดา ธนัฐธีรกุล, 2546) รวมทั้งเป็นการเชื่อมต่อการรักษาให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับการใช้การสัมผัสและการพูดให้กำลังใจและคำปลอบใจ ที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัวเป็นรูปแบบการพยาบาลที่ลึกซึ้ง ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ปลอดภัยและมีกำลังใจ ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว (ทัศนีย์ เชื้อมทอง, 2542) ช่วยให้ครอบครัวได้รับรู้และปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

และต่อเนื่องทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆและลดความวิตกกังวลต่อสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ (กชพรรณ ชอบนัทศน์, 2551; นันทา เล็กสวัสดิ์, 2542) ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถฟื้นฝ่าเหตุการณ์ความเครียดและความวิตกกังวลที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิตได้โดยในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

ผู้ป่วย

- 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 1-3 ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมแบบ Modified Radical Mastectomy
- 2) ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียวเป็นครั้งแรก
- 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 4) มีระดับคะแนนความวิตกกังวลจากแบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะของสปีลเบิร์กเกอร์ (1983) อยู่ในระดับปานกลาง (มากกว่า 41 คะแนน/จำนวน 20 ข้อคำถาม)
- 5) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

สมาชิกในครอบครัว

- 1) เป็นบุคคลในครอบครัวหรือเป็นญาติทั้งเพศชายและหญิง ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายที่มีความสำคัญหรือมีความผูกพันและดูแลผู้ป่วยมากที่สุด มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2) มีความสามารถในการมองเห็นการได้ยิน และการโต้ตอบเป็นปกติ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 3) มีความยินดีและเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าทำการวิจัย

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

ทำในแผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยเคมีบำบัด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร และมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยเป็นผู้ป่วยจำนวน 40 คน สมาชิกครอบครัว 40 คน รวมทั้งหมด 80 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นัด

ระยะเวลาที่ผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับงานวิจัยมี ระยะเวลา 3 วัน โดยพบผู้เข้าร่วมในการวิจัยเพียง 1 ครั้ง ในวันที่ต้องมาโรงพยาบาลเพื่อรับเคมีบำบัด และการติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้งภายหลังจากที่ได้รับเคมีบำบัดไปแล้วเป็นวันที่ 3

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัดแผนกผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน พร้อมสมาชิกครอบครัว 40 คน และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คู่ (ผู้ป่วยและครอบครัว) เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับคู่ โดยผู้ป่วยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องในเรื่องระดับคะแนนของความวิตกกังวล ระยะของโรค จำนวนชุดและสูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ อายุซึ่งแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอยู่ในลักษณะเดียวกัน รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในโครงการวิจัยนี้ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุมผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ หลังจากได้รับความร่วมมือและความยินยอมจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อวัดระดับความวิตกกังวลจากการได้รับเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการพยาบาลตามปกติในเรื่องของความรู้และข้อมูลในลักษณะที่จะเน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องของแผนการรักษา การปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษา ต่อผู้ป่วยพร้อมๆกันหลายคนหรือรายบุคคลแล้วแต่สถานการณ์ มีการตอบคำถามและอธิบายแก้ไขข้อสงสัยหรือปัญหาตามที่ผู้ป่วยแต่ละรายซักถามตามความเหมาะสม จากพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยเคมีบำบัด และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดเสร็จสิ้น ให้การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ได้แก่ การสอบถามถึงอาการที่ผิดปกติ การให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด แนะนำเรื่องยากกลับบ้าน การมาตรวจตามนัด และประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ครั้งที่ 2 ภายหลังจากได้รับเคมีบำบัดสิ้นสุดในวันนั้น และ ครั้งที่ 3 ในวันที่ 3 หลังวันที่ได้รับเคมีบำบัด โดยนัดหมายผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความวิตกกังวล โดยให้ผู้ป่วยส่งแบบประเมินกลับทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้

กลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับความร่วมมือและความยินยอมจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้เคมีบำบัดแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อวัดระดับ

ความวิตกกังวล หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเข้าสู่โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินปัญหาและความต้องการ

เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ใช้คำถามปลายเปิดในการพูดคุย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวล ใช้เวลา 15 นาที

2. การเตรียมความพร้อมครอบครัวในการดูแล ประกอบด้วย

2.1 การให้ความรู้

ผู้วิจัยให้ความรู้กับครอบครัวและผู้ป่วย ในเรื่องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวระหว่างรับเคมีบำบัด สาเหตุและผลกระทบของความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขณะได้รับเคมีบำบัด ลักษณะและสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย โดยเน้นความรู้ในเรื่องการสัมผัส หลักปฏิบัติในการสัมผัส และประโยชน์ของการสัมผัสเฉพาะครอบครัว ใช้เวลา 20 นาที

2.2 การพัฒนาทักษะ

เป็นการฝึกปฏิบัติการสัมผัส ผู้วิจัยสอนและสาธิตการสัมผัสให้กับสมาชิกครอบครัวเพื่อนำไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติให้กับผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดโดยมีขั้นตอนการสัมผัสดังนี้ การสัมผัสบริเวณมือ การจับมือ การบีบมือด้วยน้ำหนักเบาแรงสลับกัน การลูบ การตบเบาๆ บริเวณหลังมือ(ใช้เวลาในการสัมผัสแต่ละครั้งประมาณ 1-2 นาที จำนวนครั้งและระยะห่างของเวลาแล้วแต่ความเหมาะสมของสถานการณ์นั้น) ร่วมกับการพูดคุยอย่างเอื้ออาทร และคำพูดที่สื่อให้เห็นถึงความหมายของการดูแลเอาใจใส่ ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ การให้กำลังใจ มีการประเมินทดลองปฏิบัติโดยให้สมาชิกครอบครัวสาธิตย้อนกลับเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความมั่นใจเพิ่มขึ้น โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจในขณะที่ครอบครัวฝึกการสัมผัส พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรค ใช้เวลา 10 นาที

3. การดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว

เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำและกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การพาลุกเดินเข้าห้องน้ำ ดูแลให้มีความสุขสบาย ดูแลสนับสนุนการอาบน้ำแข็งระหว่างให้ยาเคมีบำบัด ให้ความช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึก คลื่นไส้ อาเจียน ระมัดระวังการหักพับของสายน้ำเกลือ และการรั่วซึมของสารน้ำ สังเกตอาการของผู้ป่วยและรายงานให้ทีมสุขภาพได้รับทราบถ้าพบ

ความผิดปกติ การประคับประคองด้านจิตใจในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับ การสัมผัสผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลในเรื่องปัญหา และความต้องการ ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวกับบุคลากรทางการพยาบาล

4. การประเมินผล

เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากกิจกรรม การพยาบาลการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลหลังจากที่ได้รับเคมี บำบัดเสร็จสิ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ชี้แจงถึงปัญหาและอุปสรรค และร่วมกัน วางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ (ใช้เวลา 30 นาที) จากนั้น ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ครั้งที่ 2 ภายหลังจากทดลอง สิ้นสุดในวันนั้น และ ครั้งที่ 3 ในวันที่ 3 หลังวันที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีการติดตามประเมินการมี ส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์และขอความร่วมมือโดยให้ผู้ป่วยส่งแบบ ประเมินความวิตกกังวลกลับทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1. เป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการ และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่ ครอบครัวรวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณซึ่งนำไปสู่การส่งเสริมการฟื้นฟู และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลให้ได้ประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น และ เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
3. กระตุ้นให้พยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยเคมีบำบัด

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยแต่ได้รับเป็นของที่ระลึกจาก ผู้วิจัยภายหลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ท่านมีสิทธิไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆกับท่าน และท่านยังได้รับ การรักษาพยาบาลเหมือนเดิมทุกอย่าง

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมทันที

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวอรอรพรรณ พรคณาปราชญ์ เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ) ๐๘-๑๘๐๕-๔๒๒๘ ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารที่แจ้งข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เบอร์โทร ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐ หรือ ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม ท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆของท่านอาจถูกนำไปใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมโครงการวิจัยได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับเพื่อใช้ในการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาได้

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วมนั้นทันที (ในกรณีที่เป็นการวิจัยเกี่ยวข้องกับการรักษาโดยเฉพาะการใช้ยา)

ไม่มี เนื่องจากไม่ได้เป็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยเฉพาะการใช้ยา

หมายเหตุ: ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ และได้ลงลายมือชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้คำอธิบายเพื่อขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัย และวันที่ที่ลงชื่อเก็บไว้เป็นส่วนตัว 1 ชุด

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัย อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป)

ทำที่.....

วันที่.....

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

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ นางสาวอรรวรรณ พรคนาปราษฎ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ข้อ 2 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับ ชูเชิญ หลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใด ๆ ในระหว่างการวิจัยหรือ ภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้น ๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือ ผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาล ดังกล่าวตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทน ดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6 ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อกรได้รับบรรดาค่าใช้จ่าย ค่าชดเชย และค่าทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7 หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งความเสี่ยงและอันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในการเข้าโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าได้ทราบและตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ
ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับผู้ให้ข้อมูลและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย
(นางสาวอรรวรรณ พรคณาปราษฎ์)

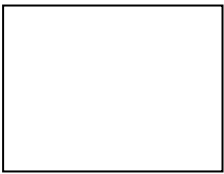
วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน (ผู้ให้ข้อมูล)
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน (ไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูล)
(.....)

วันที่.....

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้แต่มีผู้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ	
 <p>ประทับลายนิ้วมือขวา</p>	ลายมือชื่อผู้วิจัย..... (.....)
	พยาน.....(ผู้ให้ข้อมูล) (.....)
	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
	พยาน.....(ไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูล) (.....)
	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ: 1) พยานต้องไม่ใช่แพทย์หรือผู้วิจัย

2) ผู้ให้ข้อมูลต้องไม่ใช่แพทย์ผู้วิจัยเพื่อป้องกันการเข้าร่วมโครงการด้วยความเกรงใจ

3) ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทน

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่แบบประเมิน.....

วันที่บันทึก.....

[] กลุ่มทดลอง [] กลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ป่วย)

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยเติมข้อความในช่องว่างหรือทำ

เครื่องหมาย ✓ ลงใน [] ที่ตรงกับความเป็นจริงของตัวท่าน

1. อายุ ปี

2. สถานภาพสมรส

[] โสด

[] คู่

[] หม้าย

[] หย่า/ แยกกันอยู่

3. ศาสนา

[] พุทธ

[] อิสลาม

[] คริสต์

[] อื่นๆ โปรดระบุ

4. ระดับการศึกษา

[] ไม่ได้เรียนหนังสือ

[] ประถมศึกษา

[] มัธยมศึกษา

[] ปวช.

[] ปวส/อนุปริญญา

[]ปริญญาตรี

[] สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพปัจจุบัน

[] แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน

[] รับจ้าง (โปรดระบุ.....)

[] ค้าขาย/ทำธุรกิจ

[] รับราชการ

[] พนักงานรัฐวิสาหกิจ

[] เกษตรกรรม

[] พนักงานบริษัท

[] อื่นๆ โปรดระบุ

6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บาท

7. แหล่งรายได้ / การได้รับการช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่าย (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] บุตร

[] สามี

[] พี่น้อง/ญาติ

[] อื่นๆโปรดระบุ

8. ความพอเพียงของรายได้ในครอบครัว

[] ไม่พอใช้

[] เพียงพอ

[] เหลือเก็บ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย)

เลขที่แบบประเมิน.....

วันที่บันทึก.....

[] กลุ่มทดลอง [] กลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย)

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยเติมข้อความในช่องว่างหรือทำ

เครื่องหมาย ✓ ลงใน [] ที่ตรงกับความเป็นจริงของตัวท่าน

1. เพศ

[] ชาย [] หญิง

2. อายุ ปี

3. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

[] บิดา-มารดา [] คู่สมรส [] บุตร

[] พี่น้อง [] อื่นๆ โปรดระบุ

4. สถานภาพสมรส

[] โสด [] คู่

[] หม้าย [] หย่า/ แยกกันอยู่

5. ศาสนา

[] พุทธ [] อิสลาม

[] คริสต์ [] อื่นๆ โปรดระบุ

6. ระดับการศึกษา

[] ไม่ได้เรียนหนังสือ [] ประถมศึกษา [] มัธยมศึกษา

[] ปวช. [] ปวส. []ปริญญาตรี

[] สูงกว่าปริญญาตรี

7. อาชีพ

[] ไม่ได้ประกอบอาชีพ [] มีอาชีพโปรดระบุ.....

8. ลักษณะครอบครัว

[] ครอบครัวเดี่ยว [] ครอบครัวขยาย

10. สถานภาพในครอบครัว

[] หัวหน้า [] สมาชิก

11. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ [] เคยดูแลเป็นเวลา....ปี....เดือน [] ไม่เคย

12. ประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว [] ไม่มี [] มีโปรดระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวล

[] Pre-test วันที่.....เวลา..... [] Post-test วันที่.....เวลา.....

[] กลุ่มทดลอง [] กลุ่มควบคุม

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่จะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านก่อนการได้รับ

เคมีบำบัด โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางด้านขวาของข้อความ **ซึ่งตรงกับ**

ความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ข้อความที่ท่านตอบจะไม่มีถูกหรือผิด
ดังนั้นโปรดอย่าใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบข้อใดข้อหนึ่งนานเกินควร แต่จงเลือกคำตอบที่ท่าน
คิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด และคำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ

ความรู้สึกของท่านในขณะนี้	ไม่มีเลย	มีบ้างเล็กน้อย	มีปานกลาง	มีมาก
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกปลอดภัย				
3. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนเครียดง่าย				
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเกร็งและเครียด				
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายๆ				
6. ข้าพเจ้ารู้สึกอารมณ์เสีย				
7. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลต่อสิ่งเลวร้ายที่อาจเกิดขึ้น				
8. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ				
9. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นกลัว				
10. ข้าพเจ้ารู้สึกสะดวกสบาย				
11. ข้าพเจ้ารู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้น				
13. ข้าพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ข้าพเจ้ารู้สึกลึกลับใจ				
15. ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย				
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจ				
17. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวล				
18. ข้าพเจ้ารู้สึกสับสน				
19. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนน่าคบ				

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้

วันที่เก็บข้อมูล.....

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการวัดความรู้ภายหลังจากที่ผู้วิจัยให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวโปรดอ่านข้อความทางด้านซ้ายมือแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด กรุณาตอบทุกข้อโดยถือเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

เลือกตอบ **ถูก** เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้นถูกต้อง

เลือกตอบ **ผิด** เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้นผิด

คำถาม	ถูก	ผิด
1. มะเร็งเต้านม เป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับ 1 ของสตรีไทย		
2. มะเร็งเต้านมเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง		
3. เคมีบำบัดออกฤทธิ์ทำลายเฉพาะเซลล์มะเร็งเท่านั้น ไม่ทำลายเซลล์ปกติอื่นๆของร่างกาย		
4. การรักษาด้วยเคมีบำบัด อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ผมร่วง ปากเป็นแผล		
5. เมื่อผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้หรือพะอืดพะอมในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด ควรดูแลให้ผู้ป่วยจิบน้ำขิง หรืออมผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว		
6. ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดและมีอาการปวดแสบ ปวดร้อนบริเวณที่แทงเข็ม หรือมีน้ำยารั่วซึมออกมา ควรแจ้งให้ทีมสุขภาพทราบทันที		
7. ในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด หากไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ผู้ป่วยหรือท่านสามารถปรับหยดของสารน้ำได้เอง เพื่อให้เคมีบำบัดหมดเร็วขึ้น		
8. การให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็งระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด จะช่วยป้องกันการอักเสบของเยื่อช่องปากได้		
9. ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น กลัว โกรธ ท้อแท้ และวิตกกังวล		
10. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเป็นระยะเวลานาน จะทำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันโรคได้มากขึ้น		

คำถาม	ถูก	ผิด
11. อาการที่แสดงถึงความวิตกกังวล เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ถอนหายใจบ่อยๆ หงุดหงิดง่าย ไม่อยากอาหาร เป็นต้น		
12. การอยู่เป็นเพื่อนและสัมผัสผู้ป่วยขณะที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วย รู้สึกอบอุ่นและผ่อนคลาย		
13.. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง มีผลทำให้ความสนใจและการจดจำข้อมูลที่ได้รับลดลง		
14. ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ครอบครัวควรพาผู้ป่วยไปผ่อนคลาย ด้วยการเดินห้างสรรพสินค้าหรือดูหนัง		
15. การสัมผัสที่เหมาะสมก่อให้เกิดการผ่อนคลาย เป็นผลให้การเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตลดลง		

.....ขอขอบคุณค่ะ.....

เลขที่แบบประเมิน.....

ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะการสัมผัส

คำชี้แจง แบบประเมินการสัมผัสเป็นแบบประเมินทักษะการสัมผัสของสมาชิกครอบครัว
 ภายหลังจากพัฒนาทักษะฝึกวิธีการสัมผัส โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องถูกต้องหากสมาชิก
 ครอบครัวปฏิบัติการสัมผัสได้ถูกต้อง และ ✓ ในช่องไม่ถูกต้องหากสมาชิกครอบครัวปฏิบัติการ
 สัมผัสได้ไม่ถูกต้อง

วิธีการสัมผัส	การปฏิบัติการสัมผัส	
	ปฏิบัติถูกต้อง	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง
1. สัมผัสร่างกายในตำแหน่งที่เหมาะสมคือ มือ แขน ไหล่		
2. การกระทำ มีการสัมผัสแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างนุ่มนวล		
3. ความแรงและความแผ่วเบาของการสัมผัสที่เหมาะสม คือต้องไม่เบาจนไม่สามารถรับรู้ได้หรือไม่แรงจนก่อให้เกิดการเจ็บปวด		
4. จำนวนครั้งและระยะเวลาในการสัมผัสที่เหมาะสม คือ สัมผัส 5 ครั้งโดยใช้เวลาของการสัมผัสในแต่ละครั้งนานประมาณ 1-2 นาทีที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพและสัมพันธภาพที่มั่นคง		
5. สัมผัสด้วยความรู้สึกที่ดี กระทำด้วยความเต็มใจ และมีความปรารถนาดี (สังเกตจากสีหน้าและการปฏิบัติ)		
6. ใช้คำพูดที่แสดงถึงความรัก ความห่วงใย และการให้กำลังใจ		
7. ระยะเวลาทั้งหมดของการสัมผัสที่เหมาะสม อยู่ในช่วง 10-15 นาที		

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

เลขที่แบบประเมิน.....

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสัมผัส (สำหรับผู้ป่วย)

คำชี้แจง แบบประเมินการสัมผัสเป็นแบบประเมินที่ใช้สอบถามถึงการสัมผัสของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อท่าน ในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องได้ปฏิบัติ หากสมาชิกครอบครัวของท่านได้ปฏิบัติการสัมผัส และ ✓ ในช่องไม่ได้ปฏิบัติหากสมาชิกครอบครัวไม่ได้ปฏิบัติการสัมผัส

วิธีการสัมผัส	การปฏิบัติการสัมผัส	
	ได้ปฏิบัติ	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. สมาชิกครอบครัวได้สัมผัสและให้กำลังใจท่าน ระหว่างที่ท่านได้รับยาเคมีบำบัดด้วยการจับหรือแตะบริเวณ มือ แขน หรือไหล่		
2. สมาชิกครอบครัวได้มีสัมผัสด้วยการจับหรือแตะ บริเวณมือ แขน หรือไหล่ แบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างนุ่มนวล		
3. สมาชิกครอบครัวได้สัมผัสท่านโดยมีการกระทำที่ไม่ทำให้ท่านเจ็บปวดและความแสบสาบคันไป		
4. ในระหว่างที่ท่านได้รับเคมีบำบัด สมาชิกครอบครัวให้กำลังใจด้วยการจับหรือแตะบริเวณมือ แขน ไหล่ ประมาณ 4-5 ครั้ง เป็นระยะๆ		
5. สมาชิกครอบครัวสัมผัสท่าน ด้วยความสุภาพ อ่อนโยน และกระทำด้วยความเต็มใจ		
6. สมาชิกครอบครัวมีการใช้คำพูดที่แสดงถึงความรัก ความห่วงใย และการให้กำลังใจ		

ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับการที่ครอบครัวให้กำลังใจท่าน ด้วยการนั่งเป็นเพื่อนร่วมกับการใช้การสัมผัส ในขณะที่ได้รับการดูแลรักษาด้วยเคมีบำบัด

.....

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

.....

ภาคผนวก จ

รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวอย่างคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัว

ตัวอย่างโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ตัวอย่างแผนการสอน เรื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวล

ตารางที่ 9 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามอายุแตกต่างกันโดยไม่เกิน 5 ปี และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	อายุ	ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว	อายุ	ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว
1	34	สามี	38	สามี
2	49	สามี	45	สามี
3	45	สามี	48	สามี
4	52	สามี	55	สามี
5	56	บุตร	55	บุตร
6	55	สามี	53	สามี
7	58	บุตร	55	บุตร
8	48	สามี	50	สามี
9	57	บุตร	55	บุตร
10	42	พี่สาว	46	พี่สาว
11	50	สามี	51	สามี
12	46	พี่สาว	49	พี่สาว
13	45	พี่สาว	42	พี่สาว
14	28	สามี	32	สามี
15	36	สามี	38	สามี
16	47	บุตร	48	บุตร
17	57	สามี	55	สามี
18	48	สามี	48	สามี
19	53	สามี	51	สามี
20	51	สามี	52	สามี

ตารางที่ 10 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม สูตรเคมี บำบัดที่ได้รับ จำนวนชุดของการให้เคมีบำบัด และระยะของโรค

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	สูตรเคมีบำบัด	ชุดของการให้เคมีบำบัด	ระยะของโรค	สูตรเคมีบำบัด	ชุดของการให้เคมีบำบัด	ระยะของโรค
1	AC	1	2	AC	1	2
2	FAC	2	2	FAC	2	2
3	AC	1	3	AC	1	3
4	FAC	3	2	FAC	3	2
5	AC	1	2	AC	1	2
6	AC	1	3	AC	1	3
7	AC	2	2	AC	2	2
8	FAC	1	2	FAC	1	2
9	AC	2	2	AC	2	2
10	AC	2	2	AC	2	2
11	AC	1	3	AC	1	3
12	CMF	1	1	CMF	1	1
13	AC	1	2	AC	1	2
14	AC	3	2	AC	3	2
15	AC	2	1	AC	2	1
16	AC	1	1	AC	1	1
17	AC	1	2	AC	1	2
18	FAC	1	2	FAC	1	2
19	CMF	1	1	CMF	1	1
20	AC	2	1	AC	2	1

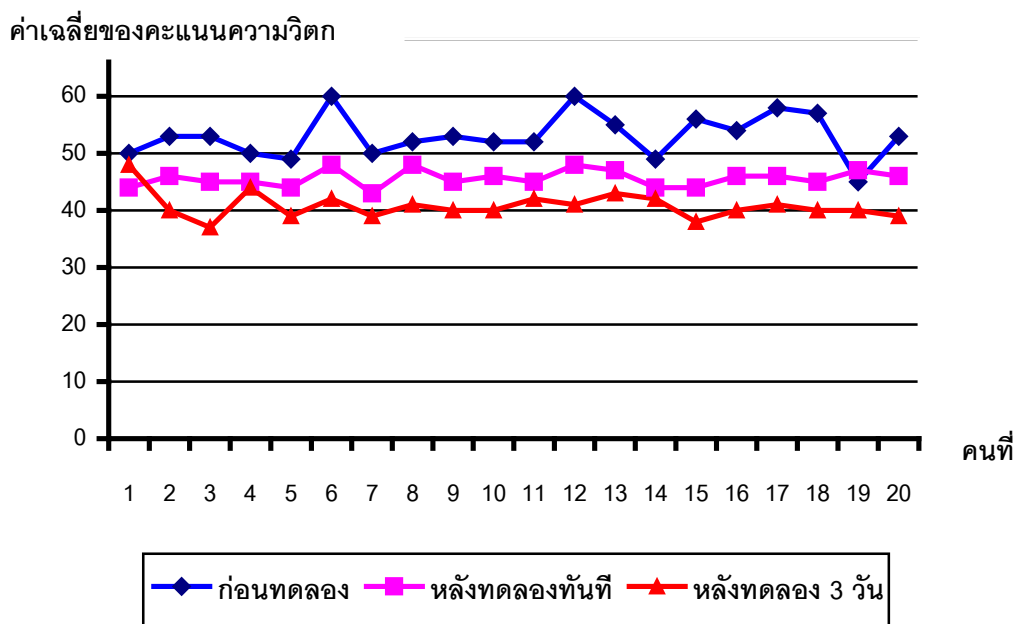
จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คู่ ได้รับเคมีบำบัดสูตร AC 14 คู่, CMF 2 คู่ และ FAC 4 คู่ ชุดของการให้เคมีบำบัดพบว่าเป็นชุดแรก 12 คู่ ชุดที่ 2 จำนวน 6 คู่ และชุดที่ 3 จำนวน 2 คู่ ระยะของโรคมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1 พบจำนวน 5 คู่ ระยะที่ 2 พบจำนวน 12 คู่ และ ระยะที่ 3 พบจำนวน 3 คู่

ตารางที่ 11 แสดงคะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	คะแนนความ วิตกกังวล ก่อนการ ทดลอง	คะแนนความ วิตกกังวลหลัง การทดลอง ทันที	คะแนนความ วิตกกังวลหลัง การทดลอง 3 วัน	คะแนนความ วิตกกังวล ก่อนการ ทดลอง	คะแนนความ วิตกกังวลหลัง การทดลอง ทันที	คะแนนความ วิตกกังวลหลัง การทดลอง 3 วัน
1	50	44	48	48	55	57
2	53	46	40	50	55	58
3	53	45	37	54	55	56
4	50	45	44	47	51	55
5	49	44	39	50	55	58
6	60	48	42	61	56	54
7	50	43	39	52	53	56
8	52	48	41	52	56	58
9	53	45	40	51	53	57
10	52	46	40	56	52	48
11	52	45	42	50	55	57
12	60	48	41	57	52	50
13	55	47	43	51	54	57
14	49	44	42	53	55	57
15	56	44	38	55	48	45
16	54	46	40	57	56	56
17	58	46	41	59	57	54
18	57	45	40	53	56	60
19	55	47	40	59	55	54
20	53	46	39	54	56	58
\bar{X}	53.55	45.60	40.80	53.45	54.25	55.25
SD	3.35	1.47	2.38	3.82	2.17	2.38

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดบำบัด
ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

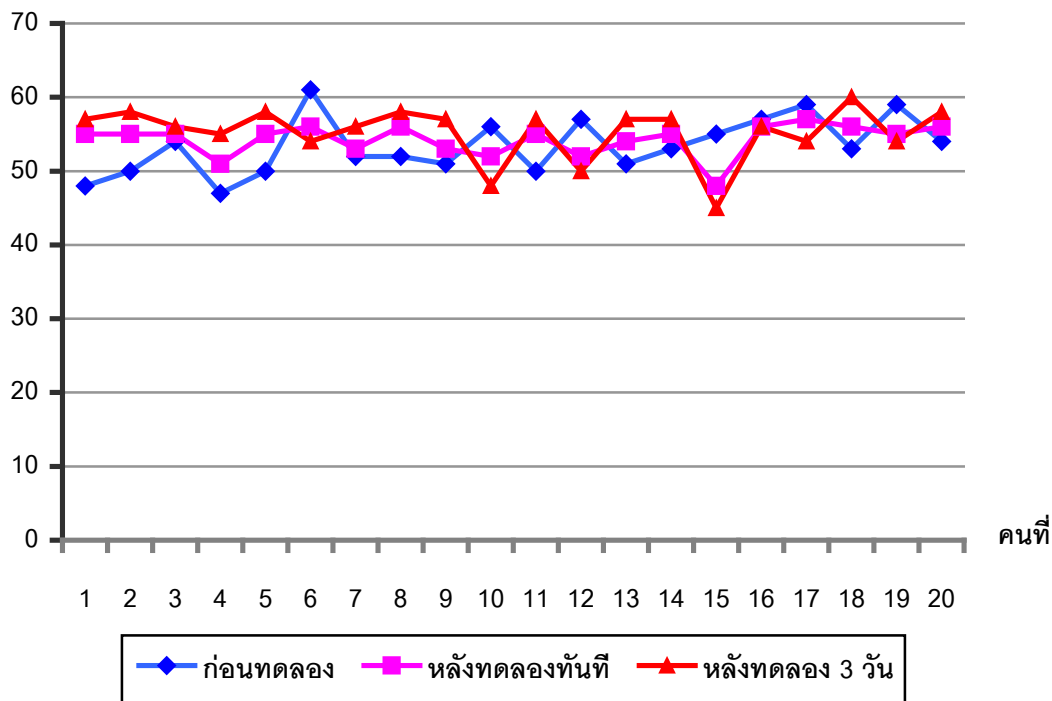
ภาพที่ 5 กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่
ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง (n=20)



จากภาพที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่
ได้รับเคมีบำบัด ก่อน หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 3 วัน ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย ที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลองทั้งสอง
ครั้ง

ภาพที่ 6 กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม (n=20)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล



จากภาพที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับเคมีบำบัดทั้งสองครั้งมากกว่าก่อนได้รับเคมีบำบัด

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนจากการทดสอบความรู้ของครอบครัว ในเรื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อลดความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง

คนที่	คะแนนความรู้ก่อนการทดลอง	ร้อยละ	คะแนนความรู้หลังการทดลอง	ร้อยละ
1	13	86.66	14	93.33
2	11	73.33	13	86.66
3	14	93.33	15	100
4	11	73.33	14	93.33
5	10	66.66	15	100
6	11	73.33	15	100
7	11	73.33	15	100
8	9	60.00	14	93.33
9	10	66.66	13	86.66
10	11	73.33	15	100
11	11	73.33	14	93.33
12	11	73.33	15	100
13	10	66.66	15	100
14	13	86.66	15	100
15	13	86.66	15	100
16	11	73.33	14	93.33
17	11	73.33	15	100
18	12	80.00	15	100
19	12	80.00	15	100
20	13	86.66	14	93.33

จากตารางที่ 12 กลุ่มทดลองทั้ง 20 ราย สามารถตอบแบบทดสอบความรู้โดยมีผู้ผ่านการทดสอบความรู้ด้วยคะแนนร้อยละ 100 จำนวน 12 คน ร้อยละ 93.3 จำนวน 6 คน และร้อยละ 86.6 จำนวน 2 คน

ตารางที่ 13 แสดงคะแนนการปฏิบัติการสัมพัทธ์ที่ถูกต้องของสมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลอง
ภายหลังการฝึกวิธีการสัมพัทธ์โดยการสาธิตย้อนกลับ

คนที่	คะแนนปฏิบัติการสัมพัทธ์ที่ถูกต้องของ สมาชิกครอบครัว	ร้อยละ
1	7	100
2	6	85.71
3	6	85.71
4	7	100
5	7	100
6	7	100
7	7	100
8	7	100
9	6	85.71
10	6	85.71
11	6	85.71
12	6	85.71
13	7	100
14	7	100
15	7	100
16	7	100
17	6	85.71
18	6	85.71
19	6	85.71
20	6	85.71

คู่มือ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

สำหรับครอบครัว



จัดทำโดย

นางสาวอรพรรณ พรคนาปราชญ์

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์.ดร.สุรีพร ธนศิลป์

ทำความรู้จักกับมะเร็งเต้านมและเคมีบำบัด

มะเร็งเต้านมเกิดขึ้นได้อย่างไร

เกิดจากการที่เนื้อเยื่อของเต้านมบางส่วนมีการเจริญเติบโตและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างผิดปกติ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ เนื้อเยื่อที่ผิดปกติเหล่านี้สามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะใกล้เคียง เช่น ต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกายตามกระแสเลือด ได้แก่ ปอด ตับ กระดูก



ภาพนี้ถูกโพสขึ้นที่ WWW.TEENEE.COM

ใครบ้างที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

ในปัจจุบันยังไม่มีใครทราบสาเหตุที่แท้จริงของ

การรักษา

การรักษามะเร็งเต้านม จะมีการรักษาหลักอยู่ 4 วิธี คือ

1. การผ่าตัด
2. การฉายแสงหรือการฉายรังสี
3. การให้ยาเคมีบำบัด
4. การรักษาด้วยฮอร์โมน



เคมีบำบัดคืออะไร

เป็นยาหรือสารเคมี ที่ใช้ในการทำลายเซลล์มะเร็ง โดยยับยั้งการเจริญเติบโตหรือหยุดการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง กลไกที่สำคัญของยาเคมีบำบัดจะไปยับยั้งการสร้างโปรตีน และยับยั้งการแบ่งตัวในวงจรชีวิตของเซลล์มะเร็ง





การสัมผัส

If even a day should go by when I don't say I love you,

การสัมผัสเป็นการติดต่อสื่อสารทางกายอย่างหนึ่ง เป็นการแตะต้องหรือการถูกต้อนกันที่ทำให้เกิดความรู้สึก เพื่อถ่ายทอดความรู้สึกที่เป็นการแสดงถึงความหมายของการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย ความเข้าใจ การปลอบโยน การให้กำลังใจไปสู่ผู้รับสัมผัส ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ช่วยให้ผู้รับสัมผัสเกิดความรู้สึกสบายใจ มั่นใจ อบอุ่นและรู้สึกว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

การสัมผัสมีผลอย่างไรต่อร่างกายและจิตใจ

การสัมผัสที่เหมาะสมเป็นการปลอบโยน บรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ผลทางด้านร่างกาย ลดความตึงเครียดของร่างกาย ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง ลดอาการระสับกระส่าย ผลทางด้านจิตใจทำให้ไม่รู้สึกอ้างว้าง ถูกทอดทิ้ง จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มีความสุขสบายและความสุขใจมากยิ่งขึ้น



โปรแกรมการทดลองที่ใช้ในวิทยานิพนธ์เรื่อง

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวล
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

THE EFFECT OF FAMILY PARTICIPATION PROGRAM ON ANXIETY IN
BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

โดย

นางสาว อรวรรณ พรคณาปราชญ์ รหัสนิสิต 5377612536

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็ง

เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

หลักการและเหตุผล

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามสุขภาพก่อให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน อีกทั้งยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก เป็นโรคที่พบมากในสตรี และในทุกปีจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมาก รองจากมะเร็งปอด สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลทะเบียนโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2550-2552 พบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งที่พบในสตรีไทย โดยพบประมาณร้อยละ 37-43 จาก 10 อันดับโรคมะเร็งในสตรี(Cancer registry สถาบันมะเร็งแห่งชาติปี 2550-2552) และพบว่ามะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายจากมะเร็งเป็นอันดับที่สามารถรองจากมะเร็งตับ และมะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด โดยพบอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2553 เป็น 7.3, 7.3, และ 7.7 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ(สถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายและเป็นโรคที่พบมากที่สุดของมะเร็งในเพศหญิง การที่อัตราการตายของมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงถึงความรุนแรงของมะเร็งเต้านมที่มีเพิ่มมากขึ้น

เคมีบำบัดเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่มีประสิทธิภาพช่วยลดอัตราการเจริญของเซลล์มะเร็ง ลดการกลับเป็นซ้ำและช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น(สาวิตรี เม้าพิกุล ไพโรจน์, 2545) แต่การรักษาด้วยเคมีบำบัดต้องใช้ยาหลายชนิดในขนาดสูงและให้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน 6-8 เดือน ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของยาเคมีที่มีความรุนแรงค่อนข้างมาก (Blowers & Foy, 2009) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทาง ด้านร่างกายและจิตใจ ความวิตกกังวลเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่มักพบได้เสมอในผู้ป่วยมะเร็งเกือบทุกรายโดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูงประมาณร้อยละ 20 (So et al., 2009; Winnie et al., 2010) ซึ่งความวิตกกังวลจะพบได้ตั้งแต่การได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรกจนถึงสิ้นสุดการรักษา (Trimmel et al., 2005)โดยผู้ป่วยจะมีระดับความวิตกกังวลสูงก่อนการรับเคมีบำบัด (Schlatter & Cameron, 2010)

ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของทางด้านจิตใจและเป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่รู้สึกไม่สบายใจ ไร้ความสุข ที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นที่สิ่งคุกคามต่อชีวิต

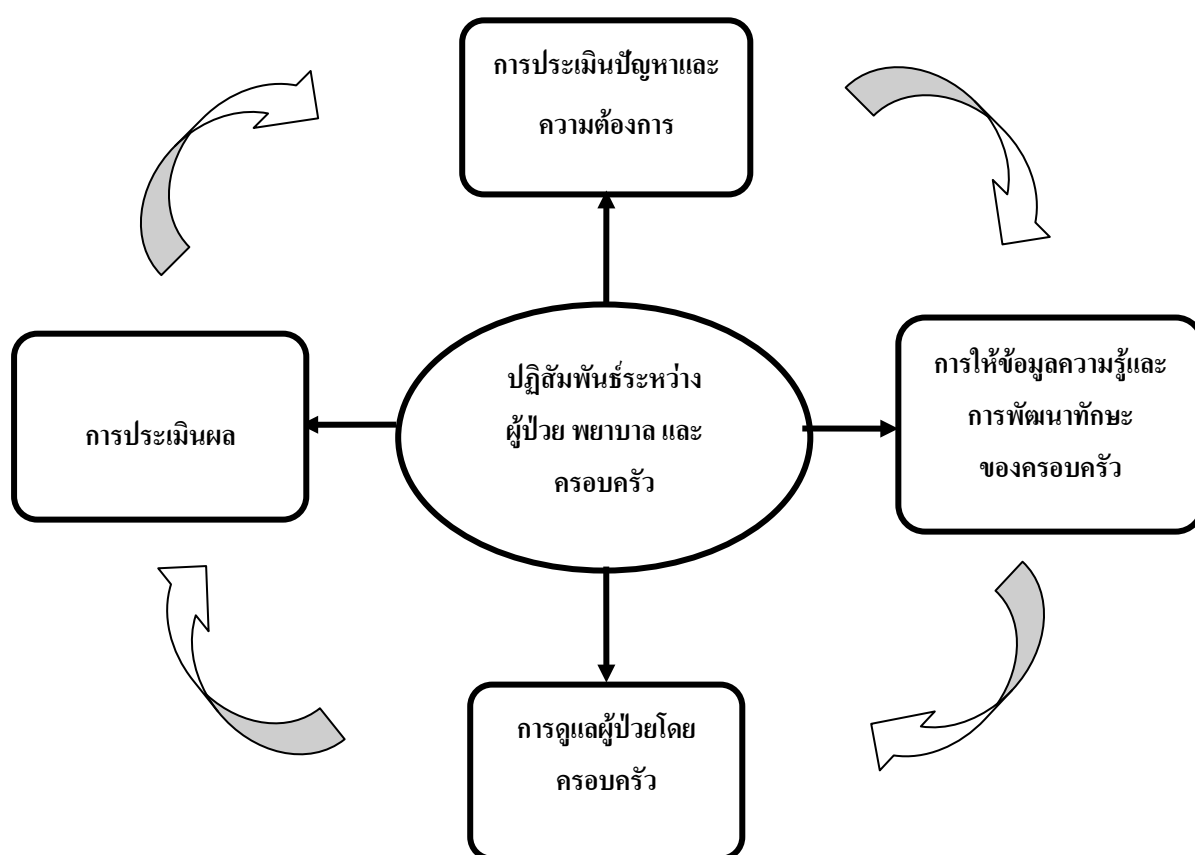
และความเป็นอยู่ของตนซึ่งจะแตกต่างกันตามการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยแสดงออกให้เห็นทางด้านพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งอาจจะเป็นคำพูดหรือท่าทางก็ได้(สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2544)ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในครั้งแรกสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ผลข้างเคียงของยาและวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงเหล่านั้น (Malone, 2007) กล่าวที่ไม่สามารถเผชิญหรือทนต่อการรักษาได้(Saraswathi et al., 2005) เมื่ออยู่ในช่วงระยะเวลาของการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยมักจะมีอาการวิตกกังวลถึงผลข้างเคียงของการรักษาที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากความเชื่อที่ว่ามะเร็งเป็นโรคร้าย รักษาไม่หายขาดและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะรับการรักษา อีกทั้งลักษณะของโรคและการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันว่าจะได้ผลเต็มที่แม้ว่าจะได้รับการรักษาที่ดีที่สุดก็ยังมีโอกาสที่จะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำได้อีก(Winnie et al., 2010)ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาทางด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัญหาการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เพิ่มขึ้นจนไม่สวยงามเหมือนเช่นที่เคยเป็น (Kurt & Unsar, 2011; เบญจรัตน์ ชีวพูนผล, 2547) การขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สิ่งต่างๆเหล่านี้ จะส่งผลกระทบต่อแบบแผนและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ตลอดระยะเวลาของการได้รับการรักษา(Schmid-Buchi, 2011) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเผชิญกับปัญหาของการรักษาเพียงลำพังรวมทั้งต้องเข้ามาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยกับสถานที่ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและต้องปฏิบัติตามกฎของโรงพยาบาล ต้องพบกับบุคลากรและผู้ป่วยคนอื่นๆซึ่งเป็นบุคคลแปลกหน้ารวมทั้งต้องได้รับการรักษาอื่นๆที่ก่อให้เกิดความกลัวและความเจ็บปวดเช่น การเจาะเลือด การฉีดยา การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การรอคอยเวลาขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัด(Simon, 2011; Ream et al., 1997) ประกอบกับการที่ได้รับการบริการจากบุคลากรหลายคนหมุนเวียนกันไปด้วยบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ เน้นความสำคัญที่เวลา โดยไม่ได้คำนึงถึงความต้องการและเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลได้อย่างชัดเจน(สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถระบายปัญหาความคับข้องใจ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นหรือขอความช่วยเหลือสิ่งต่างๆเหล่านี้ก่อให้เกิดความตึงเครียดและความวิตกกังวลได้สูงซึ่งความวิตกกังวลในระดับที่สูงจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากระดับความวิตกกังวลที่สูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การรับรู้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ไม่มีสมาธิ เกิดการตัดสินใจผิดพลาดได้(Sheldon et al., 2008)

ปรัชญา

การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยเป็นการสนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกันแบบหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ โดยในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลของSchep (1995) ซึ่งได้อธิบายแนวคิดนี้ว่าเป็นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่ครอบครัวได้ปฏิบัติจริง และปรารถนาที่จะปฏิบัติในการดูแลดูแลเด็กป่วยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาล 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ 2) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล 3) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวกับบุคลากรทางการพยาบาลและ 4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษา วิธีการดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องการความช่วยเหลือหรืออยู่ในภาวะพึ่งพาจากบุคคลในครอบครัว เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน อีกทั้งพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ภาวะอ่อนล้าไม่มีแรง ซีด คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ท้อแท้ สิ้นหวัง สูญเสียความสามารถที่จะควบคุมตนเอง (Schmid-Buchi, 2011) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ความแข็งแรงของร่างกายและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ทั้งด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆและการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นมากขึ้น(Ogce & Ozkan, 2008) ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด สมาชิกครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะครอบครัวถือได้ว่าเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่สำคัญและเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีความผูกพันและมีความหมายสำหรับผู้ป่วย อีกทั้งเป็นบุคคลที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและกำลังใจในการรักษา สามารถยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเองได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้ครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เข้าใจในเรื่องโรค การรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษา สามารถปรับใจให้ยอมรับในข้อจำกัดของผู้ป่วยและทราบถึงบทบาทหน้าที่ที่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้ช่วยเหลือให้การสนับสนุน ให้ข้อมูลที่เหมาะสม ให้ความรู้ด้วยการสอน ชี้แนะ พัฒนาทักษะที่จำเป็น หาแหล่งประโยชน์สนับสนุน ให้กำลังใจและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสมาชิกครอบครัวในการพัฒนาความสามารถ จะทำให้ครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละระยะได้และผลของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยนั้นส่งผลดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวเช่นกัน

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นระบบที่ผู้วิจัยจัดให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) ร่วมกับแนวคิดการสัมผัสผัสของไวส์ (Weiss, 1979) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม โปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังไดอะแกรมต่อไปนี้



แสดงขั้นตอนของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ขั้นตอนที่ 1. การประเมินปัญหาและความต้องการ

เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัย กล้าที่จะพูดถึงปัญหาของตน ใช้คำถามปลายเปิดในการพูดคุย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รวมทั้งประเมินความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดเป้าหมายวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัว ผู้ป่วยและทีมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย



รูปที่ 1: พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รวมทั้งประเมินความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2. การให้ข้อมูลความรู้และการฝึกทักษะแก่ครอบครัว

การให้ความรู้และการฝึกทักษะแก่ครอบครัว ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้เหมาะสม เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติและตอบข้อสงสัยต่างๆ ทำให้เพิ่มพูนความรู้ พัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีจากการที่ครอบครัวได้แสดงออกถึงความรักและความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วยด้วยการใช้การสัมผัส



รูปที่ 2 : พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัด รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล



รูปที่ 3: คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว

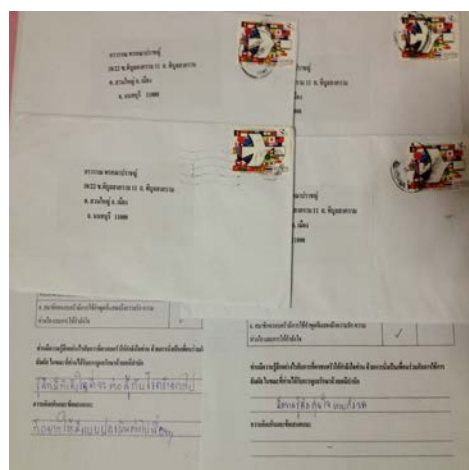
เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำและกิจกรรมการพยาบาล การประคับประคองด้านจิตใจ โดยให้สมาชิกครอบครัวใช้การสัมผัสผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตามแบบแผนการสัมผัสที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งคำพูดที่แสดงถึงความห่วงใย การให้กำลังใจ การให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วย จะทำให้ครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมและมีการเรียนรู้ ฝึกทักษะการดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สอนการเฝ้าสังเกตอาการ และกระตุ้นให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มีกำลังใจ ลดความวิตกกังวล เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และครอบครัวรู้สึกว่าตนมีประโยชน์ คงบทบาทหน้าที่ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม



รูปที่ 4 : สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ขณะที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดร่วมกับการสัมผัส

ขั้นตอนที่4 การประเมินผล

เพื่อประเมินอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นกับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการใช้การสัมผัส ทบทวนความรู้และทักษะ ให้คำแนะนำและกำลังใจเพื่อสร้างความมั่นใจ แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในการปฏิบัติของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อัน นำมาเพื่อประโยชน์ในการลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่จะดูแลตนเองและพร้อม ในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลได้ โดยมีการติดตามทาง โทรศัพท์ และขอความร่วมมือโดยให้ผู้ป่วยส่งแบบประเมินความวิตกกังวลกลับทางไปรษณีย์ ซึ่ง ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้



รูปที่ 5 แบบประเมินและความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมฯ ที่ผู้ป่วยส่งกลับทางไปรษณีย์

แผนการสอน เรื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลร่วมกับครอบครัวด้วยวิธีการสอนในเรื่องเกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด สาเหตุและผลกระทบของความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวล การสัมผัสและวิธีการสัมผัส สื่อการสอนประกอบด้วย คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัวและPowerpoint

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและสมาชิกครอบครัว

สถานที่ ห้องประชุมหน่วยเคมีบำบัด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ระยะเวลา 50 นาที แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องเกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ระยะที่ 2 เป็นการให้ความรู้เฉพาะครอบครัวในเรื่อง การสัมผัส ประโยชน์ของการสัมผัสและวิธีการสัมผัส พร้อมทั้งฝึกทักษะการสัมผัสและสาธิตย้อนกลับเพื่อประเมินทักษะการสัมผัส ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ผู้สอน นางสาวอรวรรณ พรคณาปราชญ์

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง โรคมะเร็งเต้านม แผนการรักษาและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้ ไปใช้ดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
 3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับการใช้การสัมผัสและคำพูดที่สื่อถึงความหมายของความรัก ความห่วงใยและกำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคไปได้ด้วยดี

วัตถุประสงค์	เนื้อหาการสอน	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>เพื่อทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้วิจัย และพร้อมรับข้อมูลจากผู้วิจัย</p>	<p>การสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>สวัสดิ์คะดิฉันชื่อ น.ส. อรวรรณ พรคนาปราชญ์ นิสิตปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำอยู่หน่วยเคมีบำบัดของโรงพยาบาลแห่งนี้ จะทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จึงใคร่ขอความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้าร่วมวิจัย</p> <p>ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ดิฉันรู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้มีโอกาสมาให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลหรือช่วยบรรเทาความไม่สบายใจของผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการข้างเคียง รวมทั้งการช่วยบรรเทาความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยโดยจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในระหว่างที่ดิฉันให้ความรู้ และ</p>	<p>ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและครอบครัวด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แนะนำตนเองด้วยท่าที่เป็นมิตร บอกชื่อ-สกุล การศึกษา และขอความร่วมมือในการทำวิจัย</p> <p>ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมการวิจัยพอสังเขป พร้อมทั้งประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้าร่วมวิจัย โดยการสังเกตสีหน้าท่าทาง การพูดโต้ตอบกับผู้วิจัย</p>	-	<p>ผู้วิจัยประเมินจากสีหน้าท่าทีที่แสดงความสนใจและความตั้งใจในการรับฟังของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหาการสอน	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบถึงสถานที่และสภาพแวดล้อมทางกายภาพทั่วไปของหน่วยงานเคมีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลในการเข้ารับการรักษาและมีความมั่นใจต่อการได้รับการดูแล</p>	<p>ข้อมูล หากท่านมีข้อสงสัย สามารถซักถามได้นะคะ เพื่อให้มีความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติดูแลต่อเองได้อย่างถูกต้อง ทั้งกับตัวผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวด้วย ในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ก่อนอื่นดิฉันอยากทราบถึงความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนี้และการมารับเคมีบำบัดในครั้งนี้ว่าเป็นอย่างไรบ้างคะ และท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเมเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างไรบ้าง</p> <p>ลักษณะและสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน</p> <p>ก่อนที่จะเราจะลงรายละเอียดในเรื่องต่างๆดังที่ได้กล่าวมาแล้ว รวมทั้งการประเมินปัญหาและการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ ดิฉันจะขออธิบายถึงสภาพแวดล้อมภายในหน่วยงานเคมีบำบัดของเรา พอสังเขปก่อนนะคะ</p> <p>หน่วยงานเคมีบำบัดเป็นหอผู้ป่วยที่ให้บริการเคมีบำบัด ตั้งอยู่ชั้น 6 ของอาคารวิชรารุทแห่งนี้ จะมีทั้งให้บริการแบบผู้ป่วยนอก</p>	<p>ผู้วิจัยสอบถามถึงความรู้สึกต่างๆไปของผู้ป่วยและความรู้สึกเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกโดยเป็นผู้ฟังที่ดี และให้ความสนใจ</p> <p>ผู้วิจัยกล่าวแนะนำสถานที่และสภาพแวดล้อมรวมทั้งบุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยการบรรยาย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม</p>	<p>PowerPoint แสดงภาพลักษณะและสภาพแวดล้อมในหน่วยงานรวมทั้งบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย</p>	<p>ผู้วิจัยประเมินจากสีหน้าและท่าทางที่แสดงความสนใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับฟังและการซักถาม</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหาการสอน	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>รักษาและมีความมั่นใจต่อการได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน</p>	<p>หรือแบบไป-กลับ และให้บริการแบบผู้ป่วยในหรือพักค้างคืนในกรณีที่ต้องได้รับยาเคมีเป็นเวลาหลายวัน โดย 2 ห้องแรกจะเป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกซึ่งจะมีจำนวน 10 เตียง และ 5 ห้องถัดไปจะเป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยในซึ่งจะมีจำนวน 25 เตียง เนื่องจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะต้องอยู่ภายใต้ความดูแลของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ โรคมะเร็ง ดังนั้นผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาเป็นอย่างดีจากทีมแพทย์ผู้ชำนาญที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด และทีมพยาบาลที่มีความชำนาญในการบริหารยาเคมี จะดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้เกิดความปลอดภัย โดยพยาบาลจะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาช่วยดูแลผู้ป่วย หากผู้ป่วยและครอบครัวมีข้อสงสัยใดๆสามารถพูดคุยและซักถามได้นะคะ ต่อไปเรามาทำความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งเต้านมรวมทั้งการรักษากันนะคะ.....</p>			

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอรรวรรณ พรคนาปราชญ์ เกิดเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2510 ที่จังหวัดสงขลา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ เมื่อปีการศึกษา 2532 ลาศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา พ.ศ. 2553 ประสบการณ์ทำงาน พ.ศ. 2532 – พ.ศ. 2553 พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ หอผู้ป่วยเคมีบำบัด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร