

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคร้ายที่คุกคามชีวิต และเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยเป็นอันดับ 1 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากสถิติตั้งแต่ปีพ.ศ. 2544-2548 พบว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งต่อประชากร 100,000 คน คือ 68.4, 73.3, 78.9, 81.3 และ 81.4 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2548) และสถานวิทยามะเร็งศิริราชได้จัดทำสถิติของผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ในปี พ.ศ.2548 พบผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 1.02 ของผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช และในปีพ.ศ.2549 มีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.20 นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปีพ.ศ.2563 ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งกว่า 11 ล้านคน โรคมะเร็งเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาสำคัญต่อเศรษฐกิจของชาติเพราะมีค่าใช้จ่ายสูง โดยในระยะแรกสามารถทำการรักษาให้หายได้ มีผลแทรกซ้อนน้อย ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ในระยะที่เป็นมากแล้ว การรักษาที่ได้รับจึงยุ่งยากซับซ้อน และผลการหายค่อนข้างต่ำ ในที่สุดก็จะอยู่ในภาวะที่ควบคุมโรคไม่ได้ และเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งการรักษาที่ได้จะเพื่อยืดระยะเวลาการอยู่รอด และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (ธนเดช สินธุเสก, 2548) ผู้ป่วยมะเร็งมักจะได้รับ ความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วย และการรักษา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตตั้งแต่ได้รับทราบการวินิจฉัยโรคจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (Ferrell, Grant, Funk, and Otis-Green, 1998 อ้างถึงใน ธนัญญา น้อยเปรียง, 2545) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งจะมีปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจ (ชนิดา มณีวรรณ และคณะ, 2537) ยิ่งภาวะสุขภาพทางร่างกายของผู้ป่วยทรุดโทรมมาก ปัญหาทางจิตสังคมก็จะเพิ่มขึ้น (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541) ดังนั้นความหวังจึงเป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ซึ่งจะได้จากการช่วยเหลือ และสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546)

การที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยอยู่ในความดูแล ผู้ดูแลมักมีความรู้สึกที่ดี และพึงพอใจ โดยรู้สึกร่วมเป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ สามารถให้การดูแลได้ดีกว่าคนที่ไม่ใช่ญาติ เต็มใจที่จะให้การดูแล และเป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแล (วิภา วิเสโส, 2545) แต่ขณะเดียวกันก็พบว่า ผู้ดูแลมักละเลยความต้องการของตนเอง (Lim et al, 1996) สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และคณะ (2539) พบว่า ภาระงานที่ต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีส่วนทำให้ผู้ดูแลละเลยสุขภาพของตนเอง มีปัญหาแต่ไม่ไปรักษา เพราะไม่อยากละทิ้งสามี และประเมินว่าพอทนได้ ส่วนรวี เดือน

ดาว (2547) ได้ศึกษาพบว่าความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ มีเวลาก่อนหลับ อยากมีคนช่วย อยากไปตรวจร่างกายแต่ทั้งผู้ป่วยไม่ได้ อยากมีร่างกายที่แข็งแรงเพื่อจะดูแลผู้ป่วยได้นาน นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีงานประจำอยู่แล้ว อาจทำให้มีภาระหนักยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดำรงบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่ และการดำรงชีวิตประจำวัน (ซูซึน ชิ่วพุนผล, 2541) จากการศึกษาของสุดศิริ นิรัญชุนหะ (2541) พบว่า การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมในช่วงกลางคืน ปวดหลัง ปวดเอว อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย นอนไม่หลับ มีเวลาในการพักผ่อนน้อย วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง และส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า

มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ต้องใช้เวลาในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง (Stetz, 1987) ซึ่งการพักผ่อนน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวันจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Bramwell et al, 1995) โดย Jensen and Given (1991) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 53 มีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางถึงระดับสูง และผลจากการดูแลเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องในแต่ละวันจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้า สอดคล้องกับ Osse et al.(2006) ที่พบว่าความเหนื่อยล้าเป็นปัญหาที่สำคัญและพบมากที่สุดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากนี้ Yang et al.(1992) ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า ประสบปัญหาการปรับตัวในด้านลบและวิถีชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล อ่อนล้า ส่งผลร้ายต่อการดูแล เพราะภาวะสุขภาพของผู้ดูแลถือเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย (Gaynor, 1990) และอาการเหนื่อยล้าดังกล่าวถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ (Irrine et al, 1991; Piper, 1993 อ้างถึงในกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539)

ความเหนื่อยล้าเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีความผิดปกติเกิดขึ้น คือรู้สึกไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย อิดโรย เหนื่อย ขาดพลังงานจนอาจถึงหมดแรง ซึ่งเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือเกิดกับทุกส่วนพร้อมกันก็ได้ และเกิดขึ้นได้เสมอในชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยก็ตาม (Piper, 1987) จากการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่าในระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลจะมีปัญหาทางสุขภาพถึงร้อยละ 76.92 อาการที่พบ ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ ใจสั่น รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ และหายใจไม่เต็มอ้อม ตามลำดับ ซึ่งอาการอ่อนเพลียไม่มีแรงถือเป็นอาการของความเหนื่อยล้า สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา มณีวรรณ และคณะ (2537) ที่พบว่าร้อยละ 66 ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสบกับปัญหา เหนื่อยล้า เบื่อหน่าย สาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเกิดจากการที่ผู้ดูแลต้องมีการงานมากในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้น

รวมทั้งอาจมีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ เพื่อนำมาสร้างพลังงานให้เพียงพอกับความ ต้องการ ทำให้เกิดการสะสมของกรดแลคติกในกล้ามเนื้อ (Jacob and Piper, 1996) การ รับประทานอาหารได้น้อย ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ อาจทำให้ขาดโปรตีนส่งผลให้ การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง (Winningham et al, 1994) และร่างกายอาจนำพลังงานที่สะสมไว้ มาใช้โดยกล้ามเนื้อจะสลายไกลโคเจน โปรตีน และไขมันมาใช้เป็นพลังงาน ในช่วงนี้อาจพบว่ามี น้ำหนักลดลง (Berger and William, 1992; Piper, 1989) หรือการเกิดความไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ก็จะมีผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงด้วยเช่นกัน (Piper, 1987)

นอกจากนี้หากผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลวิธีการดูแลอย่างถูกต้องและเพียงพอ จะทำให้รู้สึก ยากลำบากในการปฏิบัติ ทำให้เกิดความเครียด (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) และการเผชิญ ความเครียดเป็นเวลานาน ร่างกายจะตอบสนองโดยกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติกให้ มีการหลั่ง Stress Hormone ออกมากระตุ้นอวัยวะต่างๆ ถ้าถูกกระตุ้นเป็นเวลานานๆ จะทำให้มี การดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ เมื่อพลังงานลดน้อยลงบุคคลจะรู้สึกเหนื่อยล้า มี ผลกระทบต่ออารมณ์ การรับรู้ สูญเสียกระบวนการคิด การแก้ปัญหาและการตัดสินใจบกพร่อง สมรรถนะและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด (Magnusson et al, 1999) นอกจากนี้ความเหนื่อยล้ายังมีผลทำให้ความสามารถในการดูแล ตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Aistars, 1987; Piper et al, 1987) ซึ่งจะส่งผล กระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ มีการศึกษาเชิงสำรวจถึงความต้องการของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายจากครอบครัวและเพื่อนสนิทพบว่าร้อยละ 72 เสียชีวิตลงโดยไม่ได้รับบริการ ช่วยเหลือในวาระสุดท้าย (Hout et al, 1988) ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดของผู้ดูแลที่มากจน รู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล (Siegel et al, 1991)

จากเหตุผลดังกล่าว จึงเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเป็นบุคคลสำคัญที่พยาบาลจะต้องให้ การช่วยเหลือโดยเฉพาะการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เพื่อลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแล โดยการจัดการกับอาการถือเป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2541) และการจัดการกับความเหนื่อยล้าก็ถือเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะช่วยลด อัตราการเจ็บป่วยลงได้ (อภิจันทร์ กองทอง, 2544) และจากการที่พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดติดกับ ผู้ดูแล พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการจัดการกับความ เหนื่อยล้าได้ด้วยตนเอง ซึ่งต้องมุ่งเน้นการปรับประสบการณ์ กล่าวคือ ปรับการรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการ และปรับกลวิธีในการจัดการกับอาการให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ อาการรุนแรงลดลง (Dodd et al, 2001) ประกอบกับปัจจุบันได้มีนโยบายทางสุขภาพที่เน้นการ ส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยได้มีการนำการดูแลแบบผสมผสานมาใช้

มากขึ้น และถือเป็นวิธีหนึ่งที่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จะได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยมีจุดมุ่งหวังเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษา การฟื้นฟู การสร้างเสริมสุขภาพ ช่วยป้องกันโรคและความพิการที่จะตามมา ซึ่งสอดคล้องกับภาวะการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่จะสามารถนำมาใช้เพื่อลดอาการเหนื่อยล้าลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายและการให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถลดความเหนื่อยล้าได้ (อภันตรี กองทอง, 2544; ทศนีย์ ภูลำอาจค์, 2546) และมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยนำการดูแลแบบผสมผสานมาใช้ได้แก่ การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย การนวดประคบ การบริหารกายจิตแบบซิงเกิ้ล สำหรับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย และการนวดประคบนั้นพบว่าความเหนื่อยล้าลดลง ภายหลังจากได้รับการนวด 10-15 นาที (สายไหม ตุ่มวิจิตร และสุริพร ธนศิลป์, 2549; อาลี แซ่เจียว และสุกัญญา ประจุศิลป์, 2549) ส่วนการบริหารกายจิตแบบซิงเกิ้ลนั้น วัชรวรรณ จันทรินทร์ (2548) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่าภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล 2 สัปดาห์ ความเหนื่อยล้าลดลง และ อุทุมพร รูปเล็ก (2549) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยซิงเกิ้ล 4 และ 8 สัปดาห์ ความเหนื่อยล้าลดลง ซึ่งการบริหารกายจิตแบบซิงเกิ้ลนั้นเป็นการผสมผสานระหว่างการออกกำลังกาย สมาธิ และการผ่อนคลาย ทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดดีขึ้น ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆได้ดี ส่งผลให้ลดการสะสมของกรดแลคติกที่เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้าได้ สำหรับการใช้น้ำมันหอมระเหยนั้นพบว่าจะไปกระตุ้นระบบประสาททำให้มีการปล่อยสารเอนโดρφิน เอนเคฟาลิน และซีโรโทนิน ซึ่งเป็นสารแห่งความสุข ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย และลดความเหนื่อยล้า (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2546) รูปแบบที่ใช้ ได้แก่ ใช้อาบน้ำ นวดตัว ประคบเย็น สูดดม (พิมพ์พร ลีลาพรพิสิฐ, 2545) แต่การนวดนั้นยังคงมีข้อจำกัดในการให้บริการที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญมาดูแล ในขณะที่การใช้น้ำมันหอมระเหยด้วยวิธีการสูดดม สามารถฝึกทักษะและปฏิบัติได้ด้วยตนเอง มีกลไกการออกฤทธิ์ และส่งผลให้เกิดการผ่อนคลายภายหลังจากใช้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว

จากที่ได้กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลได้มาก โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามซึ่งอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 ของโรค เพราะผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดทางร่างกายที่ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง มีความผิดปกติในระบบต่างๆของร่างกาย และมีปัญหาอารมณ์แปรปรวนง่ายมากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ ทั้งจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาธิสภาพของโรคที่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง และอาจมีภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษาาร่วมด้วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงมีความต้องการการ

ดูแลช่วยเหลือในช่วงท้ายของชีวิตมากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ ประกอบกับในปัจจุบัน ผู้ป่วยมะเร็งเหล่านี้ ดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้านมากขึ้น เนื่องจากการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษา มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ระยะเวลาที่จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลจึงลดลงกว่าเดิม (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ที่บ้านจึงเป็นภาระการดูแลที่หนัก เพราะกิจกรรมในการดูแลจะเพิ่มขึ้นตามพยาธิสภาพของโรคที่มีการลุกลามหรือมีความรุนแรงมากขึ้น และเมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นจะมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นด้วย การเฝ้าปรนนิบัติดูแลผู้ป่วยจึงเป็นภาระการดูแลที่หนัก และการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมในช่วงกลางคืน ปวดหลัง ปวดเอว อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย นอนไม่หลับ มีเวลาในการพักผ่อนน้อย วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง และส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นอาการที่พบได้มากที่สุดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมเพื่อนำไปใช้ในการจัดการกับอาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าเหล่านั้น และเนื่องจากที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกายจิตแบบซิงก โดยได้มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินความเหนื่อยล้าหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าหลังสิ้นสุดการทดลองความเหนื่อยล้าของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความเหนื่อยล้าลดลงตามลำดับ (อุทุมพร รูปเล็ก, 2549) แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งของวัชรวรรณ จันทรอินทร์ (2548) และ อุทุมพร รูปเล็ก (2549) นั้นแสดงถึงการลดลงเฉพาะคะแนนของความเหนื่อยล้า ส่วนระดับของความเหนื่อยล้า นั้นยังคงเดิมอยู่ที่ระดับปานกลาง ดังนั้นการที่จะทำให้ระดับของความเหนื่อยล้า นั้นลดลงได้อาจจำเป็นต้องเพิ่มวิธีในการจัดการกับอาการมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน ซึ่งการใช้ น้ำมันหอมระเหยด้วยวิธีการสูดดมก็เป็นวิธีหนึ่งส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว และเป็นผลให้ความเหนื่อยล้าลดลงได้เช่นกัน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการใช้ น้ำมันหอมระเหย ด้วยวิธีการสูดดมมาบูรณาการเข้ากับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกายจิตแบบซิงก เพื่อลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง โดยเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงก กับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานด้วยการบริหารกายจิตแบบซิงกร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย ซึ่งผลการวิจัยจะช่วยนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความเหนื่อยล้าให้ได้ผลดีที่สุดต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงก และโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงกร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย 2 และ 4 สัปดาห์ ลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ หรือไม่ อย่างไร

2. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงกร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงกภายหลังได้รับโปรแกรมฯ 2 และ 4 สัปดาห์หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 2 และ 4 สัปดาห์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงก และโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงกร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย

2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงก และโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงกร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ 2 และ 4 สัปดาห์

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความเหนื่อยล้าเป็นปัญหาที่สำคัญและพบมากที่สุดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Osse et al, 2006) มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Aistars, 1987; Piper et al, 1987) ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ โดย Dodd et al.(2001) มีแนวคิดว่าการจัดการกับอาการจะต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆกัน และการจัดการกับอาการนั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยพยาบาลถือเป็นบุคคลสำคัญซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต้องอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาล ดังนั้นจากแนวคิดนี้ การจัดการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลจึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลและพยาบาล

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al.(2001) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมซึ่งแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักคือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลมีบทบาทในการพัฒนาให้ผู้ดูแล สามารถให้ความหมายและความสัมพันธ์ในสาเหตุของอาการ โดยผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยเป็น จนเกิดเป็นความเข้าใจถึงความสำคัญของอาการ ซึ่งจะทำให้สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการรับฟังและการสอบถามจากผู้ดูแลตามการรับรู้ในมุมมองของผู้ดูแลเอง 2) กลวิธีในการจัดการกับอาการ มีเป้าหมายเพื่อเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ ด้วยการใช้องค์ความรู้ในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้มีการป้องกันหรือจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ต้องการการปรับเปลี่ยนกลวิธีตลอดเวลา การควบคุมอาการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล ซึ่งกลวิธีในการจัดการกับอาการประกอบไปด้วย วิธีการบรรเทาความเหนื่อยล้าโดยการใช้ยา ได้แก่ ยาคลายความวิตกกังวล ยาลดความซึมเศร้า และวิธีการบรรเทาความเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การแนะนำให้ออกกำลังกาย การดูแลตนเองในการสงวนพลังงาน การใช้วิธีทางจิตวิทยา การให้ความรู้และคำปรึกษา และการดูแลแบบผสมผสาน เป็นต้น และ 3) ผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ และเป็นผลที่ได้จากกลวิธีในการจัดการกับอาการ ระยะเวลาของการประเมินขึ้นอยู่กับ ความคงที่ของอาการซึ่งต้องการการจัดการกับอาการที่มีความต่อเนื่อง เพื่อที่จะควบคุมอาการที่อาจจะเกิดขึ้นอีก ดังนั้นแบบจำลองการจัดการกับอาการจึงเหมาะสมในการนำมาใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

วิธีในการบรรเทาความเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยาถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยเฉพาะการเป็นผู้ให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนเป็นวิธีที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงความสามารถในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของตนเองได้ โดยให้ผู้ดูแลได้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มีส่วนในการรู้จักควบคุมตนเองและมีอำนาจในการตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้พยาบาลต้องคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล และรับฟังปัญหาโดยการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามพร้อมทั้งแสดงความเห็น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง นอกจากนี้การฝึกทักษะต่างๆ ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น ทั้งนี้การสอนและการให้ความรู้จะให้ผลดีได้ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจ และความเป็นมิตร ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญ

กุล, 2543) ซึ่งในที่นี้ผู้ดูแลถือเป็นอีกบุคคลหนึ่งนอกเหนือจากผู้ป่วยที่พยาบาลจะต้องทำการสร้างสัมพันธภาพด้วยเช่นกัน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง

ในปัจจุบันนี้ได้มีนโยบายทางสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยได้มีการนำการดูแลแบบผสมผสานมาใช้มากขึ้น ซึ่งการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) หมายถึงการผสมผสานกันระหว่างการแพทย์ทางเลือกกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการรักษาพร้อมกันไม่ใช่การใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียว และยังไม่ไปถึงการดูแลสุขภาพด้วยตนเองหรือการดูแลรักษาสุขภาพที่ได้รับจากผู้อื่นอีกด้วย (ลดาวลีย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2545; Rimmer, 1998 cite in วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544) ซึ่งถือเป็นวิธีหนึ่งที่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนจะได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยการดูแลแบบผสมผสานเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถทำได้หลายวิธี เช่น สมุนไพรบำบัด การสัมผัส โยคะ ชี่กง การนวด การอบ การประคบสมุนไพร และสมุนไพรบำบัด เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะให้ผลดีในแง่ของการเยียวยาด้านจิตใจแล้วยังเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลอีกด้วย โดยการบริหารกายจิตแบบชี่กงเป็นการบริหารแบบแอโรบิค ร่วมกับการหายใจที่ถูกต้อง พร้อมทั้งเป็นการฝึกจิตให้เกิดสมาธิและการผ่อนคลายไปพร้อมๆกัน มีผลให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเด่นขึ้น เกิดการขยายของหลอดเลือดฝอยส่วนปลาย ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง และช่วยให้จิตใจเข้มแข็งขึ้นได้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545) การเคลื่อนไหวของร่างกายส่วนบนทำให้กล้ามเนื้อในการหายใจแข็งแรง ส่งผลให้การหายใจมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดดีขึ้น ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆได้ดีกว่าปกติ ผลที่ได้รับคือจะช่วยลดการสะสมของกรดแลคติกซึ่งเป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้า นอกจากนี้การหายใจที่ช้าและลึกจะช่วยเพิ่มอัตราการขับคาร์บอนไดออกไซด์ และเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย และการหายใจที่ลึกจนถึงช่องท้องผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลมจะกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ที่เรียกว่าวากัส ซึ่งมีจุดเริ่มต้นที่ก้านสมองทอดยาวตามแนวกระดูกสันหลังลงมายังอวัยวะในช่องท้อง เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง แล้วทำให้มีการตอบสนองมายังอวัยวะต่างๆ มีผลให้เกิดการผ่อนคลาย (Chen, 2004) นอกจากนี้ในช่วงที่ฝึกชี่กงจิตใจจะสงบและมีสมาธิ ทำให้อารมณ์มีการหลั่งสารเอ็นโดรฟินออกมามากขึ้น ซึ่งเป็นสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ช่วยให้อารมณ์ผ่อนคลาย ลดความเครียด ส่งเสริมการนอนหลับ มีผลทำให้ความเหนื่อยล้าลดลงได้ (Ryu et al, 1996; Tang et al, 1989a, 1989c, 1990 cite in Tang, 1994)

การบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยมีผลทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเมื่อโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยเข้าสู่ร่างกายโดยการสูดดม จะเข้าไปจับกับตัวรับบนเยื่อช่องจมูก และแปรเป็นสื่อสัญญาณทางไฟฟ้าเคมี ผ่าน olfactory nerve เข้าสู่ Limbic system ซึ่งทำงานสัมพันธ์กับ Amygdala ที่มีบทบาทเกี่ยวกับอารมณ์ และ Hippocampus ที่เป็นส่วนของการจดจำและแยกแยะกลิ่น (Buckle, 2001) ผลของการกระตุ้นหรือผ่อนคลายสมองขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางเคมี ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลิ่นลาเวนเดอร์ซึ่งมีคุณสมบัติกระตุ้นให้ร่างกายผลิต Serotonin ซึ่งเป็นสารที่ทำให้สดชื่นมีชีวิตชีวา ผ่อนคลายความกังวล ส่งเสริมการนอนหลับ และบรรเทาความเหนื่อยล้า สามารถฟื้นฟูจิตใจ และจิตวิญญาณให้คืนสู่สภาวะปกติได้ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545; ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2546; กองการแพทย์ทางเลือก, 2550; ประเทืองศรี สิ้นชัยศรี, 2547) ลาเวนเดอร์มีกลไกการออกฤทธิ์คล้ายๆ Diazepam คือมีผลทำให้เพิ่ม Gamma aminobutalic acid (GABA) และเพิ่มความสามารถของ GABAa ในการจับกับ Receptor จึงทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และช่วยให้นอนหลับสบาย (วนิดา จิตมั่นคง และทวีศักดิ์ สุวคนธ์, 2540) ทำให้ลดความเหนื่อยล้าลงได้ เนื่องจากขณะหลับกล้ามเนื้อทุกส่วนจะคลายตัว อวัยวะต่างๆ ได้พักผ่อน และมีการใช้พลังงานลดลง มีการสะสมพลังงานของสมองทำให้รู้สึกสดชื่นเมื่อตื่นขึ้นมา

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกายจิตแบบชี่กงไว้แล้วว่าสามารถลดความเหนื่อยล้าลงได้ โดยวัชรวรรณ จันทรอินทร์ (2548) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่าความเหนื่อยล้าภายหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และ อุทุมพร รูปเล็ก (2549) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าความเหนื่อยล้าภายหลังได้รับโปรแกรม 4 และ 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำการบริหารกายจิตแบบชี่กงมาพัฒนาเข้ากับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานให้เหมาะสมกับการนำไปใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีการประเมินความเหนื่อยล้าที่ 2 และ 4 สัปดาห์ แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาเน้นแสดงถึงการลดลงเฉพาะคะแนนของความเหนื่อยล้า ส่วนระดับของความเหนื่อยล้า นั้นยังคงเดิมอยู่ที่ระดับปานกลาง ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำการใช้ น้ำมันหอมระเหยด้วยวิธีการสูดดมมาผสมผสานเพื่อพัฒนาเพิ่มเติมในโปรแกรม เพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าให้ได้ประสิทธิผลมากที่สุด เนื่องจากมีผลช่วยให้เกิดการผ่อนคลายได้อย่างรวดเร็ว โดยผู้วิจัยได้มีการเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบชี่กงกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบชี่กงร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงก และโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงกร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย 2 และ 4 สัปดาห์ ลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ

2. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงกร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงกภายหลังได้รับโปรแกรมฯ 2 และ 4 สัปดาห์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีแบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ประชากรในการศึกษาคือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มโดยกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงก และกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงกร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 17 เมษายน 2551 ถึง 25 มิถุนายน 2551

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงก และโปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงกร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย

ตัวแปรตาม คือ ความเหนื่อยล้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งว่า รู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย อิดโรย ขาดพลังงานจนถึงหมดเรี่ยวแรง ซึ่งเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือทุกส่วนพร้อมกันก็ได้ ประเมินได้ตามการรับรู้ด้วยตนเองครอบคลุมมิติ 4 ด้าน คือด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญาและอารมณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าหมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งภายหลังให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้า และผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการทำงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมว่ามีผลกระทบในระดับใด

2. ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าหมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยที่มีต่อลักษณะของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตนว่าความเหนื่อยล้า นั้นเป็นอย่างไร เป็นเรื่องปกติหรือผิดปกติ เป็นคุณประโยชน์หรือเป็นโทษ

3. ด้านร่างกายและจิตใจหมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยที่มีต่อตนเองว่ามีความเข้มแข็ง มีพลังกำลัง มีความสดชื่น มีชีวิตชีวาอยู่ในระดับใด

4. ด้านสติปัญญาและอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยที่มีต่อตนเองว่ามีความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆ หรือมีความสามารถที่จะมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper et al.(1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เพ็ญใจ ดาโลปการ (2545) คะแนนรวมมากหมายถึงมีความเหนื่อยล้ามาก คะแนนร่น้อยหมายถึงมีความเหนื่อยล้า น้อย

โปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงก หมายถึง กิจกรรมการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน และมีแบบแผน ที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลเป็นรายบุคคล โดยมีการผสมผสานการบริหารกายจิตแบบซิงกเพื่อลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล

ผู้วิจัยประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ในมุมมองของตนเอง ด้วยการสอบถามและรับฟัง จากนั้นผู้วิจัยจะประเมินความต้องการในการเรียนรู้ของผู้ดูแล เนื่องจากบุคคลในวัยผู้ใหญ่ มักผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาแล้ว ดังนั้นการให้ความรู้จึงควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ พร้อมทั้งผู้วิจัยจะแนะนำถึงวิธีต่างๆที่ใช้เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และนำเสนอการฝึกบริหารกายจิตแบบซิงกเพื่อใช้เป็นทางเลือกในการบรรเทาความเหนื่อยล้า โดยผู้วิจัยจะสอบถามความต้องการในการฝึกบริหารกายจิตแบบซิงกจากผู้ดูแลก่อน เมื่อผู้ดูแลตอบรับในการเข้าร่วมการฝึก ผู้วิจัยจะนำเข้าสู่การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการบริหารกายจิตแบบซิงก

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้น สามารถควบคุมอาการได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ซึ่งมีเนื้อหา

ประกอบด้วยเรื่องความเหนื่อยล้า สาเหตุและผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกายจิตแบบซิงกซึ่งซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับแนวคิด ประโยชน์ของการฝึก ปัจจัยสำคัญของการฝึก ขั้นตอนของการฝึก ข้อควรจำในการฝึก และผลข้างเคียงของการฝึกบริหารกายจิตแบบซิงก ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยจะมอบคู่มือ และวีดิทัศน์การฝึกบริหารกายจิตแบบซิงกของน.พ.เทอดศักดิ์ เดชคง ให้ผู้ดูแลไว้ใช้ทบทวน

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบซิงก

ผู้วิจัยสอนสาธิตทักษะการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าด้วยการบริหารกายจิตแบบซิงกโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสมาธิและสัมพันธ์พลังซิงก 2) การฝึกหายใจแบบช่องท้อง และ 3) การฝึกบริหารกายจิตแบบซิงก โดยเริ่มจากการเตรียมร่างกายก่อน ต่อด้วยการบริหารกายจิตแบบซิงก 4 ท่า ของ น.พ.เทอดศักดิ์ เดชคง ได้แก่ ท่าปรับลมปราณ ท่ายืดอกขยายทรวง ทำอินทรี ทะยานฟ้า และท่าลมปราณชานกายา และจบลงด้วยการเก็บสะสมพลัง จากนั้นผู้วิจัยร่วมฝึกซิงกกับผู้ดูแล และทบทวนทักษะ พร้อมกับให้มีการสาธิตย้อนกลับ และแนะนำให้ผู้ดูแลฝึกการบริหารกายจิตแบบซิงกด้วยตนเองที่บ้าน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 15 นาที ผู้วิจัยสอนการลงบันทึกการฝึกบริหารกายจิตแบบซิงกและแนะนำให้ลงบันทึกการฝึกทุกครั้ง โดยมีตัวอย่างการลงบันทึกอยู่ที่ท้ายคู่มือ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินผลจากการให้ความรู้ โดยให้ผู้ดูแลทำแบบทดสอบเรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า เพื่อทบทวนความรู้ซ้ำอีกครั้งในสิ่งที่ยังรับรู้ไม่ถูกต้องหรือยังขาดไป และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ และประเมินความรู้สึกและความสามารถจากการฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบซิงกว่าเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัย

โปรแกรมการจัดการกับอาการแบบผสมผสานโดยการบริหารกายจิตแบบซิงกร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย หมายถึง กิจกรรมการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน และมีแบบแผนที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลเป็นรายบุคคล โดยมีการผสมผสานการบริหารกายจิตแบบซิงกร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล

ผู้วิจัยประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ในมุมมองของตนเอง ด้วยการสอบถามและรับฟัง จากนั้นผู้วิจัยจะประเมินความต้องการในการเรียนรู้ของผู้ดูแล เนื่องจากบุคคลในวัยผู้ใหญ่มักผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาแล้ว ดังนั้นการให้ความรู้จึงควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ พร้อมทั้งผู้วิจัยจะแนะนำถึงวิธีต่างๆที่ใช้เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และนำเสนอการฝึกบริหารกายจิตแบบซิงกและการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อใช้เป็นทางเลือกในการบรรเทาความเหนื่อยล้า โดยให้ผู้ดูแลได้ทดลองสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่จะนำไปใช้ก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะสอบถามความต้องการในการฝึกบริหารกายจิตแบบซิงกและการใช้น้ำมันหอมระเหยจากผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลตอบรับในการเข้าร่วมการฝึกและการใช้น้ำมันหอมระเหย ผู้วิจัยจะนำเข้าสู่การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการบริหารกายจิตแบบซิงก และการใช้น้ำมันหอมระเหย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้น สามารถควบคุมอาการได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจะให้ความรู้ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยเรื่องความเหนื่อยล้า สาเหตุและผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า การบริหารกายจิตแบบซิงกซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับ แนวคิด ประโยชน์ของการฝึก ปัจจัยสำคัญของการฝึก ขั้นตอนของการฝึก ข้อควรจำในการฝึก และผลข้างเคียงของการฝึกบริหารกายจิตแบบซิงก และความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำมันหอมระเหยซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ แนวคิดเกี่ยวกับการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อการบำบัด รูปแบบการใช้ ประโยชน์ของการใช้ การใช้น้ำมันหอมระเหยด้วยวิธีการสูดดม ขั้นตอนการใช้ และผลข้างเคียงของการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยจะมอบคู่มือ และวีดิทัศน์การฝึกบริหารกายจิตแบบซิงกของน.พ.เทอดศักดิ์ เดชคง ให้ผู้ดูแลไว้ใช้ทบทวน

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบซิงกร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย

3.1 ผู้วิจัยสอนสาธิตทักษะการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าด้วยการบริหารกายจิตแบบซิงก โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสมาธิและสัมผัสพลังซิงก 2) การฝึกหายใจแบบช่องท้อง และ 3) การฝึกบริหารกายจิตแบบซิงก โดยเริ่มจากการเตรียมร่างกายก่อน ต่อด้วยการบริหารกายจิตแบบซิงก 4 ท่า ของ น.พ.เทอดศักดิ์ เดชคง ได้แก่ ท่าปรับลมปราณ ท่ายืดอกขยายทรวง ท่าอินทรีทะยานฟ้า และท่าลมปราณชานกายา และจบลงด้วยการเก็บสะสมพลัง จากนั้นผู้วิจัยร่วม

ฝึกชี่กึ่งกับผู้ดูแล และทบทวนทักษะ พร้อมกับให้มีการสาธิตย้อนกลับ และแนะนำให้ผู้ดูแลฝึกการบริหารกายจิตแบบชี่กึ่งด้วยตนเองที่บ้าน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 15 นาที ผู้วิจัยสอนการลงบันทึกการฝึกการบริหารกายจิตแบบชี่กึ่งและแนะนำให้ลงบันทึกการฝึกทุกครั้ง โดยมีตัวอย่างการลงบันทึกอยู่ที่ท้ายคู่มือ

3.2 ผู้วิจัยสอนสาธิตทักษะการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าด้วยการใช้น้ำมันหอมระเหย ด้วยวิธีการสูดดม โดยหยดน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 2-3 หยด ลงในภาชนะที่ใส่น้ำร้อน ครึ่งลิตรที่เป็นไอ แล้วให้ผู้ดูแลทดลองสูดดมไอรระเหย โดยใช้ผ้าคลุมศีรษะขณะสูดดม และหลับตา เพื่อป้องกันการระคายเคือง แนะนำให้ใช้เวลาในการสูดดมประมาณ 5 นาที หรือจนรู้สึกว่ายบายหรือผ่อนคลาย ให้ปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และปฏิบัติเพิ่มได้เมื่อรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อยล้า ผู้วิจัยสอนการลงบันทึกการใช้น้ำมันหอมระเหย และแนะนำให้ลงบันทึกการฝึกทุกครั้ง โดยมีตัวอย่างการลงบันทึกอยู่ที่ท้ายคู่มือ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินผลจากการให้ความรู้ โดยให้ผู้ดูแลทำแบบทดสอบเรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า เพื่อทบทวนความรู้ซ้ำอีกครั้งในสิ่งที่ยังรับรู้ไม่ถูกต้อง หรือยังขาดไป และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ และประเมินความรู้สึกและความสามารถจากการฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กึ่ง และการใช้น้ำมันหอมระเหยว่าเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัย

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง บุคคลในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นบิดามารดา สามีภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องที่พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่มุ่งเน้นเพื่อตอบสนองความต้องการอันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย และการสนับสนุนทางจิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทางด้านการพยาบาล เพื่อพัฒนาบทบาทของพยาบาลให้มีความสามารถในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง

2. ทางด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่พยาบาลประจำการ รวมทั้งนักศึกษาพยาบาล ให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง ได้อย่างเหมาะสม

3. ทางด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการพัฒนาการวิจัย เพื่อค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลในกลุ่มอื่นๆอีกต่อไป