

ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนัดจุดสะท้อนที่ทำได้ด้วยน้ำมันหอมระเหย
ต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด



นางสาว ศิริพร พันธุ์พริ้ม

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF PROVIDING HEALTH INFORMATION AND AROMATHERAPY FOOT
REFLEXOLOGY ON UNPLEASANT SYMPTOMS AND WELL-BEING IN BREAST
CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY



Miss Siriporn Punprim

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 2006

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วย
น้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

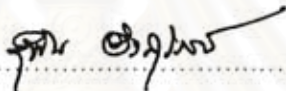
โดย นางสาวศิริพร พันธุ์พริ้ม

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

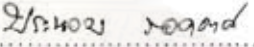
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สัจจา ทาโต

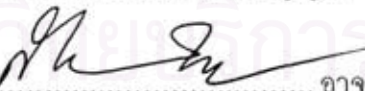
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลบัณฑิต



..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สัจจา ทาโต)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

นางสาวศิริพร พันธุ์พริ้ม : ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.

(EFFECTS OF PROVIDING HEALTH INFORMATION AND AROMATHERAPY FOOT REFLEXOLOGY ON UNPLEASANT SYMPTOMS AND WELL-BEING IN BREAST CANCER UNDERGOING CHEMOTHERAPY) อ. ที่ปรึกษา: ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, อ. ที่ปรึกษาร่วม: ผศ. ดร. สัจจา ทาโต, 274 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 1 และ 2 ได้รับการผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองแล้วและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก ที่ศูนย์เคมีบำบัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยคำนึงถึงความใกล้เคียงกันในเรื่องอายุ สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ ระยะของโรค ชนิดของการผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ซึ่งการจัดกระทำนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีอาการไม่สบายของ Lenz และคณะ (1997) แนวคิดการให้ข้อมูลของ Butcher (cited in McCloskey and Bulechek, 2000) และการดูแลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล 3) การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย 4) การประเมินผลและสอบถามความคิดเห็นต่อการนวด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินอาการวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบประเมินความผาสุกซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95, .83, .68 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบายในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. คะแนนเฉลี่ยความผาสุกในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต..... *ศิริพร พันธุ์พริ้ม*
 ปีการศึกษา.....2549..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... *ชกท 4*
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... *สัจจา ทาโต*

4783782527: MAJOR TEACHING SOCIAL STUDIES

KEY WORD: STORYLINE/ ACHIEVEMENT/ SATISFACTION/ SOCIAL STUDIES

PHIMPHA PHIATHEP: EFFECTS OF IMPLEMENTING THE STORYLINE METHOD IN SOCIAL STUDIES ON LEARNING ACHIEVEMENT AND SATISFACTION TOWARDS THE STORYLINE APPROACH OF TENTH GRADE STUDENTS IN NATIONAL UNIVERSITY OF LAOS, DONGDOK CAMPUS DEMONSTRATION SCHOOL.
 THESIS ADVISOR : ASST.PROF.WALAI PANICH, D.Ed. 146 pp.

The purposes of the research were to : 1) compare learning achievement between groups learning by the storyline method and conventional method and 2) study satisfaction towards the storyline approach. The subjects were Mathayom Suksa Five students of the National University Demonstration School which were divided into two groups : experimental group with 48 students learning by the storyline method and controlled group with 50 students learning by the conventional method. The research instruments were a set of social studies achievement test with the difficulty index range from 0.25 to 0.75, the discriminative index range from 0.25 to 0.62, and the reliability of 0.84, and a set of inventory of satisfaction towards the storyline approach. The obtained data were analyzed by Program SPSS/PC version 11.0; Program TAP version 6.63 for window

The research findings were as follows :

1. The achievement test of students learning by the storyline method were higher than those learning by conventional method at the .05 level of significance.
2. The students were satisfied with the storyline approach at the high level.

Department of Curriculum, Instruction and Educational Technology.

Field of study Teaching Social Studies

Academic year 2006

Student's signature

Advisor's signature

Co-advisor's signature.....

[Handwritten signature]
[Handwritten signature: Walai Panich]

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัจจา ทาโต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อการไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลจิต กรรมการสอบ ผู้กรุณาให้คำแนะนำเรื่องการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ และประสบการณ์ทุกท่านที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่านได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล ด้านวิชาการ คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยว่องวานิช และศูนย์เคมีบำบัดตีกว่องวานิช ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมวิจัย และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่สนับสนุนด้านเวลาและทุนการศึกษาจากสภาการศึกษาไทย ทุนการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุนสนับสนุนการทำวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุนของมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑลราชพ กมลลาศน์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบพระคุณพี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่คอยเป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
คำถามการวิจัย.....	9
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	9
สมมติฐานการวิจัย.....	14
ขอบเขตการวิจัย.....	14
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	15
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	18
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	19
1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม.....	21
2. แนวคิดทฤษฎีกลุ่มอาการไม่สบาย.....	34
3. กลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....	41
4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ.....	95
5. การบำบัดทางการแพทย์แบบผสมผสาน.....	104
6. การให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย.....	149
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	153
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	154
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	154
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	157
กระบวนการดำเนินการทดลอง.....	171

สารบัญ

๗
หน้า

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	178
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	179
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	181
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	193
สรุปผลการวิจัย.....	197
สรุปผลและอภิปราย ผลการวิจัย.....	197
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	212
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	214
รายการอ้างอิง.....	215
ภาคผนวก.....	231
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	232
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ, จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยและเอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย...	235
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	241
ภาคผนวก ง - แผนการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....	258
- คู่มือสำหรับสตรีที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านม.....	259
- คู่มือขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย....	260
ภาคผนวก จ - แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่อายุ สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ ระยะของโรค และชนิดของการผ่าตัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	263
- แสดงคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายของกลุ่มที่ได้รับให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย 20 ราย.....	263
ภาคผนวก ฉ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	267
ภาคผนวก ช ประกาศนียบัตรการเข้าฝึกอบรมการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยและการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าของผู้วิจัย.....	270
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	274

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยเดือน.....	182
2	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของการทำผ่าตัด ระยะของโรค สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ.....	184
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวลและความผาสุกของของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย.....	185
4	แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วย น้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย.....	187
5	แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่โดยคำนึงถึงอายุ สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ ระยะของโรค และชนิดของการผ่าตัด.....	264
6	แสดงคะแนนพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ทำทั้งหมด 4 ครั้งของกลุ่มทดลอง 20 ราย.....	266
7	แสดงคะแนนกลุ่มอาการไม่สบายประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวลและความผาสุกหลังการทดลองในกลุ่มการพยาบาลปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย.....	268
8	แสดงคะแนนกลุ่มอาการไม่สบายประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวลและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับที่ ได้รับ ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมด้วยสถิติ สถิติ Kolmonov- Smirnov Test.....	269

สารบัญภาพ

ภาพที่

1	แสดง Model of Theory of unpleasant symptoms (Lenz et al., 1997,17).....	35
2	แสดงทฤษฎีโซน (Zone theory)10 โซน ที่ค้นพบโดย Dr. William H. Fitzgerald	111
3	แสดงภาพกระดูกสันหลังที่สะท้อนที่ข้างเท้าด้านใน.....	118
4	แผนที่จุดสะท้อนอวัยวะภายในต่างๆที่ฝ่าเท้า หลังเท้า ทั้ง 2 ข้าง และข้างเท้า ด้านใน และด้านนอก.....	119
5	แสดงกลไกที่แสดงเส้นทางและผลของน้ำมันหอมระเหยต่อร่างกายตามทฤษฎี เภสัชวิทยา	133
6	แสดงการดมกลิ่นผ่านทางจมูกมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง.....	136
7	แสดงคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้ารายคู่ ของกลุ่มตัวอย่างคู่ที่ 1-20 หลังการ ทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วย.....	189
8	แสดงคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับรายคู่ ของกลุ่มตัวอย่างคู่ที่ 1-20 หลังการ ทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วย.....	190
9	แสดงคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลรายคู่ ของกลุ่มตัวอย่างคู่ที่ 1-20 หลังการ ทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วย.....	191
10	แสดงคะแนนเฉลี่ยความผาสุกรายคู่ ของกลุ่มตัวอย่างคู่ที่ 1-20 หลังการ ทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วย.....	192

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 2 ของสตรีไทยรองจากมะเร็งปากมดลูก จากสถิติปี พ.ศ.2546 พบในอัตรา 28.10 ต่อแสนประชากรของประเทศ(ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์,2546)และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆในปัจจุบันการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดมีประโยชน์มุ่งหวังทำลายการแพร่กระจายระดับจุลภาค(Micro-metastasis)ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค เพิ่มอัตราการปลอดโรค (Disease free survival) และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (Berger,1998) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมักประสบกับอาการข้างเคียง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน การรับรสและกลิ่นเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ เช่น ผมหงอก ผิวหนังและเล็บมีสีคล้ำขึ้น อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและเกิดความวิตกกังวล เป็นต้น อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสิ้น(พินทุสร ไซตนาการ, 2539)

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมักเกิดอาการข้างเคียงต่างๆขึ้นโดยอาการที่เกิดขึ้นมักเกิดมากกว่าหนึ่งอาการในเวลาเดียวกัน ที่เรียกว่ากลุ่มอาการ (Symptoms cluster) ซึ่งหมายถึงอาการอย่างน้อยสามอาการหรือมากกว่าที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน ในผู้ป่วยหนึ่งๆ หรือในภาวะหนึ่งๆ (Dodd et al., 2001; จอนณะจง เพ็งจาด, 2547) สำหรับกลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งอยู่ในระยะลุกลาม พบอาการปวด อาการเหนื่อยล้า และอาการซีดเศร้า ร้อยละ64 พบอาการปวดร่วมกับอาการซีดเศร้า ร้อยละ42 พบอาการเหนื่อยล้าร่วมกับอาการซีดเศร้า (Gaston et al .,1999 cited in Dodd , Miaskowski and Paul , 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bender และคณะ (2005) ที่ศึกษากลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่วะยะแรกจนถึงระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาตั้งแต่ผ่าตัดจนกระทั่งได้รับเคมีบำบัดพบกลุ่มอาการประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า สมารถในการรับรู้ลดลงและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาของมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทุกระยะของโรคและได้รับเคมีบำบัดตั้งแต่ชุดที่ 2 เป็นต้นไป พบว่าผู้ป่วยมีอาการมากกว่า 2 อาการขึ้นไป ร้อยละ 87.30 โดยพบทั้ง 4 อาการร้อยละ 38.64 ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการซีดเศร้า พบ 3 อาการร่วมกันร้อยละ 32.70 ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการซีดเศร้า และจำนวนอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเดียวจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาการเหนื่อยล้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Richardson et al., 1998; Bower et al., 2000; Stone, 2002; ชุตินันท์ สงวนจิรพันธุ์, 2540; ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี, 2543; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) พบว่าร้อยละ 99 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้นได้ในทุกช่วงของการดำเนินโรค อาการเหนื่อยล้านี้เกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งและเกิดจากการรักษา (Bower et al., 2000) อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเกิดขึ้นได้หลายลักษณะ เช่น การได้รับเคมีบำบัดแบบฉีดเข้าสู่ร่างกายทางหลอดเลือดดำทันที จะทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้มากที่สุดและในผู้ป่วยบางรายพบอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นทันทีหลังได้รับเคมีบำบัด (Richardson et al., 1998:17) อาการเหนื่อยล้าเปลี่ยนแปลงไปตามจังหวะชีวภาพ (Circadian rhythm) ในแต่ละวันของบุคคล โดยที่ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจะเกิดความเหนื่อยล้ามากที่สุดในตอนกลางวัน (ร้อยละ 34.69) และตอนเย็น (ร้อยละ 34.02) และมีความแตกต่างกันในทุกช่วงเวลาของการได้รับการรักษา แบบแผนของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีลักษณะคือเกิดอาการรุนแรงและค่อยๆ ลดลง เกิดอาการปานกลางและคงที่ตลอดไป เกิดอาการปานกลางแล้วค่อยๆ ลดลง เกิดอาการเล็กน้อยแล้วค่อยๆ ลดลงช้าๆ (ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี, 2543) ซึ่งอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นจากการสะสมของของเสียได้แก่กรดแลคติก ซึ่งเป็นผลผลิตสุดท้ายของการทำลายเซลล์ภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัด (Winningham et al., 1994) ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดร้อยละ 32.50 ต้องหยุดพักงานที่ทำอยู่ (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) เนื่องจากอาการเหนื่อยล้าเป็นปัญหาที่รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง (Meyorowitz et al., 1979 อ้างถึงใน ชุตินันท์ สงวนจิรพันธุ์, 2540; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) ต้องการพักผ่อนและงีบหลับมากขึ้น (ชุตินันท์ สงวนจิรพันธุ์, 2540 ; ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี, 2543; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545)

อาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งโดยพบว่าร้อยละ 45 ของผู้ป่วยมะเร็งมีปัญหาการนอนไม่หลับเกือบทุกคืนหรือทุกคืน (Engstrom et al., 1999) ผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 30.9 มีภาวะนอนไม่หลับในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Ginsburg et al., 1995) ร้อยละ 78 มีภาวะนอนไม่หลับในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Harrison, 1997) โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาของการนอนไม่หลับมาเป็นเวลานานถึง 3 เดือนพบร้อยละ 41 จะมีอาการเมื่อยและชาที่ขา , ร้อยละ 31 มีปัญหานอนหลับยาก (Insomnia) และร้อยละ 28 มีปัญหาหาวงนอนมาก (excessive sleepiness) (Davidson et al., 2002) จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดพบร้อยละ 88 มีปัญหากการนอนหลับยาก (Cimprich, 1999) ร้อยละ 23-61 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมี

ปัญหาการนอนไม่หลับ และใช้ระยะเวลาก่อนที่จะเข้าสู่การนอนหลับมากกว่า 15 นาที มีอาการตื่นเป็นช่วงๆในเวลากลางคืน รู้สึกว่าตนเองไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรระหว่างวันและต้องการงีบหลับในช่วงเวลากลางวันมากกว่าปกติ (Berger and Farr, 1999; Andrykowski et al., 1995; Berger and Higginbolham, 2000; ชุตติพันธ์ุ สงวนจิรพันธ์ุ, 2540 ; ปิยวรรณ ปฤษณภา นุรังษี , 2543; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาปิยวรรณ ปฤษณภา นุรังษี (2543) และเพียงใจ ดาโลปการ(2545)พบว่าภายหลังได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีปัญหาของอาการนอนไม่หลับและแบบแผนของการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปโดยผู้ป่วยต้องตื่นขึ้นในตอนกลางคืนบ่อยเพื่อปัสสาวะและขับสารเคมีออกจากร่างกายทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยไม่มีคุณภาพ ผลกระทบที่เกิดจากการนอนหลับที่ไม่เพียงพอส่งผลต่อบทบาทของการทำงานในช่วงเวลากลางวัน (Morin,1993) และทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (Winningham, 1992 cited in Berger and Farr,1999; Meyorowotz et al.,1979 อ้างถึงใน ชุตติพันธ์ุ สงวนจิรพันธ์ุ, 2540; ปิยวรรณ ปฤษณภา นุรังษี , 2543; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่ออาการอื่นๆเช่นอาการเหนื่อยล้า อาการปวดเพิ่มมากขึ้น ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง และส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งด้วย(Lee, 2001) ทำให้ความรู้สึกนึกคิด การจดจำลดลง สมาธิในการทำงานลดลง ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้นและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (พินทุสร ไซตนาการ, 2539)

อาการวิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยได้รับทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมักได้รับความทุกข์ทรมานด้านจิตใจจากการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองป่วยเป็นโรคร้ายแรง (Benedict et al .,1994; Northouse et al .,1995 ; Coons et al.,1987; Lerman et al., 1990; McDaniel, Rhodes, Nelson, & Hanson, 1995 อ้างถึงใน นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542)เมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งแรกจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและขั้นตอนของการรักษา ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลของการรักษาและความก้าวหน้าของโรค รวมทั้งการบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัด (Graham and Johnson, 1990; Adam, 1991; McCaughan and Thompson, 2000; Williams and Schreier, 2005) ผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในด้านภาพลักษณ์ เช่น ผมร่วง ผิวหนังและเล็บมีสีคล้ำขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีการอักเสบในช่องปาก (Groenwald et al.,1992) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยจะวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเนื่องจากโรคมะเร็งว่าเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องมารับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดที่มีราคาแพง อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้งเป็นเวลานาน (Pallock,1986) และ

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลทำให้เป็นการเพิ่มภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาในครั้งต่อไป ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้มีการลุกลามของโรคมมากขึ้นหรือมีโอกาสกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้อีก(Lazio and Lucus, 1981 อ้างถึงใน นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542) การได้รับยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้นทำให้สมองหลั่งสาร Adrenaline มากขึ้น ซึ่งAdrenaline เป็นตัวกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกให้ตื่นตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ยากขึ้นหรือตื่นก่อนเวลาที่ต้องการ ดังนั้นการได้รับเคมีบำบัดจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดเป็นกลุ่มอาการไม่สบายที่ประกอบด้วย อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดโดยกลุ่มอาการไม่สบายนี้จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วยได้ (Broeckel et al., 1998; Cella et al., 2001; Bower et al., 2000; พินทุสร โชตนาการ, 2539)

ความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดมักลดลงหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย (Physical well-being) ผู้ป่วยจะมีการรับรู้และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันลดลง (Meyorowotz, et al., 1979 อ้างถึงใน ชูติพันธ์ุ สงวนจิรพันธ์ุ, 2540) เกิดความเหนื่อยได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่ ทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ต่างๆ ด้านสังคม (Social well-being) ผู้ป่วยไม่สามารถคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ หรือการเข้าสังคมลดลง ขาดรายได้จากการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจ (ชูติพันธ์ุ สงวนจิรพันธ์ุ, 2540; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) ยาเคมีบำบัดบางชนิดมีการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉีดหากน้ำยาเคมีบำบัดรั่วออกนอกเส้นเลือด ทำให้เกิดเป็นแผลอักเสบบริเวณผิวหนัง เกิดภาวะผมร่วง ผิวหนังและเล็บมีสีคล้ำขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ เกิดปัญหาความอับอายต่อสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Ream and Richardson, 1999; Berger and Walker, 2001, Coons et al., 1987; Lerman et al. ,1990; McDaniel et al., 1995 อ้างถึงใน นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542) และกลัวการลุกลามของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอยู่ด้วยความกลัว ความไม่แน่ใจ ทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว (Rustoen and Begnum, 2000) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลต่อความผาสุกทางใจของผู้ป่วยด้วย (Psychological well-being)

ในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ขั้นตอนการรักษา ผลข้างเคียงและอาการที่เกิดขึ้นจากการได้รับเคมีบำบัด (Graham and Johnson, 1990; Adam,1991; Sitzia and Wood, 1998; McCaughan and Thompson, 2000 ; Weissenberger C. et al , 2004; Williams and

Schreier, 2005; รัชนี นามจันทร์, 2535) ผลของการรักษาและความก้าวหน้าของโรค (Adam, 1991) การบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัด (Williams and Schreier, 2005) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ยังมีความต้องการข้อมูลในการจัดการกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นด้วยตนเองด้วย (Dodd, 1982, 1983, 1984, 1988) มีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารให้แก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเอง (McCaughan and Thompson, 2000) ต้องการกำลังใจและการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ (Faulkner et al, 1991) จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความต้องการข้อมูล การสนับสนุนด้านกำลังใจจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และการดูแลอย่างใกล้ชิด

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในปัจจุบันให้ความสำคัญต่อการพยาบาลเพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด เช่น การดูแลเพื่อลดการติดเชื้อ การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การพักผ่อนให้เพียงพอ การบรรเทาอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด (สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547; วัชรวรรณ จันทร์อินทร์, 2548 ; ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2549) โดยเป็นการบำบัดอาการเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน บำบัดโดยการให้ยาแก้คลื่นไส้ก่อนและหลังได้รับเคมีบำบัดในรูปแบบยาฉีดและยารับประทานทางปาก (รัชนี นามจันทร์, 2538) อาการเยื่อช่องปากอักเสบ บำบัดโดยแนะนำให้รักษาความสะอาดช่องปากบ่อยๆ (เนตรสุวีร์ม เจริญจิตสวัสดิ์; 2547) อาการวิตกกังวลบำบัดโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิ (ปริญญา สะนิกะวาทิ, 2542) ดนตรีบำบัด (อารีญา สอนบุญ, 2543) การนวดฝ่าเท้ากดจุด (สมลักษณ์ พักมณี, 2544) การฝึกการผ่อนคลาย (กิตติยาภรณ์ ครองหิน, 2539) ส่วนอาการเหนื่อยล้าบำบัดโดยการพักผ่อนและนอนหลับ (สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547) ส่วนอาการนอนไม่หลับบำบัดโดยการได้รับยานอนหลับตามการรักษาของแพทย์หรือใช้เทคนิคของการผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลง การฝึกสมาธิ โดยที่อาการเหนื่อยล้าและอาการนอนไม่หลับยังไม่มีแนวทางการพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์ในการบรรเทาอาการที่ชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการบำบัดอาการเดี่ยว เช่น อาการวิตกกังวล ใช้เทคนิคการสร้างจินตภาพ (ปริญญา สะนิกะวาทิ, 2542) ดนตรีบำบัด (อารีญา สอนบุญ, 2543) การนวดฝ่าเท้ากดจุด (สมลักษณ์ พักมณี, 2544) การฝึกการผ่อนคลาย (กิตติยาภรณ์ ครองหิน, 2539) การบำบัดอาการเหนื่อยล้าโดยใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย (สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547) การจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง (วัชรวรรณ จันทร์อินทร์, 2548) การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก (อภิณตรี กองทอง, 2544) ส่วนการวิจัยที่บำบัดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งไม่มีผู้ศึกษาไว้ อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยเพียง 1 เรื่องที่ศึกษาผลของการ

บำบัดกลุ่มอาการไม่สบายทุกอาการโดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมวิกฤติคืองานของสุธาทิพย์ เกษตรลักษณ์ (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาการบำบัดทั้งกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดยังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้ ซึ่งการบำบัดอาการไม่สบายจำเป็นต้องบำบัดทั้งกลุ่มอาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้นและยังป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

Lenz และคณะ (1997) ได้เสนอว่าการบำบัดทางการพยาบาลน่าจะมีผลบรรเทาอาการมากกว่า 1 อาการ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีอาการหลายอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน และแต่ละอาการยังมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Lenz et al., 1997) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) มาใช้ในการบำบัดทางการพยาบาล เพื่อบรรเทาทั้งกลุ่มอาการ (Cluster of symptoms) ประกอบด้วย อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะเริ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัดตามหลักของ Butcher (cited in McCloskey and Bulechek, 2000) โดยข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (Procedure component) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนของการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัด 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบจากกลุ่มอาการไม่สบาย และความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการไม่สบายเนื่องจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดโดยลักษณะของข้อมูลจะเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็น ภาพเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของเหตุการณ์ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น 3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดที่เกิดขึ้นโดยค้นหาความคาดหวังในการรับการรักษาให้ตรงกับความเป็นจริง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค สิ่ง que ผู้ป่วยต้องเผชิญในระหว่างรับการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังรับการรักษา โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญระหว่างรับการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังรับการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้น ให้ความเวลาในการอธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยอยากรู้ ให้คำแนะนำในการปรับตัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานลงด้วย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ขั้นตอนการรักษาด้วยเคมีบำบัด กลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดจากเคมีบำบัด และการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วย

มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญในขณะที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้และเลือกวิธีที่จะจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการช่วยลดความวิตกกังวล

นอกจากการให้ข้อมูลทางสุขภาพเป็นรายบุคคลแล้ว ผู้วิจัยนำการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า (Foot Reflexology) ร่วมกับการใช้สูตรนวดบำบัดมาบำบัดทั้งกลุ่มอาการไม่สบายซึ่งได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล โดยการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าเป็นการนำการนวดเท้ามาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (สมลักษณ์ พักมณี ,2544; Stephenson et al. , 2000; Quattrin et al. , 2006) ลดอาการวิตกกังวลและอาการทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง (สมลักษณ์ พักมณี , 2544) ผลของการนวดกดจุดสะท้อนช่วยส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต ขจัดของเสียได้แก่กรดแลคติก ลดความตึงเครียด ลดความปวด และเพิ่มความรู้สึกผ่อนคลาย มีผลช่วยให้ร่างกายเกิดกระบวนการซ่อมแซมทางชีวภาพ มีความแข็งแรง ฟันฟูพลังงาน และมีความสามารถในการเยียวยาร่างกายได้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปสู่สภาวะสมดุลของร่างกาย(Homeostasis) และคงไว้ซึ่งสภาวะของสุขภาพนั่นเอง (Telepo,1997[Avaliable online] http://www_reflexolgy_net-about.htm; Wilkinson, Prigmore, and Rayner, 2005, Wikipedia <http://en.Wikipedia.Org/wiki/Reflexology>) เมื่อนำน้ำมันหอมระเหยมาผสมผสานร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหยจะทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ช่วยขจัดกรดแลคติก ทำให้ลดความเหนื่อยล้า อีกทั้งโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะส่งผลไปที่สมอง Limbic system ซึ่งจะทำงานสัมพันธ์กับ Amygdala และ Hippocampus โดยทั้งสองส่วนนี้มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโมเลกุลกลืน โดย Amygdala มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรม (Emotional and behavioral response) และHippocampusเป็นส่วนของการจดจำกลืน แยกแยะกลืน (Explicit memories) (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2545; วาดรี สูดทรวงและวีรัชย์ สิงหนิยม, 2545;Buckle,1993, 2001) มีผลให้สมองหลั่งสาร Endorphinsช่วยลดอาการเจ็บปวด, Enkephalins ช่วยส่งเสริมให้อารมณ์ดี และสาร Serotonin ทำให้สงบ ผ่อนคลาย และช่วยให้นอนหลับ (ลดาวัลย์ ชุ่มประเสริฐพงศ์ ,2548; Tiran and Chummun, 2004:2)

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในปัจจุบันให้ความสำคัญต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยเน้นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อป้องกันการรื้อซึมของเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือด การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การให้ข้อมูลเพื่อป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดเมื่อกลับบ้านแล้ว ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับกลุ่ม

อาการไม่สบายที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัด นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มารับเคมีบำบัด ในครั้งแรกจะเกิดความวิตกกังวล เกิดความเครียดกับการที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คาดไม่ถึง ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลประจำการมากกว่าปกติ ทั้งในเรื่องของการดูแลด้านจิตใจในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก และต้องการกำลังใจและการพูดคุยจากพยาบาลประจำการในการตอบข้อซักถามต่างๆ ดังนั้นการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้การการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยซึ่งเป็นการสัมผัสที่พยาบาลกระทำด้วยใจ เป็นอวัจนภาษา ที่จะสื่อถึงความปรารถนาดี ความห่วงใย แสดงถึงความเอื้ออาทรที่ต้องการดูแลให้ความสุขสบายกับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลด้วย (อุไร นิโรชนันท์, 2539; Sims, 1986) และการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยเป็นการนำหลักการของสวดคนบำบัดมาผสมผสานร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า โดยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าและฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหย ทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ช่วยขจัดกรดแลคติก จึงลดความเหนื่อยล้าได้ อีกทั้งโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะส่งผลไปที่สมอง ทำให้หลังสารที่ทำให้ร่างกายและจิตใจ รู้สึกผ่อนคลาย อารมณ์ดี สงบเยือกเย็นช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น (ลดาวัลย์ อุณประเสริฐพงศ์, 2548) อีกทั้งผู้วิจัยนำการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลตามหลักของ Butcher(cited in McCloskey and Bulechek,2000) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (Procedure component) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนของการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัด 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบจากกลุ่มอาการไม่สบาย และความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น จากอาการไม่สบายเนื่องจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค สิ่ง que ผู้ป่วยต้องเผชิญในระหว่างรับการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังรับการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่มิจานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยผลการวิจัยจะช่วยพัฒนาให้การปฏิบัติการพยาบาลอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence base practice) และเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกไปปฏิบัติเพื่อให้ได้ประสิทธิผลที่มีความคุ้มค่าคุ้มทุน (Cost-effective) รวมทั้งเป็นแนวทางในการวิจัยครั้งต่อไปด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการไม่สบายได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการไม่สบายได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรือไม่ อย่างไร

2. คะแนนเฉลี่ยของความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ทฤษฎี Theory of unpleasant symptoms ของ Lenz และคณะ (1997) ซึ่งได้ให้ความหมายของอาการไม่สบายนั้น หมายถึง อาการที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยทำให้บุคคลมีอาการมากกว่า 1 อาการ แต่ละอาการจะมีหลายมิติ (Multidimension) อาการแต่ละอาการสามารถอธิบายสาเหตุตามกลไกสรีรวิทยาที่มีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละอาการซึ่งแยกจากกันได้ชัดเจนในขณะเดียวกันจากผลรวมของระบบต่างๆ ของร่างกายที่มีความเชื่อมโยงต่อกันของร่างกาย ทำให้อาการแต่ละอาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interrelated of symptoms) คือเมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น อาการนี้จะเหนี่ยวนำให้เกิดอาการอื่นๆตามมา หรืออาจส่งเสริมให้อาการอื่นที่เกิดขึ้นอยู่แล้วมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งหากบุคคลมีจำนวนของอาการและ/

หรือมีความรุนแรงของอาการมากขึ้นเท่าไร ผลกระทบในด้านต่างๆที่ตามมาจะมีความรุนแรงมากขึ้นเป็นหลายเท่าทวีคูณ (Synergistic affect) โดยองค์ประกอบของทฤษฎี ประกอบด้วย องค์ประกอบดังนี้ คือ อาการ (Symptom) ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factor) และผลจากอาการ (Consequences of the symptom experience)

ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Ginsburg et al., 1995; Andrykowski et al., 1995; Harrison, 1997; Cimprich, 1999; Berger and Farr, 1999; Engstrom et al., 1999; Berger and Higginbotham, 2000; Davidson et al., 2002; ชูติพันธุ์ สงวนจิรพันธุ์, 2540; ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี, 2543; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) อาการเหนื่อยล้า (Richardson et al, 1998; Bower et al., 2000; Stone, 2002; ชูติพันธุ์ สงวนจิรพันธุ์, 2540; ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี, 2543; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) และอาการวิตกกังวล (Benedict et al., 1994; Northouse et al., 1995; Coons et al, 1987; Lerman et al, 1990; McCaughan and Thompson, 2000; McDaniel, Rhodes, Nelson, & Hanson, 1995 อ้างถึงใน นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542) ซึ่งกลุ่มอาการไม่สบายดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมักเกิดอาการเหนื่อยล้าจากผลข้างเคียงของยาหรือเหนื่อยล้าจากพยาธิสภาพของโรคเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการงีบหลับกลางวันมากขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลให้การนอนหลับช่วงกลางคืนของผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ อาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับเคมีบำบัดจะเกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้น โดยความวิตกกังวลจะส่งผลให้สมองหลังสารอะดรีนาลินมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาส่งผลให้นอนหลับยากหรือนอนหลับได้ไม่เพียงพอ และการนอนหลับที่ไม่เพียงพอจะส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้มากขึ้นเช่นกัน

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของ Lenz และคณะ (1997) มาใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการที่พบบ่อยและเป็นปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ร่วมกับการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลตามหลักของ Butcher (cited in McCloskey and Bulechek, 2000) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (Procedure component) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนของการรักษาด้วยเคมีบำบัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัดแล้ว (Procedure component) 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบจากกลุ่มอาการไม่สบาย ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการไม่สบายเนื่องจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด 3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค สิ่ง que ผู้ป่วยต้องเผชิญ ในระหว่างรับการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังรับการรักษา

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำการนวดกดจุดสะท่อนที่ใช้น้ำมันหอมระเหยซึ่งมีหลักการ และเหตุผลในด้านสรีระและจิตสรีระที่นำมาเชื่อมโยง ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทา กลุ่มอาการไมส์บายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมากขึ้นได้ และพัฒนาเป็นโปรแกรมการให้ ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท่อนที่ใช้น้ำมันหอมระเหย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และแสดงความปรารถนาที่จะช่วยเหลือในการบรรเทา กลุ่มอาการไมส์บายได้แก่ อาการวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ ของผู้ป่วยอย่างจริงใจ จากนั้นอธิบายขั้นตอน วัตถุประสงค์และประโยชน์ของโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลตามแนวคิดของ Butcher (cited in McCloskey and Bulechek, 2000) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ข้อมูลที่เกี่ยวกับวิธีการ รักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (Procedure component) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง ขั้นตอนของการรักษาด้วยเคมีบำบัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับ เคมีบำบัด 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ ผู้ป่วยอาจประสบจากกลุ่มอาการไมส์บายจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับชนิด ความรุนแรง ลักษณะ ระยะเวลาการเกิดที่สัมพันธ์กับการได้รับเคมีบำบัด และ 3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component) ประกอบด้วย ความหมายของกลุ่มอาการไมส์บายที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความหมายของอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล กลุ่มอาการไมส์บาย ที่เกิดจากเคมีบำบัด และการจัดการกับกลุ่มอาการไมส์บายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี บำบัด และการให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบ ล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่ เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ และประเมินสถานการณ์ ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus and Folkman ,1984) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้และเลือกวิธีที่จะจัดการ กับกลุ่มอาการไมส์บายที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและลด ความทุกข์ทรมานลงด้วย (ใช้เวลา 45 นาที) ผู้วิจัยแจกคู่มือสำหรับสตรีที่รับเคมีบำบัดเพื่อรักษา มะเร็งเต้านมให้แก่ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการทบทวนความรู้และนำไปปฏิบัติภายหลังเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ผู้ป่วยยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยผู้วิจัยตอบข้อ ซักถามตามความต้องการของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ซึ่งประยุกต์จากการนวดเท้าเพื่อสุขภาพของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ, 2548) ร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดคือน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ โดยใช้เวลานวดเท้าข้างละ 15 นาที รวมทั้งหมด 30 นาที

การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจะช่วยปรับสมดุลของอวัยวะต่างๆของร่างกาย (Homeostasis) จากการกระตุ้นที่ปลายประสาท และจากการสลายตัวของเม็ดคริสตัลที่เป็นสาเหตุของการอุดตันพลัง จึงเป็นการส่งเสริมให้พลังเดินตามเส้นพลังไปยังอวัยวะต่างๆในร่างกายได้สะดวก (Enhance energy free flow) ตามโซนและตามจุดต่างๆที่เท้าที่สะท้อนไปยังอวัยวะต่างๆของร่างกาย ซึ่งเป็นหลักการสำคัญในการกดจุดสะท้อนซึ่งจะมีผลให้เกิดการเยียวยาโดยการปรับสมดุลภายในร่างกายโดยธรรมชาติ (Lockett, 1992;14-15; Stephenson, Weinrich, and Tavakoli, 2000: 68; Mackey, 2001: 163) อีกทั้งการนวดยังเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง (Enhance blood and lymphatic circulation) ทำให้มีเลือดใหม่เข้ามาแทนที่เลือดเก่าโดยนำเอาอาหารและออกซิเจนมาเลี้ยงตามเซลล์ต่างๆในร่างกายเพิ่มขึ้นทำให้ไม่มีการคั่งค้างของของเสียในร่างกาย นอกจากนี้การนวดยังช่วยขจัดกรด Lactic ที่ยังคั่งค้างในกล้ามเนื้อออกมา ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและมีแรงในการหดตัวมากขึ้น ทำให้คลายความเหนื่อยล้า กล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจมีการหด- คลายตัวได้ดีขึ้น (สุพล พทยานันท์, 2528:40; อนุวัติ มีเพชร, 2539; Aldridge, 2002: 115-116)

กลไกและผลอันเกิดจากการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย จะช่วยบรรเทาอาการไม่สบาย อธิบายผ่านทางปฏิกิริยาตอบสนองของการผ่อนคลายและลดความเครียดที่เกิดจากความสัมพันธ์เชื่อมโยงของกายและจิต (Mind-body connection) โดยจะมีผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติ Parasympathetic ทำงานมากกว่าระบบประสาทอัตโนมัติ sympathetic ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง (Wellace et al., 1974 cited in Wells- Federman et al., 1995:61) เป็นการลดวงจรการตอบสนองของความเครียดจากกลุ่มอาการไม่สบาย (Break the stress- symptom cycle)

การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย จะทำให้โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยเข้าสู่ร่างกายได้ 2 ทาง คือ ทางลมหายใจ และจากการซึมผ่านทางผิวหนังขณะนวด ผลในการผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยให้ออกซิเจนไหลเวียนทั่วร่างกาย และปลดปล่อยกรด Lactic และกรด Uric ที่คั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อออกมา ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงในการหดตัวมากขึ้น (พิมพ์พร ลีลาพรพิสิฐ , 2547:9) รวมทั้งผลที่ได้จากการนวดทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองดีขึ้น (Aldridge, 2002: 115-116; จำรัส เซ็นนิล และพิศสม มະลิสุวรรณ, 2546:96) หลอดเลือดไม่ตีบตันการไหลเวียนของเลือดจึงดีขึ้น ผลของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อ Limbic system

ซึ่งจะทำงานสัมพันธ์กับ Amygdala และ Hippocampus โดยทั้งสองส่วนนี้มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโมเลกุลกลิ่น โดย Amygdala มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรม (Emotional and behavioral response) และ Hippocampus เป็นส่วนของการจดจำกลิ่น แยกแยะกลิ่น (Explicit memories) (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2545; ราตรี สุดทรวงและวีรชัย สิงห์นิยม, 2545; Buckle, 1993, 2001) มีผลให้สมองหลั่งสาร Endorphins ช่วยลดอาการเจ็บปวด, Enkephalins ช่วยส่งเสริมให้อารมณ์ดี และสาร Serotonin ทำให้สงบ ผ่อนคลาย และช่วยให้นอนหลับ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐวงศ์ , 2548; Tiran and Chummun, 2004:2) นอกจากนี้ระบบ Limbic ยังส่งผลเชื่อมโยงต่อสมองส่วน Hypothalamus ซึ่งเป็นส่วนควบคุมระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ โดยระบบประสาทอัตโนมัติ กระตุ้นการทำงานของ Parasympathetic ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด (Selye, 1976) ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic ถูกกระตุ้นมาก ซึ่งการรดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ Parasympathetic ทำให้เกิดผลตรงกันข้าม จึงสร้างความสมดุลสามารถบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ และลดความเครียด ความวิตกกังวลได้ด้วย (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2545; ราตรี สุดทรวง และวีรชัย สิงห์นิยม, 2545; Buckle, 1993, 2001; Mackey, 2001:163; Stephenson, Weinrich , and Tavakoli ,2000: 68; Ross CSK et al., 2002:544-545; Tiran and Chummun, 2004:1-7; Quattrin R. et al., 2006: 96-105)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ มาใช้ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า เนื่องจากลาเวนเดอร์เป็นน้ำมันหอมระเหยที่มีโครงสร้างโมเลกุลที่อยู่ในกลุ่ม Terpenoid essential oil ซึ่งมีลักษณะของ side chain และ Alcohol volatile oils (Terpene alcohol) ซึ่งมีแอลกอฮอล์เป็นองค์ประกอบหลัก จึงมีคุณสมบัติฆ่าเชื้อโรค ฆ่าดิสมานผิว และไม่ค่อยเกิดความระคายเคืองต่อผิว และยังอยู่ในกลุ่ม Ester volatile oils คือมีสารพวก Ester เป็นองค์ประกอบหลัก ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยลดการหดเกร็งกล้ามเนื้อ ทำให้จิตใจสงบ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2547: 14-15) นอกจากนี้ยังพบว่า มีฤทธิ์ช่วยลดกระบวนการอักเสบ ทำให้ลดอาการปวด และทำให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว อีกทั้งมีผลต่อการหลั่ง สาร Serotonin และมีกลไกการออกฤทธิ์คล้าย Diazepam คือมีผลทำให้เพิ่ม Gamma aminobutalic acid (GABA) และเพิ่มความสามารถของ GABAa ในการจับกับ Receptor จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และช่วยให้นอนหลับสบาย (Buckle, 2001: 61; Kirk- Smith, 2003:83) อีกทั้งลาเวนเดอร์เป็นน้ำมันหอมระเหยที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้เพื่อการบำบัดมากที่สุดชนิดหนึ่ง เนื่องจากมีความปลอดภัยสูงและไม่ระคายเคืองผิวหนัง สามารถใช้ได้แม้กระทั่งเด็กและหญิงมีครรภ์ (Buckle, 1993: 32) บางงานวิจัยยังพบว่าค่าใช้จ่ายของการใช้น้ำมันหอมระเหยนั้นไม่แพงเมื่อเทียบกับผลที่ได้รับ อีกทั้งช่วยลดการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น กลุ่มยานอนหลับ เป็นต้น (Bowles et al., 2005)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ภายหลังจากการนวดกดจุดสะท้อนเส้นจันท์ให้ผู้ป่วยนอนพักโดยปราศจากการรบกวนเป็นเวลา 5-10 นาที จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และผลทางสรีรวิทยาที่แสดงถึงความผ่อนคลาย โดยเป็นผลจากระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติกเด่น เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจจะลดลงในช่วงเวลาดังกล่าว (Labyak and Metzger, 1997) ร่วมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อการนวด เปิดโอกาสให้ได้ซักถามปัญหาที่ยังสงสัยโดยผู้วิจัยจะตอบปัญหาอย่างจริงจัง (ใช้เวลา 10 นาที) จากแนวเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. คะแนนเฉลี่ยความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control group design) โดยประชากรในการศึกษาคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระยะที่ 1 และ 2 ได้รับการผ่าตัดแล้วและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งแรกของชุดการรักษาของแพทย์ อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่ศูนย์เคมีบำบัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ในระหว่างวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2550 ถึง 30 มีนาคม 2550 จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย
2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย
 - 2.1 ตัวแปรต้น คือ การให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย การพยาบาลตามปกติ
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ กลุ่มอาการไม่สบาย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ

อาการวิตกกังวลและความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มอาการไม่สบาย หมายถึงประสบการณ์ความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นเป็นกลุ่มอาการขณะรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งแรกที่หน่วยเคมีบำบัดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งกลุ่มอาการไม่สบายประกอบด้วย อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมาก ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก ประเมินจากแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al, 1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยเพ็ญใจดาโลปการ (2545) ซึ่งประเมินด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า ด้านการให้ความหมายของอาการเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญา

อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก ซึ่งผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับในเชิงปริมาณ รูปแบบการนอนหลับ และคุณภาพของการนอนหลับ โดยที่เกิดอาการอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีอาการ ได้แก่ การเข้าสู่การนอนหลับยาก ประเมินจากเมื่อล้มตัวลงนอนใช้เวลามากกว่า 30 นาทีขึ้นไป การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ประเมินจากเมื่อล้มตัวลงนอนแล้ว มีอาการตื่นในช่วงที่นอนหลับ การตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถนอนหลับต่อได้ ประเมินจากผู้ป่วยตื่นนอนเร็วกว่าปกติ มีอาการรบกวนนอน ไม่สดชื่นในตอนเช้า และไม่สามารถหลับต่อได้ และมีผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินจากอาการนอนไม่หลับมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จนบุคคลอื่นๆ สังเกตเห็นได้ ประเมินจากแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยพัทธิญาแก้วแพง (2547)

อาการวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ หรือกระวนกระวายใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรกที่ศูนย์เคมีบำบัด เกิดจากการประเมินสถานการณ์ของการได้รับเคมีบำบัดว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความปลอดภัยของตนเอง ประเมินจากแบบประเมินอาการวิตกกังวลขณะเผชิญ State- Trait Anxiety Inventory from Y (STAI from Y) ของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spilberger et al., 1983 อ้างถึงในดารารวรรณ ตีะปินตา , 2534) ที่ได้รับการดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดยชาติรี นนทศักดิ์ และสมโภชน์ เขี่ยมสุภาชาติ เป็นผู้ปรับความชัดเจนของภาษาและความหมายทางจิตวิทยา

ซึ่งแต่ละอาการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ตามแนวคิดของ Lenz และคณะ (1997) ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลขณะเผชิญ

ความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านภาพลักษณ์ การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัว โดยประเมินจากแบบวัด Quality of life index ของ Paddila and Grant (1985) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988) ซึ่งมาลี วรลัคนากุล (2535) นำมาปรับข้อความใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ตามการรักษาของแพทย์ และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากพยาบาลประจำการของศูนย์เคมีบำบัดดีก่วงวานิชในขณะที่มารับยาเคมีบำบัด ได้แก่คำแนะนำเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษามะเร็งเต้านม ผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ไม่ครอบคลุมเรื่องกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้น คำแนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับเคมีบำบัดพร้อมกับช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย การป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำหรือผิวหนังบริเวณที่ให้เคมีบำบัด ดูแลให้ได้รับสารอาหารและสารน้ำที่ครบถ้วน การพักผ่อนที่เพียงพอ ให้ความรู้เพื่อป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การมาตรวจตามนัด และการติดตามอาการแทรกซ้อนภายหลังได้รับเคมีบำบัด โดยไม่มีการสอนและสาธิตการปฏิบัติตัวเป็นรายบุคคล

การให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนัดจุดสะท้อนที่เท่าด้วยน้ำมันหอมระเหย หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ซึ่งแต่ละอาการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ตามแนวคิดของ Lenz และคณะ (1997) ด้วยการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลตามหลักของ Butcher (cited in McCloskey and Bulechek, 2000) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยเคมีบำบัด (Procedure component) เป็นข้อมูลที่อธิบายขั้นตอนของการรักษาด้วยเคมีบำบัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัด 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบจากกลุ่มอาการไม่สบายเนื่องจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด 3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของการเจ็บป่วย สิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในระหว่างรับการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังรับการรักษาแล้ว ร่วมกับการ

บำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยใช้การนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย ประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และแสดงความปรารถนาที่จะช่วยเหลือในการบรรเทาอาการไม่สบายได้แก่ อาการวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ ของผู้ป่วยอย่างจริงใจ จากนั้นอธิบายขั้นตอนวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของโปรแกรม (ใช้เวลา 10-15 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลตามแนวคิดของ Butcher (cited in McCloskey and Bulechek, 2000) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ข้อมูลที่เกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (Procedure component) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนของการรักษาด้วยเคมีบำบัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัด 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบจากกลุ่มอาการไม่สบายจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับชนิด ความรุนแรง ลักษณะระยะเวลาการเกิดที่สัมพันธ์กับการได้รับเคมีบำบัด และ 3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component) ประกอบด้วย ความหมายของกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความหมายของอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล กลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดจากเคมีบำบัด และการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และการให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus and Folkman, 1984) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้และเลือกวิธีที่จะจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและลดความทุกข์ทรมานลงด้วย (ใช้เวลา 45 นาที) ผู้วิจัยแจกคู่มือสำหรับสตรีที่รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านมให้แก่ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการทบทวนความรู้และนำไปปฏิบัติภายหลังเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ผู้ป่วยยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยผู้วิจัยตอบข้อซักถามตามความต้องการของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ซึ่งประยุกต์จากการนวดเท้าเพื่อสุขภาพของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ, 2548) ร่วมกับการใช้สุคนธ์บำบัดคือน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ โดยใช้เวลานวดเท้าข้างละ 15 นาที (ใช้เวลา 30 นาที)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ภายหลังจากการนวดกดจุดสะท้อนเส้นจันท์ให้ผู้ป่วยนอนพักโดยปราศจากการรบกวนเป็นเวลา 5-10 นาที จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และผลทางสรีรวิทยาที่แสดงถึงความผ่อนคลาย โดยเป็นผลจากระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติกเด่น เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจจะลดลงในช่วงเวลาดังกล่าว (Labyak and Metzger, 1997) ร่วมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อการนวดเปิดโอกาสให้ได้ซักถามปัญหาที่ยังสงสัยโดยผู้วิจัยจะตอบปัญหาอย่างจริงจัง (ใช้เวลา 10 นาที)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ต่อผู้ป่วย

1. การให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย จะสามารถช่วยบรรเทาอาการไม่สบายและเพิ่มความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้
2. สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลกระทบจากกลุ่มอาการไม่สบายจากการได้รับเคมีบำบัด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้มีคุณภาพ

ต่อทีมสุขภาพ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล และการบำบัดทางการพยาบาลซึ่งเป็นการนำแนวทางการบำบัดแบบผสมผสานมาพัฒนาในการบำบัดอาการโดยไม่ใช้ยา เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ โดยมีพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์และครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย และค้นหารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลอื่นๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยในกลุ่มอื่นๆต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนัดจุดสะท้อนที่ใช้น้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม
 - 1.1 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านม
 - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม
 - 1.3 การจำแนกระยะการดำเนินของโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
 - 1.4 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
 - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
2. แนวคิดทฤษฎีกลุ่มอาการไม่สบาย (Theory of unpleasant symptoms)
 - 2.1 ความหมายของกลุ่มอาการไม่สบาย
 - 2.2 องค์ประกอบของกลุ่มอาการไม่สบาย
 - 2.3 การประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย
3. กลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า (Fatigue)
 - 3.1.1 ความหมายของอาการเหนื่อยล้า
 - 3.1.2 การจำแนกชนิดของอาการเหนื่อยล้า
 - 3.1.3 การประเมินความเหนื่อยล้า
 - 3.1.4 เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้า
 - 3.1.5 อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 3.1.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 3.1.7 ผลกระทบของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล (Anxiety)
 - 3.2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 3.2.2 ประเภทของความวิตกกังวล

- 3.2.3 การประเมินความวิตกกังวลและเครื่องมือประเมินความวิตกกังวล
- 3.2.4 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 3.2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 3.2.6 ผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia)
- 3.3.1 ความหมายของอาการนอนไม่หลับ
- 3.3.2 การประเมินอาการนอนไม่หลับและเครื่องมือประเมินอาการนอนไม่หลับ
- 3.3.3 อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 3.3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 3.3.5 ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 3.4 แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก (Well-being) หรือคุณภาพชีวิต (Quality of life)
- 3.4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 3.4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 3.4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
- 3.4.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 3.4.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 3.4.6 ผลกระทบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
4. แนวคิดการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Health information)
- 4.1 ความหมายและความสำคัญของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ
- 4.2 องค์ประกอบของข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- 4.3 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย
- 4.4 ข้อคำนึงถึงในการให้ข้อมูล
- 4.5 ผลของการให้ข้อมูลต่อกลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก
- 4.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็ง
5. การบำบัดทางการแพทย์แบบผสมผสาน
- 5.1 การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า (Foot reflexology)
- 5.2 สูดกลิ่นบำบัด (Aromatherapy)

5.3 ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย

6. การให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

1.1 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์การเกิดสูงและมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 282; Denton, 1996:1; American Cancer Society, 2004 cited in Williams and Schreier, 2005 :138) สำหรับในสตรีไทยพบโรคมะเร็งเต้านมเป็นอันดับที่ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูก และสถิติในปี พ.ศ.2546 พบในอัตรา 28.10 ต่อแสนประชากรของประเทศ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2546) จากสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2544 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆทุกปี คือ 332, 358, 421 และ 453 รายตามลำดับ นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของผู้ป่วยมานอนรักษาในโรงพยาบาลมากเป็นอันดับ 4 และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 8 (จากสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2541-2544)

1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่นอน แต่พบว่ามียปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่เกี่ยวกับการเกิดมะเร็งเต้านม (สมบุญธน์...เถลิงกิจ, 2538 : 578; ธนิต วัชรพุกก์... 2544: 282; กฤษ โภธิสุวรรณ, 2545; Chantier and Jahanzeb, 2002) มีดังนี้

1.2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว

1.2.1.1 Female gender

เนื่องจากมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบในสตรีเป็นส่วนมาก ดังนั้นสตรีจึงมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าเพศชาย แต่ในเพศชายจะพบมะเร็งเต้านมได้เช่นกัน แต่น้อยมากคือประมาณน้อยกว่า 1% ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด (Burnet, 2001: 52)

1.2.1.2 Atypical hyperplasia

Fibrocystic change, fibroadenoma ธรรมดาจะไม่เพิ่มความเสี่ยง

ในการเป็นมะเร็งเต้านม แต่ถ้ามี Hyperplasia จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าสตรีทั่วไป 1.5-2 เท่าและถ้ามี atypia จะเพิ่มความเสี่ยงเป็น 4-5 เท่า

1.2.1.3 Early menarche and late menopause

การเกิดมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เต้านมได้รับการกระตุ้นฮอร์โมน Estrogen และ progesterone เนื่องจากมีการศึกษาว่าผู้ที่มีประจำเดือนเร็วและหมดประจำเดือนช้ามีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ที่มีประจำเดือนช้าและหมดประจำเดือนเร็ว และอายุของสตรีที่มีประจำเดือนเร็ว คืออายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ปี และอายุของสตรีที่หมดประจำเดือนช้า คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม (Leslie et al., 2003:660)

1.2.1.4 First line birth after age 37 และ Nullparity

สตรีที่ไม่มีบุตรมี relative risk ของการเกิดมะเร็งเต้านม = 1 สตรีที่มีบุตรคนแรกก่อนอายุ 20 ปี มี relative risk = 0.5 แต่ถ้ามีบุตรคนแรกหลังอายุ 37 ปี จะมี relative risk = 1.4 นอกจากนี้สตรีที่ใช้ยาคุมกำเนิดติดต่อกันเป็นเวลานานจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม การได้รับฮอร์โมน estrogen ในปริมาณมากจะเพิ่มอัตราเสี่ยง แต่ถ้าได้รับในปริมาณน้อยจะไม่เพิ่มอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ในผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ถ้าได้รับ estrogen นานน้อยกว่า 10 ปีจะมี relative risk = 2.0 แต่ถ้าได้รับมานานกว่า 10 ปี จะมี relative risk = 4.1

1.2.1.5 First degree relative with breast cancer

ถ้ามะเร็งเต้านมเกิดในเครือญาติที่ใกล้ชิด เช่น มารดา ลูกสาว น้องสาว หรือพี่สาว อัตราเสี่ยงจะเพิ่มเป็น 3 เท่า ในสตรีที่มีเครือญาติดังกล่าวข้างต้นอยู่ในวัยหมดประจำเดือนเป็นมะเร็งเต้านม และเพิ่มเป็น 9 เท่าในสตรีที่มีเครือญาติดังกล่าวอยู่ในวัยก่อนหมดประจำเดือนเป็นมะเร็งเต้านม ทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมมักเป็นมะเร็งเต้านมตั้งแต่อายุน้อย และมีโอกาสเป็นทั้งสองข้างสูงกว่าประชากรทั่วไป

1.2.1.6 BRCA1 or BRCA 2 mutation

โรคมะเร็งเต้านมสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ประมาณ 5-10% (Burnet, 2001:56) และสตรีที่มี BRCA 1, BRCA2 gene mutation มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านมและรังไข่สูงกว่าสตรีปกติ

1.2.1.7 Increasing age

โรคมะเร็งเต้านมไม่ค่อยพบในผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ส่วนใหญ่จะพบในช่วงอายุ 45-75 ปี (Burnet, 2001: 53) และอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (Ursin, Spicer, Bernstein, 2000; 871)

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการยืนยันแน่นอน

1.2.2.1 อาหารที่มีไขมันสูงจะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้

1.2.2.2 Breast density ผู้ที่มีเนื้อของเต้านมหนาแน่นจะมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมได้มากกว่า

1.2.2.3 Obesity น้ำหนักตัวมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านมโดยตรง

1.2.2.4 Antiestrogens เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนซึ่งมีความเชื่อว่าการเพิ่มของ Estrone และ Estradiol (เชื่อว่าเป็นสารก่อมะเร็ง) และการขาด Estradiol (เชื่อว่าเป็นสารป้องกันการเกิดมะเร็ง) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็ง

1.2.2.5 Lack of exercise ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย

1.2.2.6 Stress มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดมะเร็งเต้านมและความเครียดซึ่งเป็นบุคลิกประจำตัว พบว่าสตรีที่ตกอยู่ในภาวะที่มีประสาตึงเครียดตลอดเวลา จะทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลออกมา และฮอร์โมนตัวนี้จะไปกดภูมิคุ้มกันของร่างกาย เป็นเหตุให้ร่างกายเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากขึ้นด้วย ยิ่งไปกว่านั้นภาวะที่ตึงเครียดมากจะทำให้ร่างกายใช้ไขมันมากมีการหลั่งเอสโตรเจนมากขึ้นด้วย เป็นเหตุให้โอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น

1.2.2.7 Alcohol consumption การดื่มสุรา

1.3 การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

เป็นการบ่งบอกถึงกายวิภาคของก้อนมะเร็ง แนวโน้มความก้าวหน้าของโรค การพยากรณ์ของโรค เพื่อตัดสินใจวางแผนการรักษาที่เหมาะสม การจำแนกนิยมใช้ UICC (Union International Contre le Cancer) staging classification (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544: 138) ซึ่งจำแนกโดยพิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็ง (Tumor, T) การแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง (Node, N) และการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆ (Metastasis, M) การจำแนกระยะการดำเนินของโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถจำแนกได้เป็น 5ระยะ ดังนี้ คือ ระยะ0, ระยะ1, ระยะ2, ระยะ3, และระยะ4

การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (Primary tumor, T)

TO หมายถึง ตรวจไม่พบก้อนมะเร็ง

Tis หมายถึง Carcinoma in situ: intraductal carcinoma, Lobular carcinoma in situ หรือ Paget's disease of the nipple with no tumor

T1 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเท่ากับหรือน้อยกว่า 2 ซม.

T1a หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเท่ากับหรือน้อยกว่า 0.5 ซม.

T1b หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 0.5 ซม.แต่ไม่เกิน 1 ซม.

T1c หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 1 ซม.แต่น้อยกว่า 2 ซม.

T2 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 2 ซม. แต่น้อยกว่า 5 ซม.

T3 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 5 ซม.

T4 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเท่าใดก็ได้และมีการกระจายไปที่ผนังทรวงอกหรือผิวหนัง

T4a หมายถึง ก้อนมะเร็งที่กระจายไปที่ผนังทรวงอก

T4b หมายถึง พบอาการบวมหรือแผลบนผิวหนังเต้านม หรือก้อนมะเร็งกระจายอยู่ในเต้านมข้างเดียวกัน

T4c หมายถึง พบอาการของทั้ง T4a และT4b

T4d หมายถึง Inflammatory carcinoma (is a clinicopathologic entity characterized by diffuse brawny induration of the skin of the breast with an erysipeloid edge, usually without an underlying palpable mass)

ต่อมน้ำเหลือง(Regional lymph nodes, N)

NX หมายถึง ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้(เช่น อาจถูกตัดออกไปแล้ว)

NO หมายถึง ไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

N1 หมายถึง มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกัน เคลื่อนที่ได้

N2 หมายถึง มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกัน เคลื่อนที่ไม่ได้ มีการยึดติดกับโครงสร้างอื่น

N3 หมายถึง มีการกระจายไปที่ internal mammary lymph node (s)

การแพร่กระจายของก้อนมะเร็งสู่อวัยวะอื่น (Distant metastasis ,M)

MX หมายถึง มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆแต่ไม่สามารถประเมินได้

MO หมายถึง ไม่มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆ

M1 หมายถึง มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆ หรือการแพร่กระจายสู่ supraclavicular lymph node (s) ข้างเดียวกัน

การจำแนกระยะการดำเนินโรค(Stage grouping)

Stage O	Tis	NO	MO
Stage I	T1	NO	MO
Stage IIA	TO	N1	MO
	T1	N1	MO
Stage IIB	T2	NO	MO
	T2	N1	MO
	T3	NO	MO
Stage IIIA	TO	N2	MO
	T1	N2	MO
	T2	N2	MO
	T3	N1	MO
	T3	N2	MO
Stage IIIB	T4	AnyN	MO
	Any T	N3	MO
Stage IV	Any T	Any N	M1

แหล่งที่มา Manual of Radiation Oncology. (254). โดยประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย. ในวิชาญ หล่อวิทยา. หน้า 138-140. กรุงเทพมหานคร; โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

1.4 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากข้อมูลหลักฐานที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบันทำให้สามารถสรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีที่สุดจะต้องเป็นการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการผ่าตัด การฉายรังสี การรักษาด้วยเคมีบำบัด และหรือฮอร์โมนบำบัด (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544: 142) ในการวางแผนการรักษาของแพทย์จะพิจารณาจากระยะของโรคเป็นหลัก โดยเฉพาะการพิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็งเต้านม ลักษณะต่อมน้ำเหลือง การกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ภาวะการมีประจำเดือนหรือหมดประจำเดือน ลักษณะอาการของผู้ป่วย เช่น อายุ โรคประจำตัว การตรวจหาestrogen และ progesterone receptor ในก้อนมะเร็ง (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536: 29)

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแรกเริ่ม (Early Cancer หรือ Stage1และ2)มีเป้าหมายเพื่อให้หายขาดจากโรคหรืออย่างน้อยก็ป้องกันการกลับเป็นซ้ำให้ยาวนานที่สุด และเพื่อให้

ได้ต่อมน้ำเหลืองในรักแร้มาใช้พยากรณ์โรค การรักษาจึงประกอบด้วย การผ่าตัด และรักษาด้วยการให้เคมีบำบัด หรือฮอร์โมนเพื่อทำลาย micrometastasis ซึ่งอาจมีหลบซ่อนในอวัยวะอื่นในร่างกายเรียกว่า Adjuvant therapy ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะ 3,4 หรือ recurrent cancer ซึ่งเป็นโรคที่ลุกลามเกินที่จะรักษาทั้งเต้านมและต่อมน้ำเหลืองแต่เพียงอย่างเดียว การรักษาจึงต้องใช้ฮอร์โมน เคมีบำบัด การผ่าตัด และการฉายรังสีร่วมกันอย่างต่อเนื่อง การเลือกใช้วิธีใดก่อนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น สภาพร่างกาย และวัยของผู้ป่วย ตำแหน่งของโรค การดำเนินโรค การรักษาที่ได้รับมาก่อน ระยะปลอดโรคหลังการรักษาครั้งแรกและการตรวจจาก ER receptor

การรักษามะเร็งเต้านมมี 4 วิธีดังนี้ (กรีซ โภธิสุวรรณ, 2545: 309-316)

1.4.1 การผ่าตัด

เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อการวินิจฉัยและการรักษามะเร็งเต้านมเฉพาะที่มานานับร้อยปี วิธีการผ่าตัดทำได้หลายรูปแบบ ดังนี้ (Gale and Charette, 1995: 181-182; สิโรจน์กาญจนปัญญาพล, 2535: 263-268)

1.4.1.1 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิง (Radical mastectomy) เป็นวิธีการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดรวมทั้งตัดกล้ามเนื้อ pectoralis major, minor และตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกด้วย ผู้ป่วยมักจะมีแขนบวมได้ง่ายเนื่องจากน้ำเหลืองจากแขนไหลกลับไม่สะดวก

1.4.1.2 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิงชนิดดัดแปลง (Modified radical mastectomy, MRM) เป็นวิธีการผ่าตัดที่นิยมกันมากในปัจจุบัน เพราะเป็นวิธีการรักษาที่สมบูรณ์แบบที่สุด คือตัดเต้านมออกทั้งหมด เป็นการป้องกันกรกลับเป็นซ้ำ ตัดกล้ามเนื้อออกเฉพาะ pectoralis minor และเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ออกเพื่อดูระยะของโรคมะเร็งและเพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาวางแผนให้การรักษาพยาบาล

1.4.1.3 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (Simple mastectomy) เป็นวิธีการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดแต่ไม่เลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ออก การผ่าตัดวิธีนี้มักใช้ร่วมกับรังสีรักษา

1.4.1.4. การผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Breast conservative surgery) เป็นการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งและเนื้อเต้านมที่อยู่ข้างๆ รวมทั้งเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออก ร่วมกับการใช้รังสีรักษา โดยมีจุดประสงค์เพื่อผลทางด้านจิตใจและความสวยงาม

1.4.2 รังสีรักษา

ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะต้องสามารถควบคุมโรคเฉพาะที่และป้องกันหรือลดการแพร่กระจายของโรคให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด ในส่วนของ การควบคุมโรค

เฉพาะที่นั้นรังสีรักษาได้เข้ามามีบทบาทสำคัญ ประกอบกับปัจจุบันแนวโน้มของวิธีการผ่าตัด เพื่อรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นจะพยายามหลีกเลี่ยงการตัดเต้านมออก ซึ่งในกรณีเช่นนี้รังสีรักษาจึงเข้ามามีบทบาทมากขึ้นที่จะเป็นการรักษาหลักภายหลังการผ่าตัดแล้ว โดยมีจุดประสงค์ของการฉายรังสี คือเพื่อการทำลาย microscopic disease ที่อาจหลงเหลืออยู่บริเวณ chest wall และ peripheral lymphatics และพบว่าการใช้รังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัดสามารถลดการกลับเป็นซ้ำลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรศรี คิดชอบ, 2535: 272; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544: 145)

1.4.3 ฮอริโมนบำบัด

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยฮอริโมนบำบัดเริ่มมีมาประมาณร้อยปีเศษมาแล้วด้วยความเชื่อที่ว่าต้นเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านม คือฮอริโมนเอสโตรเจน ดังนั้นหากตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้างออก ระดับฮอริโมนเอสโตรเจนจะลดลง มีผลทำให้ก้อนมะเร็งยุบลงและหายได้ ด้วยความรู้จากการศึกษาาระบาดวิทยาของมะเร็งเต้านมในอดีตทำให้ปัจจุบันมีการนำฮอริโมนมารักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในหลายรูปแบบ (อาคม เขียวศิลป์, 2536: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544: 145) ดังนี้ 1) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม 2) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค 3) การป้องกันมะเร็ง (chemopreventive) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม (นรินทร์ วรวิทย์, 2544:136)

1.4.4 การรักษาด้วยเคมีบำบัด

เนื่องจากมะเร็งเต้านมถือเป็นโรคที่มีการแพร่กระจาย (systemic disease) และส่วนใหญ่เมื่อตรวจพบว่าเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งนั้นมักมีการแพร่กระจายซึ่งมองไม่เห็นด้วยตาเปล่า (micrometastasis) ไปตามทางเดินน้ำเหลืองหรือเข้าสู่กระแสเลือดแล้ว (อาคม เขียวศิลป์, 2528: 36) พบว่าแม้คลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ไม่ได้ แต่เซลล์มะเร็งได้ลุกลามไปแล้วถึงร้อยละ 90 โดยการมีเซลล์มะเร็งลุกลามไปเพียง 1-3 node จะมี micrometastasis แล้วถึงร้อยละ 25-30 (ลักษณะ โพนนุกูล, 2536: 280) ดังนั้นการผ่าตัดหรือการฉายรังสีซึ่งเป็นการรักษาเฉพาะที่ (local regional control) จึงไม่เพียงพอที่จะรักษามะเร็งเต้านมได้ จำเป็นต้องให้การรักษาแบบทั่วระบบ (systemic treatment) คือการให้เคมีบำบัดร่วมด้วย ซึ่งแต่เดิมการให้เคมีบำบัดในมะเร็งเต้านมจะกระทำในรายที่ตรวจพบว่าการแพร่กระจายของโรคหรือในรายที่มีการลุกลามเฉพาะที่ของโรคที่รุนแรง แต่ปัจจุบันเคมีบำบัดถูกนำมาใช้มากขึ้นทั้งเพื่อการรักษาดังกล่าวข้างต้นและเพื่อการรักษาเสริม (adjuvant treatment) โดยหวังผลทำลาย micrometastasis ในผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค และเพิ่มอัตราการปลอดโรค (disease free survival) รวมทั้งเพิ่มอัตราการรอดชีวิตแก่ผู้ป่วย (Berger, 1998:52; สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536:31-34; อาคม เขียวศิลป์, 2538:156 ; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544:142-144)

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัด สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทคือ

1.4.4.1 การรักษาเสริม (adjuvant treatment)

เป็นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เนื่องจากหลังการผ่าตัด หรือฉายรังสีซึ่งเป็นการรักษาเฉพาะที่ สามารถทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคได้ช่วงระยะหนึ่ง แต่ในที่สุดโรคก็จะกลับคืนขึ้นมาอีก และทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตไปทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าในครั้งแรกที่ผู้ป่วยมาได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ โรคได้มีการแพร่กระจายไปแล้ว แต่เป็นเพียงจุดเล็กๆ (micrometastasis) ซึ่งไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยวิธีที่มีอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้นการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด จึงเป็นวิธีที่ป้องกันและกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ในที่ต่างๆของร่างกาย ซึ่งสามารถป้องกันการเกิดโรคขึ้นใหม่ และยังช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ มีรายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างเดียว มีโอกาสมีชีวิตรอดถึง 10 ปีเพียงร้อยละ 50 ส่วนที่เหลือมีการกลับเป็นซ้ำและเสียชีวิตไป การให้เคมีบำบัดผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถลดอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น

1.4.4.2. การรักษาด้วยเคมีบำบัดในระยะที่มีการแพร่กระจาย (chemotherapy for advanced and metastatic disease)

ใช้รักษาเพื่อบรรเทาอาการ สำหรับการพิจารณาผู้ป่วยเข้ารับการรักษามีพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถ้ามีอัตราเสี่ยงต่ำ คืออายุมากกว่า 65 ปี อยู่ในวัยหมดประจำเดือน hormone receptor positive การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัดจะได้ผลดี แต่กรณีปัจจัยเสี่ยงสูง คือ อายุน้อยกว่า 50 ปี อยู่ในวัยก่อนหมดประจำเดือน hormone receptor negative พิจารณาให้เคมีบำบัด และเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ CMF, CAF, CEF, MMM (Mitomycin-C, Mitoxantrone, Methothrexate) , MV (Mitomycin-C และ Vinbrastine) เป็นต้น

1.4.4.3. การรักษา ร่วมกับการผ่าตัดและการฉายรังสีในโรคที่เป็นมากแล้วเมื่อแรกพบ (locally advanced disease)

ใช้รักษาในกรณีของ locally advanced disease หมายถึงก้อนมะเร็งบริเวณเต้านมมีขนาดใหญ่มากไม่สามารถผ่าตัดได้ และหรือฉายรังสีให้ผล กรณีนี้เคมีบำบัดถูกนำมาใช้เพื่อลดขนาดของก้อน และควบคุม micrometastasis ก้อน โดยทั่วไปจะให้ยาประมาณ 3 cycle แล้วจึงรักษาด้วยการผ่าตัดและหรือฉายรังสีต่อไป ในบางรายจะพิจารณาให้ยาต่อหลังจากที่ได้รับการรักษาเฉพาะที่แล้ว โดยจะให้ยาต่ออีก 3 cycle

สรุปได้ว่า วิธีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีที่สุดคือ การรักษาแบบผสมผสานกัน ระหว่างการผ่าตัด การฉายรังสี ฮอร์โมนบำบัดและเคมีบำบัด และพบว่าการรักษาด้วยเคมี

บำบัดสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค และลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ เคมีบำบัดจึงถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบัน

ปัจจัยในการเลือกใช้ชนิดของยาเคมีบำบัด (นันทกานต์ เอี่ยมวณานนทชัย อ้างถึงใน วิไลพร โพธิ์สุวรรณ , 2545:266-267) มีดังนี้คือ

1. Anthracyclines versus CMF

โดยสรุป Anthracyclines based chemotherapy มีแนวโน้มเหนือกว่า CMF ในกรณีที่มีต่อมน้ำเหลือง positive แต่ทั้งนี้เฉพาะสูตรที่มีการให้ CAF, CEF อย่างน้อย 6 courses เท่านั้น ส่วน AC X 4 cycles นั้นให้ผลไม่แตกต่างจาก CMF

2. Timing for chemotherapy

ยาเคมีบำบัดแต่ละสูตรมีระยะเวลาการให้ยาที่แตกต่างกัน และส่วนใหญ่การให้ยาร่วมกับการฉายรังสีมักให้เป็นลักษณะ sequential เนื่องจากผลข้างเคียงที่เพิ่มขึ้นในการให้พร้อมกันในปัจจุบัน เนื่องจากมีการยอมรับมากขึ้นว่า Breast cancer เป็น Systemic disease การให้การรักษานี้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาและการฉายรังสี จึงเป็นการให้การผ่าตัด ตามด้วยยาเคมีบำบัด และรังสีรักษาตามลำดับ

3. Toxicity

ยาเคมีบำบัดในกลุ่ม Anthracyclines มีผลข้างเคียงต่อหัวใจเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในกรณีที่มีการฉายรังสีโดยเฉพาะบริเวณหัวใจร่วมด้วย การเลือกให้ยาเคมีบำบัดจึงต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ การให้ยาเคมีบำบัดเพิ่มเติม เช่น กลุ่ม Taxanes ผลข้างเคียงก็จะเกิดเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

4. Taxanes versus No Taxanes

ปัจจุบันมีการนำยาในกลุ่ม Taxanes มาใช้เพิ่มเติมในผู้ป่วยที่มี poor prognostic factors ทั้งยา Paclitaxel และ Docetaxel มีการทดลองแบบสุ่มที่กำลังดำเนินอยู่จำนวนมาก รวมทั้งมีการทดลองที่เริ่มมีการรายงานผลออกมาบ้างแล้ว แม้ว่าในบางรายจะบ่งถึงประโยชน์ในการใช้ Taxanes โดยเฉพาะยา Docetaxel แต่โดยสรุปแล้วการนำยากลุ่มนี้มาใช้เพิ่มเติมยังไม่เป็นมาตรฐานในการรักษาโรคมะเร็งเต้านม และควรที่จะรอผลการศึกษาเพิ่มเติมที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบันก่อนนำมาใช้จริง

5. Genetic marker

ปัจจุบันมีการนำการตรวจทาง genetic เข้ามาร่วมในการรักษามากขึ้น โดยการใช้ genetic exam (neu/ erbB-2 ,topoisomerase II- alpha)ซึ่งในกรณีที่มี overexpression พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักตอบสนองไม่ดีต่อการรักษาด้วยยา CMF และการให้ยาในกลุ่ม Anthracyclines based ให้ผลดีที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญและการให้ยาปริมาณสูงขึ้นในผู้ป่วย

กลุ่มนี้ พบว่า ให้ผลการรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้เราสามารถเลือกใช้ยาได้ดีขึ้นอย่างไรก็ดี แนวโน้มนี้ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นนำมาใช้ในต่างประเทศและการตรวจปัจจัยเหล่านี้ในประเทศไทย ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น

อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด

เมื่อเคมีบำบัดผ่านเข้าสู่ร่างกายจะออกฤทธิ์ในการทำลายเซลล์ทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ และผลข้างเคียงของเคมีบำบัดยังก่อให้เกิดปัญหาและอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ต่อระบบต่างๆของร่างกาย ได้แก่ (บุษบา และนางเยาว์ , 2538 อ้างถึงใน นุปผาชาติ ชุนอินทร์, 2541: 21-22)

1. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร จะพบได้บ่อยในระยะที่ได้รับเคมีบำบัด ได้แก่

1.1 อาการเบื่ออาหาร

1.2 อาการคลื่นไส้อาเจียน

1.3 อาการปากแห้ง

1.4 อาการท้องร่วง

2. ผลต่อผิวหนัง ผม ขน และเล็บ ที่พบได้บ่อย ได้แก่

2.1 ผิวหนังและเล็บ ผู้ป่วยบางรายมักจะมีอาการของผิวหนังแห้ง ผิวดำกว่าปกติ มีรอยดำที่เล็บ และบางรายอาจเกิดผื่นคันตามผิวหนัง

2.2 ผมและขน ผู้ป่วยมักมีการหลุดร่วงของผมและขน แต่ผมที่หลุดร่วงไปจะงอกใหม่เมื่อผู้ป่วยเลิกใช้เคมีบำบัด ประมาณ 2-3 เดือน

3. ผลต่อไขกระดูก เนื่องจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดจะไปกดการทำงานของไขกระดูกทำให้เซลล์เม็ดเลือดในไขกระดูกลดลงและต่ำกว่าค่าปกติ เรียกว่า “ Nadir” ซึ่งมีค่าแปรไปตามชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ การลดลงของเซลล์เม็ดเลือดในไขกระดูกทำให้เกิด

3.1 การลดลงของเม็ดเลือดแดง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซีด อ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง ปวดศีรษะ มึนงง เหนื่อยง่าย หรือหนาวง่าย ในกรณีที่มีอาการซีดมากอาจเกิดอาการหายใจสั้น ใจสั่น ถ้ารุนแรงมากอาจมีความดันโลหิตต่ำ หัวใจวายได้

3.2 การลดลงของเม็ดเลือดขาว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานโรคลดลง มีโอกาสติดโรคติดเชื้อต่างๆได้ง่าย

3.3 การลดจำนวนของเกร็ดเลือด จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกง่ายกว่าปกติ โดยอาจมีเลือดออกตามผิวหนัง หรือเลือดออกตามไรฟันได้

4. ผลต่อกลิ้ามเนื้อ ระบบประสาท และอารมณ์ ที่พบได้แก่

4.1 กล้ามเนื้อ พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง ไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย

4.2 ระบบประสาท เคมีบำบัดบางชนิดมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการตามบริเวณปลายมือปลายเท้า

4.3 อารมณ์ ผู้ป่วยบางรายมีอาการแปรปรวน หงุดหงิดง่าย

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด อาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งองค์รวม เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเพิ่มขึ้น เนื่องจากตัวยาเคมีบำบัดถูกออกแบบมาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งโดยเฉพาะ แต่ยาอาจมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติด้วย โดยเซลล์ที่มักได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดบ่อยๆ ได้แก่ เซลล์เม็ดเลือด ระบบทางเดินอาหาร และรากผม ซึ่งมักเกิดอาการข้างเคียงต่อระบบต่างๆ เหล่านี้ได้บ่อย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ทักษะ และความชำนาญในการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดในการรักษา สามารถดูแลตนเองในการป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น รวมถึงความรู้สึกที่ดีต่อการรักษา มีการกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ (evidence based practice) ตลอดจนการประเมินผลการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่ง สายพิณ (2546) ได้อธิบายบทบาทการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดว่าต้องมีการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะคือก่อนได้รับเคมีบำบัด ระหว่างได้รับเคมีบำบัด และหลังได้รับเคมีบำบัด โดยพยาบาลผู้ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสรุปได้ดังนี้ (สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547; วัชรวรรณ จันทร์อินทร์, 2548 ; ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย , 2549; 23-27)

1.5.1 ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ยาเคมีบำบัดอาจทำให้เม็ดเลือดขาวลดลง ซึ่งจะทำให้ความสามารถในการต่อสู้กับเชื้อโรคลดลงด้วย วิธีที่จะหลีกเลี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำได้โดย

1.5.1.1 ล้างมือบ่อยๆ

1.5.1.2 หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในที่แออัดหรือสัมผัสผู้ที่เป็นโรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และรักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ

1.5.1.3 รับประทานอาหารที่ปรุงสุกและสะอาดอยู่เสมอ

1.5.2 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและไขมัน เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ข้าว เป็นต้น เพื่อให้ร่างกายมีการสร้างพลังงานได้เพียงพอกับการใช้พลังงาน หลีกเลี่ยงอาหารที่หวานจัด หรืออาหารมัน ของทอด หรืออาหารที่มีกลิ่นจัด หลีกเลี่ยงการนอนราบในทันทีหรือใน 2 ชั่วโมงแรกหลังจากรับประทานอาหารเสร็จ พยายามรับประทานอาหารเสริมเพิ่มขึ้น เช่น นม น้ำเต้าหู้ น้ำผลไม้ เป็นต้น

1.5.3 หากมีอาการเบื่ออาหารควรแสวงหาวิธีการที่จะช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น อย่าปล่อยให้เครียดหรือซึมเศร้า เนื่องจากอารมณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร ลองเปลี่ยนสถานที่ในการรับประทานอาหาร เช่นออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน หรือเปลี่ยนชนิดของอาหารบ่อยๆ เลือกจัดรายการอาหารที่ตนเองชอบ รับประทานอาหารในบรรยากาศดีๆ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารกับเพื่อนฝูง เป็นต้น

1.5.4 ดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซีต่อวัน ในระหว่างได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากน้ำจะช่วยขับของเสียเช่น กรดยูริกออกจากร่างกายทางไต ช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกาย ทำให้ร่างกายสดชื่น กระปี้กระเปร่า ทำให้ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อชุ่มชื้น ลดการติดเชื้อในช่องปาก ป้องกันอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดต่อระบบทางเดินปัสสาวะได้ ควรได้รับน้ำในรูปแบบของเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ เช่น น้ำเปล่า น้ำส้ม นานมถั่วเหลือง น้ำขิง หรือน้ำผลไม้ ควรตรวจสอบปริมาณน้ำดื่มอย่างถูกต้องตลอดช่วงของการได้รับเคมีบำบัด และควรประเมินอาการผิวหนังแห้ง ปากแห้งจากการขาดน้ำเนื่องจากอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย

1.5.5 นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมงในเวลากลางคืน เพราะการนอนหลับเป็นการสร้างพลังงานให้แก่ร่างกายและยังเป็นการลดการใช้พลังงานในร่างกาย สำหรับในเวลากลางวัน ควรนอนพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 1-2 ชั่วโมง แต่ไม่ควรนอนตลอดทั้งวันเพราะกล้ามเนื้อจะอ่อนแรงจนเกิดความเหนื่อยล้าได้ แต่หากนอนไม่หลับ ปฏิบัติดังนี้

1.5.5.1 หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลมตั้งแต่ช่วงเย็นก่อนเข้านอน แต่ควรเปลี่ยนเป็นเครื่องดื่มอุ่นๆ เช่น นมหรือน้ำขิงอุ่นๆ ชัก 1 แก้ว ก่อนเข้านอน

1.5.5.2 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่นอน และควรทำจิตใจให้ผ่อนคลายก่อนเข้านอน

1.5.5.3 แต่หากนอนยังไม่หลับควรแจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อช่วยแนะนำและแก้ปัญหาให้แต่ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง

1.5.6 ออกกำลังกายตามความสามารถของร่างกาย เช่น เดินรอบบ้านวันละ 20 ถึง 30 นาที เนื่องจากทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น มีผลทำให้ร่างกายขับของเสียออกมา และทำให้ร่างกายสดชื่น

1.5.7 ลดความเร็วในการทำกิจกรรมต่างๆลงและไม่ควรทำต่อเนื่องเป็นเวลานานหยุดพักบ่อยๆ แต่ไม่ควรนานเกิน 30-40 นาที และขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหากมีอาการอ่อนเพลียมาก

1.5.8 ดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติ หากมีอาการท้องผูกควรบรรเทาอาการโดยการ ดื่มน้ำมากๆ วันละ 2-3 ลิตร ดื่มน้ำผลไม้หรือรับประทานอาหารที่มีกากมีเส้นใยมาก เช่น ผักผลไม้ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น

1.5.9 ลดหรือผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวล โดยระบายความรู้สึกให้ผู้ ใกล้ชิดหรือบุคคลที่ไว้ใจ เช่น เพื่อนสนิทหรือคนในครอบครัวหรือใช้วิธีอื่นๆ เช่น การฝึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือได้ถามแพทย์หรือพยาบาลเมื่อมีข้อข้องใจในการรักษาและการดูแลตนเอง เป็นต้น

1.5.10 ป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ได้รับ ดังนี้

1.5.10.1 บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยการหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหาร 1-2 ชั่วโมงก่อนได้รับเคมีบำบัด หรือรับประทานอาหารมื้อหนักก่อนได้รับเคมีบำบัด 3-4 ชั่วโมงแล้วจึงรับประทานอาหารอ่อนๆ โดยรับประทานทีละน้อยๆ ซ้ำๆ แต่บ่อยครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะอาหารแน่นจนเกินไป จนเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลีกเลี่ยงอาหารที่รสจัด อาหารเย็นจัดหรือร้อนจัด หรืออาหารที่มีกลิ่นฉุนและอาหารมันมาก เป็นต้น นอกจากนี้ควรรับประทานยาคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนตามคำสั่งของแพทย์ก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรืออาจใช้วิธีการดื่มน้ำอุ่นๆ หรือกลั้วปากด้วยน้ำอุ่นเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลายความตึงเครียดและความวิตกกังวล

1.5.10.2 ป้องกันเย็บช่องปากอักเสบ โดยทำความสะอาดปาก ฟันอย่างถูกวิธีภายหลังรับประทานอาหารทุกมื้อด้วยแปรงที่มีขนนุ่ม หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดหรืออาหารแข็งที่อาจทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดหรือเย็นจัดหรืออาหารแข็งทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ง่าย

1.5.10.3 อาการทอ้งเสีย เมื่อมีอาการทอ้งเสียบรรเทาอาการโดยรับประทาน อาหารอ่อนๆ ที่ย่อยง่าย สุกและสะอาด มีกากและเส้นใยน้อย แต่มีโปรตีนและแคลอรีสูง เช่น ซุป น้ำใส หลีกเลี่ยงการดื่มนมสดและอาหารหรือเครื่องดื่มที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร หากอาการดีขึ้นจึงค่อยๆ รับประทานอาหารเพิ่มขึ้นทีละน้อย โดยเริ่มจากอาหารที่มีกากใยน้อยๆ เช่น น้ำข้าว น้ำเต้าหู้ โจ๊ก และข้าวต้ม และควรสังเกตจำนวน ลักษณะ ความถี่ของการถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน ถ้ามีมากต้องรีบมาพบแพทย์

1.5.10.4 ป้องกันและบรรเทาอาการผมร่วง โดยสระผมด้วยแชมพูชนิดอ่อนๆ ใช้แปรงหวีผมลักษณะนุ่มๆ หลีกเลี่ยงการใช้สเปร์ย การใช้ไดร์เป่าผม การอบผมหรือตัดผม ไว้ผมสั้นเพื่อให้ผมร่วงดูไม่มากเกินไป อาจใช้วิธีสวมวิกผมเมื่อมีผมร่วงมาก หรืออาจใช้การสวมหมวก แขนหรือปกศีรษะไว้ ซึ่งจะช่วยป้องกันหนังศีรษะและไม่ทำให้ผมร่วงดูชัดเจนมาก

1.5.10.5 ผิวแห้งและคัน รักษาความสะอาดของผิวหนัง ใช้ครีมหรือโลชั่นทาผิวให้ชุ่มชื้นหลังอาบน้ำทุกครั้ง ไม่เกาหรือถูผิวหนังแรงๆ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด

1.5.10.6 การป้องกันการติดเชื้อจากการที่มีเม็ดเลือดขาวลดลงทำได้โดยรับประทานอาหารที่สูง สะอาด รักษาความสะอาดร่างกายและปากฟันอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเชื้อหรือการได้รับเชื้อจากบุคคลอื่น เช่น คนที่เป็นหวัด หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า หรือหอประชุม เป็นต้น หมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

1.5.10.7 การป้องกันภาวะซีด ทำได้โดยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ ตับ สัตว์ ไข่แดง นม ถั่วเมล็ดแห้ง ผักใบเขียว เช่น ตำลึง คะน้า และควรรับประทานผลไม้ประเภท ส้ม ฝรั่ง ที่ให้วิตามินซี เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กให้ดีขึ้น

1.5.10.8 ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ การป้องกันการเกิดเลือดออกจากการที่มีเกร็ดเลือดแดงลดลง หรือมีภาวะที่เลือดออกได้ง่ายกระทำได้โดย หลีกเลี่ยงจากกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อผิวหนังหรือเยื่อต่างๆ และคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่แสดงถึงการมีเลือดออก เช่น ถ่ายอุจจาระดำ มีเลือดออกตามไรฟัน หรือมีจุดเลือดออกตามผิวหนัง เป็นต้น

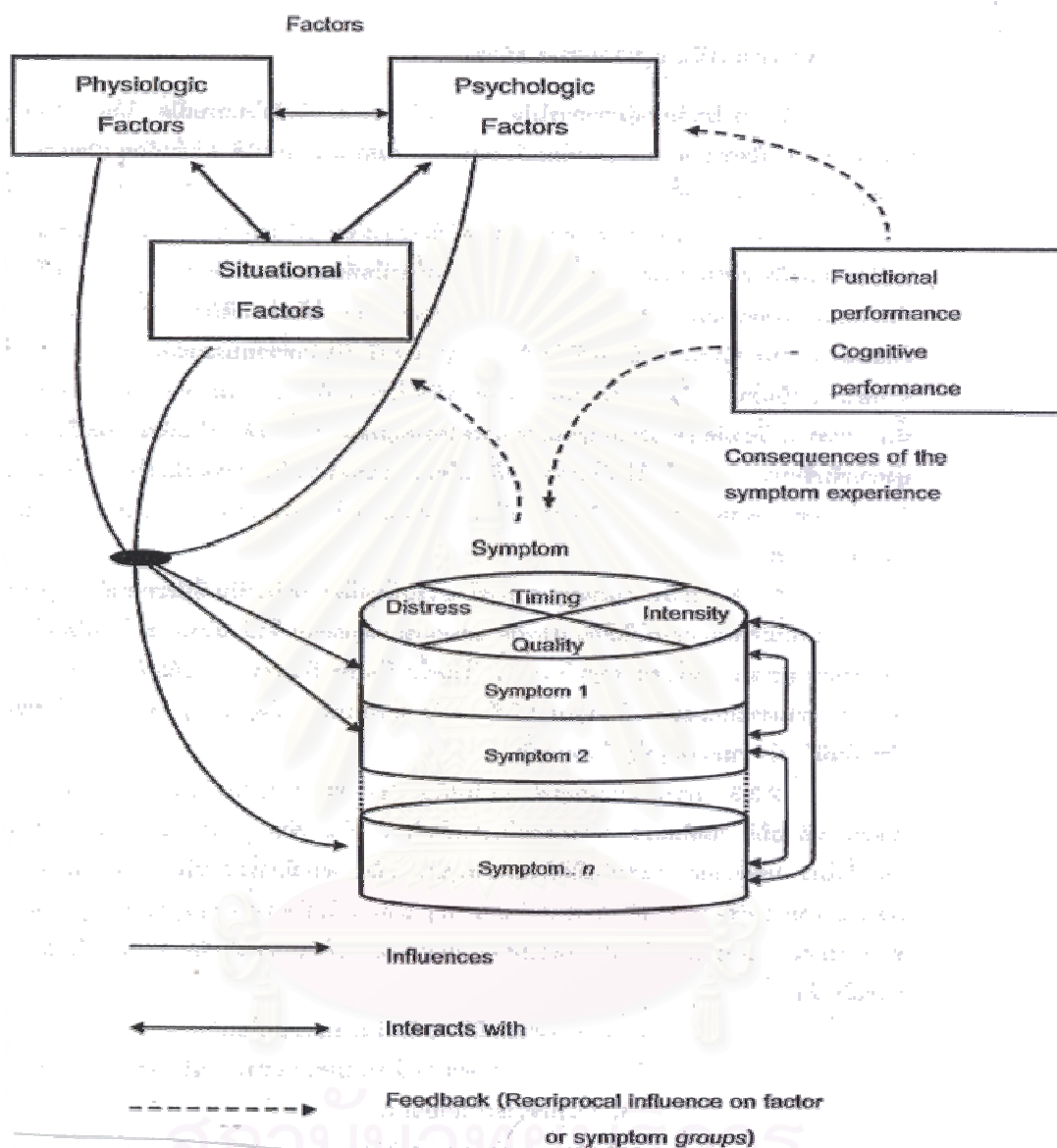
1.5.10.9 หลอดเลือดดำอักเสบ สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณผิวหนังที่ให้เคมีบำบัดอย่างสม่ำเสมอ และรีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

2. แนวคิดทฤษฎีกลุ่มอาการไม่สบาย (Theory of unpleasant symptoms)

2.1 ความหมายของกลุ่มอาการไม่สบาย

ทฤษฎี Theory of unpleasant symptoms ของ Lenz และคณะ (1997) ซึ่งได้ให้ความหมายของอาการไม่สบายนั้นว่าหมายถึงอาการที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม โดยทำให้บุคคลมีอาการมากกว่า 1 อาการ แต่ละอาการจะมีหลายมิติ (Multidimension) อาการแต่ละอาการสามารถอธิบายสาเหตุตามกลไกสรีรวิทยาที่มีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละอาการซึ่งแยกจากกันได้ชัดเจน ในขณะที่เดียวกันจากผลรวมของระบบต่างๆ ของร่างกายที่มีความเชื่อมโยงต่อกันของร่างกาย ทำให้อาการแต่ละอาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interrelated of symptoms) คือเมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น อาการนี้จะเหนี่ยวนำให้เกิดอาการอื่นๆตามมา หรืออาจส่งเสริมให้อาการอื่นที่เกิดขึ้นอยู่แล้วมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งหากบุคคลมีจำนวนของอาการและ/หรือมีความรุนแรงของอาการมากขึ้นเท่าไร ผลกระทบในด้านต่างๆ ที่ตามมาจะมีความรุนแรงมากขึ้นเป็นหลายเท่าทวีคูณ (Synergistic affect) โดยองค์ประกอบของ

ทฤษฎีประกอบดังนี้คือ อาการ (Symptom) , ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factor) และผลจากอาการ (Consequences of the symptom experience)



ภาพที่ 1 แสดง Model of theory of unpleasant Symptoms (Lenz et al., 1997:17)

2.2 องค์ประกอบของกลุ่มอาการไม่สบาย

2.2.1 อาการ (Symptom) เป็นศูนย์กลางของทฤษฎี ซึ่งความหมายในทฤษฎีนี้ อาการเป็นประสบการณ์ที่ประกอบด้วยหลายมิติ (Multidimension experience) แต่ละมิติสามารถรายงานและประเมินแยกจากกันได้ อาการที่ถูกกล่าวถึงในทฤษฎีนี้ได้แก่ อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ความเหนื่อยล้า (Fatigue) อาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea) และความเจ็บปวด (Pain) เช่น อาการหายใจลำบากมักสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม

สามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกอาการ ซึ่งทุกอาการจะประกอบด้วย 4 มิติ แต่ละมิตีมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่สามารถแยกออกจากกันได้โดยชัดเจน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) มิติด้านความรุนแรง (Intensity) หมายถึง ความรุนแรง (Severity) ความแรง (Strength) หรือจำนวนครั้งของอาการ (Amount of symptom) เป็นมิติที่นิยมใช้กันมากในทางคลินิก และการวิจัยเนื่องจาก เป็นสิ่งที่วัดได้ง่าย ผู้ป่วยมักถูกประเมินอาการในมิตินี้ด้วยคำถามว่า “ปวดมากแค่ไหน” “เหนื่อยมากแค่ไหน” “รู้สึกเหนื่อยล้ามากแค่ไหน” หรือ “คลื่นไส้มากแค่ไหน”

2) มิติด้านเวลา (Timing) หมายถึง ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นเป็นระยะ (Intermittent) หรือ เป็นช่วงความยาวนาน (Duration) ของอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือมีความหมายรวมทั้งความถี่และช่วงความยาวนานของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นเป็นระยะๆ แต่ต่อเนื่องกันเป็นเวลานานจนกระทั่งเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ตามความรุนแรงในการเกิดอาการแต่ละครั้งก็จะแตกต่างกันไป โดยอาจมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นได้ มิติทางด้านนี้ยังมีความหมายรวมไปถึงกิจกรรมหรือช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องกับอาการ เช่น อาการคลื่นไส้ที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับมื้ออาหาร เป็นต้น

3) มิติด้านความทุกข์ทรมาน (Distress) หมายถึง ระดับความทุกข์ทรมานหรือความลำบากของบุคคลจากอาการ ระดับความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนที่เกิดขึ้นนี้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยคือผู้ที่รายงานความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการ มิติทางด้านนี้มีผลต่อการเสาะแสวงหาอาการบำบัดหรือการรักษาบรรเทาอาการนั้นๆ รวมทั้งมีผลต่อการจัดการอาการของผู้ป่วยเอง จัดเป็นมิติที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมากที่สุด

4) มิติทางด้านคุณลักษณะของอาการ (Quality) คุณลักษณะของอาการสามารถรายงานออกมาในลักษณะของคำพูดที่ใช้อธิบายลักษณะของอาการนั้นๆ เช่น อธิบายลักษณะของอาการหายใจลำบาก ในลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น อึดอัด แน่นหน้าอก หรือหายใจไม่พอ เป็นต้น คุณลักษณะของอาการที่กล่าวมานี้ มีความหมายรวมไปถึงตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการนั้นได้ เช่น อาการเหนื่อยล้าจะดีขึ้นด้วยการพักผ่อน เป็นต้น ซึ่งบุคคลผู้ประสบกับอาการนั้นๆ จะอธิบายออกมา คุณลักษณะของอาการนี้มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการแยกแยะพยาธิสภาพของโรคที่เป็นเหตุให้เกิดอาการ และการตั้งข้อวินิจฉัยทั้งทางการแพทย์และพยาบาล

2.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factor) ทฤษฎีนี้แบ่งกลุ่มตัวแปรที่มีผลหรือมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการออกเป็น 3 ด้านคือ

1) ปัจจัยด้านร่างกาย (Physiological factors) หมายถึงระบบการทำงานของร่างกายที่มีผลต่อการเกิดอาการ มักวินิจฉัยได้จากอาการที่เกิดขึ้น ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ การทำงานของระบบต่างๆของร่างกายที่เป็นปกติ การเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆอันเนื่องมาจาก

พยาธิสภาพ และระดับพลังงานของแต่ละบุคคล (ความสมดุลของสารอาหารและระดับสารน้ำในร่างกาย)

2) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) ประกอบด้วย สภาวะด้านจิตใจของแต่ละบุคคล หรือภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วย และระดับความรู้สึกไม่แน่นอน ความรู้และการแปลความหมายของอาการ ภาวะทางจิตใจที่มีการศึกษาอย่างมากและยืนยันว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการทั้ง 4 มิติ คือความวิตกกังวล และความซึมเศร้า โดยพบว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลและรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองคือสิ่งที่เป็นความเครียดในระดับสูง จะมีประสบการณ์ต่ออาการในระดับที่รุนแรงกว่าบุคคลที่มีความเครียดต่ำกว่า การบำบัดทางการแพทย์บางส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยปรับจิตใจด้านจิตใจนี้เพื่อส่งผลการบรรเทาอาการต่างๆได้

3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Situational factors) หมายถึง สภาพแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพ ที่ส่งผลต่อประสบการณ์และการรายงานอาการ สภาพแวดล้อมทางสังคมประกอบด้วย สถานะทางการงาน สถานภาพสมรสและสถานภาพทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม แหล่งบริการทางสุขภาพและความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประกอบด้วย ความร้อน ความชื้น เสียง แสง และคุณภาพของอากาศ

2.2.3 ผลที่เกิดจากอาการ (Consequences of the symptom experience) ในทฤษฎีนี้ใช้คำว่า Performance ซึ่งประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ดังนี้คือ

1) กิจกรรมด้านการทำหน้าที่ (Functional performance) ซึ่งได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมประจำวัน (Activity of Daily Living : ADL) กิจกรรมและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social activities and interaction) และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาท (Role performance) เช่น หน้าที่ด้านการทำงาน เป็นต้น

2) กิจกรรมด้านความรู้คิด (Cognitive performance) ได้แก่ การมีสมาธิ (Concentrating) ความคิด (Thinking) การแก้ปัญหา (Problem-solving) เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นสิ่งที่ตามมาคือ ภาวะสุขภาพที่แย่ลง การทำบทบาทหน้าที่ที่ไม่มีประสิทธิภาพ การทำหน้าที่ด้านความรู้คิดที่แย่ลง คุณภาพชีวิตต่ำลง และทางร่างกายทำหน้าที่ได้ลดลง

แนวคิดนี้ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างกันของทั้ง 3 องค์ประกอบ (Relationships among the three major components) โดยอาการไม่สบายนี้จะมีผลต่อปัจจัยด้านต่างๆ เช่น บุคคลที่มีความเหนื่อยล้าเร็ววังจะส่งผลต่อปัจจัยด้านจิตใจ คือทำให้มีการเบี่ยงเบนของสภาวะอารมณ์ เป็นต้น และความสัมพันธ์ของอาการและกิจกรรม (Performance) ซึ่ง

ส่งผลซึ่งกันและกัน เช่น ความเจ็บปวดทำให้บุคคลมีกิจกรรมทางกายลดลง และเมื่อกิจกรรมทางกายลดลงจะส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น นอกจากนี้กิจกรรมที่ลดลงจะส่งผลย้อนกลับไปยังปัจจัยที่มีผลต่ออาการ โดยส่งผลในทางลบกับปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม เช่นบุคคลที่มีบทบาทหน้าที่ และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดลงจากอาการปวดเรื้อรังทำให้การได้รับสารอาหารเปลี่ยนแปลง (ปัจจัยด้านร่างกาย) มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าสูงขึ้น (ปัจจัยด้านจิตใจ) และอาจทำให้สูญเสียหน้าที่การงาน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสนับสนุนทางสังคม (ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม) เป็นต้น

2.3 การประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย

การประเมินกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล มีได้ 3 วิธีหลักๆ (Barsevick et al .,2006: 89-91) ดังนี้

2.3.1 การประเมินกลุ่มอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมินของแต่ละอาการ ซึ่งปกติแล้วแนวคิดการประเมินอาการนั้น เครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อประเมินอาการมักจะประกอบด้วยมิติหลายมิติ (Multidimensional measures) ได้แก่ มิติด้านเวลา ความรุนแรง ตำแหน่ง ความทุกข์ทรมาน ปัจจัยที่ทำให้อาการรุนแรงหรือปัจจัยที่จะช่วยในการบรรเทาอาการ ผลกระทบจากอาการ เป็นต้น ดังนั้นในการประเมินกลุ่มอาการอันประกอบด้วยอาการที่มากกว่า 2 อาการขึ้นไปนั้น การนำเครื่องมือการประเมินแต่ละอาการครอบคลุมหลายมิติมาประเมิน จะเกิดความยุ่งยากและซับซ้อนของการนำไปใช้ เนื่องจากเครื่องมือแต่ละชนิดอาจมีมาตรวัดไม่เหมือนกัน และการวัดหลายๆอาการ หลายมิติ ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลาในการตอบมาก ซึ่งอาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยบางประเภท หรือในเวลาจำกัด

2.3.2 การประเมินกลุ่มอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมินที่ประกอบด้วยหลายๆอาการ แต่มีมิติของอาการมิติเดียว (Unidimensional measures) ซึ่งส่วนใหญ่จะเลือกประเมินในมิติด้านความรุนแรง หรือความทุกข์ทรมาน ซึ่งเครื่องมือในการประเมินกลุ่มจะช่วยให้มีความง่าย และสะดวกต่อการนำไปใช้ แต่สามารถประเมินได้หลายอาการ โดยเน้นในมิติที่มีความสำคัญที่สุดในขณะนั้น

2.3.2 การประเมินกลุ่มอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมิน ที่ประกอบด้วยหลายๆอาการ หลายมิติ แต่คัดสรรเฉพาะมิติที่มีความสำคัญเท่านั้น เช่น การประเมินอาการในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง นอกจากการประเมินมิติด้านความรุนแรงแล้ว อาจมีการประเมินในมิติด้านเวลาหรือความถี่ของการเกิดอาการ หรือการประเมินหลายๆอาการ ในมิติด้านความรุนแรง และด้าน

ความทุกข์ทรมาน เป็นต้น โดยการประเมินกลุ่มอาการ ด้วยวิธีดังกล่าวมีหลักการประเมินของ เครื่องมือดังนี้

- แต่ละอาการและมิติ จะต้องมีความตรงกัน
- มิติต่างๆในแต่ละอาการ ต้องเหมือนกัน หรือเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- ประเมินในช่วงเวลาเดียวกัน
- สอดคล้องกับบริบททางคลินิก
- มีความง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน

ผู้วิจัยได้นำหลักการประเมินกลุ่มอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมิน ที่ประกอบด้วยการประเมินแต่ละอาการและมีหลายมิติแต่คัดสรรเฉพาะมิติที่สำคัญ (ข้อ 2.3.1) ดังกล่าวนี้นี้เป็นแนวทางในการเลือกเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งรุนแรง และด้านความทุกข์ทรมาน ในการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย คือ อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ในมิติด้านความทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นไปตามมิติของอาการที่ต้องการศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่สบายและมิติดังกล่าว ยังมีความสอดคล้องกับการที่ผู้วิจัยต้องการทดสอบสมมติฐานถึงผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ดังนั้นในการประเมินกลุ่มอาการไม่สบายแต่ละอาการประกอบด้วย อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือที่ประเมินแต่ละอาการมาใช้ในการประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย ได้แก่ เครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (1998) เครื่องมือประเมิน อาการนอนไม่หลับของ Morin(1993) และเครื่องมือประเมินอาการวิตกกังวลขณะเผชิญของSpielberger มีชื่อเรียกว่า State-Trait Anxiety Inventory (STAI) โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือดังนี้

1. เครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (The Piper Fatigue Scale, 1989, 1998) เป็นเครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้าที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ไปเปอร์และคณะ (Piper et al ., 1989) สร้างเครื่องมือนี้ขึ้นในปี 1989 และได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามใหม่เนื่องจากจำนวนข้อคำถามเดิมมีจำนวนมากเกินไปเมื่อปี 1998 ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 22 ข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบได้ตั้งแต่ 0 ถึง 10(numeric scale) ปลายสุดของทั้งด้านซ้ายและขวากำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยด้านซ้ายมือสุดตรงกับตำแหน่ง 0 กำกับด้วยข้อความ “ ไม่เลย “ และด้านขวามือสุดตรงกับตำแหน่ง 10 กำกับด้วยข้อความ “ มากที่สุด “ เครื่องมือนี้ประเมินใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า

ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม, ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม, ด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม และด้านสติปัญญา ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม

ไปเปอร์และคณะ (Piper et al .,1998: 681) ได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปหาความเที่ยงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 382 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 และรายด้านเท่ากับ 0.92-0.96

2. เครื่องมือประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยพัทธิญา แก้วแพง (2547) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ที่สอบถามเกี่ยวกับ ความยากลำบากในการนอนหลับ (ข้อคำถามข้อที่ 1), การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (ข้อคำถามข้อที่ 2), การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (ข้อคำถามข้อที่ 3), ความพึงพอใจในแบบแผนของการนอน (ข้อคำถามข้อที่ 4), การรบกวนการดำเนินชีวิต (ข้อคำถามข้อที่ 5), การทำหน้าที่บกพร่องอันเป็นผลมาจากปัญหาการนอน (ข้อคำถามข้อที่ 6) ,และ ความทุกข์ทรมานจากปัญหาการนอน (ข้อคำถามข้อที่ 7) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีเลย (ให้คะแนน 0) จนถึงมากที่สุด (ให้คะแนน 4) คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน โดย Morin (1993) แบ่งระดับอาการนอนไม่หลับ ดังนี้

คะแนนรวม	ความหมาย
0-7 คะแนน	ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย (No clinically significant insomnia)
8-14 คะแนน	อยู่ในระยะเริ่มของอาการนอนไม่หลับ (Subthreshold insomnia)
15-21คะแนน	มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง (Clinically insomnia, moderate Severity)
22-28 คะแนน	มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (Clinically insomnia, severe)

3. เครื่องมือประเมินอาการวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger มีชื่อเรียกว่า State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ซึ่ง Spielberger ได้สร้างขึ้น และนำมาใช้ในปี 1970 เรียกว่า STAI from X ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (from X-1) หรือแบบ state ซึ่งเป็นความวิตกกังวลในสถานการณ์หนึ่งๆที่เกิดขึ้นชั่วคราว มี 20 ข้อคำถาม ส่วนที่สองเป็นการประเมินความวิตกกังวลแฝง (from X-2) หรือแบบ trait ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่มีลักษณะคงที่ในตัวบุคคลมี 20 ข้อคำถาม และผู้สร้างเครื่องมือนี้ได้ปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดมาเรื่อยๆจนกระทั่งในปี ค.ศ. 1983 ได้ปรับเป็น STAI from Y ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในปัจจุบัน เนื่องจากแบบวัดใน from X นั้นมีข้อบกพร่องอยู่ 3 ประการคือ ประการแรกข้อคำถามบางข้อไม่สามารถแยกแยะระหว่างความซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้ ประการที่สองบางข้อคำถามนั้นในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำหรือในกลุ่มวัยรุ่นไม่สามารถเข้าใจคำถาม ประการที่สาม

ข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกและทางลบไม่สมดุลกัน แบบประเมิน STAI from Y ประกอบด้วย 2 ส่วน เช่นเดียวกับ STAI from X คือ STAI from Y -1 และ STAI from Y -2 ผู้ที่มีคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำ (Spielberger, 1983 อ้างถึงใน ปริญญา สนิกะวาที ,2542;22)

3. กลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

กลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น ดังมีรายละเอียดดังนี้

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า (Fatigue)

อาการเหนื่อยล้า (Fatigue) เป็นคำที่ใช้อธิบายถึงสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ และมักใช้ในความหมายของความเจ็บป่วย (Shaver, 2000: 446; เวณิกา, 2534: 24) อาการเหนื่อยล้ามีหลายมิติ (multidimensional phenomena) เกิดได้จากหลายสาเหตุและลักษณะการแสดงออก (manifestations) ของอาการเหนื่อยล้าจะแสดงออกมาในหลายด้านทั้งอาการที่เป็นความรู้สึกของผู้ป่วย (subjective) คือการรับรู้ (perceptual) ของผู้ป่วยต่ออาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตนเองและอาการที่ตรวจพบ (objective) คือการแสดงออกทางกายภาพ (physiological) ทางชีวภาพ (biological) และทางพฤติกรรม (behavioral) (Piper et al., 1987: 19; Bower et al., 2000: 744; Berger and Walker, 2001: 42)

3.1.1 ความหมายของอาการเหนื่อยล้า

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง ความเมื่อยล้า (lassitude) เหน็ดเหนื่อย (weariness) ทั้งทางร่างกายและหรือจิตใจซึ่งเป็นผลมาจากการออกแรงหรือออกกำลังกายมากเกินไปหรือเกิดจากการถูกกระตุ้นซ้ำๆเป็นเวลานานๆ ส่งผลให้กล้ามเนื้อและอวัยวะต่างมีพลังกำลังและความสามารถในการทำงานลดลง (Webster's New Riverside University Dictionary, 1994:467)

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง ความเหน็ดเหนื่อย (weariness) ซึ่งเป็นผลมาจากร่างกายหรือจิตใจทำงานหนักหรือใช้พลังงานมากเกินไป (The Shorter Oxford English Dictionary, 1974:731)

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่รวมถึงอาการอ่อนเพลีย อ่อนเปลี้ย เหน็ดเหนื่อย ละเหยใจ ไม่กระชุ่มกระชวย เบื่อหน่าย ขาดความสนใจในเรื่องราวต่างๆ โดยทั่วไปจะตรวจไม่พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการอ่อนแรง (weakness) ของกล้ามเนื้ออีกด้วย

(วันชัย วนะชีวนาวัน, 2539 :22)

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในลักษณะที่ไม่เหมือนกัน โดยคำนึงถึงหลักที่ว่าต้องมีสิ่งมากระตุ้น (stimuli) สิ่งมากระตุ้นนั้นทำให้เกิดการต่อต้านชนิดต่อเนื่องหรือเป็นครั้งคราวก็ได้ และถ้ามีการกระตุ้นอยู่เรื่อยๆเป็นระยะเวลานานๆก็จะทำให้สรีระภาพของบุคคลนั้นอ่อนแอลง (พวงแก้ว วิวัฒน์เวชภูอาวุฒิ, 2530 :29)

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ด้วยตนเองถึงประสบการณ์ส่วนบุคคลต่อความรู้สึกหมดกำลัง และการทำงานของร่างกายและจิตใจลดน้อยลงซึ่งไม่สามารถทำให้หายได้ด้วยพักผ่อน (The North American Nursing Diagnosis Association, NANDA cited in Barnett,2001:287)

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกอ่อนล้า หมดกำลังและขาดพลังงานอันเป็นผลมาจากการเผชิญความเครียดที่ยาวนาน ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่องและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด (Aistars, 1987:25)

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่ามีอาการไม่สบายเพิ่มมากขึ้นและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงโดยมีสาเหตุมาจากพลังงานลดลง (Pickar Holley,1991:14)

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลประสบกับความรู้สึกเหนื่อย จนถึงหมดแรง และอาจมีความผิดปกติทางร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดร่วมด้วย (Hubsky and Sears,1992:176)

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกเหนื่อยจนถึงหมดกำลังต่อทุกสภาวะ เป็นอาการแสดงของความไม่พึงพอใจบริเวณความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ตามปกติ (Ream and Richardson,1996)

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง ความสามารถในการทำงานของร่างกายและจิตใจที่ลดลงและมีอาการผสมผสานกันระหว่าง หมดกำลัง ขาดพลังงาน เหนื่อย (Potempa , 1993 cited in Trendall, 2000:1127)

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีความผิดปกติเกิดขึ้น คือรู้สึกเหนื่อยจนอาจถึงกับหมดแรง ซึ่งเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดกับทุกส่วนพร้อมกันก็ได้ โดยความรู้สึกเหนื่อยที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลมาจากจังหวะชีวภาพ (circadian rhythm) ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามความรุนแรงและระยะเวลาของความรู้สึกไม่สบายของบุคคลนั้น (Piper et al.,1987:19;Piper,1993:279)

จากความหมายที่กล่าวมาสรุปได้ว่า อาการเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ซึ่งอาจเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของ

ร่างกายหรือเกิดพร้อมกันทุกส่วน และอาจมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสติปัญญาาร่วมด้วยก็ได้

3.1.2 การจำแนกชนิดของอาการเหนื่อยล้า

ระบบการจำแนกชนิดของอาการเหนื่อยล้าที่นิยมใช้กันมากที่สุดทางคลินิกของการพยาบาล คือ จำแนกตามระยะเวลาของการเกิดอาการ เป็นอาการเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (acute fatigue) และอาการเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (chronic fatigue) ดังนี้

3.1.2.1 อาการเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (acute fatigue) เป็นอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเกิดในช่วงเวลาสั้นๆ อาการคงอยู่ไม่เกิน 1 เดือน อาจเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือเป็นสัปดาห์ (Jacob and Piper, 1996: 1195) เป็นการตอบสนองของร่างกายเพื่อป้องกันตนเอง (protective response) และเป็นสัญญาณเตือนให้ร่างกายได้มีการพักผ่อนเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานหนักหรือออกแรงมากเกินไป เมื่อถึงระดับหนึ่งบุคคลจะรู้สึกเหนื่อยล้าเพื่อให้ร่างกายหยุดกิจกรรมและพักผ่อน โดยอาจเกิดเฉพาะส่วน เช่น คอ แขน ไหล่ หรือเกิดทั่วร่างกายก็ได้ ถ้าได้รับการจัดการแก้ไขอย่างเหมาะสม เช่น การได้อนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอจะสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้

3.1.2.2 อาการเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (chronic fatigue) เป็นอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน คืออาการคงอยู่มากกว่า 1 เดือน (Piper, 1991: 895; Jacob and Piper, 1996: 1195) มักเกิดขึ้นทั่วร่างกาย สาเหตุของอาการเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรังเกี่ยวข้องกับหลายสาเหตุ และไม่สามารถบรรเทาลงได้ด้วยการพักผ่อน แต่ต้องใช้วิธีการแก้ไขหลายวิธีร่วมกัน และมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย อาการเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรังนี้ถ้าอาการคงอยู่นานกว่า 6 เดือนจะเรียกว่ากลุ่มอาการเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (chronic fatigue syndrome)

3.1.3 การประเมินอาการเหนื่อยล้า

ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาอาการเหนื่อยล้า จะต้องทำการประเมินทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลด้านความรู้สึกของผู้ป่วย (subjective data) และข้อมูลจากการตรวจและสังเกต (objective data) รวมถึงการซักประวัติจากญาติผู้ป่วย เนื่องจากบางครั้งพบว่าสมาชิกในครอบครัวรับรู้อาการเหนื่อยล้าและผลกระทบของอาการเหนื่อยล้าได้เร็วกว่าตัวผู้ป่วย

3.1.3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านความรู้สึกของผู้ป่วย (subjective data) กระทำโดย

3.1.3.1.1 ประเมินแบบแผนการทำงานตามปกติของผู้ป่วย

3.1.3.1.2 ประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยและการรักษา

3.1.3.1.3 ประเมินการรับรู้ (perception) ของผู้ป่วย และพิจารณาว่าเป็นอาการเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง

3.1.3.1.4 การประเมินควรประเมินในหลายมิติของอาการเหนื่อยล้า เช่น การประเมินการรับรู้ความหมายของอาการเหนื่อยล้าตามความรู้สึกของผู้ป่วย ตำแหน่งที่เกิดอาการเหนื่อยล้า ความรุนแรง เวลาเริ่มต้น ระยะเวลาทั้งหมดที่เกิดอาการเหนื่อยล้า ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นหรือลดลง รวมทั้งอาการแสดงอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้า (Engel and Morgan, 1973 cited in Jacob and Piper, 1996: 1294; Nail and Winningham; 1993:614)

3.1.3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจและการสังเกต (objective data) กระทำโดย

3.1.3.2.1 การตรวจร่างกาย (physical examination)

3.1.3.2.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory data)

3.1.3.2.3 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลว เป็นต้น เนื่องจากโรคเรื้อรังหลายชนิดเป็นสาเหตุของการเกิดอาการเหนื่อยล้าได้

3.1.3.2.4 ประวัติการใช้ยา พบว่ายาบบางชนิดมีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยง่วงนอนและนำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้ เช่น ยาต้านการอาเจียน ยาแก้ปวด ยาลดความดันโลหิต เป็นต้น

3.1.3.2.5.ประวัติการได้รับสารคาเฟอีน (caffeine) หรือการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol)

3.1.3.2.6.การสังเกตพฤติกรรม เช่น ประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้ป่วย สถานะการทำงาน การเคลื่อนไหวร่างกาย การพูด ซึ่งการพูดคุยกับผู้ป่วยจะทำให้สามารถสังเกตอาการเหนื่อยล้าที่แสดงออกมาได้ (Rhoten, 1982 cited in Piper, 1989:195)

3.1.4 เครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้า

เนื่องจากอาการเหนื่อยล้าเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติทำให้เป็นการยากที่จะประเมิน ส่งผลให้มีมิติของอาการเหนื่อยล้า (dimension of fatigue) ไม่มีการนำมาทำการวิจัยอย่างแพร่หลายเหมือนมิติของความเจ็บปวด (dimension of pain) (Jacob and Piper, 1996:1204) เครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้าที่นิยมใช้กันบ่อยๆมีดังนี้

3.1.4.1 เครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้าของเพียร์สันและแบร์ (Pearson Byars Fatigue Checklist, 1956) เป็นเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าที่เพียร์สันและแบร์สร้าง ขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1956 ลักษณะข้อคำถามจะถามความรู้สึก 3 ระดับ คือ ดีกว่า (better than)เท่ากับ (the same as) และแย่กว่า (worse than) และแต่ละระดับจะถามความรู้สึกที่สัมพันธ์กับ 13 ระดับของอาการแสดงถึงความเหนื่อยล้าที่เริ่มต้นตั้งแต่ รู้สึกเหนื่อยมากที่สุด (extremely tired) ไปจนถึงสดชื่นมากที่สุด (extremely lappy) คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1-3 โดยคะแนนรวมทั้งหมด มีค่า 13-39 คะแนน คะแนนที่มากหมายถึงมีความเหนื่อยล้ามาก เพียร์สันและแบร์ได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 - .95

3.1.4.2 เครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้าของโยชิทาเกะ (Yoshitake's Fatigue Scale, 1969,1971, and 1978) เป็นเครื่องมือที่โยชิทาเกะและนักวิจัยชาวญี่ปุ่นอีกหลายคนได้ร่วมกันสร้างขึ้น เป็นแบบประเมินอาการแสดงของความเหนื่อยล้าที่ให้เป็น checklist และนำไปทดลองใช้กับคนงานชาวญี่ปุ่น เครื่องมือนี้นี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการแสดงของความเหนื่อยล้า 30 ข้อคำถาม ถามใน 3 มิติ คือ ความไม่สุขสบายทั่วไป (general feelings of incongruity) ความเหนื่อยล้าทางด้านจิตใจ (mental fatigue) ความไม่สุขสบาย เฉพาะส่วน (specific feelings of incongruity) แม้ว่าเครื่องมือชุดนี้จะเคยนำมาใช้ในทางคลินิก แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าแต่ละรายการของข้อคำถามจะมีความเหมาะสมพอที่จะนำไปใช้ใน วัฒนธรรมที่แตกต่างกันหรือกลุ่มประชากรอื่น ๆ ได้ (Varrichio,1985 cited in Jacob and Piper, 1996:1204) ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้ทำให้เครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้าของโยชิทาเกะจึงไม่เป็นที่ นิยม

3.1.4.3 เครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้าของแม็คแนร์และคณะ (Profile of Mood States, POMS,1981) เป็นเครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้าที่สร้างโดยแม็คแนร์และคณะ เมื่อปี ค.ศ.1981 (Mcnair, Lorr, and Droppleman, 1981) ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมิน การรับรู้ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้า ลักษณะข้อคำถามเป็นเรตติ้งสเกล 5 อันดับ แต่ละข้อ คำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0-5 ประเมินใน 6 ด้าน คือความซึมเศร้า (depression) ความตึงเครียด (tension) ความโกรธ (anger) ความสับสน (confusion) ความเหนื่อยล้า (fatigue) และความ แข็งแรง (vigor) แม็คแนร์และคณะได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคเท่ากับ .74 - .91(Redeker et al ,2000: 280)

3.1.4.4 เครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้าของโรเทน (The Rhoten Fatigue Scale,1982) เป็นเครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้าที่สร้างโดยโรเทนเมื่อปี ค.ศ.1982 ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประเมินความรู้สึกเหนื่อยล้าประกอบด้วย 1 ข้อคำถาม ลักษณะข้อ คำถามเป็นตัวเลขให้เลือกตอบได้ตั้งแต่ 0 – 10 โดย 0 เท่ากับไม่เหนื่อยล้าเลย และ 10 เท่ากับหมด

กำลัง ใช้คู่กับส่วนที่ 2 ที่เป็นแบบสังเกต(observation checklist) โดยความรู้สึกจากส่วนที่ 1 จะสัมพันธ์กับแบบสังเกตของส่วนที่ 2 ซึ่งจะสังเกตใน 4 ด้านคือ

3.1.4.4.1 ลักษณะโดยทั่วไป (general appearance)

3.1.4.4.2 การติดต่อสื่อสาร (communication)

3.1.4.4.3 การปฏิบัติกิจกรรม (activities)

3.1.4.4.4 ทศนคติ (attitude)

เครื่องมือชนิดนี้ไม่พบว่ามีกรรายงานการทดสอบความตรง และความเที่ยงของเครื่องมือชนิดนี้ไว้ และในงานวิจัยของพิกคาร์ด- ฮอลลีย์ รายงานว่ามีการนำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยงโดยวิธี test-retest แต่ไม่ได้ระบุผลการทดสอบไว้ (Pickard-Holley,1991: 15; Jacob and Piper, 1996:1205)

3.1.4.5 เครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (The Piper Fatigue Scale,1989,1998) เป็นเครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้าที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ไปเปอร์ และคณะ (Piper et al .,1989) สร้างเครื่องมือนี้ขึ้นในปี 1989 และได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามใหม่เนื่องจากจำนวนข้อคำถามเดิมมีจำนวนมากเกินไปเมื่อปี 1998 ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 22 ข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบได้ตั้งแต่ 0 ถึง10 (numeric scale) ปลายสุดของทั้งด้านซ้ายและขวากำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยด้านซ้ายมือสุดตรงกับตำแหน่ง 0 กำกับด้วยข้อความ “ ไม่เลย “ และด้านขวามือสุดตรงกับตำแหน่ง 10 กำกับด้วยข้อความ “ มากที่สุด “ เครื่องมือนี้ประเมินใน 4 ด้าน คือ

3.1.4.5.1 ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม

3.1.4.5.2 ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม

3.1.4.5.3 ด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม

3.1.4.5.4 ด้านสติปัญญา ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม

ไปเปอร์และคณะ (Piper et al .,1998: 681) ได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปหาความเที่ยงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 382 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97 และรายด้านเท่ากับ .92 ถึง.96

จากที่กล่าวมาข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al .,1989) ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 22 ข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นตัวเลข

ให้เลือกตอบได้ตั้งแต่ 0 ถึง 10 (numeric scale) โดยประเมินอาการเหนื่อยล้าใน 4 ด้านคือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของเหนื่อยล้า ด้านการให้ความหมายของเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญา ซึ่งมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1.5 ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัจจุบันเคมีบำบัดถูกนำมาใช้มากขึ้นในการรักษามะเร็งเต้านม โดยหวังผลเพื่อทำลาย micrometastasis ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มอัตราการปลอดโรคและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยด้วย จึงพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกือบทุกรายต้องได้รับเคมีบำบัดในช่วงใดช่วงหนึ่งของการรักษา (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536: 29) ถึงแม้ว่าเคมีบำบัดจะมีเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยแล้ว พบว่าผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นและพบได้บ่อยภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดคืออาการเหนื่อยล้า (Nail and Winningham, 1993:613; Winningham et al., 1994:27) ที่พบว่าเป็นปัญหาใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีรายงานการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเกิดอาการเหนื่อยล้าถึงร้อยละ 99 (Bower et al., 2000:743) และอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมักเป็นชนิดปานกลางถึงรุนแรง โดยมีความเชื่อว่าเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าผ่านกลไกของเซลล์ โดย Piper และคณะ (1987) อธิบายกลไกของการเกิดความเหนื่อยล้า เกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเต้านมเองที่เซลล์มีการแบ่งตัวมากกว่าปกติ ร่างกายจึงมีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น เกิดการสะสมของเสีย เช่น กรดแลคติก ไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน สารที่เป็นองค์ประกอบของโปรตีนจากการสลายตัวของเซลล์มะเร็งและของเสียที่เกิดจากการทำลายเซลล์มะเร็งของเคมีบำบัด (Astars, 1987:26; Piper, et al., 1987:20; Jacob and Piper, 1996:197) เช่น ภาวะขาดเม็ดเลือดทุกชนิด (pancytopenia) ภาวะกดภูมิคุ้มกัน (immune suppression) หรืออาจผ่านทางผลข้างเคียงที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพ ได้แก่ ขาดน้ำ ขาดอาหาร ความไม่สมดุลของเกลือแร่ การสะสมของของเสีย (end products) จากการที่เซลล์ถูกทำลายโดยเคมีบำบัดและผ่านทางสภาวะทางจิตใจที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ (Smets et al., 1993; Winningham, 1996:48) อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นนั้นคงอยู่เป็นเดือนเป็นปีภายหลังจากการรักษา มะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัดครบกำหนดแล้ว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่ ทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่การงาน บทบาททางสังคม ส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจและความผาสุกทางกายและทางใจของผู้ป่วย (Ream and Richardson, 1999; Berger and Walker, 2001)

3.1.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีอยู่หลายปัจจัย ดังนี้

อายุ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุมากจะเกิดอาการเหนื่อยล้าได้ง่ายกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อย (Piper, 1993: 282) เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆของผู้ที่มีอายุมากจะลดน้อยลง เช่น กำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนในปริมาณที่น้อยลง ประกอบกับระบบทางเดินอาหารย่อยและดูดซึมอาหารได้ไม่ดี ทำให้ร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอ ความทนในการทำกิจกรรมลดลง เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ (Berger and Williams, 1992 อ้างถึงในกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาญ, 2539)

ระยะของโรคมะเร็งเต้านม ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของการดำเนินของโรคและพบว่าอาการเหนื่อยล้ามักจะเพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของโรคมะเร็ง (Richardson and Ream, 1996 cited in Ream and Richardson, 1999 :1295) นั้นหมายถึงถ้าเมื่อใดก็ตามที่ระยะของโรคมะเร็งมากขึ้นอาการเหนื่อยล้าจะเพิ่มขึ้นตามมา สำหรับการแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านมนิยมแบ่งตาม UICC staging classification คือ แบ่งระยะของโรคโดยพิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็ง (Tumor, T) การลุกลามสู่ออมน้ำเหลือง (Node, N) และการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆ (Metastasis, M) (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544:138) และพบว่าระยะของโรคที่มากขึ้นหมายถึง การมีขนาดก้อนมะเร็งที่ใหญ่ขึ้น มีการลุกลามสู่ออมน้ำเหลืองมากขึ้น หรือมีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆส่งผลให้ 1) เกิดการแย่งชิงสารอาหารจากร่างกายของก้อนมะเร็ง 2) มีการเพิ่มกระบวนการเผาผลาญซึ่งเกี่ยวข้องกับ การเจริญเติบโตของก้อนเนื้องอก ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและมีการคั่งของของเสียจากการเผาผลาญ ก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ (Aistars, 1987:26)

สูตรเคมีบำบัด เคมีบำบัดที่นิยมใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีด้วยกันหลายสูตร แต่ละสูตรประกอบด้วยตัวยาหลายชนิดร่วมกัน ทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยในระดับที่แตกต่างกัน ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไป การขับถ่ายผิดปกติ ผอมร่วง การเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตา (Piper et al., 1987: 21; Holmes, 1991: 439; Green et al., 1994: 57; Mock et al., 1997: 991; นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542:39) โดยผลข้างเคียงเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงสูญเสียน้ำและเกลือแร่ออกจากร่างกาย ทำให้พลังงานที่ได้รับเข้าสู่ร่างกายไม่เพียงพอกับความต้องการ ร่างกายต้องดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ จนค่อยๆหมดไป จึงเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น

ความทุกข์ทรมานจากอาการ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งจากโรคที่คุกคามต่อชีวิตและจาก

วิธีการรักษาที่ก่อให้เกิดอาการแสดงต่างๆขึ้นมากมาย ได้แก่ ความเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่วง การเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตา การขับถ่ายผิดปกติ (Piper et al.,1987: 21; Holmes,1991: 439; Green et al.,1994: 57; Mock et al., 1997: 991; นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542:39) โดยความรุนแรงของอาการแสดงต่างๆเป็นความทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ และความทุกข์ทรมานคุกคามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น (McCorkle and Young, 1978 cited in Holmes,1991: 439) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และความเครียดนำไปสู่ออาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (Aistars,1987:25)

ภาวะชืด พบว่าภาวะชืดเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะชืดคือ เคมีบำบัดกีดการทำงานของกระดูก (Henry and Abels, 1994; Spivak,1994 cited in Jacob and Piper,1996: 1203; Glaspy, 2001:1719 ; Lind et al., 2002: 1243) ทำให้จำนวนเม็ดเลือดแดงในกระแสเลือดลดน้อยลง และหน้าที่สำคัญของเม็ดเลือดแดง คือนำออกซิเจนจากปอดไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆของร่างกาย การมีเม็ดเลือดแดงต่ำจึงทำให้เนื้อเยื่อส่วนต่างๆของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้

ภาวะโภชนาการ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด การเปลี่ยนแปลงของพลังงานมักเกิดจากความผิดปกติของความต้องการใช้พลังงานที่เพิ่มมากขึ้นจากการแย่งชิงสารอาหารจากร่างกายของก้อนเนื้องอกและภาวะการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดเต้านมที่ต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการสารอาหารในปริมาณที่มากขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนมากมักมีความอยากอาหารลดลง โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 40 มีความอยากอาหารลดลงเมื่อเริ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 87 เมื่ออยู่ในระยะลุกลาม (Stepp and Pakiz, 2001:735) และเมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความต้องการสารอาหารมากขึ้น แต่ได้รับสารอาหารเข้าสู่ร่างกายในปริมาณที่น้อยลง ทำให้ร่างกายต้องนำพลังงานที่เก็บสะสมไว้มาใช้ จนพลังงานที่เก็บสะสมไว้หมดไป เกิดเป็นอาการเหนื่อยล้าขึ้น (Berger and Williams,1992 อ้างถึงในกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาญ,2539: 22)

พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมักมีปัญหาต่างๆที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานหรือเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆโดยมีรายงานการศึกษาของเมเยโรวิทซ์และคณะ (Meyerowitz, et al., 1979:1613-1618) ได้ทำการศึกษาผลกระทบทางจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 50 คน ผลการศึกษา

พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88 มีการปฏิบัติกิจกรรมน้อย ทั้งในงานอาชีพที่ทำให้ได้มาซึ่งรายได้ และกิจกรรมทั่วไปในการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของฮันติงตัน (Huntington, 1985 :472-474) ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 29 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างรายงานว่าตนเองมีความ กระปรี้กระเปร่าคล่องตัวในการทำงานน้อยและไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เหมือนกับช่วง ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆน้อย ใช้เวลาในการนั่งอยู่กับที่นานเกินไปหรือนอนมากเกินไป จะทำให้กล้ามเนื้อไม่ มีการเคลื่อนไหว และส่งผลให้ประสิทธิภาพในการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อลดลง จึงมีความ ต้องการออกซิเจนในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อการทำงาน มากกว่ากล้ามเนื้อที่ได้มีการเคลื่อนไหว และ ทำให้เกิดการเหนื่อยล้าได้ง่าย (MacVicar, Winningham ,and Nickel, 1989:348; Piper,1993: 285)

คุณภาพการนอนหลับ การนอนหลับที่เพียงพอมีความสำคัญต่อร่างกายของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในการเก็บสะสมพลังงานไว้ (Hart et al., 1990) ขณะหลับ กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายจะคลายตัว อวัยวะต่างๆได้พักผ่อนจากการทำกิจกรรมขณะตื่น มีการใช้พลังงานลดลง ประกอบกับระบบประสาทซิมพาเทติก จะเพิ่มการทำงานมากขึ้น การ ไหลเวียนของเลือดไปที่สมองมากขึ้น มีการสะสมพลังงานของสมองทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ ได้รับเคมีบำบัดรู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่าและไม่รู้สึกเหนื่อยล้าขณะตื่น(Gall, 1996:31) แต่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีรายงานว่า นอนไม่หลับ ตื่นบ่อยในตอนกลางคืน ง่วงนอนและเจ็บหลังกลางวันมากขึ้น ซึ่งแสดงถึงการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และนำไปสู่ อาการเหนื่อยล้าได้ในที่สุด (Piper,1993: Berger and Farr,1999: 1664 ; Berger and Higginbotham, 2000: 1444)

ความซึมเศร้า เป็นที่รู้กันว่าผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกาย โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นโรคที่น่าสะพรึงกลัวสำหรับทุกคน มักเกิดความซึมเศร้าขึ้น (Endicott, 1984:2243) และมีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลายรายที่รายงานว่าความซึมเศร้าเหล่านั้น เพิ่มขึ้นขณะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (Pasacreta, 1997:215) มีสถิติพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เข้า รับการรักษาในโรงพยาบาลมีความซึมเศร้าในระดับรุนแรงถึงร้อยละ 24 ระดับปานกลางร้อยละ 18 และซึมเศร้าแต่ไม่รุนแรงร้อยละ 14 (ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ, 2539:19) โดยความซึมเศร้าเป็น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง (Jacob and Piper,1996:1200) เนื่องจากความซึมเศร้าเป็นตัวกระตุ้นความเครียดทางอารมณ์ (emotional stressor) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และนำไปสู่อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ใน ที่สุด (Aistars,1987:25)

การสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากมะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้ม

การกลับเป็นซ้ำและมีความไม่แน่นอนของโรคสูง ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งจากโรค วิธีการรักษา รวมถึงผลข้างเคียงจากการรักษา ล้วนเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และถ้าความเครียดนั้นไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม หรือผู้ป่วยมีกลยุทธ์การจัดการกับความเครียดได้ไม่ดีพอ จะส่งผลให้เกิดความเครียดเป็นระยะเวลานานๆ จะทำให้ร่างกายเกิดการสูญเสียพลังงาน นำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้ในที่สุด (Aistars,1987:25) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนทางสังคมทั้งในเรื่องความรักใคร่ผูกพัน ความมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ การเงิน แรงงาน วัสดุสิ่งของ เพื่อให้สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Piper,1987: 21; Coleman et al., 1994) โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้า คือผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีอาการเหนื่อยล้ามากกว่าผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาญ,2539:70)

3.1.7 ผลกระทบของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ความเหนื่อยล้าเป็นอาการแสดงที่ก่อให้เกิดปัญหาและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้มากที่สุด (Woo et al .,1998 :915; Berger and Walker, 2001: 42; Ream et al.,2002: 300) และถ้าความเหนื่อยล้านั้นคงอยู่นาน จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Aistar, 1987: 25) โดยที่ความเหนื่อยล้า นั้นจะส่งผลกระทบต่อทุกมิติของคุณภาพชีวิตทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Ferrel et al., 1996:1540; Smith,1996:772; Ream et al., 2002:301)

3.1.7.1 มิติด้านร่างกาย พบว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีผลทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง (Winningham et al.,1994:26; Ream et al., 2002:301)และส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย และยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย เช่น ภายหลังได้รับเคมีบำบัดแล้วผู้ป่วยต้องหยุดพักงานในอาชีพทุกครั้ง (เพียงใจ , 2545: 90) นอกจากนี้พบว่าการปฏิบัติงานบ้านเพียงเล็กน้อยก็กลับกลายเป็นเรื่องที่ยากและงานอดิเรกที่เคยชื่นชอบก็กลายเป็นสิ่งที่ไม่น่าดึงดูดใจอีกต่อไป (Richardson and Ream,1997:35)

3.1.7.2 มิติด้านจิตใจ อาการเหนื่อยล้ารบกวนความผาสุกทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสับสน ว่าวุ่น คับข้องใจ จากความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ความสามารถ ไร้ประโยชน์ ไร้ค่า ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น

3.1.7.3 มิติด้านสังคม อาการเหนื่อยล้า คุกคามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาครอบครัวหรือบุคคลอื่นมากขึ้น เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสนใจหรือแรงจูงใจในการทำงานลดน้อยลง ไม่อยากทำกิจกรรมหรืองานใดๆ ทำให้บทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความสามารถในการทำงานหรือการดำรงไว้ซึ่งการจ้างงานลดลง ส่งผลต่อฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และเป็นปัญหาต่อสังคมในอันดับต่อไป

3.1.7.4 มิติด้านจิตวิญญาณ พบว่าอาการเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต รู้สึกว่าความเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น และสิ้นหวังในชีวิต

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลทุกคนคุ้นเคยและประสบอยู่เสมอในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกเกิดและต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้นจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ การตกลงใจ และการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งถ้าความวิตกกังวลนั้นเกิดขึ้นบ่อยๆและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันจนไม่สามารถแก้ไขได้ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความวิตกกังวลที่จัดเป็นโรคได้ (anxiety disorder) (Johnson, 1993)

3.2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Narraw and Buschle (1987) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้น หรือเหตุการณ์ซึ่งดูเหมือนว่าถูกคุกคามที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

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

Beare and Myers (1994) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสับสน รวมถึงความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่แน่นอนและโดดเดี่ยว

Spielberger and Sydeman (1994) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความเครียดที่เกิดจากภาวะคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจเกิดขึ้น

Cassmeyer & Mitchell & Betrus (1995) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็น ปฏิกริยาตอบสนองทางจิตใจต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด เป็นความรู้สึกกลัวหรือไม่สุขสบาย กระวนกระวายจากสิ่งที่ไม่ทราบสาเหตุ เป็นผลมาจากมีสิ่งคุกคามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

Freeman and Vales (1998) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการรับรู้ต่อสิ่ง คุกคามและทำให้เกิดอันตราย ซึ่งสิ่งที่คุกคามอาจมีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

จินตนา ลีละไกรวรรณ (2533) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบาย ใจ หวาดกลัว เป็นสัญญาณอันตรายและเป็นพลังงานรูปหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางสรีรวิทยาและพฤติกรรม

ช่อลัดดา พันธุเสนา (2536) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลมี ความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม เสี่ยงภัย ตกอยู่ในอันตราย หรือตกอยู่ในความมั่นคงปลอดภัย ความ ไม่แน่นอน ไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกนี้จะทำให้บุคคลเกิดความหวาดกลัว ตึง เครียด กระวนกระวายใจ หรือไม่สบายใจ โดยมีการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจของบุคคล ซึ่งเกิด จากการกลัวในเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น หรือคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้น และมีการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

3.2.2 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger and Sydeman (1994) แบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1.ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety or A-State) เป็นความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในเหตุการณ์หนึ่งๆ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ทำให้บุคคลเกิด ความรู้สึกไม่สุขสบาย ตึงเครียด กระวนกระวายใจ ไม่พอใจ ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาจะ แตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละ บุคคล

2.ความวิตกกังวลขณะแฝง (Trait Anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลที่ เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล มีลักษณะค่อนข้างคงที่และไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมและเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลในขณะเผชิญกับสถานการณ์ที่ เปลี่ยนแปลง

สาเหตุของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเกิดได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละ บุคคลแม้จะมาจากสาเหตุเดียวกันอาจมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับการตอบสนองของบุคคล

ต่อสาเหตุของความวิตกกังวล โดยสาเหตุของความวิตกกังวล มีดังนี้ (Beck, Rawlin, & Williams, 1998; Carson & Arnold, 1996; Gomez, Gomez, & Otto, 1984; Kirkham & Kashka, 1989; อ้างถึงในปริญา สนิกะวาที, 2542; 16-17)

1. ทางด้านร่างกายและพันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมอาจเป็นตัวกำหนดว่าการเกิดความวิตกกังวลของบุคคลจากการถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอกจะเกิดขึ้นได้รวดเร็วเพียงใด และพบว่าร้อยละ 80-90 ของแฝดไข่ใบเดียวกันจะพบความวิตกกังวลชนิดเดียวกัน นอกจากนี้สิ่งที่คุณคามด้านร่างกายของบุคคล เช่น ปัญหาของความเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิตหรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลงได้

2. ทางด้านจิตใจ พบว่า ความวิตกกังวลเป็นความขัดแย้งทางจิตใจที่เกิดขึ้นครั้งแรกของชีวิตขณะที่ทารกอยู่ในกระบวนการคลอด เมื่อมีอายุมากขึ้น ego พัฒนาขึ้นทำให้เกิดความวิตกกังวลชนิดใหม่คือ ความขัดแย้งระหว่าง อี (id) กับซูเปอร์อีโก้ (superego) โดยมีอีโก้เป็นตัวประนีประนอมระหว่างความขัดแย้งดังกล่าว และทำหน้าที่เสมือนเป็นสิ่งให้สัญญาณว่ามีอันตราย โดยจะแสดงออกมาในลักษณะที่มีความวิตกกังวลต่างๆ เช่น วิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายทางร่างกาย หรืออวัยวะเพศ วิตกกังวลเกี่ยวกับการพลัดพราก นอกจากนี้ความวิตกกังวลในระยะแรกของชีวิตจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลในภายหลังได้ง่ายขึ้น

3. ทางด้านชีวเคมี สมองส่วนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลได้แก่ บริเวณ locus ceruleus ซึ่งอยู่บริเวณ fourth ventricle สมองส่วนนี้สร้าง norepinephrine มากถึงร้อยละ 50

4. ด้านสังคม วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี มีผลต่อพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่วัยเด็ก เพราะสังคมและวัฒนธรรมจะถูกถ่ายทอดจากผู้เลี้ยงดูไปสู่เด็ก ถ้าสัมพันธภาพระหว่างแม่และเด็กไม่ดีจะมีผลทำให้เด็กเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

3.2.3 การประเมินและเครื่องมือประเมินความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งในแต่ละบุคคลจะแสดงอาการและอารมณ์ที่แตกต่างกันออกไป การประเมินความวิตกกังวลมีหลายวิธีคือ

3.2.3.1 ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of anxiety) โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อ (Stuart & Sundeen, 1987 อ้างถึงในสุรศักดิ์ พุฒินิพนธ์, 2545 ; 12)

3.2.3.2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (behavioral measure

of anxiety) โดยประเมินจากการสังเกตถึงความแปรปรวนในด้านการเคลื่อนไหว การพูด การติดต่อกับสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องของการทำงานของร่างกาย ความจำ โดยที่พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายในใจที่บุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ลูกลี้ลูกนอน ถอนหายใจ ร้องไห้ และการขาดสมาธิ (Graham & Conley, 1971 อ้างถึงในสุรศักดิ์ พุฒินิพนธ์, 2545 ; 12)

3.2.3.3 ประเมินจากการใช้แบบประเมินด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความรู้สึกด้วยตนเอง แล้วนำมาประเมินเป็นความวิตกกังวล ที่นิยมใช้กัน ได้แก่

3.2.3.3.1 แบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger มีชื่อเรียกว่า State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ซึ่ง Spielberger ได้สร้างขึ้น และนำมาใช้ในปี 1970 เรียกว่า STAI from X ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (from X-1) หรือแบบ state ซึ่งเป็นความวิตกกังวลในสถานการณ์หนึ่งๆที่เกิดขึ้นชั่วคราว มี 20 ข้อคำถาม ส่วนที่สองเป็นการประเมินความวิตกกังวลแฝง (from X-2) หรือแบบ trait ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่มีลักษณะคงที่ในตัวบุคคลมี 20 ข้อคำถาม และผู้สร้างเครื่องมือนี้ได้ปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดมาเรื่อยๆจนกระทั่งในปี ค.ศ. 1983 ได้ปรับเป็น STAI from Y ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในปัจจุบัน เนื่องจากแบบวัดใน from X นั้นมีข้อบกพร่องอยู่ 3 ประการคือ ประการแรกข้อคำถามบางข้อไม่สามารถแยกแยะระหว่างความซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้ ประการที่สองบางข้อคำถามนั้นในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำหรือในกลุ่มวัยรุ่นไม่สามารถเข้าใจคำถาม ประการที่สามข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกและทางลบไม่สมดุลกัน แบบประเมิน STAI from Y ประกอบด้วย 2 ส่วน เช่นเดียวกับ STAI from X คือ STAI from Y -1 และ STAI from Y -2 ผู้ที่มีคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำ (Spielberger, 1983 อ้างถึงในปริญา สนิกะวาทิ, 2542; 22)

3.2.3.3.2 มาตรฐานวัดความวิตกกังวล (visual analogue scale) ของ Gaberson (1991) เป็นการถามภาพรวมของความวิตกกังวล โดยไม่มีความเฉพาะเจาะจงไปที่เรื่องราวหรือสถานการณ์ต่างๆที่เชื่อมโยงไปสู่ความวิตกกังวล คำถามมีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนยาว 10 เซนติเมตร ปลายปิดทางด้านซ้ายจะตรงกับความรู้สึก “ ไม่มีความวิตกกังวล “ และความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือจนถึงปลายปิดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึก “ มีความวิตกกังวลมากที่สุด “ โดยวิธีการประเมินนั้นให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายลงบนมาตรฐานวัดตามความรู้สึกวิตกกังวลที่มีอยู่จริงในขณะนั้น ให้คะแนนตามการวัดความยาวจากจุดที่ไม่มีความวิตกกังวลไปจนถึงจุดที่ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายไว้ ผู้ที่มีคะแนนมากจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย

จากที่กล่าวมาข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือประเมินอาการวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ซึ่ง Spielberger ได้สร้างขึ้นมาใช้ใน ปี 1970 และพัฒนาจนกระทั่งในปี ค.ศ. 1983 ได้ปรับเป็น STAI from Y ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ประเมินความวิตกกังวลในด้านบวกและด้านลบ ข้อคำถามในแต่ละข้อจะประเมินความวิตกกังวล โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ผู้ที่มีคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำ (Spielberger, 1983 อ้างถึงในปริญญา สนิกะวาที ,2542;22) แบบประเมินนี้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.2.4 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและขัดขวางต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเช่น ความต้องการอาหาร น้ำ ความอบอุ่น ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย หรือเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความปลอดภัยของตนเอง เช่น คุกคามต่อความมั่นคง ความหวัง ศักดิ์ศรีของตนเอง การถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น การขาดทรัพย์สินเงินทอง หรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเอง (Kneisl, 1996 อ้างถึงในปริญญา สนิกะวาที , 2542;17) โดยที่ภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์พบได้ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยได้รับทราบผลการวินิจฉัย เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานและจากผลแทรกซ้อนของการรักษาที่คุกคามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด สรุปได้ดังนี้

3.2.4.1 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น

โรคมะเร็งมีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก (Benedict, Williams, & Baron, 1994) บุคคลส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าเป็นโรคที่น่ากลัว เป็นแล้วรักษาไม่หายกลับเป็นซ้ำได้อีก หรือเป็นแล้วต้องตายทุกคน (Northouse, 1989; Wong & Bramwell, 1992) นอกจากนี้ยังวิตกกังวลถึงผลที่จะเกิดตามมาจากรโรคมะเร็ง เช่น ความไม่สุขสบายของร่างกาย ความเจ็บปวด และระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; Wong & Bramwell, 1992) ซึ่งในการรักษาโรคมะเร็งจะพบผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดร้อยละ 30 ถึง 50 และเมื่อโรคลุกลามมากขึ้นอาการปวดจะพบได้สูงถึงร้อยละ 95 จากความเจ็บปวดที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงมากขึ้น (พงศภารดี เจาตะเกษตริน ,2536)

3.2.4.2 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษาและผลของการรักษา โดยที่ผู้ป่วย

บางรายเชื่อว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายและเชื่อว่าการรักษาด้วยวิธีการต่างๆนอกจากไม่ทำให้โรคมะเร็งที่เป็นอยู่หายแล้ว ยังเป็นสาเหตุทำให้มะเร็งแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นได้ จาก

การศึกษาของ Bloom และคณะ (Bloom, et al., 1987 cited in Disch & McEvoy, 1990) พบว่าแม้ประชาชนจะมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเป็นอย่างดีแต่ความเชื่อในประสิทธิภาพการรักษามะเร็งยังต่ำ แม้ว่าร้อยละ 89 จะเชื่อว่าในอนาคตคงจะมีการค้นพบวิธีการรักษามะเร็ง แต่ร้อยละ 65 ยังมีความเห็นวามะเร็ง หมายถึง ความตาย และร้อยละ 75 เชื่อว่าการผ่าตัดจะเป็นสาเหตุให้มะเร็งมีการแพร่กระจายได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ และการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านมซึ่งนิยมทำในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคไม่มาก และมีประสิทธิภาพสูงในแง่ของการรักษา แต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้ เช่น แขนบวม ข้อไหล่ยึดติด ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเกิดการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่มั่นใจในการรักษาและความปลอดภัยของตนเอง เกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น (Hughes, 1993; Krause, 1991) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น

นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายจะรับรู้ภาพลักษณ์แตกต่างกันไปขึ้นกับระยะพัฒนาการของบุคคล การรับรู้ต่อภาพลักษณ์เดิม การให้ความสำคัญกับอวัยวะที่สูญเสียไป ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และผลข้างเคียงจากการรักษา การสูญเสียเต้านมทำให้การรับรู้ต่อภาพลักษณ์เป็นไปในทางลบมากยิ่งขึ้น (ปัทมา คุปตจิต, 2533) เนื่องจากเต้านมเป็นอวัยวะที่เป็นสัญลักษณ์ของเพศหญิง การตัดเต้านมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายอย่างถาวร ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียสัญลักษณ์ทางเพศ การรักษาด้วยเคมีบำบัดก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นอย่างมาก เช่น ผมร่วง ผิวสีคล้ำขึ้น คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร มีการอักเสบในช่องปาก (Groenwald, Frogge, Goodman, & Yarbro, 1992) ซึ่งอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ร่วมด้วย ที่พบมากที่สุดคือเกิดความวิตกกังวล (Sabo & Michael, 1996)

3.2.4.3 วิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพเศรษฐกิจและการทำงาน เนื่องจากมะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานประกอบกับภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องมารับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดที่มีราคาแพง อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง เป็นเวลานาน รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลทำให้เป็นการเพิ่มภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วยมากขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีรายได้เป็นของตนเองอาจต้องได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลใจ อาจปฏิเสธการรักษาในครั้งต่อไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อการลุกลามของโรคมามากขึ้น (Pollock, 1986)

3.2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสรุปได้ดังนี้

3.2.5.1 เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการบุคลิกภาพทางด้านร่างกายที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ในเพศหญิงจะมีอารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล เมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลงมาก สำหรับเพศชายจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งมีผลทำให้เพศชายแข็งแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีโอกาสแสดงออกในมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้เพศชายมีอาการวิตกกังวลต่ำกว่า (Lazarus & Folkman, 1984) นอกจากนี้พบว่าสังคมยอมรับว่าเพศหญิงสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้มากกว่าเพศชาย

3.2.5.2 อายุ เป็นส่วนหนึ่งของการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ซึ่งมีผลต่อความวิตกกังวล พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์มากกว่า ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีจึงมีความวิตกกังวลน้อยกว่า

3.2.5.3 ประสบการณ์ในอดีตที่เคยได้รับ เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้วยสติปัญญา ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือความทรงจำในอดีตที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหตุการณ์ที่เผชิญเหมือนเดิม หรือแตกต่างไปจากเดิม (Lazarus & Folkman, 1984)

3.2.5.4.ฐานะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเจ็บป่วยได้และมีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีและมีรายได้สูงจะมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ (Lazarus & Folkman, 1984)

3.2.5.5 การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว พบว่าการที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ฟังที่ดี คอยให้กำลังใจและให้ความอบอุ่นเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวล จะช่วยให้ความวิตกกังวลลดลงได้

3.2.5.6 ค่านิยมและวัฒนธรรมทางสังคม พบว่าค่านิยมและวัฒนธรรมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ถ้าหากการพยาบาลที่จัดให้ขัดกับค่านิยมและวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยได้รับมาก็จะเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (दाराररण टिपिना, 2538)

3.2.6 ผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลนั้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้ (ชอลดา พันธุเสนา, 2536 ; Caudell, 1996; French, 1994; Greene, 1997; Johnson, 1993; Kneil, 1996; Stuart & Sundeen, 1987)

3.2.6.1 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

3.2.6.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีรวิทยา เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นที่ตัวรับสิ่งเร้าแรงกระตุ้นจะเคลื่อนที่เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมองและไขสันหลัง แรงกระตุ้นนี้จะผ่านศูนย์กลางของสมองส่วนกลาง คือ ทาลามัสและผ่านเข้าสู่ไฮโปทาลามัส ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์ไปยังสมองส่วนบนคือ ซีรีบรัมซึ่งทำหน้าที่รับรู้สิ่งเร้า และกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีและไฮโปทาลามัสทำให้เกิดผลคือต่อมพิทูอิทารีหลัง adrenocorticotrophic hormone ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอกให้หลั่ง cortical hormone มีผลทำให้ร่างกายต้านทานต่อภาวะวิตกกังวลได้มากขึ้นถ้าระดับของความวิตกกังวลมีเล็กน้อย ส่วนไฮโปทาลามัสทำให้ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ จะส่งแรงกระตุ้นไปยังต่อมหมวกไตชั้นในให้หลั่งสาร epinephrine ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายมีการตอบสนองในการต่อสู้หรือถอยหนี ในขณะที่แรงกระตุ้นถูกส่งไปยังสมองส่วนบน สมองส่วนนี้จะทำหน้าที่คิด การคิดทำโดยแยกแยะข้อมูลที่ได้ออกไปแล้วเปรียบเทียบกับประสบการณ์ในอดีตที่เก็บไว้ใน hippocampus ถ้าเห็นว่ามีอันตรายก็จะกระตุ้นระบบเรติคูลาร์ แอคติเวติง เพื่อให้เกิดความสมดุลงขึ้น

3.2.6.1.2 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี พบว่าขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าจะหลั่ง adrenocorticotrophic hormone ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอกให้หลั่ง cortical hormone มากเกินไปทำให้การทำงานที่ผิดปกติ เช่น เกิดการคั่งของโซเดียม เพิ่มการทำลายของไกลโคเจนในตับ ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และต่อมพิทูอิทารีส่วนหลังซึ่งหลั่ง antidiuretic hormone ที่ทำหน้าที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ แต่ถ้าระดับของความรุนแรงมากขึ้นจะทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ส่วนไฮโปทาลามัสจะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเทติกไปยังต่อมหมวกไตชั้นในให้หลั่ง catecholamine hormone ซึ่งประกอบด้วย epinephrine และ norepinephrine เข้าสู่กระแสเลือดไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น เส้นเลือดส่วนปลายหดตัวทำให้มือเท้าซีดและเย็น

3.2.6.1.3 ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา พบว่าเป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำงานโดยอิสระไม่อยู่ใต้อำนาจจิตใจ ประกอบด้วยระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก ทั้ง 2 ระบบนี้จะทำงานตรงข้ามกันเพื่อให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอยู่ในสภาพสมดุล โดยที่ทั้ง 2 ระบบนี้จะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ โดยที่ระบบซิมพาเทติกจะมีบทบาทมากกว่า เมื่อความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยและปานกลาง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคือ หัวใจเต้นเร็วและถี่ขึ้น ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว ปากแห้ง ตัวสั่น เหงื่อออกท้องผูก แต่ถ้ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและรุนแรงแล้ว ระบบพาราซิมพาเทติกจะมีบทบาทมากกว่า คือทำให้หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย

3.2.6.1.4 ต่อการเปลี่ยนระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย พบว่าความวิตกกังวลทำให้เกิดการกดการทำงานของภูมิคุ้มกันของเซลล์ กดการตอบสนองต่อแอนติบอดี ยับยั้งกระบวนการ phagocytosis ลดการตอบสนองของเม็ดเลือดขาวต่อแอนติเจน และไม่ชัดเจน

3.2.6.1.5 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของประจำเดือน

3.2.6.2 ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยที่ความวิตกกังวลมีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจ อารมณ์จะเปลี่ยนแปลงเร็ว ไวต่อสิ่งกระตุ้น ตื่นตัวดี รู้สึกกระวนกระวาย หวาดหวั่น ไม่สบายใจ ทุกข์ใจ กลุ้มใจ ความคิดฟุ้งซ่าน ตึงเครียด ไม่อยากเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น วิจารณ์ตนเองและผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ความสนใจต่อตนเองลดลง จิตใจไม่สงบและสมาธิลดลง เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้นบุคคลนั้นจะพยายามขจัดความวิตกกังวลออกไป โดยแสดงออกทางพฤติกรรมที่โต้ตอบ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย โกรธพุดเร็ว พุดชวนทะเลาะ มีท่าทางกระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง หรืออาจแสดงพฤติกรรมแบบซ่อนเร้น เช่น รู้สึกขุ่นเคืองและไม่เป็นมิตร มีการเบี่ยงเบนความสนใจไปสู่อาการหรือความเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ มีอาการหอบหืด มีพฤติกรรมถอยหนีจากเหตุการณ์ หรือเก็บความรู้สึกไว้ภายในและกลายเป็นอารมณ์เศร้า

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลก่อให้เกิดอันตรายและผลเสียต่อบุคคลได้อย่างมาก ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีพฤติกรรมแสดงออกแตกต่างกันไป ขึ้นกับการรับรู้ การแปลความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ และระดับความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อปฏิกิริยาการตอบสนองที่แตกต่างกัน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดนั้น พบว่าความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนอนในการรักษา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผิดนัด ปฏิเสธการรักษา หรือเลื่อนเวลาในการมารับเคมีบำบัดในครั้งต่อไป หรือในบางรายหันไปรักษาด้วยวิธีการอื่น เช่น วิธีการทางไสยศาสตร์ อันจะส่งผลทำให้ระยะและความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น จนเมื่อกลับมารักษาอีกในระยะหลังอาจทำให้โรคลุกลามไปมาก ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วยได้

3.3 แนวคิดเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia)

อาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่เกือบทุกชนิด พบว่า 23-61% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปัญหาการนอนไม่หลับ โดยที่ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาก่อนที่จะนอนหลับมากกว่า 15 นาที มีอาการตื่นเป็นช่วงๆ ในเวลากลางคืน และอาการนอนไม่หลับนั้น ประเมินได้จากอาการนอนไม่หลับซึ่งแบ่งเป็น 3 มิติ ประกอบด้วย การเข้าสู่การนอนหลับยาก การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องหรืออาการตื่นเป็นระยะในช่วงที่นอนหลับ และการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้อีก

3.3.1 ความหมายและองค์ประกอบของอาการนอนไม่หลับ

ความหมายของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia) ในพจนานุกรมศัพท์แพทย์ (Medical dictionary) พบว่า อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) หมายถึงอาการนอนไม่หลับ ตาแข็ง นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ศึกษาและให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับ ไว้ดังนี้

Mendelson, Gillin and Wyatt (1980) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับเป็น ความรู้สึกของบุคคลที่ไม่สามารถนอนหลับได้และมีการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ลักษณะของการนอนไม่หลับนั้นเป็นอาการ (symptom) ไม่ใช่อาการแสดง (sign)

Lacks & Morin (1992) และ Savard & Morin (2001) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ อาการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty falling asleep, initial or sleep onset insomnia) ไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Trouble staying asleep with prolonged nocturnal awakenings, middle or maintenance insomnia) รวมถึง การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้อีก (Early morning awakening)

Riedel & Liehstein (2001) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับหมายถึง การมี ปัญหาในการนอนหลับและปัญหาการนอนหลับไม่ต่อเนื่อง

Norman (2001) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับหมายถึง การกล่าวถึงภาวะ บกพร่องในการนอนหลับซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในภาวะประจำวัน

Montgomery & Denis (2004) ได้ให้ความหมายของ อาการนอนไม่หลับ ว่าเป็น ความผิดปกติของการเริ่มต้นนอนและการนอนอย่างต่อเนื่อง ตื่นเช้ากว่าปกติ และไม่สามารถหลับ ต่อได้

Seller (1993) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติของการเริ่มต้นนอน และการนอนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัญหาดังต่อไปนี้คือ ใช้เวลาในการนอนหลับนาน คุณภาพการนอนหลับต่ำ ขาดการนอนหลับลึกและการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตา ตื่นบ่อย และตื่นเช้ากว่าปกติ

Nordhus et al., (1998) and Cochran (2003) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับ เป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความไม่พึงพอใจในปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ โดยมีอาการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty falling asleep, initial or sleep onset insomnia) ไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Frequent awakenings during the night) ตื่นเช้ากว่าปกติ (Too early awakening) และรู้สึกว่าการนอนหลับไม่เพียงพอ (Non restorative sleep)

Greenblett (1978) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับเป็นลักษณะที่แสดงความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับของบุคคลที่ไม่เป็นไปตามที่ควรจะเป็นหรือแบบที่บุคคลต้องการให้เป็น ในบุคคลที่มีอาการนอนหลับยากมักมีหนึ่งลักษณะหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้

ลักษณะทางด้านการรายงานด้วยตนเอง (Subjective report) ได้แก่ ใช้เวลานานในการนอนหลับ ตื่นหลายครั้งในขณะหลับฝันร้าย ไม่สามารถนอนหลับได้ต่อเนื่องเพียงพอ ตื่นเวลาเช้ากว่าปกติ และไม่สามารถหลับต่อได้ รู้สึกง่วงนอนและไม่สดชื่นในตอนเช้า

ลักษณะทางด้านการรายงานโดยการประเมินหรือวัด (Objective sign) ได้แก่ ระยะเวลาในการนอนหลับ ตื่นหลายครั้งในเวลากลางคืน มีช่วงการนอนหลับในระยะกลอกลูกตาที่รุนแรง ตื่นเวลาเช้ากว่าปกติ มีความบกพร่องในการทำงานด้านจิตใจมีผลต่อคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalogram)

สุรชัย เกื้อศิริกุล (2536:11) ให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับว่าหมายถึงการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ หรือการอดนอนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น มีการนอนหลับลำบาก การนอนหลับไม่สนิท ตื่นบ่อยๆเวลากลางคืน (ในบางกรณีอาจมี arousal เกิดขึ้นโดยที่ตัวผู้ป่วยไม่ทราบ หรือรู้สึกตัว) หรือการนอนหลับได้น้อยเพราะ มีการตื่นนอนขึ้นตอนเช้าตัวรู้สึกตัว

สุรชัย เกื้อศิริกุล (2544) ให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับ หรือการนอนหลับไม่เพียงพอเป็นอาการไม่ใช่โรค มีลักษณะใดลักษณะหนึ่งหรือหลายลักษณะรวมกัน คือ การนอนไม่หลับหรือนอน การนอนหลับไม่สนิท ตื่นขึ้นมากกลางดึก หรือหลับๆตื่นๆ การตื่นนอนเช้าหรือเร็วกว่าปกติและตื่นแล้วไม่สดชื่น

สมาคมโรคทางจิตเวชแห่งสหรัฐอเมริกา กล่าวว่า ลักษณะจำเริญของความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Disorders) คือ การบ่นว่านอนหลับยาก หรือหลับไม่นานเป็นสำคัญหรือตื่นขึ้นมาแล้วรู้สึกเหมือนไม่ได้พักแม้ว่าจะนอนได้นานแล้วก็ตาม (non restorative sleep) ความผิดปกติดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นระยะเวลาอย่างน้อยหนึ่งเดือน และมีความรุนแรงพอที่จะทำให้ผู้นั้นบ่นอ่อนเพลียเพลียแรงในเวลากลางวันตามสมควรหรือไม่ก็ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นอาการบางอย่างที่อ้างได้เกี่ยวกับความผิดปกติของการนอน เช่น หงุดหงิด หรือการทำหน้าที่การงานในเวลากลางวันเกิดความบกพร่อง

DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 1994) กล่าวว่า ผู้มีอาการนอนไม่หลับ มีดังต่อไปนี้ อาการสำคัญ คือ การเข้าสู่การนอนหลับยากหรือนอนหลับได้ต่อเนื่อง หรือนอนไม่เต็มอิ่ม มีอาการเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน โดยการนอนหลับไม่เพียงพอ (ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าระหว่างวัน) มีสาเหตุมาจากความทุกข์ทรมานจากโรคหรือการเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ในสังคม อาชีพ หรือการทำหน้าที่

สำคัญอื่นๆ ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับ อาการง่วงนอนเป็นประจำ (Narcolepsy) อาการหายใจลำบาก ในขณะที่หลับ (Breathing –Related Sleep Disorder) ความผิดปกติของนาฬิกาชีวภาพในการนอนหลับ (Circadian Rhythm Sleep Disorder) อาการนอนหลับมาก (Parasomnia) ความผิดปกติทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า (Major Depressive Disorders) ความผิดปกติของนาฬิกาชีวภาพ (Circadian Rhythm Disorder) ภาวะวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder) อาการหลงลืม (Delirium) และไม่เป็นผลจากการขาดยา หรือการใช้ยาต่างๆ

World Health Organization (1992) ให้ความหมาย อาการนอนไม่หลับ คือ มีการนอนหลับลำบาก หรือการนอนหลับไม่สนิท หรือคุณภาพของการนอนหลับไม่ดี โดยการนอนไม่เพียงพอจะมีอาการอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 1 เดือน มีอาการหมกมุ่นหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะนอนไม่หลับตลอดเวลาทั้งกลางวันและกลางคืน มีความไม่พึงพอใจกับคุณภาพและ/หรือปริมาณของการนอนหลับ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือรบกวนกิจวัตรประจำวันได้

มีผู้ที่ให้คำนิยามอาการนอนไม่หลับไว้โดยมีความหมายตรงกัน แต่ใช้คำที่แตกต่างกัน มีดังนี้

การเข้าสู่การนอนหลับยาก (Lacks and Morin,1992; American Psychiatric Association,1994; Nordhus et al., 1998 ; Savard & Morin ,2001; Cochran ,2003) มีคำที่ใช้คล้ายคลึงกัน ได้แก่ การนอนลำบาก (สุรชัย เกื้อศิริกุล , 2544 ; World Health Organization ,1992) เป็นความผิดปกติของการเริ่มต้นนอน (Seller, 1993 ; Montgomery & Denis ,2004) .ใช้เวลานานในการนอนหลับ (Greenblett ,1987)

การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (Lacks and Morin,1992; Seller ,1993 ; American Psychiatric Association,1994; Nordhus et al., 1998 ; Riedel & Liehstein ,2001; Cochran ,2003; Montgomery & Denis ,2004) มีคำที่ใช้คล้ายคลึงกัน ได้แก่ การหลับไม่สนิท การตื่นหลายครั้งในเวลากลางคืน (สุรชัย เกื้อศิริกุล , 2544 ; World Health Organization ,1992)

การตื่นเชากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (สุรชัย เกื้อศิริกุล , 2544 ; Greenblett ,1987; Lacks and Morin,1992; Seller ,1993 ; Nordhus et al., 1998 ; Cochran ,2003; Montgomery & Denis ,2004)

อาการนอนไม่หลับนั้นมีความรุนแรงพอที่จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (World Health Organization ,1992; American Psychiatric Association,1994; Norman ,2001) หรือผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นอาการบางอย่างที่อ้างได้เกี่ยวกับความผิดปกติของการนอน (American Psychiatric Association,1994) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นการนอนหลับที่มี

คุณภาพการนอนหลับต่ำ (Seller, 1993 ; Nordhus et al., 1998 ; Cochran, 2003) มีค่าที่ใช้คล้ายคลึงกัน ได้แก่ การรู้สึกง่วงนอน การรู้สึกวอนนอนไม่เต็มอิ่ม (Greenblatt, 1987) ตื่นแล้วไม่สดชื่น (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544)

สรุปได้ว่า อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับทั้งในเชิงปริมาณ รูปแบบการนอนหลับ และคุณภาพของการนอนหลับ โดยผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับจะรายงานว่ามีอาการอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีอาการ ได้แก่ การเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มล้มตัวลงนอนจนกระทั่งเคลิ้มหลับหรือหลับลงที่ใช้เวลามากกว่าบุคคลทั่วไป (ใช้เวลา นานกว่า 30 นาที) การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep, DMS) หมายถึงเมื่อผู้ป่วยนอนหลับแล้ว มีอาการตื่นเป็นระยะในช่วงที่นอนหลับ การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) หมายถึง การที่ผู้ป่วยตื่นนอนเร็วกว่าปกติ รู้สึกง่วงนอน ไม่สดชื่นในตอนเช้า และไม่สามารถหลับต่อได้ และมีผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย หรือผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นอาการบางอย่างที่อ้างได้เกี่ยวกับความผิดปกติของการนอน

3.3.2 ประเภทของอาการนอนไม่หลับ

แบ่งประเภทของอาการนอนไม่หลับไว้ 2 ระบบคือแบ่งตามระยะเวลาการเกิดอาการ และแบ่งตามความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้คือ

3.3.2.1. ประเภทของอาการนอนไม่หลับแบ่งตามระยะเวลาการเกิดอาการ (Nordhus et al., 1998 ; สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544) ได้จำแนกชนิดของอาการนอนไม่หลับ และสาเหตุในทางคลินิกออกเป็นกลุ่มตามระยะเวลาของการเกิดอาการดังนี้

3.3.2.1.1 ปัญหาการนอนที่เกิดขึ้นเร็ว เป็นอยู่ในช่วงเวลาสั้นๆ และมักไม่เรื้อรัง (acute หรือ short-term หรือ transient insomnia) ระยะเวลาที่มีอาการนอนไม่หลับต่อเนื่องกันน้อยกว่า 2 สัปดาห์ มักมีสาเหตุมาจากปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาตึงเครียดในชีวิต เช่น อารมณ์ เสียใจ ความเจ็บปวด สิ่งกระตุ้น ความโศกเศร้า ความวิตกกังวล หรือการเปลี่ยนแปลงเวลาการทำงานอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงในความเป็นอยู่ และสภาพแวดล้อม เช่น เสียงดัง อุณหภูมิร้อนเกินไป การเปลี่ยนที่นอน ถ้าร่างกายสามารถปรับตัวได้กับสภาพที่เป็นอยู่หรือมีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ลุล่วง การนอนไม่หลับก็จะหายไป

3.3.2.1.2 ปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรัง (Chronic insomnia หรือ long-term) โดยเกิดขึ้นมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจจะมาจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุร่วมกันดังเช่น

โรคทางจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์ตกต่ำหรือซึมเศร้าและวิตก

กังวล

โรคทางอายุรกรรม เช่น โรคสมองเสื่อม ภาวะทางฮอร์โมน การตั้งครรภวิทย์ของ โรคหอบหืด Gastrointestinal reflux และอาการปวดเรื้อรัง อาจรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยได้

ยา เช่น กาแฟ สเตียรอยด์ ยากันเบต้าและยาลดน้ำหนักรักษาต่างๆ รวมทั้ง แอมเฟตามีน

โรคของการนอนหลับโดยตรง (primary sleep disorder) ได้แก่

Restless leg syndrome ผู้ป่วยที่มีอาการรู้สึกไม่สุขสบาย เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อของขาหรือเท้า และจะรู้สึกดีขึ้น เมื่อได้เคลื่อนไหวเท้า บางครั้งอาจรู้สึกเหมือนมีบางสิ่งคลานในกล้ามเนื้อ อาการเป็นมากในช่วงเย็นที่ผู้ป่วยเข้านอน

Obstructive sleep apnea เป็นการขาดลมหายใจ ระหว่างการนอนหลับเป็นพักๆมักพบในผู้ป่วยที่นอนกรนเสียงดังสลับกับหายใจ อ้วนคอสั้นหนา และมักมีอาการง่วงนอนมากในช่วงกลางวัน การขาดลมหายใจทำให้ขาดออกซิเจนและเกิดการตื่น เป็นระยะ

Circadian Rhythm Sleep Disorder เช่น ผู้ป่วยที่มี เวลาของการนอนเกิดขึ้นช้า และตื่นสายกว่าคนทั่วไป (delayed sleep phase syndrome)

Primary insomnia หรือ psychophysiological insomnia เป็นปัญหาการนอนหลับที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยมักมีเหตุปัจจัยกระตุ้นบางอย่างสั้นๆมาก่อน เช่น ความไม่สบายใจบางอย่าง ถึงแม้ว่าเวลานั้นจะผ่านไปแล้วผู้ป่วยก็ยังมีความวิตกกังวลอยู่ต่อไป ผู้ป่วยจะมีความคิดอยู่ตลอดเวลาว่าคืนนี้จะนอนหลับได้หรือไม่ ยิ่งใกล้เวลานอนจะยิ่งกลัว และหวาดวิตกเกี่ยวกับการนอนมากขึ้น เมื่อเข้านอนก็พยายามอย่างมากที่จะนอนให้ได้ ทำให้มีภาวะ hyperarousal ซึ่งจะหวนไปทำให้ความสามารถที่จะนอนหลับลดลง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถนอนหลับได้ และจะพยายามนอนบนเตียงหรือนอนต่อไปถึงแม้ว่าจะไม่หลับและเกิดความทรมาน แต่ไม่กล้าลุกจากที่นอนเพราะจะทำให้ไม่ง่วง ลักษณะจำเป็นของ Primary insomnia คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ (Insomnia Disorders) ที่เกิดขึ้นเรื่อยๆซึ่งเห็นได้ว่าไม่เกี่ยวข้องกับความคิดทางจิตใจหรือปัจจัยทางร่างกายที่ทราบกันดี เช่น ภาวะทางร่างกาย Psychoactive Substance Use Disorders หรือยา ตามลักษณะผู้นั้นจะเกิดความวิตกกังวลอย่างมากในเวลากลางวัน กลัวว่าจะนอนไม่หลับและหลับไม่นาน เลยอาจกลายเป็นจิตใจที่จดจ่อกับเรื่องนี้เป็นสำคัญ ผู้นั้นพยายามอย่างยิ่งที่จะนอนให้หลับ แต่วิตกกังวลว่าความพยายามเหล่านี้ของตนจะไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งทำให้เกิดความตึงเครียดหรือการปลุกเร้ามากขึ้น แต่สามารถที่

จะนอนหลับได้ถ้าไม่ใช้ความพยายามดังกล่าว เช่น หลับขณะดูโทรทัศน์ และรู้สึกว่าการตื่นเป็นครั้งคราวเมื่อตื่นไปจากสิ่งแวดล้อมในการเข้านอนตามปกติ

โดยทั่วไปการนอนหลับยากมักเป็นปัญหาแบบปฐมภูมิ นอกเหนือจากการเกิดการนอนไม่หลับจากสาเหตุต่อไปนี้ จึงจะเรียกว่า การนอนไม่หลับแบบทุติยภูมิ (Secondary insomnia) (Greenblatt, 1987) ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ภาวะน้ำคั่งในปอด (pulmonary congestion) การเจ็บปวด (pain) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (paroxysmal arrhythmias) ภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ (cerebral arrhythmias) ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (thyrotoxicosis) เนื้องอกชนิด chromaffin (pheochromocytoma) การถอนพิษยา (withdrawal from drug) การใช้ยา ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า

3.3.2.2 ประเภทของอาการนอนไม่หลับแบ่งตามความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Disorders) สามารถแบ่งอาการนอนไม่หลับได้ 3 ประเภท คือ (American Psychiatric Association, 1994)

3.3.2.2.1 อาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจ (Insomnia Related to Another Mental Disorder, Nonorganic) ลักษณะจำเป็น คือ อาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจอื่นๆ (Nonorganic) อาการผิดปกติทางจิตที่พบบ่อยได้แก่ อาการผิดปกติที่ทำให้เกิดความซึมเศร้า (Depressive Disorders) และอาการผิดปกติเกี่ยวกับการตัดสินใจและอารมณ์ที่เกิดจากความวิตกกังวล (Adjustment Disorder with Anxious Mood) ใช้การวินิจฉัยเมื่ออาการนอนไม่หลับนั้นเนื่องจากปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ของผู้ที่มีต่อความผิดปกติทางร่างกายที่คุกคามต่อชีวิต เช่น major depression, adjustment disorder with anxious mood ที่ตอบสนองต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction)

3.3.2.2.2 อาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางกาย (Insomnia Related to a Known Organic Factor) ลักษณะจำเป็น คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Disorders) ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางร่างกายที่ทราบกันดี เช่น ภาวะทางร่างกาย การใช้ยาชนิดต่างๆ หรือ Psychoactive Substance Use Disorders จะไม่ให้การวินิจฉัยโรคนี้ถ้าความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับเป็นผลอันเนื่องมาจากปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ที่มีผลต่อภาวะทางร่างกาย มิใช่เนื่องมาจากภาวะทางร่างกาย

3.3 3 การประเมินอาการนอนไม่หลับและเครื่องมือสำหรับประเมินอาการนอนไม่หลับ

การประเมินอาการนอนหลับมีหลายวิธี ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือแต่ละชนิดจะแตกต่างกันไปตามความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือนั้นๆ การเลือกใช้วิธีการใดในการประเมินการนอนหลับขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการประเมินและความเหมาะสมกับสถานการณ์ (Webster and Thompson,1986:450) การประเมินอาการนอนหลับสามารถประเมินโดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิดได้แก่ การประเมินอาการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Objective Sleep Measurement) และการประเมินอาการนอนหลับทางจิตพิสัย (Subjective Sleep Measurement)(Closs,1988:503; Dorociak,1990:257; Beck, 1992:257; ชนกพร จิตปัญญา, 2543:3)

3.3.3.1 การประเมินอาการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์

(Objective Sleep Measurement) การประเมินอาการนอนหลับชนิดนี้ มีการวัดการนอนหลับโดยตรงซึ่งมีอยู่หลายชนิด ได้แก่

โพลีซอมโนกราฟี (Polysomnography) เป็นเครื่องมือสำหรับแสดงและบันทึกสัญญาณคลื่นไฟฟ้าจากส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อศึกษาสภาพทางสรีรวิทยาในระหว่างการนอนหลับและความผิดปกติที่เกิดขึ้นซึ่งเครื่องมือชนิดเดียวกับเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง เพียงแต่สัญญาณของ Polysomnography แตกต่างออกไป (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล , 2536:77) โดยประกอบด้วย การวัดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalography , EEG) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (electromyogram , EMG) และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตา (electrooculogram, EOG) รวมไปถึงการเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับก๊าซในเลือด ระดับฮอร์โมน อุณหภูมิร่างกาย และระดับความดันโลหิต วิธีการนี้จะสามารถแยกแยะการนอนระยะ REM และNREM ได้รวมทั้งระยะการนอนที่แท้จริง ความก้าวหน้าและความลึกของการนอน (ชนกพร จิตปัญญา, 2543:3) แต่มีข้อเสีย คือ เครื่องมือมีราคาแพง ใช้งานค่อนข้างซับซ้อน ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิคในการประเมินผล (Snyder- Halpern and Verran ,1987; Schweb,1994 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543:3) นอกจากนี้ความผิดปกติบางภาวะ เช่น ภาวะไซเดียมในเลือดต่ำ หลังจากการผ่าตัดหัวใจ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง ทำให้เกิดความสับสน ในการแปลผลคลื่นระหว่างนอนหลับและระหว่างตื่น (Harden, Glaser and Pampiglione ,1968 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543:3) การใช้ โพลีซอมโนกราฟีเป็นการประเมินที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดเพราะสามารถตรวจการนอนได้ทั้งคุณภาพและระยะเวลาการนอนที่แท้จริง แต่ไม่ได้รับการแนะนำให้ใช้ในการประเมินการนอนหลับโดยทั่วไป (Reite et al.,1995)

การประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Body movement) เป็นการวัดการเคลื่อนไหวขณะหลับโดยตรง โดยติดเครื่องมือที่ไวต่อการเคลื่อนไหวที่แขนหรือขาของผู้ป่วย

ซึ่งเป็นการวัดคุณภาพการนอนหลับของร่างกายโดยการดูจากการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยอาจใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ (John,1971 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543:4)

การประเมินโดยใช้มาตรวัดการนอนหลับ (Night cap) เป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับที่พัฒนามาจากการวัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถเคลื่อนย้ายได้ ใช้วิธีการวัดการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวของร่างกาย ลูกตาและศีรษะ การวัดวิธีนี้ไม่สามารถแบ่งแยกการนอนหลับ NREM ระยะที่ 1 ถึง 4 ได้ แต่สามารถบอกถึงภาวะตื่นระยะ REM และ NREM ได้ เมื่อนำผลการวัดด้วยวิธีนี้มาเปรียบเทียบกับการใช้การวัดโดยใช้โพลีซอมโนกราฟีพบว่าในระยะเวลาก่อนนอนหลับ ระยะเวลาตื่น ระยะ REM และ NREM และระยะก่อนเข้าสู่ REM ไม่แตกต่างกัน (Ajilore et al.,1995 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543:4) การใช้เครื่องมือนี้เหมาะกับผู้ป่วยหนักมากกว่าการใช้โพลีซอมโนกราฟีเพราะมีขนาดเล็ก เคลื่อนย้ายง่าย และรบกวนผู้ป่วยน้อยกว่า แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถวัดคลื่นสมองได้ จึงไม่สามารถแยกแยะการนอนหลับระยะ NREM 1 ถึง 4 ได้ จึงไม่เหมาะในการใช้วัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง (ชนกพร จิตปัญญา, 2543:4)

การประเมินโดยใช้เครื่องมือข้อมือ (Wrist actigraphy) เป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับที่ใช้สวมข้อมือคล้ายนาฬิกาใช้วัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย แปลผลจากความถี่คลื่นไฟฟ้า สามารถวัดปริมาณการนอนหลับและการตื่นได้ดี (Schweb,1994 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543:4) เครื่องมือชนิดนี้สามารถใช้ได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ สะดวก ไม่รบกวนผู้ป่วย เสียค่าใช้จ่ายน้อยแต่ต้องอาศัยความชำนาญของผู้ประเมินในการแปลผล

การประเมินโดยใช้เครื่องวัดการนอนหลับข้างเตียง(Bedside monitor systems) เป็นเครื่องมือในการประเมินการนอนหลับโดยวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและอัตราการหายใจในระหว่างการนอนหลับรวมถึงการตึงตัวของกล้ามเนื้อและการกลอกตา (John,1971)

การประเมินโดยใช้เตียงวัดการนอนหลับ (Static charge-sensitive bed) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อการนอนหลับและการหายใจผิดปกติของระหว่างการนอนหลับ ลักษณะเครื่องมือเป็นที่นอนพองน้ำ ซึ่งสามารถวิเคราะห์สัญญาณได้ 3 อย่าง คือ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ลักษณะของการหายใจ และการเต้นของหัวใจ (Beck, 1992:257) จากการบันทึกกราฟสามารถแยกแยะความแตกต่างของการตื่น การนอนหลับลึก และการนอนหลับแบบ REM

Dream doctor เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการจำแนกการนอนหลับแบบ REM โดยบันทึกความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพื่อใช้ประเมินความแตกต่างระหว่างพัฒนาขึ้นเพื่อการนอนหลับและการหายใจผิดปกติของระหว่างการกลอกลูกตาและกระพริบตาในช่วงตื่น (Beck,1992)

การประเมินความไวของผิวหนัง (Electrodermal activities, EDA) เป็นการวัดการส่งกระแสไฟฟ้าของผิวหนัง วัดความไวในช่วงการหลับ ต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของไฟฟ้าสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของลูกตา (Doroclak,1990)

3.3.3.2 การประเมินการนอนหลับทางจิตพิสัย (Subjective Sleep Measurement)

เป็นการประเมินโดยการรับรู้ด้วยตนเองของผู้ป่วยสามารถบอกถึงการนอนหลับได้ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ (Richardson,1997) การวัดแบบการประเมินการนอนหลับด้วยวิธีนี้เป็นทำให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับความรับรู้ถึงการนอนหลับได้ดี (John,1971 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543:50) ซึ่งสามารถประเมินได้หลายวิธี ได้แก่

การประเมินค่าด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scales) เป็นวิธีที่ง่ายและมีประสิทธิภาพ โดยมาตรวัดเป็นลักษณะเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยวลี ที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการวัด เช่น ความรู้สึกหลังตื่นนอน คุณภาพการนอนหลับ ความพึงพอใจในการหลับ วิธีประเมินโดยให้ผู้ถูกประเมินขีดเครื่องหมายลงบนเส้นในตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง วัดออกมาเป็นตัวเลข ผู้ที่ประเมินด้วยวิธีนี้จะสบายใจและตัดสินใจง่าย กรณีการประเมินการหลับต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (erial assessment) การเลือกใช้วิธีนี้สามารถหลีกเลี่ยงปัญหาที่ผู้ประเมินอาจเกิดความไม่แน่ใจที่จะประเมินใกล้เคียงกับครั้งก่อน จึงใช้ได้ดีหากต้องการการประเมินแบบต่อเนื่อง เช่น การประเมินการนอนหลับในช่วงเวลาหนึ่ง หรือ หลังการได้รับการนอนหลับ ข้อจำกัดของการประเมินวิธีนี้คือ ข้อความหรือวลีที่ใช้อาจสื่อความรู้สึกผู้ถูกประเมินไม่ตรงกัน สิ่งสำคัญก็คือต้องอธิบายให้ผู้ประเมินเข้าใจความหมายของเครื่องหมายเสียก่อน (Closs,1988b อ้างถึงใน นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์, 2539: 24) ซึ่งการศึกษาของ ไอท์เกน (Aitken,1969 อ้างถึงใน นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์, 2539: 24) พบว่าการประเมินนี้มีความสัมพันธ์กับการสังเกตของพยาบาลเกี่ยวกับระยะเวลาการนอนหลับของผู้ป่วยในระดับค่อนข้างสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการศึกษาของการประเมินด้วยการวัดทำนองนในการประเมินความพึงพอใจพบว่า มีความสัมพันธ์กับการประเมินด้วยแบบสอบถามเช่นกัน แสดงว่ามาตรวัดการเปรียบเทียบด้วยสายตามีความเชื่อมั่นในระดับค่อนข้างสูง ตัวอย่างแบบวัดชนิดนี้ได้แก่แบบวัดของ Verran and Snyder Halpern (VSH Sleep Scale) (Snyder- Halpern and Verran ,1987)

มาตรส่วนประมาณค่าด้วยตนเอง (Subjective rating scales) เป็นวิธีที่ง่ายต่อการประเมินการรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น อาการง่วง ซึม หรือ ความรู้สึกหุดหู่ แบบประเมินนี้วัดออกมาเป็นตัวเลข (interval scale) มีความไวและสะดวกในการใช้ ข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือนี้คือ ไม่สามารถประเมินพฤติกรรมของบุคคลที่อดนอน

ติดต่อกันเป็นเวลานานได้ และผู้ประเมินอาจมีความโน้มเอียงที่จะเลือกข้อความที่มีระดับคะแนนสูง ทำให้ผลการประเมินผิดพลาดได้ (Closs,1988:504;Herscovitch and Broughton,1981:83; Kryger et al .,1987: 165 อ้างถึงในบุญชู อนุสาสนนันท์, 2536: 37) การวัดวิธีนี้ได้แก่ แบบวัด Stanford Sleepiness Scale (SSS) ซึ่งเป็นแบบวัดปริมาณของการนอนหลับโดยมีช่วงคะแนน 7 ระดับ (ชนกพร จิตปัญญา, 2543:6)

การสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นการทบทวนรูปแบบการนอนหลับ-ตื่นของผู้ป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการเจ็บหลับ ความสัมพันธ์ของการนอนหลับกับการหายใจที่แปรปรวน การปวดเรื้อรังในตอนกลางคืน การมีพฤติกรรมประหลาดเกิดขึ้นในขณะหลับ (parainsomnia) เช่น นอนละเมอ ปัสสาวะรดที่นอน ชัก ขากระตุกในระหว่างนอน (Norman,Chediak,Kiel andCohn,1990 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543:6) ลักษณะถามคล้ายแบบสอบถาม เป็นวิธีการประเมินทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ ข้อดีของวิธีนี้คือ ผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายคำถามให้ผู้ตอบเข้าใจได้จึงใช้ได้ดีแม้ผู้ตอบจะอ่านเขียนหนังสือไม่ได้ และรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามที่ต้องการ แต่มีข้อเสีย คือ ต้องใช้เวลามาก และอาจมีข้อผิดพลาดในการสื่อและแปลความหมาย (Closs,1988:505 อ้างถึงในบุญชู อนุสาสนนันท์, 2536: 38)

การบันทึกการนอนหลับประจำวัน (Sleep diaries) เป็นการบันทึกการนอนหลับและตื่นในแต่ละวัน ผู้ป่วยสามารถบันทึกจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ จำนวนครั้งการตื่นระหว่างช่วงเวลาหลับ การตื่นนอนเร็วกว่าปกติ ความรู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานยา คาเฟอีน อัลกอฮอล์ รวมทั้งกิจกรรมที่ทำในเวลากลางวัน (Haythornthwaite,Hegal and Kerns , 1991 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543:7) วิธีการประเมินทำได้ง่าย สะดวก ประหยัด แต่วิธีนี้ไม่เหมาะสมสำหรับการศึกษาการนอนหลับในผู้ป่วยอาการ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หรือผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลช่วงสั้นๆ (Closs,1988:505 ; John,1971: 486 อ้างถึงในบุญชู อนุสาสนนันท์, 2536: 38)

การสังเกต (Personal observation) เป็นการสังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ถูกวัด วิธีการนี้ใช้กันอย่างแพร่หลายในเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวช โดยสังเกตเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ลักษณะของการหายใจ อัตราการหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ระยะเวลาหลับ ระยะเวลาตื่น วิธีนี้สามารถประเมินระยะเวลาการนอนหลับและความต่อเนื่องของการนอนหลับได้ แต่เป็นวิธีที่ไม่สะดวกและไม่สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง เนื่องจากต้องมีผู้สังเกตพฤติกรรมการนอนอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาของการวัดและต้องใช้เวลาอย่างน้อย 15-30 นาที ในการสังเกตเพื่อการประเมินการนอนหลับของผู้ป่วย(Closs,1988 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543:7)

การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ลักษณะเป็นคำถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบหรือเติมคำ ประเภทของคำถามขึ้นอยู่กับเรื่องที่ต้องการประเมิน โดยคำถามส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับแบบแผนของการนอนหลับ ปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับรวมถึงอาการนอนไม่หลับ ข้อดีของวิธีนี้คือ ให้ข้อมูลที่มีความแน่นอนในเวลารวดเร็ว ส่วนข้อเสียคือ ผู้ถูกประเมินต้องอ่านออกเขียนได้ และมีความสามารถในการคิดปกติ ดังนั้นจึงใช้ไม่ได้ในผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตหรือโรคประสาท ผู้ป่วยที่ได้ยากดประสาท (Fuller and Schaller-Ayers,1990:361 อ้างถึงในบุญชู อนุศาสนนันท์, 2536: 38) ตัวอย่างแบบสอบถามชนิดนี้ได้แก่ St. Mary Hospital Sleep Questionnaire ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ และใช้ทดสอบในผู้ป่วยศัลยกรรม อายุกรรมจิตเวช และบุคคลปกติ (Ellis ,Johns, Lancaster, Raptopoulas, Angelopoulos and Priest,1981อ้างถึงใน พรสวรรค์ โจรณกิตติ, 2544: 38)

นอกจากนี้ยังมีการนำเกณฑ์การประเมินภาวะความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Disorders) ของสมาคมโรคทางจิตเวชแห่งสหรัฐอเมริกาคือ DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1993) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน 1) อาการเด่นชัดที่ผู้ป่วยมักจะบ่นว่าเข้านอนแล้วหลับยากหรือหลับได้ไม่นาน เห็นได้ว่าผู้นอนหลับพอแต่รู้สึกเหมือนไม่ได้พัก 2) ความผิดปกติในข้อ 1) เกิดขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นระยะเวลาอย่างน้อยหนึ่งเดือน และมีความรุนแรงพอที่จะทำให้ผู้นอนหลับเปลี่ยนแปลงในระยะเวลากลางวันตามสมควร หรือไม่ก็ผู้อื่นสามารถสังเกต เห็นอาการบางอย่างที่อ้างได้ว่าเกี่ยวกับความผิดปกติของการนอน เช่น หงุดหงิดหรือการทำหน้าที่การงานในเวลากลางวัน เกิดความบกพร่อง 3) อาการนอนไม่หลับมิได้เกิดในช่วงการดำเนินโรคของที่เกิดจากการนอนหลับผิดเวลา หรือ parasomnia และต่อมา Li และคณะ (2002) และ Morin (1993) ได้นำ DSM-III มาดัดแปลงเป็นแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ

Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินอาการนอนไม่หลับ และผลจากอาการนอนไม่หลับ (Symptom and consequences of insomnia) ที่ได้รับการศึกษาโดยมีการนำไปหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) จากผู้ป่วยในคลินิกผู้มีปัญหาในการนอนหลับ (sleep disorder clinic) จำนวน 145 คน เท่ากับ 0.74 และมีการประเมินเปรียบเทียบกับการใช้ Polysomnography และ Sleep diary ในการวัดอาการนอนไม่หลับ แล้วว่ามีความตรงและความไวในการวัดการนอนหลับใกล้เคียงกัน (Barien,Vallieres and Morin ,2001)

Insomnia Severity Index ของ Morin(1993) เป็นแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ที่สอบถามเกี่ยวกับ ความยากลำบากในการนอนหลับ (ข้อคำถามข้อที่ 1), การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (ข้อคำถามข้อที่ 2), การตื่นเช้า

กว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (ข้อคำถามข้อที่ 3) , ความพึงพอใจในแบบแผนของการนอน (ข้อคำถามข้อที่ 4) , การรบกวนการดำเนินชีวิต (ข้อคำถามข้อที่ 5) , การทำหน้าที่บกพร่องอันเป็นผลมาจากปัญหาการนอน (ข้อคำถามข้อที่ 6) ,และความทุกข์ทรมานจากปัญหาการนอน (ข้อคำถามข้อที่ 7) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีเลย (ให้คะแนน 0) จนถึงมากที่สุด (ให้คะแนน 4)

เกณฑ์ในการแปลผล คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน โดยแบ่งระดับอาการนอนไม่หลับ (Morin, 1993) ดังนี้

คะแนนรวม	ความหมาย
0-7 คะแนน	ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย (No clinically significant insomnia)
8-14 คะแนน	อยู่ในระยะเริ่มของอาการนอนไม่หลับเลย (Subthreshold insomnia)
15-21 คะแนน	มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง (Clinically insomnia, moderate severity)
22-28 คะแนน	มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (Clinically insomnia, severe)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการนอนไม่หลับและผลจากอาการนอนไม่หลับ (Symptom and consequences of insomnia) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยข้อคำถามสอบถามเกี่ยวกับ ความยากลำบากในการนอนหลับ (ข้อคำถามข้อที่ 1) , การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (ข้อคำถามข้อที่ 2) , การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (ข้อคำถามข้อที่ 3) , ความพึงพอใจในแบบแผนของการนอน (ข้อคำถามข้อที่ 4) , การรบกวนการดำเนินชีวิต (ข้อคำถามข้อที่ 5) , การทำหน้าที่บกพร่องอันเป็นผลมาจากปัญหาการนอน (ข้อคำถามข้อที่ 6) ,และความทุกข์ทรมานจากปัญหาการนอน (ข้อคำถามข้อที่ 7) ซึ่งแบบประเมินนี้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.3.4 อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัญหาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง (Ginsburg et al., 1995; Sarma, 1993; Whelen et al., 1997; Pritsananurungsie, 2000) จากการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999) โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 42 คน พบว่า 45% ของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอนไม่หลับเกือบทุกคืนหรือทุกคืน และอีก 25% ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีปัญหาเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ginsburg และคณะ (1995) และ Harrison และ (1997) ศึกษาปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 30.9% และ 78% ตามลำดับ มีภาวะนอนไม่หลับในระดับปานกลางถึงรุนแรง และจากการศึกษา

ของ Kaye, Kaye และ Madow(1983) ศึกษาารูปแบบการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมีความยากลำบากในการนอนอย่างต่อเนื่องมากที่สุดถึง 45% และเกิดปัญหานี้เฉลี่ย 1.6 วันในสัปดาห์

จากการศึกษาของ Davidson และคณะ (2002) ศึกษาความชุกของรายงานปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง ลักษณะของปัญหาการนอนหลับที่พบในช่วงเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า 41% มีอาการไม่สุขสบายที่ขา (leg restlessness) 31% มีปัญหาการนอนหลับยาก (Insomnia) และ 28% มีปัญหาทางงนอนมาก (excessive sleepiness) นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า 23-61% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปัญหาการนอนไม่หลับ (Omne- Pontine et al.,1992; Couzi, Helzisouer and Fetting, 1995; Lindley et al., 1998; Fortner et al ., 2002) โดยผู้ป่วยใช้ระยะเวลาก่อนที่จะนอนหลับมากกว่า 15 นาที มีอาการตื่นเป็นช่วงๆในเวลากลางคืน รู้สึกว่าตนเองไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรระหว่างวัน และต้องการการงีบหลับในช่วงเวลากลางวันมาก (Berger and Farr, 1999; Andrykowski et al.,1995)

3.3.5 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

จากการศึกษากลุ่มอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าสามารถแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ ได้ดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการกำหนดระยะเวลาและขั้นตอนการนอนหลับของคนเรา เมื่อคนเรามีอายุมากขึ้น การนอนหลับจะมีลักษณะขาดตอนเป็นช่วงๆ(ตื่นบ่อย) ได้มากขึ้นและยากที่จะหลับต่อการตื่นแต่ละครั้งมากขึ้น การนอนหลับแบบ REM และ NREM จะแยกจากกันตั้งแต่ทารกเกิด แต่การนอนขึ้นต่างๆใน NREM แยกได้ชัดเจนตั้งแต่อายุ 6 เดือนขึ้นไป การนอนขึ้นที่ 1 ในวัยเด็กจะใช้เวลาประมาณ 5% ของการหลับทั้งหมด จะค่อยๆเพิ่มขึ้นประมาณ 15% ในคนสูงอายุ delta sleep จะมีสูงสุดช่วงวัยรุ่น และในคนอายุ 20 ปี เหลือประมาณ 15% ถึง 20% ของการหลับทั้งหมด จะลดลงอย่างมากจนเกือบไม่มี delta sleep ในคนอายุ 60 ปี ขึ้นไป REM sleep ของทารกแรกเกิดจะมีประมาณ 50% ของการหลับทั้งหมด และจะลดลงเหลือประมาณ 20% เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นและค่อนข้างคงที่ไปตลอดชีวิต (สุรชัย เกื้อศิริกุล , 2536:9) บุคคลจะเริ่มมีปัญหาการหลับยากเมื่ออายุ 35 ปี มีการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดจำนวน 150 คน เมื่อศึกษาความสัมพันธ์พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาการนอนหลับ ($r= 0.38, p=0.05$) และการศึกษาของ Bleiker และคณะ (2000) พบว่าอายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลเพียงตัวเดียวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง (Mary, Thomas and Heiene,2002)

เพศ จากการศึกษาแบบแผนการนอนหลับตามระยะพัฒนาการระหว่างเพศชายและหญิง พบว่าชายมีความแปรปรวนของรูปแบบการนอนหลับมากกว่าและเร็วกว่าเพศหญิง ประมาณ 18-20 ปี เนื่องจากประสิทธิภาพการนอนหลับของเพศชายจะเริ่มลดลงอย่างมากหลังอายุ 20 ปี และลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนเพศหญิงจะเริ่มลดลงอย่างมากหลังอายุ 49 ปี (Kedas , Lux and Amedeo , อ้างถึงในวราภา แหลมเพ็ชร์, 2544: 22) และจากการศึกษาของ Mary, Thomas และ Heiene (2002) และ Lee และคณะ (2004) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดเพศหญิงและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีประสบการณ์ความทุกข์ทรมานทางกาย (รวมถึงปัญหาการนอนหลับยาก) มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศชาย

ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว คือประวัติการเกิดปัญหาการนอนไม่หลับหรือได้รับการวินิจฉัยโรคความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับของทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับ (Spielman and Glovinsky, 1991; Morin, 1993) โดยพบว่าในผู้ป่วยที่มีประวัติเกิดปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับนั้นจะมีผลกระทบต่ออาการหลังสารในสมองซึ่งกระตุ้นก้านสมองให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลให้เกิดการนอนหลับ เช่น ซีโรโทนิน (serotonin) หรือ นอร์อะดรีนาลิน (noradrenalin) (Hodgson, 1991) จากการศึกษาของ Morin (1993) พบว่าในผู้ป่วยที่มีประวัติเกิดปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับจะมีแนวโน้มของการเกิดอาการนอนไม่หลับสูง

ความวิตกกังวล (Anxiety) ความวิตกกังวลมีผลต่ออาการนอนไม่หลับเนื่องจากเมื่อเกิดความวิตกกังวลจะมีการหลั่งอะดรีนาลินซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ร่างกายตื่นตัว มีผลให้หลับได้ยากหรือหลับแล้วตื่นก่อนเวลาที่ต้องการ (Kozior, Erb and Mcbufalino, 1989 อ้างถึงใน นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์, 2539: 17) และร่างกายจะมีการหลั่งอิพิเนพรีนและนอร์อะดรีนาลินจากต่อมหมวกไตชั้นใน (adrenal medulla) และ คอร์ติโซน (cortisone) จากต่อมหมวกไตชั้นนอก (adrenal cortex) ทำให้อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต และระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้นอนหลับยากตื่นบ่อยและไม่สามารถหลับต่อได้ภายหลังการตื่นระหว่างการนอนหลับในตอนกลางคืน (Miller, 1999 อ้างถึงใน นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์, 2539) ซึ่งความวิตกกังวลเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งมากถึง 49% (Massie and Popkin, 1998) และเป็นสิ่งแวดล้อมทางจิตใจที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาการนอนหลับยาก (Bleiker et al ., 2000; Lawrence, Gillbert, and Peters, 1996 cited in Savard and Morin, 2001: 899) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) และพัสมณท์ คุ่มทวีพร และคณะ (2540) ศึกษาปัญหาการนอนหลับ พบว่าความวิตกกังวลมีผลทำให้การเข้าสู่การนอนหลับยากขึ้น เกิดฝันร้าย และมีความสัมพันธ์กับจำนวนชั่วโมงการนอนที่น้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ (1996) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการแปรปรวนของการนอนหลับอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.43$, $p=0.00$) รวมถึงความสัมพันธ์กับอาการทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจด้วย (Bleiker et al .,2000) และจากการศึกษาของ ของ Beszterzer และ Lipowski (1977 cited in Savard and Morin,2001) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 47 ราย ผลการศึกษาพบว่าปัญหาการนอนยากมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลด้วย

ความซึมเศร้า ความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่ออาการนอนหลับเนื่องจากความซึมเศร้าจะทำให้ระดับของโมโนเอมีนออกซิเดสสูงขึ้น (monoamine oxidase) สารนี้มีฤทธิ์ทำลายสารสื่อประสาท นอร์อะดรีนาลิน (noradrenalin) และซีโรโทนิน (serotonin หรือ 5-HT) ซึ่งสารสองชนิดนี้จะช่วยให้อารมณ์ผ่อนคลาย และนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (Closs,1999 อ้างถึงในวารสาร แพทย์, 2544: 34) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นช่วงที่เกิดวิกฤตของชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดความตึงเครียดในระหว่างที่ได้รับการรักษาจึงพบว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมะเร็งมีอาการซึมเศร้า (Schroevens et al ,2003) และความชุกในการเกิดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 2 ถึง 3 เท่าเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป (Pirl and Roth, 1999 cited in Davidson et al ,2002) นอกจากนี้ยังพบว่าความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการตื่นเช้ากว่าที่ควร การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ และการฝันร้ายด้วย (Mercadente, Girello and Casuccio, 2004)

ชนิดของโรคมะเร็ง ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิดมีปัญหการนอนไม่หลับแตกต่างกัน ดังการศึกษาของ Davidson และ(2002) ศึกษาความชุกของการรายงานปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งในช่วง 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งไม่จำกัดชนิดจำนวน 982 ราย แบ่งชนิดของโรคมะเร็งเป็น 6 ชนิด ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งระบบทางเดินอาหาร มะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง และมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์เพศชาย ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม Sleep Survey ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีปัญหาเป็นอันดับหนึ่งและสองในทุกปัญหาของการนอนหลับได้แก่ รู้สึกง่วงนอนในเวลากลางวัน รู้สึกอ่อนเพลีย และใช้ยานอนหลับ ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปัญหาการนอนหลับยากและความเหนื่อยล้ามากที่สุด และจากการศึกษาของ Couzi, Helzisoer และ Fetting (1995) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งมีภาวะหมดประจำเดือนจำนวน 190 ราย ผลการศึกษาพบว่า 44% ของผู้ป่วยมีอาการนอนหลับยาก โดย 1/3 ของผู้ป่วยมะเร็งมีปัญหาการนอนหลับในระดับที่รุนแรง ส่วนการศึกษาของ Portenoy และคณะ (1994) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งผลการศึกษาพบว่า 52.4% ของผู้ป่วยมะเร็งมีอาการนอนหลับยาก เมื่อแยกตามชนิดพบว่า 48.6% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปัญหาการนอนหลับยาก และ60%ของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่มีปัญหาการนอนหลับยาก

ระยะของโรคมะเร็ง คุณภาพการนอนหลับมีความแตกต่างกันตามระยะของ

โรคมะเร็ง การศึกษาของ Kurtz และคณะ (1993 cited in Savard and Morin, 2001: 898) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก 54.3% มีภาวะนอนหลับยาก กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 6 เดือน 78% มีภาวะนอนหลับยาก จากการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999: 143-148) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดจำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า 44% ของผู้ป่วยรายงานว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับในช่วง 1 เดือน ก่อนที่จะได้รับการสัมภาษณ์ และพบว่าปัญหาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การวินิจฉัยโรค ($x = 5.82, p = 0.02$) แต่จากการศึกษาของ Bastecky และคณะ (1996) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งระบบทางเดินอาหารพบว่าปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งในระยะเริ่มต้นและระยะสุดท้ายไม่มีความแตกต่างกัน

การรักษาที่ได้รับ ชนิดของการรักษาโรคมะเร็งอาจเป็นการผ่าตัด รังสีรักษา การได้รับยาเคมีบำบัดหรือการรักษาด้วยหลายวิธีร่วมกันมักเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง (Mary, Thomas and Heiene, 2002: 152) จากการศึกษาของ Fortner และคณะ (2002) ศึกษาการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 72 คน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยอายุกรรมอื่น ๆ จำนวน 50 ราย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัดและรังสีรักษา มีความแปรปรวนของการนอนหลับ และมีระยะเวลาการนอนหลับ มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่ได้รับการรักษา ส่วนการศึกษาของ Lindley และคณะ (1998) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กำลังเริ่มได้รับเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนบำบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 23.3% มีอาการนอนหลับยาก ส่วนการศึกษาของ Mary, Thomas และ Heiene (2002) และ Pontin (cited in Savard and Morin, 2001: 899) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีปัญหาการนอนหลับยากน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีและการรักษาหลายชนิดร่วมกัน

ความเจ็บปวด ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งสามารถพบได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งอาจเกิดจากการที่ก้อนเนื้อกดเบียดอวัยวะหรือเส้นประสาท การยืดขยายของอวัยวะจากการเพิ่มขนาดเนื้องอก หรือจากการบวม การกระตุ้นโดยตรงต่อตัวรับสัมผัสเจ็บปวด เมื่อปลายเส้นประสาทรับความเจ็บปวดถูกกระตุ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงศักดาไฟฟ้า (Depolarization) เกิดเป็นกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดขึ้น (นิพนธ์ พวงรินทร์, 2534) ความเจ็บปวดมีผลกระทบทั้งทางด้านกายภาพและจิตใจรวมไปถึงการรบกวนรูปแบบการนอนหลับ (Maryse, Brousseau, 2003: 437) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีการเจ็บปวดเรื้อรัง เช่น ปวดจากมะเร็ง (Closs, 1999) ซึ่งความเจ็บปวดทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง หลับ

ยากขึ้น ระยะเวลาหลับลดลง และทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการนอนหลับที่เกิดขึ้นจะกระทบต่อความเจ็บปวดในวันต่อไปโดยไบลีย์ (Biley, 1994 อ้างถึงในวราภา แหลมเพ็ชร์, 2544: 212) พบว่าปัญหาการนอนหลับยากจากความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งเกิดขึ้นประมาณ 30%-50% ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งจะได้รับการรักษา และ 60%-80% ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Portenoy et al., 1992) จากการศึกษาของ Ground และคณะ (1994) และ Tsul และคณะ (1994) พบว่า 59% และ 67% ตามลำดับของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามรปัญหาการนอนหลับซึ่งเกิดจากความเจ็บปวดโดยตรง นอกจากนี้ Fortner และคณะ (2002) ศึกษาการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในการนอนหลับมากที่สุดคืออาการ ปวด นอกจากนี้จากการศึกษาของ Serin และคณะ (1995) ศึกษาในระดับความเจ็บปวดผู้ป่วยมะเร็งและผลกระทบ ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งทั้งระดับเล็กน้อย (0-4 คะแนน) ปานกลาง (5-7 คะแนน) และระดับรุนแรง (8-10 คะแนน) มีผลรบกวนด้านการนอนหลับมากที่สุด

3.3.6 ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี

บำบัด

ภาวะที่มีอาการนอนไม่หลับ มีผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยวัดจากพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงดังนี้

3.3.6.1 ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่าอาการนอนไม่หลับมีผลต่อการทำงานของเม็ดเลือดขาว จากการศึกษาของ Irwin, Smith และ Gillin (1992 cited in Savard and Morin, 2001) พบว่าระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการนอนหลับ ประสิทธิภาพของการนอนหลับ ระยะเวลาของการนอนหลับโดยไม่มีอาการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็วที่ลดลง มีความสัมพันธ์กับการทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด natural killer cell activity คือการทำงานของเม็ดเลือดขาวจะลดลงทำให้การต่อต้านเซลล์มะเร็งของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้พบว่าอาการนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อการรอดชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรังรวมถึงมะเร็งด้วย (Wingard and Berkman, 1983) จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนหลับยาก จะมีอัตราการรอดชีวิตน้อยกว่า 5 ปี (Degner and Sloan, 1995 cited in Savard and Morin, 2001:901) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าอาการนอนหลับที่ต่อเนื่องน้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืนมีการทำนายว่าจะเพิ่มอัตราการตายสูงขึ้น (Kripke et al., 1979) เนื่องจากปัญหาการนอนหลับทำให้ผู้ป่วยขาดการนอนหลับในระยะเดลต้า (delta sleep) ซึ่งเป็นช่วงการนอนหลับที่เหมาะสมในการเพิ่มการสังเคราะห์เนื้อเยื่อและลดการทำลายของชั้นเนื้อเยื่อ และมีการแบ่งตัวอย่างมากของการสร้างไขกระดูก เม็ดเลือดต่างๆ การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Adam and Oswald, 1984) ซึ่งช่วยในการป้องกันการเติบโตของก้อนเนื้อร้าย และ

การแพร่กระจายของมะเร็ง ซึ่งในขณะนอนหลับใช้เวลาน้อยกว่าครึ่งของเวลาการแบ่งตัว
ในขณะตื่น (Closs,1988)

3.3.6.2 ผลกระทบด้านจิตใจและพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการ
เหนื่อยล้า ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ (Morin,1993; สูดประนอม
สมันตเวคิน, 2546) และการศึกษาของ Sarna (1993) ซึ่งพบว่า 31% ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มี
อาการเหนื่อยล้ามักมีอาการนอนไม่หลับ มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในช่วงเวลากลางวัน
(daytime functioning) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับจะมีอารมณ์แปรปรวน
(mood disturbance) ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ตื่นตระหนก สับสน หลงผิดและประสาท
หลอน มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับในระยะยาวมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการ
ซึมเศร้า วิตกกังวลและติดยาใน 30 ปีต่อมา (Gillin, 1998 cited in Savard and Morin,2001)
และจากการศึกษาของ Beszterezer และ Lipowski (1977 cited in Savard and Morin,2001)
ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 47 ราย ผลการศึกษาพบว่าปัญหาการ
นอนยากมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลด้วย

3.4 แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก (Well-being)

มีผู้ให้คำนิยามของคำว่า ความผาสุก (Well-being) กับคุณภาพชีวิต (Quality of
life)ว่ามีความหมายเหมือนกัน สามารถใช้คำ 2 คำนี้แทนกันได้ โดยมีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

Dalkey และ Rourke (Dalkey and Rourke,1965 cited in Ferran and Powers,
1985: 15-16) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงความผาสุก (Sense of well-being) ความพึง
พอใจหรือไม่พึงพอใจในชีวิต (Satisfaction or dissatisfaction) หรือการมีความสุขหรือไม่มี
ความสุขในชีวิต (Happiness or unhappiness)

Burkhardt (1985: 11-16) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต คือการรับรู้คุณภาพใน
ชีวิตของตนว่าดี มีความพึงพอใจในชีวิต แต่ละบุคคลมีภาวะสุขภาพกายและด้านวัตถุ (physical
and material well-being)

Deen (1985) กล่าวว่าคำที่มีความหมายเหมือนคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความพึง
พอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า มี
ความหมาย และภาวะหน้าที่ของบุคคล

Ferran และ Powers (1985:15) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงความรู้สึก
เป็นปกติสุข (Sense of well-being) ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตแต่ละด้านที่มี
ความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ

Somchit Hanucharumkul (1988:10) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตหมายถึงถึง

การรับรู้ความผาสุก (well-being) ความสุข (happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) แม้ในขณะที่บุคคลนั้นอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและได้รับผลกระทบจากการรักษา

Ferran และ Powers (1992) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงความรู้สึกถึงการมีความผาสุกของบุคคลนั้น ซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตและมีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

Cella (cited in Ferran , 2000) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงเป็นขอบเขตที่บุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านร่างกาย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมแนวคิดคุณภาพชีวิต ซึ่งมีความหมายเดียวกันกับความผาสุก และเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย เนื่องจากมีความสอดคล้องกับองค์ประกอบของตัวแปรที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในครั้งนี้

แนวคิดของคุณภาพชีวิต (Quality of life)

3.4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

Burkhardt (1985: 11-16) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต คือการรับรู้คุณภาพในชีวิตของตนว่าดี มีความพึงพอใจในชีวิต แต่ละบุคคลมีภาวะสุขภาพกายและด้านวัตถุดี (physical and material well-being) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และความสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม/ ชุมชน/ สังคมในกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งแต่ละบุคคลมีการพัฒนาตนเอง การทำให้บรรลุผลและการหาเวลาพักผ่อน

Dalkey และ Rourke (Dalkey and Rourke, 1965 cited in Ferran and Powers, 1985: 15-16) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงความผาสุก (Sense of well-being) ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในชีวิต (Satisfaction or dissatisfaction) หรือการมีความสุขหรือไม่มีความสุขในชีวิต (Happiness or unhappiness)

Ferran และ Powers (1985:15) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well-being) ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตแต่ละด้านที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ

Padilla และ Grant (1985:45-60) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงการรับรู้ของบุคคลทั่วไปต่อความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจ เป็นคุณลักษณะที่บุคคลแสดงออกทั้งทางบวกและทางลบ

Yourd และ Longman (Yourd and Longman, 1983 cited in Padilla and Grant ,1985:46) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงการรับรู้ถึงระดับความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

Somchit Hanucharurnkul (1988:10) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต

หมายถึง

การรับรู้ความผาสุก (well-being) ความสุข (happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) แม้ในขณะที่บุคคลนั้นอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและได้รับผลกระทบจากการรักษา

Zhan (1992:797) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงระดับของความพึงพอใจในชีวิตซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล

Meeberg (1993:34) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป การประเมินสภาวะทางจิตใจของบุคคล ด้านความพึงพอใจในชีวิต ภาวะทางกาย จิตสังคม และอารมณ์ที่บุคคลตัดสินใจในสภาวะที่อาจยอมรับได้ และการประเมินโดยบุคคลอื่นว่ามีสภาวะในการดำรงชีวิตเหมาะสมและชีวิตไม่ถูกคุกคาม

Ferrans (1997:113) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงความรู้สึกของความผาสุกที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับชีวิตที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้นเป็นปกติ

Lindberg, Humler and Kruszewski (1998) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงความรู้สึกผาสุกทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

The World Health Organization (The World Health Organization cited inFayen and Machin, 2003:3) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงภาวะที่มีความผาสุกสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคมไม่เพียงแต่ปราศจากโรคเท่านั้น

อุทุมพร จามรรมาน (2530: 1) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะชีวิตของคนที่ได้รับ ความพอใจในสภาพที่ตนเป็นอยู่ มีอยู่หรือได้รับอยู่

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2534: 189,271) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนชีวิตให้ความหมายว่า หมายถึงความเป็นอยู่ตรงข้ามกับความตาย แต่ไม่ได้กล่าวรวมในความหมายของคุณภาพชีวิต ดังนั้นสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลขณะมีชีวิตอยู่

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2535: 34) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า และชีวิตที่มีความหมาย

วัลภา ครุฑแก้ว (2540) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง เป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของมนุษย์

อำภาพร พัววิไล และกันยา นภาพงษ์ (2543: 218-233) ให้ความหมาย

คุณภาพชีวิต หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึก/ รับรู้/ มีประสบการณ์ว่าองค์ประกอบที่จำเป็นต่อชีวิตของคนมีอยู่และอยู่ในระดับที่ตนเองพึงพอใจ

สรุป คุณภาพชีวิต หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึก/ รับรู้/ มีประสบการณ์ว่าองค์ประกอบที่จำเป็นต่อชีวิตของคนมีอยู่และอยู่ในระดับที่ตนเองพึงพอใจ หรือความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตในด้านของการประเมินสภาวะทางจิตใจของบุคคล ด้านความพึงพอใจในชีวิต ภาวะทางกาย จิต สังคม และอารมณ์ที่บุคคลตัดสินใจในสภาวะที่สบายใจ และได้รับการประเมินโดยบุคคลอื่นว่ามีสภาวะในการดำรงชีวิตเหมาะสมและชีวิตไม่ถูกคุกคาม ซึ่งเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของมนุษย์

3.4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

แนวคิดในลักษณะโครงสร้างองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต มี 2 แนวคิด คือ

3.4.2.1 คุณภาพชีวิตประกอบด้วยมิติเดียว เป็นแนวคิดที่มองว่าคุณภาพชีวิตสามารถสรุปเป็นภาพรวมโดยผ่านคำถามเดียวได้ เพราะเชื่อว่าบุคคลรับรู้ชีวิตของตนเป็นองค์รวมตามความเป็นจริงที่ตนประสบอยู่ไม่สามารถแยกแยะตามขอบเขตที่กำหนดได้ (อัมพรพรพรรณ ธีรานูตร, 2541; Cantril cited in Oleson, 1990) เช่น การศึกษาเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เป็นต้น

3.4.2.2 คุณภาพชีวิตประกอบด้วยหลายมิติ เป็นแนวคิดที่มองว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบหลายด้าน เพราะคุณภาพชีวิตของบุคคลสามารถกระทบได้ด้วยปัจจัยหลายอย่าง เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ปัจจัยจากสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น การประเมินจึงครอบคลุมในทุกองค์ประกอบของบุคคล มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ ดังนี้

Padilla และ Grant (1985:48) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตที่เป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าคุณภาพชีวิตมี 6 องค์ประกอบคือ

1.ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being and systems) ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย ความเหนื่อยล้า ภาวะสุขภาพ ความสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ และการรับรู้ถึงประโยชน์ของตน

2.ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) เป็นมิติที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความผาสุก ความรู้สึกสนุกสนาน ความพึงพอใจในชีวิต ความพอใจในการรับประทานอาหาร และความพึงพอใจในการนอนหลับ

3.การรับรู้ต่อภาพลักษณ์ของตนภายหลังการรักษา ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บปวด ความสามารถในการปรับตัวต่อสูญเสียอวัยวะ รวมทั้งการปรับตัวอยู่กับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง

4.การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาที่มีผลต่อสัมพันธภาพทางเพศ
อาการข้างเคียงจากการรักษา รวมทั้งความถี่และความรุนแรงของความเจ็บปวด

5.การตอบสนองต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก และความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร

6.ความผาสุกในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในด้านที่เกี่ยวกับการติดต่อกับบุคคล
ในสังคม การได้รับการต่อต้านจากบุคคลอื่น รวมทั้งความรู้สึกเป็นส่วนตัวของบุคคล

Fillenbaum (1985) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ
พบว่าคุณภาพชีวิตมี 7 องค์ประกอบคือ

1.ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) ซึ่งเป็น
องค์ประกอบด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันต่างๆ มีความสามารถทางด้าน
กายภาพ(Physical Activities of Daily Living)

2. ด้านสุขภาพกาย เป็นองค์ประกอบด้านสภาวะทางด้านร่างกาย

3. สุขภาพจิต คือสภาวะทางด้านจิตใจ เป็นการประเมินสภาพจิตเสื่อมที่ส่งผลต่อ
ความสามารถในการทำงานของสมองขั้นสูง 5 ด้าน คือการรับรู้ กาลเวลา สถานที่ ความจำความ
สนใจและการคำนวณ การรำลึก ด้านภาษาและการสื่อความหมาย การประเมินภาวะซึมเศร้าจาก
ความรู้สึกเบื่อหน่าย ความรู้สึกเศร้าหมอง ความรู้สึกอยากร้องไห้ ความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึก
หงุดหงิด ความรู้สึกไร้คุณค่า ความรู้สึกไม่ยอมทำอะไร ความรู้สึกหมดกำลังใจและความสิ้น
หวัง

4 . ด้านสังคม จะเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่มีดีทางสังคม ประกอบด้วย สัมพันธภาพ
ในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน สัมพันธภาพกับญาติพี่น้อง การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

5. ด้านเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบที่ประเมิน ความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจ ประเมิน
จากสภาพการเงินการมีทรัพย์สินอื่นๆ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

6.ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการประเมินองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม
ประกอบด้วยสภาพที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมต่างๆในบ้านและในชุมชน

7. ด้านการดูแล เป็นการประเมินถึงการสนับสนุนทางการดูแลที่ได้รับ

Ferrel et al. (1988:1-9) ศึกษาคุณภาพชีวิตและกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมในองค์ประกอบด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ

1.ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being and systems) ได้แก่ การ
ควบคุมหรือบรรเทาอาการและรักษาบทบาทหน้าที่และความเป็นอิสระ

2.ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) ได้แก่ ค้นหาความรู้สึกของการควบคุมในการเผชิญกับลักษณะการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ความโศกเศร้าทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงในชีวิต และความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงทางบวกในชีวิต

3.ความผาสุกด้านสังคม (Social well-being) เป็นแนวทางที่ไม่ใช่เฉพาะโรคมะเร็งหรืออาการแต่เป็นบุคคลที่มีเนื้องอก ซึ่งหมายถึง การยอมรับในบุคคลที่เป็นมะเร็งในบทบาทและสัมพันธภาพ

4.ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ได้แก่ เป็นความรู้สึกของความไม่แน่นอนในชีวิต สิ้นหวังหรือไร้จุดหมายในชีวิต การเปลี่ยนแปลงในทางบวกคือเพิ่มความหมายของชีวิตและความสำคัญของกิจกรรมทางศาสนา และแหล่งสนับสนุนอื่นๆ

Zhan (1992:797) กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ต้องประกอบด้วย 4 ด้านคือ

1. ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ในเรื่องทั่วไป ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และครอบครัว

2. ด้านอัตมโนทัศน์ (self concept) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง ประกอบด้วย ลักษณะ รูปร่าง หน้าตา บุคลิกภาพ ความหวัง การยึดมั่นในศาสนา การยอมรับ และการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

3. ด้านสุขภาพและหน้าที่ของร่างกาย (Health and Functioning) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถด้านร่างกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. ด้านปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic factors) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของการศึกษา อาชีพ และรายได้ (เสาวรส ปริญาจิตตะ, 2540: 27)

Rulkholn และ Mcgirr (1994) กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 ด้าน คือด้านความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ด้านทัศนคติของบุคคล ด้านความผาสุกในชีวิต และด้านการสนับสนุนจากสังคม

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ได้ศึกษาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตและมีการปรับปรุงพัฒนามาเป็นลำดับ โดยศึกษาและทดสอบในวัฒนธรรมต่างกันเป็น 6 ด้านคือ

1. ด้านร่างกาย ในเรื่องของความเจ็บปวด ไม่สบาย เมื่อยล้า การนอนหลับพักผ่อน

2. ด้านจิตใจ ในความรู้สึกทางบวก ความคิด การเรียนรู้ ความจำ ความจำ การ

มีสมาธิ ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาพลักษณ์ของตน และสิ่งที่ปรากฏ ความรู้สึกทางลบ

3. ^{ขึ้น}ของความเป็นอิสระ การเคลื่อนไหว กิจวัตรประจำวัน การใช้จ่ายหรือการรักษา ความสามารถในการทำงาน

4. สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมทางเพศ

5. สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ความปลอดภัยทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมในบ้าน แหล่งเงินทุน การเดินทาง การดูแลทางสุขภาพและสังคม โอกาสได้รับข้อมูลและสันทนาการ

6. จิตวิญญาณ ประกอบด้วยความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม

3.4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสามารถประเมินได้หลายแนวทางตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตนั้น ทำได้ดังนี้

UNESCO (1980) ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ

1.ด้านวัตถุวิสัย (objective) เป็นการประเมินด้านวัตถุวิสัยโดยอาศัยข้อมูลทางรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับด้านจิตวิทยา ซึ่งประเมินได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความปกติสุข ความสุข คุณค่าในตนเอง เป็นต้น

Frank-stromberg(1984) ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะคือ

1. ด้านวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (objective scales yielding quantitative data) เป็นการวัดหรือการประเมินจากสิ่งที่สังเกตได้ โดยอาจจะประเมินได้จากตัวของผู้ป่วยเอง หรือโดยบุคคลอื่นก็ได้ ผลที่ได้จะเป็นตัวเลข เช่น ความสามารถในด้านร่างกาย อาชีพ การศึกษา และรายได้

2.ด้านจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกที่ได้รับโดยประเมินออกมาเป็นตัวเลข

3. ด้านจิตวิสัยโดยวัดเป็นเชิงคุณภาพ (subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง ซึ่งผู้ป่วย

จะได้รับคำถามถึง ความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพโดยการบรรยาย ผล
ที่ได้เป็นการบรรยายบอกถึงลักษณะสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

Meeberg (1993) ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต โดยอาศัยตัวบ่งชี้ ซึ่ง
จำแนกได้ 2 ประเภทคือ

1. ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น
รายได้ อาชีพ การศึกษา และการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ซึ่งสามารถประเมินได้โดยบุคคลอื่น
2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลที่เป็น
ความรู้สึกนึกคิดของตัวผู้ป่วยเอง เช่น ความพึงพอใจในชีวิตความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
 เป็นต้น

Raphael (1996) ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ด้าน
วัตถุวิสัยและด้านจิตวิสัย โดยที่ตัวบ่งชี้ทั้งสองมีลักษณะในการประเมินแตกต่างกันคือ

1. ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (objective indicators) เป็นตัวบ่งชี้ที่มีเกณฑ์ชี้วัดชัดเจน
สะดวกต่อการใช้ประเมิน มีเนื้อหาครอบคลุมองค์ประกอบด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ด้าน
ร่างกาย สิ่งแวดล้อม สังคมหรือชุมชนที่อยู่อาศัย ข้อมูลที่ได้จึงมีประโยชน์ต่อการพัฒนาหรือ
เตรียมการให้การรักษาดูแลจนใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในสังคม งานวิจัยด้านการแพทย์
และสังคมวิทยาจึงนิยมใช้ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัยเป็นส่วนใหญ่

2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นตัวบ่งชี้ที่เน้นไปถึงการรับรู้ของ
บุคคล ดังนั้นผลการประเมินจะแสดงให้เห็นถึงระดับของความพึงพอใจหรือความสุข ลักษณะของ
การประเมินจึงเน้นความรู้สึกต่อการได้รับการตอบสนองมากกว่าความเพียงพอของวัตถุที่ได้รับ

Spizer และคณะ (1961 อ้างถึงใน นฤมล ศาสตร์สุข, 2540) ได้สรุปว่าเครื่องมือที่
ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดี ควรประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการ คือ

1. ข้อความสั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก
2. กว้างขวาง ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตในแต่ละด้าน
3. เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มชนชั้น
4. เน้นปริมาณ
5. สามารถใช้ได้หลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดน้อยที่สุด เกี่ยวกับปัจจัยทางด้าน
อายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรคเรื้อรัง
6. ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้จริง
7. เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก
8. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
9. แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัด ในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่

แตกต่างกัน

10. มีเหตุผลที่ดี

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสามารถประเมินได้จากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตแบบโครงสร้างเดียว

(unidimensional measures) เป็นการใช้คำถามเดียวเพื่อวัดคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม มักนิยมใช้มากที่สุดในกลุ่มที่ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตเป็นภาพรวม (Farguhar, 1995b) แต่มีข้อเสียคือเครื่องมือจะขาดความไวในการวัด (sensitivity) และไม่สามารถแยกได้ชัดว่าผลจากการให้โปรแกรมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านแตกต่างจากด้านอื่นๆอย่างไร

2. การประเมินโดยมีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ

(multidimensional measures) แนวคิดนี้เชื่อว่าคุณภาพชีวิตไม่ได้ขึ้นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับหลายๆสิ่ง โดยเชื่อว่าการประเมินโดยวิธีนี้จะถูกต้องตามสภาพความเป็นจริงมากกว่าการประเมินจากมิติเดียว แต่การประเมินคุณภาพชีวิตโดยวิธีนี้อาจจะทำให้เกิดการคาบเกี่ยวกันในแต่ละด้านของคุณภาพชีวิต และทำให้เกิดความหลากหลายของการวัดในแต่ละด้าน จากความคิดเห็นเกี่ยวกับการแบ่งด้านของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน (Farguhar, 1995a)

Zhan (1992) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตว่าควรประเมินให้ครอบคลุมโครงสร้าง 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งความรู้สึกพึงพอใจเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล
2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความปกติสุขทางด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่า และภาพลักษณ์
3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้ถึงความปกติสุขทางด้านร่างกาย ซึ่งเชื่อว่าสุขภาพและการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆของร่างกายจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นเรื่องความปกติสุขทางด้านสังคม

สมชาย สุขสิริเสรีกุล (2539) กล่าวถึงการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไว้ 3 ด้านคือ

1. โดยการบรรยายลักษณะของคุณภาพชีวิต
2. การวัดคุณภาพชีวิต
3. การให้ค่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่วัดมาได้และให้ความหมายของค่านี้

Zhan (1992) เสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตว่าควรประเมินจากหลากหลายโครงสร้าง ควรจะประเมินทั้งเชิงจิตวิสัยและเชิงวัตถุวิสัยร่วมกัน ซึ่งเป็นไปในทิศทาง

เดียวกันกับแนวคิดของ Hass (1999) ที่ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพว่าจะควรประเมินจากทั้งตัวบ่งชี้ทางด้านวัตถุวิสัยและด้านจิตวิสัย เพื่อที่จะประเมินคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100)

คุณภาพชีวิต มีความหมายว่า เป็นการรับรู้ของบุคคล ในองค์ประกอบของชีวิตในระบบของวัฒนธรรม ค่านิยม ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน ซึ่งแนวคิดการรับรู้ของบุคคลมีหลายเกณฑ์ของชีวิต WHOQOL-100 เป็นการวัดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ โดยมีการพัฒนาทั้งในแนวกว้างทั้งทางภาษาและวัฒนธรรม โครงสร้างของแบบวัด ใช้ได้โดยทั่วไปในโลกในภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และหมวด (domain) ต่างๆ 6 หมวด 24 ข้อ ซึ่งแบบวัดนี้มีข้อย่อยทั้งหมด 100 ข้อ ประกอบด้วย 4 มิติ คือ

1. ความเข้ม (Intensity) เป็นคะแนนที่แสดงถึงระดับของประสบการณ์ของบุคคลในสถานการณ์นั้นๆ
2. ความสามารถ (Capacity) เป็นคะแนนที่แสดงถึงความรู้สึกในความสามารถภาวะหรือพฤติกรรม ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต
3. ความถี่ (Frequency) เป็นคะแนนที่บอกถึงความถี่ของพฤติกรรมหรือภาวะ
4. การประเมิน (Evaluation) เป็นคะแนนที่ประเมินถึงความรู้สึกทางบวกในคุณภาพชีวิต

จากที่กล่าวมาข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต Quality of life index ของ Paddila and Grant (1985) เป็นแบบประเมินการรับรู้ในความผาสุกด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ความรู้สึกด้านภาพลักษณ์ การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ด้านการผ่าตัด การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ด้านโภชนาการ และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัว แบบประเมินนี้ได้แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (1988) ซึ่งมาลี วรลัคนากุล (2535) นำมาปรับข้อความใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด แบบประเมินนี้มี 19 ข้อ คำถาม เป็นข้อความด้านบวก 14 ข้อ ข้อความด้านลบ 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Linear analog scale) ยาว 100 มิลลิเมตร บนเส้นตรงมีตัวเลข 0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100 กำกับ โดยตำแหน่งต้นหรือ จุด 0 และตำแหน่งปลายสุดหรือจุด 100 จะมีคำชี้แจงถึงคุณภาพชีวิต ที่เลวที่สุดหรือดีที่สุด โดยการตอบคำถามผู้ตอบจะเลือกกากบาทและเขียนเลขกำกับกับเส้นตรงในจุดที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ตอบซึ่งแบบประเมินนี้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.4.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่ต้องประสบกับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการดำรงชีวิตในครอบครัว ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงได้ โดยส่งผลกระทบต่อทุกมิติของคุณภาพชีวิตดังนี้

ผลกระทบในด้านร่างกาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยในด้านของภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้และหรืออาเจียนบ่อยครั้ง และมีความรุนแรงของอาการและหรืออาเจียนมากที่สุด รองลงมาคือความทุกข์ทรมานจากอาการผมร่วงและเบื่ออาหาร ความอยากอาหารลดลง(นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542) ภายหลังได้รับเคมีบำบัด 1-2 วันพบว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ในภาพรวมของการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันลดลง (Meyorowitz, et al.,1979: 1613 อ้างถึงใน ชูติพันธุ์ สงวนจิรพันธุ์, 2540) โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีการทำกิจกรรมลดลงและมีการนอนหลับพักผ่อนในช่วงเวลากลางวันมากขึ้น ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 61.3 และภายหลังได้รับเคมีบำบัดไปแล้ว 1-2 วัน ผู้ป่วยจะมีความต้องการการพักผ่อนในการนอนหลับค่อนข้างสูง (ชูติพันธุ์ สงวนจิรพันธุ์, 2540:56) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพียงใจ ดาโลปการ(2545) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ร้อยละ32.50 ต้องหยุดพักงานที่ทำอยู่เนื่องจากเกิดความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการได้รับเคมีบำบัด โดยที่เคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่อยากทำอะไร โดยมีระยะเวลาและความรุนแรงที่เกิดขึ้นแตกต่างกันและมีระยะเวลาอยู่ในช่วง 1-15 วัน เกิดการสะสมของของเสียได้แก่กรดแลคติกซึ่งเป็นผลผลิตสุดท้ายของการทำลายเซลล์ (Winningham et al.,1994:25) ส่งผลกระทบต่อการทำงานโดยที่ผู้ป่วยมีการลาหยุดพักงานตั้งแต่ 2-15 วัน โดยเฉลี่ยมีการลาพักงานตั้งแต่ 2-4 วัน ภายหลังจากการได้รับเคมีบำบัด นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ภายหลังได้รับเคมีบำบัดแล้วจะมีปัญหาของอาการนอนไม่หลับถึง 23-61% (Omne- Pontine et al.,1992; Couzi, Helzisouer and Fetting, 1995; Lindley et al., 1998; Fortner et al., 2002) โดยผู้ป่วยใช้ระยะเวลาก่อนที่จะนอนหลับมากกว่า 15 นาที มีอาการตื่นเป็นช่วงๆในเวลากลางคืน รู้สึกว่าตนเองไม่ยอมปฏิบัติกิจวัตรระหว่างวัน และต้องการการงีบหลับในช่วงเวลากลางวันมากขึ้น (Berger and Farr, 1999; Andrykowski et al.,1995) สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี (2543) ที่พบว่าความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้นภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัดนั้นมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในทุกชุดของการได้รับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เช่น การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นอาการอ่อนล้าหรืออาการนอนไม่หลับให้ลดน้อยลง เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นปกติ

ผลกระทบในด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังที่ได้รับการ

ผ่าตัด ถ้าได้รับการรักษาเสริมด้วยวิธีการต่างๆเพิ่มเติม ได้แก่ เคมีบำบัด จะทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น เช่น ผมร่วง อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานและน่าอับอาย ในความรู้สึกของผู้ป่วย (วิลเลียมส์ จันทรพวง, 2534) นอกจากนี้พบว่าการได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาซึ่งเป็นการรักษาเสริมที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแล้ว จะเกิดความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาใดๆเพิ่มเติม (บีทมา คูปตจิต, 2533: 88) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาในด้านของภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากการทำผ่าตัดโดยมีเต้านมเหลือเพียงข้างเดียว ผมร่วงจากการได้รับเคมีบำบัดซึ่งอาการของผมร่วงจะเกิดขึ้นตั้งแต่การได้รับเคมีบำบัดในชุดที่ 1 ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย ไม่มั่นใจในตนเองที่จะเข้าสังคม เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ในบางรายเกิดความวิตกกังวลมากขึ้นจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับระยะของโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ตนเองได้รับ และมีความวิตกกังวลในเรื่องของผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผมร่วง เยื่อจมูกอักเสบ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (พินทุสร โชตินาคาร, 2539:62) นอกจากนี้ปัญหาของการนอนหลับที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (ปิยวรรณ ปุณฺณภานุรังษี, 2543) ที่พบบ่อยคืออาการนอนไม่หลับ (insomnia) พบได้ถึง 23-61% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Omne- Pontine et al.,1992; Couzi, Helzisouer and Fetting, 1995; Lindley et al., 1998; Fortner et al., 2002) โดยผู้ป่วยใช้ระยะเวลาก่อนที่จะนอนหลับมากกว่า 15 นาที มีอาการตื่นเป็นช่วงๆในเวลากลางคืน รู้สึกว่าตนเองไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรระหว่างวัน และต้องการการงีบหลับในช่วงเวลากลางวันมาก (Berger and Farr, 1999; Andrykowski et al.,1995) โดยอาการนอนไม่หลับจะมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ความรู้สึกนึกคิด การจดจำลดลง สมาธิในการทำงานลดลง ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น และสุดท้ายอาจนำไปสู่อาการซึมเศร้าได้ในที่สุด

ผลกระทบในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ภายหลังได้รับเคมีบำบัด 1-2 วัน

พบว่ามีผู้ป่วยจะมีการรับรู้ในภาพรวมของการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันลดลง (Meyorowitz, et al.,1979: 1613 อ้างถึงใน ชูติพันธุ์ สงวนจิรพันธุ์, 2540) โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีการทำกิจกรรมลดลงและมีการนอนหลับพักผ่อนในช่วงเวลากลางวันมากขึ้น ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 61.3 และภายหลังได้รับเคมีบำบัดไปแล้ว 1-2 วัน ผู้ป่วยจะมีความต้องการการพักผ่อนในการนอนหลับค่อนข้างสูง (ชูติพันธุ์ สงวนจิรพันธุ์, 2540:56) สอดคล้องกับงานวิจัยของเพียงใจ

ดาโลปการ(2545) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ร้อยละ 32.50 ต้องหยุดพักงานที่ทำอยู่เนื่องจากเกิดความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการได้รับเคมีบำบัด โดยที่เคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่อยากทำอะไร โดยมีระยะเวลาและความรุนแรงที่เกิดขึ้นแตกต่างกันและมีระยะเวลาอยู่ในช่วง 1-15 วัน เกิดการสะสมของของเสียได้แก่กรดแลคติกซึ่งเป็นผลผลิตสุดท้ายของการทำลายเซลล์ (Winningham et al.,1994:25) ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงานซึ่งได้มาด้วยรายได้ โดยที่ผู้ป่วยมีการลาหยุดพักงานตั้งแต่ 2-15 วัน โดยเฉลี่ยมีการลาพักงานตั้งแต่ 2-4 วัน ภายหลังจากการได้รับเคมีบำบัด การลาหยุดพักงานดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีรายได้ลดลง นอกจากนั้นพบว่าความสามารถในการทำงานและการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมลดลงด้วย ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ความสนใจหรือแรงจูงใจในการทำงานลดน้อยลง ไม่อยากทำกิจกรรมใด ทำให้บทบาทของผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และส่งผลให้เป็นปัญหาต่อสังคมต่อไปในอนาคต

ผลกระทบในด้านจิตวิญญาณ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเหล่านี้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยและได้รับความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดความวิตกกังวลในวิธีการรักษาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการรักษา (วิไลลักษณ์ จันทร์พวง, 2534) เกิดความทุกข์ทรมานจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อันเป็นผลจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด เช่น ผมร่วง ผิวหนังสีคล้ำขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน (นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542) ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าความเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น และสิ้นหวังในชีวิต จนบางคนรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป

3.4.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐานตามทฤษฎีของ Orem (2001:245) ประกอบด้วย

อายุ (Age) Orem(2001: 372-379) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นขึ้นกับอายุ โดยเริ่มมาตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อถึงวัยผู้สูงอายุ นั่นคือบุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองเปลี่ยนไปตามอายุ และหากบุคคลสามารถดูแลตนเองได้ดีจะส่งเสริมให้เกิดความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดี Padilla and Grant (1985: 56) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง เนื่องจากอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และพบว่าบุคคลที่มีอายุต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศนีย์ จินางกูร(2530) ที่ศึกษาคุณภาพ

ชีวิตในผู้ป่วยไตวายล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร พบว่าอายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการตอบสนองเพื่อการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน พบว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี การเจ็บป่วยและการรักษาจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มสร้างฐานให้ชีวิต ต่างกับผู้ป่วยในวัยกลางคนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง เนื่องจากเป็นวัยที่มีงานทำเป็นหลักฐานชีวิตที่ดี จึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

เพศ (Gender) Orem(2001: 245-247) กล่าวว่าเพศเป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคคล เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระ ซึ่งอาจส่งผลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ระยะพัฒนาการ (Development state) Orem(2001: 246-251) กล่าวว่าบุคคลจะมีการพัฒนาความรู้และทักษะตามเหตุการณ์ที่ประสบตามระยะพัฒนาการของชีวิต เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการดูแลตนเอง ซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย พัฒนาการของร่างกายและความผาสุกโดยทั่วไป

ภาวะสุขภาพ (Health state) Orem(2001: 327) และสมจิต หนูเจริญกุล (2540: 53-54) กล่าวว่าหมายถึงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนการวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic state) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural orientation) Orem(2001: 254)กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติทางบวกต่อการดูแลตนเองพบว่าระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานด้านนี้ ในปัจจุบันครอบครัวและสถานศึกษาจะพยายามให้เด็กเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเองนำสู่ความผาสุก (Well being) หรือคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2538: 88) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ

ระบบบริการสุขภาพ (Health care system factors) Orem(2001: 327)กล่าวว่าหมายถึงระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรับเข้าโรงพยาบาล การรับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาล จนครบกระบวนการรักษาพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ สมจิต หนูเจริญกุล (2540: 53) กล่าวว่า เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง ที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้

ระบบครอบครัว (Family system factors) Orem(2001: 409)กล่าวว่า ความสัมพันธ์ของบุคคลภายในครอบครัว มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกที่เจ็บป่วย ครอบครัวเป็นได้ทั้งปัจจัยด้านบวกหรือด้านลบต่อการจัดการกับภาวะสุขภาพของบุคคลขึ้นกับแต่ละสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญ

แบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern of living) ได้แก่ แบบแผนที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตร เป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เช่น ในคนที่สูบบุหรี่ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลนั้นคือ ร่างกายและปอดปราศจากควันและสารพิษ บุคคลต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมโดยการหยุดสูบบุหรี่เพื่อให้บรรลุความต้องการการดูแลตนเองนั้น

สิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ได้แก่ ที่อยู่อาศัย และภูมิประเทศที่อยู่โดยรอบบุคคล

แหล่งประโยชน์ (Resource availability and adequacy) Orem(2001: 246) กล่าวว่าหมายถึงสิ่งที่เป็นพื้นฐานของบุคคลนำสู่ความต้องการการดูแลตนเอง เช่น แหล่งประโยชน์ที่ทำให้ได้มาซึ่งอาหาร เช่น เงินทอง เป็นต้น สำหรับปัจจัยแหล่งประโยชน์ตัวแปรที่พบมี ผู้นำมาศึกษาคือ รายได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้บรรลุถึงการดูแลตนเองได้ตามความต้องการ ทั้งนี้รายได้เป็นตัวแปรที่สำคัญในการกำหนดให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกพร เทียนคำศรี (2537) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ตัวแปร สถานภาพสมรส ในทัศนะของ Orem กล่าวว่า สถานภาพสมรสเป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญของการสนับสนุนจากผู้ให้การพึ่งพาหรือการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับการเกื้อหนุนจากคู่สมรส การที่บุคคลรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจ คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิดรวมทั้งส่งผลต่ออารมณ์โดยส่วนรวมของบุคคล กล่าวคือทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ได้รับกำลังใจ ความมั่นคงในอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองช่วยส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

3.4.6 ผลกระทบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยในด้านของภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย คือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้และหรืออาเจียนบ่อยครั้ง และมีความรุนแรงของอาการและหรืออาเจียนมากที่สุด รองลงมาคือความทุกข์ทรมานจากอาการผมร่วงและ

เบื่ออาหาร ความอยากอาหารลดลง (นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542) ภายหลังจากได้รับเคมีบำบัด 1-2 วันพบว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ในภาพรวมของการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันลดลง (Meyorowitz, et al.,1979: 1613 อ้างถึงใน ชูติพันธุ์ สงวนจรพันธ์, 2540) โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีการทำกิจกรรมลดลงและมีการนอนหลับพักผ่อนในช่วงเวลากลางวันมากขึ้น ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 61.3 และภายหลังจากได้รับเคมีบำบัดไปแล้ว 1-2 วัน ผู้ป่วยจะมีความต้องการการพักผ่อนในการนอนหลับค่อนข้างสูง (ชูติพันธุ์ สงวนจรพันธ์, 2540:56) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพียงใจ ดาโลปการ(2545) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ร้อยละ 32.50 ต้องหยุดพักงานที่ทำอยู่เนื่องจากเกิดความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการได้รับเคมีบำบัด โดยที่เคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่อยากทำอะไร โดยมีระยะเวลาและความรุนแรงที่เกิดขึ้นแตกต่างกันและมีระยะเวลาอยู่ในช่วง 1-15 วัน เกิดการสะสมของของเสียได้แก่กรดแลคติกซึ่งเป็นผลผลิตสุดท้ายของการทำลายเซลล์ (Winningham et al.,1994:25) ส่งผลกระทบต่อการทำงานโดยที่ผู้ป่วยมีการลาหยุดพักงานตั้งแต่ 2-15 วัน โดยเฉลี่ยมีการลาพักงานตั้งแต่ 2-4 วัน ภายหลังจากการได้รับเคมีบำบัด นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ภายหลังจากได้รับเคมีบำบัดแล้วจะมีปัญหาของอาการนอนไม่หลับถึง 23-61% (Omne- Pontine et al.,1992; Couzi, Helzisuouer and Fetting, 1995; Lindley et al., 1998; Fortner et al ., 2002) โดยผู้ป่วยใช้ระยะเวลาก่อนที่จะนอนหลับมากกว่า 15 นาที มีอาการตื่นเป็นช่วงๆในเวลากลางคืน รู้สึกว่าตนเองไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรระหว่างวัน และต้องการการจับหลับในช่วงเวลากลางวันมากขึ้น (Berger and Farr, 1999; Andrykowski et al.,1995) สอดคล้องกับงานวิจัยของปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี (2543) ที่พบว่าความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้รับเคมีบำบัดนั้นมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในทุกชุดของการได้รับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เช่น การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นอาการอ่อนล้าหรืออาการนอนไม่หลับให้ลดน้อยลง เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นปกติ

ผลกระทบในด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังจากที่ได้รับการผ่าตัด ถ้าได้รับการรักษาเสริมด้วยวิธีการต่างๆเพิ่มเติม ได้แก่ เคมีบำบัด จะทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น เช่น ผมร่วง อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานและน่าอับอายในความรู้สึกของผู้ป่วย (วิไลลักษณ์ จันทรพวง, 2534) นอกจากนี้พบว่าการได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาซึ่งเป็นการรักษาเสริมที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังจากที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแล้ว จะเกิดความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาใดๆเพิ่มเติม

(ปัทมา คุปตจิต, 2533: 88) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาในด้านของภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากการทำผ่าตัดโดยมีเต้านมเหลือเพียงข้างเดียว ผอมร่วงจากการได้รับเคมีบำบัดซึ่งอาการของผอมร่วงจะเกิดขึ้นตั้งแต่การได้รับเคมีบำบัดในชุดที่ 1 ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย ไม่มั่นใจในตนเองที่จะเข้าสังคม เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ในบางรายเกิดความวิตกกังวลมากขึ้นจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับระยะของโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ตนเองได้รับ และมีความวิตกกังวลในเรื่องของผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่วง เยื่อช่องปากอักเสบ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (พินทุสร ไซตินาการ, 2539:62) นอกจากนี้ปัญหาของการนอนหลับที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี , 2543) ที่พบบ่อยคืออาการนอนไม่หลับ (insomnia) พบได้ถึง 23-61% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Omne- Pontine et al.,1992; Couzi, Helzisouer and Fetting, 1995; Lindley et al., 1998; Fortner et al ., 2002) โดยผู้ป่วยใช้ระยะเวลาก่อนที่จะนอนหลับมากกว่า 15 นาที มีอาการตื่นเป็นช่วงๆในเวลากลางคืน รู้สึกว่าตนเองไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรระหว่างวัน และต้องการการงีบหลับในช่วงเวลากลางวันมาก (Berger and Farr, 1999; Andrykowski et al.,1995) โดยอาการนอนไม่หลับจะมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ความรู้สึกนึกคิด การจดจำลดลง สมาธิในการทำงานลดลง ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น และสุดท้ายอาจนำไปสู่อาการซึมเศร้าได้ในที่สุด

ผลกระทบในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ภายหลังจากได้รับเคมีบำบัด 1-2 วันพบว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ในภาพรวมของการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันลดลง (Meyorowitz, et al.,1979: 1613 อ้างถึงใน ชุดิพันธุ์ สงวนจรพันธุ์, 2540) โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีการทำกิจกรรมลดลง และมีการนอนหลับพักผ่อนในช่วงเวลากลางวันมากขึ้น ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 61.3 และภายหลังจากได้รับเคมีบำบัดไปแล้ว 1-2 วัน ผู้ป่วยจะมีความต้องการการพักผ่อนในการนอนหลับค่อนข้างสูง (ชุดิพันธุ์ สงวนจรพันธุ์, 2540:56) สอดคล้องกับงานวิจัยของเพิงใจ ดาไลปการ(2545) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ร้อยละ 32.50 ต้องหยุดพักงานที่ทำอยู่เนื่องจากเกิดความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการได้รับเคมีบำบัด โดยที่เคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่อยากทำอะไร โดยมีระยะเวลาและความรุนแรงที่เกิดขึ้นแตกต่างกันและมีระยะเวลาอยู่ในช่วง 1-15 วัน เกิดการสะสมของของเสียได้แก่กรดแลคติกซึ่งเป็นผลผลิตสุดท้ายของการทำลายเซลล์ (Winningham et al.,1994:25) ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงานซึ่งได้มาด้วยรายได้ โดยที่ผู้ป่วยมีการลาหยุดพักงานตั้งแต่ 2-15 วัน โดยเฉลี่ยมีการลาพักงานตั้งแต่ 2-4 วัน ภายหลังจากการได้รับเคมีบำบัด การลาหยุดพักงานดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีรายได้ลดลง

นอกจากนั้นพบว่าความสามารถในการทำงานและการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมลดลงด้วย ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ความสนใจหรือแรงจูงใจในการทำงานลดน้อยลง ไม่อยากทำกิจกรรมใด ทำให้บทบาทของผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และส่งผลให้เป็นปัญหาต่อสังคมต่อไปในอนาคต

ผลกระทบในด้านจิตวิญญาณ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเหล่านี้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยและได้รับความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดความวิตกกังวลในวิธีการรักษาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการรักษา (วิไลลักษณ์ จันท์พวง, 2534) เกิดความทุกข์ทรมานจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อันเป็นผลจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด เช่น ผมร่วง ผิวหนังสีคล้ำขึ้น คลื่นไส้อาเจียน (นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2542) ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความรุนแรงมากขึ้น และสิ้นหวังในชีวิต จนบางคนรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป

4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Health information)

4.1 ความหมายและความสำคัญของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

การให้ข้อมูลทางการแพทย์ หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988:203) ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมจะเกิดการเรียนรู้และคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลทั้งก่อนและหลังผ่าตัด (Leventhal and Johnson, 1983) และการให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus and Folkman, 1984:151-152)

การให้ข้อมูลด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งหมายถึงการสอน กระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้นรวมทั้งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค เพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ให้กับผู้ป่วยมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม และสามารถบรรเทาอาการต่างๆลงได้ (อภิพันธุ์ กองทอง, 2544) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดนั้น การให้ข้อมูลด้านสุขภาพจะหมายถึงการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนในการดูแลตนเองโดยวิธีการให้ความรู้ด้วยการฟังเทปพร้อมกับการบรรยายประกอบภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการและ

ดูแลตนเองได้ (อุบล จ้วงพานิช, 2542) หรือการให้ข้อมูลด้วยการใช้วิธีการสอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ ทักษะและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการต่างๆได้ด้วยตนเองและส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ดีด้วย (สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547) นอกจากนี้การให้ข้อมูลด้านสุขภาพด้วยกระบวนการสอนเป็นรายบุคคลนั้นจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในเนื้อหาที่สอน เกิดความเชื่อมโยงประสบการณ์ที่มีอยู่กับสิ่งที่จะต้องเรียนรู้ใหม่และสามารถโยงสิ่งที่เรียนรู้ไปสู่ประสบการณ์และแนวทางการปฏิบัติในชีวิตประจำวันและเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม และสามารถบรรเทาอาการต่างๆ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับได้ (Ann M. Berger et al., 2002; Emma Ream et al., 2002; Susan A. Williams & Ann M. Schreier, 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญในขณะที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งจะเป็นการช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเหนื่อยล้าและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น

การให้ข้อมูลนั้นถือเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย จากการประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 มีทั้งหมด 10 ข้อ และข้อที่ 3 ระบุว่า “ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตนเว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น” (สารสภากาชาดไทย, 2541) ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งของทีมสุขภาพที่จะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีความรู้อย่างเพียงพอเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน และจากการที่พยาบาลเป็นผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และพยาบาลยังเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การวินิจฉัยโรค ขั้นตอนของการรักษาพยาบาล สิ่ง que ผู้ป่วยต้องประสบภายหลังการรักษาพยาบาล เป็นต้น อาจกล่าวได้ว่า พยาบาลเป็นแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยสามารถเข้าหาได้โดยตรงในทันที และเป็นเสมือนผู้แปลความหมายของข้อมูลที่แพทย์ให้แก่ผู้ป่วย (Milburn, 1995) ดังนั้นสิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยคือ การให้ข้อมูล การสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ (Dunn, 1997)

4.2 องค์ประกอบของข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบตามหลักของ Butcher (cited in McCloskey and Bulechek,2000) คือ

1) ข้อมูลที่เกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (Procedure component) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงรายละเอียดและขั้นตอนของการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัดแล้วรวมทั้งอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านซึ่งข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล และอาการนอนไม่หลับรวมทั้งสาเหตุของการเกิดอาการดังกล่าวและการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นด้วยตัวของผู้ป่วยเอง และข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด เช่น การเตรียมผู้ป่วยตรวจวินิจฉัยต่างๆ พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการรักษา ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตัว การให้ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเผชิญและเตรียมเผชิญเหตุการณ์นั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม (Leventhal and Johnson,1983)

2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น โดยลักษณะของข้อมูลจะเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็น ภาพเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของเหตุการณ์ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกเมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า ความรู้สึกเมื่ออาการวิตกกังวล ความรู้สึกเมื่อเกิดอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น การให้ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นสอดคล้องกับที่ได้คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะแปลความหมายของข้อมูลตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่อย่างถูกต้องชัดเจน

3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดที่เกิดขึ้นโดยค้นหาความคาดหวังในการรับการรักษาให้ตรงกับความเป็นจริง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค สิ่งผู้ป่วยต้องเผชิญในระหว่างรับการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังรับการรักษา โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญระหว่างรับการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังรับการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้น ให้เวลาในการอธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยอยากรู้ ให้คำแนะนำในการปรับตัวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานและลดภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดความเจ็บป่วย

4.3 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ในการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีการสอน 2 วิธี (Katz, 1997:33-36)

- 1) การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เป็นการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม เป็นการให้ข้อมูลยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถสติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย
- 2) การให้ข้อมูลเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับข้อมูลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่มโดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติตัวได้

4.4 ข้อคำนึงถึงในการให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ได้มีผู้เสนอแนวทางและข้อคำนึงในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยดังนี้ (Manley, 1988; Stanik, 1990 อ้างถึงในสุชาติพ เกษตรลักษณ์ , 2548: 49-50)

- 1) ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูล และสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้รับข้อมูล
- 2) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำสุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด
- 3) ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้ และควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น
- 4) มีขั้นตอนของการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก
- 5) จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงสิ่งที่รบกวนขณะให้ข้อมูล

4.5 ผลของการให้ข้อมูลต่อกลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวล การบรรเทาความเหนื่อยล้าและการส่งเสริมสุขภาพในการนอนหลับ จะช่วยบรรเทาอาการไม่สบายได้ดังนี้

1) เป็นการเพิ่มการรับรู้ของสมองส่วน Thalamus และ Cerebral cortex ซึ่งจะพิจารณาและประเมินการรับรู้ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับ ทำให้ร่างกายมีปฏิริยาการตอบสนองต่ออาการไม่สบายดังกล่าว อีกทั้งการได้รับข้อมูลที่เหมาะสมและสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลเนื่องจากได้รับความรู้ที่ถูกต้อง และกำลังใจ ทำให้มีประสบการณ์การรับรู้ที่ดี ส่งผลให้อาการไม่สบายดังกล่าวลดลง

2) เป็นการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) จากทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulatory model) ของ (Leventhal and Johnson, 1983) ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความรู้ความเข้าใจ เป็นข้อมูลเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย ข้อมูลที่อธิบายถึงรายละเอียด เหตุผล ของการเกิดเหตุการณ์ ลำดับเหตุการณ์ ขั้นตอนการดูแลรักษา เวลาที่เกิดและช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจ (Cognitive control) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จึงลดปฏิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การให้ข้อมูลที่อธิบายถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องและความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่างๆ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น และสาเหตุของการเกิดความรู้สึกนั้นๆ จากเหตุการณ์ที่เผชิญ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับ ชนิด ความรุนแรง ลักษณะระยะเวลา ของความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับ ที่สัมพันธ์กับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งจะมีภาพรวมของความคิด (Mental image) ทำให้มีการรับรู้ และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ และเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ควบคุมปฏิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) และเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และข้อมูลการได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การบรรเทาความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และส่งเสริมสุขภาพลักษณะในการนอนหลับด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การบำบัดด้วยการแพทย์แบบผสมผสาน เช่น การนวด การผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น ดังนั้นเมื่อมี

เหตุการณ์คุกคามต่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการแก้ไข เพื่อบรรเทาอาการไม่สบายเหล่านี้ได้ ทำให้เกิดความสุขสบาย และช่วยให้ควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ (Behavioral control) เมื่อเผชิญเหตุการณ์นั้นๆ

โดยสรุปคือการให้ข้อมูลจะมีผลต่อการรับรู้ที่ระดับของสมอง ทำให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองที่รุนแรงเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับกลุ่มอาการไม่สบายเช่น ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวกับเหตุการณ์ด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้จะช่วยในการบรรเทาอาการไม่สบายเช่น ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับมีประสิทธิภาพแล้ว ยังช่วยลดความเครียด เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง ส่งผลให้อาการที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า คืออาการนอนไม่หลับและความวิตกกังวลลดลงด้วย

4.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็ง

อุบล จวงพานิช (2538) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการผ่าตัดเต้านม ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 40 คน โดยสุ่มแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การพบผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลก่อนการทำผ่าตัด 1 วันโดยใช้เทปบรรยายประกอบภาพพลิกในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยใช้เวลา 30 นาที ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีความวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภันตรี กองทอง (2544) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยศึกษาในผู้ป่วยในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็น 2 ระยะ คือ ในระยะที่ 1 เป็นการสนับสนุนและให้ความรู้ แบ่งเป็น 3 ครั้งได้แก่ ในวันแรกก่อนการฉายรังสี ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที , ครั้งที่ 2 ภายหลังจากการฉายรังสีในครั้งที่ 5 ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที และครั้งที่ 3 ภายหลังจากการฉายรังสีในวันที่ 25 ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ในระยะที่ 2 พบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ประกอบด้วยการสอนและให้การสนับสนุน การชี้แนะ

และการช่วยในการจัดสภาพแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่าระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้สามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษาได้

สายใหม่ ตุ่มวิจิตร(2547)ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าที่เป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ที่คลินิกเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 40 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุของการเกิด และการจัดการกับความเหนื่อยล้าด้วยกลยุทธ์ต่างๆโดยใช้คู่มือประกอบการสอนเป็นรายบุคคลร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยมีคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Wengstrom Y., et al.(1999) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีของ Orem' s Theory ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาแบบรักษาเสริมจำนวน 134 คน คัดเลือกเข้ากลุ่มโดยการสุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อย่างละ 67 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และการรักษาที่ได้รับ การให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด การกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลในกลุ่มทดลองมีประโยชน์ในการช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยคลายความกดดันทางจิตใจและช่วยลดความตึงเครียดได้ นอกจากนี้พบว่าระยะเวลาของการให้ข้อมูลและการให้ข้อมูลทางตรงจะเป็นเครื่องมือที่ทำให้ผู้ป่วยลดความเครียด ลดผลข้างเคียงของอาการที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

Ann M. Berger et al. (2002) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับที่มีผลต่อการนอนหลับ, แบบแผนการนอนหลับและแบบแผนของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด โดยใช้แนวคิดของ Piper's Integrated Fatigue Model (IFM) ทำการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดครั้งที่ 1 จนถึงครั้งที่ 4 จำนวน 25 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างถูกจัดอยู่ในกลุ่มทดลองทั้งหมดและได้รับโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพของการนอนหลับและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อคุณภาพของการนอนหลับ 2) การ

ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการผ่อนคลาย เช่น การออกกำลังกายหรือการสร้างจินตภาพ เพื่อลดความเครียดและช่วยปรับในด้านของอารมณ์ และสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบอารมณ์และระบบความจำให้ดีขึ้นทำให้คลายความตึงเครียด 3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการกำหนดพฤติกรรมในการเข้านอนของผู้ป่วยโดยแนะนำในเรื่องของการใช้เวลาในการนอนที่เตียงไม่มากกว่า 1 ชั่วโมงของการเข้านอนในแต่ละครั้งและจำกัดการงีบหลับในตอนกลางวันไม่มากกว่า 2 ครั้ง/ วัน และการงีบหลับในตอนกลางวันแต่ละครั้ง ใช้เวลาไม่มากกว่า 60 นาที 4) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการกำหนดพฤติกรรมในการเข้านอนที่เป็นมาตรฐานเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ การให้ข้อมูลกระทำทั้งหมด 4 ครั้ง กำหนดให้ข้อมูล 2 วันก่อนที่จะได้รับเคมีบำบัดในครั้งที่ 1,2,3 และ 4 และแต่ละครั้งในการให้ข้อมูลในโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับ ใช้เวลา 30 นาที ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลจะช่วยส่งเสริมการนอนหลับ และทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือที่จะนำเทคนิคที่สอนอันประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพของการนอนหลับและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อคุณภาพของการนอนหลับ ผู้ป่วยนำเทคนิคนี้มาใช้ 68%-78% 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการผ่อนคลาย เช่น การออกกำลังกายหรือการสร้างจินตภาพเพื่อลดความเครียดและช่วยปรับในด้านของอารมณ์ และสามารถให้คลายความตึงเครียด ผู้ป่วยนำเทคนิคนี้มาใช้ 57%-67% 3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการกำหนดพฤติกรรมในการเข้านอนของผู้ป่วยโดยแนะนำในเรื่องของการใช้เวลาในการนอนที่เตียงไม่มากกว่า 1 ชั่วโมงของการเข้านอนในแต่ละครั้งและจำกัดการงีบหลับในตอนกลางวันไม่มากกว่า 2 ครั้ง/ วัน และการงีบหลับในตอนกลางวันแต่ละครั้ง ใช้เวลาไม่มากกว่า 60 นาที ผู้ป่วยนำเทคนิคนี้มาใช้ 76%-80% 4) การให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเข้านอนที่เป็นมาตรฐานเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อที่จะได้นำไปปฏิบัติได้จริงและช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับได้ โดยผู้ป่วยนำเทคนิคนี้มาใช้ ถึง 46%-67% และผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับช่วยลดการตื่นนอนในช่วงกลางคืนได้ รวมทั้งมีประโยชน์ช่วยลดความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ของการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยด้วย

Ream, E. et al. (2002) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลที่แฝงอยู่ในโปรแกรมการบำบัดทางการแพทย์ชื่อโปรแกรม Beating Fatigue ในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้ทฤษฎีของ Unpleasant symptom และการจัดกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับเคมีบำบัดจำนวน 8 คน โดยโปรแกรมชื่อ Beating Fatigue ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือขั้นตอนที่ 1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนและลักษณะของความเหนื่อยล้า สาเหตุของการเกิดความเหนื่อยล้า ข้อมูลในการเตรียมตัวที่จะเผชิญกับผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่อาจเกิดขึ้นภายหลังที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน กลยุทธ์ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การคงไว้ซึ่งความสมดุล

ของการทำกิจกรรมและการพักผ่อน การจัดลำดับความสำคัญของการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ช่วยในการเสริมสร้างเม็ดเลือดการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ และส่งเสริมสุขภาพของการนอนหลับ ขั้นตอนที่2 การประเมินและติดตามอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในแต่ละ Cycle(Cycle ที่ 1, 2 และ 3) ขั้นตอนที่3 พยาบาลที่ให้คำปรึกษาติดตามเยี่ยมบ้านในระหว่างวันที่ 7-10 ของแต่ละ Cycle ที่ 1, 2 และ 3 เพื่อประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยในการที่จะจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนที่4พยาบาลที่ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือและช่วยสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยในเรื่องของการใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าขณะที่อยู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีระดับของความพึงพอใจที่ตนเองได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองสามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าให้ทุเลาลงได้ และผลของโปรแกรม Beating Fatigue มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในด้านเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ทำให้อาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Williams ,S.A. & Schreier, A.M. (2005) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลโดยใช้วิทยุเทปต่อการจัดการความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้าและอาการนอนไม่หลับด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โดยใช้ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองของโอเรม (The Self Care Dificit Nursing Theory of Orem (1995) เป็นกรอบแนวคิด ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในสูตรของ cyclophosphamide, Methotrexate, and Fluorouracil(CMF)or Adriamycin and cyclophosphamide (AC) จำนวน 71 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการใช้วิทยุเทปเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามมาตรฐานการได้รับเคมีบำบัด โดยการวัดความรู้ของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นและวัดระดับของความวิตกกังวล ทั้งหมด 3 ครั้งคือก่อนการทดลอง , หลังการทดลองเดือนที่1 และหลังการทดลองเดือนที่3 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการใช้วิทยุเทปมีความรู้และพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดด้วยตนเองโดยใช้วิธีการหลากหลาย และเพิ่มระดับของความสามารถในการจัดการกับอาการต่างๆได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ลดความวิตกกังวลได้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลพบว่า การให้ข้อมูลด้านสุขภาพด้วยกระบวนการสอนเป็นรายบุคคลนั้นจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในเนื้อหาที่สอน เกิดความเชื่อมโยงประสบการณ์ที่มีอยู่กับสิ่งที่ต้องเรียนรู้ใหม่และสามารถโยงสิ่งที่เรียนรู้ไปสู่ประสบการณ์

และแนวทางการปฏิบัติในชีวิตประจำวันและเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม และสามารถบรรเทาอาการต่างๆ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับได้ (Ann M. Berger et al ., 2002 ; Emma Ream et al .,2002; Susan A. Williams & Ann M. Schreier, 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึก และเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งจะเป็นการช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเหนื่อยล้าและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น นอกจากนี้การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ คลายความกังวล

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพิ่มเติมนอกเหนือจากการได้รับข้อมูลจากการพยาบาลตามปกติ โดยข้อมูลที่ให้มี 3 องค์ประกอบคือ

1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (Procedure component) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงรายละเอียดและขั้นตอนของการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัดแล้วรวมทั้งอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน การบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นด้วยตัวของผู้ป่วยเอง และข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด

2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก ประกอบไปด้วย ชนิด ความรุนแรง ลักษณะ ระยะเวลา ในการเกิดกลุ่มอาการไม่สบาย เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกเมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า ความรู้สึกเมื่ออาการวิตกกังวล ความรู้สึกเมื่อเกิดอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น

3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ ประกอบด้วยการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายอย่างมีประสิทธิภาพ และความสำคัญและประโยชน์ของการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายอย่างมีประสิทธิภาพ ให้คำแนะนำในการปรับตัวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานและลดภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดความเจ็บป่วย

โดยการให้ข้อมูลจะให้หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติแล้ว ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำข้อค่านึงในการให้ข้อมูลดังที่กล่าวมาข้างต้น มาใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยด้วย

5. การบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสาน

การบำบัดแบบผสมผสาน (Complementary therapy) หมายถึง การผสมผสานกันระหว่างการรักษาแบบดั้งเดิมหรือการแพทย์ทางเลือก กับการรักษาด้วยการแพทย์ปัจจุบัน เพื่อจัดการกับอาการ และเพิ่มยกระดับคุณภาพชีวิต (Heitkemper,2005) การนวด (Massage) เป็นการบำบัดแบบผสมผสานวิธีการหนึ่ง ซึ่งจัดอยู่ในประเภท Manipulative and body-based

method ซึ่งนำมาใช้บำบัดอาการต่างๆในผู้ป่วย เช่นเดียวกับสுவคนธบำบัด (Aromatherapy) เป็นการบำบัดแบบผสมผสาน ซึ่งจัดอยู่ในประเภท Mind and body –based method (ลดาวัลย์ คู่ประเสริฐพงศ์, 2548) พบว่าได้นำมาเข้ามาสอนร่วมกับวิชาการพยาบาล และมีการนำไปใช้จริง อย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในประเทศอังกฤษ ส่วนด้านการวิจัยทางการพยาบาลได้นำการนวด ผสมผสานกับสுவคนธบำบัดมาใช้บำบัดอาการทางคลินิก เพื่อการบรรเทาอาการปวด อาการนอน ไม่หลับ อาการเครียด และเพิ่มความสุขสบายแก่ผู้ป่วย เช่น การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น ลาเวนเดอร์จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความเหนื่อยล้า ลดความเครียดและความวิตกกังวล เป็นต้น (สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547;Dunn, Sleep, and Collett, 1995; Buckle,2001) การนวดเท้า ด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นดอกส้ม (Neroli)ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ช่วยลดอาการปวด ลด ความเครียดและความวิตกกังวล ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายสงบ และหลับสบาย (Stevensen, 1994) การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบ เปิด ช่วยลดกลุ่มอาการไม่สบายได้แก่อาการปวด อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้าและ อาการนอนไม่หลับได้ (สุชาติพิท เกษตรลักษมี, 2548) หรือลดอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังการ ผ่าตัดโดยการดมกลิ่น Peppermint เป็นต้น (Anderson and Gross, 2004)

ในส่วนของพยาบาลได้ทำการนวดมาตั้งแต่สมัย Florence Nightingale เช่น การนวด หลัง (Back rub) ผู้ป่วยภายหลังเช็ดตัวโดยเฉพาะในรายที่ต้องนอนบนเตียงนานๆ เพื่อเป็นการ กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ป้องกันการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ทำให้เกิดความผ่อนคลายทั้งทาง ร่างกายและจิตใจ ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดความเจ็บปวด และช่วยส่งเสริมการนอนหลับ ให้แก่ผู้ป่วยด้วย (Kathleen and Coral, 2003: 126-127)

ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและผู้ป่วยมะเร็งได้นำการนวดมาใช้เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย หรืออาการทุกข์ทรมานต่างๆได้แก่ บรรเทาความปวดชนิดเฉียบพลันจากการผ่าตัด (มาลี เอี่ยม ลำอาจค์, 2544; นภาพร บุคดี, 2545; ศรีนยา หงสุวรรณากร, 2546; Stevensen, 1994; Hulme, Waterman, and Hillier, 1999; Wang and Keck, 2004) และในผู้ป่วยมะเร็ง การนวดจะบรรเทา อาการปวดชนิดเรื้อรัง (อุไร นิโรธนันท์, 2539; Weinrich and Weinrich, 1990) ลดอาการเหนื่อย ล้า (สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547) ลดความกังวลและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย (สม ลักษณะณ์ พัทมณี, 2544) โดยงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นการนวดที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้มักจะเป็น การประยุกต์จากการนวดแบบสวีดิช (Swedish massage) ซึ่งเป็นการนวดน้ำมันในแบบตะวันตก การนวดมือ (Hand massage) การนวดเท้า (Foot massage) หรือการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า (Foot reflexology) โดยบางงานวิจัยได้นำสுவคนธบำบัดมาผสมผสานกับการนวด ซึ่งขึ้นอยู่กับ วัตถุประสงค์และความเหมาะสมในการนำมาใช้กับผู้ป่วยนั่นเอง

การนวดทุกประเภทจะช่วยให้ผู้ป่วยไว้วางใจและกล้าที่จะระบายปัญหาให้แก่พยาบาลฟังทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ Byass (1988:40) กล่าวว่า การนวดมีผลทำให้ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลง ช่วยลดความซึมเศร้า และยังช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจแก่พยาบาลผู้ที่ทำการนวดได้ นอกจากนี้การนวดจะช่วยให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยความรู้สึกและมีความเป็นมิตรต่อพยาบาลมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจออกมาเพราะในขณะที่ทำการนวดผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีคนทำให้เวลาและให้ความสนใจที่จะรับฟังปัญหาของเขาตั้งแต่ต้นจนจบพยาบาลจึงมีโอกาสที่จะทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยซึ่งจะนำไปสู่การแก้ปัญหาด้านภาวะสุขภาพให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Joachim,1983: 32)

5.1 การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า (Foot reflexology)

การนวดกดจุดสะท้อน (Reflexology) เป็นวิธีการหนึ่งในการสร้างพลังบำบัด (Healing power) เนื่องจากเป็น Physical touch ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งในการถ่ายทอดพลังสัมผัสบำบัด (Therapeutic touch) การนวดกดจุดสะท้อนนั้นเป็นทั้งศิลปะแห่งการสัมผัสผสมผสานกับศาสตร์แห่งพลังบำบัดสุขภาพด้วยธรรมชาติ โดยมีเพียง 2 มือ และ 1 ใจ ของผู้นวดเป็นหลัก (ซึ่งอาจมีอุปกรณ์ช่วยบ้างอีกเพียงเล็กน้อย) (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ ,2549) จากนั้นใช้เทคนิคของการนวด และการกดจุดโดยใช้ส่วนของมือและนิ้วต่างๆหรืออุปกรณ์กดลงบนบริเวณที่เป็นจุดสะท้อน บนมือ, เท้า หรือ หูทั้ง 2 ข้าง ของผู้ถูกนวด ซึ่งจุดสะท้อนในบริเวณต่างๆ จะมีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับ ต่อม อวัยวะ และส่วนต่างๆทั้งหมดของร่างกาย ตามโซนที่ลากผ่านที่มือและเท้าทั้ง 2 ข้าง (Mackey, 2001: 163) ผลของการนวดกดจุดสะท้อนช่วยส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต ชาติของเสีย ลดความตึงเครียด ลดความปวด และเพิ่มความรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้จะช่วยให้ร่างกายเกิดกระบวนการซ่อมแซมทางชีวภาพ มีความแข็งแรง พ้นฟูพลังงาน และมีความสามารถในการเยียวยาร่างกายได้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปสู่สภาวะสมดุลของร่างกาย (Homeostasis) และคงไว้ซึ่งสภาวะของสุขภาพนั่นเอง (Telepo,1997[Avaliable online] [http:// www_ reflexolgy_net-about.htm](http://www_reflexolgy_net-about.htm); Wilkinson, Prigmore, and Rayner, 2005, Wikipedia <http://en. Wikipedia. Org/ wiki/ Reflexology>)

การนวดกดจุดสะท้อนแบ่งเป็น 3 ชนิด ตามอวัยวะที่ใช้ในการนวดกดจุดสะท้อน ได้แก่ 1) การนวดกดจุดสะท้อนที่หู (Ear reflexology) , 2) การนวดกดจุดสะท้อนที่มือ (Hand reflexology) , 3) การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า (Foot reflexology) ซึ่งเปรียบเสมือนศูนย์รวมแห่งอวัยวะต่างๆที่อยู่ในร่างกายมนุษย์ (Microcosm of the body) การนวดกดจุดสะท้อนนิยมทำที่เท้ามากที่สุด เนื่องจากการนวดเท้ามีความสะดวกและไม่ถูกล้ำความเป็นส่วนตัว ที่สำคัญคือมี

พื้นที่บริเวณผิวหนังที่มากกว่า มีความไวต่อการสัมผัสและแรงกดจุดสะท้อนมากกว่า จึงให้ผลของกดจุดสะท้อนได้ดีกว่าการทำที่หู หรือที่มือ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ ,2549; Joseph et al., 2004: 40)

ในส่วนของพยาบาลในการนำการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า มาใช้ในการผสมผสานในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพนั้น เพื่อส่งเสริมให้อวัยวะต่างๆในร่างกายมีการปรับหน้าที่ที่สอดคล้องและอยู่ในสภาวะสมดุล โดยผลที่ได้จากการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ไม่ว่าจะเป็นการปรับสมดุลของการทำงานของอวัยวะหรือต่อมไร้ท่อต่างๆ การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลืองช่วยขจัดของเสียออกจากร่างกาย ลดความตึงเครียด เพิ่มความรู้สึกผ่อนคลายและหลับสบาย ล้วนแต่เกิดจากกลไกที่ผ่านกระบวนการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Physical and Psychological effects) ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม (Holistic health care) คือการดูแลทั้งด้านร่างกาย (Body) จิตใจ (Mind) และจิตวิญญาณ (Spirit) เนื่องจากความสมดุลของร่างกาย ประกอบด้วย 3 สิ่งนี้ ซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้เลย (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ ,2548; Dougans , 1996: 10 ; Mackey, 2001:162-163)

อย่างไรก็ตามการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้ามีความแตกต่างจากการนวดเท้า ตรงที่ต้องใช้แรงกดในระดับที่ลึกกว่าการนวด และจะต้องมีเทคนิคในการกดจุดสะท้อนที่แม่นยำบริเวณเท้าเพื่อปรับสมดุลของการทำงานของอวัยวะและต่อมต่างๆ รวมทั้งทุกๆส่วนของร่างกาย อย่างไรก็ตามในขั้นตอนของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าก็จะมีกรนวดเท้าสลับไป เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Dougans , 1996: 10; Frankel, 1997: 80) รวมทั้งการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าไม่ใช่การรักษา หรือการวินิจฉัยโรค แต่เป็นการช่วยส่งเสริมให้ร่างกายมีศักยภาพในการเยียวยาตัวเองตามธรรมชาติ (Body's natural healing) (Lockett, 1992:15)

ประวัติความเป็นมาของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า

แหล่งกำเนิดของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้ายังไม่เป็นที่ทราบแน่นอน แต่คาดว่ามีการกำเนิดมาประมาณ 5,000 ปีที่ประเทศจีน อียิปต์ อินเดีย รวมทั้งประเทศทางตะวันตก การบำบัดด้วยการกดจุดสะท้อนเชื่อว่าเริ่มต้นมาพร้อมกับวิชาการฝังเข็ม (Acupuncture) ในประเทศจีนกว่า 4,000- 5,000 ปีล่วงมาแล้ว เนื่องจากศาสตร์ทั้ง 2 ชนิดมีความคล้ายคลึงกันมาก ส่วนในประเทศอียิปต์ได้พบหลักฐานเป็นภาพวาดแกะสลัก ที่แสดงให้เห็นขั้นตอนของการนวดกดจุดอย่างชัดเจนที่สุสานแพทย์แห่งหนึ่ง และจักรพรรดิอัครมา (Ankmahor) ในเมืองซัคคารา ประเทศอียิปต์ ซึ่งเป็นภาพที่คาดว่ามีความอายุประมาณกว่า 4,000 ปีล่วงมาแล้ว ถึงแม้ว่าจะหาจุดกำเนิดที่ชัดเจนของการนวดกดจุดไม่ได้แต่ทั้งสองอารยธรรมต่างก็เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ที่ยิ่งใหญ่

ของโลกรโกราณ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ, 2548: 11; Lockett, 1992:14; Dougans , 1996:48-49)

ในประมาณปี ค.ศ. 1917 Dr. William H. Fitzgerald แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน ตา หู คอ จมูก (EENT) ของประเทศอเมริกา ได้มีความสนใจในเรื่องการกดจุดสะท้อนที่เท้าเพื่อลดความปวด โดยใช้แรงกดที่มือและเท้าในระยะก่อนการผ่าตัด และได้พัฒนาทฤษฎีตำแหน่งการกดจุดที่นิ้วมือ และนิ้วเท้าที่สัมพันธ์กับตำแหน่งของอวัยวะต่างๆในร่างกายมนุษย์ เพื่อให้เกิดอาการชาไปยังตำแหน่งของบริเวณร่างกายที่ต้องการให้เกิดการตอบสนอง เช่นมีการทดสอบอาการชาเฉพาะที่ (Local anesthetic effect) โดยการใช้เข็มปลายแหลมแทงไปที่ผิวและใบหน้าของอาสาสมัคร โดยอาสาสมัครไม่แสดงถึงความปวด เมื่อกดจุดที่มือของอาสาสมัคร ที่เชื่อว่าเป็นจุดที่มีการตอบสนองไปยังใบหน้าของอาสาสมัคร นอกจากนี้ท่านยังสามารถทำการผ่าตัดเล็ก (Minor surgery) โดยไม่ใช้ยาชาแต่ใช้เพียงเทคนิคการกดจุดเพียงอย่างเดียว เป็นต้น ทฤษฎีนี้คือ “Zone therapy” โดยมีแนวคิดที่ว่าคนเราดำรงอยู่ด้วยพลังชีวิต (Life force) ซึ่งจะวิ่งไปตามช่องทางเดินตามเส้นพลัง และร่างกายคนเรายังถูกแบ่งเป็นโซนของพลัง 10 โซน เท่าๆกันตามแนวยาว ที่แยกร่างกายตั้งแต่ ศีรษะ และสิ้นสุดที่ปลายนิ้วมือและนิ้วเท้า ดังนั้นเมื่อมีการกดไปที่นิ้วมือหรือนิ้วเท้าจะมีผลต่ออวัยวะต่างๆที่อยู่ในโซนเดียวกับนิ้วมือหรือนิ้วเท้าที่ได้รับการกดนั้น (Lockett, 1992:14; Dougans , 1996:51-52)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1930 นักกายภาพบำบัดชื่อ Eunice Ingham ได้นำทฤษฎี “Zone therapy” ของ Dr. William H. Fitzgerald มาศึกษาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเธอพบว่าการศึกษาที่เธอค้นพบเม็ดทรายเล็กๆ (Micro crystals) ในส่วนของเส้นประสาทส่วนปลายที่บริเวณเท้าส่วนใด เธอเชื่อว่ามันคือเกิดการอุดตันทางเดินของเส้นพลังในโซนที่สัมพันธ์กับบริเวณเท้าส่วนนั้น ซึ่งเมื่อกดนิ้วเพื่อสลายเม็ดทรายเล็กๆนั้น จะเท่ากับช่วยสลายและขับสารพิษหรือของเสียออกไป ทำให้เส้นพลังเดินได้สะดวก และการบำบัดร่างกายจะง่ายขึ้น รวมทั้งสังเกตได้ว่าเมื่อมีการกดเจ็บบริเวณเท้าส่วนใด ก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหรือการบาดเจ็บของอวัยวะส่วนนั้นๆ จากนั้นได้พัฒนาและสร้างรูปแบบแผนผังเท้าซึ่งประกอบด้วยส่วนของ ฝ่าเท้า ข้างเท้าด้านในและด้านนอก และหลังเท้า ที่สัมพันธ์กับอวัยวะต่างๆของร่างกาย ซึ่งเป็นที่มาของศาสตร์การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้ายุคใหม่ (Modern reflexology) ที่ใช้กันอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน Eunice Ingham ได้เขียนตำราการนวดกดจุดสะท้อนเล่มแรกและอุทิศตนเพื่อการเผยแพร่ความรู้ด้านนี้มาตลอดกว่า 40 ปี เธอจึงได้รับการขนานนามว่าเป็น มารดาแห่งการนวดกดจุดสะท้อน (Mother of Reflexology) (Lockett, 1992:14; Dougans , 1996: 53)

สำหรับวิวัฒนาการการนวดเท้าของประเทศไทยในยุคปัจจุบัน เป็นการนวดเท้าเพื่อสุขภาพโดยมีรากฐานมาจากการนวดเท้าของประเทศจีน โดยอาจารย์ ยูพิน โตเยี่ยม ได้นำเข้ามา

พัฒนาจัดทำเป็นหลักสูตรร่วมกับอาจารย์ชาวไต้หวันที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการนวดเท้ารักษาโรค อีกทั้งมีการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรการนวดเท้าเพื่อสุขภาพของมูลนิธิแพทย์แผนไทยจนถึงปัจจุบัน (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และคณะ , 2548: 10)

ทฤษฎีของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า (Foot reflexology Theories)

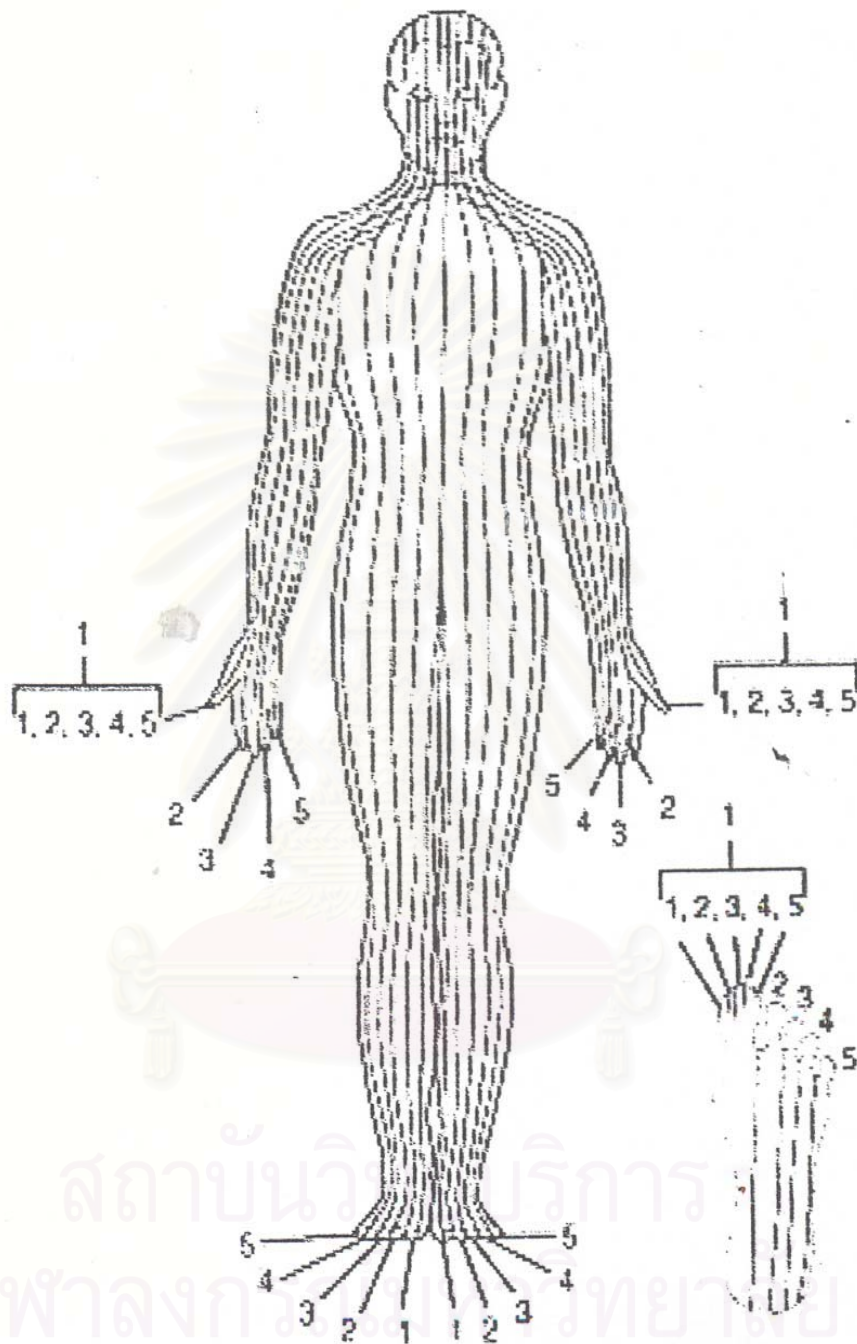
หลักของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้านั้น อยู่บนพื้นฐานหลัก 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีโซน (Zone theory) และทฤษฎีเส้นพลัง (Meridian theory) (Daugans, 1996: 50-55; Frankel, 1997: 80) นอกจากนั้นยังมีทฤษฎีอื่นๆที่สนับสนุนหรืออธิบายผลที่เกิดจากการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า เช่น ทฤษฎีพลังงาน (Energy theory) , ทฤษฎีกรดแลคติก (Lactic theory), ทฤษฎีความรู้สึกผ่านเส้นประสาท (Proprioceptive nervous receptors theory), ทฤษฎีจิตวิทยา (Psychological theory), ทฤษฎีความเครียด (Stress theory) และทฤษฎีการผ่อนคลาย (Relaxation theory) (Stephenson et al ., 2000:67-68) , ทฤษฎีการควบคุมประตู (Gate control theory), ทฤษฎีการควบคุมความปวดภายใน (Endogenous theory) (Daugans, 1996:44)

1) ทฤษฎีโซน (Zone theory)

เป็นทฤษฎีที่ค้นพบโดย Dr. William H. Fitzgerald โดยมีการตั้งสมมติฐานและการทดสอบโดยใช้แรงกดที่บริเวณนิ้วมือต่างๆ ซึ่งได้ผลคือ ทั้งมือ แขน ไหล่ ขากรรไกร ใบหน้าและจมูก มีอาการชาและหมดความรู้สึก จากนั้นท่านจึงได้นำเทคนิคนี้ในการผ่าตัดเล็กๆ ด้วยเทคนิคการกดจุดนิ้วมือด้วยยางยืด หรือด้วยคีมเล็กๆซึ่งทำให้เกิดอาการชาเฉพาะบริเวณที่ต้องการทำผ่าตัด ทำให้สามารถผ่าตัดโดยไม่ต้องใช้ยาชาแต่ใช้เพียงเทคนิคการกดจุดแต่เพียงอย่างเดียวจากผลทดสอบดังกล่าวนี้ท่านได้ทดสอบต่อไปถึงแรงกดที่นิ้วมือนิ้วเท้า ซึ่งให้ผลเชื่อมโยงเฉพาะเจาะจงไปยังอวัยวะและส่วนต่างๆของร่างกาย จนกระทั่งสามารถอธิบายได้ว่าร่างกายของมนุษย์ จะมีการแบ่งโซนตามยาวตั้งแต่ศีรษะจนถึงปลายนิ้วมือและนิ้วเท้า รวมทั้งหมด 10 โซน โดยแบ่งร่างกาย ซีกขวาและซีกซ้าย อย่างละ 5 โซน โดยโซนที่ 1 จะอยู่ชิดกับแนวกึ่งกลางลำตัว ถัดออกไปจะเป็นโซนที่ 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ ส่วนนิ้วมือและนิ้วเท้า คือนิ้วหัวแม่มือ(และเท้า) นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง นิ้วก้อย หมายถึง โซน 1,2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับและนิ้วหัวแม่มือ(และเท้า) นับจากด้านในถึงด้านนอกเท้า หมายถึง โซน 1,2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ ดังนั้นเมื่อออกแรงกดที่เส้นประสาทส่วนปลายบริเวณจุดสะท้อนที่โซนนิ้วมือและนิ้วเท้า ด้านขวาและด้านซ้าย ก็จะมีผลต่ออวัยวะต่อม หรือส่วนต่างๆของร่างกาย ที่มีความสัมพันธ์ในโซนเดียวกันของด้านขวาและซ้ายนั่นเอง เช่น โซน 1 เป็นของ นิ้วหัวแม่มือเท้า (หรือมือ) อวัยวะ ต่อมหรือส่วนร่างกายใดๆ ก็ตามที่ตั้งอยู่ภายในโซน 1 เช่น เมื่อกระตุ้นบริเวณด้านข้างในของเท้า (หรือมือ) จะหมายถึงกระดูกสันหลัง เป็นต้น ยกเว้น ส่วนของสมองซึ่งเมื่อออกแรงกดที่เท้าหรือมือขวาจะมีผลต่อสมองซีกซ้าย ในขณะที่ส่วนของสมอง

ซึ่งเมื่อออกแรงกดที่เท้าหรือมือซ้ายจะมีผลต่อสมองซีกขวา เนื่องจากมีการไขว้กันของ เส้นประสาทที่ Optic chiasma เช่น เมื่อกดที่ตำแหน่งจุดสะท้อนที่โซนเดียวกับตาหรือข้างขวา นั้น ต้องกดที่เท้าหรือมือซ้าย เป็นต้น ทฤษฎีโซนมีความเกี่ยวข้องกับเส้นทางเดินของพลังแห่งชีวิต (Vital energy) กล่าวคือ เส้นทางเดินของพลังซึ่งวิ่งจากเท้า (หรือมือ) ขึ้นสู่ศีรษะ จึงเชื่อว่าพลังมีการไหลอย่างสม่ำเสมอไปตามเส้นทางต่างๆของร่างกาย และไปจบลงที่แห่งหนึ่งแห่งใดก็เกิดเป็น จุดสะท้อนที่เท้าและมือ กล่าวคือถ้าพลังนี้ไหลไปไม่ได้ไม่ติดขัดก็จะช่วยให้คนเรามีสุขภาพดี แต่เมื่อใดก็ตามที่พลังถูกขัดขวางหรือไหลติดขัดก็ย่อมเกิดอาการหรือโรคได้ และการติดขัดของการไหลของพลังจุดใดจุดหนึ่ง จะเกิดผลในทางที่ไม่ดีแก่ทุกส่วนในโซนเดียวกันและส่งผลต่อทั้ง ร่างกายในที่สุดด้วย ดังนั้นการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าเป็นการส่งเสริมให้การไหลของพลังเป็นไปตามปกติ ซึ่งก็จะเป็นการสร้างความสมดุลให้กับร่างกาย โรคหรืออาการต่างๆก็จะไม่เกิดหรือมีการบรรเทาอาการเบาบางลงได้ (ลีเดล ลิซันตา และ คณะ , 2542:134; เพ็ญญา ทริพย์เจริญ และ คณะ , 2548:11-12; Daugans, 1996:51-53;Lockett , 1992: 14; <http://en.Wikipedia.org/wiki/Reflexology>

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 2 แสดงทฤษฎีโซน (Zone theory) 10 โซน ที่ค้นพบโดย Dr. William H. Fitzgerald (ลีเดล ลูซันดา และคณะ, 2542: 134)

จากทฤษฎีการแบ่งโซนอาจกล่าวได้ว่าห้าแต่ละข้างเป็นกระจกสะท้อนร่างกาย กล่าวคือห้าซ้ายและขวาจะตอบสนองต่อร่างกายซีกซ้ายและซีกขวา (นอร์แมน ลอว์, 2548: 32-45)

นิ้วเท้ามีการตอบสนองกับศีรษะและลำคอ โดยเฉพาะนิ้วหัวแม่เท้าซึ่งแต่ละข้างจะมีจุดสะท้อนกลับของสมอง โดยเฉพาะต่อม Pituitary คอ 7 ขึ้น

ต่อม Pituitary

เป็นต่อมที่สำคัญในสมอง ทำหน้าที่หลังและควบคุมฮอร์โมนเกือบทุกชนิดในร่างกาย มีผลต่อการเจริญเติบโต การเจริญพันธุ์ เมตาบอลิซึม สารน้ำและเกลือแร่ ระดับน้ำตาลและระดับพลังงาน เป็นต้น จุดสะท้อนกลับจะอยู่ที่นิ้วหัวแม่เท้าทั้งสอง

ต่อม Pineal

เป็นต่อมที่มีการตอบสนองต่อระดับแสงในตอนกลางวันที่ได้รับผ่านทางสายตา และมีหน้าที่หลังฮอร์โมนเมลาโทนิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของมนุษย์ รวมทั้งมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้วย จุดสะท้อนกลับจะอยู่ที่ตำแหน่งโซน 1 อยู่ด้านในและปลายนิ้วหัวแม่เท้าทั้งสอง

ต่อม Hypothalamus

ต่อมนี้ทำหน้าที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ และควบคุมปฏิกิริยาของอารมณ์ การเจริญอาหาร ความหิว และของร่างกาย อุณหภูมิ จุดสะท้อนกลับอยู่ที่ตำแหน่งเดียวกับต่อม Pineal

ต่อม Thyroid

ต่อม Thyroid จะอยู่ที่คอซึ่งเป็นตำแหน่งที่ควบคุมเมตาบอลิซึม ฮอร์โมนจากต่อม Thyroid จะเป็นตัวกำหนดการสร้างโปรตีนด้วยเซลล์ของร่างกาย อัตราการใช้สารอาหารของร่างกาย บริเวณสะท้อนกลับจะอยู่ที่ฐานของนิ้วหัวแม่เท้าทั้งสองข้าง

ต่อม Parathyroid

ต่อมนี้อยู่ติดกับต่อม Thyroid ด้านล่าง ต่อมนี้อาจมีผลต่อระดับแคลเซียมและฟอสฟอรัส ซึ่งมีความสำคัญต่อความตึงตัวและการทำงานของกล้ามเนื้อ

กระดูกคอทั้งเจ็ด

กระดูกคอชั้นที่ 7 เป็นชั้นสุดท้ายของคอ ชั้นที่ 7 ยื่นออกมาที่ฐานของคอ คลำพบได้ง่าย ซึ่งเป็นทางผ่านของเส้นประสาทของแขนและมือ ตลอดจนกล้ามเนื้อของคอเป็นจำนวนมาก อยู่ที่ตำแหน่งฐานของนิ้วหัวแม่เท้าด้านในที่โซน 1 ของเท้าทั้งสองข้าง จุดสะท้อนกลับของกระดูกคอชั้นที่ 1 ถึง 6 จะวิ่งจากโรคของเล็บเท้าโซน 1

นอกจากนี้ตำแหน่งปลายนิ้วเท้าทุกๆนิ้ว เป็นตำแหน่งของไชนัส ส่วนฐานของนิ้วชี้-กลาง และนิ้วนาง- ก้อย เป็นบริเวณสะท้อนกลับของ ตา หู ตามลำดับ

ส่วนนูนของเท้า

ส่วนเนื้อบริเวณฝ่าเท้าใต้นิ้วเท้า จะตอบสนองต่อบริเวณของร่างกายระหว่างกะบังลมและคอ ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการสะท้อนกลับของสัญญาณชีพจำนวนมาก รวมทั้งหัวใจและปอด

หัวใจและปอด

หัวใจทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปยังอวัยวะต่างๆของร่างกาย ส่วนปอดทำหน้าที่แลกเปลี่ยนออกซิเจน

บริเวณที่มีการสะท้อนกลับจะอยู่ที่เท้าซ้ายไชนัส ที่ 1-4 และเท้าขวา ไชนัส ที่ 1 และ 2 สำหรับทรวงอกของมนุษย์มีอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ เส้นเลือดใหญ่ที่นำเลือดเข้า- ออกจากหัวใจ คอหอย หลอดอาหาร หลอดลม ระบบทางเดินหายใจ ระบบย่อยอาหารและเส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของกะบังลม

Solar plexus

โครงสร้างสำคัญในบริเวณนี้คือ เครือข่ายของเส้นประสาทของระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งควบคุมการทำงานของอวัยวะ

Solar plexus อยู่ตำแหน่งระหว่างไชนัส 2 และ 3 ที่เส้นกะบังลม

ระบบน้ำเหลือง

บริเวณสะท้อนกลับของระบบน้ำเหลืองที่คอและทรวงอกของร่างกายจะอยู่ทางด้านหน้าของเท้าระหว่างนิ้วที่ 1 และ 2 ระบบต่อมน้ำเหลืองจะขนานกับเครือข่ายของหลอดเลือดดำทำหน้าที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) กำจัดโปรตีนขนาดใหญ่จากเนื้อเยื่อให้ไปอยู่ในระบบไหลเวียนและ 2) สร้างภูมิคุ้มกันแบคทีเรียและไวรัส นอกจากนี้แล้วระบบน้ำเหลือง มีหน้าที่กำจัดของเหลวที่เพิ่มขึ้นเซลล์ด้วย

ส่วนโค้งของเท้าและสันเท้า

ส่วนโค้งของเท้าแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนบนตอบสนองต่อบริเวณกะบังลมลงมาเรื่อยๆ ส่วนล่างตอบสนองจากเอวไปยังขอบบนของกระดูกบริเวณเชิงกราน

ส่วนบนของส่วนโค้งประกอบด้วยบริเวณสะท้อนกลับของตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหาร ตับอ่อน ลำไส้เล็กส่วนต้น ม้าม ต่อมหมวกไต และส่วนบนสุดของไต

ตับ

ตับเป็นอวัยวะภายในที่ใหญ่ที่สุดในร่างกาย อยู่ในตำแหน่งกะบังลมใต้ขอบของซี่โครงทางด้านขวา

บริเวณสะท้อนกลับของตับอยู่ที่เท้าขวาโซน 1-5 ระหว่างกะบังลมและเอว ตับทำหน้าที่กักเก็บสำรองอาหารจากเลือด เก็บสะสมไขมัน น้ำตาลและโปรตีน ตามที่ร่างกายต้องการ นอกจากนี้ยังขจัดสารพิษจากเลือดและขับน้ำดีเพื่อการย่อยไขมันและโปรตีน ในเลือด ตับมีการทำงานมากกว่า 500 หน้าที่

ถุงน้ำดี

ถุงน้ำดีอยู่ภายในตับ ทำหน้าที่เก็บน้ำดีเพื่อใช้ในการย่อยสลายไขมัน บริเวณสะท้อนกลับของถุงน้ำดีอยู่ระหว่างโซน 4 และ 5 อยู่ที่ระดับ 2 นิ้วมือเหนือแนวเส้นเอวบนเท้าขวา

กระเพาะอาหาร

กระเพาะอาหารอยู่ทางซ้ายของร่างกายใต้กะบังลม ทำหน้าที่ย่อยอาหารและย่อยโปรตีนไขมัน บริเวณสะท้อนกลับอยู่ที่เท้าซ้ายระหว่างโซน 1-4 และ เท้าขวาโซน 1- 2

ตับอ่อน

ตับอ่อน อยู่หลังกระเพาะอาหารทางด้านซ้ายของร่างกาย บริเวณสะท้อนกลับอยู่ที่เท้าซ้ายโซน 1-4 และ เท้าขวาเพียงเล็กน้อยโซน 1- 11/2 ตับอ่อนทำหน้าที่ควบคุมระดับกลูโคสในเลือด และเกี่ยวข้องกับการสร้างโปรตีนในเซลล์ ตับอ่อนยังช่วยส่งเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการย่อยที่สำคัญไปยังลำไส้เล็ก

ลำไส้เล็กส่วนต้น

ลำไส้เล็กส่วนต้น เป็นส่วนที่มีรูปร่างเหมือนตัว C ทำหน้าที่ย่อยอาหาร ความยาวเฉลี่ยประมาณ 10 นิ้ว ลำไส้เล็กส่วนต้นต่อกับกระเพาะอาหารไปยังส่วนของลำไส้เล็กส่วนกลางรับสารวัดหลังจากตับและตับอ่อน บริเวณสะท้อนกลับของลำไส้ส่วนนี้จะอยู่ที่เท้าทั้ง 2 ข้าง โซน 1 ด้านในต่อเอ็นที่เส้นเอว

ม้าม

ม้ามจะอยู่บริเวณข้างซ้ายของร่างกายใต้กะบังลม และหลังกระเพาะอาหาร เป็นส่วนหนึ่งของระบบน้ำเหลืองในร่างกายที่จะเก็บหรือกรองเซลล์ที่ตายหรือมีอายุมากแล้ว ทำหน้าที่กรองน้ำเสียจากพิษต่างๆในร่างกายและแบคทีเรีย รวมทั้งสร้างแอนติบอดีให้กับร่างกายด้วย เป็นส่วนที่ลำค้ำฐ์ในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย จุดสะท้อนกลับอยู่ที่เท้าซ้ายระหว่างโซน 4 และ 5 ประมาณความกว้าง 2 นิ้วมือเหนือเส้นเอว

ต่อมหมวกไต

ต่อมหมวกไตอยู่ที่เส้นปลายของไตทั้ง 2 ข้าง และมีหน้าที่การทำงานมากกว่า 50 อย่าง จุดสะท้อนกลับอยู่ที่เท้าทั้งสองข้างระหว่างเส้นกะบังลมกับเส้นเอว ที่โซนที่ 1 ต่อมหมวกไตทำให้กระบวนการเมตาบอลิซึมเป็นไปอย่างปกติ โดยการควบคุมพลังงาน โดยเฉพาะการเพิ่มพลังงานเพื่อตอบสนองต่อความเครียด ต่อมนี้จะผลิต Cortisol ซึ่งช่วยด้านการอักเสบ ต่อมหมวกไต

ชั้นนอกมีหน้าที่หลั่ง Glucocortisol ซึ่งมีผลต่อกระบวนการสลายไกลโคเจนให้เป็นกลูโคส ส่วน Mineralocorticoid มีผลต่อกระบวนการกักเก็บเกลือแร่ของร่างกาย โดยต่อมหมวกไตชั้นในจะทำหน้าที่หลั่ง Catecholamine ซึ่งมีหน้าที่ต่อการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ เพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด และเพิ่มอัตราการหายใจ

ที่ส่วนล่างของส่วนโค้งเต็มไปด้วยบริเวณสะท้อนกลับและจุดของไต ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้เล็ก ไส้ติ่ง และลำไส้ใหญ่

ไต

ไตมีตำแหน่งอยู่บริเวณหลังเท้า ทำหน้าที่กรองของเสียเป็นหลัก ซึ่งจะกรองสารเลือดและผลิตปัสสาวะ และขับเกลือแร่ที่สำคัญและน้ำ บริเวณสะท้อนกลับอยู่ที่เท้าทั้งสองข้าง โชน 3 บนเส้นเอว

ท่อปัสสาวะ

ท่อทางเดินปัสสาวะจากไตไปยังกระเพาะปัสสาวะ บริเวณสะท้อนกลับอยู่ที่เท้าทั้งสองข้าง โชนระหว่างเส้นเชิงกรานและเส้นเอว

กระเพาะปัสสาวะ

กระเพาะปัสสาวะอยู่ส่วนกลางของท้องน้อย เป็นที่เก็บพักปัสสาวะ บริเวณสะท้อนกลับอยู่ที่สันเท้าของเท้าทั้งสอง โชน 1

ลำไส้เล็ก

ลำไส้เล็กทำหน้าที่หลั่งน้ำย่อยและดูดซึมสารอาหารที่ผ่านการย่อยแล้ว น้ำ วิตามินและบริเวณของลำไส้ใหญ่ โชน 1-4

ลิ้นปิด- เปิดลำไส้

ส่วนรอยต่อของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่มีลักษณะเหมือนหูรูด อยู่ระหว่างลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ป้องกันการไหลย้อนกลับของอาหารและควบคุมการหลั่งของเมือก จุดสะท้อนกลับอยู่บนเท้า โชน 5 ประมาณความกว้าง 2 นิ้วมือได้เส้นเอว

ลำไส้ใหญ่

ลำไส้ใหญ่ต่อจากลิ้นปิด- เปิดลำไส้ ระหว่างโชน 4 และ 5 ขึ้นไปอยู่ใต้ตำแหน่งของตับ ตรงข้ามกับเส้นเอว และลงไปใต้ม้ามกลายเป็นลำไส้ใหญ่ส่วน Sigmoid ทำหน้าที่ดูดซึมน้ำเก็บและกำจัดของเสียและเมือก

ไส้ติ่ง

ไส้ติ่งอยู่ที่ตำแหน่งตอนต้นของลำไส้ใหญ่ ทำให้ลำไส้ใหญ่มีความหล่อลื่นและอาจหลังแอนติบอดี จุดสะท้อนกลับอยู่ที่เท้าขวา โชนความกว้าง 2 นิ้วมือต่ำกว่าจากเส้นเอว (บริเวณเดียวกับลิ้นปิด- เปิดลำไส้)

ลำไส้ใหญ่ส่วน Sigmoid

มีรูปร่างเป็นตัว S อยู่ตำแหน่งสุดท้ายของลำไส้ก่อนจะถึงทวารหนัก การถ่ายจะออกจากที่นี่ จุดสะท้อนกลับอยู่ที่เท้าซ้าย โชน 3 ½ กลางสันเท้า

เส้นประสาท Sciatic

อยู่ตำแหน่งใต้ต่อตำแหน่งของลำไส้ใหญ่ส่วน Sigmoid และสันเท้าทั้งสองข้าง เป็นบริเวณที่ไม่มีบริเวณสะท้อนกลับ แต่เป็นตำแหน่งของเส้นประสาทจริงๆ ที่วิ่งจากฐานของสันเท้า ผ่านขาไปยังส่วนก้น

กระดูกสันหลัง

ส่วนโค้งที่ตอบสนองต่อกระดูกสันหลังในโชนที่ 1 พื้นที่จากฐานของเล็บนิ้วหัวแม่เท้าไปยังฐานของนิ้วเท้าตอบสนองต่อกระดูกคอ และส่วนใต้ของนิ้วหัวแม่เท้าที่ยื่นออกมาขนาดใหญ่ตอบสนองต่อกระดูกสันหลังทรวงอก ตำแหน่งที่อยู่ระหว่างส่วนกลางของเท้า กึ่งกลางเท้าและสันเท้าตอบสนองต่อบริเวณเอวส่วนล่าง บริเวณจากเส้นสันเท้าถึงฐานของสันเท้าตอบสนองต่อกระดูกขากรรไกร และกระดูกก้นกบเป็นส่วนที่อยู่ฐานของกระดูกสันหลัง

ต่อม Thymus

ต่อม Thymus เป็นอวัยวะของระบบน้ำเหลืองมีตำแหน่งอยู่ด้านหน้าและเหนือต่อหัวใจ การทำงานเบื้องต้นคือสร้างภูมิคุ้มกันในวัยเด็ก ต่อม Thymus อยู่ในตำแหน่งโชนที่ 1 ซึ่งเป็นตำแหน่งสะท้อนกลับของกระดูกคอ สันหลัง

เท้าด้านนอก

ขอบเท้าด้านนอกโชน 5 ตอบสนองส่วนนอกของร่างกาย ได้แก่ ไหล่ และแขนส่วนบน (อยู่ที่ฐานของนิ้วเท้าไปยังเส้นกะบังลม) ข้อศอก ท่อนแขน ข้อมือ และมือ (เส้นกะบังลมไปยังเส้นเอว) ขา ข้อเข่าและสะโพก (จากกระดูกเท้าที่ 5 ถึงเส้นสันเท้า) กระดูกเท้าเป็นกระดูกที่อยู่ฐานของนิ้วเท้าที่โชน 5 อยู่ขอบนอกของเส้นเอว

บริเวณข้อเท้า

พื้นที่รอบๆ ข้อเท้าแต่ละข้างตอบสนองต่อบริเวณเชิงกรานและอวัยวะสืบพันธุ์ บริเวณข้อเท้าด้านนอกเป็นตำแหน่งจุดสะท้อนกลับของรังไข่ อัณฑะ ข้อเท้าด้านในเป็นตำแหน่งจุดสะท้อนกลับของมดลูก ต่อมลูกหมาก อวัยวะเพศหญิงและชาย และกระเพาะปัสสาวะ จุดสะท้อนกลับของต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ ท่อน้ำเชื้อจะพบบริเวณที่แคบๆ ต่ำจากกระดูกข้อเท้าตรงข้ามกับส่วนบนสุดของเท้าจากกระดูกข้อเท้าอันหนึ่งไปยังอีกอันหนึ่ง ส่วนที่เชิงกราน ส่วนทวาร มดลูก และเส้นประสาท Sciatic เริ่มจากประมาณ 6 นิ้ว เหนือกระดูกข้อเท้า และลงไปยังจุดของมดลูก ต่อมลูกหมาก ใต้ข้อเท้า

เส้นประสาท Sciatic มีตำแหน่งอยู่ที่ขาทั้งสองข้าง และข้ามสันเท้าไป ซึ่งเป็นเส้นประสาทจริงๆ ไม่ใช่บริเวณสะท้อนกลับ ปกติก็จะมีควมไวในการรับรู้อยู่แล้ว

2) ทฤษฎีเส้นพลัง (Meridian theory)

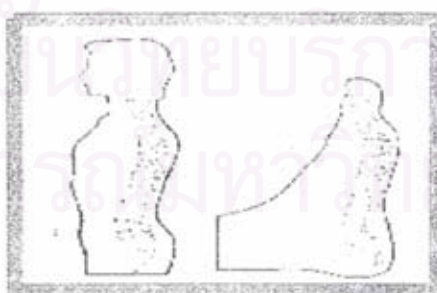
แนวคิดของทฤษฎีเส้นพลังนี้ได้ให้ความสำคัญของจุดสะท้อนที่เท้าและมือทั้ง 2 ข้าง ที่มีความสัมพันธ์กับอวัยวะ ต่อม กระจก และกล้ามเนื้อต่างๆ ทั้งหมดภายในร่างกาย ทฤษฎีนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีไซน โดย Eunice Ingham ได้ศึกษาพัฒนาทฤษฎีไซนอย่างต่อเนื่อง จนได้มาเป็น Foot Reflex Theory โดยได้สร้างแผนผังเท้าที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างเส้นทางเดินพลังและจุดสะท้อนต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับอวัยวะภายในร่างกายซึ่งเป็นการแสดงภาพตามกายวิภาคศาสตร์ โดยถ้าออกแรงกดจุดตำแหน่งต่างๆ ที่เท้าหรือมือขาาก็จะมีผลต่ออวัยวะและต่อมต่างๆ ภายในร่างกายซี่กขวา ในขณะที่ถ้าออกแรงกดจุดตำแหน่งต่างๆ เท้าหรือมือซ้ายก็จะมีผลต่ออวัยวะและต่อมต่างๆ ภายในของร่างกายซี่กซ้าย (มาจากรากฐานของทฤษฎีไซน) ซึ่งจากการศึกษารวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวนหลายร้อยคน โดยใช้นิ้วมือกดหรือคลำบริเวณเท้าแล้วพบว่าบริเวณนั้นรู้สึกปวด ไม่สุขสบาย หรือมีความรู้สึกมีเสียง “ กริบๆ (Gritting)” เกิดขึ้นที่เท้าบริเวณใดจะมีความสัมพันธ์กับโรค ความผิดปกติหรือการบาดเจ็บของอวัยวะส่วนใดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เหตุนี้จึงทำให้สามารถระบุว่าจุดใดหรือตำแหน่งใดของเท้าหรือมือ เป็นจุดสะท้อนของอวัยวะหรือต่อมภายในร่างกาย โดยเธอกล่าวว่า “ จุดสะท้อนที่เท้าเปรียบเสมือนกระจกเงาที่สามารถแสดงให้เห็นอวัยวะภายในร่างกายได้” และพบว่าเท้าจะมีความไวต่อการตอบสนองต่อการนวดกดจุดสะท้อนได้ดีกว่ามือ (Lockett , 1992: 14; Daugans, 1996:53; Mantle and Mackereth, 2001: 43)

การนวดกดจุดสะท้อนมีความเชื่อมโยงผสมผสาน กับแนวความคิดในเรื่องทิศทางการเดินของเส้นพลังตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนที่เป็นหลักการ ที่ใช้ในการฝังเข็ม (Acupuncture) ซึ่งเส้นพลัง (Meridians) เป็นทางเดินของพลังจักรวาลที่ไหลเวียนในอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมนุษย์ พลังแห่งชีวิตที่เรียกว่า “ ชี (Chi)” จะช่วยให้เกิดการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย โดยแพทย์ฝังเข็มเชื่อว่าหากเกิดการอุดตันของการไหลเวียนของพลังเส้นพลังเส้นหนึ่งหรือมากกว่า จะทำให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายทำงานไม่สมดุล เป็นเหตุให้เกิดอาการปวด หรือเกิดโรคขึ้นได้ การฝังเข็มจึงเป็นการเปิดทางของเส้นพลังที่ถูกอุดตันด้วยเข็ม เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของพลังในร่างกายให้เป็นปกติ ในขณะที่การนวดกดจุดสะท้อนใช้เทคนิคการนวดและการกดจุดต่างๆ ด้วยแรงกดระดับลึกที่เท้าหรือมือ เพื่อส่งเสริมการไหลของพลังจากไปยังอวัยวะต่างๆ ในร่างกายให้เป็นปกติเช่นกัน (Daugans, 1996:54-55, 60-62) ซึ่งหลักการนี้ อิงแฮม พบว่าจากการที่คลำพบเม็ดคริสตัลเล็กๆ (Micro crystals) บริเวณปลายประสาทอิสระ (Free nerve endings) ที่เท้า โดยเวลากดครูดจะให้ความรู้สึกเหมือนมีเสียง “ กริบๆ (Gritting)” นั้นหมายถึงการอุดตันของ

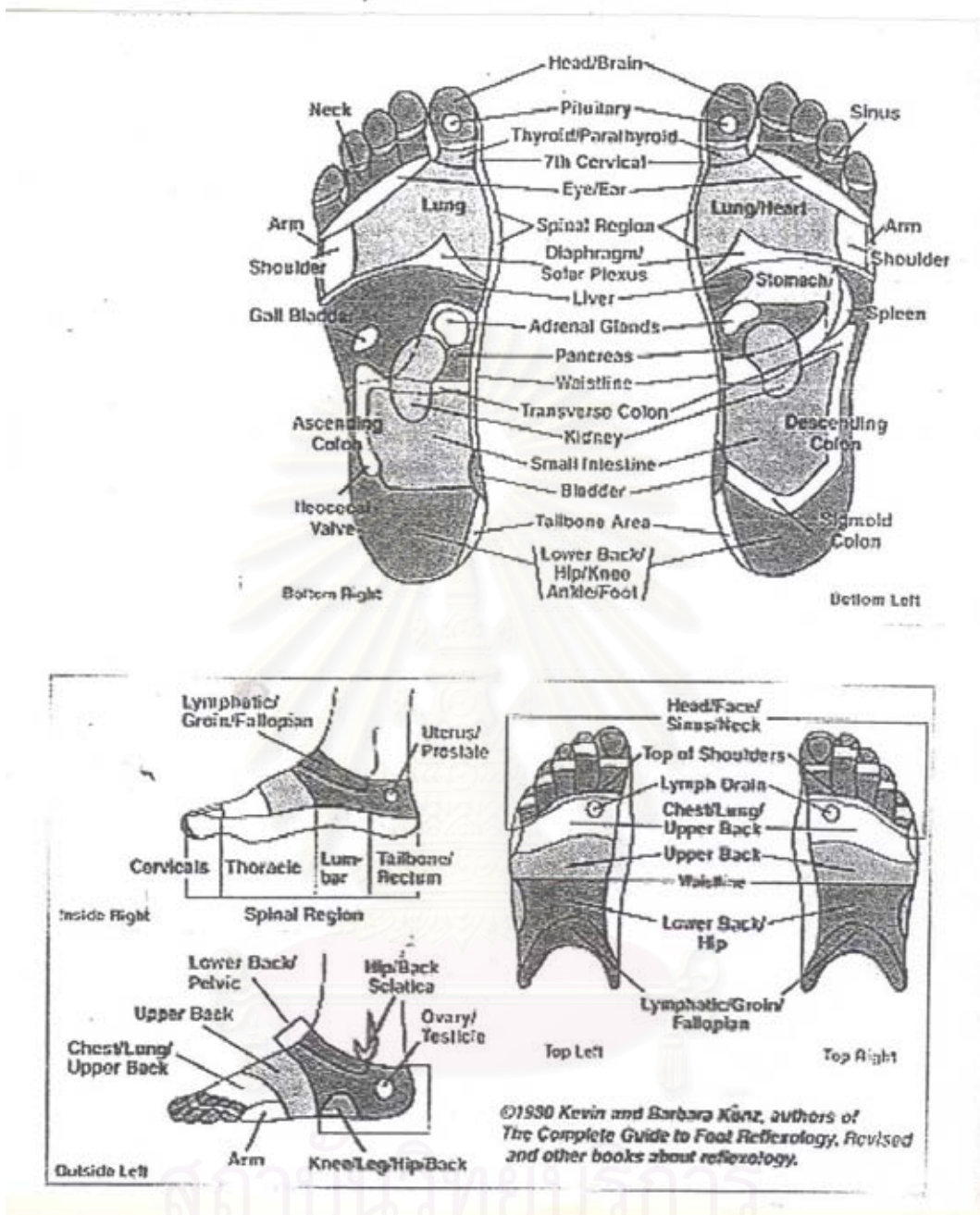
พลังงานตามเส้นพลังตรงตำแหน่งที่สะท้อนถึงอวัยวะที่อยู่ตรงตำแหน่งนั้นๆ รวมถึงอวัยวะใกล้เคียง ซึ่งเมื่อมีการนวดกดจุดในบริเวณดังกล่าวเพื่อสลายเม็ตคริสตัลเล็กๆนี้ออกไป ก็จะช่วยให้พลังไหลตามเส้นพลังได้สะดวก จึงทำให้ช่วยบรรเทาอาการและเป็นการปรับสมดุลให้กับร่างกายอีกครั้ง (Lockett , 1992: 14)

3) ทฤษฎีพลังงาน (Energy theory)

ตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนพลังที่เรียกว่า “ ชี (Chi)” นั้นจะไหลผ่านทางเส้นพลังเมอริเดียน(Meridian pathways) โดยเฉพาะเส้นเมอริเดียนหลัก 6 เส้น ที่สามารถผ่านไปยังอวัยวะภายในโดยตรง ได้แก่ Spleen/Pancreases Meridian , Liver Meridian , Stomach Meridian , Gall bladder Meridian , and Bladder and Kidney Meridians จะพบว่าอยู่ที่เท้า โดยเฉพาะที่นิ้วเท้า ในขณะที่ทางอินเดียหรือฮินดู การผ่านของพลังซึ่งเรียกว่า “ ปราน (Prana)” จะผ่านศูนย์รวมแห่งพลังที่เรียกว่า “ จักร (Chakras)” ทั้ง 7 ได้แก่ Root Chakra , Sacral Chakra or abdomen, Solar plexus Chakra , Heart Chakra , Throat Chakra , Brow Chakra , และ Crown Chakra โดยทางตะวันตกจะเรียกพลังชีวิตนี้ว่า “ Vital energy” หรือ “ Vital force” หรือ “ life force” (Daugans, 1996: 26, 38) โดยตามทฤษฎีพลังงานกล่าวว่า อวัยวะต่างๆในร่างกายมีการเชื่อมโยงอยู่ภายในพลังสนามแม่เหล็ก (Electromagnatic field) และการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจะช่วยส่งเสริมการไหลเวียนของพลังเป็นไปด้วยดี โดยปราศจากการอุดตันของเส้นพลังเมอริเดียน ซึ่ง Ingham กล่าวว่า ร่างกายมีการทำงานโดยการเชื่อมโยงของการส่งกระแสไฟฟ้า (Electrical impulse) ในการส่งต่อพลังงาน ในภาวะร่างกายขาดสมดุลการนวดกดจุดสะท้อนจะช่วยให้การเชื่อมโยงพลังงานนี้ไม่ติดขัด ส่งผลให้ร่างกายกลับสู่ภาวะที่สมดุล และอวัยวะต่างๆสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Daugans, 1996: 39; Stephenson, Weinrich ,and Tavakoli , 2000: 68)



ภาพที่ 3 แสดงภาพกระดูกสันหลังที่สะท้อนที่ข้างเท้าด้านใน(นอร์แมน ลอว์,2548)



ภาพที่ 4 แผนที่จุดสะท้อนอวัยวะภายในต่างๆที่ฝ่าเท้า หลังเท้า ทั้ง 2 ข้าง และข้างเท้า ด้านใน และด้านนอก (Lockett, 1992:14)

4) ทฤษฎีกรดแลคติก (Lactic theory)

การจับเกาะของเม็ดคริสตัลเล็กๆ ที่ปลายประสาท (Nerve endings) ของเท้า เป็นสาเหตุของอาการปวดระหว่งการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า จึงเชื่อว่าเกิดจากการจับเกาะของ แคลเซียมและกรดแลคติก ปลายประสาทที่อยู่บริเวณใต้ผิวหนังตรงที่กดเจ็บนั้นๆ โดยสาเหตุเกิด

จากภาวะเลือดที่เป็นกรดมากขึ้นจะทำให้เกิดแคลเซียมและกรดแลคติก ไปสะสมที่ปลายประสาทของอวัยวะต่างๆภายในร่างกาย การสะสมนี้จะมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งเป็นเม็ดกรดคริสตัล (Acid crystals) ซึ่งสิ่งนี้จะไปขัดขวางการไหลเวียนโลหิต และการไหลของพลังไม่ให้ เป็นไปตามปกติ

เท้าเป็นส่วนที่เกิดการคั่งของสารต่างๆเหล่านี้ได้มาก เนื่องจากมีปลายประสาทจำนวนมากที่เท้า อีกทั้งการใส่รองเท้าในชีวิตประจำวันทำให้การไหลเวียนโลหิตและระบบประสาทที่เท้าเป็นไปไม่สะดวกนัก และเนื่องจากเท้าเป็นจุดสิ้นสุดของการไหลเวียนโลหิต ก่อนที่จะต้องไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจซึ่งจะต้องต้านแรงโน้มถ่วงของโลกมากที่สุดในร่างกาย จึงเกิดการคั่งของเลือดส่วนปลายได้ง่าย เป็นเหตุให้เกิดการคั่งของสารพิษต่างๆที่เท้านั่นเอง การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจะช่วยสลายเม็ดคริสตัลที่เกาะตามปลายประสาทที่เท้าให้แตก โดยเมื่อสลายเม็ดคริสตัลที่เส้นพลังออกไปได้แล้วก็จะทำให้พลังดินได้สะดวก การไหลเวียนโลหิตก็จะกลับคืนสู่สภาวะปกติอีกครั้ง ซึ่งจะช่วยให้การนำเลือดและออกซิเจนรวมทั้งสารอาหารต่างๆไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆได้ดีขึ้น ส่วนเม็ดคริสตัลหรือสารพิษที่สลายแล้วก็จะซึมกลับเข้าสู่กระแสเลือด และขับออกทางปัสสาวะ โดยการนวดกดจุดสะท้อนจะช่วยทำให้ระบบขับถ่ายของเสียดีขึ้น ร่างกายจะกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง (Daugans, 1996:42 ; Kuhn, 1999: 320; Stephenson, Weinrich ,and Tavakoli , 2000: 68)

5) ทฤษฎีความรู้สึผ่านเส้นประสาท (Proprioceptive nervous receptors theory)

ระบบประสาทประกอบด้วย 3 ส่วนหลักๆคือ ระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ สมองและไขสันหลัง , ระบบประสาทส่วนปลาย, และระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบประสาทภายในร่างกายมนุษย์ถูกเชื่อมโยงด้วยระบบศักย์ไฟฟ้าที่มีความซับซ้อน ถ้าปราศจากเส้นประสาทส่งไปตามอวัยวะต่างๆของร่างกายตามวิถีประสาท(Neural pathway) แล้ว อวัยวะต่างๆก็จะไม่สามารถทำงานได้ และในภาวะที่ร่างกายเจ็บป่วยมักเกิดการอุดตันของการส่งกระแสประสาททำให้ร่างกายเกิดความไม่สมดุล ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้านั้น เป็นการกระตุ้นเส้นประสาทส่วนปลายที่เท้าที่มีมากถึงข้างละ 7200 เส้น (Kuhn, 1999:320)

การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจะมีทั้งการสัมผัสเบาๆ การถู การสั่น การคลึง การใช้แรงนวดกดตื้นๆและการกดที่ลึก ซึ่งเป็นแรงกดหลายระดับเป็นการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกประสาทส่วนปลาย (Sensory nerve endings; Corpuscles) ส่วน Meissner' s Corpuscles ซึ่งอยู่ใต้ผิวหนังกำพวด ประมาณ 0.7 mm จะไวต่อการกระตุ้นด้วยการสัมผัสเบาๆ เช่นกัน จะไวต่อการกระตุ้นด้วยการสัมผัส และการกดขนาดเบาๆ ส่วน Ruffini cutaneous mechanoreceptors อยู่ในชั้นผิวหนังแท้ (Dermis) จะไวต่อการกระตุ้นด้วยการนวดหรือคลึงเบาๆและส่วน Percinon

Corpuscles อยู่ใต้ชั้นผิวหนังแท้ ประมาณ 2 mm และชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous) จะไวต่อการกระตุ้นด้วยการกดที่ลึก (Tiran and Chummun, 2004:2)

สัมผัสและแรงกดที่เกิดจากการกดจุดสะท้อนที่เท่านั้น มีผลในการกระตุ้นปลายประสาท จึงเกิดการ ทำงานของศักยไฟฟ้าเคมี (Action potential) ให้มีการส่งกระแสประสาท เชื่อมต่อกับระบบประสาทส่วนกลางทาง sensory (afferent) neuron ซึ่งจะรับผ่าน ganglion และส่งผลกลับมาที่อวัยวะต่างๆทาง motor (efferent) neuron ทำให้อวัยวะนั้นๆเกิดการตอบสนอง จึงนับว่าเป็นการส่งเสริมการนำของวิถีประสาทจากบริเวณที่เป็นจุดสะท้อนไปยังตัวรับของอวัยวะที่อยู่ตรงตำแหน่งจุดสะท้อนนั้น โดยจะช่วยในการปรับสมดุลการทำงานของอวัยวะนั้นๆ อีกทั้งยังช่วยให้เกิดการนำกระแสประสาทเชื่อมต่อกับระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งระบบประสาทอัตโนมัติเป็นระบบที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะ กล้ามเนื้อและต่อมต่างๆภายในร่างกาย โดยเป็นการทำงานที่อยู่นอกเหนืออำนาจจิตใจ (Involuntary action) ประกอบด้วยระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic และ Parasympathetic โดยระบบทั้งสองจะมีการทำงานที่ตรงกันข้ามกัน เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายเช่น ในภาวะเครียดระบบ Sympathetic จะส่งกระแสประสาทให้อวัยวะหรือต่อมต่างๆในร่างกายมีการทำงานมากขึ้น ในขณะที่การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจะช่วยลดความเครียด และเกิดการผ่อนคลายทำให้ระบบ Parasympathetic เข้ามาควบคุมระบบสำคัญในร่างกาย เช่น ระบบต่อมไร้ท่อ , ภูมิคุ้มกัน และ Neuropeptide เป็นต้น ให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ นับว่าทุกกระบวนการของการนวดกดจุดสะท้อนจะช่วยปรับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติทั้งสอง ระบบนี้ให้มีการทำงานอย่างสมดุล (Daugans, 1996:40-41 ; Stephenson, Weinrich ,and Tavakoli , 2000: 68)

6) ทฤษฎีจิตวิทยา (Psychological theory)

กลไกการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้ามีผลต่อด้านจิตใจ เนื่องจากเป็นการแสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ด้วยความจริงใจของพยาบาลที่มอบให้แก่ผู้ป่วย เป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัสที่ทำให้ผู้นวดรู้สึกเป็นสุข เนื่องจากการนวด การกด การสัมผัส การลูบ เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความตึงเครียด หรือความกังวล การนวดเท้าเป็นการสื่อสารให้เกิดความอบอุ่น สบายใจ ถ้ายทอดความรู้สึกปลอดภัยจากผู้สัมผัสอันเป็นอวัจนภาษาไปสู่ผู้ที่ถูกสัมผัส (Stephenson, Weinrich ,and Tavakoli , 2000: 68) การสัมผัสและความสุขสบายที่ได้จากการนวดจะช่วยให้อาการป่วยรู้สึกสบายใจผ่อนคลาย ส่งเสริมการควบคุมอารมณ์ และการปรับตัวในภาวะเจ็บป่วย ช่วยลดความตึงเครียด ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเศร้า หรือความรู้สึกไม่แน่นอนต่างๆได้ นับว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตใจในภาวะเจ็บป่วย ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Wright et al., 2002) และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าในระดับมาก โดยมีความอบอุ่น ผ่อนคลาย สุขสบาย จากการนวดในระดับมาก (ศรีธัญญา หวงสุวรรณากร, 2546)

โดยเฉพาะการนอนนั้น มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้สงบ จึงช่วยลดการเฝ้าทางอารมณ์ทำให้ การตอบสนองด้านจิตอารมณ์ลดลง ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลลงได้ (นางลักษณ พรหม ติงการ, 2545; Mynchenberg and Dungan, 1995)

7) ทฤษฎีความเครียด(Stress theory)และทฤษฎีการผ่อนคลาย(Relaxation theory)

เมื่อเกิดความเครียด การรับรู้จะผ่านระบบประสาทส่วนกลาง และจะมีผลต่อร่างกาย โดยผ่าน ระบบระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system : ANS) ระบบกล้ามเนื้อคลาย (Musculoskeletal muscle system: MMS) และระบบต่อมไร้ท่อ (Psychoneuroendocrine system : PNE) โดยสมองส่วน Cerebral cortex จะรับรู้ซ้ำอาการเป็นสิ่งคุกคาม จากนั้นส่งมาที่ ระบบ Limbic ซึ่งเป็นส่วนที่จะบูรณาการความคิด ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆที่ต่อมาระตุ้น Hypothalamus (อันเป็นส่วนหนึ่งของระบบ Limbic เป็นส่วนที่ปรับสมดุลให้แก่ว่างกาย) จะกระตุ้นระบบระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic เกิดการหลั่งของ Epinephrine จากต่อมหมวกไต ชั้นใน และ Norepinephrine จากปลายประสาทมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ แล้วอัตราการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น ผลต่อระบบกล้ามเนื้อคลาย ทำให้กล้ามเนื้อมีความตึงเครียด (Muscle tension) หดแข็งเกร็ง (Muscular rigidity) การกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้า Adrenocorticotrophic hormone และมีผลต่อต่อมหมวกไต หลั่ง Corticosteroid :ซึ่งมีผลต่อการคั่งของเกลือ เพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด และมีการเผาผลาญไขมัน รวมทั้งมีผลลดระดับภูมิคุ้มกันด้วย (Dougans, 1996:22-24 ; Selye, 1982 :7 cited in Well – Federman et al.,1995:60-61)

ปฏิกิริยาของความเครียดเป็นกลไกการป้องกันตัวของร่างกายจากอันตรายที่คุกคาม โดยจะเกิดการตอบสนองที่เรียกว่า “ จะสู้หรือหนี (Fight or Flight)” โดยความเครียดจะเกิด ประโยชน์ หากเกิดในระยะสั้นๆ เท่านั้น แต่หากเกิดในระยะยาวหรือเกิดในภาวะ ที่ร่างกาย เจ็บป่วย กลับจะทำให้ร่างกายมีความอ่อนแอและมีความไวต่อโรคที่เป็นอยู่หรือเกิด ภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น อีกทั้งทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดความเหนื่อยล้าได้ มี ความวิตกกังวล และซึมเศร้าได้ (Dougans, 1996:22-24)

การนอนกุดจุดสะท้อนที่เท่าจะช่วยขจัดความเครียด (Antidote) ซึ่งเป็นการลดผล อัน เกิดจากความเครียดเกิดการผ่อนคลายในระดับลึก(Deep relaxation)ทำให้ระบบLimbic ส่วน Amygdala ซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรงนั้น ถูกกระตุ้นน้อยลง เมื่อรู้สึกผ่อนคลายแล้วจะมีผลทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ Parasympathetic เด่น จึงทำให้อัตรา การเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตและอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง กล้ามเนื้อผ่อนคลาย(Wellace et al., 1974 cited in Well – Federman et al.,1995:61)

การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อคลายตัว โดยเฉพาะขั้นตอนการนวดเท้า จึงทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และยังมีผลกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ทำให้การทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น โดยนำเลือดและออกซิเจนและสารอาหารต่างๆไปสู่เซลล์ ดังนั้นการนวดเท้าจึงทำให้เกิดการผ่อนคลาย (วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ และนริศรา มนต์วี, 2542) เมื่อมีการคลายตัวของกล้ามเนื้อ ความวิตกกังวล ความเครียดจะลดลง (Mynchenberg and Dungan, 1995)ระบบต่างๆภายในร่างกายจะกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง (Dougans, 1996:21)

8) ทฤษฎีการควบคุมประตู (Gate control theory)

ทฤษฎีควบคุมประตูของ Melzack and Wall ได้อธิบายว่ากลไกควบคุมประตูบริเวณไขสันหลังจะมีการปรับสัญญาณที่ไขสันหลังก่อนส่งไปยังสมอง (Haye and Reeves, 1995:209, Ching, 1993 cited in Hulme, Waterman, and Hillier, 1999:461) โดยการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าช่วยลดความปวดที่ระดับไขสันหลัง โดยการนวดจะมีผลกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ A-beta มากกว่าใยประสาทขนาดเล็ก A-delta fiber และใยประสาท C- fiber ซึ่งใยประสาทขนาดใหญ่ A-beta นั้นเป็นใยประสาทที่นำสัญญาณเข้าไปเพื่อปรับเปลี่ยนให้ความปวดน้อยลงขณะที่ใยประสาทขนาดเล็ก A-delta fiber และใยประสาท C- fiber จะเป็นตัวที่ไวต่อการนำสัญญาณความปวดนั่นเอง ดังนั้นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ A-beta ด้วยการนวดนั้น ใยประสาทขนาดใหญ่ A-beta จะไปกระตุ้นการทำงานของ Substantia gelatinosa หรือ S.G. cell ซึ่งเป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่ยับยั้งหรือปิดกั้นทางผ่านของกระแสประสาท (Inhibitory neuron) ของความปวด โดย S.G. cell นี้จะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ที่ (Transmission cell or T cell) ซึ่งเป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่ส่งความปวดไปที่สมอง ผลคือทำให้ระบบควบคุมประตูปิด (Close the gate) และไม่มีการส่งสัญญาณความปวดจากไขสันหลังขึ้นไปยังสมอง จึงไม่เกิดความปวดนั่นเอง (สุพรรณพันธ์, 2528:25-31; Stephenson and Dalton, 2003: 183)

ในส่วนของระบบควบคุมประสาทส่วนกลางการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจะช่วยลดการกระตุ้นจากสิ่งเร้าทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ,ความวิตกกังวล และความเครียด เป็นต้น (นงลักษณ์ พรหมดีการ, 2545) เนื่องจากการสัมผัสอย่างหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย ทำให้ส่งสัญญาณไปที่สมอง ต่อม Pituitary gland และสมองส่วน Limbic เช่น Hypothalamus , Thalamus เป็นต้น เกิดการหลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ได้แก่ Beta-endorphin (Day, Mason, and Chesrown, 1987 : Kaada and Torstein, 1989 cited in Hulme, Waterman, and Hillier, 1999:462) และสาร Enkephalins ซึ่งจะช่วยจับกับ Substance P โดย Substance P นี้เป็นสารเคมีชนิดนี้ที่หลั่งออกมาจากเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย และจะไปกระตุ้นปลายประสาทอิสระที่รับรู้ความรู้สึกปวดและส่งต่อไปยังเซลล์ที่ ซึ่งเป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่ส่งความปวดไปที่สมอง ดังนั้นเมื่อสาร Enkephalins จับกับ Substance P แล้วจึงไม่มี Substance P ที่จะไป

กระตุ้นเซลล์ที่ ทำให้ระบบควบคุมประตูปิด (Close the gate) และไม่เกิดความปวด (สุพร พลยานันท์, 2528:31-35)

การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจะช่วยลดการตั้งตัวของกล้ามเนื้อ(Haye and Reeves, 1995:218) เนื่องจากความปวดจากการผ่าตัดนั้นทำให้กล้ามเนื้อคลายและหลอดเลือดหดตัว เป็นผลให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณนั้นลดลง เกิดภาวะขาดออกซิเจน และมีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) ซึ่งทำให้เกิดกรด Lactic โดยกรด Lactic ที่เกิดขึ้นนี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดของกล้ามเนื้อ ทำให้ระดับขีดกั้น (Pain threshold) หรือความทนต่อความปวด (Pain tolerance) ลดลง และส่งสัญญาณประสาทต่อไปยังสมองเป็นผลให้เกิดการรับรู้ความปวดขึ้น ดังนั้นการหดตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือด จึงเป็นแหล่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวดมากขึ้น ซึ่งจะไปเพิ่มปฏิกิริยาสะท้อนกลับที่ไขสันหลัง และทำให้ความปวดรุนแรงมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (สุพร พลยานันท์, 2528:43 ; ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ , 2546: 118; Keane, McMenamin , and Polomano, 2002:62) ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจะช่วยลดความตั้งตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น หลอดเลือดขยายตัว เป็นการส่งเสริมให้เซลล์ได้รับออกซิเจน จึงไม่เกิดกรดแลคติก ทั้งยังช่วยขจัดกรดแลคติกออกจากร่างกายด้วย(อนุรติ มีเพชร, 2539; Doungans, 1996:42) ความปวดจึงลดลง

9) ทฤษฎีการควบคุมความปวดภายใน (Endogenous theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการควบคุมความปวด ที่เกิดจากการหลั่งสารภายในร่างกาย ที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน (Endogeneous opiate) ได้แก่ Enkephalins , Endorphins และ Dynorphins ซึ่งออกฤทธิ์ไประงับการหลั่งของสารสื่อประสาทที่สำคัญ (Pain neurotransmitter) โดยสารทั้ง 3 ชนิดมีประสิทธิภาพในการควบคุมความปวดแตกต่างกัน คือ Enkephalins ออกฤทธิ์แรง 1/4- 1/2 เท่าของมอร์ฟิน ระยะเวลาของการออกฤทธิ์อยู่ได้นานหลายนาที พบกระจายได้ทั่วไปในสมองและบริเวณ Dorsal horn ของไขสันหลัง Endorphins ออกฤทธิ์แรง กว่ามอร์ฟินประมาณ 10 เท่า และมีระยะเวลาของการออกฤทธิ์อยู่นาน 2-3 ชั่วโมง พบมากที่ต่อม Pituitary และ Hypothalamus ส่วน Dynorphins มีประสิทธิภาพในการควบคุมความปวดมากที่สุด โดยออกฤทธิ์แรงมากกว่า Endorphins ถึง 50 เท่า พบได้บริเวณ Thalamus , Hypothalamus และต่อม Pituitary (สุพร พลยานันท์, 2528:31-35 ; ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ, 2546: 111-112; Keane, McMenamin , and Polomano, 2002:63)

สำหรับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า สามารถอธิบายได้ด้วยกลไกในการควบคุมความปวดโดยทฤษฎีนี้ เนื่องจากการนวดจะทำให้เกิดการผ่อนคลายทำให้ระดับ Endorphins และ Enkephalins สูงขึ้น (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ , 2548 ; Kuhn,1999:320;Stephenson and Dalton, 2003: 183) ในขณะที่ระดับของ Substance P ลดลง (Mackawan et al.,2005) ซึ่ง

อธิบายได้ว่าการนวดนั้นเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทนำลงจากสมอง จึงมีการปล่อยสารเคมีไปกระตุ้น S.G. cell ให้ปล่อย Enkephalins ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ Substance P ที่ออกมาบริเวณ Dorsal horn ของไขสันหลัง จึงทำให้ไม่มีการกระตุ้นเซลล์ที่ส่งสัญญาณประสาทของความปวดไปสู่สมอง จึงไม่เกิดความรู้สึกเจ็บปวด (สุพร พลยานันท์, 2528:32-33) เป็นการยับยั้งกระแสประสาทความปวดส่งขึ้น (Ascending control system) ในระดับของไขสันหลังตามทฤษฎีควบคุมประตู ขณะเดียวกันการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจะช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายส่งผลให้ Endorphins (Natural painkiller) หลังจากสมองมากขึ้น (Day, Mason, and Chesrown, 1987 ; Dougans, 1996:44 ; Kaada and Torstein, 1989 cited in Hulme, Waterman, and Hillier, 1999:462) และสาร Endorphins จะถูกส่งผ่าน Periaqueductal gray matter ลงมาที่ไขสันหลังบริเวณ Dorsal horn เป็นการยับยั้งความปวดที่ส่งมาจากสมองลงมาที่ไขสันหลัง (Descending control system) (Smeltzer and Bare, 2000: 180)

5.2 สิวคนธบำบัด (Aromatherapy)

Aromatherapy เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก คำว่า aroma ซึ่งแปลว่ากลิ่นหอม และ therapy แปลว่าการบำบัดรักษา จึงหมายถึงการบำบัดด้วยกลิ่นหอม (วนิดา จิตมันคง และทวีศักดิ์ สุวคนธ์ , 2540) สิวคนธบำบัด (Aromatherapy) หมายถึงการบำบัดรักษาอาการต่างๆ ด้วยกลิ่นหอม ซึ่งเป็นศาสตร์ และศิลป์ในการนำน้ำมันหอมระเหย (Essential oil) จากธรรมชาติมาใช้ในการบำบัดรักษาและบรรเทาอาการต่างๆ โดยช่วยทำให้ร่างกายและอารมณ์เกิดความสมดุลกันจึงสามารถบำบัดหรือบรรเทาอาการต่างๆ ได้โดยน้ำมันหอมระเหยเหล่านี้เป็นสิ่งที่มาจากธรรมชาติ คือเป็นน้ำมันที่พืชพันธุ์ต่างๆ ในธรรมชาติสร้างและเก็บสะสมไว้ตามส่วนต่างๆ ของกลีบ ดอก ใบ ผล เมล็ด เปลือกผล เกสร ราก หรือเปลือกของลำต้น หรือเป็นสารที่มาจากสัตว์บางชนิด เช่น กลิ่นอำพันทองจากการส่ารอกของปลาวาฬ กลิ่นชะมด กลิ่นบีเวอร์ และกลิ่นจากกวาง เป็นต้น (จิตรานนท์ เพ็ชรสวัสดิ์ และคณะ , 2544: 37; วนิดา จิตมันคง และทวีศักดิ์ สุวคนธ์ , 2540 ; สุวิญญ์ ปรัชญาปารมิตา , 2541; Sharma, 1998: 587; Voltaire, 2000)

ประวัติความเป็นมาของสิวคนธบำบัด

สิวคนธบำบัดมีประวัติการใช้มานานแต่โบราณกาลกว่าหกพันปีมาแล้ว ที่มนุษย์รู้จักใช้พืชที่มีกลิ่นหอมมาสกัดเอาน้ำมันหอมระเหย สำหรับใช้ในการเสริมความงาม บำบัดรักษาโรค ตลอดจนนำไปใช้ในศาสนาพิธี เชื่อกันว่าสิวคนธบำบัดเริ่มต้นที่ประเทศอียิปต์ มีการบันทึกวิธีการสกัดน้ำหอมจากพืชบนแผ่นศิลา ประมาณ 2500 ปีก่อนคริสตกาล และพบจากหลักฐานที่จารึกไว้

ในเอกสารบนกระดาษที่ทำมาจากเยื่อต้นกกที่เรียกว่า “ ปาปิรัส ” (Papyrus Ebers) ซึ่งชาวอียิปต์สมัยโบราณนำมา ใช้เป็นกำยานเผาบูชาถวายเทพ ใช้เป็นน้ำหอม และรับประทานเป็นยา รักษาโรค ฆ่าเชื้อ บรรเทาและต้านพิษ ช่วยให้อ่อนหลับ และทำให้ฝันดี รวมทั้งมีฤทธิ์ในการบรรเทาความทุกข์กังวลใจด้วย นั่นคือชาวอียิปต์รู้จักนำเอาพืชที่มีกลิ่นหอมมารักษาโรคทางกายและทางใจ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547: 2)

ส่วนแนวคิดในการนำสுவคนธบำบัดมาใช้ในปัจจุบัน (Modern aromatherapy) เริ่มจากนักเคมีและนักน้ำหอมชาวฝรั่งเศส ชื่อ Rene' Maurice Gattefosse' ในปี 1910 ได้บัญญัติศัพท์ “Aromatherapie” และทำให้เชื่อว่าน้ำมันหอมระเหยมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรค นอกจากนี้ยังช่วยสมานแผลอีกด้วย วันหนึ่ง Gattefosse' กำลังกลั่นน้ำมันหอมระเหยอยู่นั้น มือของเขาถูกไฟไหม้จนพุพอง เขารู้สึกปวดแสบร้อนมาก เกิดความรู้สึกขึ้นมาทันทีว่าจะต้องหาอะไรมาทำให้หายปวดแสบร้อนให้ได้ บังเอิญเห็นถึงน้ำมันดอกลาเวนเดอร์ (Lavender oil) จึงจุ่มมือลงไปในถังปรากฏว่าอาการปวดแสบร้อนหายไปเกือบหมด หลายวันต่อมาปรากฏว่ารอยแผลไฟไหม้ที่มือหายไปในโดยไม่เป็นแผลเป็น หรือเป็นหนองแต่อย่างใด เขาจึงลงมือค้นคว้าวิจัยเรื่องน้ำมันหอมระเหยอย่างจริงจังถึงองค์ประกอบทางเคมี และคุณสมบัติของการรักษาของน้ำมันหอมระเหยต่างๆจน ในปี ค.ศ. 1936 เขาได้ตีพิมพ์หนังสือ Beauty products และ Physiological Aesthetic ในปี ค.ศ. 1938 จึงมีการใช้น้ำมันหอมระเหยในการฆ่าเชื้อโรคและสมานแผลอย่างแพร่หลายในฝรั่งเศส จน Gattefosse' ได้รับฉายาว่า บิดาแห่งสுவคนธบำบัด (The father of Aromatheray) ส่วนแรงจูงใจที่ทำให้คนนิยมใช้สுவคนธบำบัดสำหรับรักษาสุขภาพและความสมดุลในร่างกาย ก็เพราะน้ำมันหอมระเหย เป็นสารที่ได้จากธรรมชาติและไม่ต้องเสียดังกับอาการข้างเคียงที่รุนแรง ซึ่งถ้าใช้น้ำมันหอมระเหยด้วยวิธีที่ถูกต้อง ผลร้ายแทบไม่มีเลย สுவคนธบำบัดเป็นวิธีการบำบัดรักษาโรคต่างๆตั้งแต่การสูดดมให้สบาย กลิ่นหอมทำให้จิตใจสงบ และแม้แต่นำไปนวด เป็นต้น (วนิดา จิตมั่นคง และทวีศักดิ์ สุวคนธ์ , 2540 ; สุวิทย์ ปรัชญาปารมิตา , 2541: 211-215; จำรัส เชนินิล และ พิศลม มะลิสวรรณ, 2546:23; พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547: 2-3)

สำหรับในประเทศไทยพบว่า มีการใช้กลิ่นหอมในการบำบัดรักษามาตั้งแต่โบราณกาล เนื่องจากคนไทยในอดีตจะผูกพันและใช้ชีวิตใกล้ชิดกับธรรมชาติเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากเมื่อลูกหลานเป็นหวัด ผู้ใหญ่สมัยก่อนจะรักษาด้วยการอาบน้ำด้วยน้ำอุ่นที่ผสมกับหัวหอม หรือหากมีอาการคัดจมูกร่วมด้วย ก็จะทำนําน้ำอุ่นที่หัวหอมลอยอยู่แล้วนำผ้าผืนใหญ่มาห่มคลุมและให้นั่งสูดดมกลิ่นหัวหอมอยู่ในนั้น เป็นต้น (จิตรานนท์ เพ็ชรสวัสดิ์ และคณะ , 2537: 42)

ปัจจุบันแบ่งการใช้สுவคนธบำบัดเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547: 3-4)

1. สิวคนบำบัดเพื่อการบำบัดอาการหรือรักษาโรค (Complementary aromatic medicine หรือ Therapeutic or Clinical aromatherapy) ถ้ามีการเลือกใช้น้ำมันหอมระเหยอย่างถูกต้องวิธี โดยมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้และขนาดของการรักษาที่ใช้ตลอดจนสรรพคุณข้อห้ามใช้ ข้อควรระวังต่างๆ จะสามารถช่วยรักษาหรือบำบัดโรคทำให้สุขภาพแข็งแรงเพราะมีความปลอดภัยสูงและมีประสิทธิภาพในการทำให้สุขภาพดีขึ้น ซึ่งน้ำมันหอมระเหยมีโครงสร้างทางเคมีที่ต่างกัน ทำให้มีผลต่อร่างกายและจิตใจที่ต่างกัน และอาจให้ผลต่างกันขึ้นกับบุคคลด้วย การเลือกใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อการบำบัดรักษาโรคจะต้องมีความรู้ความชำนาญเป็นอย่างดี ผู้ที่สามารถรักษาโรคโดยใช้สิวจนบำบัดได้จะต้องได้รับการเรียนรู้และฝึกฝนมาอย่างดีจนชำนาญเรียกว่า Clinical Aromatherapist

สิวจนบำบัดเพื่อการรักษาโรคอาจแบ่งเป็น

จิตบำบัด (Psychoaromatherapy หรือ Aromachology) เป็นการนำประโยชน์จากผลด้านจิตใจ อารมณ์และความรู้สึกของน้ำมันหอมระเหยในการบำบัดอาการทางจิต

สุขภาพองค์รวม (Holistic- aromatherapy) เป็นการผสมผสานผลทางด้านอารมณ์ ร่างกายและจิตวิญญาณ ของน้ำมันหอมระเหยในการบำบัดโรค

การแพทย์ (Medical-aromatherapy) เป็นการนำประโยชน์จากผลของน้ำมันหอมระเหยในการส่งเสริมหรือรักษาความสมดุลทางเคมี และฟิสิกส์ของของเหลวในร่างกายเพื่อบำบัดอาการของโรค

2. สิวคนบำบัดเพื่อความงาม (Beauty and Aesthetic aromatherapy หรือ Beauty therapist) เป็นการใช้น้ำมันหอมระเหยกับผิวหนังและในเครื่องสำอางเพื่อความงามชะลอความแก่ แก้ไขข้อบกพร่องของผิวหนังและเส้นผม มักใช้การนวดร่วมด้วยซึ่งจะให้ผลในการผ่อนคลาย คลายเครียด ช่วยให้กระชุ่มกระชวย และเสริมพลังชะลอความแก่ เป็นต้น แต่ในบางกรณีอาจใช้โดยนำน้ำมันหอมระเหยมาผสมในเครื่องสำอางรูปแบบต่างๆ เช่น โลชั่น ครีม แชมพู มาส์ค์ หรืออื่นๆ เพื่อต้องการประโยชน์จากน้ำมันหอมระเหยไปพร้อมกับการใช้เครื่องสำอางชนิดนั้นๆ

เทคนิคการใช้น้ำมันหอมระเหยในสิวจนบำบัด

น้ำมันหอมระเหยในสิวจนบำบัด นิยมใช้ 2 ทาง คือโดยการสูดดมและการให้ทางผิวหนัง และจะไม่ใช้น้ำมันหอมระเหยโดยตรงกับร่างกาย ดังนั้นต้องมีการเจือจางก่อนใช้ น้ำมันหอมระเหยอาจมีผลด้านร่างกาย เสริมพลังและมีผลด้านอารมณ์และจิตใจด้วย ดังนั้นระดับผลการรักษาที่ต่างกัน จึงอยู่ที่ส่วนผสมที่ต่างกันด้วย น้ำมันหอมระเหยหลายชนิดที่ให้ผลเหมือนกันด้านร่างกายอาจให้ผลต่างกันด้านจิตใจ น้ำมันหอมระเหยที่ให้ผลด้านจิตใจหรือด้าน

ร่างกายที่เหมือนกันก็มีให้เลือกหลายชนิด แต่อาจมีกลิ่นต่างกันออกไป จึงสร้างความพึงพอใจให้ผู้ใช้ได้ต่างกันด้วย การใช้น้ำมันหอมระเหยจากพืช ทำการถ่ายพลังงานให้แก่ร่างกาย กลิ่นหอมจะช่วยปรับสมดุลของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีผลต่ออารมณ์ ทำให้รู้สึกสบาย ซึ่งส่งผลดีต่อร่างกาย (Mind and body connection) (พิมพ์ร ลีลาพรพิสิฐ, 2547:55; Lemon, 2004: 64)

รูปแบบการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อสุขภาพบำบัด

การใช้น้ำมันหอมระเหยทางสุขภาพบำบัด หรือใช้กับร่างกายนั้นห้ามใช้โดยตรงหรือสูดดมโดยตรง จะใช้ในความเข้มข้นที่ต่ำมาก ดังนั้นควรนำมาทำให้เจือจางก่อน รูปแบบที่ใช้อาจทำได้หลายวิธี (พิมพ์ร ลีลาพรพิสิฐ, 2547:57-58)

1. ใช้ในการอาบน้ำ (Bathing) อาจผสมน้ำอาบโดยวิธีหยदन้ำมันหอมระเหยลงในน้ำอุ่น ปิดประตูห้อง แล้วแช่ตัวลงในอ่างอาบน้ำประมาณ 10 นาที พร้อมกับสูดดมกลิ่นหอมเข้าไปหรืออาจใช้เวลาอาบน้ำโดยการตักอาบหรืออาบจากฝักบัวโดยหยदन้ำมันหอมระเหยลงบนผ้าหรือฟองน้ำ หรือลูกบวบที่ใช้ถูตัวที่เปียกหมาดๆ แล้วถูตัวหลังจากที่อาบน้ำสะอาดแล้ว

2. ใช้ในการนวดตัว (Body massage) วิธีการนี้เป็นการนำน้ำมันหอมระเหยที่ผสมกับน้ำมันตัวพา (Carrier oil) เรียบร้อยแล้ว มานวดบริเวณลำคอ หัวไหล่ แขน หลัง โดยใช้ฝ่ามือนวดหมุนตามเข็มนาฬิกา อาจนวดจากต้นขาจนถึงเท้าแล้วแต่กรณีการนวดควรหลีกเลี่ยงการนวดบนกระดูกสันหลัง

3. การประคบเย็น (Compressed) เป็นการผสมน้ำมันหอมระเหยลงในตัวนำพา (Carrier) ซึ่งอาจเป็นน้ำสะอาด น้ำดอกไม้วีที่แช่เย็นหรือน้ำชาสมุนไพรก็ได้ กวนให้เข้ากัน จากนั้นใช้ผ้าจุ่มลงไปปิดหมาดๆ จึงนำมาประคบตามจุดที่ต้องการ ถ้าใช้น้ำร้อนก็จะเป็นการประคบร้อน

4. การสูดดม (Inhalation) นำน้ำมันหอมระเหยมาผสมให้เจือจางก่อน เช่นหยดลงบนกระดาษทิชชู ผ้าเช็ดหน้าหรือผ้าลินิน แล้วจึงสูดดม หรืออาจผสมน้ำมันหอมระเหยกับน้ำมันตัวพาก่อนแล้วจึงสูดดมโดยตรงหรือหยดลงบนผ้าอีกทีแล้วสูดดมก็ได้

5. การพ่นละอองฝอยในห้อง (Room spray) นำน้ำมันหอมระเหยมาผสมกับน้ำอุ่นที่ไม่เกิด 45 องศาเซลเซียส เขย่าให้เข้ากัน แล้วบรรจุในภาชนะที่มีหัวฉีดพ่นละออง แล้วนำมาพ่นตามห้องหรือที่ต่างๆที่ต้องการ จึงสูดดมละอองเล็กๆ ที่กระจายในอากาศเข้าไป

6. การผสมในเครื่องสำอาง ผสมน้ำมันหอมระเหยลงในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางซึ่งไม่มีการแต่งกลิ่น ถ้าใช้กับหน้ามักใช้ไม่เกิน 2% ถ้าใช้กับร่างกายจะใช้เข้มข้นกว่าแต่ไม่เกิน 3%

7. การจุดตะเกียงเผา (Burners) โดยหยदन้ำมันหอมระเหยลงในน้ำ แล้วในตะเกียงเผาอุณหภูมิไม่เกิน 60 °C จะได้ไอระเหยของน้ำมันหอมระเหย จึงสูดดมซึ่งมักใช้ในการบำบัดอาการที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และจิตใจ

8. การแช่ อาจเป็นการนั่งแช่ (Sitz bath) หรือเอามือหรือเท้าแช่เพื่อจุดประสงค์ในการรักษาเฉพาะที่ ควรใช้น้ำอุ่นและให้อุ่นตลอดเวลาการแช่นาน 10 นาที หยอดน้ำมันหอมระเหยลงไปตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

9. การกลั้วคอหรือบ้วนปาก เพื่อบำบัดโรคในช่องปาก ช่องคอ เช่นลดความปวด ลดการอักเสบ หรือฆ่าเชื้อโรค หยอดน้ำมันหอมระเหย 2- 3 หยดในน้ำ ¼ แก้ว คนให้ทั่วแล้วกลั้วคอหรือบ้วนปาก ในเด็กจะใช้เพียง 1 หยดเท่านั้น

10. เทียนหอม เป็นการผสมน้ำมันหอมระเหยลงในเทียน เวลาจุดเทียนจะได้กลิ่นของน้ำมันหอมระเหย มักใช้เพื่อปรับสมดุลของอารมณ์และจิตใจเช่นเดียวกับการจุดตะเกียงเผา

ซึ่งพบว่าการบำบัดด้วยวิธีการนวดนี้มีประสิทธิภาพสูงสุด การใช้ น้ำมันหอมระเหยด้วยการให้ทางผิวหนังโดยการนวดร่วมด้วย เป็นวิธีที่ให้ผลในการบำบัดรักษาอาการได้ดี และมีประสิทธิภาพสูงสุด วิธี (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547:1; มนสวรรค์ จินดาแสง , 2547:121) ทั้งนี้เนื่องจากการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยคือ การรวมเอาทั้งศาสตร์และศิลปะของการนวด และกลิ่นหอมที่ได้จากโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยเข้าไว้ด้วยกัน เป็นการบำบัดเพื่อให้เกิดความสมดุลของ ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เข้าไว้ด้วยกัน เป็นวิธีที่ทำให้ร่างกายได้รับโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจากการซึมผ่านผิวหนังไปยังระบบต่างๆของร่างกายแล้ว ยังจะได้รับโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจากการสูดดมในขณะที่นวดด้วย

โดยโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะเข้าสู่ร่างกายได้ 2 ทาง คือ จากการซึมผ่านทางผิวหนังขณะนวด แล้วยังมีผลในการผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยให้กล้ามเนื้อหดตัวและปลดปล่อยกรด Lactic และกรด Uric ที่คั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อออกมา จึงทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงในการหดตัวมากขึ้นจึงคลายความเหนื่อยล้าได้ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2547:9) รวมทั้งผลที่ได้จากการนวดทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองดีขึ้น (จาร์ต เซ็นนิล และพิสสม มะลิสูวรรณ, 2546:96 ;Aldridge, 2002: 115-116) หลอดเลือดไม่ตีบตันการไหลเวียนของเลือดจึงดีขึ้น มีเลือดใหม่เข้ามาแทนที่เลือดเก่าโดยนำเอาอาหารและออกซิเจนมาด้วยเซลล์ต่างๆในร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอไม่เกิดกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) ทำให้ไม่มีการคั่งค้างของของเสียในร่างกาย นอกจากนี้การนวดยังช่วยขจัดกรด Lactic ที่ยังคั่งค้างในกล้ามเนื้อออกมาส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและมีแรงในการหดตัวมากขึ้น จึงสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการนวดทำให้ระบบทางเดินอาหาร และลำไส้ทำงานได้ดีร่างกายมีการดูดซึมสารอาหาร และสร้างพลังงานมากขึ้น จึงไม่เกิดเป็นความเหนื่อยล้า (สายใหม่ ตุ่มวิจิตร, 2547: 60)

ข้อห้ามและข้อแนะนำสำหรับการใช้น้ำมันหอมระเหย

น้ำมันหอมระเหยแต่ละชนิดมีคุณสมบัติโครงสร้างทางเคมีที่แตกต่างกัน ดังนั้นการเลือกใช้จึงขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ต้องการและต้องคำนึงให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลโดยเฉพาะ ถ้าใช้เพื่อการบำบัดรักษาจะต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ และต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก โดยต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น รวมทั้งการเลือกให้เกิดความปลอดภัย และได้รับประโยชน์จากการใช้น้ำมันหอมระเหยได้มากที่สุด (วนิดา จิตมั่นคง และทวีศักดิ์ สุวคนธ์ , 2540 ; วิณา จีรัจจรียากุล, 2542:19; Maddocks- Jennings and Wilkinson, 2004:94-95) ดังนี้

1) เลือกใช้น้ำมันหอมระเหยที่บริสุทธิ์ ไม่ใช้น้ำมันสังเคราะห์ และเลือกจากแหล่งผลิตที่เชื่อถือได้ โดยน้ำมันหอมระเหยที่ดีควรเป็น Pure oil คือน้ำมันบริสุทธิ์ที่ไม่มีการปนเปื้อน Organic iol คือน้ำมันซึ่งสกัดจากพืชที่ปลูกโดยไม่ใช้ยาฆ่าแมลง ปุ๋ย และ Natural oil คือน้ำมันซึ่งมีสารจากธรรมชาติ 100% แต่สำหรับ Processed oil เป็นน้ำมันที่ผ่านกระบวนการทำให้ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น หรือผ่านกระบวนการทำให้มีอายุนานขึ้นจึงพบว่าน้ำมัน Processed oil มักทำให้เกิดอาการแพ้ ระคายเคืองได้ง่าย

2) น้ำมันหอมระเหยอาจทำให้เกิดอาการแพ้ได้ จึงไม่ควรใช้น้ำมันหอมระเหยกับร่างกายโดยตรง หรือไม่ควรรับประทาน สูดดม หรือสัมผัสโดยตรงกับผิวหนัง โดยไม่ผ่านการทำให้เจือจางด้วยน้ำมันตัวพาเสียก่อน เนื่องจากน้ำมันที่สกัดมาได้มีความเข้มข้นกว่าที่พบอยู่ในพืชธรรมชาติถึง 100 เท่า มีเพียงหัวน้ำมันลาเวนเดอร์ เท่านั้นที่สามารถใช้กับผิวหนังโดยตรงเท่านั้นที่สามารถใช้กับผิวหนังโดยตรงเท่านั้น และไม่ควรใช้น้ำมันหอมระเหยเกิน 3 ครั้งต่อวัน

การใช้ทางผิวหนังจะต้องเจือจางด้วยน้ำมันตัวพา (Carrier oil) ซึ่งจะมีการดูดซึมได้ดี ช่วยพาโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยไปยังบริเวณที่ต้องการออกฤทธิ์ แล้วใช้ถูวนวดตามร่างกาย ซึ่งน้ำมันตัวพามักใช้น้ำมันพืช

3) โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยสามารถระเหยได้ง่ายมาก จึงควรระวังอย่าไว้ใกล้เปลวไฟ หรือที่มีความร้อนสูง

4) การเก็บรักษาน้ำมันหอมระเหย เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยสามารถสลายตัวได้ง่ายมากด้วยอากาศ ออกซิเจน ความร้อนหรือแสง ดังนั้นจึงควรเก็บในภาชนะที่เป็นแก้ว หรือขวดแก้วสีชา ไม่ควรใช้ภาชนะพลาสติก และต้องอยู่ภายใต้อุณหภูมิต่ำๆ(ต่ำกว่า 25 °C) เช่น เก็บในตู้เย็น และน้ำมันหอมระเหยที่ดี ควรใช้ภายใน 3 ปี ภายหลังจากการเปิดใช้

5) ไม่ควรใช้ในรายที่มีอาการแพ้ หรือระคายเคืองของผิวหนัง

6) สำหรับในผู้ป่วยโรคลมชัก ความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตต่ำและใช้สูวคนธ์บำบัดในเด็ก ควรอยู่ในความดูแลของแพทย์และ น้ำมันหอมระเหยผู้เชี่ยวชาญ

7) ห้ามใช้ในหญิงมีครรภ์ ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับ และโรคไต หรือใช้ก่อนอาบน้ำ

8) ห้ามรับประทานน้ำมันหอมระเหย เพราะมีความเข้มข้นสูงในขณะที่เนื้อเยื่อภายในร่างกายมีความเบาบางและอ่อนนุ่มกว่าผิวหนังภายนอก ดังนั้นน้ำมันหอมระเหยจึงทำลายเนื้อเยื่อภายในได้ ยกเว้น ตำรับที่ทำมาสำหรับรับประทานได้ เช่น ยาขับลม เป็นต้น

9) วิธีทดสอบการแพ้ ก่อนใช้น้ำมันหอมระเหย ควรทดสอบว่าน้ำมันชนิดนี้ จะทำให้ผู้ใช้เกิดอาการแพ้หรือไม่ โดยหยดน้ำมันที่ผสมไว้สองสามหยดบริเวณหลังหู หรือบริเวณข้อพับแขน ทิ้งไว้ประมาณ 5-10 นาที หรืออาจทิ้งไว้ 30 นาที การทดสอบการแพ้จะแม่นยำมากขึ้น (Morris, 2002: 224) สังเกตดูว่าผิวหนังมีสีแดงหรือไม่ เกิดการระคายเคืองหรือคัน ถ้าหากมีอาการดังกล่าว เปลี่ยนไปใช้น้ำมันชนิดหนึ่ง

แนวคิดทฤษฎีกลไกของน้ำมันหอมระเหยต่อร่างกาย

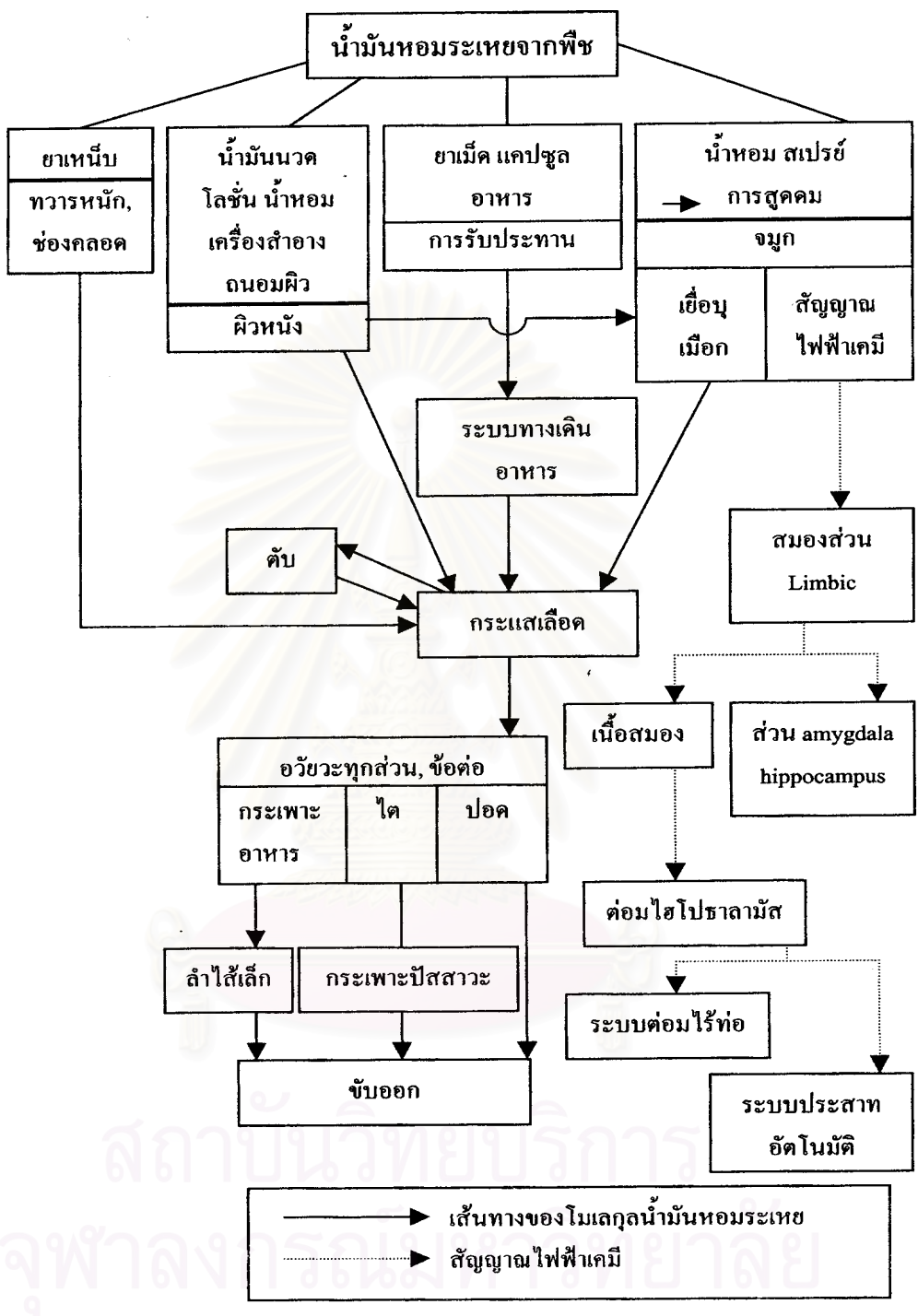
น้ำมันหอมระเหยมีวิธีการนำมาใช้หลายวิธี แต่ที่นำมาใช้ในมนุษย์ในทางสุขภาพบำบัดจะนิยมใช้น้ำมันหอมระเหยโดยวิธีการสูดดม และวิธีสัมผัสทางผิวหนัง เช่นการนวดหรือการทา เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยมีองค์ประกอบทางเคมีสารมากมายหลายชนิดรวมกันอยู่ในปริมาณมากน้อยต่างกันไป ดังนั้นจึงไม่มีสารสังเคราะห์ใดที่สามารถสังเคราะห์หรือผสมผสานองค์ประกอบทางเคมีเลียนแบบธรรมชาติได้อย่างแท้จริง เพราะฉะนั้นการใช้น้ำมันหอมระเหยในสุขภาพบำบัด จะต้องเป็นน้ำมันหอมระเหยจากธรรมชาติเท่านั้น จะไม่ใช้น้ำมันหรือน้ำหอมสังเคราะห์ ซึ่งบางครั้งพบว่าประกอบด้วยสารเคมีซึ่งมีพิษหรืออันตรายต่อร่างกายด้วย (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2547:5)

1) **ทฤษฎีทางเภสัชวิทยา** อธิบายว่าเมื่อน้ำมันหอมระเหย(Essential Oil) เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะมีผลเกิดขึ้น 2 ทาง คือถ้าให้โดยรับประทาน ทางผิวหนัง หรือทางทวารและช่องคลอดก็ตาม โมเลกุลของสารจะสามารถถูกดูดซึมสู่กระแสเลือดไปมีผลต่อระบบอวัยวะต่างๆ และถูกขับออกได้เช่นเดียวกับโมเลกุลของยาเมื่อเข้าสู่ร่างกาย และถ้าให้โดยการสูดดมโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะซึมผ่านเยื่อบุช่องจมูกหรือลงสู่ปอดและเข้าสู่กระแสเลือด ได้เช่นเดียวกับการให้โดยวิธีการอื่นๆ โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยที่สูดดมเข้าไปจับตัวกับ (Receptor) บนเยื่อบุช่องจมูก (Olfactory membrane) และแปรสัญญาณเป็นสื่อระบบประสาทหรือสัญญาณทางไฟฟ้าเคมี (Electrochemical signals) ผ่านทาง Olfactory nerve เข้าสู่ Limbic system ในสมองซึ่งควบคุมความรู้สึกสัมผัส, เพศ, อารมณ์ และระบบย่อยอาหาร มีผลกระตุ้นหรือยับยั้งระบบประสาทและสมองรวมทั้งระบบต่อมไร้ท่อต่างๆ ด้วยแล้วแต่โครงสร้างทางเคมีของน้ำมันหอมระเหยชนิดนั้น ดังนั้นจึงถูกนำมาใช้บำบัดโรคที่เกี่ยวข้องกับต่ออารมณ์และจิตใจลดอาการหลังฮอร์โมนบางชนิดด้วย เส้นทางและผลของน้ำมันหอมระเหยต่อร่างกาย (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547:5-7; Buckle, 1993: 32-33) เนื่องจากน้ำมันหอมระเหย เป็นสารที่ละลายในไขมัน ซึ่ง

บางส่วนจะเข้าสู่สมอง บางส่วนจะถูกดูดผ่านเข้าไปในปอดพร้อมกับอากาศบริสุทธิ์ที่เราหายใจเข้าไปในกระบวนการที่ปอดซึ่งทำหน้าที่ฟอกเลือดเสีย ที่หัวใจส่งมาฟอกนั้น (เป็นกระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนกันระหว่างออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ ที่ถูกลมในปอด) คาร์บอนไดออกไซด์จะถูกหายใจออกมา ส่วนออกซิเจนและน้ำมันหอมระเหยที่ติดมากับออกซิเจนก็จะเข้ามาสู่ระบบหมุนเวียนเลือดได้ (Circulatory system) และเข้าสู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย มีการเมตาบอลิซึมที่ตับก่อนโดย Hepatic cytochrome P450 และผ่านเข้าสู่ไตจึงสามารถขับออกมาได้ทางปัสสาวะได้อีกทางหนึ่ง (Maddocks- Jennings and Wilkinson, 2004:94-95)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 5 แสดงกลไกที่แสดงเส้นทางและผลของน้ำมันหอมระเหยต่อร่างกายตามทฤษฎีเภสัชวิทยา (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2547:6)

2) ทฤษฎีทางการแพทย์ อธิบายว่ากลไกของน้ำมันหอมระเหยต่อร่างกายมนุษย์ เมื่อมนุษย์สูดดมหายใจเข้าไปในโพรงจมูก “ จมูก ” เป็นอวัยวะที่ต้องจัดการกับอากาศในปริมาณมากถึง 500 ลูกบาศก์ฟุตหรือราวห้องขนาดย่อมๆห้องหนึ่ง เมื่อมีโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยปะปนกับอากาศที่สูดดมเข้าไปกลืนนั้นก็จะระเหยขึ้นไปทีแถบรับกลิ่นซึ่งมีลักษณะเป็นเนื้อเยื่อสีน้ำตาลแกมเหลือง อยู่ที่ส่วนบนของโพรงจมูก เรียกว่า “ Olfactory bulb ” พื้นที่เล็กๆเพียง 2.5 ตารางเซนติเมตรในโพรงจมูกส่วนบนนี้จะอัดแน่นไปด้วยเซลล์ประสาทรับกลิ่น (Receptor cell) ถึงกว่า 50 ล้านเซลล์ แต่ละเซลล์ยังมีขน (Cilia) รับความรู้สึกจำนวน 6-7 เส้น เมื่อเซลล์ประสาทรับกลิ่นได้แล้วก็จะส่งต่อไปที่ปลายเซลล์ประสาทรับกลิ่นซึ่งมีลักษณะเล็กเรียวยาว คล้ายขนเล็กๆ จากนั้นจะถูกกระตุ้นและกลิ่นก็จะถูกแปรสภาพเป็นประจุบวก ประจุลบ หรือกระแสไฟฟ้าอ่อนๆ แล้วส่งจากปลายประสาทรับกลิ่นไปยังสมองส่วนรับรู้กลิ่น Limbic system (Primitive brain เป็นระบบสมองที่ทำหน้าที่ตอบสนองทางอารมณ์ นิสัยใจคอ การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ความจำ สัญชาตญาณ และความรู้สึกสุขกายสบายใจ) ซึ่ง Limbic system อยู่ในสมองส่วนที่อยู่ใต้ Cerebral cortex โดยจะทำงานสัมพันธ์กับ Amygdala และ Hippocampus ทั้งสองส่วนนี้มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโมเลกุลกลิ่น โดย Amygdala มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรม (Emotional and behavioral response) และ Hippocampus เป็นส่วนของการจดจำกลิ่น แยกแยะกลิ่น (Explicit memories) (Buckle,2001:60-61)

สมองจะรับโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยเมื่อสมองจำแนกกลิ่นต่างๆแล้ว จะไปมีผลกระตุ้นให้สมองหลั่งสารเคมีออกมา สารเคมีเหล่านี้จะมีผลไปสร้างคุณสมบัติให้กับระบบประสาท ส่วนที่มีผลต่อทางอารมณ์และจิตใจ เช่น ถ้าเศร้า หดหู่ จะคลายความเศร้า เป็นต้น สารที่หลั่งจากสมองได้แก่ สมองส่วน Thalamus หลั่งสาร Endorphins ช่วยลดอาการเจ็บปวด, Enkephalins ช่วยส่งเสริมให้อารมณ์ดี และสมองส่วน Pituitary หลั่งสาร Serotonin ทำให้สงบเยือกเย็น ผ่อนคลายและหลับสบาย (ลดาวัลย์ ชุ่มประเสริฐพงศ์ ,2548; Kuhn , 1999:167)

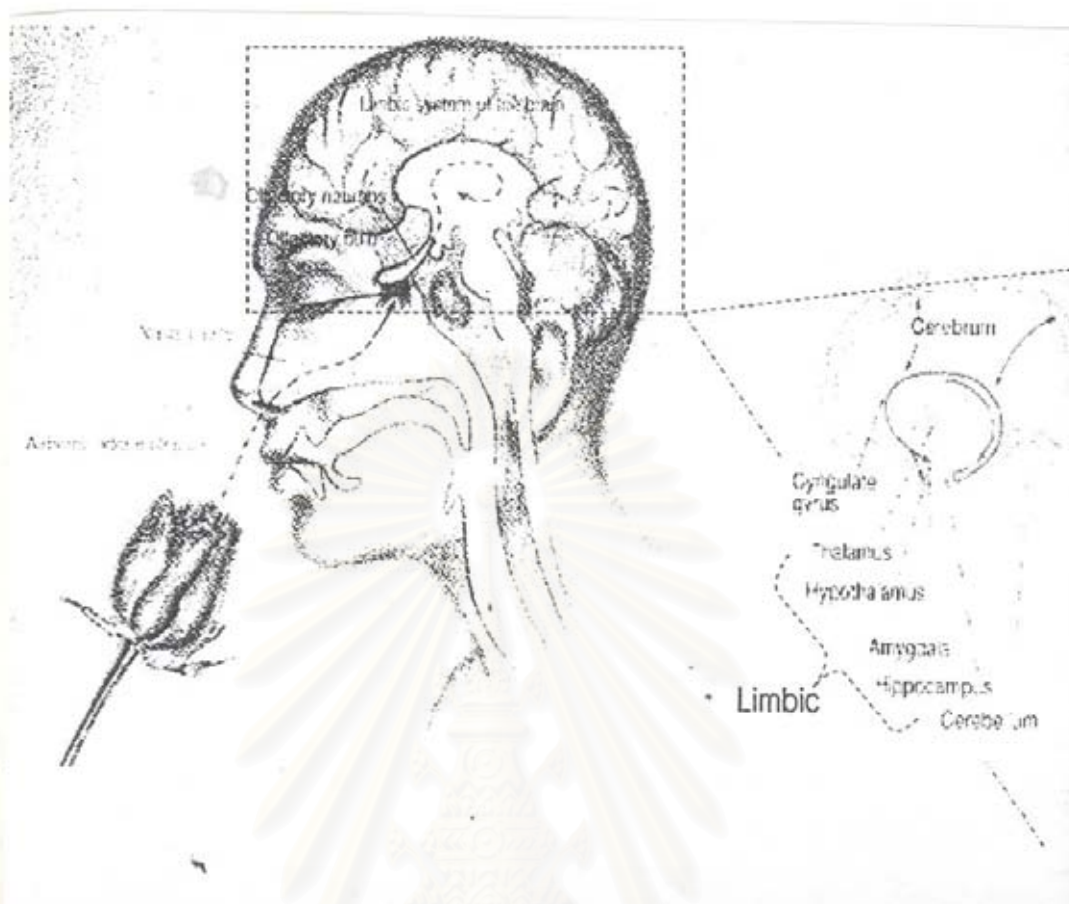
ตัวอย่างสารจากกลิ่นน้ำมันหอมระเหยที่มีผลต่อการหลั่งของสารจากสมองและฮอร์โมน เช่น กลิ่นลาเวนเดอร์ ช่วยบำบัดอาการเครียด นอนไม่หลับ เนื่องจากกระตุ้นร่างกายผลิต Serotonin นอกจากนี้พบว่า ลาเวนเดอร์มีกลไกการออกฤทธิ์คล้ายๆ Diazepam คือมีผลทำให้เพิ่ม Gamma aminobutalic acid (GABA) และเพิ่มความสามารถของ GABAa ในการจับกับ Receptor จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และช่วยให้นอนหลับสบาย เช่นเดียวกับสารกลิ่นดอกส้มซึ่งมีฤทธิ์ลดความวิตกกังวล ลดความซึมเศร้า ช่วยให้หลับได้ อีกทั้งช่วยลดการหดเกร็งของอวัยวะในช่องท้อง (Antispasmodic) และลดการอักเสบได้ด้วย , สารกลิ่นกุหลาบ และ Clary sage ไปกระตุ้นสมองส่วน Thalamus ผลิต Enkephalins ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ที่ตึงเครียด , สารกลิ่น Peppermint และ Rosemary ช่วยกระตุ้นการผลิต Adrenalin ซึ่งทำให้มีพลังงานมากขึ้น ลด

อาการเมื่อยล้า ทั้งร่างกายและจิตใจ, สารกลิน Geranium ช่วยปรับระดับของฮอร์โมนในร่างกายให้สมดุลจิตใจให้เป็นปกติ เป็นต้น (วนิดา จิตมั่นคง และทวีศักดิ์ สุวคนธ์ , 2540 ; Stevenson, 1994 :29 ; Buckle,2001:61; Kirk-Smith, 2003: 83)

นอกจากนั้นการรับรู้กลินยังมีผลต่อสมองส่วน Hypothalamus และสมองส่วน Pituitary ซึ่งควบคุมสารเคมี ฮอร์โมน และเป็นสัดส่วนของสมองที่ติดต่อกับสารไปยังต่อมเพศ สมองส่วน Frontal lobes ที่ควบคุมความตั้งใจ และความจำ รวมทั้ง Reticular system ซึ่งช่วยผสมผสานการทำงานของร่างกายและจิตใจ(วนิดา จิตมั่นคง และทวีศักดิ์ สุวคนธ์ , 2540)

จากทฤษฎีดังกล่าวทำให้ทราบว่าแถบรับกลิน จะมีตัวรับที่เฉพาะเจาะจง ต่อโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยชนิดต่างๆ ซึ่งสามารถบอกข้อแตกต่างของขนาดและรูปร่างของโมเลกุลที่แตกต่างกันได้ และจะแปรผลไปยังสมองเพื่อจำไว้ ว่าเป็นกลินของอะไร มีความหมายอย่างไร และควรทำอย่างไรต่อไป ดังนั้นเราจึงสามารถแยกกลินที่ต่างกันของน้ำมันหอมระเหยชนิดต่างๆได้ นอกจากนี้ตัวรับยังแปรผลเป็นสื่อประสาทที่ต่างกัน จึงอาจมีผลกระตุ้นหรือผ่อนคลายสมองหรือระบบประสาทได้ เหตุนี้การใช้น้ำมันหอมระเหยจึงสามารถปรับสมดุลของอารมณ์ และจิตใจได้ และถูกนำมาใช้เพื่อบำบัดอาการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาท สมองหรือแม้กระทั่งการหลั่งของฮอร์โมนที่ถูกควบคุมโดยต่อมใต้สมองได้เช่นกัน อาการนอนไม่หลับ เครียดจากการทำงาน ปวดเกร็งกล้ามเนื้อซึ่งควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ อาการไมเกรน อาการก่อนมีประจำเดือนที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเพศ ตลอดจนการกระตุ้นกำหนด เป็นต้น (จรัส เซ็นนิล และพิศสม มะลิสวรรณ, 2546:25-26 ; พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2547:8-9)

นอกจากนี้จากผลวิจัยทางการแพทย์ พบว่าโครงสร้างทางโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยชนิดต่างๆ ซึ่งเป็น Aromatic compounds นั้น มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อโรค (Antiseptic) ได้ดี ซึ่งมีการใช้ในทางการแพทย์เป็นเวลาช้านานแล้ว เช่นในปี 1881 Koch พบว่าน้ำมันสน (Turpentine oil) ฆ่าเชื้อ Bacillus anthracis ได้ ปี 1882 Chamberland ศึกษาฤทธิ์ฆ่าเชื้อของน้ำมันหอมระเหยชนิดต่างๆ เช่น ออริกาโน (Oregano) อบเชย (Cinnamon) และดอกกานพลู (Clove buds) นอกจากนี้มีงานวิจัยอีกมากมายศึกษาถึงผลน้ำมันหอมระเหยในการฆ่าเชื้อโรคต่างๆ เช่น แบคทีเรีย รา และไวรัส เป็นต้น ส่วนน้ำมันหอมระเหยบางชนิดมีฤทธิ์ระงับปวด (Analgesic) ได้ เช่น Clove , Wintergreen ลดการอักเสบ (Antiinflammatory) เช่น Amica ,Yarrow , Chammonile และลดอาการแพ้ (Antiallergic) เช่น Chamomile และฝาดสมาน (Astringent) เช่น Cypress ,Lavender เป็นต้น (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2547:7-8)



ภาพที่ 6 แสดงการดมกลิ่นผ่านทางจมูกซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกและการหลั่งของฮอร์โมนบางชนิด Smell and limbic system [Available from [http://www. Google.co.th](http://www.Google.co.th)]

ผลของน้ำมันหอมระเหยต่อระบบอวัยวะของร่างกาย

น้ำมันหอมระเหยเมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะมีผลต่อระบบประสาทอวัยวะต่างๆ ดังนี้ (พิมพ์รตีลาพรพิสิฐ , 2547:8-10)

1) ระบบการไหลเวียนของโลหิต (Coronary and circulation system) น้ำมันหอมระเหยหลายชนิดมีผลกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ทำให้หัวใจและสมองทำงานได้ดีและร่างกายขาดของเสียออกทางไตได้มากขึ้น นอกจากนี้การมีโลหิตไหลเวียนที่ดียังช่วยเสริมภูมิคุ้มกันของร่างกายด้วย เช่น น้ำมันเจอราเนียม (Geranium oil) น้ำมันกุหลาบ (Rose oil) น้ำมันไซเพรส (Cypress oil) และน้ำมันจากหญ้าแฝก (Vetiver oil) เป็นต้น

2) ระบบการทำงานของน้ำเหลือง (Lymphatic system) น้ำเหลืองประกอบด้วยไขมัน

โปรตีน และเม็ดเลือดขาว Lymphocytes ซึ่งเกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ช่วยในการขจัดหรือต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมของร่างกาย น้ำมันหอมระเหยที่มีผลต่อการทำงานของน้ำเหลืองได้แก่ Thyme linalol, Lemon และ Frankincense เป็นต้น

3) ระบบประสาท (Nervous system) ระบบประสาทแบ่งเป็น 2 ส่วน คือระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) และระบบประสาทส่วนปลาย (PNS) ระบบประสาทส่วนกลางประกอบด้วยสมองและก้านสมอง ซึ่งวิ่งไปตามแนวกระดูกสันหลัง ทำหน้าที่รับสื่อประสาท แปรผลและส่งผลตอบรับไปยังอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย ระบบประสาทส่วนปลายสามารถแบ่งย่อยได้เป็น 3 ส่วน คือ ส่วนบน ส่วนกลาง และส่วนล่าง สำหรับส่วนบน น้ำมันหอมระเหยมีผลต่อร่างกายโดยผ่านระบบประสาทส่วนปลาย (Olfactory nerve) ส่งสัญญาณไฟฟ้าไปยังสมอง (Limbic system) ได้ ดังกล่าว จึงมีผลกระตุ้นความจำ อารมณ์ และความรู้สึก ระบบประสาทส่วนปลายส่วนกลางเชื่อมต่อไปยังผิวหนังและกล้ามเนื้อ น้ำมันหอมระเหยซึ่งให้ทางผิวหนัง อาจโดยการนวดร่วมด้วย จึงมีผลโดยตรงต่อกล้ามเนื้อ ช่วยผ่อนคลายและลดความปวด และมีผลต่อผิวหนังโดยตรง เช่น เพิ่มความชุ่มชื้น ลดการอักเสบผิวหนัง ลดการแพ้หรือระคายเคือง ฆ่าเชื้อโรค ลดการอักเสบ ตลอดจนชะลอความเหี่ยวย่นได้ แล้วแต่ชนิดของน้ำมันหอมระเหยที่ใช้และระดับการดูดซึมสู่ผิวหนังชั้นต่างๆ ของโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยด้วย ระบบประสาทส่วนปลายส่วนล่าง เป็นระบบประสาทอัตโนมัติ(ซึ่งแบ่งเป็น Sympathetic และ Parasympathetic) น้ำมันหอมระเหยบางชนิดอาจมีผลกระตุ้นหรือบางชนิดอาจมีผลระงับระบบประสาทอัตโนมัติดังกล่าวได้ ตัวอย่าง น้ำมันหอมระเหยที่มีผลต่อระบบประสาทได้แก่ Bergamot , Chamomile (Roman), Lavender และ Sandalwood เป็นต้น

4) ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ต่อมไร้ท่อต่างๆในร่างกายมีหน้าที่หลั่งฮอร์โมนเพื่อควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้แก่ Pituitary gland , Thyroid gland, Parathyroid gland, Adrenal gland, Ovaries, Testes และ Pancreas น้ำมันหอมระเหยบางชนิดทำหน้าที่เป็นฮอร์โมน (Phytohormones) ซึ่งมีผลคล้ายฮอร์โมนในร่างกาย ฮอร์โมนบางชนิดมีผลต่อการทำงานของผิวหนัง เช่น Estrogen มีผลทำให้เซลล์ของผิวหนังชุ่มน้ำ และ Androgen มีผลควบคุมการหลั่งไขมันผิวหนัง ซึ่งทำให้ไขมันและเป็นผิว ดังนั้นน้ำมันหอมระเหยที่มีผลกับฮอร์โมนดังกล่าว จึงถูกนำมาใช้ในการถนอมผิวและเครื่องสำอาง

5)ระบบกล้ามเนื้อ (Muscular system) น้ำมันหอมระเหยมีผลในการผ่อนคลายการตึงของกล้ามเนื้อ และถ้ามีการนวดร่วมด้วยจะช่วยให้กล้ามเนื้อ หดตัวและปลดปล่อย Lactic acid และ Uric acid ที่คั่งค้างออกมา ทำให้คลายความเมื่อยล้าได้ น้ำมันหอมระเหยที่ใช้เพื่อผลดังกล่าวได้แก่ Rosemary , Marjoram, Black peper และGenger

6) ระบบการย่อยอาหาร (Digestive system) น้ำมันหอมระเหยบางชนิดมีผลคลายกล้ามเนื้อเรียบในระบบย่อยอาหาร ช่วยลดแก๊สที่คั่งค้าง มีผลช่วยในการขับลม เช่น Coriander, Dill, Juniper และ Peppermint

7) ระบบหายใจ (Respiratory system) ในปอดมีถุงลมเล็กๆ ทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกาย โมเลกุลเล็กๆ ของน้ำมันหอมระเหยสามารถแทรกเข้าไปถึงลมและเข้ากระแสเลือดได้ นอกจากนี้โมเลกุลซึ่งระเหยได้ของน้ำมันหอมระเหยสามารถแทรกซึมตามเนื้อเยื่อของทางเดินหายใจ ถ้าเป็นชนิดที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรคและฆ่าไวรัส จะมีผลเฉพาะต่อทางเดินหายใจ นอกจากนี้บางชนิดยังมีผลคลายกล้ามเนื้อเรียบ ป้องกันการเกร็งของหลอดลม หรือช่วยในการขับเสมหะได้แล้วแต่โครงสร้างทางเคมีของโมเลกุลน้ำมันหอมระเหยแต่ละชนิด เช่น Eucalyptus, Tea tree และ Myrtle เป็นต้น

8) ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ (Reproductive system) น้ำมันหอมระเหยซึ่งมีผลต่อการทำงานของฮอร์โมนเพศหญิงหรือเพศชาย ได้ถูกนำมาใช้ในการบำบัดอาการผิดปกติจากฮอร์โมน เช่นวัยหมดประจำเดือนหรือ อาการก่อนมีประจำเดือน ได้แก่ เครียด ปวดหลัง ท้องผูก หรือท้องเสียและผิวแห้ง เป็นต้น น้ำมันหอมระเหยบางชนิดมีผลทำให้มดลูกบีบตัว ควรระวังในสตรีมีครรภ์อาจทำให้แท้งได้ ตัวอย่างน้ำมันหอมระเหยที่ใช้ได้แก่ Rose , Geranium, Chamomile (Roman) และ Fennel เป็นต้น

9) ระบบโครงสร้างของร่างกาย (Skeletal system) น้ำมันหอมระเหยบางชนิดช่วยในการสลายหรือสร้างกระดูกที่หักหรือการอักเสบตามข้อต่างๆ น้ำมันหอมระเหยซึ่งช่วยสลายหรือสร้างกระดูก เช่น Black peper , Genger , Cedarwood และ Yarrow และน้ำมันหอมระเหยซึ่งมีผลด้านการอักเสบ เช่น Yarrow, Chamomile (german) และ Chamomile (roman) เป็นต้น

5.3 ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยนั้น เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อการดูแลสุขภาพและบรรเทาอาการในภาวะเจ็บป่วย อย่างเป็นองค์รวม คือ ร่างกาย จิต และวิญญาณ ซึ่งสามารถอธิบายผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ด้วยหลักการและทฤษฎีต่างๆได้ดังนี้

1) กลไกและผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าต่อร่างกายและจิตใจที่สรุปจากหลักการและทฤษฎีที่กล่าวไว้ข้างต้น โดยสรุปประเด็นที่สำคัญ ในส่วนที่ช่วยบรรเทาอาการไม่สบาย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการวิตกกังวล และอาการนอนไม่หลับ ได้ดังนี้ (ลดาวัลย์ อุ่น

ประเสริฐพงศ์ ,2548; Dougans , 1996: 20-45 ; Kuhn, 1999:320 ; Lockett, 1992:14-15 ; Mackey, 2001:163; Stephenson, Weinrich , and Tavakoli ,2000: 68; Tiran and Chummun, 2004:1-7)

-ช่วยปรับสมดุลของอวัยวะต่างๆของร่างกาย (Homeostasis) โดยจากการกระตุ้นที่ปลายประสาท และจากการสลายตัวของเม็ดคริสตัลที่เป็นสาเหตุของการอุดตันพลัง จึงเป็นการส่งเสริมให้พลังเดินตามเส้นพลังไปยังอวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้สะดวก (Enhance energy free flow) ตามโซนและตามจุดต่างๆที่เท่าที่สะท้อนไปยังอวัยวะต่างๆของร่างกาย ซึ่งเป็นหลักการสำคัญในการกดจุดสะท้อน อันจะมีผลให้เกิดการเยียวยาโดยการปรับสมดุลภายในร่างกายโดยธรรมชาติ เช่น การกระตุ้นที่นิ้วหัวแม่มือบริเวณจุดสะท้อนตำแหน่งของสมอง จะช่วยปรับการควบคุมกระบวนการทางกายภาพในการนอนหลับและการตื่นของสมอง การกระตุ้นที่ต่อม Pituitary จะช่วยปรับการควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่อ ลดความเครียดทางอารมณ์ การกระตุ้นที่ต่อมใต้สมอง Hypothalamus จะช่วยปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติ (Parasympathetic เด่น) เป็นการช่วยบรรเทาอาการไม่สบาย และ การกระตุ้นที่ต่อม Pineal (จุดกระตุ้นเดียวกับHypothalamus) จะช่วยทำให้เกิดการหลั่ง Melatonin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยให้นอนหลับ เป็นต้น

- เพิ่มการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง (Enhance blood and lymphatic circulation) ทำให้มีเลือดใหม่เข้ามาแทนที่เลือดเก่าโดยนำเอาอาหารและออกซิเจนมาด้วยเซลล์ต่างๆในร่างกาย เมื่อ เซลล์ได้รับออกซิเจนเพียงพอก็ไม่เกิดกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) จึงเป็นการลดการเกิดกรด Lactic และของเสียต่างๆอันเกิดจากกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน นอกจากนั้นกระบวนการนวดยังช่วยขจัดกรด Lactic ที่ยังคงค้างในกล้ามเนื้อออกมา ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและมีแรงในการหดตัวมากขึ้น ทำให้คลายความเหนียวล้า กล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจมีการหด- คลายตัวได้ดีขึ้น (สุพล พยานันท์ ,2528:40; อนุวัติ มีเพชร, 2539; Aldridge, 2002: 115-116)

2) กลไกและผลอันเกิดจากการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย จะช่วยบรรเทาอาการไม่สบาย อธิบายผ่านทางปฏิกิริยาตอบสนองการผ่อนคลายและลดความเครียดที่เกิดจากความสัมพันธ์เชื่อมโยง ของกายและจิต (Mind-body connection) โดยจะมีผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติ Parasympathetic เด่น จึงทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง (Wellace et al., 1974 cited in Wells- Federman et al., 1995:61)เป็นการลดวงจรการตอบสนองของความเครียดจากกลุ่มอาการไม่สบาย (Break the stress- symptom cycle)

การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ทำให้โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะเข้าสู่ร่างกายได้ 2 ทาง คือ ทางลมหายใจ และจากการซึมผ่านทางผิวหนังขณะนวด ผลในการผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยให้กล้ามเนื้อหดตัว และปลดปล่อยกรด Lactic และกรด Uric ที่คั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อออกมา ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงในการหดตัวมากขึ้น (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2547:9) รวมทั้งผลที่ได้จากการนวดทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองดีขึ้น (Aldridge, 2002: 115-116; จำรัส เชนินิด และพิสสม มะลิสุวรรณ, 2546:96) หลอดเลือดไม่ตีบตันการไหลเวียนของเลือดจึงดีขึ้น มีเลือดใหม่เข้ามาแทนที่เลือดเก่าโดยนำเอาอาหารและออกซิเจนมาด้วยเซลล์ต่างๆในร่างกาย ได้รับออกซิเจนเพียงพอไม่เกิดกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) ทำให้ไม่มีการคั่งค้างของของเสียในร่างกาย นอกจากนี้การนวดยังช่วยขจัดกรด Lactic ที่ยังคั่งค้างในกล้ามเนื้อออกมาส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและมีแรงในการหดตัวมากขึ้น จากผลรวมของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยดังกล่าว ทำให้คลายความเหนื่อยล้า กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจมีการหด-คลายตัวได้ดีขึ้น

ผลของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อ Limbic system ซึ่งจะทำงานสัมพันธ์กับ Amygdala และ Hippocampus โดยทั้งสองส่วนนี้มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโมเลกุลกลืน โดย Amygdala มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรม (Emotional and behavioral response) และ Hippocampus เป็นส่วนของการจดจำกลืน แยกแยะกลืน (Explicit memories) (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2545; ราตรี สุดทรวง และวีรชัย สิงหนิยม, 2545;Buckle, 1993, 2001) มีผลให้สมองหลั่งสาร Endorphinsช่วยลดอาการเจ็บปวด, Enkephalins ช่วยส่งเสริมให้อารมณ์ดี และสาร Serotonin ทำให้สงบ ผ่อนคลาย และช่วยให้นอนหลับ (ลดาวัลย์ ชุ่มประเสริฐพงศ์ ,2548; Tiran and Chummun, 2004:2)

ระบบ Limbic ยังส่งผลเชื่อมโยงต่อสมองส่วน Hypothalamus ซึ่งเป็นส่วนควบคุมระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ โดยระบบประสาทอัตโนมัติ กระตุ้นการทำงานของ Parasympathetic ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด (Selye, 1976) ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic ถูกกระตุ้นมาก ซึ่งการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ Parasympatheticทำให้เกิดผลตรงกันข้าม จึงสร้างความสมดุลสามารถบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ และลดความเครียด ความวิตกกังวลได้ด้วย (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2545; ราตรี สุดทรวง และวีรชัย สิงหนิยม, 2545;Buckle, 1993, 2001; Mackey, 2001:163; Stephenson, Weinrich , and Tavakoli ,2000: 68; Ross CSK et al., 2002:544-545; Tiran and Chummun, 2004:1-7; Quattrin R. et al., 2006: 96-105)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ (Lavender oil) มาใช้ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า เนื่องจากลาเวนเดอร์เป็นน้ำมันหอมระเหยที่มีโครงสร้างโมเลกุลที่อยู่ในกลุ่ม Terpenoid essential oil ซึ่งมีลักษณะของ side chain และ Alcohol volatile oils (Terpene alcohol) ซึ่งมีแอลกอฮอล์เป็นองค์ประกอบหลัก จึงมีคุณสมบัติฆ่าเชื้อโรค ฆ่าปรสิต และไม่ค่อยเกิดความระคายเคืองต่อผิว และยังอยู่ในกลุ่ม Ester volatile oils คือมีสารพวก Ester เป็นองค์ประกอบหลัก ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยลดการหดเกร็งกล้ามเนื้อ ทำให้จิตใจสงบ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2547: 14-15) นอกจากนี้ยังพบว่า มีฤทธิ์ช่วยลดกระบวนการอักเสบ ทำให้ลดอาการปวด และทำให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว อีกทั้งมีผลต่อการหลั่ง สาร Serotonin และมีกลไกการออกฤทธิ์คล้าย Diazepam คือมีผลทำให้เพิ่ม Gamma aminobutalic acid (GABA) และเพิ่มความสามารถของ GABAa ในการจับกับ Receptor จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และช่วยให้นอนหลับสบาย (Buckle, 2001: 61; Kirk-Smith, 2003: 83) อีกทั้งลาเวนเดอร์เป็นน้ำมันหอมระเหยที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้เพื่อการบำบัดมากที่สุดชนิดหนึ่ง เนื่องจากมีความปลอดภัยสูงและไม่ระคายเคืองผิวหนึ่ง สามารถใช้ได้แม้กระทั่งเด็กและหญิงมีครรภ์ อีกทั้งยังมีราคาไม่แพงด้วย

5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีดังนี้

วันเพ็ญ ปานยิ้ม (2543) ได้ศึกษาผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องโดยศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องจำนวน 60 ราย โดยเลือกตามเกณฑ์ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย เพื่อเปรียบเทียบผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าต่อความปวดและความทุกข์ทรมานจากการผ่าตัด ศึกษานิวซีพ รวมทั้งจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในช่วง 3 วันแรกของการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลอง จะได้รับการนวดกดจุดฝ่าเท้า วันละ 1 ครั้งๆละ 30 นาที ช่วง 13.30-16.30 ในวันที่ 1,2 และ 3 หลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดและความทุกข์ทรมานหลังการนวดกดจุดฝ่าเท้า น้อยกว่าก่อนนวดทั้ง 3 วัน , 2) มีคะแนนเฉลี่ยของความปวด (วันที่ 1 และ 2) และความทุกข์ทรมาน (วันที่ 1,2 และ 3) หลังการนวดกดจุดฝ่าเท้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม , 3) อัตราเฉลี่ยชีพจรและการหายใจ (วันที่ 1,2 และ 3) และอัตราเฉลี่ยของความดันโลหิตไดแอสโตลิก (วันที่ 2) หลังการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่ำกว่าก่อนนวด 4) กลุ่มทดลองมีอัตราเฉลี่ยของความดันโลหิตไดแอสโตลิก (วันที่ 3) และอัตราเฉลี่ยการหายใจ (วันที่ 1,2 และ 3) ต่ำกว่ากลุ่ม

ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปว่าการนวดกดจุดฝ่าเท้าช่วยลดความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องรวมทั้งส่งเสริมการผ่อนคลายด้วย

บังอรรัตน์ พูนสอาด(2543)ได้ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าต่อความปวดและการผ่อนคลายในผู้ป่วยมะเร็ง โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่มีความปวดจากมะเร็งจำนวน 30 ราย โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะเป็นทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อเปรียบเทียบระดับของความปวดและผลของความปวดที่รบกวนการทํากิจวัตรประจำวัน เช่น การนอนหลับ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การผ่อนคลาย ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของการหายใจ การเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต หลังการได้รับการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจริง (True foot zone therapy, TFZT) และหลังการได้รับการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าหลอก (Mimic foot zone therapy, MFZT) สุ่มกลุ่มตัวอย่างว่าจะเข้ากลุ่ม TFZT ก่อน หรือ MFZT ก่อน ซึ่ง กลุ่มที่ได้รับ TFZT ก่อน จะได้รับการนวดเพื่อเป็นการผ่อนคลายและกดจุดฝ่าเท้าเป็นเวลา 30 นาที เป็นเวลา 3 วัน แล้วจึงได้รับ MFZT โดยการนวดเหมือน TFZT แต่ไม่ลงน้ำหนักที่กดจุดเลย อีก 3 วัน ส่วนกลุ่ม MFZT ก่อน จะได้รับการนวดเพื่อเป็นการผ่อนคลายและกดจุดฝ่าเท้าเป็นเวลา 30 นาที เป็นเวลา 3 วัน แล้วจึงได้รับ TFZT อีก 3 วัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับ TFZT มีระดับของความปวด และผลของความปวดที่รบกวนการทํากิจวัตรประจำวันลดลง รวมทั้งรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น กว่าที่ได้รับ MFZT รวมทั้งค่าเฉลี่ยของอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต กลุ่มที่ได้รับ TFZT จะลดลงหลังการนวดมากกว่าที่ได้รับ MFZT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เสมียน ชันมัน (2544) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลโดยการใช้วิธีการนวดเท้าในการร่วมรักษาต่ออาการชา ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีอาการชาเท้า จำนวน 15 ราย โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนวดเท้าที่บ้านติดต่อกัน 3 วัน ครั้งละ 30 นาที โดยหลักและวิธีการนวดเท้าใช้แนวทางตามแบบของสถาบันแพทย์แผนไทย จากนั้นบันทึกอาการชา 2 ครั้งห่างกัน 15 นาที ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 10 รายมีอาการชาลดลงอย่างต่อเนื่องตลอด 3 วัน ภายหลังจากการนวดเท้า ส่วนผู้ป่วยอีก 5 ราย มีอาการชาลดลงได้ไม่นานและอาการชากลับเป็นซ้ำอีกภายหลังจากนวดเท้าในวันนั้น อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยทุกรายมีความพึงพอใจ

สมลักษณ์ พักมณี (2544) ศึกษาผลของการนวดฝ่าเท้ากดจุดต่อการลดความวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรกจำนวน 10 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดและจัดให้อยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 5 ราย กลุ่มควบคุมจะได้รับการพูดคุยถึงปัญหาและการให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยต้องการเป็นเวลา 1 ชั่วโมงในแต่ละวันของการเยี่ยมบ้าน ซึ่งหลักและวิธีการนวดเท้าใช้แนวทางตามแบบของสถาบันแพทย์แผนไทย โดยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการเยี่ยมบ้านติดต่อกันเป็น

เวลา 4 วัน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ได้รับการนวดฝ่าเท้ากดจุดและผู้ป่วยที่ได้รับการพูดคุยถึงปัญหาและการให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วย ต้องการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนความทุกข์จากความเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการนวดฝ่าเท้ากดจุดเป็นเวลา 1 ชั่วโมงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นางลักษณี พรหมติงการ (2545) ได้ศึกษาผลของการนวดเท้าต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วย ผ่าตัดช่องท้องในหอผู้ป่วยวิฤติศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 30 ราย โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะเป็นทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยการสุ่ม เพื่อให้ได้รับการนวดเท้า ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 หรือไม่ได้รับการนวดเท้า ในวันที่ 1, 2 และ 3 สลับกันไปในแต่ละกลุ่ม หลังการผ่าตัด โดยหลักและวิธีการนวดเท้าใช้แนวทางตามแบบของสถาบันแพทย์แผนไทย โดยใช้เวลานวด 45 นาที ในวันที่ไม่ได้รับการนวดเท้าผู้วิจัยจะเยี่ยมผู้ป่วยมีการพูดคุยและให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยต้องการ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงจากก่อนนวดเท้า และคะแนนความแตกต่างของความวิตกกังวลระหว่างก่อนและหลังการนวดเท้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศรันยา หวงสุวรรณกร (2546) ได้ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าต่อระดับความเจ็บปวด สัญญาณชีพ และความพึงพอใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของระบบทางเดินอาหาร โดยศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของระบบทางเดินอาหาร ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก จำนวน 30 ราย โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะเป็นทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการสุ่มแบบอิสระ กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง โดยหลักและวิธีการนวดเท้าใช้แนวทางตามแบบของสถาบันแพทย์แผนไทย ซึ่งทั้งสองกลุ่มใช้เวลาดำเนินการทดลอง 30 นาที วัดระดับความปวดและสัญญาณชีพก่อน และหลังทดลองทันที 15 นาที และ 45 นาที ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้ามีระดับคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่า กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีอัตราเฉลี่ยของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงหลัง 45 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยผู้ป่วยผ่อนคลายและสุขสบาย

ศิริวัลย์ เหรา (2546) ได้ศึกษาผลของการนวดและกดจุดสะท้อนที่เท้าต่ออาการปวดข้อในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ราย โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะเป็นทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนของอาการปวดข้อในระยะทดลองหลังได้รับการนวดและกดจุดสะท้อนที่เท้า และระยะควบคุมที่ไม่ได้

รับการนวดและกดจุดสะท้อนที่เท้า สุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อจะได้รับการดูแลและะยะทดลองใน 7 วันแรก หรือ 7 วันหลัง ซึ่งในระยะทดลองจะได้รับการนวดและกดจุดสะท้อนที่เท้าวันละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 วัน และจะได้รับการประเมินสัญญาณชีพก่อนและหลังการนวด โดยหลักและวิธีการนวดเท้าใช้แนวทางตามแบบของสถาบันแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาพบว่า ระยะทดลองที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการปวดข้อน้อยกว่าระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในระยะทดลองที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้ามีค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของหัวใจ ในวันที่ 1-4 ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตสูงสุด และอัตราการหายใจ ทั้ง 7 วัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตต่ำสุดไม่เปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายเมื่อได้รับการนวด

จำเรียง ภักธรรมาภรณ์ (2548) ได้ศึกษาผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง โดยศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องและได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย จำนวน 60 ราย โดยเลือกตามเกณฑ์ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับการนวดกดจุดฝ่าเท้า วันละ 1 ครั้งๆละ 45 นาที ในวันที่ 1,2 และ3 หลังผ่าตัด โดยหลักและวิธีการนวดเท้าใช้แนวทางตามแบบของสถาบันแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของอาการท้องอืดและความทุกข์ทรมานหลังการนวดกดจุดฝ่าเท้า น้อยกว่าก่อนนวดและมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของลำไส้หลังหลังการนวดกดจุดฝ่าเท้ามากกว่าก่อนนวด ทั้ง 3 วัน , 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของอาการท้องอืดและความทุกข์ทรมานหลังการนวดกดจุดฝ่าเท้า น้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของลำไส้มากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้ง 3 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, 3) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของอาการท้องอืดและความทุกข์ทรมานก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ทั้ง 3 วันและมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของลำไส้ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันในวันที่ 1 และ 3 เฉพาะในวันที่ 2 จำนวนครั้งเฉลี่ยของการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของลำไส้หลังได้รับการพยาบาลตามปกติมากกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สายไหม ตุ่มวิจิตร (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ที่คลินิกเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 40 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุของการเกิด และการจัดการกับความเหนื่อยล้าด้วยกลยุทธ์ต่างๆโดยใช้คู่มือ

ประกอบการศึกษาเป็นรายบุคคลร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย 1 ครั้งใช้เวลา 30 นาที ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยมีคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Hulme, Waterman, and Hillier (1999) ศึกษาผลของการนวดทำเป็นเวลา 5 นาที ต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังส่องกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopic sterilization) จำนวน 44 ราย ที่เลือกมาตามเกณฑ์ แบ่งโดยการสุ่มให้กลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม เป้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อเปรียบเทียบระดับของความปวดหลังการนวด ถึงแม้ว่าจะเป็นการศึกษาที่เล็กก็ตาม พบว่าระดับของความปวดของกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดทำหลังการส่องกล้อง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งยาแก้ปวดที่ได้รับของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) และผู้ป่วยที่ได้รับการนวดทำส่วนใหญ่กล่าวว่ารู้สึกว่าการนวดมีประโยชน์และช่วยให้ผ่อนคลาย

Grealish, Lomasney, and Whiteman (2000) ศึกษาผลของการนวดทำต่อความทุกข์ทรมานจากอาการ ได้แก่ ความปวดและอาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งต่อม้าน้ำเหลืองจำนวน 87 คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะเป็นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการสุ่มเพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม และเพื่อสุ่มว่าคืนที่ 1, 2 และ 3 กลุ่มใดจะได้รับการนวดทำ โดยในแต่ละคืนจะมีกลุ่มที่ได้รับการนวด 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม สลับกันไปในแต่ละวัน การนวดทำจะใช้เวลา 10 นาที (ซึ่งจะนวดในช่วงเวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงเนื่องจากเป็นเวลาผู้ป่วยไม่มีกิจกรรม และสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยจะค่อนข้างเงียบสงบ) ประเมินระดับของความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ ระดับของความผ่อนคลาย และอัตราการเต้นของหัวใจก่อนและหลังทดลอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดทำ ระดับของความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ลดลง และระดับของความผ่อนคลายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลทางสรีระวิทยา พบว่าอัตราการเต้นของหัวใจลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

Stephenson, Weinrich, and Tavakoli (2000) ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 13 ราย และมะเร็งปอด 10 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะเป็นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ตามชนิดของโรคมะเร็ง เพื่อกำหนดว่าเป็นกลุ่มที่จะได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 2 ตามลำดับ ประเมินระดับความวิตกกังวลและความปวด ก่อนและหลังการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า โดยการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าใช้เวลา 30 นาที ครั้งเดียว โดยในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม

ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม และคะแนนความปวดหลังการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเท่านั้น

Stephenson , Dalton, and Carison (2003)ศึกษาผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง 36 ราย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเปรียบเทียบระดับของความปวดภายหลังการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าในกลุ่มทดลองภายหลังที่ทำการนวดไปแล้ว 3 ชั่วโมงและ 24 ชั่วโมง โดยการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าใช้เวลาการนวด 30 นาทีต่อการนวด 1 ครั้ง ภายหลังการนวดไปแล้ว 3 ชั่วโมงและ 24 ชั่วโมง ผ่านไป วัดระดับความปวดซ้ำ ส่วนกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้ามีระดับคะแนนความปวดลดลงอย่างทันที ถึงแม้ว่าภายหลังการนวดกดจุดสะท้อนไปแล้วนาน 3 ชั่วโมงและ 24 ชั่วโมงความปวดจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

Ross , Hamiton, Macrae, Docherty , Gould and Cornbleet (2002) ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าต่ออารมณ์และความรุนแรงของของการเกิดอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง 26 ราย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเปรียบเทียบผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้ากับการนวดเท้าแบบธรรมดา ทำการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลอง 2 กลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยกลุ่มแรก 14 รายได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า และกลุ่มที่สองจำนวน 12 ราย ได้รับการนวดเท้าแบบธรรมดา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าภายหลังการรักษาสัปดาห์ที่ 6 พบว่าความซึมเศร้าและระดับความวิตกกังวลลดลงก่อนได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ส่วนผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าและการนวดเท้าแบบธรรมดาต่อความรุนแรงของของการเกิดอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไม่แตกต่างกัน เนื่องจากระดับความรุนแรงของอาการจะเปลี่ยนแปลงตามการทำกิจกรรมต่างๆในแต่ละวันของผู้ป่วย

Ounprasertpong.(2002)ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าต่อความเหนื่อยล้าและความปวดในผู้ป่วยเอดส์ โดยเป็นงานวิจัยแบบ Randomized clinical trial with cross over design กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ 30 ราย โดยแบ่งแบบสุ่ม ออกเป็น 2 กลุ่มเพื่อได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจริง (True foot reflexology) และได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าหลอก (Mimic foot reflexology) โดยผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าทั้งสองแบบ โดยได้รับการนวดวันละครั้งๆละ 30 นาที ซึ่งในกลุ่มแรกจะได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจริง 4 วัน จากนั้นจะสลับให้ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าหลอก 4 วัน ส่วนกลุ่มที่สองจะสลับกับกลุ่มแรก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจริงจะมีคะแนนของความ

เหนื่อยล้าและความปวด ลดลงหลังจากการนวดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท่อนที่
เท่าหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรสัญญาณชีพพบว่าไม่แตกต่างกัน

Quattrin R., et al .(2006)ศึกษาผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท่อนที่เท่าเพื่อลด
ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาลเพื่อเปรียบเทียบ
ระดับของความวิตกกังวลก่อนและหลังการนวดกดจุดสะท่อนที่เท่าทันทีและวัดภายหลังการนวด
กดจุดสะท่อนที่เท่า โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 30 คน
คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยคัดเข้ากลุ่มโดยการสุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุม
จำนวน 15 คนและกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน โดยกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามมาตรฐาน
การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการนวดกดจุดสะท่อนที่เท่าใช้
เวลา 30 นาที โดยนวดเท่าแต่ละข้างนานข้างละ 15 นาที ภายหลังจากการนวดวัดระดับความวิตก
กังวล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดกดจุดสะท่อนที่เท่ามีระดับคะแนนความวิตก
กังวลเจ็บน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Wilkinson , Prigmore, and Rayner (2005) ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท่อนที่
เท่าในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย 14 ราย โดยคัดเลือกผู้ป่วยตาม
เกณฑ์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยการสุ่ม เพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มทดลองจะ
ได้รับการนวดกดจุดสะท่อนที่เท่า สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 50 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่ม
ควบคุมจะได้รับการเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาในเวลาเท่าๆกัน วิเคราะห์การทำงานของปอด
(Lung function test) ก่อนดำเนินการทดลอง ซึ่งได้แก่ค่า Vital capacity , Forced vital
capacity , Forced expiratory volume in 1 second และค่า Peak expiratory flow จากนั้น
ประเมินอีกครั้ง ในแต่ละสัปดาห์หลังการทดลอง และในแต่ละครั้งของการนวดกดจุดสะท่อนที่เท่า
จะประเมินค่าอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และค่าความอึดตัวของ
ออกซิเจนที่วัดที่ปลายนิ้ว ก่อนและหลังการนวดทันที รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับสมุด
บันทึกความรู้สึกต่าง ๆ ตามคำถามที่ให้ไว้ เช่น อาการหายใจลำบาก ความรู้สึกอ่อนคลาย สงบ
หรือนอนหลับได้ดีหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าค่าการทำงานของปอดทั้งสองกลุ่ม โดยรวมไม่
แตกต่างกัน ยกเว้นค่า Peak expiratory flow สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ของกลุ่มทดลอง ดีขึ้นกว่า กลุ่ม
ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าค่าอัตราการเต้นของหัวใจของกลุ่มทดลองลดลงหลัง
การนวดกดจุดสะท่อนที่เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนค่า
สัญญาณชีพอื่นๆและค่าความอึดตัวของออกซิเจนที่วัดที่ปลายนิ้วทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนผลจากการบันทึกประจำวัน โดยเปรียบเทียบสัปดาห์แรกกับสัปดาห์สุดท้าย
พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้สึกว่าการหายใจลำบาก ลดลงการหายใจดีขึ้น รู้สึกอ่อนคลาย นอน
หลับได้ดีขึ้น มีการปรับตัวในชีวิตดีขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยและประสิทธิผลของสูคนธ บำบัดที่นำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งของ Bowers (2006) พบว่าน้ำมันหอมระเหยที่นิยมใช้มากที่สุดคือ กลิ่นลาเวนเดอร์ โดยการดมกลิ่นและนำมาผสมกับการนวด โดยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย หลับสบาย ลดความวิตกกังวล ผลทางสรีรวิทยาพบว่าช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ผู้ป่วยพึงพอใจ และมีความปลอดภัยสูงในการนำมาใช้กับผู้ป่วย โดยในประเทศไทยพบว่า สายใหม่ ตุ่มวิจิตร (2547) ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วย น้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 20 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการนวดด้วย น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ที่ได้รับการเจือจางด้วยอัตราส่วน น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 6 หยดในน้ำมันตัวนำ 30 มิลลิตร ใช้หลักการนวดแบบสวีดิช ซึ่งประกอบด้วย การลูบ การคลึง การบีบยก การม้วน การสับกล่อมเนื้อบริเวณหลัง ไหล่ แขน มือ ขาและเท้า 2 ข้าง โดยนวดนาน 30 นาที เป็นจำนวน 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยเป็นผู้นวดผลการศึกษพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยมีคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าน้อยกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต้องประสบกับผลข้างเคียงของเคมีบำบัดได้แก่ กลุ่มอาการไม่สบาย ประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการนอนไม่หลับ ซึ่งผลกระทบของกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการบำบัดที่ถูกต้อง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นต้น ในการบำบัดกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นนั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย และจะต้องมีการสื่อสารกันเป็นราบบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยตนเองและบอกเล่าปัญหาของตนเองแก่พยาบาลได้ บทบาทสำคัญของพยาบาลคือการให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและเกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง อันจะเป็นการลดความวิตกกังวล เพิ่มความมั่นใจในการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง นอกจากนั้นการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย เป็นการพยาบาลแบบผสมผสานที่เต็มเต็ม ในการบำบัดอาการโดยไม่ใช้ยา โดยมีเพียง 2 มือ และ 1 ใจของผู้นวดเป็นหลัก และอาจมีอุปกรณ์ช่วยบ้างอีกเพียงเล็กน้อย มีความปลอดภัย สะดวกและประหยัด ทุกขั้นตอนของการนวดกดจุดสะท้อนที่ทำได้ด้วยน้ำมันหอมระเหยจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สุขสบาย ลดความวิตกกังวลและความตึงเครียด นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ พึงพอใจ และเป็นการเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยด้วย อีกทั้งยังช่วยในการบรรเทาอาการต่างๆ เช่น อาการปวด อาการท้องอืด อาการเหนื่อยล้า ส่งเสริมการนอนหลับ เป็นต้น นับว่าเป็นบทบาทของพยาบาลอย่างหนึ่ง que แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ และให้ความสุขสบาย

อย่างแท้จริง ส่วนผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ทางสรีรวิทยาช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิต ซึ่งแสดงว่าทุกขั้นตอนของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยนั้น ช่วยให้ระบบประสาทอัตโนมัติ Parasympathetic ทำงานเด่นชัด ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย สุขสบายขึ้น

6.การให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และแสดงความปรารถนาที่จะช่วยเหลือในการบรรเทาอาการไม่สบายได้แก่ อาการวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ ของผู้ป่วยอย่างจริงใจ จากนั้นอธิบายขั้นตอนวัตถุประสงค์และประโยชน์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลตามแนวคิดของ Butcher (cited in McCloskey and Bulechek, 2000) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ข้อมูลที่เกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (Procedure component) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนของการรักษาด้วยเคมีบำบัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัด 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบจากกลุ่มอาการไม่สบายจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับชนิด ความรุนแรง ลักษณะระยะเวลาการเกิดที่สัมพันธ์กับการได้รับเคมีบำบัด และ 3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component) ประกอบด้วย ความหมายของกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความหมายของอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล กลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดจากเคมีบำบัด และการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และการให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus and Folkman ,1984) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้และเลือกวิธีที่จะจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและลดความทุกข์ทรมานลงด้วย (ใช้เวลา 45 นาที) ผู้วิจัยมอบคู่มือสำหรับสตรีที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อ

รักษามะเร็งเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดให้แก่ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการทบทวนความรู้และนำไปปฏิบัติภายหลังเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยผู้วิจัยตอบข้อซักถามตามความต้องการของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ซึ่งประยุกต์จากการนวดเท้าเพื่อสุขภาพของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ, 2548) ร่วมกับการใช้สูตรนวดบำบัดคือน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ซึ่งผู้วิจัยจะผสมไว้ล่วงหน้าแล้ว โดยในการวิจัยครั้งนี้ใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 9 หยด (0.9 ml) ที่จะผสมลงในน้ำมันตัวพา (Carrier oil) โดยใช้น้ำมันงา 30 ml โดยใช้เวลานวดเท้าข้างละ 15 นาที รวมทั้งหมด 30 นาที

การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจะช่วยปรับสมดุลของอวัยวะต่างๆของร่างกาย (Homeostasis) โดยจากการกระตุ้นที่ปลายประสาท และจากการสลายตัวของเม็ดคริสตัลที่เป็นสาเหตุของการอุดตันพลัง จึงเป็นการส่งเสริมให้พลังเดินตามเส้นพลังไปยังอวัยวะต่างๆในร่างกายได้สะดวก (Enhance energy free flow) ตามโซนและตามจุดต่างๆที่เท้าที่สะท้อนไปยังอวัยวะต่างๆของร่างกาย ซึ่งเป็นหลักการสำคัญในการกดจุดสะท้อนซึ่งจะมีผลให้เกิดการเยียวยาโดยการปรับสมดุลภายในร่างกายโดยธรรมชาติ (Lockett, 1992; 14-15; Stephenson, Weinrich, and Tavakoli, 2000: 68; Mackey, 2001: 163) อีกทั้งการนวดยังเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง (Enhance blood and lymphatic circulation) ทำให้มีเลือดใหม่เข้ามาแทนที่เลือดเก่าโดยนำเอาอาหารและออกซิเจนมาด้วยเซลล์ต่างๆในร่างกาย เมื่อเซลล์ได้รับออกซิเจนเพียงพอก็ไม่เกิดกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน จึงเป็นการลดการเกิดกรด Lactic และของเสียต่างๆอันเกิดจากกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน นอกจากนี้กระบวนการนวดยังช่วยขจัดกรด Lactic ที่ยังคงค้างในกล้ามเนื้อออกมา ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและมีแรงในการหดตัวมากขึ้น ทำให้คลายความเหนื่อยล้า กล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจมีการหด-คลายตัวได้ดีขึ้น (สุพล พลยานันท์, 2528:40; อนุวัติ มีเพชร, 2539; Aldridge, 2002: 115-116)

กลไกและผลอันเกิดจากการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย จะช่วยบรรเทาอาการไม่สบาย อธิบายผ่านทางปฏิกริยาตอบสนองของการผ่อนคลายและลดความเครียดที่เกิดจากความสัมพันธ์เชื่อมโยงของกายและจิต (Mind-body connection) โดยจะมีผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติ Parasympathetic เด่น จึงทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง (Wellace et al., 1974 cited in Wells-Federman et al., 1995:61) เป็นการลดวงจรการตอบสนองของความเครียดจากกลุ่มอาการไม่สบาย (Break the stress- symptom cycle)

การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย จะทำให้โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะเข้าสู่ร่างกายได้ 2 ทาง คือ ทางลมหายใจ และจากการซึมผ่านทางผิวหนังขณะนวด ผลในการผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยให้กล้ามเนื้อหดตัว และปลดปล่อยกรด Lactic และกรด Uric ที่คั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อออกมา ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงในการหดตัวมากขึ้น (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2547:9) รวมทั้งผลที่ได้จากการนวดทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองดีขึ้น (Aldridge, 2002: 115-116; จำรัส เชนินิด และพิสสม มะลิสุวรรณ, 2546:96) หลอดเลือดไม่ตีบตันการไหลเวียนของเลือดจึงดีขึ้น มีเลือดใหม่เข้ามาแทนที่เลือดเก่าโดยนำเอาอาหารและออกซิเจนมาด้วยเซลล์ต่างๆในร่างกาย ได้รับออกซิเจนเพียงพอไม่เกิดกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้ไม่มีการคั่งค้างของของเสียในร่างกาย นอกจากนี้การนวดยังช่วยขจัดกรด Lactic ที่ยังคั่งค้างในกล้ามเนื้อออกมาส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและมีแรงในการหดตัวมากขึ้น จากผลรวมของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยดังกล่าว ทำให้คลายความเหนื่อยล้า กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจมีการหด-คลายตัวได้ดีขึ้น ผลของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อ Limbic system ซึ่งจะทำงานสัมพันธ์กับ Amygdala และHippocampus โดยทั้งสองส่วนนี้มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโมเลกุลกลิ่น โดย Amygdala มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรม(Emotional and behavioral response) และ Hippocampusเป็นส่วนของการจดจำกลิ่น แยกแยะกลิ่น(Explicit memories) (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2545; ราตรี สุดทรวงและวีรชัย สิงหนิยม, 2545;Buckle,1993, 2001) มีผลให้สมองหลั่งสาร Endorphinsช่วยลดอาการเจ็บปวด, Enkephalins ช่วยส่งเสริมให้อารมณ์ดี และสาร Serotonin ทำให้สงบ ผ่อนคลาย และช่วยให้นอนหลับ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ ,2548; Tiran and Chummun, 2004:2) นอกจากนี้ระบบ Limbic ยังส่งผลเชื่อมโยงต่อสมองส่วน Hypothalamus ซึ่งเป็นส่วนควบคุมระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ โดยระบบประสาทอัตโนมัติ กระตุ้นการทำงานของ Parasympathetic ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด

(Selye, 1976) ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic ถูกกระตุ้นมาก ซึ่งการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติParasympatheticทำให้เกิดผลตรงกันข้าม จึงสร้างความสมดุลสามารถบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ และลดความเครียด ความวิตกกังวลได้ด้วย (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2545; ราตรี สุดทรวง และวีรชัย สิงหนิยม, 2545;Buckle, 1993, 2001; Mackey, 2001:163; Stephenson, Weinrich , and Tavakoli ,2000: 68; Ross CSK et al., 2002:544-545; Tiran and Chummun, 2004:1-7; Quattrin R. et al., 2006: 96-105)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ (Lavender oil) มาใช้ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า เนื่องจากลาเวนเดอร์เป็นน้ำมันหอมระเหยที่มีโครงสร้าง

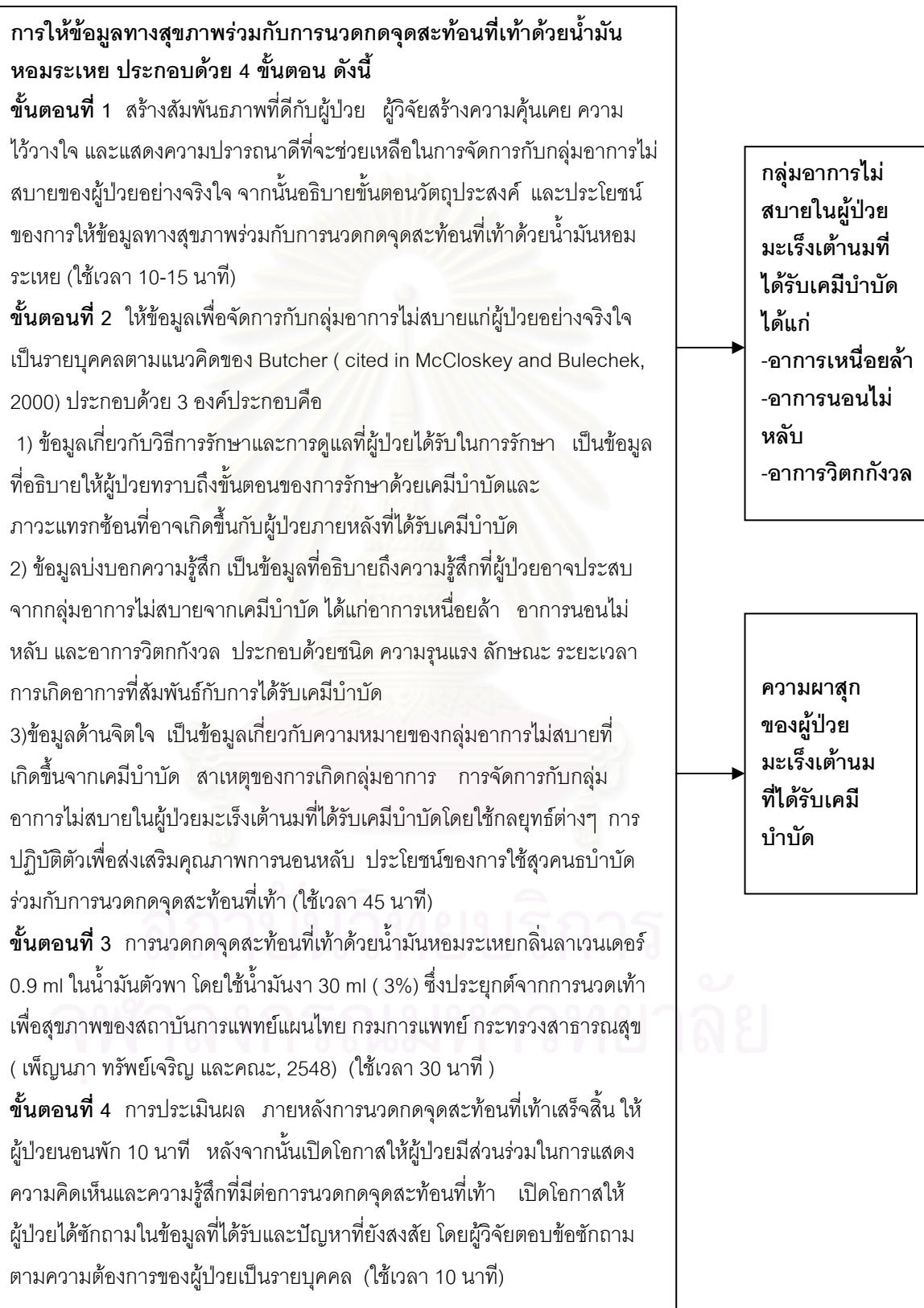
โมเลกุลที่อยู่ในกลุ่ม Terpenoid essential oil ซึ่งมีลักษณะของ side chain และ Alcohol volatile oils (Terpene alcohol) ซึ่งมีแอลกอฮอล์เป็นองค์ประกอบหลัก จึงมีคุณสมบัติฆ่าเชื้อโรค ฆ่าต่อมน้ำนม และไม่ค่อยเกิดความระคายเคืองต่อผิว และยังอยู่ในกลุ่ม Ester volatile oils คือมี สารพวก Ester เป็นองค์ประกอบหลัก ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยลดการหดเกร็งกล้ามเนื้อ ทำให้จิตใจสงบ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2547: 14-15) นอกจากนี้ยังพบว่า มีฤทธิ์ช่วยลดกระบวนการอักเสบ ทำให้ ลดอาการปวด และทำให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว อีกทั้งยังมีผลต่อการหลั่ง สาร Serotonin และมี กลไกการออกฤทธิ์คล้าย Diazepam คือมีผลทำให้เพิ่ม Gamma aminobutalic acid (GABA) และเพิ่มความสามารถของ GABA_A ในการจับกับ Receptor จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และ ช่วยให้นอนหลับสบาย (Buckle, 2001: 61; Kirk- Smith, 2003: 83) อีกทั้งลาเวนเดอร์เป็นน้ำมันหอมระเหยที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้เพื่อการบำบัดมากที่สุดชนิดหนึ่ง เนื่องจากมีความปลอดภัยสูงและไม่ระคายเคืองผิวหนึ่ง สามารถใช้ได้แม้กระทั่งเด็กและหญิงมีครรภ์ อีกทั้งยังมี ราคาไม่แพงด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ภายหลังจากการนวดกดจุดสะท้อนเส้นจันท์ ให้ผู้ป่วยนอนพัก โดยปราศจากการรบกวนเป็นเวลา 5-10 นาที จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และผลทางสรีรวิทยา ที่แสดงถึงความผ่อนคลาย โดยเป็นผลจากระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติกเด่น เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจจะลดลงในช่วงเวลาดังกล่าว (Labyak and Metzger, 1997) ร่วมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อการนวด เปิดโอกาสให้ได้ซักถามปัญหาที่ยังสงสัยโดยผู้วิจัยจะตอบปัญหาอย่างจริงจัง (ใช้เวลา 10 นาที)

ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัยการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ที่มีแบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม _____ O₁

กลุ่มทดลอง _____ X _____ O₂

O₁ หมายถึง การประเมินกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₂ หมายถึง การประเมินกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย

X หมายถึง การให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 1 และ 2 ที่ได้รับการผ่าตัดแล้วและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก อายุระหว่าง 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 1 และ 2 ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ Modified Radical Mastectomy (MRM) และการผ่าตัดเต้านมแบบ Radical Mastectomy ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่เลาะเอาต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้และก้อนเนื้ออกออก และได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งแรกของชุดการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ศูนย์เคมี

บำบัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาเสริม (Adjuvant therapy) ด้วยเคมีบำบัดในสูตรของCMF (Cyclophosphamide, Methotrexate, Fluorouracil หรือ CAF (Cyclophosphamide, Anthracycline, Fluorouracil หรือ AC (Adrimycin, Cyclophosphamide) โดยชุดของเคมีบำบัดเป็นชุดที่ 1
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี โดยผู้วิจัยประเมินจากความสามารถในการจดจำ บุคคล เวลา และสถานที่
3. ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น เข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
4. พักอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครในขณะรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและอนุญาตให้ผู้วิจัยติดตามไปเยี่ยมและนัดกวดจุดสะท้อนที่บ้านได้

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) มีดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ไม่ชอบกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์หรือภายหลังการทดสอบน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ด้วยวิธี Dermal test แล้วผู้ป่วยมีอาการแพ้ อาการคลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ
2. ผู้ป่วยที่ไม่ชอบการนัดกวดจุดสะท้อนที่เท้า
3. ผู้ป่วยที่ต้องให้สารละลายทางเส้นเลือดที่อยู่บริเวณหลังเท้า

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Tabachnick and Fidell, 1996) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .01 พบว่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของสุทธาทิพย์ เกษตรลักษมี (2548) เรื่องผลของโปรแกรมการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด $\bar{x}_1 = 308.9$, $\bar{x}_2 = 105.5$, $SD_1 = 55.6$, $SD_2 = 40.7$ ผลการทดสอบพบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 7 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยสำรวจจากรายชื่อของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจโรคแบบผู้ป่วยนอกของแผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผู้ป่วยตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยการสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate) กันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองซึ่งอาจทำให้เกิดอคติในการตอบแบบประเมินซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยได้ ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนไว้จนได้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 ราย หลังจากนั้นจึงเริ่มดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 20 ราย โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องดังต่อไปนี้

2.1 อายุ แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า (Piper et al., 1987; Piper, 1993; Barnett, 2001 ; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545; วัชรวรรณ จันทรินทร์, 2548) โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเมื่ออายุมากขึ้นจะมีอาการเหนื่อยล้ามากขึ้น อายุมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (Engstrom et al ., 1999; Bleiker et al ., 2000; Mary, Thomas and Heiene, 2002; พัทธิญา แก้วแพง, 2547) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีปัญหาของการนอนหลับยาก ตื่นบ่อย และอายุมีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล (ชินษฐา นาคะ, 2534 อ้างถึงในปริญญา สนิกะวาที , 2542; พัทธิญา แก้วแพง, 2547) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี จะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 61-80 ปี ทั้งนี้เนื่องจากเพราะผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปีต้องเผชิญปัญหาในการปรับตัวทำให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ได้ง่าย ต่างจากวัย 61-80 ปี ซึ่งมีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาได้ดีกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ

2.2 สูตรเคมีบำบัด (Piper et al., 1987; Green et al., 1994; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545; วัชรวรรณ จันทรินทร์, 2548) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรที่มีส่วนผสมของแอนตราซัยคลิน ได้แก่ สูตร CEF , CAF , และ AC มักเกิดผลข้างเคียงได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลมากกว่าสูตรที่ไม่มีส่วนผสมของแอนตราซัยคลิน ซึ่งได้แก่ สูตร CMF

2.3 ชนิดของการผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลือง และระยะของโรคมะเร็งเต้านม (Piper et al., 1987; Richardson and Ream, 1996 cited in Ream and Richardson, 1999) พบว่าอาการเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของโรคมะเร็งและระยะของโรคมะเร็ง อาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับระยะของโรค (Davidson et al., 2002; พัทธิญา แก้วแพง, 2547)

โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความก้าวหน้าของโรคมะเร็งมากจะมีปัญหาของการนอนไม่หลับมากขึ้น และอาการวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับระยะของโรคเช่นเดียวกัน

จากการคำนึงถึงการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ดังที่กล่าวมาข้างต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ทั้ง 20 คู่ ได้รับเคมีบำบัดสูตร CMF 5 คู่ , AC 7 คู่ , CEF 4 คู่ และ CAF 4 คู่ ชนิดของการผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองแบบ Modified Radical Mastectomy (MRM) 19 คู่ และชนิดของการผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองแบบ Radical Mastectomy 1 คู่ ระยะของโรคมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1 พบจำนวน 4 คู่ และในระยะที่ 2 พบจำนวน 16 คู่ ดังรายละเอียดในตารางที่ 5 (ภาคผนวก จ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เครื่องมือกำกับกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. การให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิดด้านความสัมพันธ์ของอาการจากทฤษฎีอาการไม่สบาย (Theory of unpleasant symptom) ของ Lenz และคณะ (1997) แนวคิดการให้ข้อมูลของ Butcher (cited in McCloskey and Bulechek, 2000) และแนวคิดการดูแลแบบผสมผสานเกี่ยวกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นกิจกรรมที่นำไปใช้ในการบรรเทาอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

- 1.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎี ตำรา เอกสารวิชาการ บทความ วารสารผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ได้แก่อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล ทฤษฎีของอาการไม่สบาย หลักการให้ข้อมูล การดูแลแบบผสมผสาน การนวดเท้าเพื่อสุขภาพ การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย และสวดมนต์บำบัด เพื่อวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม

1.2 สรุปเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ประกอบด้วยหลักการและเหตุผล ขั้นตอนของโปรแกรม วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการ และการประเมินผลของกิจกรรม

1.3 กิจกรรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และแสดงความปรารถนาที่จะช่วยเหลือในการบรรเทาอาการไม่สบายได้แก่ อาการวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ ของผู้ป่วยอย่างจริงใจ จากนั้นอธิบายขั้นตอนวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลตามแนวคิดของ Butcher (cited in McCloskey and Bulechek, 2000) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องโรคมะเร็งเต้านม วิธีการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนของการรักษาด้วยเคมีบำบัดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัด 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก เป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยอธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ก่อให้เกิดกลุ่มอาการไม่สบายขึ้น ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ข้อมูลเกี่ยวกับชนิด ความรุนแรง ลักษณะ ระยะเวลาการเกิดกลุ่มอาการไม่สบายที่สัมพันธ์กับการได้รับเคมีบำบัด และ 3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความหมายและสาเหตุของการเกิดอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล และการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย โดยการให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus and Folkman, 1984) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้และเลือกวิธีที่จะจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและลดความทรมานลงด้วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ผู้ป่วยยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยผู้วิจัยตอบข้อซักถามตามความต้องการของผู้ป่วย พร้อมกับที่ผู้วิจัยมอบคู่มือสำหรับสตรีที่ได้รับ

เคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านม ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ใช้ทบทวนความรู้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน (ใช้เวลา 45 นาที)

ขั้นตอนที่ 3 การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ก่อนการนวดประมาณ 5 นาที ผู้วิจัยประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยก่อนการนวด เพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการนวด จากนั้นผู้วิจัยทำการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ซึ่งผ่านการผสมไว้ล่วงหน้าแล้ว โดยในการวิจัยครั้งนี้ใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 9 หยด(0.9 ml) ที่ผสมลงในน้ำมันตัวพา (Carrier oil) โดยใช้น้ำมันงา 30 ml จะได้ความเข้มข้นของน้ำมันหอมระเหยเท่ากับ 3% ขึ้น (พิมพ์ร ลีลาพรพิสิฐ , 2547:62) ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบอาการแพ้ น้ำมันหอมระเหยกลิ่นของผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าตั้งแต่วันที่พบผู้ป่วยในครั้งแรกที่ยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าผู้วิจัยประยุกต์จากการนวดเท้าเพื่อสุขภาพของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และคณะ,2548) ร่วมกับการใช้สวดคนบำบัดคือน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ โดยใช้เวลานวดเท้าข้างละ 15 นาที รวมทั้งหมด 30 นาที ภายหลังจากการนวดเสร็จสิ้นให้ผู้ป่วยนอนพักโดยปราศจากการรบกวนเป็นเวลา 5-10 นาที ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และผลทางสรีรวิทยาที่แสดงถึงความผ่อนคลาย โดยเป็นผลจากระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติกเด่น เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจจะลดลงในช่วงเวลาดังกล่าว (Labyak and Metzger,1997) สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยภายหลังการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ ชักถามในสิ่งที่ยังสงสัยโดยที่ผู้วิจัยตอบข้อซักถามอย่างเต็มที่ จากนั้นผู้วิจัยประเมินผลที่ผู้ป่วยได้รับจากกิจกรรมนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ เช่น สอบถามความแรงในการลงน้ำหนักมือ ความสุขสบายที่ได้รับจากการนวด โดยขั้นตอนนี้ทำหลังจากได้รับเคมีบำบัดไปแล้ว 8,9,10 วัน โดยผู้วิจัยทำการนวดผู้ป่วยที่บ้านในเวลาเดียวกันทั้ง 3 วัน

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ซึ่งประกอบด้วย

1. แผนการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและคู่มือสำหรับสตรีที่รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านม เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ การสื่อความหมายและความเหมาะสมของภาษากับรูปภาพในคู่มือ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาของกิจกรรม ตลอดจนการลำดับเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 1 คน, อาจารย์พยาบาล ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็ง รวมทั้งมีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 1 คน, พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ชำนาญการ โดยมีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 1 คน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแผนการให้ข้อมูลและคู่มือ สำหรับสตรีที่รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านม

ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงในส่วนแผนการให้ข้อมูลและคู่มือ โดยให้ปรับความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา การลำดับของเนื้อหา การสื่อความหมาย ด้วยรูปภาพ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ดังนี้

1) แผนการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับแก้ไขในความถูกต้องของภาษา เช่นตรวจสอบคำผิด เครื่องหมายวรรคตอนต่างๆ ควรมีการจัดลำดับของเนื้อหาใหม่และตัดเนื้อหาที่ซ้ำซ้อนออก ใช้คำที่กระชับและชัดเจนเข้าใจได้ง่าย ในเรื่องของรูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมให้เพิ่มการซักถามผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยในขณะให้ข้อมูล และปรับลำดับของเนื้อหาและเพิ่มบทสรุปด้วยเพื่อความสมบูรณ์ของแผนการให้ข้อมูล

2) คู่มือสำหรับสตรีที่รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านม ให้ปรับด้านความเหมาะสมของภาษา คือให้ปรับภาษาให้ง่ายต่อความเข้าใจมากขึ้น สรุปประเด็นที่สำคัญให้ง่ายต่อการที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้ ตัดข้อความที่เป็นศัพท์ทางการแพทย์ออกไป ส่วนภาพให้ปรับเป็นขนาดที่สามารถมองได้ชัดเจน และให้หลีกเลี่ยงภาพที่น่ากลัว และให้ใช้ภาพประกอบเท่าที่จำเป็น โดยตัดภาพที่ไม่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลตามแผนการให้ข้อมูลออก

2. คู่มือขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยสำหรับ พยาบาล เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสม ของทุกๆกิจกรรม ตั้งแต่การเตรียม ขั้นตอนและวิธีการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอม ระเหย และระยะเวลาของกิจกรรม รวมทั้งรูปภาพในคู่มือขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ด้วยน้ำมันหอมระเหยสำหรับพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องการดูแล แบบผสมผสาน สุวคนธบำบัด การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ พยาบาล ผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และความชำนาญในการดูแลแบบผสมผสาน สุวคนธบำบัด การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจำนวน 2 คน, และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการการ นวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจำนวน 1 คน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาคู่มือขั้นตอนการนวดกดจุด สะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยสำหรับพยาบาล

ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงคู่มือขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยสำหรับพยาบาล ดังนี้

- 1) ให้จัดลำดับของเนื้อหาให้เหมาะสม ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา
- 2) เพิ่มระยะเน้นจุดที่บรรเทาอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล โดยการครูดตามตำแหน่งจุดสะท้อนของอวัยวะต่างๆที่ฝ่าเท้าและด้านข้างเท้าด้านในทั้งหมด 9 จุด

การนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองไปทดลองใช้

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่แผนการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด คู่มือสำหรับสตรีที่รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านมแบบผู้ป่วยนอก และคู่มือขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยสำหรับพยาบาล ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งเต้านมแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ที่ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยอวัยวะขึ้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความเข้าใจในคู่มือรวมทั้งภาษาที่ใช้ ระยะเวลา และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม

ผลการนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองไปทดลองใช้

พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในข้อมูลเรื่องของการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ทั้งในส่วนที่ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลและเข้าใจในส่วนของคู่มือสำหรับสตรีที่รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านมเป็นอย่างดี มีความพึงพอใจในการให้ข้อมูล และมีความเห็นว่าข้อมูลที่ให้นั้นมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยบางรายกล่าวว่า การให้ข้อมูลของผู้วิจัยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจที่มีคนมาดูแลและทำให้คลายความวิตกกังวลลง และเมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้วหากเกิดอาการไม่สบายจะได้นำคู่มือมาทบทวนความรู้ได้ และผู้ป่วยมีความมั่นใจต่อการรักษามากขึ้น ส่วนการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยโดยพยาบาลนั้น มีความเหมาะสมของกิจกรรม ผู้ป่วยทุกรายรู้สึกสบายและอบอุ่นใจที่มีคนคอยดูแล และมีความพึงพอใจมากขึ้น

1.4 สร้างสื่อที่ใช้ในกิจกรรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ได้แก่ แผนการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วย

มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด คู่มือสำหรับสตรีที่รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านมแบบผู้ป่วยนอก และคู่มือขั้นตอนการตรวจจุดสะท้อนที่ทำได้ด้วยน้ำมันหอมระเหยสำหรับพยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วย โดยสื่อที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้ในกิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้

1.4.1 แผนการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องมะเร็งเต้านม วิธีการรักษามะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด กลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดจากเคมีบำบัดที่พบได้บ่อยคืออาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล การจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด การใช้สมุนไพรบำบัดร่วมกับการตรวจจุดสะท้อนที่ทำได้ในการบรรเทาอาการไม่สบายจากการได้รับเคมีบำบัด

1.4.2 คู่มือสำหรับสตรีที่รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านม โดยเนื้อหาของคู่มือจะสอดคล้องกับแผนการให้ข้อมูลข้างต้น

1.4.3 คู่มือขั้นตอนการตรวจจุดสะท้อนที่ทำได้ด้วยน้ำมันหอมระเหยสำหรับพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ การเตรียม รายละเอียดของแต่ละขั้นตอนและวิธีการตรวจจุดสะท้อนที่ทำได้ด้วยน้ำมันหอมระเหย และระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ที่อยู่ มีลักษณะเดิมคำในช่องว่างให้ผู้ปวยกรอกแบบบันทึกด้วยตนเอง

2.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาของโรคมะเร็งเต้านม ประวัติชนิดการทำผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลือง สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ ระดับคะแนนเฉลี่ยของอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวลก่อนการทดลอง ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยก่อนได้รับเคมีบำบัด

2.3 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper et al, 1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ประกอบด้วยข้อความ 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ 1) ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6 2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7-11 3) ด้านร่างกายและจิตใจจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12-16 และ 4) ด้านสติปัญญาจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17-22 ลักษณะของข้อความคำถามเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (numeric scale) โดยปลายสุดของทางด้านซ้ายและ

ขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง “ไม่เลย” และด้านขวาสุดหมายถึง “มากที่สุด” การประเมินระดับของอาการเหนื่อยล้ามีคะแนนตั้งแต่ 0-220 คะแนน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ จะได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของอาการเหนื่อยล้า โดยคะแนนมากหมายความว่ามีอาการเหนื่อยล้ามาก คะแนนน้อยหมายความว่ามีอาการเหนื่อยล้าน้อย

โดยไปเปอร์แบ่งระดับอาการเหนื่อยล้าออกเป็น 4 ระดับ (Piper , 2002) ดังนี้คือ

- 1) ไม่มีอาการเหนื่อยล้า = 0
- 2) มีอาการเหนื่อยล้าเล็กน้อย = 0.11 -3.99
- 3) มีอาการเหนื่อยล้าปานกลาง = 4.00 -6.99
- 4) มีอาการเหนื่อยล้ามาก = 7.00-10

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้า

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al, 1998) เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน และมีการนำมาใช้ประเมินความเหนื่อยล้าในประชากรกลุ่มต่างๆ อย่างหลากหลาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al, 1998) ถูกนำมาใช้ในการประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545; สายใหม่ ตุ่มวิจิตร, 2547; วัชรวรรณ จันทรอินทร์, 2548 ; Ream, E. et al. ,2002 ;Williams and Schreier, 2005) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ ดาโลปการ (2545) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .96 โดยได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความเหมาะสมของแบบประเมินอาการเหนื่อยล้า แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญโรคมะเร็ง 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 2 ท่าน

ผลการประเมินความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการเหนื่อยล้า

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นว่าแบบประเมินอาการเหนื่อยล้ามีความเหมาะสมทั้งทั้งเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา ที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา แต่มีข้อเสนอแนะให้ปรับภาษาในบางข้อคำถามให้ชัดเจนขึ้น และในข้อคำถามให้เขียนคำอธิบายให้ตรงกับมาตราที่ใช้วัด หลังการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

ผู้วิจัยนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ไม่ต่ำกว่า .80) ผลการคำนวณได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ .95

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ศูนย์เคมีบำบัดติวอวานิชชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความคงที่ภายในของเครื่องมือ (Internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์อิทธิพลของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .95 และค่าความเที่ยงรายด้านดังนี้ 1) ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าได้เท่ากับ .93 2) ด้านการให้ความหมายของอาการเหนื่อยล้าได้เท่ากับ .87 3) ด้านร่างกายและจิตใจได้เท่ากับ .91 4) ด้านสติปัญญาได้เท่ากับ .87

2.4 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน และมีการนำมาใช้ประเมินอาการนอนไม่หลับในประชากรกลุ่มต่างๆ อย่างหลากหลาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า แบบประเมินอาการอาการนอนไม่หลับ ถูกนำมาใช้ในการประเมินอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและในผู้ป่วยมะเร็ง (พัทธิญา แก้วแพง, 2547; มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยพัทธิญา แก้วแพง (2547) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ที่สอบถามเกี่ยวกับ ความยากลำบากในการนอนหลับ (ข้อคำถามข้อที่ 1), การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (ข้อคำถามข้อที่ 2), การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (ข้อคำถามข้อที่ 3), ความพึงพอใจในแบบแผนของการนอน (ข้อคำถามข้อที่ 4), การรบกวนการดำเนินชีวิต (ข้อคำถามข้อที่ 5), การทำหน้าที่บกพร่องอันเป็นผลมาจากปัญหาการนอน (ข้อคำถามข้อที่ 6), และความทุกข์ทรมานจากปัญหาการนอน (ข้อคำถามข้อที่ 7) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีเลย (ให้คะแนน 0) จนถึงมากที่สุด (ให้คะแนน 4)

เกณฑ์ในการแปลผล คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน โดยแบ่งระดับอาการนอนไม่หลับ (Morin, 1993) ดังนี้

คะแนนรวม	ความหมาย
0-7 คะแนน	ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย (No clinically significant insomnia)
8-14 คะแนน	อยู่ในระยะเริ่มของอาการนอนไม่หลับเลย (Subthreshold insomnia)

15-21 คะแนน มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง

(Clinically insomnia, moderate severity)

22-28 คะแนน มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (Clinically insomnia, severe)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินอาการนอนไม่หลับ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยพัทริญา แก้วแพง (2547) โดยได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความเหมาะสมของแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญโรคมะเร็ง 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อความ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ควบคุมความถูกต้องของเนื้อหาและการใช้ภาษา

ผลการประเมินความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นว่าแบบประเมินอาการนอนไม่หลับมีความเหมาะสมทั้งเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา ที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา แต่มีข้อเสนอแนะให้ปรับภาษาในบางข้อความให้ชัดเจน หลังการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ไม่ต่ำกว่า .80 ผลการคำนวณได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ 1.00

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการนอนไม่หลับไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ศูนย์เคมีบำบัดติ่งวอนิชชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความคงที่ภายในของเครื่องมือ (Internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์อิทธิพลของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .83

2.5 แบบประเมินความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI from Y) ของสปีลเบอร์เกอร์ (Spilberger et al., 1983 อ้างในปริญญา สะนิกะวาที, 2542) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยธাত্রี นนทศักดิ์ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิตีให้มี

ความชัดเจนในด้านของภาษาและความหมายทางจิตวิทยา เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน และมีการนำมาใช้ประเมินอาการวิตกกังวลในประชากรกลุ่มต่างๆ อย่างหลากหลาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า แบบประเมินอาการวิตกกังวล ถูกนำมาใช้ในการประเมินอาการวิตกกังวล ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและในผู้ป่วยมะเร็ง (ปริญา สนิกะวาที , 2542; อาริยา สอนบุญ, 2543; สมลักษณ์ พักมณี, 2544; พัทธิญา แก้วแพง ,2547; Williams and Schreier, 2005) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อคำถามในแต่ละข้อจะประเมินความวิตกกังวล โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มากที่สุด (4 คะแนน) จนถึงไม่มีเลย (1คะแนน) โดยข้อความด้านล่างจะต้องกลับคะแนน โดยที่ข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางบวก ได้แก่ข้อ3,4,6,7,9,12,13,14,17,18 และข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1,2,5,8,10,11, 15 ,16,19,20 ซึ่งแบบประเมินอาการวิตกกังวลขณะเผชิญนี้ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบวัดฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยและปรับความชัดเจนในด้านของภาษาและความหมายทางจิตวิทยา ไปวัดความวิตกกังวลของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 86 คน โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ นำผลที่ได้มาทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความคงที่ภายในโดยใช้สูตรโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .97 และปริญา สนิกะวาที (2542) ได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำมาทดลองใช้วัดความวิตกกังวลใน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .81 และพัทธิญา แก้วแพง (2547) ได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำมาทดลองใช้วัดความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ โรงพยาบาลราชวิถี และศูนย์มหาวิทยาลัยการรณ์ จำนวน 170 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .87

การแปลผลคะแนน คะแนนความวิตกกังวลอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลต่ำ

การกำหนดเกณฑ์ เพื่อแบ่งระดับความวิตกกังวลตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างถึงในหนึ่งฤทัย แก่นจันทร์ , 2540) ซึ่งช่วงคะแนนในการแบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น $(4-1)/3 = 1$

แบ่งระดับความวิตกกังวล ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 2.00	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ
2.01 - 3.00	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง
3.01 - 4.00	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบประเมินอาการวิตกกังวล

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินอาการวิตกกังวลขณะเผชิญ (form Y-I) ฉบับที่แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยธাত্রี นนทศักดิ์ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต โดยได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความเหมาะสมของแบบประเมินอาการวิตกกังวลขณะเผชิญ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญโรคมะเร็ง 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถาม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมถูกต้องของเนื้อหาและการใช้ภาษา

ผลการประเมินความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการวิตกกังวล

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นว่าแบบประเมินอาการวิตกกังวลมีความเหมาะสมทั้งเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา ที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา แต่มีข้อเสนอแนะให้ปรับภาษาในบางข้อคำถามให้ชัดเจน หลังการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ไม่ต่ำกว่า .80 ผลการคำนวณได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ 1.00

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการวิตกกังวลไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ศูนย์เคมีบำบัดติ๊กวอวานิชชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความคงที่ภายในของเครื่องมือ (Internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์อิทธิพลของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ เท่ากับ .68

2.6 แบบประเมินความผาสุก โดยประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิต Quality of life index ของ Paddila and Grant (1985) เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน และมีการนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในประชากรกลุ่มต่างๆ อย่างหลากหลาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและผู้ป่วยมะเร็งพบว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิต Quality of life index ถูกนำมาใช้ในการประเมินความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งเต้านม (มาลี วรลัดคนากุล , 2535; วนิตา รัตนานนท์, 2545; มาศอุบล วงศ์พรหมชัย ,2548) ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตในการ

ประเมินความผาสุก ฉบับที่แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (1988) ซึ่งประเมินการรับรู้ในความผาสุกด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ความรู้สึกด้านภาพลักษณ์ การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านการผ่าตัด การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ด้านโภชนาการ และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัว ซึ่งมาลี วรลัคนากุล (2535) นำมาปรับข้อคำถาม และใช้วัดความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยแบบวัดนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 14 ข้อ ข้อความด้านลบ 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Linear analog scale) ยาว 100 มิลลิเมตร บนเส้นตรงมีตัวเลข 0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100 กำกับ โดยตำแหน่งต้นหรือจุด 0 และตำแหน่งปลายสุดหรือจุด 100 จะมีคำชี้แจงถึงคุณภาพชีวิต ที่เลวที่สุดหรือดีที่สุด โดยการตอบคำถามผู้ตอบจะเลือกกากบาทและเขียนเลข กำกับเส้นตรงในจุดที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน การให้คะแนนในข้อความที่เป็นลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงนำมารวมกับคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-1900 หากค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนโดยใช้คะแนนรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อคือ 19 จะได้ค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่ค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล คะแนนมากแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตสูง คะแนนน้อยแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบคุณภาพชีวิต

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต ฉบับที่แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (1988) ในการประเมินความผาสุก โดยได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความเหมาะสมของแบบประเมินคุณภาพชีวิต แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญโรคมะเร็ง 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถาม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมถูกต้องของเนื้อหาและการใช้ภาษา

ผลการประเมินความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพชีวิต

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นว่าแบบประเมินคุณภาพชีวิต มีความเหมาะสมทั้งเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา ที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา แต่มีข้อเสนอแนะให้ปรับภาษาในบางข้อคำถามให้ชัดเจน หลังการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของ

ผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ไม่ต่ำกว่า .80) ผลการคำนวณได้ค่าความตรงตามตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ 1.00

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความผาสุกไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ศูนย์เคมีบำบัดติ่งวอนานิชชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความคงที่ภายในของเครื่องมือ (Internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์อิทธิพลของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ เท่ากับ .75

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินนี้เมื่อผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นในกลุ่มทดลอง เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นได้ โดยแบบประเมินนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ดังนี้

3.1 ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

3.2 วิเคราะห์และคัดเลือกรายละเอียดที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด นำมาสร้างเป็นแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนโดยข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือตั้งแต่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นนานๆครั้ง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือตั้งแต่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นนานๆครั้ง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 ลักษณะของข้อคำถามมีทั้งบวกและลบ ข้อที่มีความหมายทางลบ ให้กลับคะแนนเป็นบวกก่อนการรวมคะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การปฏิบัติพฤติกรรมโดยรวมผลอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน เกณฑ์ผ่านการกำกับการทดลอง ผู้วิจัยประเมินจากคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมโดยรวม

ที่มากกว่าร้อยละ 60 ขึ้นไป (คะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนนขึ้นไป) จึงจะถือว่าผู้ป่วย มะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่ดีและถูกต้อง แต่หากภายหลัง สิ้นสุดโปรแกรมแล้วผู้ป่วยแล้วตอบได้คะแนนจากการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่ม อาการไม่สบายที่น้อยกว่า 48 คะแนน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องในการจัดกับกลุ่มอาการไม่สบายยังไม่ดีพอ ผู้วิจัยจะทำการสอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามถึงสิ่งที่ยังไม่เข้าใจและจะให้ข้อมูล เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทั้ง 20 คน ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง ทุกคนคือมีคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่มากกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนนขึ้นไปทุกคน กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบข้อซักถามของผู้วิจัยได้และเข้าใจวิธีในการ จัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายได้อย่างถูกต้องทุกรายดังรายละเอียดในตารางที่ 6 (ภาคผนวก จ)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและตำรา ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องการรักษาและดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 5 ท่าน ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญ โรคมะเร็ง 1 ท่าน, อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญโรคมะเร็ง 1 ท่าน , พยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ชำนาญการ โดยมีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 1 คน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถาม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความ ครอบคลุมถูกต้องของเนื้อหาและการใช้ภาษา

ผลการประเมินความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบาย

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นว่าแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมในการ จัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายมีความเหมาะสมทั้งเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา ที่ สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา แต่มีข้อเสนอแนะให้ปรับภาษาในบางข้อ คำถามให้ชัดเจน หลังการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาหาค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ไม่ต่ำกว่า .80) เท่ากับ .95

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ศูนย์เคมีบำบัดดีก่องวานิชชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความคงที่ภายในของเครื่องมือ (Internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .75

กระบวนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา การประเมินกลุ่มอาการไม่สบายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการทดลองเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะสิ้นสุดการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม 2549 ถึง 31 มีนาคม 2550 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในเรื่อง การให้ข้อมูลเรื่องการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกซึ่งกลุ่มอาการไม่สบายได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้ที่มีความรู้และความชำนาญในการนัดกดจุดสะท้อนที่เท้า การนวดเท้า และสูวคนธบำบัด โดยเข้ารับการอบรมการนัดกดจุดสะท้อนที่เท้าและการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยและสูวคนธบำบัดทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติรวม 16 ชั่วโมง ระหว่างวันที่ 4 และ 11 พฤศจิกายน 2549 และการนวดเท้าทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ 24 ชั่วโมง ระหว่างวันที่ 5 และ 12 พฤศจิกายน 2549 จาก ผศ.ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ (อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบผสมผสาน จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี) และเข้าอบรมการนวดเท้าเพื่อสุขภาพ 60 ชั่วโมง จากสถาบันแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ชั่วโมง ระหว่างวันที่ 4 ถึง 8 ธันวาคม 2549 ซึ่งหลังจากรับการอบรมแล้วผู้วิจัยฝึกปฏิบัติการนัดกดจุดสะท้อนที่เท้าเป็น

ประจำ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง รวมทั้งได้ศึกษาทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับการ
 นวดกดจุดสะท้อนที่เท้าและสูวคนธบำบัดด้วยตนเอง

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวไปแล้วข้างต้นในขั้นตอนการสร้าง
 เครื่องมือ ซึ่งผู้วิจัยใช้ระยะเวลาประมาณ 8 สัปดาห์ ในการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย

1.3 คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ เป็นพยาบาล
 วิชาชีพซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในแผนกเคมีบำบัด มาแล้ว
 อย่างน้อย 5 ปี โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยด้วยการอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์
 ของการทำวิจัยและรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง อธิบายเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน
 ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมด พร้อมกับทดลองใช้แบบประเมินทั้งหมด ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียด
 เกี่ยวกับหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย มีรายละเอียดคือ ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งแบบบันทึกข้อมูลส่วน
 บุคคล แบบบันทึกโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา แบบบันทึกกลุ่มอาการไม่สบายและความ
 ผาสุก แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบาย (เฉพาะในกลุ่ม
 ทดลอง) แบบบันทึกความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า(เฉพาะในกลุ่มทดลอง) และการ
 ไปเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างพร้อมผู้วิจัย

1.4 ภายหลังที่เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองเสร็จสมบูรณ์แล้ว ได้ดำเนินการ
 เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูลการวิจัย 2 ขั้นตอน ดังนี้คือ 1) ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับ
 สมบูรณ์พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของคณะ
 แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผลจากการพิจารณามีมติและมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
 ในบางส่วน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะดังกล่าว และได้รับมติจากที่ประชุมให้
 ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย รวมระยะเวลาในการส่งพิจารณาอนุมัติจริยธรรม 12 สัปดาห์
 2) จากนั้นผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับส่งเขปพร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ส่งให้หัวหน้า
 หน่วยรังสีและมะเร็งวิทยา หัวหน้าศูนย์สิริกิติ์ และคณะกรรมการการพิจารณาการวิจัยฝ่ายการ
 พยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้
 ขอบหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงรอง
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์(ฝ่ายยุทธศาสตร์และการวางแผน) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์
 ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและขออนุญาตเก็บรวบรวม
 ข้อมูลในศูนย์เคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ตึกอวสานิช 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แยกไปด้วยทั้ง 2
 ขั้นตอน หลังจากได้รับอนุมัติให้ทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยดังกล่าวเพื่อ
 อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอน และระยะเวลาในการเก็บรวบรวม
 ข้อมูลรวมทั้งขอความร่วมมือในการทดลองและการจัดเตรียมสถานที่

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

เริ่มตั้งแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2550 ถึง 31 มีนาคม 2550 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 ราย หลังจากนั้น จึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง จนครบ 20 ราย ดังรายละเอียด คือ

2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจโรคแผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับเป็นสูตรเดียวกัน ระยะเวลาของโรคมะเร็งเต้านม ชนิดของการผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลือง

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในขณะที่รอรับการตรวจการรักษาจากแพทย์ ที่ห้องตรวจโรคแผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

2.3 ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงแบบฟอร์มแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ ผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยด้วยตนเอง

2.5 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการของหน่วยเคมีบำบัด ดีก่องวานิช 6 ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งประกอบด้วยได้แก่คำแนะนำเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษามะเร็งเต้านม ผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ไม่ครอบคลุมเรื่องกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้น คำแนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับเคมีบำบัดพร้อมกับช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วยการป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำหรือผิวหนังบริเวณที่ให้เคมีบำบัด ดูแลให้ได้รับสารอาหารและสารน้ำที่ครบถ้วน การพักผ่อนที่เพียงพอ ให้ความรู้เพื่อป้องกันและบรรเทา

ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การมาตรวจตามนัด และการติดตามอาการแทรกซ้อนภายหลังได้รับเคมีบำบัด โดยไม่มีการสอนและสาธิตการปฏิบัติตัวเป็นรายบุคคล

กลุ่มทดลอง ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนัดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พร้อมกับประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย 2) การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลเพื่อจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดจากเคมีบำบัด ใช้เวลา 45 นาที 3) การนัดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ใช้เวลา 30 นาที 4) ประเมินผลการนัดจุดสะท้อนที่เท้าและการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังขาดอยู่ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้ป่วยทั้งหมด 4 ครั้ง ดังรายละเอียดคือ

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้ป่วยในวันแรกของการได้รับเคมีบำบัด(Day1) ในCycle ที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อรับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก ใช้ระยะเวลาประมาณ 45 นาที

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองดมกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ถ้ากลุ่มทดลองชอบจึงทำการทดสอบความปลอดภัยในการใช้น้ำมันหอมระเหย ได้แก่ อาการระคายเคืองและการแพ้ของผิวหนัง ด้วยวิธีการทดสอบการแพ้น้ำมันหอมระเหย โดยทาน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ไว้ที่ข้อพับแขนด้านในแล้วทิ้งไว้ 30 นาที ถ้าแพ้จะมีอาการผื่นคันและบวมแดง ผู้วิจัยจะรีบล้างออกทันทีด้วยน้ำสบู่อ่อนๆ ตามด้วยน้ำสะอาดหลายๆครั้ง หากไม่ดีขึ้นผู้วิจัยจะปรึกษาแพทย์เพื่อให้ทายาบรรเทาอาการแพ้หรือให้รับประทานยาแก้แพ้ หากผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ สำหรับในขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

2. ผู้วิจัยประเมินความพร้อมและการรับรู้ของผู้ป่วยในการรับฟังข้อมูล ผู้วิจัยให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แผนการให้ข้อมูลพร้อมมอบคู่มือสำหรับสตรีที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านม 1 ฉบับ ให้แก่ผู้ป่วย โดยข้อมูลที่ให้ประกอบด้วยข้อมูลโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัด กลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดจากเคมีบำบัด สาเหตุของการเกิดกลุ่มอาการไม่สบาย ข้อมูลในการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัดแล้ว การจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายเมื่อกลับไปอยู่บ้านประกอบด้วยกลยุทธ์ต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การทำงานบ้าน การรดน้ำต้นไม้ การคงไว้ซึ่งความสมดุลของการทำกิจกรรมและการพักผ่อน การจัดลำดับความสำคัญของการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ช่วยในการเสริมสร้างเม็ดเลือด การผ่อนคลายด้วยวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ และเทคนิคการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และคู่มือที่มอบให้แก่ผู้ป่วยเพื่อนำไปทบทวนความรู้ที่บ้านและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ (ใช้เวลา 45 นาที)

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเยี่ยมบ้าน

ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างกลับไปอยู่บ้านเป็นวันที่ 8 เพื่อทำการวัดกจุดสะท้อนที่เท้า

สรุป ภายหลังจากการดำเนินการทดลองครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองทั้ง 20 รายไม่มีอาการแพ้ น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์และกลุ่มทดลองทุกรายมีความเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของเคมีบำบัด กลัวรับประทานอาหารไม่ได้ บางคนกังวลเรื่องการขอลาหยุดงานประจำหลังได้รับเคมีบำบัดเพราะกลัวอาการแพ้ยา นอกจากนี้พบว่ากลุ่มทดลองยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและการบรรเทาอาการไม่สบาย เช่น เมื่อรู้สึกอ่อนเพลียจะใช้การหลับในเวลากลางวัน รับประทานอาหารเฉพาะมังสวิรัตินั้น เพราะกลุ่มทดลองบางคนกลัวว่ามะเร็งจะลุกลามมากขึ้น บางรายกังวลเรื่องของผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น จากการดำเนินการทดลองในครั้งนี้ทำให้เห็นถึงปัญหาและความต้องการของกลุ่มทดลองว่าต้องการกำลังใจบุคคลอื่น ๆ และต้องการข้อมูลเพื่อใช้ในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้พบว่ากลุ่มทดลองทุกรายมีความสนใจการให้ข้อมูลของผู้วิจัย และมีการซักถามข้อสงสัยต่างๆ ภายหลังจากการให้ข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว กลุ่มทดลองทุกรายยินยอมให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมบ้านได้

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างกลับไปอยู่บ้านได้ 8 วัน

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อสร้างความไว้วางใจ ผู้วิจัยประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยจากการได้รับข้อมูลในครั้งที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นในขณะที่อยู่บ้าน พร้อมทั้งประเมินความรู้ของผู้ป่วยจากการให้ข้อมูลในครั้งที่ผ่านมา ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยยังสงสัยโดยผู้วิจัยตอบข้อซักถามตามความต้องการของผู้ป่วย (ใช้เวลา 45 นาที)

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวัดกจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์พร้อมกับประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ปิดม่านหรือจัดที่เป็นสัดส่วน จัดทำนอนให้ผู้ป่วยนอนหงายในท่าที่สบายศีรษะสูงประมาณ 30 องศา

3. ผู้วิจัยเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการวัด ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยทำการวัดกจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่ผ่านการเจือจางในน้ำมันตัวนำในอัตราส่วนน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 9 หยด หรือ 0.9 ml ต่อน้ำมันตัวนำ 30 ml จะได้ความเข้มข้น 3% หลังจากนั้นผู้วิจัยวัดกจุดสะท้อนที่เท้าทั้ง 2 ข้างโดยเริ่มที่เท้าข้างซ้ายก่อนใช้เวลาข้างละ 15 นาทีรวมใช้เวลานาน 30 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยนอนพัก 10 นาที ผู้ช่วยวิจัยจะทำการประเมินสัญญาณชีพซ้ำอีกครั้งพร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อการวัด และซักถามในสิ่งที่ยังสงสัย และผู้วิจัยตอบข้อซักถามด้วยความเต็มใจ

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเยี่ยมบ้านในวันรุ่งขึ้น

สรุป ภายหลังจากการดำเนินการทดลองครั้งที่ 2 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเข้าใจในการให้ข้อมูลครั้งที่ผ่านมาเป็นอย่างดี และไม่เกิดการแพ้ยาเคมีบำบัด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้บ้างเป็นพวกอาหารเหลวๆ แต่รับประทานผลไม้ประเภทที่มีรสเปรี้ยวได้ดี นอนหลับพักผ่อนได้ ขณะที่ผู้วิจัยเริ่มการนัดกดจุดสะท้อน กลุ่มทดลองรู้สึกอบอุ่นใจที่มีพยาบาลมาคอยดูแล เอาใจใส่เรื่องการปฏิบัติตัวรวมทั้งให้คำแนะนำต่างๆ ขณะที่ผู้วิจัยทำการนัดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย กลุ่มทดลองรู้สึกพึงพอใจในกลิ่นของน้ำมันหอมระเหย บางรายหลับในขณะที่ผู้วิจัยนวด และในขณะที่นวด กลุ่มทดลองบางรายเปิดเผยความรู้สึกเกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พร้อมทั้งซักถามข้อสงสัย ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการรักษา ผลข้างเคียงของการได้รับเคมีบำบัดในครั้งต่อไปจะมากขึ้นหรือไม่ ภายหลังจากการนวดเสร็จสิ้นให้กลุ่มทดลองนอนพัก พบว่ากลุ่มทดลองทุกรายมีความผ่อนคลาย หลับสบาย และคลายความกังวล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองสอบถามสิ่งที่ยังสงสัย หากมีข้อสงสัยภายหลัง อนุญาตให้ติดต่อผู้วิจัยตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ให้ไว้ได้ตลอดเวลา และกลุ่มทดลองทุกรายยินดีให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมบ้านได้ในวันรุ่งขึ้น

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างกลับไปอยู่บ้านได้ 9 วัน

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อสร้างความไว้วางใจ ผู้วิจัยประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยจากการได้รับข้อมูลในครั้งที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นในขณะที่อยู่บ้าน พร้อมทั้งประเมินความรู้ของผู้ป่วยจากการให้ข้อมูลในครั้งที่ผ่านมา ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยยังสงสัยโดยผู้วิจัยตอบข้อซักถามตามความต้องการของผู้ป่วย (ใช้เวลา 45 นาที)

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการนัดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย กลิ่นลาเวนเดอร์พร้อมกับประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ปิดม่านหรือจัดที่เป็นสัดส่วน จัดทำนอนให้ผู้ป่วยนอนหงายในท่าที่สบายศีรษะสูงประมาณ 30 องศา

3. ผู้วิจัยเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการนวด ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยทำการนัดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่ผ่านการเจือจางในน้ำมันตัวนำในอัตราส่วนน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 9 หยด หรือ 0.9 ml ต่อน้ำมันตัวนำ 30 ml จะได้ความเข้มข้น 3% หลังจากนั้นผู้วิจัยนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าทั้ง 2 ข้างโดยเริ่มที่เท้าข้างซ้ายก่อนใช้เวลาข้างละ 15 นาทีรวมใช้เวลา 30 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยนอนพัก 10 นาที ผู้ช่วยวิจัยทำ

การประเมินสัญญาณชีพซ้ำอีกครั้งพร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและ ความรู้สึกต่อการนัด และซักถามในสิ่งที่ยังสงสัย และผู้วิจัยตอบข้อซักถามด้วยความเต็มใจ

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเยี่ยมบ้านในวันรุ่งขึ้น

สรุป ภายหลังจากการดำเนินการทดลองครั้งที่ 3 กลุ่มทดลองทั้ง 20 รายไม่เกิดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดได้แก่ กลุ่มอาการไม่สบาย ประกอบด้วย อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล กลุ่มทดลองทุกรายมีความเข้าใจในข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และสามารถเลือกวิธีในการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายได้อย่างถูกต้อง กลุ่มทดลองได้รับการนัดเป็นวันที่ 2 รู้สึกผ่อนคลาย สุขสบายขึ้น หลับได้มากขึ้น อบอุ่นใจที่มีพยาบาลคอยดูแลและสอบถามอาการที่เกิดขึ้น ทำให้กลุ่มทดลอง 20 ราย รู้สึกมั่นใจกับการรักษาที่ได้รับและรู้สึกพอใจกับการได้รับเคมีบำบัด ทำให้กลุ่มทดลองทำใจยอมรับได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความวิตกกังวลลดลง

ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านภายหลังจากกลุ่มตัวอย่าง กลับไปอยู่บ้านได้ 10 วัน

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อสร้างความไว้วางใจ ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นในขณะที่อยู่บ้าน พร้อมทั้งประเมินความรู้ของผู้ป่วยจากการให้ข้อมูลในครั้งที่ผ่านมาทั้งหมด ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยยังสงสัยโดยผู้วิจัยตอบข้อซักถามตามความต้องการของผู้ป่วย(ใช้เวลา 45 นาที)

2. ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการนัด จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และมีความเป็นส่วนตัว จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนหงายในท่าที่สบายศีรษะสูงประมาณ 30 องศา ผู้วิจัยเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการนัด ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการนัด ผู้วิจัยทำการนัด กดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่ผ่านการเจือจางในน้ำมันตัวนำในอัตราส่วนน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 9 หยด หรือ 0.9 ml ต่อน้ำมันตัวนำ 30 ml ผู้วิจัยนัด กดจุดสะท้อนที่เท้าทั้ง 2 ข้างใช้เวลาข้างละ 15 นาทีรวมใช้เวลานาน 30 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยนอนพัก 10 นาที ผู้ช่วยวิจัยจะทำการประเมินสัญญาณชีพซ้ำอีกครั้ง

สรุป ภายหลังจากการดำเนินการทดลองครั้งที่ 4 กลุ่มทดลองทั้ง 20 รายไม่เกิดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดได้แก่ กลุ่มอาการไม่สบาย ประกอบด้วย อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล จากการประเมินความรู้ความเข้าใจของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับความรู้ที่ผ่านมามาทั้งหมด กลุ่มทดลองสามารถตอบข้อซักถามของผู้วิจัยได้เป็นอย่างดี แสดงว่า

กลุ่มทดลองมีความเข้าใจข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ให้และสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายได้อย่างถูกต้อง

3. ผู้ช่วยวิจัยประเมินผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนัดจุดสะท้อนที่ให้น้ำร้อนนวดประคบ โดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยประเมินจากคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมโดยรวมที่มากกว่าร้อยละ 60 ขึ้นไป (คะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนนขึ้นไป) จึงถือว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่ดีและถูกต้อง

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทั้ง 20 คน ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทุกคน คือมีคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายมากกว่า 48 คะแนนขึ้นไปทุกคน กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบข้อซักถามของผู้วิจัยได้และเข้าใจวิธีในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายได้อย่างถูกต้องทุกราย ดังรายละเอียดในตารางที่ 6 (ภาคผนวก จ)

3. ระยะสิ้นสุดการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยที่บ้านภายหลังที่ผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้วเป็นวันที่ 11 หลังการได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุก (Post-test) ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3.2 ผู้วิจัยแจกคู่มือสตรีที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านมแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยไว้ใช้ทบทวนความรู้เพื่อการปฏิบัติตัวในการบรรเทาอาการไม่สบาย (เฉพาะกลุ่มควบคุม)

3.3 ผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความคิดเห็นต่อการนัดจุดสะท้อนที่เท่า (เฉพาะกลุ่มทดลอง)

3.4 ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้ทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในขั้นตอนการดำเนินการจริง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยในครั้งนี้ก่อนทำการทดลอง และชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มีการบังคับแต่

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .01 เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้มีการศึกษาตัวแปรตามทั้งหมด 4 ตัว ฉะนั้นเพื่อควบคุมการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) จากการทำการทดสอบด้วยสถิติที่ใช้ในการทดสอบตัวแปรตามเพียงหนึ่งตัว (Univariate) ผู้วิจัยจึงทำการปรับระดับนัยสำคัญตามวิธีของ Bonferroni (Tabachnick and Fidell, 1996) พบว่าต้องปรับระดับนัยสำคัญเป็น .0025 ($.01/4 = .0025$) เพื่อให้มีระดับนัยสำคัญเป็น .01 ตามที่กำหนด การวิเคราะห์ข้อมูลมีขั้นตอนตามลำดับดังต่อไปนี้

1. หาความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลแสดงความพึงพอใจและผลที่ได้รับจากการการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนกลุ่มอาการไม่สบายและคะแนนความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนกลุ่มอาการไม่สบายและคะแนนความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มอาการไม่สบายประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล และคะแนนความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแล้วและได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่ศูนย์เคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ราย เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวลและความผาสุกของของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
30-34	1	5	-	-	1	2.5
35-39	1	5	3	15	4	10
40-44	3	15	3	15	6	15
45-49	5	25	6	30	11	27.5
50-54	3	15	5	25	8	20
55-59	7	35	3	15	10	25
สถานภาพสมรส						
โสด	5	25	6	30	11	27.5
คู่	15	75	14	70	29	72.5
ม่าย	-	-	-	-	-	-
หย่า	-	-	-	-	-	-
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	4	20	5	25	9	22.5
มัธยมศึกษา	1	5	-	-	1	2.5
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	3	15	4	20	7	17.5
ปริญญาตรี	7	35	8	40	15	37.5
สูงกว่าปริญญาตรี	5	25	3	15	8	20

ตารางที่ 1(ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับจ้าง	3	15	6	30	9	22.5
ค้าขาย	2	10	-	-	2	5
พนักงานบริษัทเอกชน/รัฐวิสาหกิจ	1	5	2	10	3	7.5
ข้าราชการ	9	45	6	30	15	37.5
อื่นๆได้แก่ แม่บ้าน ธุรกิจส่วนตัว	5	25	6	30	11	27.5
รายได้เฉลี่ย						
4001-8000	1	5	4	20	5	12.5
8001-12000	2	10	4	20	6	40
12001-16000	2	10	3	15	5	12.5
16001-20000	6	30	4	20	10	25
มากกว่า 20000	9	45	5	25	14	35

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-49 ปี มากที่สุด 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมาคือมีอายุระหว่าง 55-59 ปี 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.5 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 37.5 มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 37.5 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 8,001-12,000 คิดเป็นร้อยละ 40

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของการผ่าตัด
ระยะของโรค และสูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะโรค						
ระยะที่ 1	5	25	5	25	10	25
ระยะที่ 2	15	75	15	75	30	75
ชนิดการผ่าตัด						
modified radical mastectomy	18	90	18	90	36	90
radical mastectomy	2	10	2	10	4	10
สูตรของเคมีบำบัด						
CMF	5	25	5	25	10	25
CAF	4	20	4	20	8	20
CEF	4	20	4	20	8	20
AC	7	35	7	35	14	35

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 75 และได้รับการผ่าตัดแบบ Modified Radical Mastectomy (MRM) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 90 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดสูตร AC มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล และความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล และความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (20 คน)		กลุ่มทดลอง (20 คน)		df	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
หลังการทดลอง							
อาการเหนื่อยล้า (Range 0-10)	5.54	.67	1.61	.58	38	19.81	.000
อาการนอนไม่หลับ (Range 0-28)	15.35	1.98	4.85	2.23	38	15.74	.000
อาการวิตกกังวล (Range 1-4)	2.72	.26	1.84	.21	38	11.20	.000
ความผาสุก (Range 0-100)	61.74	9.67	77.58	5.88	38	-6.26	.000

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเท่ากับ 5.54 อาการนอนไม่หลับมีค่าเท่ากับ 15.35 อาการวิตกกังวลมีค่าเท่ากับ 2.72 และความผาสุกหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 61.74 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้าหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย มีค่าเท่ากับ 1.61 อาการนอนไม่หลับมีค่าเท่ากับ 4.85 อาการวิตกกังวลมีค่าเท่ากับ 1.84 และความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 77.58 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเหนื่อยล้า

อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หลังการทดลองในกลุ่มการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย

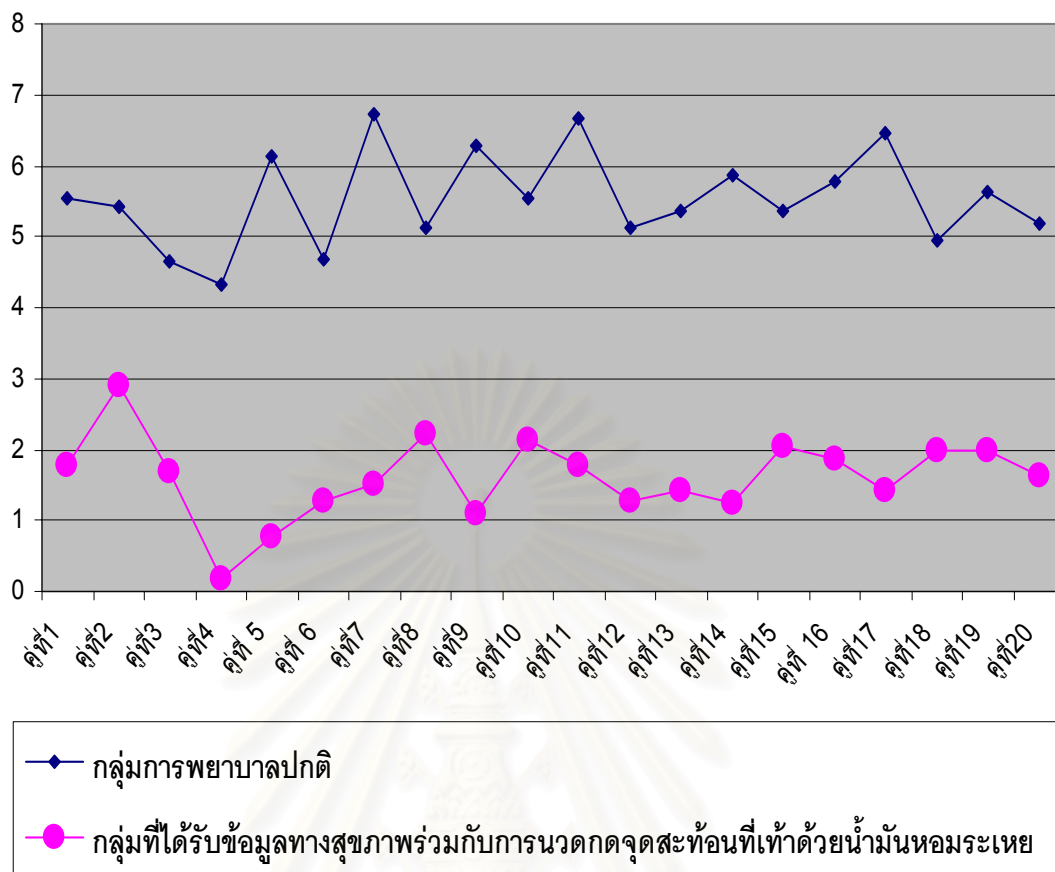
	ไม่มีผล		น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน (n=20 คน)	ร้อยละ	จำนวน (n=20 คน)	ร้อยละ	จำนวน (n=20 คน)	ร้อยละ	จำนวน (n=20 คน)	ร้อยละ
1. รู้สึกว่าผ่อนคลาย	-	-	-	-	-	-	20	100
2. รู้สึกคลายความ ตึงเครียด	-	-	-	-	-	-	20	100
3. รู้สึกสบาย	-	-	-	-	-	-	20	100
4. รู้สึกพึงพอใจต่อ การนวดและกลิ่น ของน้ำมันหอมระเหย	-	-	-	-	-	-	20	100
5. รู้สึกหลับสบาย	-	-	-	-	4	20	16	80
6. ช่วยบรรเทาความปวด	-	-	-	-	5	25	15	75
7. รู้สึกอบอุ่นใจที่ มีคนมาคอยดูแล	-	-	-	-	5	25	15	75
8. อื่นๆ ได้แก่								
8.1 หายเมื่อย	-	-	-	-	-	-	16	80
8.2 รู้สึกการไหลเวียนของ เลือดลมดีขึ้น	-	-	-	-	-	-	6	30

จากตารางที่ 4 แสดงถึงความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ได้รับการนวดติดต่อกัน 3 วันๆละ 1 ครั้งๆ 30 นาที ของกลุ่มทดลอง พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดรู้สึกผ่อนคลาย คลายความตึงเครียด สบาย และรู้สึกพึงพอใจต่อการนวดและกลิ่นของน้ำมันหอมระเหย อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนความรู้สึกหลับสบาย อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 80 ระดับปานกลางร้อยละ 20 รู้สึกว่าช่วย

บรรเทาความปวด อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75 ระดับปานกลางร้อยละ 25 รู้สึกอบอุ่นใจที่มีคน
มาคอยดูแล อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 75 ระดับปานกลางร้อยละ 25 นอกจากนี้ยังมีความ
คิดเห็นอื่นๆ ได้แก่ รู้สึกหายเมื่อย และรู้สึกเลือดลมไหลเวียนดีขึ้น อยู่ในระดับมากร้อยละ 80 และ
ร้อยละ 30

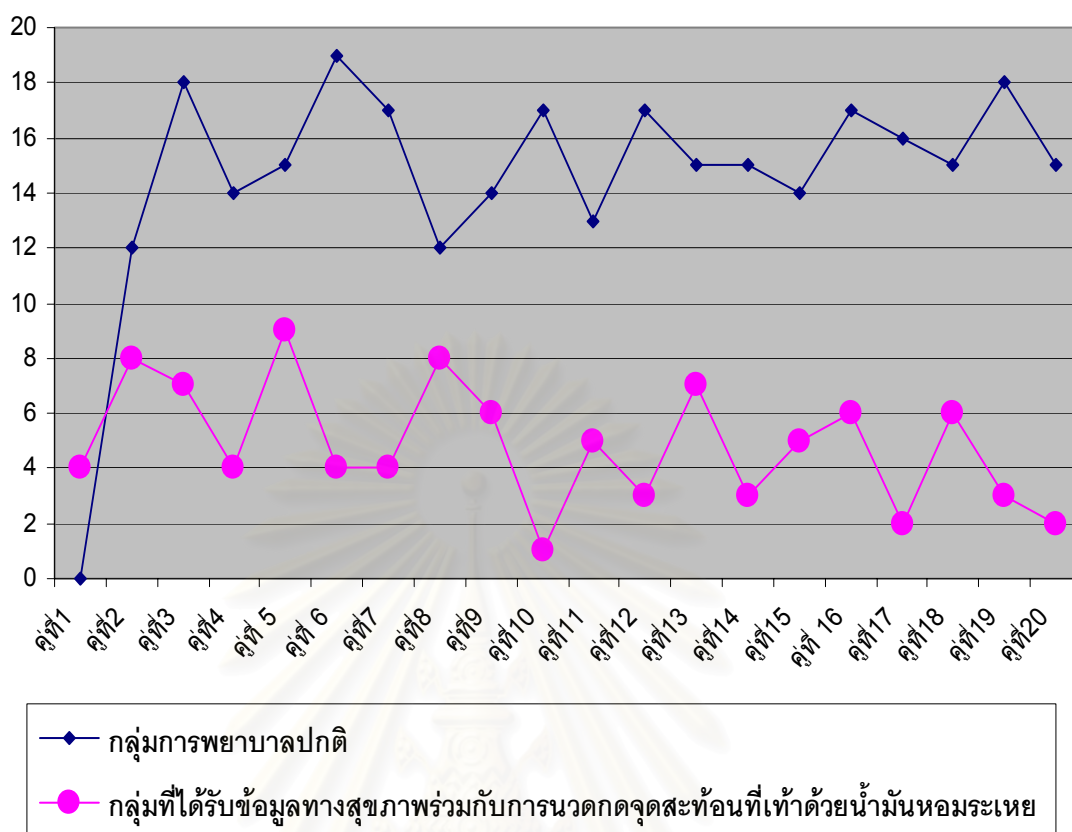


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



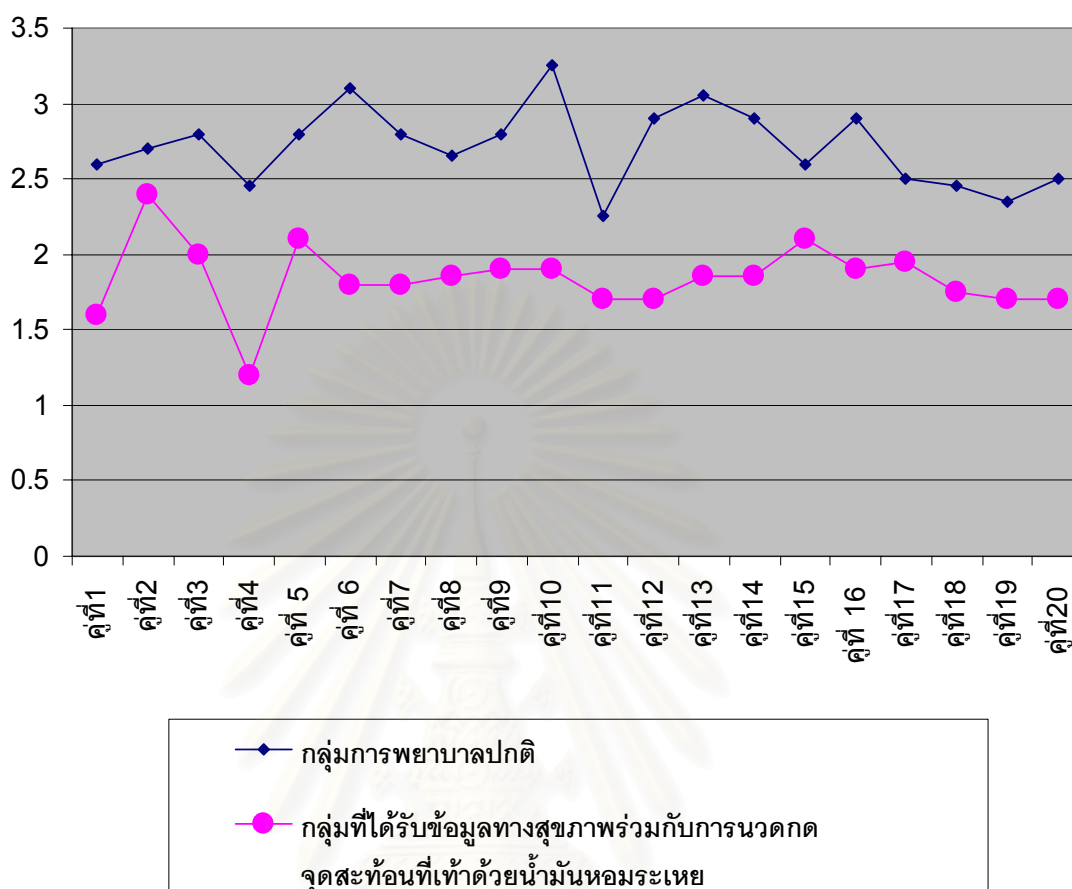
ภาพที่ 7 แสดงคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้ารายคู่ ของกลุ่มตัวอย่างคู่ที่ 1-20 หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

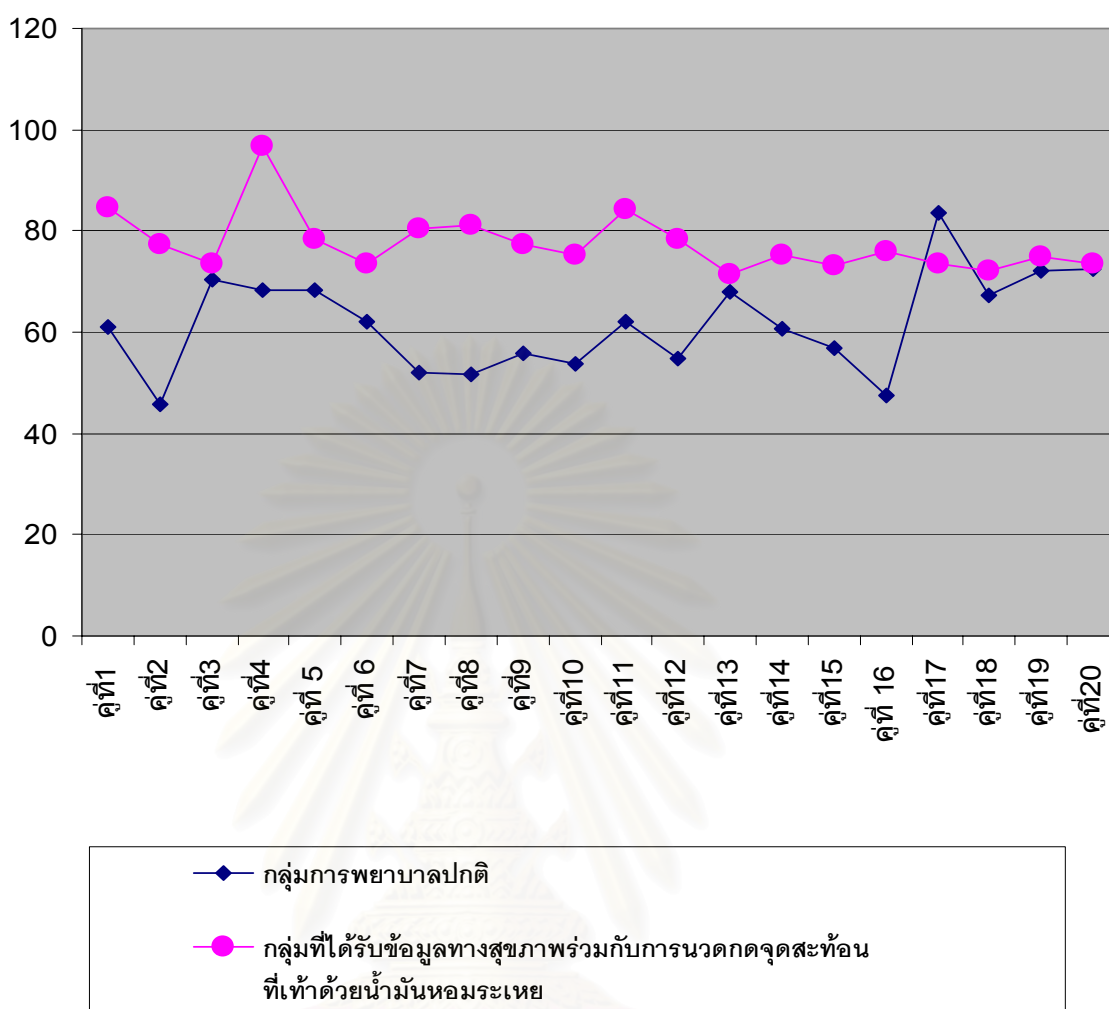


ภาพที่ 8 แสดงคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับรายคู่ ของกลุ่มตัวอย่างคทที่ 1-20 หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 9 แสดงคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลรายคู่ ของกลุ่มตัวอย่างคู่ที่ 1-20 หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย



ภาพที่ 10 แสดงคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของคู่มือตัวอย่างคู่มือที่ 1-20 หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แบบแผนการวิจัยชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control group design)

กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มารับการรักษาที่ศูนย์เคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 ราย

กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มารับการรักษาที่ศูนย์เคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยจำนวน 20 ราย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการไม่สบายได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.คะแนนเฉลี่ยของความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนัดจุดสะท้อนที่เท่าด้วยน้ำมันหอมระเหยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 1 และ 2 ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองแล้ว และได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก อายุระหว่าง 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 1 และ 2 ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ Modified Radical Mastectomy (MRM) และการผ่าตัดเต้านมแบบ Radical Mastectomy ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่เลาะเอาต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้และก้อนเนื้ออกออก และได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดครั้งแรก ของชุดการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ศูนย์เคมีบำบัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาเสริม (Adjuvant therapy) ด้วยเคมีบำบัดในสูตรของ CMF (Cyclophosphamide, Methotrexate, Fluorouracil หรือ CAF (Cyclophosphamide, Anthracycline, Fluorouracil หรือ AC (Adriamycin, Cyclophosphamide) โดยชุดของเคมีบำบัดเป็นชุดที่ 1
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี โดยผู้วิจัยประเมินจากความสามารถในการจดจำ บุคคล เวลา สถานที่
3. ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น เข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
4. พักอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครในขณะรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและอนุญาตให้ผู้วิจัยติดตามไปเยี่ยมและนัดจุดสะท้อนที่บ้านได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Tabachnick and Fidell, 1996) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .01 พบว่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของสุชาติพิทย์ เกษตรลักษมี (2548) พบว่า ผลการทดสอบ ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 7 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้

โค้งปกติ (Normality) โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ ซึ่งแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี สูตรเคมีบำบัด ชนิดของการทำผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลือง และระยะของโรคมะเร็งเต้านม โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม และ 20 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิดคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ประกอบด้วย

1.1. แผนการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

1.2. คู่มือสำหรับสตรีที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

1.3. คู่มือขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยสำหรับพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา

2.3. แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า

2.4. แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ

2.5. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2.6. แบบประเมินความผาสุกหรือแบบประเมินคุณภาพชีวิต

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยวอรวานิชชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยวอรวานิชชั้น 6

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้ในการสุ่มตามสะดวก หากมีคุณสมบัติตามกำหนด ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี สูตรเคมีบำบัดเป็นชนิดเดียวกัน ระยะของโรค ชนิดการทำผ่าตัดเต้านม และต่อมน้ำเหลืองให้เหมือนกัน โดยดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คน แล้วจึงดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองจนครบ 20 คน

3. ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการของศูนย์เคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประกอบด้วยคำแนะนำเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษามะเร็งเต้านม ผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ไม่ครอบคลุมเรื่องกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้น คำแนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับเคมีบำบัดพร้อมกับช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วยการป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำหรือผิวหนังบริเวณที่ให้เคมีบำบัด ดูแลให้ได้รับสารอาหารและสารน้ำที่ครบถ้วน การพักผ่อนที่เพียงพอ ให้ความรู้เพื่อป้องกันและบรรเทาผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การมาตรวจตามนัด และการติดตามอาการแทรกซ้อนภายหลังได้รับเคมีบำบัด โดยไม่มีการสอนและสาธิตการปฏิบัติตัวเป็นรายบุคคล หลังจากนั้นในวันที่ 11 ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเคมีบำบัดและกลับไปอยู่บ้าน ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อเยี่ยมบ้าน และขอความร่วมมือให้ตอบแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบายและแบบประเมินความผาสุก (Post-test) พร้อมแจกคู่มือสำหรับสตรีที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

3.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท่อนด้วยน้ำมันหอมระเหย ประกอบด้วย ขั้นที่ 1) สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจ ใช้เวลา 10 นาที ขั้นที่ 2) การให้ข้อมูลเรื่องการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้ เวลา 45 นาที พร้อมคู่มือให้กลุ่มตัวอย่าง 1 ฉบับในวันที่ 1 ของการได้รับเคมีบำบัดและในวันที่ 8, 9 10 หลังได้รับเคมีบำบัดและกลุ่มตัวอย่างกลับไปบ้าน ขั้นที่ 3) การนวดกดจุดสะท่อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยโดยพยาบาล ใช้เวลา 30 นาที ในวันที่ 8, 9 10 หลังได้รับเคมีบำบัดและกลุ่มตัวอย่างกลับไปบ้าน และนวดในเวลาเดียวกันทั้ง 3 วัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้นวดเอง ภายหลังที่ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นครบ 4 ครั้ง ผู้ช่วยวิจัยขอความ

ร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบาย โดยแบบประเมินมีทั้งหมด 20 ข้อ หากกลุ่มตัวอย่างตอบได้คะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 60 ขึ้นไป (มากกว่า 48 คะแนน) ถือว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง หลังจากนั้นในวันรุ่งขึ้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเยี่ยมบ้านอีกครั้ง ผู้ช่วยวิจัย ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างให้ตอบแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบายและแบบประเมินความผาสุก (Post-test) พร้อมตอบแบบประเมินความคิดเห็นต่อการนัดจุดสะทอนที่ทำได้ด้วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยตั้งแต่ต้นจนจบการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดย โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนกลุ่มอาการไม่สบายประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล และความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนัดจุดสะทอนด้วยน้ำมันหอมระเหย โดยใช้สถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ 2 ข้อคือ

1. คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนัดจุดสะทอนที่ทำได้ด้วยน้ำมันหอมระเหยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. คะแนนเฉลี่ยความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนัดจุดสะทอนที่ทำได้ด้วยน้ำมันหอมระเหยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนัดจุดสะทอนด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามสมมติฐานของการวิจัยดังต่อไปนี้

1. คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

การให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยเน้นการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเริ่มที่ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และแสดงความปรารถนาดีในการช่วยเหลือในการบรรเทาอาการไม่สบาย ประกอบด้วย อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การเกิดอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล และซักถามความเข้าใจการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อประเมินความพร้อมและความต้องการข้อมูลในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งขั้นตอนนี้ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และทำให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ซึ่งจะมีผลในการเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนและการติดต่อสื่อสารได้ มากขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Butcher (cited in McCloskey and Bulechek, 2000) ซึ่งข้อมูลที่ให้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ (Procedure component) ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด การดูแลและจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้น 2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบจากกลุ่มอาการไม่สบายจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับชนิด ความรุนแรง ลักษณะ ระยะเวลาการเกิดที่สัมพันธ์กับการได้รับเคมีบำบัด และ 3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component) ประกอบด้วย ความหมายของกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความหมายของอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล กลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดจากเคมีบำบัด และการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การสงวนพลังงานโดยการนอนหลับพักผ่อน การบำบัดแบบผสมผสาน เช่น การนวด การผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น

การให้ข้อมูลเป็นการเพิ่มการรับรู้ของสมองส่วน Thalamus และ Cerebral cortex ซึ่งจะพิจารณาและประเมินการรับรู้ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับ ทำให้

ร่างกายมีปฏิริยาการตอบสนองต่ออาการไม่สบายดังกล่าว อีกทั้งการได้รับข้อมูลที่เหมาะสม และสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลเนื่องจากได้รับความรู้ที่ถูกต้อง และกำลังใจ ทำให้มีประสบการณ์การรับรู้ที่ดี ส่งผลให้อาการไม่สบายดังกล่าวลดลงได้ สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulatory model) ของ Leventhal and Johnson (1983) พบว่าการให้ข้อมูลเป็นการเตรียมความพร้อม (Preparatory information) ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความรู้ความเข้าใจ โดยเป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงรายละเอียด เหตุผลของการเกิดเหตุการณ์ ลำดับเหตุการณ์ ขั้นตอนการดูแลรักษา เวลาที่เกิดและช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจ (Cognitive control) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จึงลดปฏิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การให้ข้อมูลที่อธิบายถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องและความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่างๆ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น และสาเหตุของการเกิดความรู้สึกนั้นๆ จากเหตุการณ์ที่เผชิญ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับ ชนิด ความรุนแรง ลักษณะ ระยะเวลา ของอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล ที่สัมพันธ์กับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งจะมีภาพรวมของความคิด (Mental image) ทำให้มีการรับรู้ และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ และเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ควบคุมปฏิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) และเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การบรรเทาความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และส่งเสริมการนอนหลับด้วยวิธีการและกลยุทธ์ต่างๆ เช่น การสงวนพลังงานโดยการนอนหลับพักผ่อน การบำบัดแบบผสมผสาน เช่น การนวด การผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น ดังนั้นเมื่อมีเหตุการณ์คุกคามต่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการแก้ไข เพื่อบรรเทาอาการไม่สบายเหล่านี้ได้ ทำให้เกิดความสบาย และช่วยให้ควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ (Behavioral control) สอดคล้องกับงานวิจัยของอุบล จ๋วงพานิช (2538) พบว่าการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะได้รับการผ่าตัดเต้านมก่อนทำการผ่าตัด 1 วัน สามารถลดปฏิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานน้อยลง จึงเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษามะเร็งเต้านม ขั้นตอนการรักษาด้วยเคมีบำบัด การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดจากเคมีบำบัด และการจัดการกับกลุ่มอาการ

ไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดนั้น จะทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญในขณะที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้และเลือกวิธีที่จะจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการช่วยลดกลุ่มอาการไม่สบายลง อธิบายได้ว่าการให้ข้อมูลเป็นการเพิ่มการรับรู้ของสมองส่วน Thalamus และ Cerebral cortex ซึ่งจะพิจารณาและประเมินการรับรู้ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่มากำกวมผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษามะเร็งเต้านม ขั้นตอนการรักษาด้วยเคมีบำบัด การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดจากเคมีบำบัด และการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดนั้น จะทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ โดยมีพื้นฐานของความรู้เดิมอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจ ต่อเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญในขณะที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้เกิดภาพรวมของความคิดสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญได้อย่างชัดเจนและเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulatory model) ของ Leventhal and Johnson (1983) พบว่าการให้ข้อมูลเป็นการเตรียมความพร้อม (Preparatory information) ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความรู้ความเข้าใจ โดยเป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงรายละเอียดเหตุผลของการเกิดเหตุการณ์ ลำดับเหตุการณ์ ขั้นตอนการดูแลรักษา เวลาที่เกิดและช่วงเวลาผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจ (Cognitive control) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จึงลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มากำกวม นอกจากนั้น การให้ข้อมูลที่อธิบายถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องและความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่างๆ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น และสาเหตุของการเกิดความรู้สึกนั้นๆ จากเหตุการณ์ที่เผชิญ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับ ชนิด ความรุนแรง ลักษณะ ระยะเวลา ของอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล ที่สัมพันธ์กับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งจะมีภาพรวมของความคิด (Mental image) ทำให้มีการรับรู้ และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ และเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) และเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เกิดความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะ

ที่มารับเคมีบำบัด ว่าการได้รับเคมีบำบัดไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคาม ทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย แต่เป็นกระบวนการรักษาโรคมะเร็งเต้านมวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ มุ่งหวังทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการปลอดโรค แต่ผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดอาจทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการกลุ่มอาการต่างๆ และมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆได้ โดยที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ (Behavioral control) เมื่อต้องเผชิญกับการได้รับเคมีบำบัด โดยประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายภายหลังที่ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย เสร็จสิ้น พบว่ากลุ่มทดลองทั้ง 20 ราย ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 60 ขึ้นไป (มากกว่า 48 คะแนน) แสดงว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกรายมีพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อาการที่สัมพันธ์กันลดลงตามแนวคิดของ Lenz และคณะ (1997) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเป็นรายบุคคลที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัย เกิดความคุ้นเคยและกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกต่างๆ ให้ผู้วิจัยฟัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ทำให้สมองหลังสารอะดรีนาลินน้อยลง ส่งผลทำให้สมองไม่เกิดการตื่นตัว ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้มากขึ้น อีกทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายได้อย่างเหมาะสม เช่น การเข้านอนเป็นเวลา การไม่จับหลังตอนกลางวัน การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการออกกำลังกายที่พอเหมาะจะช่วยหลังสารเอนดอร์ฟินทำให้หลับสบายขึ้น เมื่อผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอ ส่งผลให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น อีกทั้งการออกกำลังกายที่พอเหมาะทำให้กล้ามเนื้อมีการยืดหยุ่นมากขึ้น ไม่มีการสะสมกรดแลคติก ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดอาการเหนื่อยล้า นอกจากนี้การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และที่มีส่วนผสมของธาตุเหล็ก จะช่วยเพิ่มเม็ดเลือดทำให้เซลล์ในร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้มีการไหลเวียนเลือดดีขึ้น ซึ่งจะช่วยลดกรดแลคติกในเลือด ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าลดลง อีกทั้งการได้รับข้อมูลเป็นรายบุคคลนั้น ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและความมั่นใจมากขึ้น จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลงเช่นเดียวกัน

การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า ก่อนเริ่มให้ข้อมูลในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยประเมินความพร้อมและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้วิจัยจะได้ให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย หลังการประเมินความพร้อมผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ผู้ป่วยยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยผู้วิจัยตอบข้อซักถามตามความต้องการของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลจะช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถวางแผนจัดการกับ

เหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus and Folkman ,1984) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้และเลือกวิธีที่จะจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและลดความทุกข์ทรมานลงด้วย รวมทั้งผู้วิจัยแจกคู่มือสำหรับสตรีที่รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านม ที่มีภาพประกอบเพื่อช่วยต่อการเข้าใจ ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นการสอนที่อธิบายถึงขั้นตอน วิธีการ ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก คำแนะนำในสิ่งที่ควรปฏิบัติ และคำแนะนำในการเผชิญปัญหา ส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นได้ ทำให้เกิดภาพรวมของความคิดสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญได้อย่างชัดเจน และเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยยึดหลักในการให้ข้อมูลที่สำคัญคือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในสิ่งที่อยู่ในความสนใจ และเป็นสิ่งที่เพิ่มเติมจากความรู้เดิม รวมทั้งพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยในการเรียนรู้ด้วย ตลอดจนเน้นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในตอบข้อซักถามต่างๆ และมีการประเมินผลการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ เพื่อเป็นการทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วยด้วย จึงเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลที่เฉพาะเจาะจงพร้อมการแจกคู่มือที่เป็นสื่อในการเรียนรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อใช้ในการทบทวนความรู้ภายหลัง ส่งผลให้อาการที่สัมพันธ์กันลดลงตามแนวคิดของ Lenz และคณะ (1997) กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเป็นรายบุคคลที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจเกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัย เกิดความคุ้นเคยและกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกต่างๆ ให้ผู้วิจัยฟัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ทำให้สมองหลังสารอะดรีนาลินน้อยลง ส่งผลทำให้สมองไม่เกิดการตื่นตัวดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้มากขึ้น อีกทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายได้อย่างเหมาะสม เช่น การเข้านอนเป็นเวลา การไม่จับหลังตอนกลางวัน การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการออกกำลังกายที่พอเหมาะจะช่วยหลังสารเอนดอร์ฟินทำให้หลับสบายขึ้น เมื่อผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอ ส่งผลให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น อีกทั้งการออกกำลังกายที่พอเหมาะทำให้กล้ามเนื้อเกิดการยืดหยุ่นมากขึ้น ไม่มีการสะสมกรดแลคติก ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดอาการเหนื่อยล้า นอกจากนี้การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และที่มีส่วนผสมของธาตุเหล็ก จะช่วยเพิ่มเม็ดเลือดทำให้เซลล์ในร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้มีการไหลเวียนเลือดดีขึ้น ซึ่งจะช่วยลดกรดแลคติกในเลือด ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าลดลง อีกทั้งการได้รับข้อมูลเป็นรายบุคคลนั้นช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและความมั่นใจมากขึ้น จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลงเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสายใหม่ ตุ่มวิจิตร (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับความหมายสาเหตุของการเกิด และการจัดการกับความเหนื่อยล้าด้วยกลยุทธ์ต่างๆ โดยใช้คู่มือประกอบการสอนเป็นรายบุคคลร่วมกับการนัดด้วยน้ำมันหอมระเหย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าหลัง

การทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wengstrom et al.(1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาแบบรักษาเสริมที่ได้รับการให้ข้อมูลทางตรงที่กำหนดระยะเวลาของการให้ข้อมูล สามารถลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยได้ โดยทำให้ผู้ป่วยคลายความกดดันทางจิตใจ ช่วยลดความเครียด ลดผลข้างเคียงของอาการที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Williams and Schreier (2005) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้วิทยุเทปเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดด้วยตนเอง พบว่าเพิ่มระดับความสามารถในการจัดการกับอาการต่างๆได้ด้วยตนเองของผู้ป่วยและช่วยลดความวิตกกังวลได้ด้วย

นอกจากนั้นผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยนั้น ยังได้รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลในครั้งที่ 2, 3, และ 4 ที่บ้านภายหลังจากได้รับข้อมูลในครั้งที่ 1 แล้ว ซึ่งการเยี่ยมบ้านทำให้พยาบาลได้ประเมินความรู้และพฤติกรรมการจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในครั้งแรก ซึ่งหากว่าผู้ป่วยสงสัยหรือมีข้อข้องใจ พยาบาลที่เยี่ยมบ้านสามารถทบทวนและให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ream et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม Beating Fatigue ประกอบด้วยการให้ข้อมูล การประเมินและติดตามอาการเหนื่อยล้าในขณะที่มารับเคมีบำบัดในแต่ละ Cycle(Cycle ที่ 1, 2 และ 3) การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาโดยพยาบาล และการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยในการจัดการอาการขณะที่อยู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจที่ตนเองได้รับข้อมูล ทำให้ตนเองสามารถจัดการกับอาการเหนื่อยล้าให้ทุเลาลงได้ การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ รู้สึกว่าพยาบาลให้ความเอื้ออาทรต่อตน รู้สึกสบายใจและคลายกังวล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นต่อการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจที่มีคนมาคอยดูแล อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 75 ในระดับปานกลางร้อยละ 25 และผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย คลายความตึงเครียด สุขสบาย เป็นต้น

นอกจากการให้ข้อมูลทางสุขภาพเป็นรายบุคคลแล้ว ผู้วิจัยนำการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า (Foot Reflexology) ร่วมกับการใช้สมุนไพรบำบัดคือน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์มาบำบัดกลุ่มอาการไม่สบายประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล โดยการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าเป็นการปรับสมดุลของอวัยวะต่างๆของร่างกาย (Homeostasis) (Lockett, 1992:14) โดยจากการกระตุ้นที่ปลายประสาท และจากการสลายตัวของเม็ดคริสตัลที่

เป็นสาเหตุของการอุดตันพลัง จึงเป็นการส่งเสริมให้พลังเดินตามเส้นพลังไปยังอวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้สะดวก (Enhance energy free flow) ตามโซนและตามจุดต่างๆที่เท้าที่สะท้อนไปยังอวัยวะต่างๆของร่างกาย จะมีผลให้เกิดการเยียวยาโดยการปรับสมดุลภายในร่างกายโดยธรรมชาติ เช่น การกระตุ้นที่นิ้วหัวแม่เท้าบริเวณจุดสะท้อนตำแหน่งของสมอง จะช่วยปรับการควบคุมกระบวนการทางกายภาพในการนอนหลับและการตื่นของสมอง การกระตุ้นที่ต่อม Pituitary (จุดสะท้อนกลับอยู่ที่ตำแหน่งโซน 1 อยู่ด้านในและปลายนิ้วหัวแม่เท้าทั้งสอง)จะช่วยปรับการควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่อ ลดความเครียดทางอารมณ์ กระตุ้นที่ต่อมใต้สมอง Hypothalamus (จุดสะท้อนกลับอยู่ที่ตำแหน่งโซน 1 อยู่ด้านในและปลายนิ้วหัวแม่เท้าทั้งสอง)จะช่วยปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติ (Parasympathetic เด่น) เป็นการช่วยบรรเทาอาการภูมิแพ้ ไม่สบาย และการกระตุ้นที่ต่อม Pineal (จุดกระตุ้นเดียวกับ Hypothalamus) จะช่วยให้เกิดการหลั่ง Melatonin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยให้นอนหลับ เป็นต้น นอกจากนั้นเป็นการลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง (Enhance blood and lymphatic circulation) เมื่อ เซลล์ได้รับออกซิเจนเพียงพอก็ไม่เกิดกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) จึงเป็นการลดการเกิดกรด Lactic และของเสียต่างๆอันเกิดจากกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน นอกจากนั้นกระบวนการนวดยังช่วยขจัดกรด Lactic ที่ยังคงค้างในกล้ามเนื้อออกมา ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและมีแรงในการหดตัวมากขึ้น ทำให้คลายความเหนื่อยล้า กล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจมีการหด-คลายตัวได้ดีขึ้น (สุพล พลยานันท์ ,2528: 40; อนุวัติ มีเพชร, 2539; Aldridge, 2002: 115-116)

การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย จะมีผลต่อสมองส่วน Limbic system ซึ่งจะทำงานสัมพันธ์กับ Amygdala และ Hippocampus โดยทั้งสองส่วนนี้มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโมเลกุลกลืน โดย Amygdala มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรม (Emotional and behavioral response) และ Hippocampus เป็นส่วนของการจดจำ กลิ่น แยกแยะกลิ่น (Explicit memories) (พิมพ์ร ลีลาพรพิสิฐ , 2545; ราตรี สุดทรวง และวีรชัย ลิงหนิยม, 2545;Buckle,1993, 2001) เมื่อมีความพึงพอใจ และสุขสบาย จะส่งผลให้สมองหลั่งสาร Endorphins ช่วยลดอาการเจ็บปวด, Enkephalins ช่วยส่งเสริมให้อารมณ์ดี และสาร Serotonin ทำให้สงบ ผ่อนคลาย และช่วยให้นอนหลับ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ ,2548; Tiran and Chummun, 2004:2) ระบบ Limbic ยังส่งผลเชื่อมโยงต่อสมองส่วน Hypothalamus ซึ่งเป็นส่วนควบคุมระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ โดยระบบประสาทอัตโนมัติ กระตุ้นการทำงานของ Parasympathetic ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด (Selye, 1976) ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic ถูกกระตุ้นมาก ซึ่งการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ Parasympathetic ทำให้เกิดผล

ตรงกันข้าม จึงสร้างความสมดุลสามารถบรรเทาอาการไม่สบายต่างๆ และลดความเครียด ความวิตกกังวลด้วย (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ , 2545; ราตรี สุตทรวง และวีรชัย สิงหนิยม, 2545;Buckle, 2001; Mackey, 2001; Stephenson, Weinrich , and Tavakoli ,2000; Ross CSK et al., 2002; Tiran and Chummun, 2004; Quattrin R. et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์ พักมณี (2544) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรกที่ได้รับการนัดผ่าตัดทำหัตถการร่วมกับกรให้ข้อมูลตามผู้ป่วยต้องการเป็นเวลา 1 ชั่วโมงและได้รับการเยี่ยมบ้านติดต่อกันเป็นเวลา 4 วัน ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ (Lavender oil) มีฤทธิ์ช่วยลดกระบวนการอักเสบ ทำให้ลดอาการปวด และทำให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว อีกทั้งมีผลต่อการหลั่ง สาร Serotonin และมีกลไกการออกฤทธิ์คล้าย Diazepam คือมีผลทำให้เพิ่ม Gamma aminobutalic acid (GABA) และเพิ่มความสามารถของ GABAa ในการจับกับ Receptor จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และช่วยให้นอนหลับสบาย (Buckle, 2001; Kirk-Smith, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของสายไหม ตุ่มวิจิตร (2547) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเป็นรายบุคคลร่วมกับการนัดด้วยน้ำมันหอมระเหย 1 ครั้งใช้เวลา 30 นาที สามารถลดความเหนื่อยล้าลงได้ อีกทั้งการนัดนั้นเป็นการสัมผัสที่พยาบาลกระทำด้วยใจ เป็นอวัจนภาษา ที่จะสื่อถึงความปรารถนาดี ความห่วงใย แสดงถึงความเอื้ออาทรที่ต้องการดูแลให้มีความสุขสบายกับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลด้วย (อุไร นิโรชนันท์, 2539; Sims, 1986) จึงทำให้สามารถลดความวิตกกังวลได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และผู้ป่วยกล้าที่จะเปิดเผยหรือซักถามสิ่งที่ยังสงสัยจากพยาบาลได้ ทำให้พยาบาลสามารถประเมินและให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสายไหม ตุ่มวิจิตร (2547)ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเป็นรายบุคคลร่วมกับการนัดด้วยน้ำมันหอมระเหย 1 ครั้งใช้เวลา 30 นาที สามารถลดความเหนื่อยล้าลงได้ ผู้ป่วยทั้งหมดรู้สึกผ่อนคลาย หลับสบายขึ้น และอบอุ่นใจที่มีคนมาคอยดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross , Hamiton, Macrae, Docherty , Gould and Combleet (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้รับการนัดจุดสะทอนที่เท้าภายหลังการรักษาสัปดาห์ที่6 พบว่าระดับความวิตกกังวลและระดับความรุนแรงของการเกิดอาการลดลง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Stephenson, Weinrich ,and Tavakoli .(2000) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดที่ได้รับการนัดจุดสะทอนที่เท้า ใช้เวลา 30 นาที ครั้งเดียว พบว่าความวิตกกังวลและความปวดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Quattrin et al .(2006)พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมี

บำบัด จำนวน 30 คน ที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าใช้เวลา 30 นาที โดยนวดเท้าแต่ละข้าง นานข้างละ 15 นาที ภายหลังจากการนวดพบว่าระดับความวิตกกังวลลดลงเช่นกัน

ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะได้รับคำแนะนำตามปกติ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เฉพาะเจาะจง แต่เป็นการให้คำแนะนำโดยทั่วไป เกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การมาตรวจตามนัด และการติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งความรู้ที่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับ อาจไม่เพียงพอในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งระยะเวลาในการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายค่อนข้างน้อย เนื่องจากพยาบาลประจำการต้องปฏิบัติงานด้วยความรีบเร่ง ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียดหรือให้ข้อมูลได้ไม่ทั้งหมด รวมทั้งรูปแบบการให้ข้อมูลนั้นส่วนใหญ่ผู้สอนจะยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง และให้ข้อมูลแบบสื่อสารทางเดียวโดยไม่ได้คำนึงถึงประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยที่เคยรับรู้มาก่อน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ผู้ป่วยไม่สามารถระบายนปัญหา ความคับข้องใจ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่กล้าถามพยาบาลในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ เป็นต้น (นันทพร พิษะยะ, 2546:77) จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีข้อมูลในเรื่องของการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการอาการต่างๆได้ อีกทั้งในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการไม่สบายประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลไม่ลดลง และแตกต่างจากผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ประเมินความรู้และความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยแต่ละราย การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลอย่างเฉพาะเจาะจง การนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย และการประเมินผลการให้ความรู้ในครั้งที่ผ่านมาร่วมกับผลที่ได้จากการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า โดยมีผู้วิจัยคอยประเมินและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการไม่สบายประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่อาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยหลังการทดลองอยู่ในระดับเหนื่อยล้าเล็กน้อย อาการนอนไม่หลับ อยู่ในระดับที่ไม่มีอาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งพบว่าอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองอยู่ในระดับเหนื่อยล้ามาก อาการนอนไม่หลับอยู่ในระยะเริ่มมีอาการนอนไม่หลับ

และอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยสามารถลดกลุ่มอาการไม่สบายประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. คะแนนเฉลี่ยความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่ากิจกรรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยกิจกรรมดังกล่าวประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แสดงความปรารถนาดีในการช่วยเหลือในการบรรเทาอาการไม่สบายที่ประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล ขั้นตอนนี้ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัยทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง ซึ่งจะมีผลในการเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนและการติดต่อสื่อสารได้มากขึ้น ในขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยประเมินความพร้อมและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Butcher (cited in McCloskey and Bulechek, 2000) ซึ่งข้อมูลที่ให้ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด การดูแลและจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้น การได้รับข้อมูลมีผลต่อการรับรู้ที่ระดับของสมอง ทำให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองที่รุนแรงเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับกลุ่มอาการไม่สบาย อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวกับเหตุการณ์ด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง และช่วยในการบรรเทาอาการไม่สบายเช่น อาการวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับให้มีประสิทธิภาพแล้ว ยังช่วยลดความเครียด เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง(สุธาทิพย์ เกษตรลักษมี, 2548) อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จึงทำให้จำนวนอาการและความรุนแรงของอาการลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและงานในหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว จึงทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตของตนเองทั้งในด้านความพึงพอใจในร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม (มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548; Wengstrom et al., 1999; Ream et al., 2002; Williams and Schreier, 2005) จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยของความผาสุกสูงขึ้นในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ที่

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทุกระยะของโรคและได้รับเคมีบำบัดตั้งแต่ชุดที่ 2 เป็นต้นไปพบว่าผู้ป่วยมีอาการมากกว่า 2 อาการขึ้นไป และจำนวนอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเดียวจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยประสบกับอาการมากกว่า 1 อาการ และสามารถจัดการกับอาการและความรุนแรงให้น้อยลงได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้การให้ข้อมูลที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน จะช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยคลายความกดดันทางจิตใจและช่วยลดความเครียด ลดผลข้างเคียงของอาการที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wengstrom et al .(1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาแบบรักษาเสริมที่ได้รับข้อมูลทางตรงช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยคลายความกดดันทางจิตใจและช่วยลดความเครียด ลดผลข้างเคียงของอาการที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ream et al . (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม Beating Fatigue การให้ข้อมูล การประเมินและติดตามอาการเหนื่อยล้า ในขณะที่มารับเคมีบำบัดในแต่ละ Cycle (Cycle ที่ 1, 2 และ 3 การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาโดยพยาบาล การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยในการจัดการอาการขณะที่อยู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งสามารถจัดการกับอาการเหนื่อยล้าให้ทุเลาลงได้ และโปรแกรม Beating Fatigue ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Williams and Schreier (2005) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้วิทยุเทป ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดด้วยตนเอง เพิ่มระดับความสามารถในการจัดการกับอาการต่างๆได้ด้วยตนเองและช่วยลดความวิตกกังวลได้ จะเห็นได้ว่าจำนวนและความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น ประเมินจากสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สามารถทำงานในหน้าที่ต่างๆได้ พึงพอใจต่อการรักษาที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความผาสุกในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นอกจากการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลในขั้นตอนที่ 2 แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใน

ขั้นตอนที่ 3 ของคือ ผู้วิจัยนำการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ซึ่งเป็นการเอาการพยาบาลแบบผสมผสานมาช่วยกับการรักษาด้วยการแพทย์ปัจจุบัน เพื่อจัดการกับอาการ และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต (Heitkemper, 2005) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ซึ่งเป็นการบำบัดแบบผสมผสานวิธีหนึ่ง โดยจัดอยู่ในประเภท Manipulative and body-based method (Tracy et al., 2003) เช่นเดียวกับสวดคนธำมณี ซึ่งเป็นการบำบัดแบบผสมผสาน และจัดอยู่ใน Mind and body-based method (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐวงศ์ ,2548) โดยในการวิจัยครั้งนี้ใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าเป็นการปรับสมดุลของอวัยวะต่างๆของร่างกาย (Lockett, 1992) ส่งเสริมให้พลังเดินตามเส้นพลังไปยังอวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้สะดวก (Enhance energy free flow) ตามโซนและตามจุดต่างๆที่เท้าที่สะท้อนไปยังอวัยวะต่างๆของร่างกาย มีผลให้เกิดการเยียวยาโดยการปรับสมดุลภายในร่างกาย โดยธรรมชาติ ช่วยปรับการควบคุมกระบวนการทางกายภาพในการนอนหลับและการตื่นของสมอง การกระตุ้นที่ต่อม Pituitary จะช่วยปรับการควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่อ ลดความเครียดทางอารมณ์ กระตุ้นที่ต่อมใต้สมอง Hypothalamus จะช่วยปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติ (Parasympathetic เด่น) เป็นการช่วยบรรเทาอาการไม่สบาย และการกระตุ้นที่ต่อม Pineal (จุดกระตุ้นเดียวกับHypothalamus) จะช่วยให้เกิดการหลั่ง Melatonin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยให้นอนหลับสบายขึ้น (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐวงศ์ ,2548; เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ; 2548; Lockett, 1992) นอกจากนั้นการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย จะมีผลต่อสมองส่วน Limbic system ซึ่งจะทำงานสัมพันธ์กับ Amygdala และ Hippocampus โดยทั้งสองส่วนนี้มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโมเลกุลกลืน โดย Amygdala มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรม (Emotional and behavioral response) และ Hippocampus เป็นส่วนของการจดจำกลืน แยกแยะกลืน (Explicit memories) (พิมพ์ร ลีลาพร พิสิฐ , 2545; ราตรี สุดทรง และวีรชัย สิงหนิยม, 2545;Buckle, 2001) เมื่อมีความพึงพอใจ และ สุขสบาย จะส่งผลให้สมองหลั่งสาร Endorphinsช่วยลดอาการเจ็บปวด, Enkephalins ช่วยส่งเสริมให้อารมณ์ดี และสาร Serotonin ทำให้สงบ ผ่อนคลาย และช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐวงศ์ ,2548; Tiran and Chummun, 2004) ขณะที่ผู้ป่วยได้รับนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ จะเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่มีใครรบกวน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ทั้งร่างกายและจิตใจ และยังเป็นช่วงเวลาที่มีการสื่อสารกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้ซักถามสิ่งที่ยังสงสัย และพยาบาลได้ให้ข้อมูลและตอบข้อซักถามต่างๆได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้สัมผัสที่รับจากการนวดนั้น ยังเป็นการแสดงออกถึงความเอื้ออาทร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับความสนใจ เอาใจใส่ และไม่ถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกอบอุ่น สบายใจ และรู้สึกปลอดภัย

เกิดความไว้วางใจที่จะเปิดเผยความรู้สึกต่างๆ หรือระบายปัญหาต่างๆ ให้พยาบาลฟัง ทำให้พยาบาลสามารถที่จะประเมินและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์ พัทมณี (2544) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรกที่ได้รับการนัดผ่าตัดทำกอดจูดร่วมกับการให้ข้อมูลตามที่ต้องการเป็นเวลา 1 ชั่วโมงและได้รับการเยี่ยมบ้านติดต่อกันเป็นเวลา 4 วัน ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross , Hamiton, Macrae, Docherty , Gould and Cornbleet (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้รับการนัดกอดจูดสะท้อนที่ทำภายหลังการรักษาผ่าตัดที่ 6 พบว่าระดับความวิตกกังวลและระดับความรุนแรงของการเกิดอาการลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Stephenson, Weinrich ,and Tavakoli.(2000) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดที่ได้รับการนัดกอดจูดสะท้อนที่ทำ ใช้เวลา 30 นาที ครั้งเดียว พบว่าความวิตกกังวลและความปวดลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Quattrin et al .(2006) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 30 คน ที่ได้รับการนัดกอดจูดสะท้อนที่ทำใช้เวลา 30 นาที โดยนัดทำแต่ละข้างนานข้างละ 15 นาที ภายหลังการนัดพบว่าระดับความวิตกกังวลลดลง อาจกล่าวได้ว่า การนัดกอดจูดสะท้อนที่ทำด้วยน้ำมันหอมระเหยมีผลโดยตรงต่อจิตใจในการเพิ่มความสบาย และลดความเครียด ซึ่งกระบวนการนัดนี้ส่งผลให้วงจรของความเครียดในสมองลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล อีกทั้งการนัดกอดจูดสะท้อนที่ทำด้วยน้ำมันหอมระเหย ทำให้ร่างกายมีการปรับสมดุลของอวัยวะต่างๆ (Lockett, 1992) ส่งเสริมให้พลังงานตามเส้นพลังไปยังอวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้สะดวก ได้แก่ การกระตุ้นที่ต่อม Pituitary ช่วยปรับการควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่อ ลดความเครียดทางอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล การกระตุ้นที่ต่อมใต้สมอง Hypothalamus จะช่วยปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ระบบประสาท Parasympathetic ทำงานมากขึ้น ผลที่ได้คือช่วยบรรเทา กลุ่มอาการไม่สบายประกอบด้วยและการกระตุ้นที่ต่อม Pineal (จุดกระตุ้นเดียวกับ Hypothalamus) ช่วยให้เกิดการหลั่ง Melatonin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยให้นอนหลับสบายขึ้น และผลของการนัดกอดจูดสะท้อนที่ทำทำให้เลือดมีการไหลเวียนดีขึ้น เลือดใหม่เข้ามาแทนที่เลือดเก่า จึงทำให้กรดแลคติกที่คั่งค้างในกล้ามเนื้อสลายตัวออกมาตามกระแสเลือด และทำให้กล้ามเนื้อมีการยืดหยุ่นและคลายตัวมากขึ้น ส่งผลให้กรดแลคติกลดลง ทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลง สอดคล้องกับแนวคิดความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการไม่สบายของ Lenz และคณะ (1997) ซึ่งจากการประเมินความคิดเห็นต่อการนัดกอดจูดสะท้อนที่ทำด้วยน้ำมันหอมระเหยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสบาย และผ่อนคลายในระดับมาก ถึงร้อยละ 100 รู้สึกว่าช่วยบรรเทาความปวด อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75 ระดับปานกลางร้อยละ 25 รู้สึกอบอุ่นใจที่มีคนมาคอยดูแล อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 75 ระดับปานกลางร้อยละ 25 สอดคล้องกับการศึกษาของ Sparrow

(1985:43) ที่กล่าวว่า การสัมผัสโดยการนวดเป็นการพยาบาลอย่างใกล้ชิดที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ สบายใจ และเกิดความพึงพอใจ รวมทั้งกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจมากขึ้น และยังสอดคล้องกับ Joachim (1983 cited in เจ็อจันท์ วัณทีเจริญ , 2534:37) ที่กล่าวถึงเรื่องของการนวดว่า การนวดจะช่วยให้การพยาบาลดีขึ้น การนวดทำให้มีความรู้สึกเปิดเผย และเป็นมิตรต่อกันและทำให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจออกมา เพราะผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความคนที่ให้เวลาและสนใจที่จะรับฟังปัญหาของเขาตั้งแต่ต้นจนจบ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสุขสบาย และผ่อนคลายในระดับมาก ถึงร้อยละ 100 รู้สึกว่าช่วยบรรเทาความปวด อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75 ระดับปานกลางร้อยละ 25 รู้สึกอบอุ่นใจที่มีคนมาคอยดูแล อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 75 ระดับปานกลางร้อยละ 25 แสดงให้เห็นว่าการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยนั้นส่งผลต่อความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดตามมิติของความผาสุกคือ มิติด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจร้อยละ 80 รู้สึกการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น หายเมื่อย อาการเหนื่อยล้าลดลง ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นมีความแข็งแรงมากขึ้น มิติด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตด้านความสุขสบาย รู้สึกผ่อนคลายและคลายความตึงเครียด ร้อยละ 100 รู้สึกอบอุ่นใจที่มีคนมาคอยดูแล ร้อยละ 75 พึงพอใจในการนอนหลับมากขึ้น ร้อยละ 80 รู้สึกพึงพอใจต่อการนวดและกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยร้อยละ 100 ส่วนมิติด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาที่มีผลต่ออาการข้างเคียงจากการรักษา พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการนวดที่ช่วยบรรเทาความปวด รู้สึกหลับสบายขึ้น ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และผู้ป่วยรู้สึกยินดีที่จะมารับเคมีบำบัดในชุดต่อไป เนื่องจากผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึกว่า การได้รับเคมีบำบัดมีประโยชน์ต่อตนเอง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยจะมีคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะได้รับคำแนะนำตามปกติ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ไม่เฉพาะเจาะจง แต่เป็นการให้คำแนะนำโดยทั่วไป เกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การมาตรวจตามนัด และการติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งความรู้ที่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับ อาจไม่เพียงพอในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งระยะเวลาในการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายค่อนข้างน้อย เนื่องจากพยาบาลประจำการต้องปฏิบัติงานด้วยความรีบเร่ง ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียดหรือให้ข้อมูลได้ไม่ทั้งหมด รวมทั้งรูปแบบการให้ข้อมูลนั้นส่วนใหญ่ผู้สอนจะยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง และให้ข้อมูลแบบสื่อสารทางเดียวโดย

ไม่ได้คำนึงถึงประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยที่เคยรับรู้มาก่อน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ผู้ป่วยไม่สามารถระบายนปัญหาความคับข้องใจ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่กล้าถามพยาบาลในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ เป็นต้น (นันทพร พิษะยะ, 2546:77) จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีข้อมูลในเรื่องของการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการอาการต่างๆได้อีกทั้งในกลุ่มการพยาบาลตามปกติไม่ได้รับการนัดจุดสะท้อนที่เท่าด้วยน้ำมันหอมระเหย จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยของความผาสุกแตกต่างจากผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนัดจุดสะท้อนที่เท่าด้วยน้ำมันหอมระเหยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความผาสุกในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนัดจุดสะท้อนที่เท่าด้วยน้ำมันหอมระเหย

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนัดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ประเมินความรู้และความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยแต่ละราย การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลอย่างเฉพาะเจาะจง การนัดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยซึ่งเป็นการบำบัดแบบผสมผสาน มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งการนัดจุดสะท้อนที่เท่าด้วยน้ำมันหอมระเหยมีผลโดยตรงต่อจิตใจในการเพิ่มความสบาย และลดความเครียด จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความผาสุกในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนัดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนัดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยหลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 77.51 ซึ่งสูงกว่าในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 61.74 แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนัดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยสามารถเพิ่มความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนัดจุดสะท้อนที่เท่าด้วยน้ำมันหอมระเหย มีประสิทธิผลสูงสุดในการบรรเทากลุ่มอาการไม่สบาย อีกทั้งผู้ป่วยที่ได้รับกิจกรรมทั้งหมดมีความพึงพอใจ รู้สึกสบาย คลายเครียด ผ่อนคลาย อยู่ในระดับมาก และส่วนใหญ่อะจะรู้สึกหลับสบาย อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก อีกทั้งยังมีความซาบซึ้งใจต่อความเอื้ออาทร

ที่พยาบาลมอบให้ โดยเฉพาะการตามไปดูแลและสอบถามอาการที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ควรสนับสนุนหรือเผยแพร่ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลมีความตระหนักถึงความสำคัญ และผลที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการนำรูปแบบการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย ควรมีการจัดกิจกรรมเพิ่มเติมเพื่อเสริมทักษะการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาล โดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าและการเลือกใช้ น้ำมันหอมระเหยเพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ในการบรรเทาอาการไม่สบายให้แก่ผู้ป่วยในขณะที่อยู่โรงพยาบาลได้ และหน่วยเคมีบำบัดควรมีศูนย์บำบัดอาการไม่สบาย ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในขณะที่อยู่โรงพยาบาลได้

2. ควรนำการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย และฝึกทักษะให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้เพื่อบรรเทาอาการไม่สบายขณะที่อยู่บ้านได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ซึ่งนอกจากจะช่วยในการบรรเทาอาการไม่สบายแล้วยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดผลดีด้านจิตใจต่อผู้ป่วยด้วย ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับญาติหรือผู้ดูแลอีกด้วย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

3. ในด้านการศึกษาวิจัย ควรนำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลเรื่องของการบำบัดทางการพยาบาลที่เป็นการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) ที่มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่น ๆ ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น และในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไป

4. ข้อเสนอแนะในการนำการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยไปใช้

4.1 เนื่องจากในการบำบัดกลุ่มอาการไม่สบายซึ่งประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล รวมทั้งความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดนั้น เป็นการดูแลที่มีความซับซ้อนและผู้ป่วยต้องการการพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ จริงใจ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงความสนใจและเอาใจใส่ พร้อมกับช่วยเหลือผู้ป่วยในกลุ่มนี้อย่างจริงใจและควรให้เวลากับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ด้วย

4.2 การนำการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยไปประยุกต์ใช้นั้น พยาบาลจำเป็นต้องให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดกลุ่มอาการไม่สบาย การจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายอย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มี

ความรู้ มีความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญในการบำบัดกลุ่มอาการดังกล่าว และพยาบาลซึ่งเป็นผู้ตรวจจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย จะต้องผ่านการฝึกฝนจนมีความเชี่ยวชาญทั้งการตรวจจุดสะท้อนที่เท้าร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัด เพื่อให้การบำบัดกลุ่มอาการเกิดผลประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการตรวจจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เช่นในอีก 1 เดือน 3 เดือน หรืออีก 6 เดือนต่อมา
2. ควรศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการตรวจจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในชุดหลังๆ ที่ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการตรวจจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ต่ออาการอื่นๆ ที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการท้องผูก เป็นต้น โดยมีการปรับข้อมูลให้มีความสอดคล้องกับการจัดการอาการดังกล่าว
4. ควรมีการศึกษาในลักษณะของการขยายองค์ความรู้ของผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการตรวจจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย เพื่อใช้บำบัดอาการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ หรือในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่มีข้อห้ามด้วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

รายการอ้างอิง

กัลยพงษ์ จตุรพานิชย์. 2545. ระบบกล้ามเนื้อ. ใน **สรีรวิทยา**, หน้า118-143. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กแอนด์เจอร์นัลส์ พับลิเคชัน จำกัด.

กิตติยาภรณ์ ภูครองหิน. 2539. ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อระดับความวิตก

กังวลและการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่คลินิกเคมี

บำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กรีช โพธิสุวรรณ. 2545. ระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของมะเร็ง. ใน วิไลพร โพธิสุวรรณ

(บรรณาธิการ), **มะเร็งมหันตภัยเกิดได้ทุกวัย.** กรุงเทพฯ: TCG Co, Ltd.

จนณะจง เพ็งจาด. 2547. Theoretical perspective in symptom management. ใน

รายงานการสัมมนาเรื่อง Symptom Management: Quality of care. หน้า 1-7

ณ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร.

จำรัส เ็นนินิด และ พิสม มลิสสุวรรณ. บรรณาธิการ. 2546. **น้ำมันหอมระเหย...ศาสตร์**

แห่งการบำบัด. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มรดกสยาม.

จำเรียง ภัทรธรรมภรณ์. 2548. **ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วย**

หลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชา

การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เจื้อจันท์ วัฒนกีเจริญ. 2534. **เปรียบเทียบผลของการนวดไทยประยุกต์กับการกินยาพารา**

เซตามอลต่อระดับการปวดศีรษะและระยะเวลาที่การปวดศีรษะลดระดับลงในผู้

ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จุพาลงกรณ์, โรงพยาบาล. 2541. รายงานผู้ป่วยมะเร็งเป็นรายปี. (อัดสำเนา).

จุพาลงกรณ์, โรงพยาบาล. 2542. รายงานผู้ป่วยมะเร็งเป็นรายปี. (อัดสำเนา).

จุพาลงกรณ์, โรงพยาบาล. 2543. รายงานผู้ป่วยมะเร็งเป็นรายปี. (อัดสำเนา).

จุพาลงกรณ์, โรงพยาบาล. 2544. รายงานผู้ป่วยมะเร็งเป็นรายปี. (อัดสำเนา).

จุฬาลงกรณ์, ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาล. 2549. **การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เล่มที่ 3.**

พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชนกพร จิตปัญญา. 2543. บทควมวิชาการ มโนคติและการวัดการนอนหลับ Conceptual and measurement of sleep. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

12(1): 1-9

ชุตีพันธุ์ สงวนจิรพันธุ์. 2540. **ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มน้ำหนักตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต.

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ช่อลดดา พันธูเสนา. 2536. **การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ.**

กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.

ธนิต วัชรพุกก์. 2544. Breast. ใน ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ).

ตำราศัลยศาสตร์, หน้า 282-292. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธนิต วัชรพุกก์. 2546. Breast. ในชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ).

ตำราศัลยศาสตร์, หน้า 273-293. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. 2534. **การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วย**

โรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์

ดุษฎีบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงลักษณ์ พรหมดีการ. 2545. **ผลของการนัดเท้าต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยใน**

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล

อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นภาพร บุคดี. 2540. **ผลของการนัดต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อเข่าเทียมหนึ่ง**

ข้าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล.

นอร์แมน ลอว์. 2548. **เท้าต้องมาก่อน ศาสตร์การกดจุดนัดเท้าเพื่อสุขภาพ.** (Free first:

A guide to Foot reflexology). แปลโดย มานพ ประภาษานนท์. กรุงเทพฯ:

สำนักพิมพ์มติชน.

นันทพร พิษะยะ. 2546. **ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อ**

พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี

บำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยบูรพา.

นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล ลาวัลย์ตระกูล, และทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์. 2542. ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารสภาการพยาบาล 14(3): 37-45.

- นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์. 2539. ผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อความพึงพอใจในการนอนหลับในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่อยู่ในเครื่องยึดตรึงกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย นครสุวีร์ณ์ เจริญจิตสวัสดิ์. 2547. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บังอรรัตน์ พูนสะอาด. 2543. ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าต่อความปวดและการผ่อนคลายในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล..
- บุญชู อนุศาสนนันท์. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่รบกวนการนอนหลับกับความพึงพอใจในการนอนหลับของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุปผชาติ ชุนอินทร์. 2541. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและ ประคับประคองสำหรับพยาบาลประจำการต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย. 2544. Breast Cancer. ในวิชาญ หล่อวิทยา (บรรณาธิการ), Manual of radiation oncology. หน้า 138-140. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา คุปต์จิต. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรสกับพฤติกรรม การเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.
- ปริญญา สนิกะวาที. 2542. ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง

เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ปริศนา อัครถาวร. 2540. **ภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลัง
ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี. 2543. **แบบแผนของความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พจนีย์ ชูลีคัง. 2545. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรสวรรค์ โจรนิกิติ. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม
กับคุณภาพการนอนหลับ ของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรศรี คิดชอบ. 2535. **การรักษามะเร็งเต้านมด้วยรังสีรักษา. ในณรงค์ ไวทย์ยางกูรและคณะ
(บรรณาธิการ), ศัลยกรรมวิวัฒน์ 10.** หน้า 272-283. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพ
เวชสาร.
- พวงแก้ว วิวัฒน์เจษฎาวุฒิ. 2530. **การศึกษาเปรียบเทียบแรงหลังและอาการเมื่อยล้าใน
พยาบาลจากการยกผู้ป่วยในเตียงสองวิธี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขา
สุขศาสตร์ อุตสาหกรรมและความปลอดภัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัทธิญา แก้วแพง. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของ
ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พินทุสร โชตนาการ. 2539. **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์พร ลีลาพรพิสิฐ. 2547. **สุคนธ์บำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 2.** กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรีนติ้ง เฮาส์.
- เพียงใจ ดาโลปการ. 2545. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่
ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต

วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ. บรรณานุกรม. 2548. **คู่มืออบรมการนวดเท้าเพื่อสุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพานิช จำกัด.

มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. 2548. **ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาลี วรลัคนากุล. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาลี เขี่ยมลำอาจค์. 2544. **ผลของการนวดต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัชนี นามจันทร์. 2535. **ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเอง และแบบแผนการคลื่นไส้ อาเจียน ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราตรี สุดทรวง และวีรัชย์ สิงหนิยม. 2545. **ประสาทสรีรวิทยา.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กแอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

ลดาวลัย อุ่นประเสริฐวงศ์. 2548. **การทบทวนวรรณกรรมในเรื่อง นวด กดจุดฝ่าเท้า และเสาวคนธบำบัด.** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การพัฒนาชุดโครงการวิจัย การพยาบาลแบบผสมผสานในการบำบัดทางการพยาบาล วันที่ 9-11 มีนาคม 2548. ณ อาคารธารทิพย์ ห้องแกรนด์รีซิดาบอลรูม โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา).

ลดาวลัย อุ่นประเสริฐวงศ์. 2549. **นวดกับการบำบัดทางการพยาบาล และนวดมือด้วยน้ำมันหอมระเหยกับการบรรเทาอาการ.** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การนวดพลังสัมผัสบำบัดกับการดูแลสุขภาพ วันที่ 23-24 มกราคม 2549. ณ โรงแรม เอสดี เอเวนิว กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา).

ลักษณะ โพนนุกุล. 2536. Multidisciplinary Approaches un Cancer Patients. ในพรศรี คิด

ชอบ, สาวิตรี เมาฟีกุลไพโรจน์, วิบูล สัจกุล, และนภดล วรอุไร (บรรณาธิการ). **มะเร็งวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า269-293.

- ลิเดิล ลูซินดา และคณะ. 2542. **นวดกายคลายโรค (The book of massage)**. แปลโดย พิสิฐ วงศ์วัฒนะ. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีล็คโรดพับลิเชอร์เอเยนซี จำกัด.
- วราภา แผลมเพ็ชร์. 2544. **การนอนหลับและปัจจัยการรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วัชรวรรณ จันทร์อินทร์. 2548. **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ ปานยิ้ม. 2543. **ผลของการนวดกดฝ่าเท้าต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนิดา จิตมั่น และทวีศักดิ์ สุวคนธ์. 2540. **สุวคนธ์บำบัด**. ใน **อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์ จำลอง สุวคนธ์**. (ม.ป.ท.)
- วนิดา รัตนานนท์. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ และนิศรา มนตรี. 2542. **ผลทางสรีรวิทยาเบื้องต้นของการนวดเท้าแบบประยุกต์**. **วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด** 11(3): 98-105.
- วิไลลักษณ์ จันทร์พวง. 2534. **ความสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนของคู่สมรส กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรัณยา หวงสุวรรณากร. 2546. **ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าต่อระดับความเจ็บปวดสัญญาณชีพ และความพึงพอใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริวัลย์ เहरา. 2546. **ผลของการนวดและกดจุดสะท้อนที่เท้าต่ออาการปวดข้อในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพร โชติไพบูลย์พันธุ์. 2545. **ระบบกล้ามเนื้อ.** พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: ที. เค. การพิมพ์. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. 2546. กระทรวงสาธารณสุข. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข. 2542.

การนวดเท้าเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สมบุญ เถลิงกิจ. 2538. Breast. ในวิญญู มิตรานันท์ (บรรณาธิการ), **พยาธิวิทยากายวิภาค.** หน้า 577-588. กรุงเทพฯ: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์.

สมลักษณ์ พิภมณี. 2544. **ผลของการนวดฝ่าเท้ากดจุดต่อการลดความวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สายใหม่ ตุ่มวิจิตร. 2547. **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สารสภาคการพยาบาล. 2541. **คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย.** 13(2): 32.

สิโรจน์ กาญจนปัญญาผล. 2535. Surgical Role in Management of Breast Cancer. ใน **ณรงค์ ไวก์ยางกูรและคณะ (บรรณาธิการ), ศัลยกรรมวิวัฒน์10.** หน้า 256-271. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

สุดประนอม สมันตเวคิน. 2546. บทบาทของพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนในผู้ป่วยวิกฤต. **วิทยาการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย** 28,1(มกราคม-เมษายน): 50-57.

สุชาติพิ เกษตรลักษณ์. 2548. **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุมิตรา ทองประเสริฐ. 2536. **การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด.** เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.

- สุรชัย เกื้อศิริกุล. 2536. "การนอนหลับ" ใน **การนอนหลับและความผิดปกติในการนอนหลับ Sleep and it disorders**. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุรชัย เกื้อศิริกุล. 2544. การรักษาอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอ. **คลินิก** 17,1(มกราคม): 5-10.
- เสมียน ชันมัน. 2544. **ผลของการพยาบาลโดยใช้วิธีการนวดเท้าในการร่วมรักษาต่ออาการชาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์. 2540. **การรับรู้บทบาทกับภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อนุรัตน์ มีเพชร. 2539. **ผลของการนวดแบบลึกที่มีต่อการเคลื่อนไหวกรดแลคติกและการฟื้นตัว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภันตรี กองทอง. 2544. **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาคม เชียรศิลป์. 2538. การรักษามะเร็งด้วยฮอร์โมน. ในพรศรี คิชอบและคณะ. **มะเร็งวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า147-170.
- อารีญา สอนบุญ. 2543. **ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุบล จ้วงพานิช. 2542. **ผลการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุไร นิโรชนันท์. 2539. **ผลการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Adam, M. 1991. Information and education across the phases of cancer care. *Seminars in Oncology Nursing* 7(2): 105-111.
- Adam , K. and Oswald, I. 1984. Sleep help healing. *British Medical Journal* 289(11): 1400-1401.
- Aistar, J. 1987. Fatigue in the cancer patient. *Oncology Nursing Forum* 14(6): 25-30.
- Aldridge, M. 2002. Massage and aromatherapy-a practical approach (2nd ed). *The international journal of aromatherapy* 12(2): 115-116.
- Andrykowski, M. A. et al. 1995. Quality of life following bone marrow transplantation: findings from a multicentre study. *British Journal Cancer* 71: 1322-1329.
- Beck, S. I., Dudley, W. N., and Barsevick, A. 2005. Pain, sleep disturbance, and fatigue in patients with cancer: Using a mediation model to test a symptom cluster [Online exclusive]. *Oncology Nursing Forum* 32: 48-55.
- Bender, C. M., Ergyn, F. S., Rosenzweig, M. C., Cohen, S. M., Sereika, S.M. 2004. Symptom clusters in breast cancer across 3 phases of the disease. *Cancer Nursing* 28(3): 219-225.
- Benedict, S., Williams, D. R., and Baron, L. P. 1994. Recall anxiety: From discovery to diagnosis of a benign breast mass. *Oncology Nursing Forum* 21: 1723-1727.
- Berger and Farr. 1999. The influence of daytime inactivity and nighttime restlessness on cancer-related fatigue. *Oncology Nursing Forum* 26(10): 1663-1671.
- Berger, A. M. 1998. Patterns of fatigue and activity and rest during adjuvant breast cancer chemotherapy. *Oncology Nursing Forum* 25(1): 51-62.
- Berger, A. M. and Higginbolham, P. 2000. Correlation of fatigue during and following adjuvant breast cancer chemotherapy. *Oncology Nursing Forum* 27(9): 1443-1448.
- Berger, A. M. and Walker, S.N. 2001. An Explanatory Model of Fatigue in Women Receiving Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy. *Nursing Research* 5(1): 42-52.
- Berger, A. M., VanEssen, S., Kuhn, B. R., Piper, B. F., Farr, L., Agrawal, S., Lynch,

- J. C., and Higginbotham, P. 2002. Feasibility of a Sleep Intervention During Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 29(10): 1431-1441.
- Bower, J. E. Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., and Belin T.R. 2000. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. **Journal of Clinical Oncology** 18(4): 743-753
- Broeckel, J. A., Jacobsen, P. B., Horton, J., Balducci, L., and Lyman, G. H. 1998. Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. **Journal of Clinical Oncology** 16(5): 1689-1696.
- Buckle. J. 1993. Aromatherapy: Does it matter which lavender essential oil is used?. **Nursing Times** 89(20): 32-34.
- Buckle. J. 2001. Holistic nursing care: the role of aromatherapy in nursing care. **Nursing Clinics of North America** 36(1): 57-72.
- Barnett, M. L. 2001. Fatigue. In S.E. Otto (ed.), **Oncology Nursing**, pp. 787-801. St. Louis: Mosby.
- Carpenter, J. S., Elam, J. L., Ridner, S. H., Carney, P. H., Cherry, G. J., and Cucullu, H. L. 2004. Sleep, Fatigue, and Depression Symptoms in Breast Cancer Survivors and Matched Health Women Experiencing Hot Flashes. **Oncology Nursing Forum** 31(3): 591-598.
- Cella, D., Davis, K., Breitbart, W., and Curt, G. 2001. Cancer – related fatigue : Prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. **Journal of Clinical Oncology** 19: 3385-3391.
- Cimprich, B. 1992. Attentional fatigue following breast cancer surgery. **Research in Nursing & Health** 15(3): 199-207.
- Close . A. 1988. Patient education: A literature review. **Journal of Advanced Nursing** 13(2): 203-213.
- Coons, H. I., et al. 1987. Anticipatory nausea and emotional distress in patients receiving cisplatin based chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 14(3): 31-35.
- Cotton, T. 1996. Screening of breast cancer. In S. Denton (Edited.), **Breast Cancer Nursing**, pp. 54-64. London: Chapman & Hall.

- Ross, CSK., Hamilton ,J., Macrae, G., Docherty,C., Gould , A., and Cornbleet, M. A. 2002. A pilot study to evaluate the effect of reflexology on mood and symptom rating of advanced cancer patients. **Palliative Medicine** 16: 544-545.
- Davidson, J. R., MacLean, A. W., Brundage, M. D., and Schulze, K. 2002. Sleep disturbance in cancer patients. **Social Science & Medicine** 54: 1309-1321.
- Dodd, M. J. 1982. Assessing patient self-care for side effects of cancer chemotherapy- Part I. **Cancer Nursing** 5(6): 447-451.
- Dodd, M. J. 1983. Self-care for side effects of cancer chemotherapy: an assessment of nursing intervention - Part II. **Cancer Nursing** 6(1): 63-67.
- Dodd, M. J. 1984. Patterns of self-care in cancer patients receiving radiation therapy. **Oncology Nursing Forum** 11(3): 23-27.
- Dodd, M. J. 1998. Patterns of self-care in patients with breast cancer. **Western Journal of Nursing Research** 10: 7-24.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., and Lee, S. A. 2004. Occurrence of Symptom clusters. **Journal of the National Cancer Institute Monographs** 32: 76-78.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., and Paul, S. M. 2001. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. **Oncology Nursing Forum** 28(3): 465-470.
- Dougan, I. 1996. **The complete illustrated guide to reflexology therapeutic foot massage for health and well- being.** USA: Element Books.
- Dunn, C., Sleep, J., and Collett, D. 1995. Sensing an improvement : an experimental study to evaluate the use of aromatherapy, massage and periods of rest in an intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing** 21: 34-40.
- Engstrom, C. A., Strohi, R. A., Rose, L., Lewandowski, L.,and Stefanek, M. E. 1999. Sleep alteration in cancer patients. **Cancer Nursing** 22(2): 143-148.
- Faulkner, A., Webb, P., and Maguire, P. 1991. Communication and counselling skills: educating health professionals working in cancer and palliative care. **Patient Education and Counseling** 18(1): 3-7.
- Ferran, C. E. 2000. Quality of life as an cancer care. In Yarbro, C. H., Frager, M. H., Godman, M., and Groenwald , S. L. (Eds). **Cancer nursing principle and Practice**

- 5th ed. (pp. 243-257). Boston: Jones and Bartlett's.
- Fortner, V., Stepanski, E. J., Wang, S. C., Kasprovicz, S., and Durrence, H. H. 2002. Sleep and Quality of Life in Breast Cancer Patients. **Journal of Pain and Symptom Management** 24,5 (November): 471-480.
- Ginsburg, M. L., Quirt, C., Ginsburg, A.D., and Mackillop, W. J. 1995. Psychaitric illness and psychosocial concerns in patients with newly diagnosed lung cancer. **Canadian medical Association Journal** 152: 701-708.
- Grahn , G. , and Johnson, J. 1990. Learning to cope and living with cancer. **Scandinavian Journal of Caring Sciences** 4(4): 173-181.
- Graydon, J. E., Bubela, N., Irvine, D., and Leslie, V. 1995. Fatigue – reducing strategies used by patients receiving treatment for cancer. **Cancer Nursing** 18(1): 23-28.
- Greaslish, L., Lomasney, A., and White-man, B. 2000. Foot massage : A Nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. **Cancer Nursing** 23(3): 237-243.
- Groenwald, L. S., Frogge, H. M., Goodman, M., and Yarbrow, H. C. 1992. **Comprehensive cancer nursing review**. Boston: Jones and Bartlett.
- Grond , S. et al. 1994. Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: A prospective evaluation of 1635 cancer patients to a pain clinic. **Journal of Pain and Symptom Management** 9: 372-382.
- Heitkemper, M. M. 2005. **Complementary Approaches in Health Promotion**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องการพัฒนาชุดโครงการวิจัยการพยาบาลแบบผสมผสานในการบำบัดทางการพยาบาล วันที่ 9-11 มีนาคม 2548 ณ อาคารธารทิพย์ ห้องแกรนด์รีซิดาบอลรูม โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา).
- Harrison , L. B. et al. 1997. Detailed quality of life assessment in patients treated with primary radiotherapy for squamous cell cancer of the base of the tongue. **Head Neck** 19: 169-175.
- Hulme, J., Waterman, H., and Hillier, V. F. 1999. The effect of foot massage on patients' perception of care following laparoscopic sterilization as day case patients. **Journal of Advanced Nursing** 30(2): 460-468.

- Irvine, D., Vincent, L., Graydon, J. E., Bubela, N., and Thomson, L. 1994.
The prevalent and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. **Cancer Nursing** 17(5): 367-378.
- Jacob, L. A. and Piper, B. F. 1996. The phenomenon of fatigue and the cancer patient.
In McCorkle, R., Grant, M., Frank-Stromborg, M. (eds). **Cancer nursing: a comprehensive textbook**. pp. 1193 –1210. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Joachim, G. 1983. Step-by-step massage techniques. **Canadian Nurse** 79(4): 32-35.
- Kathleen, R. W., and Coral, L. N. 2003. **Real word Nursing Survival Guide: Complementary and Alternative Therapies**. New jersey: Saunders company.
- Katz , J. R. 1997. Back to basics providing effective patient teaching.
American Journal of Nursing 97(5): 33-36..
- Kaye, J., Kaye, K., and Madow ,L. 1983. Sleep patterns in patients with cancer and patients with cardiac disease. **The Journal of Psychology** 107-113.
- Kirk-Smith, M. 2003. The psychological effects of lavender II: Scientific and clinical Evidence. **The international journal of aromatherapy** 13(2/3): 82-89.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. 1984. **Stress , appraisal, and coping**. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, K. 2001. Sleep and fatigue. **Annual Review of Nursing Research** 19: 249-273.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R.A., Gift, A. G., and Suppe, F. 1997. The middle range theory of unpleasant symptom: an update. **Advanced in Nursing Science** 17(3): 1-13.
- Lerman, C., et al. 1990. Effects of coping style and relaxation and cancer chemotherapy side effects and emotional response. **Cancer Nursing** 13: 308-316.
- Leventhal , H and Johnson , J. E. 1983. Laboratory and field experiment of theory of self Regulation. In Wooldridge et al. (Eds), **Behavioral Science and Nursing Theory**, (pp .189-282). St. Louis: Mosby.
- Lockett, J. 1992. Reflexology – a nursing tool?. **The Australian Nurses Journal** 22(1): 14-15.
- Mackey, B. T. 2001. Massage therapy and reflexology awareness. **Nursing Clinics of North America** 39(1): 159-169.
- McCaughan , E. M., and Thompson, K. A. 2000. Information needs of cancer patients

receiving chemotherapy a day –case unit in Northern Ireland.

Journal of Clinical Nursing 9: 851-858.

McCloskey, J. C. and Bulechek, G. M. 2000. **Nursing Interventions Classification**

(NIC). 3rd ed. USA: Mosby.

Mock, V., Dow K. H. , Mearres, C. J., Grimm, P. M., Dienemann , J. A., Haisfield-Wolfe, M. E., Quitasol. W., Mitchell,S., Chakravarthy, A. and Gage, I. 1997. Effects of exercise on fatigue , physical functioning, and emotional distress during radiation therapy for breast cancer. **Oncology Nursing Forum** 24(6): 991-1000.

Morin, C.M. 1993. **Psychological Assessment and Management**. New York: The Guilford Press.

Northouse. L. I. 1989. The impact of breast cancer on patients and husbands.

Cancer Nursing 12 (5): 276-284.

Ounprasertpong, L. and Holzemer, W. 2002. Effect of Foot Reflexology on Fatigue and Pain in AIDS Patients. (abstract). In **Proactive Health Promotion and Complementary Health Care**. At Christian University on 13-14 March 2004.

Pickard-Holley, S. 1991. Fatigue in cancer patients. **Cancer Nursing** 14(1): 13-19.

Piper, B. F., Lindsey, A. M., and Dodd, M. J. 1987. Fatigue mechanisms in cancer patients: Developing nursing theory. **Oncology Nursing Forum** 14(6): 17-23.

Pollock, S. E. 1986. Human response to chronic illness: Physiologic and psychosocial adaptation. **Nursing Research** 35: 90-95.

Quattrin, R., Zanini, A., Buchini, S., Turello,D., Annunziata, M. A., Vidotti, C., Colombatti, A., and Brusaferrò, S. 2006. Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment :

Journal of Nursing Management 14: 96-105,

Ream, E. and Richardson, A. 1997. Fatigue in patients with cancer and chronic obstructive airways disease: a phenomenological enquiry.

International Journal Nursing Studies 34(1): 44-53.

Ream, E. and Richardson, A. 1999. From theory to practice : Designing interventions to reduce fatigue in patients with cancer. **Oncology Nursing Forum** 26(8): 1295-1303.

Ream, E. , Richardson, A., and Winson- Barnett, J. 1998. Fatigue in patients receiving

- chemotherapy: Pattern of chance . **Cancer Nursing** 21(1) :17-30.
- Ream, E., Richardson, A., Alexander-Dann, C. 2002. Facilitating Patients' Coping With Fatigue During Chemotherapy- Pilot Outcomes. **Cancer Nursing** 25(4): 300-308.
- Rustoen, T. and Begnum, S. 2000. Quality of life in women with breast cancer. **Cancer Nursing** 23(6): 416-420.
- Savard, J., and Morin ,M. C. 2001. Insomnia in the Context of Cancer: A Review of a Neglected Problem. **Journal of Clinical Oncology** 19,3 (February1): 895-908.
- Serlin, R. C., Mendoza, T. R. Nakamura, Y., Edwards, K. R. and Cleeland, C. S. 1995. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. **Pain** 61: 277-284.
- Sim, S. 1986. Slow stroke back massage for cancer patients. **Nursing Times** 82(13): 47-50.
- Sparrow, S. 1985. Therapeutic Massage. **Nursing Times** 23(October): 43.
- Stephenson, N., Dalton, J. A., Carlson, J. 2003. The Effects of Foot Reflexology on Pain in Patients With Metastatic Cancer. **Applied Nursing Research** 16(4): 284-286.
- Stephenson, N. L.N., Weinrich ,S. P., and Tavakoli, A. S. 2000. The Effects of Foot Reflexology on Anxiety and Pain in Patients With Breast and Lung Cancer. **Oncology Nursing Forum** 27(1): 67-72.
- Stevenson, C. J. 1994. The psychophysiological effects of aromatherapy massage following cardiac surgery. **Complementary Therapies in Medicine** 2: 27-35.
- Stone, P., Hardy, J., Broadley, K., Tookman, A. J., Kuriwska., and Hern, R. 1999. Fatigue in advanced cancer : Aprospective controlled cress-sectional study. **British Journal of Cancer** 79(9): 1479-1486.
- Tabachnick, B. and Fidell, L. 1989. **Using Multivariate Statistics**. Harper Collins. 10 East 53d Street, NY, 10022.
- Tiran , D. and Chummun, H. 2004. The physiological basis of reflexology and its use as a potential diagnostic tool. **Complementary Therapies in Clinical Practice** Available from : <http://www.Sciencedirect.com> [2006, January16].
- Tsui, S. L. et al. 1994. Cancer pain management : A recent experience by

- anesthesiologist in a teaching hospital in Hong Kong. *Acta Anesthesiol Scand* 32: 193-201.
- Ursin,G., Spicer, D. V., Bernstien, L. 2000. **Breast cancer epidemiology, treatment, and prevention.** In Goldman, M. B.& Hatch, M. C. *Woman and Health.* San Diego; Academic press.
- Wang, H. L., and Keck, J. F. 2004. Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. *Pain Management Nursing* 5(2): 59-65.
- Weinrich, S. P., and Weinrich, M. C. 1990. The effect of massage on pain in cancer patients. *Applied Nursing Research* 3(4): 140-145.
- Weissenberger, C., Jonassen, S., Beranek-Chiu, J., Neumann, M., Muller, D., Bartelt, S., Schulz, S., Monting, J. S., Henne, K., Gitsch,G., and Witucki, G. 2004. Breast cancer: patient information needs reflected in English and German web sites. *British Journal of Cancer* 92 : 1482-1487.
- Well-Federman, C.L., Stuart, E. M., Deckro, J. P., Mandle, C. L., Margeret, B., and Medich, C. 1995. The mind-body connection: The psychophysiology of many traditional nursing interventions. *Clinical Nurse Specialist* 9(1): 59-66.
- Wilkinson, L.S. A., Prigmore, S., and Rayner, C.F. 2005. A randomized-controlled trail Examining The effects of reflexology of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Complementary Therapies in Clinical Practice* Available from : <http://www.Sciencedirect.com> [2005, October 4].
- Williams, S. A., and Schreier, A. M. 2005. The role of education in managing fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Applied Nursing Research* 18: 138-147.
- Wingard, D.L. and Berkman, L.F. 1983. Mortality risk associated with sleeping patterns among adults. *Sleep* 6(2): 102-107.
- Winningham , M. L., et al. 1994. Fatigue and the cancer experience : The state of the knowledge. *Oncology Nursing Forum* 21(1): 23-24.
- Wong, A.C., and Bramwell, L. 1992. Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. *Cancer Nursing* 15: 364-371.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย ประกอบด้วย อาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวล และแบบประเมินความผาสุก ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ดร.วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์ อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์และมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางสาวแม่นมนา จิระจรัสพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์โรคมะเร็ง ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
5. นางสาวเพียงใจ ดาโลปการ หัวหน้าหอผู้ป่วยชิวาธาธรน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
6. นางสาวพรสวรรค์ โรจนพรกิติ พยาบาลประจำการประจำหอผู้ป่วยเจริญสมศรี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรายละเอียดของ แผนการให้ข้อมูลเรื่อง จัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และคู่มือ จัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ดร.วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์ อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์และมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. นางสาวแม่นมนา จิระจรัสพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์โรคมะเร็ง ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
4. นางวารุณี รัตนมณี หัวหน้าหอผู้ป่วยอ่อนวานิช 7 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. นางสาวเนตร์สุวีณ์ เจริญจิตต์สวัสดิ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยอ่อนวานิช 8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรายละเอียดของคู่มือการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วย
น้ำมันหอมระเหยโดยพยาบาล มีดังนี้

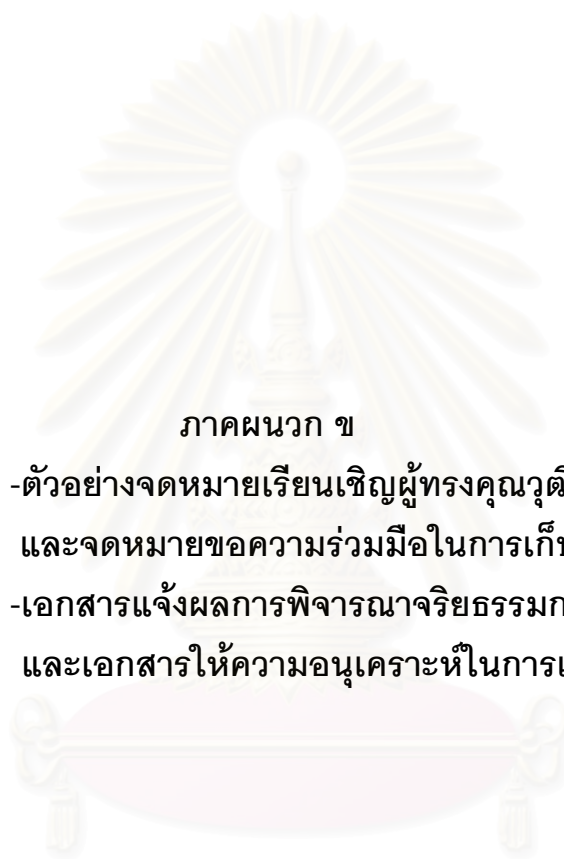
1. รองศาสตราจารย์ ดร.ลดาวีลย์ ชุ่มประเสริฐพงศ์ อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

2. อาจารย์ ปณิชา บุญสวัสดิ์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัย
พยาบาลสภากาชาดไทย

3. อาจารย์ยุพิน โตเอี่ยม ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการนวดแผนไทย สถาบันแพทย์แผนไทย
กระทรวงสาธารณสุข



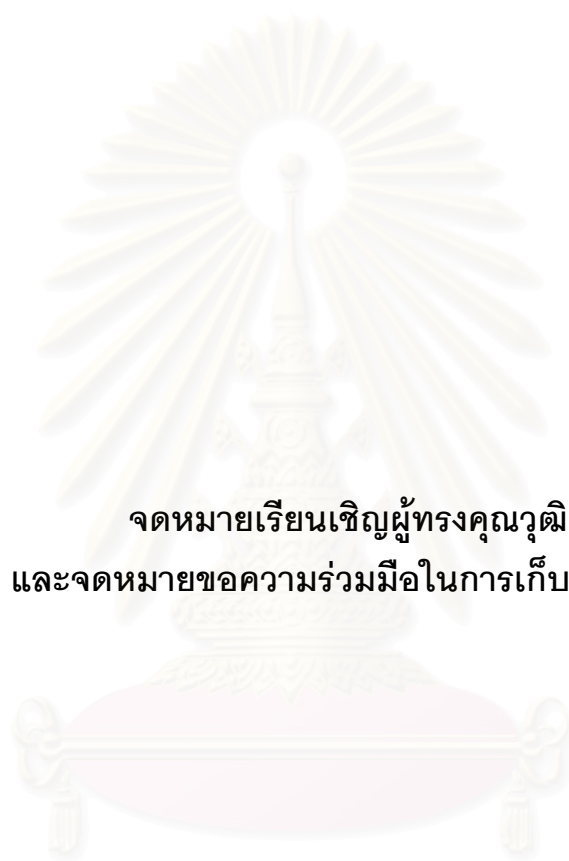
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

- ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย
- เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
และเอกสารให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/ 1๕๙๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิมลภัสส์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 ตุลาคม 2549

เรื่อง ขอลើนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ชนศิลป์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครวร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริพร พันธุ์หิรัญ นิสิตชั้นปริญญาโท มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับกระบวนการคัดกรองระดับต้นที่เห็นด้วยกับหมอมะเขือคอกกลุ่มอาการไม่สบายและความกลัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้วินิจฉัยบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนบท จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สังจา ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประ โยชน์ตามวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประเสริฐลา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

แผนกวิชาการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนบท จิตปัญญา โทร. 02-218-9824

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สังจา ทาโต โทร. 02-218-9826

ผู้อำนวยการ

นางสาวศิริพร พันธุ์หิรัญ โทร. 08-6389-6350

ที่ ศษ.0512.10/ 2127



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิฑูริคดี ชั้น 12 ซอยสุขุมวิท 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

31 ตุลาคม 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้มีสิทธิทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุพรรณบุรี

เนื่องด้วย นางสาวศิริพร พันธุ์พร้อม นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไมเกรนและความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้มีสิทธิดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน ๓ แขนงผู้ป่วยใน โดยใช้นแบบสอบถามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย และแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมรวม ในการจัดการกับกลุ่มอาการไมเกรนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ทั้งนี้มีสิทธิจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวศิริพร พันธุ์พร้อม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุนต์ไพบ)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงาน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ถนนวิฑูริคดีซอย

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาคารวิฑูริคดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ชั้น 12

นางสาวศิริพร พันธุ์พร้อม โทร. 08-6389-6350



เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 4433, 4493 ต่อ 14

ที่ วช 3350

วันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550

เรื่อง ส่งข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน นางสาวศิริพร หิมธวัช

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ครั้งที่ 3/2550 ในวันอังคาร ที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ได้พิจารณาเอกสารแนบแก้ไขของโครงการวิจัย ดังรายชื่อแนบต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยฉบับแก้ไข
2. Patient Information Sheet and Consent Form
3. Questionnaire / scale / interview form

เรื่อง ผลของการใช้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวกับความจำเป็นของประเทศไทยต่อกลุ่มประชากรไม่สมบูรณ์และความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะเริ่มต้นที่ได้รับเคมีบำบัด

หัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวศิริพร หิมธวัช

คณะกรรมการมีมติให้ผ่านจริยธรรมการวิจัยได้

คณะกรรมการมีความเห็นให้ ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหรือร่างวิจัย 1 ครั้งปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี (ก่อนวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2551)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

สถาบันวิทยบริการ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิไล ชินธมศ)


รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี คณะแพทยศาสตร์

ติดต่อโทรสาร ๒๒๖๖๖๖๖ ๒๒๖๖๖๖๖

โทร 0 2254 4433 ต่อ 14

REF No 145/99



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนในการวิจัย (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวศิริพร พันธุ์พริ้ม ที่อยู่ 103/16 หมู่ที่ 5 หมู่บ้านดวงดี 2 ซอย ชินเขต 1/55 ถนนงามวงศ์วาน แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่องผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งทราบผลดีผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่าหากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อกับผู้ทำการวิจัยได้โดยตรง หรือโทรศัพท์ที่ (06) 389-6350

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
สถานที่/ วันที่

.....
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่/ วันที่

.....
(นางสาว ศิริพร พันธุ์พริ้ม)

.....
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/ วันที่

.....
(.....)

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริพร พันธุ์พริ้ม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 7 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่1873
ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ที่ทำงาน (02) 256-4367 **โทรศัพท์เคลื่อนที่** (06) 389-6350

สถานที่วิจัย ศูนย์ เคมีบำบัด หอผู้ป่วยว่องวานิช 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือมีข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาวศิริพร พันธุ์พริ้ม คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์เคลื่อนที่ (06) 389-6350

ความเป็นมาของโครงการ

การรักษาด้วยเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องประสบกับกลุ่มอาการไม่สบาย ประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวลโดยกลุ่มอาการไม่สบายเหล่านี้เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุไม่ว่าจะเกิดจากพยาธิสภาพของโรคเอง อาการข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งผู้ป่วยขาดความรู้และข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัดและกลับไปอยู่ที่บ้าน กลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการบำบัดหรือแก้ไขที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลทำให้ความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดลดลงหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยในชีวิตประจำวันลดลง เกิดความเหนื่อยได้ง่าย ไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่ทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้เต็มที่ ขาดรายได้จากการทำงาน มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมลดลง ส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ พบว่าการได้ยาเคมีบำบัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ เช่น เกิดเป็นแผลอักเสบบริเวณผิวหนังที่ได้รับยา ผอมว่อง ผิวหนังและเล็บมีสีคล้ำขึ้น ด้านจิตวิญญาณ พบว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ด้วยความกลัว ความไม่แน่ใจ กลัวการลุกลามของโรค เป็นต้น พยาบาลในฐานะบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการป้องกันและหาวิธีบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อให้อาการที่เกิดขึ้นนั้นลดลงหรือหมดไปและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และเพื่อให้เกิดเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแบบเป็นองค์รวมเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ผู้ป่วยสามารถจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นได้ภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนของเคมีบำบัด

2. นำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 1 และ 2 มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ได้รับการผ่าตัดแล้วและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับคือ CMF (Cyclophosphamide, Methotrexate, Fluorouracil หรือ CAF (Cyclophosphamide, Anthracycline, Fluorouracil หรือ AC (Doxorubicin, Cyclophosphamide) และมารับบริการเคมีบำบัดที่ศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยวอรวาณิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด ขอบเขตของการวิจัย การรักษาข้อมูลและการยุติเข้าร่วมการวิจัยและได้เซ็นต์ยินยอมในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ จากนั้นผู้วิจัยให้ตอบแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบายและแบบประเมินความผาสุก โดยใช้เวลา 30 นาที โดยมีรายละเอียดและขั้นตอนดังนี้

1. งานวิจัยนี้จะมีการสุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก เข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จะมีคุณสมบัติเหมือนกัน

2. กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำศูนย์เคมีบำบัด หอผู้ป่วยวอรวาณิช 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการดูแลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด การสอบถามอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดและคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ในครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่บ้านภายหลังที่ได้รับเคมีบำบัดไปแล้วเป็นวันที่ 11 เพื่อตอบแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย แบบประเมินความผาสุกและแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ใช้เวลา 30 นาที

3. กลุ่มที่2 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยประกอบด้วยการให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนได้รับเคมีบำบัด โรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัด ขั้นตอนการรักษาด้วยเคมีบำบัด ขั้นตอนการให้ยาเคมีบำบัด กลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดจากเคมีบำบัด การจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยใช้กลยุทธ์ต่างๆรวมทั้งการใช้สูคนวดบำบัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าเพื่อจัดการกับกลุ่มอาการใช้เวลา 45 นาที พร้อมคู่มือ 1 ฉบับในวันแรกที่ได้รับเคมีบำบัด และในครั้งที่ 2,3,4 ภายหลังจากที่กลับไปอยู่บ้านแล้วเป็นวันที่ 8, 9 ,10 โดยที่การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยจะทำในครั้งที่ 2,3,4 ภายหลังจากที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเป็นวันที่ 8, 9 ,10 ใช้เวลา 30 นาที /การนวด 1 ครั้ง / วัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้นวดเอง ภายหลังจากการนวดกดจุดสะท้อนเสร็จสิ้นแล้วเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับภายหลังจากการนวด ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกและข้อคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า และในวันที่ 11 ภายหลังจากการนวดกดจุดสะท้อนเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยเพื่อตอบแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย แบบประเมินความผาสุก และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ใช้เวลา 30 นาที

4. ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยที่ระบุถึงผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะถูกถอดเป็นรหัส ผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม จะไม่ชื่อและที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ยกเว้นได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมในการวิจัยจึงจะเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนได้

5. ประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัยในโครงการนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ได้รับโทษหรือสูญเสียประโยชน์ที่พึงได้จากการรักษาพยาบาล

6. ไม่มีค่าตอบแทน หรือค่าใช้จ่ายของประชากรตัวอย่าง

7. ระยะเวลาที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับงานวิจัยมีระยะเวลา 17 วัน

8. มีประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับงานวิจัยจำนวน 40 ราย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินเลขที่.....

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการทำแบบประเมิน

เรียน ท่านผู้ตอบแบบประเมิน

แบบประเมินนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ต่อกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” ผู้วิจัยจึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและกรุณาตอบแบบประเมินฉบับนี้ทุกข้อ โดยเริ่มจาก

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความผาสุก

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอม

ระเหย

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย (x) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมค่าลงในช่องว่าง เฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1.1 อายุปี

1.2 สถานภาพสมรส

() โสด () คู่ () ม้าย () หย่าร้าง

1.3 ระดับการศึกษา

() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา

() อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตร () ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆ ระบุ.....

1.4 อาชีพ

() รับจ้าง () เกษตรกร

() ค้าขาย () พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ พนักงาน

บริษัทเอกชน

() ข้าราชการ () อื่นๆ ระบุ.....

1.5 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน(บาท)

() น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4,000 () 4,001-8,000

() 8,001-12,000 () 12,001-16,000

() 16,001-20,000 () มากกว่า 20,000

1.6 ที่อยู่.....

.....สถาบันวิทยบริการ

.....จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคเมะเร็งและการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

1. ชนิดของการผ่าตัด

2. ระยะของโรค

3. สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 22 ข้อ ข้อความแต่ละข้อใช้อธิบายความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า โดยครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อาการเหนื่อยล้า การประเมินอาการเหนื่อยล้า การตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้า โดยความรู้สึกของท่านแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้ท่านมีความทุกข์ทรมานในระดับใด



ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย

มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด

20.



มีสมาธิ

ไม่มีสมาธิ

21.



ทำอะไรได้ดี

ทำอะไรไม่ได้เลย

22.



สมองปลอดโปร่ง

สมองไม่ปลอดโปร่ง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 – 4 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด

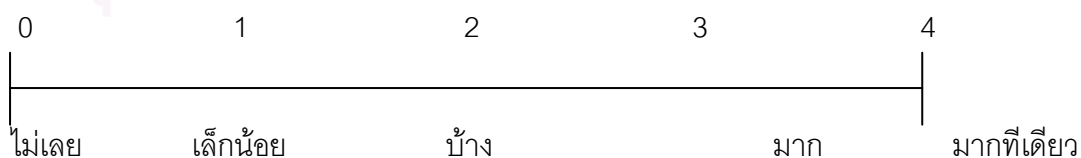
1. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในเวลากลางคืนท่านพยายามนอนแต่ไม่หลับ



6. การนอนไม่หลับของท่านส่งผลกระทบต่อคนอื่นสังเกตเห็นได้ในระดับใด



7. ท่านรู้สึกกังวลกับการนอนไม่หลับอยู่ในระดับใด



ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

วันที่เวลา.....

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด ขอให้เลือกตอบที่ท่านคิดว่า ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด

ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่มีเลย	มีบ้าง	มีค่อนข้างมาก	มีมากที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกจิตใจสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกปลอดภัย				
.				
.				
.				
17.ข้าพเจ้ารู้สึกกลัว				
18. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัว				
19. ข้าพเจ้ารู้สึกรำเริงเบิกบาน				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกแจ่มใส				

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความผาสุก

วันที่ เวลา.....

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 19 ข้อ เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด(ในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน) ความรู้สึกของท่านในแต่ละคำถามจะอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน บนเส้นตรง(ซึ่งมีความยาว 100 มิลลิเมตร) โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย (x) ลงบนเส้นตรงที่ให้ไว้ตรงจุดที่บ่งบอกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน ในข้อนั้น ๆ.มากที่สุด

1. ท่านมีกำลังวังชามากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

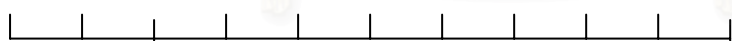


ไม่มีเลย

มีมากที่สุด

18. ท่านมีเวลาเป็นของตัวเองเพียงพอกับที่ต้องการมากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่เพียงพอเลย

มีเพียงพอมากที่สุด

19. ท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่มีเลย

มีมากที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึก หลังจากที่ท่านได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที โดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และในแต่ละข้อให้ท่านระบุ ระดับของความคิดเห็นหรือความรู้สึก ดังกล่าวว่าน้อย ปานกลาง หรือมาก

ความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย	ระดับความคิดเห็น			
	ไม่มีผล	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. รู้สึกว่าเป็นการผ่อนคลาย				
2. รู้สึกคลายความตึงเครียด				
3. รู้สึกสบาย				
4. รู้สึกพอใจต่อการนวดและกลิ่นของน้ำมันหอมระเหย				
5. รู้สึกหลับสบาย				
6. รู้สึกช่วยบรรเทาความปวด				
7. รู้สึกอบอุ่นใจที่มีคนมาดูแลเอาใจใส่				
8. อื่นๆ				

ส่วนที่ 7 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

คำชี้แจง ข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ เป็นการบรรยายถึงพฤติกรรมกาปฏิบัติกาจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นภายหลังที่ท่านได้รับเคมีบำบัด ขอให้ท่านอ่านข้อความเหล่านี้ทีละข้อ แล้วพิจารณาว่าในช่วงหลังจากที่ท่านได้รับเคมีบำบัดชุดที่ผ่านมา ท่านมีพฤติกรรมในปฏิบัติกาจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในเรื่องนั้นๆ บ่อยครั้งเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องตรงกับพฤติกรรมกาปฏิบัติของท่านให้มากที่สุด โดยแต่ละช่องของคำตอบมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นทุกวันอย่างสม่ำเสมอ

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ แต่ไม่สม่ำเสมอทุกวัน

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติ กิจกรรมตามข้อความนั้น 2 วันต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
1. ท่านใช้การจับหลังระหว่างวันเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าภายหลังได้รับเคมีบำบัด				
2. เมื่อท่านเข้านอน เกิดความรู้สึกว่านอนหลับไม่สนิท ท่านลุกจากที่นอนทันทีและเข้ามานอนใหม่เมื่อเกิดความง่วง				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
19. ท่านรับประทานยาเพิ่มเม็ดเลือดแดงตามการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันอาการเหนื่อยล้า				
20. ท่านเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือทำสมาธิ เพื่อคลายความกังวล				



ภาคผนวก ง

- แผนการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- คู่มือสำหรับสตรีที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านม
- คู่มือขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างแผนการให้ข้อมูล เรื่อง “การจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด”

ผู้สอน

นางสาว ศิริพร พันธุ์พริ้ม

ผู้เรียน

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นรายบุคคล

สถานที่

ศูนย์เคมีบำบัด ตึกอำนวยการ ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล
2. เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้ข้อมูล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถอธิบายในหัวข้อต่างๆได้อย่างถูกต้อง
 - 2.1 บอกถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
 - 2.2 บอกถึงการรักษามะเร็งเต้านม
 - 2.3 บอกถึงแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 - 2.4 ระบุกลุ่มอาการไม่สบายจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 2.5 ระบุถึงสาเหตุการเกิดกลุ่มอาการไม่สบายจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 2.6 ระบุผลกระทบของกลุ่มอาการไม่สบายต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 - 2.7 บอกวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
3. ผู้ป่วยสามารถอธิบายถึงประโยชน์ของสูทคนธบำบัดที่นำมาใช้ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

เวลาในการให้ข้อมูล

45 นาที

คู่มือ สำหรับสตรีที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านม

- อาการเหนื่อยล้า
- อาการนอนไม่หลับ
- อาการวิตกกังวล



จัดทำโดย

นางสาว ศิริพร พันธุ์พริ้ม

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สัจจา ทาโต

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างคู่มือขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมัน หอมระเหยโดยพยาบาลประจำการ

หลักการและเหตุผล

การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า สามารถนำมาช่วยบรรเทาอาการไม่สบาย อันได้แก่ อาการเจ็บปวด อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ เนื่องจากการนวดกดจุดจะช่วยส่งเสริมให้พลังงานเดินทางของเส้นพลังไปยังอวัยวะต่างๆได้อย่างไม่ติดขัด จึงช่วยปรับสมดุลการทำงานของอวัยวะต่างๆภายในร่างกายเช่น ปรับสมดุลของระดับฮอร์โมนความเครียด และระบบประสาทอัตโนมัติ เป็นต้น ช่วยทำให้หลอดเลือดขยายตัว ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง ทำให้ออกซิเจนและอาหารมาเลี้ยงเซลล์ต่างๆของร่างกายอย่างเพียงพอ จึงไม่เกิดการสะสมของๆเสียจากระบบการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน จึงเป็นการช่วยลดและขจัดกรด Lactic และช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ จึงทำให้ความเหนื่อยล้าลดลง เมื่อกรด Lactic ลดลง จะทำให้กระบวนการหด-คลายตัวของกล้ามเนื้อคลายดีขึ้นทำให้ความเหนื่อยล้าลดลง อีกทั้งการนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทประสาทขนาดใหญ่ จึงช่วยยับยั้งสัญญาณความปวดไม่ให้ไปสู่สมองจึงเป็นการลดความปวด อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย โดยส่งสัญญาณไปที่สมองทำให้หลั่งสารแห่งความสุข ที่เป็น Endogeneous opioids ได้แก่ Endorphin และ Enkephalin ช่วยให้อารมณ์ดี และผ่อนคลาย และหลั่งสาร Serotonin ซึ่งช่วยให้นอนหลับสบาย

เมื่อผสมผสานกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ผู้ถูกนวดเกิดความพึงพอใจและผ่อนคลายไปกับความหอมของน้ำมันธรรมชาติ ดังนั้นร่างกายจึงได้ประโยชน์จากน้ำมันหอมระเหยอีกทางหนึ่งด้วย โดยน้ำมันหอมระเหยสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ 2 ทาง คือทางสูดดมเข้าทางจมูก ไปยังสมองส่วน Limbic หลั่งสารแห่งความสุข และจากการซึมผ่านทางผิวหนังขณะนวด โดยจะถูกดูดซึมผ่านทางผิวหนังเข้าสู่กระแสโลหิตได้ภายในเวลา 20 นาที ในการวิจัยครั้งนี้ใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ (Lavender oils) มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคือช่วยลดการอักเสบ ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ช่วยคลายเครียดและความวิตกกังวล ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ จิตใจสงบ และผ่อนคลาย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สามารถบรรเทาอาการไม่สบาย ได้แก่ อาการเจ็บปวด อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจะช่วยในเรื่องต่างๆดังต่อไปนี้

1. กระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง เป็นการส่งเสริมให้ร่างกายได้รับออกซิเจน และสารอาหารดีขึ้น
2. ช่วยขจัดของเสียและสารพิษขับออกทางปัสสาวะ ของเสีย เช่น กรด Lactic ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญขัดขวางการหดตัวของกล้ามเนื้อทำให้เหนื่อยล้า
3. ช่วยให้พลังงานตามทางของเส้นพลังไปยังอวัยวะต่างๆภายในเช่น อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ กล้ามเนื้อ กระดูก และต่อมไร้ท่อต่างๆได้ดีขึ้นจึงเป็นการปรับสมดุลการทำงานของอวัยวะต่างๆภายในร่างกาย
4. การนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่และส่งสัญญาณไปที่สมองทำให้หลั่งสารแห่งความสุข ที่เป็น Endogeneous opioids ได้แก่ Endorphin และ Enkephalin ช่วยให้อารมณ์ดี และผ่อนคลาย และหลั่งสาร Serotonin ซึ่งช่วยให้นอนหลับสบาย
5. ช่วยให้ร่างกายและจิตใจคลายความตึงเครียด โดยทำให้เกิดการผ่อนคลายระดับลึก และหลับสบายอย่างมีความสุข
6. ส่งเสริมสัมพันธภาพเชิงสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจที่มีผู้ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

ขั้นตอนก่อนการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า

1. การเตรียม

1.1 การเตรียมตัวผู้นวด

1.1.1 ต้องมีความรู้ ทักษะ และความชำนาญ ในการประเมิน ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก รวมทั้งเข้าใจกระบวนการเกิดกลุ่มอาการไม่สบายจากการได้รับเคมีบำบัด

1.1.2 ต้องเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างร่างกายและโครงสร้างของกระดูกเท้า

1.1.3 ต้องเป็นผู้มีความรู้และทักษะในการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าและสวดมนต์ บำบัด

1.1.4 ผู้นวดต้องรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ไม่มีไข้ ออกกำลังกายเพื่อให้แขน และนิ้วมีกำลังแข็งแรง

1.1.5 สำหรับหลักการของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า มีดังนี้

- การนวดต้องนวดที่เท้าซ้ายก่อนเสมอ เพราะที่เท้าซ้ายมีตำแหน่งที่เป็นที่ตั้งของหัวใจ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต
- ควรมีการแต่งรสมือ โดยมีการลงน้ำหนักนิ้วมือที่กดเป็น 3 ขนาด คือน้ำ

หนักเบา น้ำหนักปานกลาง น้ำหนักมาก เมื่อเริ่มกด จะลงน้ำหนักเบาเพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อตัว หลังจากนั้นจึงค่อยๆเพิ่มน้ำหนักมากขึ้นจนถึงปานกลาง แล้วจึงเพิ่มน้ำหนักเป็นมาก การกด น้ำหนักเพิ่มขึ้นทีละน้อยจะทำให้กล้ามเนื้อสามารถปรับตัวรับกับน้ำหนักได้ ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บ และไม่เกิดอันตราย

- ในขณะที่นวดเท้า ผู้นวดจะต้องโยกตัวตามจังหวะการลงน้ำหนักหรือการ กดครูดแต่ละครั้ง ช่วยไม่ให้เกิดการปวดเมื่อยตามร่างกายของผู้นวด

- การกำหนดองศามาตราส่วนคือ ทำานวดของผู้นวดควรเหมาะสมกับผู้ ป่วยและเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะใช้มือกด เพื่อให้แรงที่ใช้กดนั้นลงตรงจุด และมีน้ำหนัก เพียงพอนอกจากนี้การวางมือ การวางเท้า ทำานั่ง ต้องเหมาะสมกับมือที่กดลงบนผู้ป่วยด้วย

- การใช้ไม้กดจุด ให้ลงน้ำหนัก หน่วง - เน้น - นิ่ง นับ 1-5 แล้วจึงปล่อย และกดจุดให้เรียงลำดับตามหมายเลขที่กำหนดตามข้อ 28 ของขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนที่ เท้า โดยไม่สลับไปมา

ภาพแสดงตำแหน่งที่กดจุด 26 จุดเกี่ยวกับอวัยวะต่างๆ ของฝ่าเท้า



สถาบันนวดไทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ

- แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ตามอายุ สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ ระยะของโรค และชนิดการทำผ่าตัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- แสดงคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย 20 ราย
- แสดงคะแนนกลุ่มอาการไม่สบายและความผาสุกหลังการทดลองในกลุ่มการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ
ระยะของโรคและชนิดการผ่าตัด

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	อายุ	สูตรเคมีบำบัด	อายุ	สูตรเคมีบำบัด
1	45	CMF	45	CMF
2	59	CEF	56	CEF
3	51	AC	50	AC
4	44	CMF	45	CMF
5	50	CMF	48	CMF
6	52	CAF	52	CAF
7	51	CMF	54	CMF
8	55	AC	55	AC
9	44	CMF	57	CMF
10	59	AC	47	AC
11	58	CEF	49	CEF
12	49	CEF	43	CEF
13	48	AC	43	AC
14	50	AC	52	AC
15	46	CAF	44	CAF
16	32	CEF	37	CEF
17	34	CAF	37	CAF
18	55	AC	52	AC
19	45	CAF	48	CAF
20	47	AC	51	AC

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ
ระยะของโรค และชนิดการผ่าตัด

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ระยะของโรค	ชนิดการผ่าตัด	ระยะของโรค	ชนิดการผ่าตัด
1	2	Radical mastectomy	2	Radical mastectomy
2	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy
3	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy
4	1	Modified radical mastectomy	1	Modified radical mastectomy
5	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy
6	1	Modified radical mastectomy	1	Modified radical mastectomy
7	1	Modified radical mastectomy	1	Modified radical mastectomy
8	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy
9	1	Modified radical mastectomy	1	Modified radical mastectomy
10	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy
11	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy
12	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy
13	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy
14	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy
15	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy
16	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy
17	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy
18	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy
19	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy
20	2	Modified radical mastectomy	2	Modified radical mastectomy

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนพฤติกรรมในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายของกลุ่มทดลองที่ได้รับ การให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ทั้งหมด 4 ครั้งของกลุ่ม ที่ได้รับการให้ข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอม ระเหย 20 ราย

ลำดับที่ของกลุ่มทดลอง	คะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการ กลุ่มอาการไม่สบาย
1	56
2	61
3	54
4	55
5	51
6	63
7	68
8	65
9	52
10	56
11	57
12	65
13	58
14	62
15	57
16	54
17	59
18	68
19	60
20	67



ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 คะแนนกลุ่มอาการไม่สบายประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวลและความผาสุกหลังในกลุ่มการพยาบาลปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการวัดกจุดสะท้อนที่ทำได้ด้วยน้ำมันหอมระเหย

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ					กลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการวัดกจุดสะท้อนที่ทำได้ด้วยน้ำมันหอมระเหย			
คู่ที่	fatigue	insomnia	anxiety	well-being	fatigue	insomnia	anxiety	well-being
1	5.55	14	2.6	61.05	1.77	4	1.6	84.74
2	5.41	12	2.7	45.79	2.91	8	2.4	77.37
3	4.64	18	2.8	70.53	1.69	7	2	73.68
4	4.32	14	2.45	68.42	0.18	4	1.2	96.84
5	6.14	15	2.8	68.42	0.77	9	2.1	78.41
6	4.68	19	3.1	62.11	1.27	4	1.8	73.68
7	6.73	17	2.8	52.11	1.5	4	1.8	80.53
8	5.14	12	2.65	51.58	2.23	8	1.85	81.05
9	6.27	14	2.8	55.79	1.09	6	1.9	77.37
10	5.55	17	3.25	53.68	2.14	1	1.9	75.26
11	6.68	13	2.25	62.11	1.77	5	1.7	84.21
12	5.14	17	2.9	54.74	1.27	3	1.7	78.41
13	5.36	15	3.05	67.89	1.41	7	1.85	71.58
14	5.86	15	2.9	60.53	1.23	3	1.85	75.26
15	5.36	14	2.6	56.84	2.05	5	2.1	73.16
16	5.77	17	2.9	47.37	1.86	6	1.9	75.79
17	6.45	16	2.5	83.68	1.41	2	1.95	73.68
18	4.95	15	2.45	67.37	2	6	1.75	72.11
19	5.64	18	2.35	72.11	2	3	1.7	74.74
20	5.18	15	2.5	72.63	1.64	2	1.7	73.68

ตารางที่ 8 แสดงการแจกแจงคะแนนกลุ่มอาการไม่สบายประกอบด้วยอาการเหนื่อยล้า
 อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวลและความผาสุกก่อนและหลังในกลุ่มการ
 พยาบาลปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพพร้อมกับการนัดจุดสะท้อนที่เท่า
 ด้วยน้ำมันหอมระเหย

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		เหนื่อยล้าหลัง ในกลุ่มควบคุม	นอนไม่หลับหลัง ในกลุ่มควบคุม	ความผาสุกหลัง ในกลุ่มควบคุม	วิตกกังวลหลัง ในกลุ่มควบคุม
N		20	20	20	20
Normal Parameters	Mean	5.5410	15.3500	61.7375	2.7175
	Std. Deviation	.66963	1.98083	9.66810	.26071
Most Extreme Differences	Absolute	.095	.170	.120	.124
	Positive	.095	.170	.094	.098
	Negative	-.075	-.148	-.120	-.124
Kolmogorov-Smirnov Z		.423	.761	.536	.555
Asymp. Sig. (2-tailed)		.994	.609	.936	.917

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		เหนื่อยล้าหลัง ในกลุ่มทดลอง	นอนไม่หลับหลัง ในกลุ่มทดลอง	วิตกกังวลหลัง ในกลุ่มทดลอง	ความผาสุกหลัง ในกลุ่มทดลอง
N		20	20	20	20
Normal Parameters	Mean	1.6095	4.8500	1.8375	77.5775
	Std. Deviation	.58322	2.23077	.23557	5.87909
Most Extreme Differences	Absolute	.108	.148	.180	.194
	Positive	.094	.148	.145	.194
	Negative	-.108	-.097	-.180	-.154
Kolmogorov-Smirnov Z		.481	.664	.804	.866
Asymp. Sig. (2-tailed)		.975	.770	.538	.441

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.



ภาคผนวก ช

- ประกาศนียบัตรการเข้าฝึกอบรมการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย และการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าของผู้วิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า


นางสาวศิริพร พันธุ์พริ้ม

ได้เข้าร่วมประชุม วิชาการและการอบรม
เรื่อง การводน้ำมันหอมระเหย

ระหว่างวันที่ 4 และ 11 พฤษภาคม 2549

ขอให้ท่านนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง
ครอบครัวและให้ประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์ และขอความมีสุขสวัสดิ

จงมีแต่ท่านและครอบครัวสืบไป


ผศ.ดร.ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์

ประธานและผู้จัดอบรม



ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวศิริพร พันธุ์พริ้ม

ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการและการอบรม

เรื่องนวดกดจุดฝ่าเท้ากับการบรรเทาอาการ

ระหว่างวันที่ 5 และ 12 พฤษภาคม 2549

ขอให้ท่านนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

ครอบครัวและให้ประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์ และขอความมีสุขสวัสดิ

จงมีแต่ท่านและครอบครัวสืบไป

ผศ.ดร.ศดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์

ประธานและผู้จัดอบรม



๒๐๗๗. ๕๗๑๓๕๕

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า



นางสาวศิริพร พันธุ์พริ้ม



ได้ปฏิบัติงานหลักสูตร นวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ (๖๐ ชั่วโมง) รุ่นที่ ๒๓๕
ตามโครงการอบรมของศูนย์คนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนโดย มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๔ เดือน ธันวาคม พุทธศักราช ๒๕๔๘

(แพทย์หญิงเพ็ญภา ทวีชัยเจริญ)

ประธานกรรมการบริหาร

สถาบันส่งเสริมการแพทย์แผนไทย มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา

(นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒนา)

อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว ศิริพร พันธุ์พริ้ม เกิดวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2513 สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร จบการศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปี พ.ศ.2536 ศึกษาต่อหลักสูตรประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง อนุสาขาการพยาบาล ผู้ป่วยแบบประคับประคองวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปี พ.ศ. 2547 ลาศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2548 ประสบการณ์การทำงาน พ.ศ.2536-พ.ศ.2537 พยาบาลประจำการแผนกห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2537- ปัจจุบัน พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 7 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย