

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคอง ที่พยาบาลประจำการนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยนำแนวคิดการให้คำปรึกษาร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ที่ได้มาจากการศึกษาค้นคว้าหนังสือวารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสืบหาข้อมูลโดยตรงจากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีประสบการณ์ตรง ได้แก่ พยาบาล และผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคองสำหรับพยาบาลประจำการ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และได้นำเสนอมาเป็นลำดับดังนี้ คือ

1. การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 - 1.1 สถานการณ์และแนวโน้มของมะเร็งเต้านม
 - 1.2 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
 - 1.3 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัด
 - 1.4 การพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 - 2.1 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
 - 2.2 การให้คำปรึกษา
 - 2.3 ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 - 2.4 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
3. รูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคองสำหรับพยาบาลประจำการ ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 - 3.1 รูปแบบและวิธีการสร้างรูปแบบ
 - 3.2 กระบวนการพยาบาล
 - 3.3 รูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคอง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

1. สถานการณ์และแนวโน้มของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบบ่อยในสตรี ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งในสตรีอเมริกัน (อาคม เขียรศิลป์, 2533) และเป็นสาเหตุการตายอันดับรองจากมะเร็งปอด

โดยในปี ค.ศ. 1991 พบผู้ป่วยรายใหม่ถึง 175,000 ราย และเสียชีวิตด้วยโรคนี้ถึง 44,800 ราย (Chittoor & Swain, 1991) ในปี ค.ศ. 1992 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ถึง 180,000 ราย และเสียชีวิตด้วยโรคนี้ประมาณ 46,000 ราย (Goeldner, 1992) จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูงขึ้นทุกปี สำหรับประเทศไทย พบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 3 รองจาก มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งตับ โดยพบมะเร็งเต้านม 11.9 ราย ในประชากร 100,000 ราย (Vatanasapt, et al., 1993) และจากการสำรวจผู้ป่วยใหม่ที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก โดยปี พ.ศ. 2537 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 422 ราย และปี พ.ศ. 2538 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 453 ราย

2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2.1 กายวิภาคของเต้านม

เต้านมเป็นอวัยวะที่สำคัญในสตรีที่เลี้ยงลูกด้วยนม เพราะมีหน้าที่สร้างน้ำนม เต้านมเป็นอวัยวะที่พัฒนามาจากต่อมเหงื่อ ซึ่งตามปกติแล้วเต้านมของมนุษย์จะอยู่ที่ส่วนหน้าอกบริเวณซี่โครงที่ 2-6 โดยวางอยู่บนกล้ามเนื้อ pectoralis มีขนาดต่างกันตามเชื้อชาติและเผ่าพันธุ์ เต้านมผู้ใหญ่ประกอบด้วยผิวหนัง ไขมันใต้ชั้นผิวหนัง และเนื้อเต้านม ซึ่งในเนื้อเต้านมนี้จะประกอบด้วยส่วนที่เป็น parenchyma และ stroma และมี fascia หุ้มเพื่อพยุงเต้านม เรียกว่า cooper's ligament บางครั้งเนื้อเต้านมจะมีมากไปทางรักแร้ เรียก axillary tail of spence เนื้อเต้านมแบ่งเป็น lobe ประมาณ 10-20 lobes ซึ่งแต่ละ lobe จะมีท่อน้ำนมใหญ่ (lactiferous duct) มาเปิดที่บริเวณหัวนม ในแต่ละ lobe จะแตกแขนงออกเป็น lobules ประมาณ 20-40 lobules ส่วนปลายของแต่ละ lobule เรียกว่า terminal ductal lobular unit ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ extralobular terminal duct และ intralobular terminal duct จากลักษณะทางกายวิภาคของเต้านมนี้ พบว่าบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพของเต้านมมากที่สุด คือ ส่วน terminal ductal lobular unit โรคต่าง ๆ ที่พบ ได้แก่ ductal carcinoma in situ, lobular carcinoma in situ, ductal carcinoma, infiltrating lobular carcinoma, fibroadenoma และ fibrocystic change (มาลัย มุตตารักษ์, 2538)

2.2 ความหมายของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม คือ ชนิดของเนื้อร้ายที่เจริญเติบโตในเนื้อเยื่อของเต้านม โดยเซลล์ที่เจริญเติบโตนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างผิดปกติ และไม่สามารถควบคุมได้ เซลล์ผิดปกติเหล่านี้สามารถลุกลามไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง และสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายได้ (Case, 1984)

2.3 สาเหตุของมะเร็งเต้านม

สาเหตุของมะเร็งเต้านมที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่นอน คงทราบแต่สาเหตุส่งเสริมหรือสนับสนุนที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. ประวัติครอบครัว สตรีที่มีญาติใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม เช่น มารดา ลูกสาว และโดยเฉพาะพี่น้องท้องเดียวกัน จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมสูง ตัวอย่างเช่น ถ้าสตรีผู้นั้นมีมารดาเป็นมะเร็งเต้านม 2 ข้างโดยเฉพาะวัยก่อนหมดประจำเดือน จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมสูงถึง 9 เท่าของสตรีทั่วไป และสตรีพวกนี้จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าร้อยละ 50

2. ประวัติการมีบุตร

2.1 สตรีที่ไม่มีบุตร มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ที่มีบุตร

2.2 การตั้งครรภ์บ่อยครั้งโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมจะลดลง

2.3 การตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย จะมีผลต่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

2.4 สตรีโสดมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเป็น 2 เท่าของสตรีที่ผ่านการแต่งงานมาแล้ว

2.5 สตรีที่เป็นหมันมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าสตรีที่มีบุตรได้

3. การมีก้อนเนื้อที่ไม่ร้ายแรงที่เต้านม จากการศึกษาทางคลินิกและทางสถิติ พบว่า พวกที่มีซิสต์ (cystic disease) อาจถือเป็นสาเหตุส่งเสริม เพราะว่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมในพวกที่มีซิสต์นี้จะมีมากกว่าเป็น 2 เท่าของสตรีทั่วไป

4. เกี่ยวกับฮอร์โมน (hormones) สตรีผู้ที่เคยผ่าตัดเอารังไข่ออกก่อนอายุ 35 ปี มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมค่อนข้างต่ำ

5. เชื้อไวรัส จากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า เชื้อไวรัส เอ็ม ที วี (MTV- Mamary Tissue Virus) มีบทบาทที่สำคัญมากในการทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมในสัตว์ทดลอง แต่ในปัจจุบันยังไม่พบว่ามีกรดติดต่อของไวรัสชนิดนี้ในมนุษย์สตรี

6. การได้รับหรือสัมผัสรังสี (radiation exposure) โดยเฉพาะเมื่อมีการอักเสบของเต้านมหลังคลอด จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งที่เต้านมได้

7. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่นรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ (Hypothyroidism)

2.4 การดำเนินโรคและการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรัง (chronic malignancy) ระยะเวลาการดำเนินโรคค่อนข้างยาวนาน โดยเริ่มจากเซลล์หนึ่งเซลล์กลายเป็นมะเร็ง ต่อมาเกิดการแบ่งตัวเพิ่มขนาดเป็น 2 เท่าของขนาดเดิม (Successive Doubling) เพื่อให้มีขนาดโตขึ้น และต้องใช้เวลานานถึง 7-8 ปี จึงจะมีขนาดโตที่มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 เซนติเมตร

มะเร็งเต้านมสามารถแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลือง และตามกระแสเลือด ซึ่งการกระจายไปตามทางเดินน้ำเหลืองนั้นเซลล์มะเร็งที่หลุดออกไปจากก้อนมะเร็งปฐมภูมิ จะผ่านไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ แล้วไปฝังตัวที่บริเวณต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า (Supraclavicular node) แล้วเข้าสู่กระแสเลือดดำ (Venous circulation) นอกจากนี้เมื่อเซลล์มะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้ว มักจะกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองชื่อ Internal Mammary nodes ซึ่งอยู่ที่ช่องว่างระหว่างกระดูกซี่โครงที่ 2 และ 3 (the second และ third intercostal spaces) จากบริเวณนี้เซลล์มะเร็งจะกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ mediastinum ส่วนการแพร่กระจายไปตามกระแสเลือดมักจะกระจายไปที่อวัยวะหรือระบบอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบกระดูก ตับ ปอด และสมอง ในทางคลินิกมักจะพบว่ามะเร็งเต้านมจะมีการแพร่กระจายไปที่บริเวณกระดูกสันหลังและเชิงกรานมากที่สุด

การเสี่ยงต่อการมีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปตามทางเดินน้ำเหลืองหรือกระแสเลือด จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ

1. ขนาดของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ
2. จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ที่ให้ผลบวกต่อเซลล์มะเร็งเต้านม หรือที่เรียกสั้นๆว่า "โนดโพลซิทีฟ" (node +)

2.5 อาการและอาการแสดง

1. มีก้อนแข็งในเต้านม ในระยะแรก ๆ จะไม่มีอาการเจ็บปวด เคลื่อนไหวได้
2. เมื่อเป็นมานานก้อนจะโตขึ้น คลำหรือมองเห็นได้ชัดเจน เริ่มยึดแน่นกับที่ (fixed) หรือมีการดึงรั้งผิวหนังหรือหัวนมให้บุ๋มลงจากการดึงรั้งของเส้นเอ็นของเต้านม (cooper's ligaments) มีของเหลวไหลออกจากหัวนม (น้ำเหลืองหรือเลือด) ผิวหนังที่เต้านมจะบวมแดง เนื่องจากการอุดตันของทางเดินน้ำเหลือง ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นมีลักษณะคล้ายผิวส้ม อาจแตกเป็นแผล และมีอาการเจ็บปวดเหมือนเป็นฝี
3. บริเวณของเต้านมที่จะพบก้อน ได้แก่ ส่วนบนด้านนอก (upper outer quadrant) พบได้ประมาณร้อยละ 50 บริเวณหัวนมใกล้กับบริเวณ areola พบประมาณร้อยละ 20 ส่วนล่างด้านนอกของเต้านม (lower outer quadrant) พบประมาณร้อยละ 10 และบริเวณซีกด้านในของเต้านม (medial half) พบประมาณร้อยละ 20
4. มีอาการแสดงของมะเร็งทุติยภูมิ เช่น ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โต หรือมีการกระจายของก้อนมะเร็งบนเต้านม (Satellite nodules) หรืออาการแสดงทางปอด ตับ เป็นต้น

2.6 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม แบ่งตามวิธีของ AJCC (American Joint Commission on Cancer Staging and End Results Reporting) ดังนี้

แบ่งตามขนาดของก้อนมะเร็งที่เต้านม (T) เป็น

- T_1 ก้อนมะเร็งขนาดไม่เกิน 2 ซม.
 T_2 ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่กว่า 2 ซม. แต่ไม่เกิน 5 ซม.
 T_3 ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่เกิน 5 ซม.
 T_4 ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่หรือเล็กก็ได้ แต่มีการยึดติดกับผนังทรวงอก ได้แก่

กระดูกซี่โครง กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง เป็นต้น ทั้ง T_1 , T_2 และ T_3 จะมีการแบ่งย่อยเป็น

- a ไม่มีการยึดติดกับพังผืดหรือกล้ามเนื้อ pectoralis
 b มีการยึดติดกับพังผืดหรือกล้ามเนื้อ pectoralis

แบ่งตามการกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลือง (N) เป็น

- N_0 คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้
 N_1 ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โตข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง
 N_{1a} ต่อมน้ำเหลืองไม่มีร่องรอยของเซลล์มะเร็ง
 N_{1b} ต่อมน้ำเหลืองที่มีเซลล์มะเร็ง
 N_2 พบเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง และยึดติดกันหรือติดกับอวัยวะอื่น
 N_3 พบเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณเหนือไหปลาร้า (supraclavicular) หรือใต้ไหปลาร้า (intraclavicular)

แบ่งตามการกระจายไปยังอวัยวะอื่น (M) เป็น

- M_0 ไม่มีการกระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น
 M_1 มีการกระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น

แบ่งตามลักษณะทางคลินิค

American Joint Committee, 1982 cited in Case, 1984 ได้แบ่งระยะของมะเร็งเต้านมไว้ดังนี้

- ระยะที่ 1 ขนาดของก้อนเล็กกว่า 2 ซม. ยังไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย
 ระยะที่ 2 ขนาดของก้อนมากกว่า 2 ซม. แต่น้อยกว่า 5 ซม. ยังไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง หรือขนาดของก้อนน้อยกว่า 5 ซม. และมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง แต่ยังไม่มีการกระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย
 ระยะที่ 3 ขนาดของก้อนมากกว่า 5 ซม. หรือขนาดของก้อนไม่จำกัด แต่ได้มีการลุกลามไปยังผิวหนัง หรือผนังของหน้าอก หรือมี "grave signs" (มีอาการบวมเป็นแผลที่ผิวหนัง มีลักษณะไม่เรียบมีตุ่มนูนบนผิวหนัง) หรือมีการแพร่

	กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณคอ แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย
ระยะที่ 4	ขนาดของก้อนไม่จำกัด อาจมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง แต่ได้มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย

2.7 ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วย

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่า มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากลักษณะของโรคเป็นโรคเรื้อรังที่มีความสลับซับซ้อน สามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายได้ และส่วนใหญ่เมื่อตรวจพบมักมีการแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลืองและกระแสเลือดแล้ว ดังนั้นอัตราการคืนกลับของโรคจึงค่อนข้างสูง และผู้ป่วยมีอัตราการอยู่รอดค่อนข้างสั้น แม้ว่าจะมีการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกทั้งเต้านม รวมถึงตัดเอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียงออกหมดแล้วก็ตาม ดังนั้นบุคคลที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมจะต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังที่ ประคอง รังคสิริ (ประคอง รังคสิริ และคนอื่นๆ , 2523) ได้กล่าวว่า เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลนาน ประกอบกับความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมาน จากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยหมดความสุข หงุดหงิด โมโหง่าย เงียบขรึม หรือมีโรคจิต โรคประสาทร่วมด้วย และจากความเชื่อที่ว่า โครงสร้างของมนุษย์ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งทั้งสามส่วนนี้จะทำงานสัมพันธ์ไปด้วยกัน ถ้าส่วนใดส่วนหนึ่งได้รับการกระทบกระเทือน ส่วนที่เหลือย่อมจะมีผลกระทบไปด้วย ดังเช่น การศึกษาของ นิโบล กฤษณพันธ์ (2523) พบว่าภาวะไม่สุขสบายจากอาการแสดงในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอารมณ์ทุกข์โศก และเป็นปัจจัยเพียงตัวเดียวที่ทำนายอารมณ์ทุกข์โศกได้ เช่นเดียวกับ การศึกษาของไวส์แมน และเวิร์เดน (Weisman & Worden, 1980) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการแสดงทางกายมากจะมีภาวะอารมณ์ทุกข์โศก รุนแรง ในช่วง 100 วันแรกหลังได้รับการวินิจฉัย นอกจากอาการและอาการแสดงของโรคแล้ว การรักษายังมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง การทำหน้าที่ปกติของร่างกาย เช่น การศึกษาของดอร์ด (Dodd, 1982) พบว่า อาการข้างเคียงในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่พบได้บ่อย คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ผม่วง การรับรสและกลิ่นเปลี่ยนแปลงไป และความอยากอาหารลดลง อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยปานกลาง คือ มีการเปลี่ยนแปลงทางภาวะอารมณ์ มีเหงา ซาปลายมือปลายเท้า หายใจถี่ และท้องเสีย ส่วนโรดส วัตสัน และแฮนสัน (Rhodes, Watson & Hanson, 1988) ศึกษาถึงอิทธิพลของภาวะสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่รับเคมีบำบัด พบว่า อาการเหนื่อยและอ่อนล้า เป็นอาการสำคัญที่รบกวนการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลทำให้สิ่งแวดล้อมที่เคยเป็นอยู่ของผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้แบบแผนพฤติกรรมปกติของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยต้องอยู่ภายใต้กฎระเบียบที่แตกต่างจากปกติที่ผู้ป่วยเคยเป็นมาก่อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน

เช่น ผู้ป่วยสูญเสียความเป็นส่วนตัว ความเป็นอิสระ และการเป็นตัวของตัวเอง และอาจต้องประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติบทบาทของตนได้อย่างสมบูรณ์ เช่น บทบาทของการเป็นมารดา คู่รัก หรือบทบาทของการเป็นลูกสาว เป็นต้น (Griffith, 1984)

3. การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัด

3.1 ความเป็นมาของการรักษาโรคมะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัด

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1958 เป็นต้นมา ได้มีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการใช้ยาเคมีบำบัด ในการรักษาเสริมแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างจริงจัง โดยเฉพาะเมื่อโครงการรักษาเสริมการผ่าตัดเต้านมแห่งชาติ NSABP (The National Surgical Adjuvant Breast Project) ได้ทำการศึกษาคาร์โบไซยา triethylene thiophosphoramidate (THIO-TEPA) ขนาดต่ำกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยก่อนหมดประจำเดือน ซึ่งมีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองตั้งแต่ 4 ต่อมนขึ้นไป โดยให้ยาเสริมหลังจากที่ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมแล้ว 2 วัน พบว่า อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 5-10 ปี (Case, 1984) ต่อมาได้มีผู้ศึกษาการนำยาเคมีมากกว่าหนึ่งชนิดมารักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากขึ้นอย่างเช่น Bernard Fisher ได้ศึกษาผลของการใช้ยาเคมีในกลุ่มของ alkylating agent หนึ่งชนิด phenylalanine mustard กับ placebo ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง พบว่า ผู้ป่วยปลอดจากโรคและรอดชีวิตเพิ่มขึ้น 10 ปี และในขณะเดียวกัน Veronesi กับ Bonadonna ได้ศึกษาการใช้ยา 3 ชนิดร่วมกัน คือ cyclophosphamide, methotrexate และ fluorouracil (CMF) รักษาพร้อมหลังการผ่าตัด ในผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม และมีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง พบว่า อัตราการปลอดจากโรคของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับยาเสริม เพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดอย่างเดียวถึง 10 ปี นอกจากนี้ Cooper ได้ทำการศึกษาคาร์โบไซยาเคมี 5 ชนิดร่วมกันโดยเพิ่ม vincristine และ prednisone (CMFVP) ในผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมและมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองตั้งแต่ 4 ต่อมนขึ้นไปหลังได้รับการผ่าตัด พบว่า สามารถทำให้ชีวิตของผู้ป่วยยืนยาวขึ้น (Wise and Johnson, 1994) จากการศึกษาทดลองดังกล่าว พอสรุปได้ว่า การรักษามะเร็งเต้านมโดยใช้ยามากกว่าหนึ่งชนิดร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น จะทำให้ได้ผลดี ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตยืนยาวขึ้น

3.2 ชนิดของยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดตัวแรกที่ได้นำมาใช้รักษาโรคมะเร็ง คือ nitrogen mustard เนื่องจากในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 1 (ค.ศ. 1914-1918) ได้มีการนำแก๊ส mustard มาใช้ในการทำสงครามทางเคมี ทหารที่ตายจากสงครามครั้งนั้นพบว่าไม่มีไขกระดูก ส่วนทหารที่รอดชีวิตมาได้ก็พบว่าไม่มีปริมาณของเม็ดเลือดขาวลดลง ต่อมาในปี 1941 ได้มีการนำ nitrogen mustard มาใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาว (leukemia) และเมื่อได้มีการศึกษาค้นคว้ามากขึ้นเกี่ยวกับชีววิทยาของเซลล์มะเร็ง กลไกการออกฤทธิ์ของยา

และการตื่นตัวในการสังเคราะห์สารจากพืชสมุนไพรมาใช้ ทำให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
ใหม่ ๆ ขึ้นมามากมาย

การจำแนกยาเคมีบำบัดตามลักษณะปฏิกิริยาทางเคมี สามารถจำแนกออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. Alkylating agents
2. Antimetabolites
3. Vinca alkaloid
4. Antimitotic Antibiotic
5. miscellaneous

Alkylating agents

ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ทำลายเซลล์ โดย alkyl ion ซึ่งเป็นส่วนประกอบของยาจะไปจับตัวกับอิเล็กตรอนใน DNA base คือ guanine, adenine และ cytosine มีผลทำให้เกิดการแตกหักและผิดรูปของ DNA ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะทำลายเซลล์ในทุก phase ของ cell cycles เซลล์ชนิดที่มีการแบ่งตัวเร็วจะถูกทำลายมากที่สุด ยาในกลุ่มนี้ที่รู้จักกันดี ได้แก่ chlorambucil, cyclophosphamide, ifosfamide, melphalan, mustine และ nitrosureas carmustine และ lomustine

Antimetabolites

การออกฤทธิ์ของยาในกลุ่มนี้จะมีผลต่อการสังเคราะห์ purine และ pyrimidines ภายในกรดนิวคลีอิก (nucleic) ซึ่ง purine เป็นตัวสำคัญในการสร้าง DNA ทำให้การสร้าง DNA ลดลง การเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์ก็ลดลงไปด้วย ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ cytarabine, 5-fluorouracil, mercaptopurin, methotrexate และ thioguanine

Vinca alkaloids

ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยาซึมเข้าไปในเซลล์ จะไปจับตัวกับสารโปรตีนชนิดหนึ่งที่ชื่อว่า tubulin ทำให้ tubulin ไม่สามารถรวมตัวกันเป็น microtubule ได้ ซึ่ง microtubule เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของเซลล์ช่วยให้เซลล์แบ่งตัวได้ ดังนั้นจึงทำให้การสร้าง mitotic spindle เสียไป โครโมโซมจะกระจายอยู่ทั่วไปใน cytoplasm หรือเกิดการจับกันเป็นกลุ่มทำให้มีการตายของเซลล์เกิดขึ้น ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ vinblastine, vincristine และ vindesine

Antimitotic Antibiotic

ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ โดยการแทรกตัวเข้าไปอยู่ระหว่างขดของ DNA ทำให้เกิดการแตกหักของขด DNA ยับยั้งการสร้าง DNA ขึ้นมาใหม่ ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ actinomycin, bleomycin, daunorubicin, doxorubicin, epirubicin และ mytomyacin ซึ่งยาเหล่านี้สกัดมาจากเชื้อราชนิด Streptomyces พันธุ์ต่าง ๆ

miscellaneous

ยาในกลุ่มนี้เป็นยาเคมีบำบัดอื่น ๆ ที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งได้ ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่ายังไม่ทราบถึงกลไกการออกฤทธิ์ที่แท้จริงของยา หรืออาจเป็นเพราะว่ายาแต่ละตัวมีกลไกการออกฤทธิ์มากกว่าหนึ่งอย่าง ซึ่งยาในกลุ่มนี้ที่นิยมนำมาใช้ ได้แก่ asparaginase, carboplatin, cisplatin, mitozantrone, procarbazine และ podophyllotoxins

นอกจากนี้ยังมียาชนิดอื่น ๆ ที่นำมาใช้รักษาโรคมะเร็งร่วมกับยาต่อต้านเซลล์มะเร็ง ได้แก่ ยาในกลุ่ม glucocorticoids ได้แก่ dexamethasone และ prednisolone ซึ่งยาเหล่านี้นำมาใช้เพื่อยับยั้งการผลิต lymphocyte, กดการตอบสนองต่อการต่อต้านการอักเสบ และกดการผลิต euphoric state

3.3 การรักษาโรคมะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัด โดยทั่วไปจะมีอยู่ 3 ลักษณะ คือ

1. รักษาในรูปแบบที่เป็น adjuvant therapy
2. รักษาในรูปแบบที่เป็น recurrent disease
3. ในรูปของการรักษาร่วมกับการผ่าตัด และการฉายแสงในโรคที่เป็นมากแล้วเมื่อแรกพบ

(locally advanced)

adjuvant therapy

เป็นการรักษาเสริมด้วยยา เนื่องจากหลังการผ่าตัด หรือฉายแสง ซึ่งเป็นการรักษาเฉพาะที่ สามารถทำให้ผู้ป่วยปลอดจากโรคได้ช่วงระยะหนึ่ง แต่ในที่สุดโรคก็จะกลับคืนมาอีก และทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตไป ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาจากแพทย์นั้น โรคได้มีการกระจายไปแล้ว แต่เป็นเพียงจุดเล็ก ๆ (micrometastasis) ซึ่งยังไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยวิธีที่มีอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้นการรักษาเสริมด้วยยา จึงเป็นวิธีที่ป้องกันและกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ในที่ต่างๆของร่างกาย ซึ่งสามารถป้องกันการเกิดโรคขึ้นใหม่ และยังช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้

recurrent disease

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ในประเทศไทยที่มารับการตรวจรักษาจากแพทย์นั้น ส่วนมากระยะของโรคที่ตรวจพบมักจะเป็นระยะหลัง ๆ แล้ว โดยเฉพาะระยะที่ 2 เป็นระยะที่พบได้บ่อยที่สุด โดยส่วนรวมแล้วโอกาสที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการกลับมาระยะของโรคอีกอย่างน้อยก็มากกว่าร้อยละ 50 ในเวลา 5 ปี และมากขึ้นกว่านั้นอีกในเวลา 10 ปี ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการกลับมาระยะของโรคจะได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน แต่ในที่สุดก็ต้องใช้เคมีบำบัดเมื่อการรักษาด้วยฮอร์โมนไม่ได้ผล

locally advanced

กรณีของ locally advanced หมายถึง ก้อนมะเร็งบริเวณเต้านมมีขนาดใหญ่มาก ไม่สามารถจะผ่าตัดได้และ/หรือให้รังสีรักษาได้ผลดี กรณีนี้ยากกลุ่มสารเคมีจะถูกนำมาใช้เพื่อลดขนาดก้อน และควบคุม micrometastasis ก่อน โดยทั่วไปจะให้ยาประมาณ 3 ชุด แล้วผู้ป่วยจึงรับการรักษาด้วยการผ่าตัด และ/หรือรังสีรักษาต่อไป ในบางรายจะได้รับยาต่อหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเฉพาะที่แล้ว

สำหรับยาเคมีบำบัดที่นิยมนำมาใช้ในการรักษาเสริมแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ (Haskell, 1995)

1) CMF ± P

Cyclophosphamide	100 mg/m ²	รับประทานติดต่อกัน 14 วัน
Methotrexate	40 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำวันที่ 1 และวันที่ 8
5-Fluorouracil	600 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำวันที่ 1 และวันที่ 8
+ Prednisolone	40 mg/m ²	รับประทานติดต่อกัน 14 วัน

ในแต่ละ cycle จะให้ซ้ำ ทุก ๆ 4 สัปดาห์

2) IV CMF

Cyclophosphamide	600 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำวันที่ 1 (และวันที่ 8)
Methotrexate	40 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำวันที่ 1 (และวันที่ 8)
5-Fluorouracil	600 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำวันที่ 1 (และวันที่ 8)

ในแต่ละ cycle จะให้ซ้ำ ทุก ๆ 3 สัปดาห์ (หรือจะให้ทุก 4 สัปดาห์ ถ้าหากได้ผลดีภายในวันที่ 1 และวันที่ 8)

3) AC

Doxorubicin (Adriamycin)	60 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำวันที่ 1
Cyclophosphamide	600 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำวันที่ 1

ในแต่ละ cycle จะให้ซ้ำ ทุก ๆ 3 สัปดาห์

4) FAC

5-Fluorouracil	400 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ วันที่ 1 และวันที่ 8
Doxorubicin (Adriamycin)	40 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ วันที่ 1
Cyclophosphamide	400 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ วันที่ 1

ในแต่ละ cycle จะให้ซ้ำทุก ๆ 3-4 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับพิษของยา และขนาดของยา Doxorubicin ในเลือดโดยรวมทั้งหมดสูงขึ้น ไม่เกิน 450 mg/m³

5) CAF

Cyclophosphamide	100 mg/m ²	รับประทานติดต่อกัน 14 วัน
Doxorubicin (Adriamycin)	25 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ วันที่ 1 และวันที่ 8
5-Fluorouracil	500 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ วันที่ 1 และวันที่ 8

ในแต่ละ cycle จะให้ซ้ำทุก ๆ 4 สัปดาห์ และจะให้ Methotrexate (40 mg/m²) แทน Doxorubicin เมื่อขนาดของ Doxorubicin ในเลือดโดยรวมทั้งหมดสูงขึ้นไปถึง 450 mg/m³

6) A → CMF

Doxorubicin (Adriamycin)	75 mg/m ²	ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำขนาดเดียว (Single agent) ทุก ๆ 3 สัปดาห์ x 4 ครั้ง
--------------------------	----------------------	---

แล้วตามด้วย CMF คือ

Cyclophosphamide	600 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุกๆ 3 สัปดาห์ x 8 ครั้ง
Methotrexate	40 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุกๆ 3 สัปดาห์ x 8 ครั้ง
Fluorouracil	600 mg/m ²	หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุกๆ 3 สัปดาห์ x 8 ครั้ง

3.4 อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด

เมื่อยาเคมีบำบัดผ่านเข้าสู่ร่างกาย จะออกฤทธิ์ในการทำลายเซลล์ทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ และผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดยังก่อให้เกิดปัญหา และอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ (บุษบา และ นงเยาว์, 2538)

ก) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร จะพบได้บ่อยในระยะที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่

1. อาการเบื่ออาหาร
2. อาการคลื่นไส้อาเจียน
3. อาการปากแห้ง
4. อาการท้องร่วง

ข) ผลต่อผิวหนัง ผม ขน และเล็บ

1. ผิวหนังและเล็บ ผู้ป่วยบางรายมักจะมีอาการของผิวหนังแห้ง ผิวคล้ำกว่าปกติ มีรอยดำที่เล็บ และบางรายอาจเกิดผื่นคันตามผิวหนัง

2. ผมและขน ผู้ป่วยมักมีการหลุดร่วงของผมและขน แต่ผมที่หลุดร่วงไปจะงอกใหม่เมื่อผู้ป่วยเลิกใช้ยาเคมีบำบัด ประมาณ 2-3 เดือน

ค) ผลต่อกระดูก เนื่องจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดจะไปกดการทำงานของไขกระดูก ทำให้เซลล์เม็ดเลือดในไขกระดูกลดลง ทำให้เกิด

1. การลดลงของเม็ดเลือดแดง (ภาวะซีด) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีด อ่อนเพลียไม่มีกำลัง ปวดศีรษะ มึนงง เหนื่อยง่าย หรือหนาวง่าย ในกรณีที่มีอาการซีดมาก ๆ อาจเกิดอาการหายใจสั้นใจเต้น ใจสั่น ถ้ารุนแรงมากอาจมีความดันโลหิตต่ำ หัวใจวายได้

2. การลดลงของเม็ดเลือดขาว ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานโรคต่ำลง มีโอกาสติดโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย

3. การลดจำนวนของเกร็ดเลือด จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกง่ายกว่าปกติ โดยอาจมีเลือดออกตามผิวหนัง หรือเลือดออกตามไรฟันได้

ง) ผลต่อกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และอารมณ์

1. กล้ามเนื้อ โดยผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง ไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย

2. ระบบประสาท ยาเคมีบางชนิดมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาตามบริเวณปลายมือปลายเท้า

3. อารมณ์ ผู้ป่วยบางรายมีอาการแปรปรวน หงุดหงิดง่าย

4. การพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

4.1 การพยาบาล

การพยาบาลเป็นบริการทางวิชาชีพ ซึ่งวางอยู่บนรากฐานของวิทยาศาสตร์ โดยสร้างสมเป็นความสามารถทางทักษะและสติปัญญาของพยาบาลแต่ละคน โดยการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลทั้งที่เจ็บป่วยและที่ปกติ ซึ่งต้องการคำแนะนำ หรือต้องการการดูแลด้านสุขภาพอนามัย เพื่อให้พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538) และการแสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพนั้น ต้องอาศัยศาสตร์อันเฉพาะ ซึ่งศาสตร์การดูแล ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญสุดยอดของการพยาบาล จะพบได้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาล แนวคิดของการดูแลจะแสดงได้อย่างชัดเจนถึงการปฏิบัติต่อ “ คน ” ปฏิบัติกับ “ คนทั้งคน ” เพื่อความเป็นอยู่อันดีและมีความสุขที่ดีของ “ คน ” ซึ่งแสดงถึง “ องค์กรวมของการพยาบาล ” (Holistic Nursing) ซึ่งการดูแลจะปรากฏได้เป็น 2 รูปแบบ คือ (Brown cited in Leininger, 1981 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538)

รูปแบบที่ 1 การดูแลที่แสดงออกถึงความรู้ ทักษะและการเฝ้าระวังเชิงวิชาชีพ รูปแบบที่มักพบในการดูแลที่เกิดขึ้นเมื่อต้องการการดูแลในทันที เป็นความต้องการที่ต้องการตอบสนองอย่างรวดเร็ว

รูปแบบที่ 2 การดูแลที่ตระหนักถึงคุณค่าความต้องการ และเอกลักษณ์ของบุคคล โดยมุ่งใช้เวลาที่ให้แกผู้รับบริการ รูปแบบนี้ไม่ใช่การปฏิบัติที่ต้องการกระทำในทันที จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์และมีการสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยมุ่งให้ผู้รับบริการ ได้ตัดสินใจด้วยตนเอง จึงต้องใช้เวลาในการดูแล

ศาสตร์การดูแลและสมบูรณ์ได้ ก็ต่อเมื่อได้ปฏิบัติการดูแลทั้งสองรูปแบบนี้ร่วมกันในการให้การดูแลแกผู้รับบริการ นั่นคือ วิชาชีพการพยาบาล ซึ่งต้องมีการปฏิบัติโดยตรงต่อผู้รับบริการสุขภาพ แต่เมื่อพิจารณาการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบัน จะปรากฏในรูปของการทำงานตามคำสั่งการรักษา ทำงานตามกิจวัตรประจำวัน ลักษณะการทำงานเช่นนี้ เป็นการลดสถานะความเป็นวิชาชีพของพยาบาลลงไป ในขณะที่เดียวกันทำให้งานการพยาบาลที่แท้จริงต้องไปอยู่ในความรับผิดชอบของบุคคลประเภทที่จัดไว้ต่ำกว่า วิชาชีพ เช่น ผู้ช่วยพยาบาล (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538)

อัลฟาโน (Alfano อ้างถึงใน พวงน้อย สาครรัตนกุล, 2518) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะของพยาบาล ไว้ 2 แบบ คือ

1. พยาบาลที่ทำแต่งงานให้เสร็จ (Task Oriented Practice) พยาบาลลักษณะนี้ จะพิจารณาวิธีการให้การดูแลร่างกายของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ว่าเป็นเทคนิคที่จะให้มีความสุขสบาย และดัดแปลงไปตามพยาธิสภาพของโรค การจ่ายงานที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย มักจะมอบหมายกับ ผู้ช่วยพยาบาล และไม่นิเทศงาน โดยตนเองจะเป็นผู้ให้การดูแลร่างกายอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่หนักที่สุด การดูแลให้การพยาบาลส่วนใหญ่จะเน้นอยู่ที่การให้ยา การรักษา และการช่วยเหลือแพทย์ การจ่ายงานจะแบ่งงานกัน โดยพยาบาลเองทำงานเกี่ยวกับการให้ยา การทำการรักษาที่สลับซับซ้อน ส่วนงานอื่น ๆ ที่ต้องทำกับผู้ป่วยหลายอย่าง จะจ่ายให้ผู้ช่วยพยาบาล บรรยากาศการทำงานจะเต็มไปด้วยความรีบเร่ง กดดัน เน้นความสำคัญที่เวลา ไม่ได้คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โอกาสที่จะสอนผู้ป่วย และครอบครัวมีน้อย ไม่ค่อยได้ติดตามผลของบริการ ลักษณะการคิดถึงงานเด่นชัดมากกว่าการคิดถึงผู้ป่วย เห็นการพยาบาลเป็นสิ่งที่ต้องทำกับผู้ป่วยตามเวลาที่วางไว้ เน้นการให้การดูแลโดยประเมินความต้องการของผู้ป่วยจากข้อมูลทางการแพทย์มากกว่าความรู้สึกของผู้ป่วยเอง และการจัดเจ้าหน้าที่ทำงาน จะมุ่งอยู่แต่เวลากลางวันเป็นพิเศษ เวรบาย ดึก จะนึกถึงเฉพาะเหตุการณ์ปัจจุบันทันด่วนที่อาจจะเกิดขึ้น

2. พยาบาลที่เป็นวิชาชีพ (Professionally Oriented Practice) จะพิจารณาถึงความสุขสบายว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และความใกล้ชิดนี้ จะให้โอกาสในการที่จะสอนและชักจูงผู้ป่วยดัดแปลงและแนะนำผู้ป่วย ให้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ หรือวิตกกังวล ความรู้สึก และพยาธิสภาพ ดังนั้นพยาบาลจะทำงานเช่นนี้ด้วยตนเอง และจ่ายงานที่ต้องการทำกับสิ่งของให้แก่ผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งจะทำให้พยาบาลมีเวลาที่จะดูแลให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วย ซึ่งมุ่งไปในด้านสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายทั้งด้านร่างกาย และจิตใจอย่างเต็มที่ รับผิดชอบทั้งหมดเกี่ยวกับการบริการพยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่

กลุ่มของตน การดูแลให้การพยาบาลจะเน้นที่ความรู้สึก ความห่วงใย ความวิตกกังวลของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยผ่านการรักษาของแพทย์ การจ่ายงานแบ่งตามจำนวนผู้ป่วย และการพยาบาลที่ต้องการ พยาบาลแต่ละคนจะรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด โดยวางแผนงานใน 24 ชั่วโมง บรรยายการทำงานไม่รีบร้อน เน้นที่การดูแลผู้ป่วย พิจารณาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โอกาสที่จะสอนผู้ป่วย และครอบครัวไม่จำกัด ลักษณะงานเน้นถึงผู้ป่วยเด่นชัด ตระหนักถึงความสำคัญ สถานภาพ และสภาพจิตใจของผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ว่ามีอิทธิพลต่อการวางแผนการพยาบาล และการหายของผู้ป่วย ให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการหาย พยาบาลจะทำงานเกี่ยวกับขบวนการของชีวิต ตลอดจนการหาทางแก้ไขปัญหาของมนุษย์

4.2 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ภาวะสุขภาพดี ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความไว้ว่า สุขภาพดี หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปราศจากโรคหรือความพิการใด ๆ ดังนั้นการให้การพยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ พยาบาลต้องระลึกเสมอว่าผู้ป่วยมีใช้วัตถุ แต่เป็นมนุษย์มีชีวิต จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก มีความต้องการเฉพาะตน ซึ่งความต้องการของผู้ป่วยนี้ รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังที่ จินตนา ปรีชา (2523) ได้กล่าวถึงกิจกรรมการพยาบาลที่สมบูรณแบบตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (direct nursing care) หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรพยาบาลกระทำให้ผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้การพยาบาล หรือการดูแลเพื่อการรักษาต่อผู้ป่วยรายบุคคลอันเป็นวิถีทางนำไปสู่ความสุข ความปลอดภัยจากพยาธิสภาพ และการฟื้นฟูสภาพที่ดีที่สุดของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็นหมวดย่อย ๆ 8 หมวด คือ

- 1.1 การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
- 1.2 การให้อาหารผู้ป่วย
- 1.3 การช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการขับถ่าย
- 1.4 การปฏิบัติการรักษาพยาบาล
- 1.5 การเยี่ยมตรวจ
- 1.6 การสังเกตและการบันทึก
- 1.7 การรับย้าย จำหน่าย และส่งผู้ป่วยไปแผนกอื่น ๆ
- 1.8 การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ

2. กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (indirect nursing care) หมายถึงกิจกรรมที่บุคลากรพยาบาลมิได้กระทำให้ผู้ป่วยโดยตรง แต่เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการรักษาพยาบาล หรือการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการพยาบาลให้สมบูรณมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลยิ่งขึ้น แบ่งออกเป็นหมวดย่อย ๆ ได้ 3 หมวด คือ

2.1 การรายงานอาการผู้ป่วย

2.2 งานด้านบริการผู้ป่วย

2.3 การรายงาน และการประชุมปรึกษา

จากกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า การพยาบาลเป็นการดูแลสุขภาพของบุคคล โดยผสมผสานการดูแลโดยรวมทุกด้านของบุคคล เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นสุข

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะถูกคุกคามจากอาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ป่วยต้องสูญเสียความปกติสุขในชีวิตประจำวัน กลัวในสิ่งที่จะเกิดขึ้น และมักคาดหวังในสิ่งที่ไม่ทราบในทางเลวร้าย การเจ็บป่วยทางกายจะทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล กลัว โกรธ บางครั้งอาจรู้สึกท้อแท้ และเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเป็นการเพิ่มความรู้สึกเครียดให้ผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากถูกแยกจากครอบครัวมาประสบกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงในกิจวัตรประจำวันที่เคยปฏิบัติ และจากสิ่งแวดล้อมที่พบในโรงพยาบาลเป็น สิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว และความกังวลได้อย่างมาก จากการศึกษาของ ประคอง อินทรสมบัติ (2520) เกี่ยวกับความเครียดในผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย พบว่า ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลมีความเครียดสูงพอ ๆ กัน ทั้งผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม ดังนั้น ขณะที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและผลกระทบของความเจ็บป่วย ต่อความต้องการดังกล่าว สามารถจำแนกได้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร เรียงลำดับความสำคัญก่อนหลังได้ วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกด้าน

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

1. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ

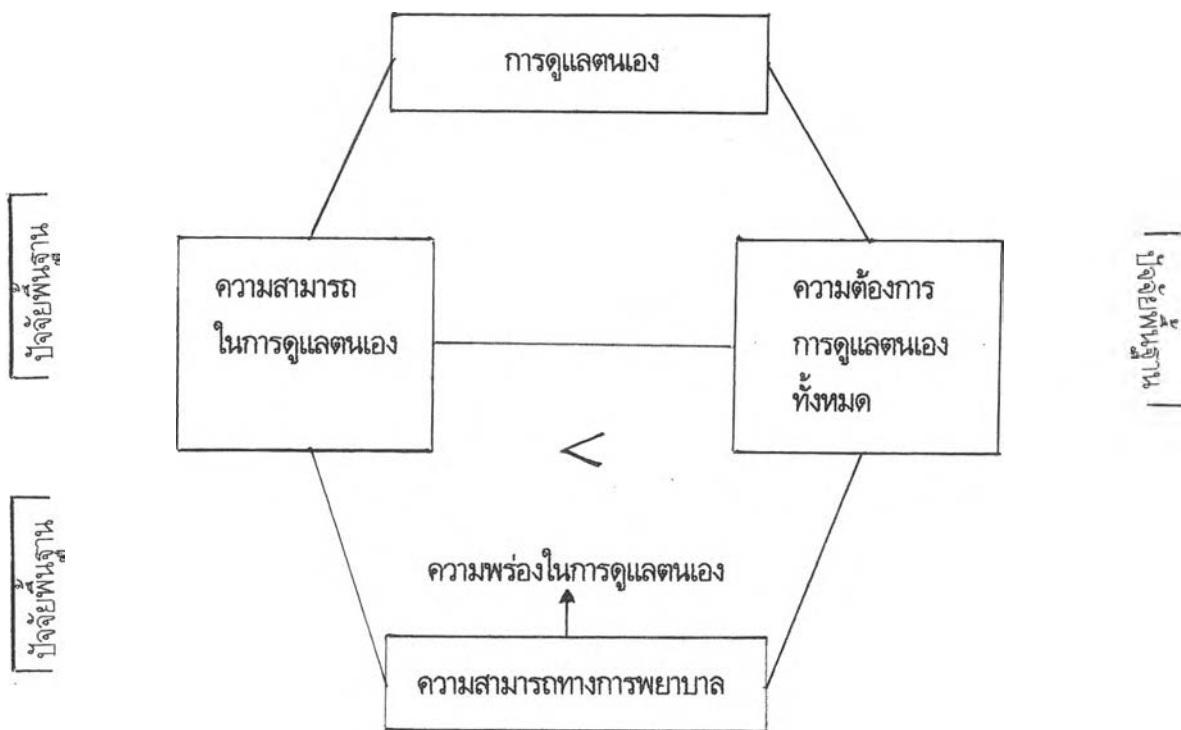
1.1 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing system) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการช่วยเหลือของพยาบาลที่สัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อที่จะตอบคำถาม 2 ประการ คือ การช่วยเหลือที่พยาบาลกระทำคืออะไร และมีผลต่อผู้ป่วยอย่างไร

1.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care deficit) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ทำไมบุคคลจึงต้องการและสามารถได้รับประโยชน์จากการพยาบาล โดยอธิบายถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demand)

1.3 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายการดูแลตนเองในลักษณะของการปรับหน้าที่ ซึ่งเปรียบได้กับกระบวนการของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ แต่ต่างกันตรงที่ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อม และชนบทรรมนิยมประเพณี ที่บุคคลนั้นได้มีส่วน

ในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง อยู่เสมอ โดยอธิบายว่า บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่และพัฒนาตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรค และการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้ วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม ที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีโอเร็มประกอบด้วยมโนคติต่าง ๆ คือ การดูแลตนเอง (Self-care) ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Dependent care agency) ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) ระบบการพยาบาล (Nursing system) และปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ซึ่งมโนคติทั้งหมดนี้มีความสัมพันธ์ต่อกันและประกอบเป็นแนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลของโอเร็ม ดังแสดงในรูป ที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีโอเร็ม

ที่มา : Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care)

โอเร็มกล่าวถึงทฤษฎีการดูแลตนเองว่า เป็นแนวคิดของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลจากการกระทำนั้น ๆ ซึ่งการเรียนรู้อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอนหรือคำแนะนำ หรือเรียนรู้จากประสบการณ์จริงจากการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ในแต่ละวัน และบุคคลยังนำความสามารถเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลส่งเสริม หรือเป็นผลทางลบต่อการทำหน้าที่ตามปกติ หรือตามพัฒนาการ เพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไป และคงความผาสุกไว้ นอกจากนี้จะนำความสามารถมาใช้ในการดูแลตนเองแล้ว บุคคลยังนำมาให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวและคนอื่น ๆ ด้วย

การดูแลตนเอง (Self-care)

โอเร็ม (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ได้อธิบายถึงการดูแลตนเอง สรุปได้ว่าการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพ และสวัสดิภาพที่ดี การดูแลตนเองแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Dificit)

โอเร็มกล่าวถึงทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองว่า ความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคลเป็นเกณฑ์ในการกำหนดการให้การพยาบาล โดยความต้องการการพยาบาล จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลในวัยผู้ใหญ่ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง หรือไม่สามารถให้การดูแลผู้ที่อยู่ภายใต้การปกครองได้ เช่น เด็ก คนชรา หรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง หรือเมื่อความต้องการการดูแลตนเอง มีความยุ่งยากซับซ้อนต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะ

ความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) เกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demand) ในขณะนั้น หรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต

ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demand) หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย ความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) 3 ด้าน คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisits)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรม การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ การคงไว้ซึ่ง อากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามธรรมชาติ การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว กับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisits)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนา แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่ 1 ได้แก่ การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา และชนิดที่ 2 ได้แก่ การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการนี้ เป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisits)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองในภาวะนี้ มี 6 อย่าง คือ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย การรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น และการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา ในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่

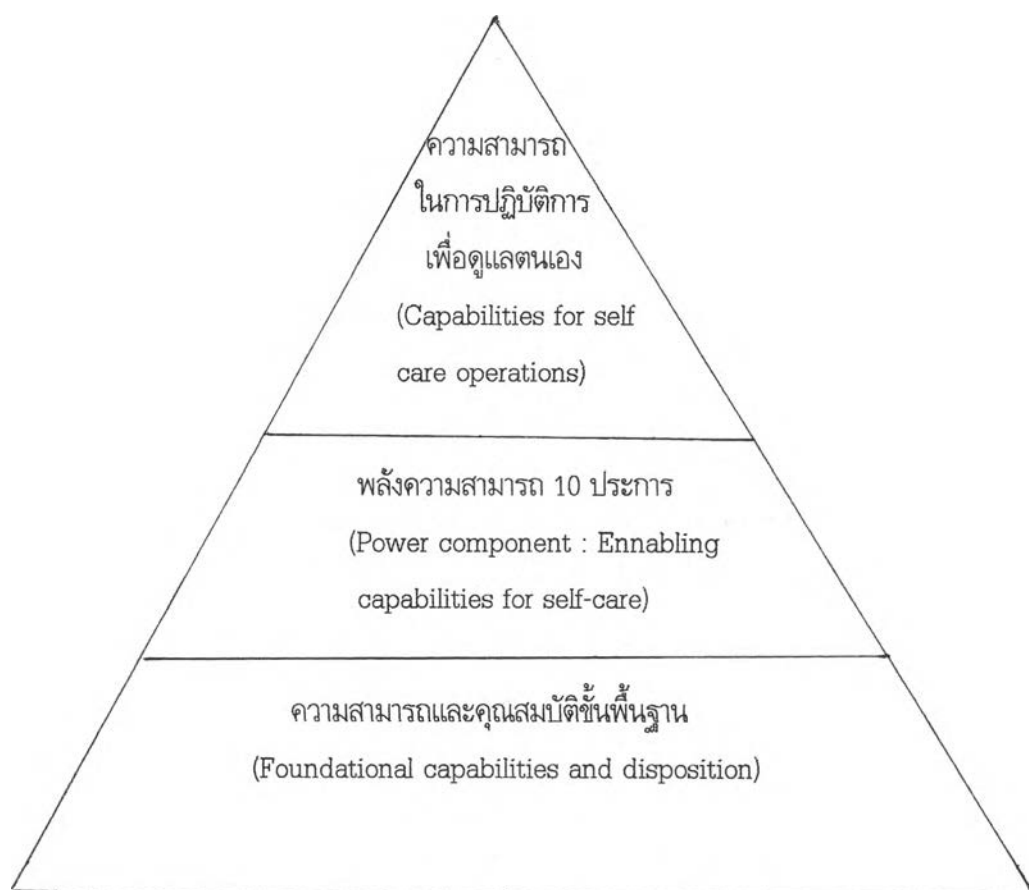
ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด ที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

เป็นความสามารถที่ซับซ้อนที่บุคคลพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการควบคุมกระบวนการของชีวิต คงไว้และส่งเสริมโครงสร้าง การทำหน้าที่ และพัฒนาการของบุคคล ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดความผาสุก ความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล จะแปรเปลี่ยนไปตามพัฒนาการจากวัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ นอกจากนี้ยังขึ้นกับภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถที่จะเรียนรู้ ประสบการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตประจำวัน ความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากการพัฒนา และการได้ลงมือปฏิบัติของแต่ละบุคคล (Orem, 1995) โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components : Enabling capabilities for self-care) และ 3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

แกส และคณะ (Gast et al., 1989 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ได้วิเคราะห์โมเดลของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่า ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป นั่นคือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) แบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (doing) และ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งพลังความสามารถ 10 ประการนี้ จะเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง และภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการปฏิบัติการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งพลังความสามารถ 10 ประการเหล่านี้ จะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถ 3 ประการ คือ 1) การ

คาดการณ์ (Estimative) 2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) และ 3) การลงมือปฏิบัติ (Productive) จาก
การวิเคราะห์หมโนมติของความสามารถในการดูแลตนเองของแกส และคณะ ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 โครงสร้างของการดูแลตนเอง
ที่มา : สมจิต หนูเจริญกุล, 2536

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

โอเร็มกล่าวถึงทฤษฎีระบบการพยาบาลว่า เป็นระบบการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลกระทำด้วยความตั้งใจ โดยใช้ความสามารถที่เรียนรู้และฝึกฝนมาโดยเฉพาะ การปฏิบัติต้องผ่านสัมพันธภาพและการตกลงร่วมกัน ระหว่างพยาบาลกับผู้ที่ต้องการการบริการทางสุขภาพ หรือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถดูแลตนเองหรือบุคคลภายใต้การปกครองอย่างมีประสิทธิภาพ สมบูรณ์ และต่อเนื่อง โดยยึดหลักว่า ความต้องการความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยได้รับการประเมินและตอบสนอง ความสามารถของบุคคลหรือกลุ่มคนนั้นได้รับการปกป้อง และพัฒนาจนอยู่ในระดับที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเองได้ ระบบการพยาบาลนี้สามารถออกแบบให้ใช้กับบุคคลหรือกลุ่มคนก็ได้

ระบบการพยาบาล (Nursing System)

ระบบการพยาบาล คือ ระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลย์ ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ

ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency)

เป็นความสามารถที่ได้มาจากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาลได้วินิจฉัยความต้องการการดูแล และจัดระบบการดูแลในผู้ป่วยที่มีความพร้อมหรือมีโอกาสจะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง

โอเร็มได้เสนอระบบการพยาบาลไว้ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งแต่ละระบบจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ ดังนี้

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้กับผู้ป่วยซึ่งมีความจำกัดทางจิตใจและทางกายภาพ ที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวให้ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองได้ ซึ่งได้แก่ผู้ป่วยต่อไปนี้

- 1.1 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอย่างจงใจได้ ไม่ว่าจะ เป็นกิจกรรมแบบใด
- 1.2 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินหรือควบคุมการเคลื่อนไหวได้ แต่สามารถที่จะรับรู้และ

ตัดสินใจได้

1.3 ผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนไหวได้ ตัดสินใจได้ กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองบางประการได้ แต่จำเป็นต้องได้รับการนิเทศ ชี้แนะอย่างต่อเนื่อง

2. ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) ระบบนี้ใช้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายให้เป็นไปตามต้องการในการดำรงชีวิต หรือในการทำงาน เพื่อความปลอดภัย ในระบบนี้ ผู้ป่วยและพยาบาลต่างก็มีบทบาทสำคัญและมีส่วนร่วมพอ ๆ กันในการกระทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยพบกับความต้องการของตนเอง

3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive educative nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่ใช้กับผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ตามต้องการ สามารถเรียนรู้ได้ ตัดสินใจได้ แต่ทั้งนี้ไม่สามารถจะทำได้ ถ้าปราศจากการช่วยเหลือ ซึ่งอาจจะทำโดย การสนับสนุน การชี้แนวทาง การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพัฒนาการ และการสอน

วิธีการช่วยเหลือ (Help methods) โอเร็มได้กำหนดไว้ 5 วิธี คือ

1. การปฏิบัติทดแทนหรือกระทำให้ ทำโดยผู้ให้การช่วยเหลือใช้ความสามารถทั้งร่างกายและจิตใจ ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือ ในกรณีที่ผู้รับการช่วยเหลือมีสติหรือรู้สึกตัวดี ต้องเป็นผู้อนุญาตให้ผู้ช่วยเหลือกระทำกิจกรรมให้ได้ แต่ถ้าผู้รับความช่วยเหลือไม่รู้สึกรู้ตัว การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ทดแทนให้ ต้องปฏิบัติโดยเคารพสิทธิของผู้รับการช่วยเหลือ โดยมีการตัดสินใจและวางแผนอย่างรอบคอบ

2. การแนะนำและชี้แนะ วิธีนี้ผู้รับการช่วยเหลือต้องสามารถตัดสินใจเองได้ และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยอาศัยคำแนะนำ การควบคุม หรือได้รับแรงจูงใจจากผู้ให้ความช่วยเหลือ

3. การสนับสนุน เป็นวิธีช่วยให้บุคคลปราศจากความเครียด ป้องกันความล้มเหลว หรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ หรือการตัดสินใจที่ไม่พึงพอใจ การช่วยเหลือเช่นนี้ จะใช้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่ไม่พึงพอใจ เช่น ความกลัว ความเจ็บปวด วิธีสนับสนุนอาจจะกระทำโดยการใช้คำพูด การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย การสัมผัสผู้ป่วย การเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด เป็นต้น

4. การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นการช่วยจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมทั้งร่างกายและสังคม ที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถสร้างจุดมุ่งหมายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ส่งเสริมพัฒนาการของบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หรือเห็นคุณค่า สร้างสรรค์ความสามารถ มีการปรับปรุงมโนทัศน์เกี่ยวกับตน และมีการปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองให้ได้รับผลสำเร็จตามเป้าหมาย

5. การสอน เป็นวิธีช่วยให้ผู้รับการช่วยเหลือเกิดความรู้ ความชำนาญในการดูแลตนเอง มีการให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติบ่อย ๆ ให้สังเกตวิธีการปฏิบัติจากผู้อื่น ผู้ให้การช่วยเหลือจะเป็นผู้ให้ความรู้ หรือชี้แนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยตระหนักถึงความพร้อม ความสนใจ วัย และประสบการณ์ของผู้มารับความช่วยเหลือเป็นสำคัญ

2. การให้คำปรึกษา

2.1 ความหมาย โดยทั่วไปความหมายของการให้คำปรึกษา แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2532)

2.1.1 การให้คำปรึกษาในลักษณะที่เน้นสัมพันธภาพในการช่วยเหลือ ซึ่งโรเจอร์ส กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาพยายามใช้หลักของสัมพันธภาพในการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถเข้าใจตนเอง นำตนเองไปในทิศทางที่เหมาะสม

2.1.2 การให้คำปรึกษาในลักษณะที่เน้นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลง ซึ่งวิลเลียมสัน กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นการพบกันระหว่างบุคคล 2 คน โดยคนที่หนึ่งได้รับการฝึกฝน มีทักษะ และความไว้วางใจ ส่วนอีกคนหนึ่งเป็นผู้ต้องการความช่วยเหลือ คนที่หนึ่งจะช่วยเหลือคนที่สองให้เผชิญกับปัญหา ทำให้กระจ่าง แก้อาการของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.2 วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา

2.2.1 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูดระบายความรู้สึกคับข้องใจ ทำให้ลดความเครียด ความวิตกกังวล

2.2.2 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ เข้าใจสาเหตุของความไม่สบายใจ และรู้วิธีแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่

2.2.3 เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถพัฒนาตนเอง ดำเนินชีวิตอย่างถูกต้องเหมาะสม

2.3 ลักษณะของการให้คำปรึกษา โดยทั่วไปจะมีลักษณะที่สำคัญอยู่ 2 ลักษณะ คือ

2.3.1 การให้คำปรึกษาแบบนำทาง (Directive approach) เป็นลักษณะที่ยึดตัวผู้ให้คำปรึกษาเป็นหลัก (Counselor Centered approach) ผู้ให้คำปรึกษาจะใช้วิธีนำด้วยการสนทนาตั้งคำถามให้ความมั่นใจ ให้คำแนะนำและแนะช่องทางเพื่อหาข้อมูล บางครั้งผู้ให้คำปรึกษาอาจจะเสนอแนะหรืออาจตัดสินใจในกรณีที่เห็นว่าผู้มารับบริการมีบุคลิกอ่อนแอ หรืออยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ ผู้ให้คำปรึกษา จะสะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษารู้ถึงจุดเด่นและจุดด้อยในตัว เพื่อตัดสินใจเลือกใช้ความสามารถของตนเองได้อย่างเต็มที่

2.3.2 การให้คำปรึกษาแบบไม่นำทาง (Non-directive approach) เป็นลักษณะที่ยึดตัวผู้มาขอรับคำปรึกษาเป็นหลัก (Client Centered approach) การให้คำปรึกษาแบบนี้มักใช้กับผู้ขอรับคำปรึกษาที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก การปรับตัว ผู้ให้คำปรึกษาจะแสดงความเห็นใจ เข้าใจ ยอมรับ เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึก อารมณ์และความคับข้องใจออกมา โดยที่ผู้ให้คำปรึกษาจะไม่แสดงความคิดเห็นว่าเห็นด้วยหรือไม่ แต่พยายามหาวิธีทางที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจปัญหาและตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง

2.4 ทฤษฎีในการให้คำปรึกษา

ทฤษฎีในการให้คำปรึกษานั้น โดยทั่วไปมาจากการรวบรวมแนวคิดด้านต่าง ๆ ของบุคคล ตั้งแต่พื้นฐานทางประวัติศาสตร์ สังคมศาสตร์ ปรัชญา ความเชื่อในธรรมชาติของมนุษย์ โดยอาศัยทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของมนุษย์ ทฤษฎีบุคลิกภาพ และทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เป็นพื้นฐาน ซึ่ง อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2532) สรุปไว้ 6 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับคุณลักษณะและองค์ประกอบ (Trait Factor Centered Approach) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับมนุษย์กับงาน ความสามารถและความสุขในการทำงาน โดยมีความเชื่อว่ามนุษย์ต้องพึงพาอาศัยผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ช่วยสะท้อนให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักตนเอง และใช้ความสามารถในการเลือกแนวทางของตนเองอย่างเหมาะสม ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้ที่มีปัญหาคือ ผู้ที่ไม่แน่ใจในความสามารถของตนเอง ไม่รู้วิธีที่จะใช้ความสามารถของตนเองไปในทางที่ดีที่สุดได้อย่างไร ดังนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะมีบทบาทในการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักตัวเองถึงความสามารถ ความถนัด พร้อมทั้งเสนอแนวทางเพื่อให้ตัดสินใจเลือกอย่างดีที่สุด บางครั้งผู้ให้คำปรึกษาอาจต้องช่วยผู้มาขอรับคำปรึกษาในการตัดสินใจให้ด้วย ถ้าเขาอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้

กลุ่มที่ 2 แนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory Approach) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ ผู้มีปัญหาคือ ผู้ที่ได้รับการเรียนรู้มาผิด ๆ จนไม่สามารถตอบโต้กับสิ่งแวดล้อมได้ วิธีการช่วยเหลือผู้มีทุกข์ก็คือ ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาจะร่วมกันวางแผนและตั้งจุดมุ่งหมายในการสร้างพฤติกรรมที่ดีและน่าพอใจ

กลุ่มที่ 3 แนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีค่านิยม (Existentialist) ทฤษฎีนี้เน้นในเรื่องความมีอิสระของมนุษย์ การมีชีวิตที่มีความหมาย (meaning of life) โดยมีความเชื่อว่า เหตุที่มนุษย์มีความทุกข์หรือปัญหานั้น เนื่องมาจากตนรู้สึกว่าคุณชีวิตตนไม่มีความหมาย อยู่อย่างเลื่อนลอยหาความสุขไม่ได้ ฉะนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาให้รู้จักหาสิ่งที่มีความหมายให้กับตนเอง สร้างเป้าหมายในชีวิตให้กับตนเอง เพื่อมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม เน้นให้เห็นถึงความมีอิสระในตัวเองของมนุษย์ ในการเลือกและตัดสินใจกระทำการต่าง ๆ ด้วยตนเอง พร้อมกับจะต้องรู้จักรับผิดชอบในผลที่ตามมาจากการกระทำของตน

กลุ่มที่ 4 แนวความคิดตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Approach) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ก็คือ สัตว์ชนิดหนึ่งที่มีความต้องการ (id) หรือตัณหา ผู้ที่มีความทุกข์ก็คือ ผู้ที่มีความขัดแย้งใจ (conflict) ไม่สามารถผสมผสานระหว่างความต้องการของตนเอง หรือตัณหา กับความรู้สึกผิดชอบชั่วดีได้อย่างเหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาจะหาทางช่วยเหลือผู้มารับคำปรึกษา โดยชี้ให้เห็นถึงสาเหตุและเรื่องราวที่เป็นความขัดแย้งของผู้มีทุกข์ เสนอแนะให้เขายอมรับสาเหตุและปัญหาของตนเอง ความขัดแย้งจะลดลง ผู้มีทุกข์จะมองเห็นแนวทางในการช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น

กลุ่มที่ 5 แนวความคิดที่ผู้มาขอรับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Theory Approach) ทฤษฎีนี้ผู้ริเริ่มคือ Rogers ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ทุกคน มีศักดิ์ศรี มีคุณค่า และมีเกียรติยศ มีความฉลาดสามารถพัฒนาตนเองได้ ผู้มีทุกข์คือ ผู้ที่มีอะไรบางอย่างบดบังความสามารถและความรู้แจ้งเห็นจริงจนทำให้เขาไม่สามารถแสดงความสามารถออกมาได้ เช่น การคิดว่าตนเองมีปมด้อยกว่าคนอื่น ๆ แล้วทำให้เกิดความทุกข์ ฉะนั้นการให้คำปรึกษาจะใช้วิธีช่วยให้ผู้มีทุกข์ได้แสดงออกถึงความรู้แจ้งเห็นจริง โดยผู้ให้คำปรึกษาให้ความอบอุ่น ยอมรับเป็นกันเองกับผู้มีทุกข์ เปิดโอกาสให้เขาได้ตัดสินใจด้วยตนเอง

กลุ่มที่ 6 แนวความคิดแบบ Gasalt Theory Approach ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าแก่นแท้ของมนุษย์ ก็คือความเป็นมนุษย์ทั้งตัว จะมองในแง่ wholistic approach มนุษย์มีบุคลิกที่ผสมผสานกันระหว่างสิ่งที่พึงพอใจและสิ่งที่ไม่พึงพอใจของตนเองหรือสังคม ผู้ที่มีทุกข์ก็คือผู้ที่ไม่กล้าแสดงออกต่างๆ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยผู้มีทุกข์ให้ได้ระบายความทุกข์ที่กดเก็บไว้ออกมา

2.5 กระบวนการให้คำปรึกษา

กระบวนการที่ใช้ดำเนินการเพื่อให้คำปรึกษาบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการเริ่มต้นให้คำปรึกษา ขั้นตอนการปฏิบัติ และขั้นตอนการสิ้นสุดการให้คำปรึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Brammer, 1985)

1. ขั้นตอนการเริ่มต้นให้คำปรึกษา (Initiating phase) ประกอบด้วย

- 1.1 การเตรียมการให้คำปรึกษา (Preparation and Entry)
- 1.2 การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา (Clarification)
- 1.3 การกำหนดรูปแบบของการให้คำปรึกษา (Structure)
- 1.4 การสร้างสัมพันธภาพ (relationship)

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Working phase)

- 2.1 การศึกษาสำรวจ (Exploration)
- 2.2 การร่วมกันทำความเข้าใจปัญหาให้ตรงกัน (Consolidation)
- 2.3 การวางแผนและกำหนดวิธีแก้ปัญหา (Planning)

3. ขั้นตอนการสิ้นสุดการให้คำปรึกษา (Terminating phase)

การดำเนินการในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนการเริ่มต้นให้คำปรึกษา (Initiating phase)

1.1 การเตรียมการให้คำปรึกษา (Preparation and Entry) ในขั้นตอนนี้สิ่งที่จะต้องเตรียมพร้อมมีดังนี้ คือ

ก) สถานที่ ต้องมีบรรยากาศที่เป็นกันเอง โดยห้องต้องมีความสงบ เป็นสัดส่วน มีความสะดวกสบาย การจัดห้องเป็นระเบียบ แต่ไม่เป็นทางการจนเกินไป เพราะอาจจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกไม่ผ่อนคลาย การจัดที่นั่งไม่ควรมีโต๊ะชั้นกลาง เพราะจะทำให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกเกินทาง สำหรับ

ในหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ให้คำปรึกษา อาจใช้ห้องใดห้องหนึ่งบนหอผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าวจะเป็นการดีที่สุด แต่ถ้าไม่มีห้องอาจใช้มุมใดมุมหนึ่งของหอผู้ป่วย หรืออาจทำที่ข้างเตียงผู้ป่วยก็ได้

ข) ผู้ให้คำปรึกษา ก่อนที่จะให้คำปรึกษาควรเตรียมตัวเองให้พร้อมก่อน กล่าวคือ มีการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับคำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ พร้อมทั้งจะให้คำปรึกษา นอกจากนี้การให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ผู้ให้คำปรึกษาควรมีลักษณะดังนี้ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2526)

1. ทางด้านการรับรู้ทั่วไปเมื่อแรกพบกับบุคคล ผู้ให้คำปรึกษาที่ดีควรจะ

1.1 มองให้ถึงเนื้อแท้ของมนุษย์มากกว่าส่วนประกอบภายนอก นั่นคือ ผู้ให้คำปรึกษาควรมีความรู้สึกที่ไวต่อความสัมพันธ์ของบุคคลที่ตนได้สัมผัสว่ามีบทบาทอย่างไร จึงมีผลให้เขามีพฤติกรรมอย่างนั้น ซึ่งจะช่วยทำให้เข้าใจถึงบุคคลนั้นได้ลึกซึ้งขึ้น

1.2 ให้ความรู้สึกต่อความเป็นมนุษย์ในด้านคุณธรรมมากกว่าจะมองมนุษย์เป็นเพียงวัตถุชิ้นหนึ่ง

2. ทางด้านการยอมรับผู้อื่น ผู้ให้คำปรึกษาที่ดี ควรมีการยอมรับบุคคลอื่นว่า

2.1 มีความสามารถมากกว่าไร้ความสามารถ กล่าวคือ ยอมรับว่าผู้อื่นมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาของตนเองได้ มีความเชื่อมั่นว่าเขาสามารถหาวิธีแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเพียงพอ ไม่ดูถูกความสามารถในการที่จะควบคุมตนเองและการดำเนินชีวิตของผู้อื่น

2.2 มีความไว้วางใจมากกว่าไม่ไว้วางใจ

2.3 มีความเป็นมิตรมากกว่าเป็นศัตรู

2.4 มีคุณค่ามากกว่าไร้คุณค่า

3. ทางด้านการยอมรับตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาที่ดีควรรับรู้ว่าตนเอง

3.1 มีความรู้สึกร่วมกับผู้อื่นมากกว่าที่จะแยกตนเองออกจากผู้อื่น หรือรู้สึกว่าตนดีกว่าผู้อื่น

3.2 มีความรู้สึกเพียงพอในสิ่งที่จำเป็น ไม่ควรคิดว่าตนเองขาดแคลนสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะทำให้เกิดความไม่รู้จักพอ

3.3 เปิดเผยตนเองมากกว่าความปกปิด มีความยินดีที่จะเปิดเผยตนเอง ถือว่าความรู้สึกและข้อบกพร่องของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และมีความหมายมากกว่าจะซ่อนหรือปิดบังไว้ ควรจะเป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริง

4. ทางด้านวัตถุประสงค์ ผู้ให้คำปรึกษาที่ดีควรยอมรับว่าวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาคือ

4.1 เป็นอิสระมากกว่าถูกควบคุม หรือถูกบังคับ

4.2 เพื่อผลประโยชน์ของผู้รับคำปรึกษามากกว่าของตน

4.3 พิจารณาความหมายในมุมกว้างมากกว่าส่วนปลีกย่อย ไม่พิจารณาในส่วนที่ละเอียดจนเกินไป แต่จะมองถึงจุดที่จะมีผลสืบเนื่องไปถึงอนาคต และก่อให้เกิดประโยชน์อย่างกว้างขวาง

นอกจากนี้ Brammer, 1973 (อ้างถึงใน ทองเรียน อมรัชกุล, 2519) ได้อธิบายคุณลักษณะส่วนตัวของผู้ให้คำปรึกษาว่า ควรมีจรรยาบรรณ (ethics) เช่น ไม่เปิดเผยข้อมูลที่เป็นเรื่องส่วนตัวของผู้อื่น เป็นต้น การมีจรรยาบรรณดังกล่าว ถือว่า เป็นการแสดงออกซึ่งความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นความผูกพันทางศีลธรรม มาตรฐานทางสังคม และอาชีพ

1.2 การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา (Clarification) ผู้ให้คำปรึกษาคควรอธิบายให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้

ก. วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา

ข. การเลือกมุ่งเฉพาะปัญหาใดปัญหาหนึ่ง ที่ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เห็นพ้องกันว่าเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกที่ต้องแก้ไข เพื่อให้การให้คำปรึกษานั้นมีประสิทธิภาพ

ค. ข้อจำกัด และขีดความสามารถในการให้คำปรึกษา ถ้าหากปัญหาที่เกิดขึ้นเกินขีดความสามารถที่ผู้ให้คำปรึกษาจะทำได้ ก็ส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านนั้นต่อไป การที่ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจตรงกัน จะทำให้การให้คำปรึกษานั้นมีประสิทธิภาพ เพราะการให้คำปรึกษาต้องมีการร่วมมือกันทั้งสองฝ่ายในการพิจารณาหาทางแก้ไขต่อไป

1.3 การกำหนดรูปแบบการให้คำปรึกษา (Structure) เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพิจารณา เพื่อจะกำหนดรูปแบบ หรือแนวทางในการให้คำปรึกษาให้เหมาะสมกับลักษณะของปัญหา ซึ่งความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุแห่งปัญหาชัดเจน จะช่วยให้การกำหนดรูปแบบของการให้คำปรึกษาเป็นไปได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น ในบางรายอาจมีปัญหามากมาย อาจต้องการเพียงระบายอารมณ์ หรือต้องการให้คนรับฟังปัญหาเท่านั้นก็เพียงพอแล้ว ในกรณีเช่นนี้รูปแบบการให้คำปรึกษา อาจเป็นเพียงการรับฟังหรือการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายอารมณ์หรือความคับข้องใจก็เพียงพอแล้ว

1.4 การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) เป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่งในการทำให้คำปรึกษาบรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้เพราะสัมพันธภาพที่ดีช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาไว้วางใจ กล้าที่จะพูดถึงปัญหาของตน สิ่งที่จะช่วยให้การสร้างสัมพันธภาพได้ผลดี ก็คือการเป็นผู้ฟังที่ดีของผู้ให้คำปรึกษา และพร้อมที่จะรับฟังปัญหาหรือเรื่องราวอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากการฟังที่ดีแล้ว อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2532 ได้กล่าวถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ช่วยในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้น คือ

1) การสร้างบรรยากาศ (Rapport) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น เป็นกันเอง มีความจริงใจ แสดงออกถึงความสนใจในปัญหาของผู้มาขอรับคำปรึกษาอย่างจริงจัง ต้องไวต่อความรู้สึกและความต้องการของผู้รับคำปรึกษา สามารถทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกสบายใจ ไว้วางใจในตัวผู้ให้คำปรึกษา

2) การยอมรับ (Acceptance) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับผู้มาขอรับคำปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าจะอยู่ในสภาพอย่างไร รู้สึกอย่างไร จะต้องให้ความเคารพนับถือในสิทธิและควมมีคุณค่าของบุคคล ซึ่ง จะแสดงออกให้เห็นถึงความปรารถนา และความจริงใจที่จะช่วยเหลือ

3) ความเข้าใจ (Understanding) เป็นหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องพยายามติดตามทำความเข้าใจถึงความรู้สึก ความคิด และสิ่งที่ผู้มารับคำปรึกษาพยายามจะบ่งบอกให้ทราบทั้งทางตรงหรือทางอ้อม

4) การมีความรู้สึกร่วม (Empathy) ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามนำความรู้สึกของตนเข้าไปร่วมอยู่กับผู้มารับคำปรึกษา เป็นการเอาใจเขามาใส่ใจเรา สามารถที่จะรู้สึกและบรรยายถึงความนึกคิดของบุคคลอื่นได้

5) การแสดงความเอาใจใส่ (Attentiveness) เป็นท่าทีและบุคลิกของผู้ให้คำปรึกษาที่จะต้องให้ความสนใจเอาใจใส่ และอาศัยทักษะในการฟัง และสังเกตติดตามเรื่องราวของผู้รับคำปรึกษา ซึ่งจะนำไปสู่บรรยากาศของสัมพันธภาพที่ดี

6) ความเชื่อ (Beliefs) ผู้ให้คำปรึกษาควรมีความเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีความสามารถที่จะเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ ถ้าเขาอยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสม และเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนย่อมต้องการอิสระที่จะคิดและทำสิ่งต่าง ๆ

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Working phase)

2.1 การสำรวจศึกษา (Exploration) เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามศึกษาและสำรวจผู้รับคำปรึกษาอย่างถี่ถ้วนรอบคอบ เพื่อจะได้เข้าใจถึงความวิตกกังวล ความเชื่อของผู้รับคำปรึกษา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาจะได้วิเคราะห์ถึงปัญหาของผู้รับคำปรึกษา พิจารณาถึงสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาควรเปลี่ยนแปลง และผู้ให้คำปรึกษาควรจะใช้วิธีอย่างไร จึงจะสามารถทำให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขั้นตอนนี้ ผู้ให้คำปรึกษายังคงต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับคำปรึกษา และจำเป็นต้องแสดงออกให้ผู้รับคำปรึกษาทราบถึงความสนใจ การยอมรับ และเข้าใจในปัญหาของเขา ทั้งในด้านคำพูดและกิริยาท่าทาง

2.2 การร่วมกันทำความเข้าใจปัญหาให้ตรงกัน (Consolidation) เมื่อผู้ให้คำปรึกษาได้ทราบถึงลักษณะของผู้รับคำปรึกษาในแง่มุมต่าง ๆ และทราบถึงปัญหาของเขาโดยละเอียดแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาตรวจสอบความเข้าใจปัญหานี้กับผู้รับคำปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ก่อนที่จะตัดสินใจกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยผู้ให้คำปรึกษาอาจสรุปถึงปัญหาและสาเหตุ พร้อมทั้งบ่งบอกให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทราบ ทั้งนี้เพื่อจะได้ทำความเข้าใจให้ตรงกันเป็นการป้องกันการเข้าใจผิด หรือความผิดพลาด ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

2.3 การวางแผนและกำหนดวิธีแก้ปัญหา (Planning) ขั้นนี้เป็นกรวางแผนในการให้คำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาจะร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษา ตลอดจนวางแผนแก้ไขปัญหาระยะสั้น ระยะยาว และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา สำหรับวิธีการแก้ไขปัญหาก็ควรจะมองหาวิธีการในการแก้ไขปัญหามาก ๆ วิธี ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระลึกเสมอว่า วิธีการแก้ไขปัญหาคือวิธีที่ดีที่สุดจะต้องเป็นวิธีที่ผู้รับคำปรึกษามีอิสระในการตัดสินใจ เลือกวิธีการแก้ไขที่คิดว่าเหมาะสมที่สุดสำหรับตัวเขาภายใต้สถานการณ์นั้น ๆ จึงจะมีแนวโน้มเป็นไปได้มากขึ้น เพราะเป็นวิธีการที่ได้ตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง ดังนั้นจึง

ต้องตระหนักถึงผลที่จะเกิดตามมาก่อน เมื่อได้ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาลแล้ว ต่อไปก็เป็นการร่วมกันกำหนดรายละเอียดของการดำเนินการ และผู้รับคำปรึกษานำไปปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

3. ขั้นตอนการสิ้นสุดการให้คำปรึกษา (Terminating phase)

ขั้นนี้เป็นการสรุปผลในสิ่งที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ต้นตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ เมื่อประเมินผลว่าผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจตนเองดีขึ้น และมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขปัญหของตนแล้ว จึงจะยุติการให้คำปรึกษา ถ้าหากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะต้องค้นหาต่อไปหรือส่งต่อผู้ชำนาญเฉพาะด้านต่อไป

จากขั้นตอนการให้คำปรึกษาทั้งหมดดังกล่าว เป็นการให้คำปรึกษาที่สมบูรณ์แบบ แต่ในทางปฏิบัติ อาจไม่จำเป็นต้องดำเนินการครบถ้วนทุกขั้นตอน แล้วแต่ลักษณะของปัญหาของผู้รับคำปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษา กล่าวคือ ในบางกรณีผู้รับคำปรึกษายังไม่พร้อมที่จะแก้ไขปัญหต่อไป หรือเป็นปัญหาที่เกินขอบเขตความสามารถของผู้ให้คำปรึกษาก็ควรส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ

การให้คำปรึกษาจะมีประสิทธิภาพหรือบรรลุเป้าหมายได้นั้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทราบถึงเทคนิคในการให้คำปรึกษา เพราะจะช่วยให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา

2.6 เทคนิคและกลวิธีในการให้คำปรึกษา

2.6.1 การเริ่มต้นให้คำปรึกษา (Opening interview) ในระยะแรกทั้งสองฝ่าย อาจจะมีความรู้สึกใหม่ต่อกัน หรือรู้สึกตื่นเต้น ผู้มารับคำปรึกษาอาจจะเริ่มต้นไม่ถูก ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องหาทางปรับบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลายอบอุ่นเป็นกันเอง และใช้คำถามเริ่มต้นนำการสนทนา เช่น การทักทาย " สวัสดี " หรือ " เชิญคะ " " คุณมีอะไรจะให้ช่วยเหลือ "

2.6.2 การตั้งคำถาม (Questioning) ผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้คำถามเพื่อหาข้อมูลต่าง ๆ ของผู้มารับคำปรึกษาหรืออาจใช้คำถาม เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง หรือใช้เพื่อสะท้อนความรู้สึกและทัศนคติ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาารู้และยอมรับตนเอง ในการตั้งคำถามควรใช้ลักษณะกลาง ๆ และเป็นคำถามเปิดจะดีกว่า การใช้คำถามที่จำกัดการตอบ เช่นถามว่า " คุณปวดศีรษะใช่ไหม " จะได้ผลน้อยกว่าการพูดว่า " ลองเล่าให้ฟังถึงอาการของคุณ "

2.6.3 การซักถามตรง ๆ (Probing) เป็นการตั้งคำถามตรง ๆ เพื่อถามข้อมูล กลวิธีนี้ใช้ได้ผลดีในกรณีที่ผู้รับคำปรึกษาพยายามเลี่ยงที่จะกล่าวถึงจุดสำคัญของปัญหาตลอดเวลา การใช้วิธีนี้ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระมัดระวังไม่ใช้พุ่มพวย เพราะการรีบเร่งกระบวนกรให้คำปรึกษาเร็วเกินกว่าที่ผู้รับคำปรึกษาจะพร้อมที่จะพูดถึงปัญหาของเขา จะทำให้เกิดความล้มเหลวขึ้นได้ การซักถามตรงๆนี้ ถือว่าเป็นกลวิธีให้คำปรึกษาแบบนำทาง

2.6.4 การเสนอแนะ (Suggesting) วิธีนี้เป็นวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้บ่อย เพราะผู้รับคำปรึกษามักเข้ามาหาผู้ให้คำปรึกษา เพื่อหวังว่าจะได้รับข้อเสนอแนะต่าง ๆ แต่การเสนอแนะของผู้ให้คำปรึกษานั้น จะต้องมุ่งเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษารู้จักตนเอง มีวินัยในตนเองมากกว่าการเสนอการแก้ปัญหาให้โดยตรง เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : “ ดิฉันมีความรู้สึกมีก้อนที่เต้านมข้างขวา ควรทำอย่างไรดี ”

ผู้ให้คำปรึกษา : “ คุณเคยคิดจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจดูบ้างไหม ”

2.6.5 การตีความหมาย (Interpretation) เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษากล่าวบางอย่างที่มีความหมายสืบเนื่องจากที่ผู้รับคำปรึกษากล่าวไปแล้ว การตีความจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจแจ่มแจ้งเร็วขึ้น โดยที่ผู้รับคำปรึกษายังคิดไม่ถึง และถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้รับคำปรึกษาคดี จะมีประโยชน์มาก เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : “ ดิฉันรู้สึกปวดศีรษะทุกวัน และทุกครั้งมีอาการมึนงงหุดหงิดทำอะไรไม่ได้เลย ”

ผู้ให้คำปรึกษา : “ คุณรู้สึกว่ามีปวดศีรษะและมึนงงหุดหงิดเสมอใช่ไหม ”

2.6.6 การเงียบและการฟัง (Silence listening) เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาส่งเสริมให้ผู้รับคำปรึกษาพูดหรือเล่าเรื่องราวของตน โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้วิธีเงียบ เพื่อคอยฟังเรื่องราวต่าง ๆ แสดงถึงความสนใจและยอมรับ ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรวิตกกังวลว่า บรรยายากจะเงียบ ไม่จำเป็นต้องหาวิธีการทำลายความเงียบ เพราะอาจเป็นการขัดขวางความรู้สึกที่กำลังคิดอยู่ แต่จะต้องดูจังหวะไม่ทิ้งช่วงจนเกิดความเงียบนานเกินไป

2.6.7 การให้ความกระจ่าง (Clarification) เป็นกลวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้รับคำปรึกษา แสดงให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่าตนเข้าใจและแจ่มแจ้งในเรื่องที่เป็นปัญหานั้น ๆ โดยสรุปคำพูดเรื่องราวและสิ่งที่สังเกตได้ ให้ผู้รับคำปรึกษากระจ่างแจ้ง เข้าใจในปัญหาของเขา ซึ่งอาจจะเป็นผลให้สามารถมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้

2.6.8 การแสดงความเห็นชอบด้วย (Approval) เป็นกลวิธีที่ส่งเสริมสนับสนุนหรือให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการคิดและการตัดสินใจของเขา อาจแสดงความเห็นชอบด้วย วิธีการนี้เป็นการพัฒนาทักษะในการนำตนเองของผู้รับคำปรึกษา แต่ถ้าผู้ให้คำปรึกษาเกิดไม่เห็นด้วยจะต้องวางตัวเป็นกลาง และใช้วิธีอื่นต่อไป ตัวอย่างเช่น

ผู้รับคำปรึกษา : “ ดิฉันจะนำเรื่องนี้ไปปรึกษากับสามีดูอีกครั้ง ”

ผู้ให้คำปรึกษา : “ เป็นการตัดสินใจที่ดีที่สุดสำหรับคุณ ”

2.6.9 การให้ความมั่นใจ (Assurance) เป็นการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการเลือกและตัดสินใจในโครงการของตน จะใช้วิธีนี้ก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีจุดประสงค์ในใจและได้ใคร่ครวญแล้วว่า จะไม่เกิดผลเสียที่หลัง เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : “ ดิฉันรู้สึกกังวลใจเรื่องสุขภาพของตนมากเกินไป ”

ผู้ให้คำปรึกษา : “ นั่นสิ ความจริงก็ไม่น่าจะต้องวิตกกังวลมากนัก ”

2.6.10 การย้ำเพื่อให้เกิดความมั่นใจ (Reassurance) เป็นการให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียดความกังวลใจ เช่น ผู้รับคำปรึกษาระบายความกังวลใจเกี่ยวกับการทำงาน ผู้ให้คำปรึกษา อาจพูดว่า “ ถ้าคุณรู้สาเหตุของเรื่องนี้ดีแล้ว คุณคงสบายใจขึ้น ”

2.6.11 การสะท้อนความรู้สึก (Reflection feeling) เป็นการทำความเข้าใจข้อความหรือคำพูดของผู้รับคำปรึกษา โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้ข้อความที่ไม่แสดงความรู้สึกของผู้พูดมากกว่าเนื้อหาสาระ แสดงถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งถึงความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา วิธีนี้ใช้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเผชิญกับความรู้สึกของตนเอง สามารถแสดงออกด้วยวาจาโดยปราศจากความวิตกกังวล ดังตัวอย่าง

ผู้รับคำปรึกษา : “ เขาพยายามปฏิเสธฉัน ไม่ยอมรับฟังเหตุผลใด ๆ ของฉันเลย แม้จะพยายามชี้แจงให้ฟังเท่าไร เขาก็ยังทำท่าทงราวกับว่าดิฉันสร้างความผิดอย่างมหาดล ดิฉันรู้สึกอึดอัดจะทนไม่ไหวอยู่แล้ว ”

ผู้ให้คำปรึกษา : “ คุณรู้สึกอึดอัดใจมาก ที่เขาไม่ยอมฟังเหตุผลของคุณ และคิดว่าคุณผิดโดยตลอด เช่นนั้นหรือ ”

2.6.12 การสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตถึงพฤติกรรม กระแสเสียง สีหน้า ท่าทาง จะช่วยให้จับปัญหาอันแท้จริงของผู้รับคำปรึกษาได้ พฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา แม้กระทั่งคำพูดที่พยายามเน้นบางคำย่อมมีความหมายทั้งสิ้น

2.6.13 การแนะนำ (Advising) เป็นการให้คำแนะนำโดยตรงเพื่อช่วยแก้ปัญหา โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษาเอง เช่น

ผู้รับคำปรึกษา : “ คุณว่าดิฉันจะบอกลูกอย่างไรที่ต้องกลับบ้านเย็นทุกวัน ”

ผู้ให้คำปรึกษา : “ คุณน่าจะชี้แจงให้ลูกเข้าใจว่าคุณต้องอยู่ทำงานเย็นด้วยเหตุผลใด ”

2.6.14 การกระตุ้นให้กำลังใจ (Encouragement) การกระตุ้นให้กำลังใจมักใช้กับผู้ขาดความมั่นใจว่าจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เช่น “ คุณต้องทำได้แน่ ถ้าพยายาม ”

2.6.15 การชักชวน (persuasion) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามทำให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความเห็นของตน ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระมัดระวังมาก อาจเกิดการขัดแย้งได้ ตัวอย่างเช่น

ผู้รับคำปรึกษา : “ ดิฉันกำลังคิดจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจดู แต่ยังไม่มั่นใจ ”

ผู้ให้คำปรึกษา : “ นั่นเป็นสิ่งที่ดี น่าจะรีบกระทำ ”

2.6.16 การท้าทาย (Challenge) วิธีนี้เป็นวิธีที่ค่อนข้างเสี่ยง เพราะเป็นการปฏิเสธผู้รับคำปรึกษาตรงๆ เป็นการดูถูกอย่างสุภาพ ผู้ใช้วิธีนี้จะต้องมั่นใจในสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาเป็นอย่างดี ดังตัวอย่าง

ผู้รับคำปรึกษา : “ ดิฉันเห็นจะต้องไปพบแพทย์เสียที ”

ผู้ให้คำปรึกษา : “ คุณจะเริ่มได้จริงจังเหมือนที่คุณพูดหรือ ”

เทคนิคต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ให้คำปรึกษาจะเลือกใช้ตามความถนัดของตน ตามสถานการณ์และลักษณะของปัญหาที่พบแต่ละราย ซึ่งทุกขั้นตอนจะต้องอาศัยการฝึกหัด เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและสามารถใช้ได้ทันที เมื่อถึงจังหวะที่เหมาะสม ซึ่งสามารถช่วยเหลือบุคคลผู้ต้องการความช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เทคนิคที่ไม่ควรนำมาใช้

1. การปลอบใจอย่างไม่มีเหตุผล เช่น “ไม่ต้องกลัวทุกอย่างจะเรียบร้อยเอง” “อีกหน่อยคุณก็จะดีขึ้น”
2. การแสดงความเห็นด้วยที่เกินความเป็นจริง เช่น “คุณมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งดีมาก” “ความคิดของคุณถูกต้องอย่างมากทีเดียว”
3. แสดงกิริยาไม่ยอมรับผู้ป่วยหรือรังเกียจผู้ป่วย เช่น “ดิฉันไม่ต้องการรับฟังเรื่องของคุณ” “ดิฉันจะไม่พูดเรื่องนี้กับคุณอีกแล้ว เพราะเราพูดกันจนซ้ำซากมาก”
4. การตำหนิผู้ป่วย เช่น “คุณไม่ควรทำอย่างนั้น” “สิ่งที่你做มาผิดหมดเลย”
5. การตัดสินปัญหาของผู้ป่วย เช่น “ดิฉันไม่เห็นด้วยที่คุณพูดมาทั้งหมด”
6. ไม่วางตัวเป็นกลาง เช่น “ในความคิดเห็นของดิฉัน ดิฉันคิดว่าความคิดของคุณใช้ไม่ได้เลย”
7. พุดในส่วนที่เป็นปมด้อยของผู้ป่วย เช่น “นอกจากคุณไม่มีงานทำแล้วยังเที่ยวเตร่และติดการพนันอีก”

3. ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างถูกต้องนั้น พยาบาลต้องศึกษาถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เป็นพื้นฐานสำคัญ ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข และดำเนินการในกิจวัตรประจำวันเท่าที่จะทำได้ (Klausmeir and Ripple, 1971) ความต้องการพื้นฐานเป็นส่วนประกอบสำคัญของการดำรงชีวิต ซึ่งถ้าขาดหายไปหรือไม่สามารถสนองตอบได้ ย่อมก่อให้เกิดปัญหาขึ้นได้ทั้งร่างกาย และจิตใจของบุคคลนั้น ๆ (Rine and Montage, 1976)

ความต้องการของมนุษย์มีหลายอย่างด้วยกัน โดยทั่วไปอาจแบ่งเป็น 2 พวกใหญ่ ๆ คือ (Rine and Montage, 1976)

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physical needs) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่จำเป็นแก่ชีวิต และมักมีมาแต่กำเนิด ได้แก่ ความต้องการอาหาร ที่อยู่อาศัย รวมทั้งการพักผ่อน และการให้ความอบอุ่น เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ความต้องการทางเพศ การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการขับถ่าย
2. ความต้องการด้านจิตใจ (Psychological needs) ส่วนมากมักเกิดภายหลังแต่ความต้องการนี้ บางทีก็แสดงออกอย่างชัดเจน หรือบางทีก็ไม่แสดงออก ได้แก่ ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย การเป็นอิสระและการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ความยกย่องนับถือ การยอมรับในสังคม และโอกาสก้าวหน้า และความต้องการที่จะรู้คุณค่าของตน

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งองค์รวม เป็นผลให้เกิดความต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ช่วยเหลือหรือ

ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ โดยไม่เกิดความพรัองในการดูแลตนเอง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลผู้ดูแลจะต้องทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้

1. รับประทานอาหารให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเพื่อนำไปซ่อมแซมเนื้อเยื่อปกติที่ถูกยาทำลาย และช่วยให้ร่างกายสามารถทนต่อการรักษา มีการตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น พยายามควบคุมน้ำหนักตัวไว้ไม่ให้ลดมากเกินไป โดย

1.1 รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีนเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงในการรับสารอาหาร ความไวในการรับรสหวานน้อยลง รับรสขมมากขึ้น เกิดความรู้สึกขมเมื่อรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ หรือเมื่ออาหารประเภทเนื้อสัตว์สีแดง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง อิ่มเร็ว ดังนั้นจึงควรพยายามรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย หรือของว่าง เคี้ยวช้า ๆ ให้ละเอียด มีอึ้นน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น และทุกครั้งที่ยิว งดเว้นอาหารหวานจัดหรืออาหารมัน ของทอดหรืออาหารที่มีกลิ่นจัด หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็นระหว่างมื้ออาหาร และการนอนราบใน 2 ชั่วโมงแรกหลังจากรับประทานอาหารเสร็จ

1.2 พยายามรับประทานอาหารเสริมเพิ่มขึ้น เช่น นม ฯลฯ

1.3 แสวงหาวิธีที่ช่วยให้รับประทานอาหารมากขึ้น เพราะความเครียด อารมณ์ซึมเศร้าวิตกกังวล อาจทำให้ผู้ป่วยไม่อยากรับประทานอาหารได้ วิธีที่ช่วยได้ เช่น การเดินเล่นก่อนเวลาอาหาร เพิ่มจำนวนมื้อ เปลี่ยนชนิดของอาหารบ่อย ๆ สร้างบรรยากาศของห้องอาหาร ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม อาจร่วมรับประทานอาหารกับเพื่อนฝูง หรือเลือกจัดรายการอาหารที่ชอบ หายใจเข้าออกลึก ๆ เมื่อรู้สึกคลื่นไส้

1.4 คอยประเมินอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น หรือรับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าปกติ หรือน้ำหนักลดมาก และรับประทานยาตามแผนการรักษา นอกจากนี้จะต้องขอคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาลทันที

2. ดื่มน้ำให้ได้เพียงพออย่างน้อย 2,500 ซีซีต่อวัน ในระหว่างรับเคมีบำบัด เพราะน้ำจะช่วยขับกรดยูริกออกจากร่างกายทางไต ช่วยให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อทั่ว ๆ ไปชุ่มชื้น ป้องกันการเกิดแผล การติดเชื้ในช่องปาก และป้องกันอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งควรได้รับในรูปของเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น น้ำส้ม นมถั่วเหลือง ฯลฯ มีการวางแผนแบ่งปริมาณน้ำที่จะดื่มต่อวันไว้อย่างชัดเจน ตรวจสอบปริมาณน้ำดื่มอย่างถูกต้องตลอดช่วงของการรับเคมีบำบัด ควรประเมินอาการผิวหนังแห้งปากแห้งจากการขาดน้ำเนื่องจากอาเจียนมาก

3. บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมงก่อนได้รับยาเคมีบำบัด หรือรับประทานอาหารมื้อหนักก่อนได้รับยาเคมีบำบัด 3-4 ชั่วโมง แล้วจึงรับประทานอาหารอ่อน ๆ โดยรับประทานทีละน้อย ๆ ช้า ๆ แต่บ่อยครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้อาหารแน่นกระเพาะมากเกินไป งดอาหารที่มีรสจัดและอาหารที่มีกลิ่นฉุน หรือมันมาก หลีกเลี่ยงอาหารที่เย็นจัดหรือร้อนจัด รับประทานยาควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนตามคำสั่งแพทย์ ก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรืออาจใช้วิธีอื่นๆ

เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลายความตึงเครียดและความวิตกกังวล การสูดหายใจเข้าออกลึก ๆ การจินตภาพ เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 ; อาคม เขียรศิลป์, 2533)

4. พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง เพื่อให้มีกำลังที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และปรับการมีกิจกรรมและการพักผ่อนให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอาการเหนื่อยหอบลดการใช้ออกซิเจน และถ้ามีอาการเหนื่อยหอบควรบอกให้แพทย์พยาบาลทราบ

5. รักษาสมดุลของการมีเวลาเป็นส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อให้ตนเองได้รับการช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของตนเอง ตลอดจนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองอีกด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

6. ดูแลการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ และเพิ่มความสนใจเอาใจใส่กับร่างกายให้มากขึ้นในเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ จากการดื่มน้ำมากทำให้มีการปัสสาวะบ่อย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องอดทนและไม่ควรลดจำนวนน้ำให้น้อยลงตลอดจนพยายามไม่กลั้นปัสสาวะเมื่อปวดถ่าย เพื่อป้องกันกระเพาะปัสสาวะอักเสบ สังเกตอาการและอาการแสดงของกระเพาะปัสสาวะอักเสบ เพื่อให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว และการขับถ่ายอุจจาระอาจมีอาการท้องอืด ท้องเดินหรือท้องผูก เนื่องจากยาเคมีบำบัดอาจมีผลทำให้กล้ามเนื้อเรียบของลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลงได้ ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกจึงควรปฏิบัติตนเพื่อให้มีการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ดังนี้

6.1 ควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย งดอาหารรสจัด ของหมักดองที่จะทำให้เกิดแก๊สในลำไส้มากขึ้น

6.2 ควรรับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผักต้ม

6.3 ออกกำลังกายตามความเหมาะสม

6.4 สร้างนิสัยการขับถ่ายอุจจาระให้สม่ำเสมอและเป็นเวลา ไม่ควรกลั้นเมื่อมีอาการปวด

6.5 ถ้ามีอาการท้องผูกติดต่อกันหลายวัน อาจใช้ยาระบายอ่อน ๆ หรือยาเหน็บทวารหนัก

ก็ได้

6.6 ถ้ามีอาการรุนแรงควรปรึกษาแพทย์

สำหรับในรายที่มีอาการท้องเดิน ควรรับประทานอาหารที่มีกากน้อยและอาหารอุ่น หลีกเลี่ยงการดื่มนมสด และอาหารหรือเครื่องดื่มที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร ถ้ามีอาการท้องเสียมากก็ควรดื่มน้ำผงเกลือแร่ทดแทนเกลือแร่และน้ำที่เสียไป สังเกตจำนวนครั้งความถี่และลักษณะอุจจาระในแต่ละวัน รวมถึงควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับประทานยาแก้ท้องเสีย มีการติดตามประเมินผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

7. แสวงหาความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัดและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงความผิดปกติ และแสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ เมื่อเกินความสามารถที่ตนเองจะดูแลสุขภาพของตนเองได้

8. ป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่อาจเกิดขึ้น ดังต่อไปนี้

8.1 ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างรับยาเคมีบำบัด และคอยสังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณผิวหนังที่ทายาเคมีบำบัดอย่างสม่ำเสมอ และขอความช่วยเหลือขณะที่เกิดอาการ เพื่อป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำ และผิวหนังที่ทายาเคมีบำบัด

8.2 เมื่อมีภาวะซีด ดูแลตนเองให้ได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ 6-8 ชั่วโมง/วัน ปรับการมีกิจกรรมให้เหมาะสม ลดการใช้พลังงานของร่างกาย เพิ่มเวลาพักผ่อนในตอนกลางวัน วันละ 2-3 ชั่วโมง รับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพียงพอทั้งวิตามินและเกลือแร่ โดยเฉพาะธาตุเหล็ก (Yasko, 1970 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

8.3 ป้องกันการอักเสบภายในช่องปาก โดยทำความสะอาดปากและฟันอย่างถูกวิธีหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด และเครื่องดื่มที่ร้อนหรือเย็นจัด หรืออาหารแข็งที่อาจทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ง่าย สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงในช่องปาก ถ้าพบมีอาการอักเสบหรือติดเชื้อ ควรแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบเพื่อจะได้ให้ความช่วยเหลือต่อไป

8.4 ป้องกันและบรรเทาอาการผมร่วง โดยสระผมด้วยแชมพูชนิดอ่อน ๆ หวีผมเบา ๆ หลีกเลี่ยงการใช้สเปรย์ การอบผมหรือตัดผม การตัดผมสั้นจะช่วยไม่ให้รู้สึกว่ามันร่วงมาก (Yasko, 1970 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) นอกจากนี้ยังอาจเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์โดยการใช้ผมปลอม หรือสวมหมวก

8.5 บรรเทาอาการผิวหนังแห้ง เป็นผื่นคัน โดยการรักษาความสะอาดของผิวหนัง ใช้ครีม โลชั่นทาผิวให้ชุ่มชื้นหลังอาบน้ำทุกครั้ง และไม่เกาหรือถูผิวหนังแรง ๆ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด

8.6 ป้องกันการติดเชื้อจากการที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง โดยรับประทานอาหารที่สะอาด มีการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ดังนี้

ก) หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานที่แออัดหรือบริเวณที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้หรือสัมผัสผู้ที่ เป็นโรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ รักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ

ข) ดูแลสุขภาพและความสะอาดของร่างกาย ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม แปรงฟันหลังการรับประทานอาหารเช้า บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากบ่อย ๆ และสังเกตสภาพเยื่อในช่องปาก ฟัน อย่างสม่ำเสมอ

ค) ดูแลสุขภาพและความสะอาดของผิวหนัง โดยการอาบน้ำหรือเช็ดตัววันละ 2 ครั้ง และสังเกต การเปลี่ยนแปลงของสภาพผิวหนังอย่างสม่ำเสมอ

ง) ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก มีการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระทุกครั้งอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันการหมักหมมของเชื้อโรค การเกิดฝีและริดสีดวงทวารหนัก

8.7 ป้องกันการเกิดเลือดออก จากการที่มีเกร็ดเลือดลดลง มีภาวะเลือดออกง่าย โดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อผิวหนังหรือเยื่อเมือกต่าง ๆ และคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่แสดงถึงการมีเลือดออก เช่น ถ่ายอุจจาระดำ มีเลือดออกตามไรฟัน มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง เป็นต้น

9. ลดหรือผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวล โดยหาวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่เหมาะสม ได้แก่ การระบายความรู้สึกต่าง ๆ กับผู้ใกล้ชิด หรือบุคคลที่ไว้ใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การทำกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ หรือตามแพทย์พยาบาล เมื่อมีข้อสงสัยข้องใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเอง

10. ปรับทัศนคติยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากเคมีบำบัด สร้างเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา ยอมรับการพึ่งพาผู้อื่น และตระหนักถึงควมมีคุณค่าในตนเอง สร้างความหวังและกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย

11. พยายามเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น จัดระบบการดูแลตนเองในภาวะที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับเคมีบำบัด ให้สอดคล้องเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำรงชีวิต ในสถานะที่ตนเองยังคงเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัว และในสังคม

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเพิ่มขึ้นจากภาวะสุขภาพและอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ในขณะที่ความสามารถในการดูแลตนเองมีอยู่จำกัดไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นจะต้องได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลเหล่านั้น

4. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จะต้องประเมินความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demand) เพื่อตัดสินความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้อง หรือไม่เพียงพอ ถือว่ามีความพร่องในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) จากแนวคิดของโอเรียม ได้มีผู้นำมาสร้างเครื่องมือเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองตามความเข้าใจของแต่ละท่าน โดยจำแนกตามลักษณะที่ใช้ในการประเมิน เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองจากพลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Components of Self-care Agency) ประกอบด้วย 1) ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ภาวะภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเองในฐานะที่เป็นผู้กระทำการดูแลตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานของร่างกายให้เพียงพอและต่อเนื่องสำหรับการดูแลตนเอง 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 4) ความสามารถที่จะใช้

เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง 6) ทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 7) ความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและความสามารถจะจดจำนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ 8) ทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 9) ความสามารถในการจัดแบบการดูแลตนเอง และ 10) ความสามารถที่จะปฏิบัติตามการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพลังความสามารถนี้ ได้แก่ เครื่องมือที่สร้างโดยเดนนิส (Denyes, 1982) Denyes' Self-care Agency Instrument (DSCAI) นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือของแฮนสันและบิคเคิล (Hanson & Bickel, 1985 cited in Gast et. al., 1989) Perception of Self-care Agency (PSCA) questionnaire อย่างไรก็ตาม เครื่องมือวัดพลังความสามารถนี้มีข้อจำกัดเพราะบุคคลจะมีพลังความสามารถ แต่ไม่ได้นำมาใช้ก็ย่อมทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ดังนั้นการประเมินจากพลังความสามารถ 10 ประการ อาจทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ไม่ดีพอ เพราะบุคคลอาจไม่ได้นำพลังความสามารถซึ่งมีอยู่ครบถ้วนมาใช้ในการดูแลตนเอง (Ever & Isenberg, 1985)

2. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองจากการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Self-care Operation) ได้แก่เครื่องมือของเคียร์นีย์ และไฟลเชอร์ (Keamey & Fleischer, 1979) Exercise of Self-care Agency ESCA Scale ซึ่งประกอบด้วยมิติดังต่อไปนี้ 1) เจตคติความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง 2) แรงจูงใจในการดูแลตนเอง 3) การประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลตนเอง 4) การให้คุณค่าและความสำคัญต่อสุขภาพ 5) การมองเห็นคุณค่าในตนเองสูง สำหรับเครื่องมือชุดนี้ แกสท์และคณะ (Gast et. al., 1989) ได้วิเคราะห์ว่า บางคำถามมีลักษณะคลุมเครือ นอกจากนี้ ไอเซนเบิร์ก (Isenberg, 1986 cite in Gast et. al., 1989) พบว่ามี 7 ข้อที่ไม่ตรงประเด็นในด้านเนื้อหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง

3. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมองจากภาวะการพึ่งพา ซึ่งเอทชลีย์ (Atchley, 1980 cited in Taira, 1988) ได้กล่าวถึงมิติพื้นฐาน 4 ประการสำหรับการพึ่งพาตนเองในผู้ใหญ่ ดังนี้ 1) การพึ่งพาตนเองทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ความสามารถในการจัดหาอาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้าให้แก่ตนเอง 2) การพึ่งพาตนเองทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนที่เพื่อการดูแลตามความต้องการทางด้านร่างกาย 3) การพึ่งพาตนเองทางด้านจิตใจ ได้แก่ การมีจิตใจที่ตื่นตัวเพื่อการฝึกฝนทางด้านความรู้ ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากสิ่งแวดล้อม 4) การพึ่งพาตนเองทางด้านสังคม ได้แก่ การมีพลังเพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิต่าง ๆ โดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์วัดความสามารถในการดูแลตนเอง จากการประเมินความพร่องในการดูแลตนเอง โดยดูจากความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากอาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. การจัดการปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากอาการของโรคและผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย และภาพลักษณ์แห่งตน เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต เปลี่ยนบทบาทหน้าที่ สำหรับสตรีบทบาทของภรรยา และมารดา เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยภูมิใจในควมมีคุณค่าต่อครอบครัว แต่เมื่อภาพลักษณ์ของความเป็นเพศหญิงถูกทำลายไป ความรู้สึกภูมิใจจะถูกทำลายไปด้วย เนื่องจากเกิดความไม่มั่นใจ และไม่แน่ใจว่าตนเองจะทำหน้าที่ภรรยาและมารดาได้สมบูรณ์หรือไม่ กระดากอาย กลัวสามีไม่ยอมรับ ทำให้เกิดปัญหาทางเพศสัมพันธ์ตามมา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเกิดความไม่มั่นคงในตนเอง จากการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น ก่อให้เกิดความหวาดกลัว เพราะคนส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อว่ามีมะเร็งเป็นโรคร้ายรักษาไม่หาย มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก และจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดทำให้ร่างกาย อ่อนแอ ทрудโทรม ยิ่งทำให้รู้สึกไม่มั่นใจ ไม่แน่ใจในความปลอดภัยของตนเอง และเมื่อผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยต้องถูกแยกจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหงาและว่าเหวี่ยงได้ และจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยตนเองได้เต็มที่ ทำให้ต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวลสูง และทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ

ดังนั้น การจัดการปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงมุ่งที่จะให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ได้แก่ การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองที่จะต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน ความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกกลัวต่อภาวะเจ็บป่วยและความตาย รู้จักตั้งความหวังในการต่อสู้กับโรคและการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล เช่น การพูดคุยระบายความคับข้องใจกับบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย ผู้ป่วยด้วยกันเองญาติหรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสม การทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ได้แก่ งานอดิเรกต่าง ๆ หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ เป็นต้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีความเครียด หรือวิตกกังวลสูง อาจจำเป็นต้องส่งต่อให้นักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์เข้ามาช่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับ และสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะของโรคได้อย่างปกติ

2. การดูแลสุขภาพและอนามัยส่วนบุคคล เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่ว ๆ ไป ตามการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ มีสารอาหารครบทุกชนิด มีแคลอรีสูง และปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย การดื่มน้ำได้เพียงพออย่างน้อย 2,500 ซีซี/วัน การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และการดูแลความสะอาดทั่ว ๆ ไป ได้แก่ การอาบน้ำชำระล้างร่างกาย ดูแลผิวหนังให้สะอาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณอวัยวะเพศ ทวารหนัก ต้องล้างทำความสะอาดและซับให้แห้ง หลังการอาบน้ำและการขับถ่ายทุกครั้ง การทำความสะอาดปากและฟันในตอนเช้า ก่อนนอน และหลังอาหารทุกมื้อ รวมถึงการดูแลความสะอาดข้าวของเครื่องใช้ที่จำเป็น เช่น การดูแลความสะอาดของที่นอน เป็นต้น

3. การใส่ใจในสุขภาพของตน เป็นการแสวงหาความรู้ และแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อช่วยให้ตนเองปลอดภัยจากอาการแทรกซ้อน และบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา และคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลดีต่อตนเองมากที่สุด เช่น การบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน การป้องกันการติดเชื้อ การระมัดระวังไม่ให้เกิดบาดแผลแก่ร่างกาย การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและสามารถบอกแพทย์หรือพยาบาลได้ถูกต้อง เช่น ภาวะเลือดออกง่าย ภาวะซีด และภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินปัสสาวะ ป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ความคุมและดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติ ตลอดจนสังเกตการเปลี่ยนแปลงบริเวณที่รับยาเคมีบำบัดได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังรวมถึงการตัดสินใจที่ถูกต้องและเหมาะสม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอย่างผิดปกติเกิดขึ้น เช่น มีไข้ อ่อนเพลีย ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัด

รูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคองสำหรับพยาบาลประจำการ ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

1. รูปแบบและวิธีการสร้างรูปแบบ

1.1 ความหมาย

รูปแบบหมายถึง แบบหรือแผนที่เป็นแนวทางในการนำไปสู่การปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นกรอบความคิดทางด้านโครงสร้างและหลักการ แสดงความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ในการดำเนินการ (กนกพร เนติเมธี, 2539)

1.2 วิธีการสร้างรูปแบบ

1.2.1 ในการสร้างรูปแบบหรือโมเดลนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของการสร้าง ซึ่งมีหลายอย่าง คือ การสร้างแบบบรรยาย การสร้างในรูปของสูตร สมการทางคณิตศาสตร์ ต้องใช้วิธีการคำนวณขั้นสูงมาช่วย การสร้างมาจากทฤษฎีมาเป็นตัวกำหนด การสร้างโดยการทดลองนำข้อมูลที่ได้มาพิสูจน์เป็นโมเดล และการสร้างโมเดลของระบบโดยการนำข้อมูลต่าง ๆ มาหาความสัมพันธ์กัน ซึ่งเป็นโมเดลที่จะช่วยให้เข้าใจหรือทำให้เห็นภาพรวมของกิจกรรมทั้งหมดอย่างเป็นระบบไม่เพียงส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น มีการแสดงให้เห็นถึงส่วนที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน โมเดลจะแสดงให้เห็นทางเลือกและแนวทางในการดำเนินงาน จึงเป็นประโยชน์สำหรับการนำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ ตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติงานในเรื่องนั้น ๆ แต่โมเดลมิใช่เป็นตัวตัดสินใจหรือกำหนดนโยบาย สำหรับการสร้างโมเดลของระบบนี้ มีหลักเกณฑ์การสร้างต่าง ๆ กันขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ หรือการนำไปใช้

1.2.2 การสร้างโมเดลของระบบตามแนวคิดของ Koran ซึ่ง วราภรณ์ บวรศิริ, 2528 รวบรวมนำเสนอไว้ในการสร้าง แบ่งเป็นขั้นตอนต่าง ๆ คือ ระบุความต้องการเป้าหมาย และข้อจำกัดต่าง ๆ ระบุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ศึกษาและวิเคราะห์วัตถุประสงค์ สร้างแนววิธีต่างๆในการที่จะบรรลุ

วัตถุประสงค์ สร้างเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ประเมินและทบทวนแนววิธีการและข้อมูลต่างๆ ใช้ข้อมูลประสบการณ์เพื่อปรับปรุงขั้นตอนต่าง ๆ ข้างต้น

2. กระบวนการพยาบาล

ปัจจุบันเป็นที่ตระหนักกันดีว่า กระบวนการพยาบาล เป็นวิธีหรือเครื่องมือ หรือแนวทาง ของการปฏิบัติการพยาบาล ที่สามารถนำมาใช้ หรือแยกแยะให้เห็นขั้นตอนความเป็นเหตุเป็นผล และความ เป็นอิสระของวิชาชีพ ซึ่งมีผู้นำไปทดลองใช้มากมาย สำหรับประเทศไทยจะเห็นได้ชัดเจนจากกิจกรรมวิทยาลัยสัตยธรในด้านการพยาบาลของคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็น สถาบันที่ประยุกต์แนวคิดของกระบวนการพยาบาล มาใช้ในหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 ในรูปแบบของ Nursing Care Planning ที่มีระบบระเบียบชัดเจน ดังนั้นกระบวนการพยาบาล คือ พื้นฐานสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลอาศัยหลักการแก้ปัญหาตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน การดำเนินงาน 5 ขั้นตอน คือ (Carlson et al., 1982 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2533)

1. การประเมินผู้รับบริการ
2. การวินิจฉัยการพยาบาล
3. การวางแผนการพยาบาล
4. การปฏิบัติการพยาบาล
5. การประเมินผลการพยาบาล

ยูรา และวอลส์ (Yura & Walsh, 1988 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2533) ได้แบ่งกระบวนการพยาบาลออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินผู้รับบริการ (รวมการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ด้วย)
2. การวางแผนการพยาบาล
3. การปฏิบัติการพยาบาล
4. การประเมินผลการพยาบาล

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

การประเมินผู้รับบริการ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เป็น การแสวงหาและพิจารณาเกี่ยวกับข้อมูลของผู้รับบริการ การดำเนินงานจะเริ่มต้นด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับผู้รับบริการ โดยอาศัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบและมีมาตรฐาน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ต้องอาศัยความสามารถในด้านต่าง ๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกาย เมื่อรวบรวม ข้อมูลได้ครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว นำข้อมูลมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การเก็บ

รวบรวมข้อมูลจำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการและการพยาบาลที่ชัดเจน และต้องมีทักษะของการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นการตัดสินใจหรือการสรุปสภาพปัญหา และสาเหตุ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์และการแปรผลข้อมูล การวินิจฉัยการพยาบาลจะเริ่มต้นโดยการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จากขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการ การแปรผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแปรผลได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ข้อมูลพื้นฐานที่สอดคล้องกับข้อมูลจากกรอบแนวคิด แสดงถึงความปกติ หรือไม่มีปัญหา 2) ข้อมูลที่ไม่สอดคล้อง และมีการเบี่ยงเบนไปจากกรอบแนวคิด จะแสดงถึงความผิดปกติหรือมีปัญหา ประเภทของปัญหาอาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง หรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการวางแผนกิจกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนด การวางแผนจะเริ่มต้นจากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล กำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและเขียนแผนการพยาบาล ให้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลที่เขียนขึ้นในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติ การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความรู้และทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาล หรือกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention) และศิลปะของการปฏิบัติการพยาบาล และเมื่อปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดแล้ว พยาบาลจะต้องบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้งลงในบันทึกการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการ หรือการตรวจสอบคุณภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่มีต่อความสำเร็จในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ

จะเห็นว่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นกรอบแนวคิด จะสามารถช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ มีเหตุผลในการปฏิบัติ สามารถอธิบายได้ ซึ่งแสดงถึงความเป็นศาสตร์ทางวิชาชีพอย่างแท้จริง

3. รูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคอง

ผู้วิจัยสนใจสร้างรูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคองขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่มุ่งให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งองค์รวม โดยอาศัยข้อมูลจากปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเป็นหลักในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งรูปแบบที่สร้างขึ้นนี้อยู่บนพื้นฐานการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ร่วมกับการให้คำปรึกษา เพื่อวางแนวทางในการปฏิบัติให้เป็นไปตามกระบวนการพยาบาล ในการสร้างรูปแบบนี้ ได้กำหนดมาเป็นโครงสร้างก่อน โดยการศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล และความต้องการ

การพยาบาลของผู้ป่วย โดยแต่ละส่วนขององค์ประกอบจะมีความสอดคล้องกันเพื่อแสดงถึงแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย ซึ่งโครงสร้างของรูปแบบประกอบด้วยองค์ประกอบ จำนวน 4 องค์ประกอบ คือ

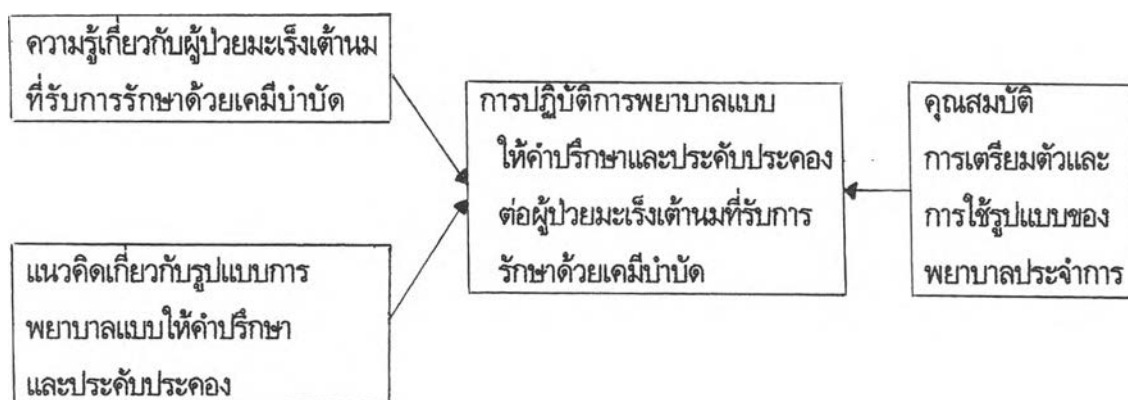
องค์ประกอบที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

องค์ประกอบที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคอง

องค์ประกอบที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคองต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

องค์ประกอบที่ 4 คุณสมบัต การเตรียมตัว และการใช้รูปแบบของพยาบาลประจำการ

องค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคองจะมีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน ดังรูป



รูปที่ 3 : องค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคอง

เมื่อได้โครงสร้างของรูปแบบแล้ว จึงกำหนดรายละเอียดของโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละองค์ประกอบ โดยศึกษาถึงคุณสมบัตเบื้องต้นของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านความรู้และความต้องการที่จะให้การพยาบาล ลักษณะปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาลต่างๆที่นำมาปฏิบัติต่อผู้ป่วย ซึ่งรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบได้เน้นให้เห็นถึงส่วนต่าง ๆ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และผลกระทบต่อผู้ป่วยเนื่องจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด

องค์ประกอบที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคอง เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย และวิธีปฏิบัติกรพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคอง

องค์ประกอบที่ 3 การปฏิบัติกรพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคองต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ได้เน้นให้เห็นถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และแผนการพยาบาลที่นำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามสภาพปัญหาแต่ละปัญหา

องค์ประกอบที่ 4 คุณสมบัต การเตรียมตัว และการใช้รูปแบบของพยาบาลประจำการ ได้เน้นถึงคุณสมบัตินี้เบื้องต้นของพยาบาลประจำการที่จะนำรูปแบบไปใช้ ตลอดจนการเตรียมตัว และขั้นตอนการใช้รูปแบบของพยาบาลประจำการ

รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับผลกระทบจากอาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้หลายท่าน ดังเช่น

มาลี วรลัคนากุล (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางการศึกษา จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 76 ราย ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์การพึ่งพาสังคมของบีโนเลียลและคณะ (Benoliel, McCorkle & Young, 1984) และประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดควรรชนีคุณภาพชีวิตที่สร้างโดยพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1983) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตต่างมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าคุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 27

รัชณี นามจันทร์ (2535) ศึกษาความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเอง และแบบแผนการเกิดคลื่นไส้ อาเจียน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 44 ราย ติดตามเก็บข้อมูล 3 ครั้งของการได้รับเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือเกิดอาการเพียงเล็กน้อย มีทัศนคติต่อเคมีบำบัดในทางบวก มีการเผชิญปัญหาที่สามารถคลายความเครียดทางอารมณ์ได้ดี มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีความหวังและกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย และมีเรื่องกังวลห่วงใยน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงภายหลังการได้รับเคมีบำบัด และยังพบว่าความวิตกกังวลแฝงทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความวิตกกังวลขณะเผชิญทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง และอาการคลื่นไส้ อาเจียน และความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล

ขณะได้รับเคมีบำบัดสูงจะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และความพร่องในการดูแลตนเองภายหลังการได้รับเคมีบำบัดมาก

เดือนทิพย์ ศิริวงศ์วิไลชาติ (2537) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่าการยอมรับภาพลักษณ์และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง อายุ เพศ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง และให้ข้อเสนอแนะว่า การส่งเสริมความรู้สึกที่ดีต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยและส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรที่มีสุขภาพมีบทบาทช่วยเหลือผู้ป่วยให้ยอมรับภาพลักษณ์ของตน จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ดอร์ดี (Dodd, 1982) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมดูแลตนเองและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 48 ราย พบว่า อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่าง การรับรสและกลิ่นเปลี่ยนแปลงไป และความอยากอาหารลดลง อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยปานกลาง คือ มีการเปลี่ยนแปลงทางภาวะอารมณ์ มีเหงา ซาบสลายมือปลายเท้า หายใจถี่และท้องเสีย และพบว่าผู้ป่วยจะเริ่มดูแลตนเองตามอาการต่อไปนี้ คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และผอมร่าง โดยผู้ป่วยจะปฏิบัติดูแลตนเองตามอาการที่เขียนไว้ในเอกสารความรู้ที่ได้รับเท่านั้น ซึ่งการที่ผู้ป่วยปฏิบัติดูแลตนเองได้เพียงบางเรื่อง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยขาดข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้องเมื่อต้องรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ไรเดส และคณะ (Rhodes et al., 1988) ได้ใช้ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเรียมเป็นแนวคิดในการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการ และความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 20 ราย อาการของผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับเคมีบำบัดบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพ ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยพื้นฐาน ที่เป็นข้อมูลสำหรับนำไปพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อวิเคราะห์อาการของผู้ป่วยขณะรับเคมีบำบัด อาการนี้มีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองอย่างไร และผู้ป่วยมีวิธีจัดการอาการนั้นอย่างไร โดยใช้แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง 2 ชุด คือ เอ และ บี แบบสัมภาษณ์ชุดเอ ถามอาการและการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์ชุดบี ถามการดูแลตนเองเมื่อได้รับเคมีบำบัด ซึ่งในแบบสัมภาษณ์ชุดบี จะใช้เวลาและความลึกซึ้งมากกว่าแบบสัมภาษณ์ชุดเอ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่พฤติกรรมดูแลตนเอง ผลปรากฏว่า อาการที่ผู้ป่วยประสบมากที่สุด จากทั้งหมด 16 อาการ คือ อาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย ซึ่งมีผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงตลอดระยะเวลาที่ได้รับเคมีบำบัด และผู้ป่วยมีวิธีปฏิบัติเมื่อมีอาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย โดยมีการวางแผนงานและกิจกรรมเพื่อจำกัดพลังงาน ลดการกระทำที่ไม่จำเป็น และรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพิ่มขึ้น

เฟอร์นสเลอร์ (Fernsler, 1986) ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลผู้ให้การดูแล เป็นการศึกษาเชิงบรรยายและใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ซึ่งถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรับรู้ความพร่องในการดูแลตนเองมากกว่าพยาบาลในเรื่องปัญหาทางกายภาพที่เกิดจากเคมีบำบัด ส่วนพยาบาลรับรู้ความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากกว่าผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยในเรื่องของปัญหาทางด้านจิตสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลไม่ทราบถึงความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยทั้งหมด โดยเฉพาะความต้องการในเรื่องของความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

โซว์มินเนน (Suominen, 1992) ได้ศึกษาโอกาสของการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยการสุ่มตัวอย่างจากประชากรเพศหญิงในพื้นที่เป็นมะเร็งเต้านมมานานกว่า 3 ปี ได้กลุ่มตัวอย่าง 140 คน เป็นผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 78 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ยินยอมตอบแบบสอบถาม และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองแต่ยังขาดข้อมูลและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

2. งานวิจัยที่เกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากอาการของโรคและการรักษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทัทยา เจริญรัตน์ (2531) ที่ได้ศึกษาติดตามระยะยาวถึงผลของการสอนอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ระยะที่ 1 ที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก จำนวน 16 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 8 ราย กลุ่มทดลองได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนพร้อมแจกคู่มือการดูแลตนเองจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการเพียงอย่างเดียว แล้วติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพเมื่อผู้ป่วยมารับเคมีบำบัด ครั้งที่ 2, 3 และ 4 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในครั้งที่ 1, 2 และ 3 ของการได้รับเคมีบำบัด แต่ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องภาวะสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกจึงมีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่สมบูรณ์ การได้รับเคมีบำบัด 3-4 ครั้ง อาการข้างเคียงอาจยังไม่รุนแรงจนทำให้สุขภาพของผู้ป่วยเลวลงจนเห็นความแตกต่างกันได้

แสงอรุณ สุขเกษม (2533) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 37 คน ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ แต่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มด้วย ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณภาพชีวิตในระหว่างการได้รับรังสีรักษาไม่แตกต่างกัน แต่ในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรักษากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ชนิดูรา หาญประสิทธิ์คำ (2535) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่ออาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์ และความพร้อมในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 54 ราย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 27 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการไม่สุขสบาย ในวันที่ 2 หลังได้รับเคมีบำบัด และคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลตนเองใน 3 วันแรกหลังได้รับเคมีบำบัด น้อยกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยภาวะอารมณ์ ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

สุนิสา วัฒนภิตติศักดิ์ (2535) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการดูแลตนเอง 2 วิธี ต่อคุณภาพชีวิตและภาวะอารมณ์ทุกซีกในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 70 ราย โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับความรู้โดยสไลด์ประกอบเสียงและคู่มือปฏิบัติตนในขณะฉายรังสี และให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการติดตามสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองตลอดระยะเวลาการรับรังสี พร้อมกับบันทึกปัญหาความกังวลและห่วงใยกับวิธีการช่วยเหลือ ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณภาพชีวิตและภาวะอารมณ์ทุกซีกในระหว่างรับรังสีรักษาไม่แตกต่างกัน แต่ในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีภาวะอารมณ์ทุกซีกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงว่าการที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการได้ระบายความรู้สึกในสิ่งที่ตนเองกังวลและห่วงใย และได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สุภาณี กาญจนจारी (2536) ได้ทำการศึกษาถึงรูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตในการเผชิญกับโรค โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 20 ราย พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลห่วงใยมี 9 ด้าน คือ ด้านการรักษาและผลของการรักษา การเงิน การรอดชีวิต ครอบครัว ความเป็นอยู่ในโรงพยาบาล การงาน ภาวลักษณะ การเดินทาง และการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ และพบวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญปัญหา มี 12 วิธี คือ เชื้อฟังและปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ การพูดคุยปรับทุกข์หรือกับบุคคลอื่น การแสวงหาคำแนะนำ พยายามอดทน ทำใจไม่คิดมากและปลงตก หาคความเพลิดเพลินหรือเบี่ยงเบนความสนใจไปยังสิ่งอื่น ระบายทุกข์โดยการร้องไห้ ใช้สมุนไพรและมีความคิดที่จะใช้ถ้าการรักษาแผนปัจจุบันไม่ได้ผล ท้ายึดมั่นทางจิตใจเพื่อเพิ่มกำลังใจให้กับตนเอง พยายามเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ปฏิเสธให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ต้องการทราบเรื่องการรักษา โทษตนเองและโทษคนอื่น นอกจากนี้ยังพบรูปแบบการช่วยเหลือเพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ เป็นรูปแบบการปรับชดเชย มีวิธีการช่วยเหลือ 12 วิธี คือ ลดภาวะไม่สุขสบาย การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ช่วยแปลความหมายของความเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาพความเจ็บป่วย เหตุผลและวิธีการปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้รับ อยู่กับผู้ป่วยและรับฟัง ช่วยแก้ความเข้าใจผิด การดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ การให้คำปรึกษา เป็น

ตัวแทนของผู้ป่วยในการเจรจาต่อรองกับแพทย์และพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อโรค ช่วยผู้ป่วยในการจัดการความเครียด การสอน และชี้แนะ ซึ่งวิธีการทั้งหมดช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น

เพ็ญศรี หงษ์พานิช (2536) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งได้ทำการศึกษากับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 40-60 ปี โดยจัดให้กลุ่มทดลองจำนวน 50 คน ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ แบบกลุ่ม ะละ 5-9 คน ครั้งละ 2 ชั่วโมง 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอีก 50 คน ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดีถึงปานกลางเป็นส่วนใหญ่ และดีกว่าในกลุ่มควบคุม และยังพบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวลดลงสูงกว่ากลุ่มควบคุม และความเครียดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองก็ลดลงสูงกว่ากลุ่มควบคุมด้วย

ดวงกมล วัตราดุลย์ (2537) ได้ศึกษาการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งได้ศึกษาทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 71 ราย แต่สามารถติดตามผลการวิจัยได้ 45 ราย โดยผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นรายบุคคล (รวมทั้งคู่สมรสหรือญาติถ้าติดตามผู้ป่วยมาด้วย) ซึ่งการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การสอนและการชี้แนะ การชมสไลด์ประกอบเสียง เรื่อง “ การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อติดเชื้อเอดส์ ” สร้างสิ่งแวดล้อม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพบและปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนการให้คำแนะนำและปรึกษาทางจดหมายและทางโทรศัพท์ และได้ติดตามประเมินผลผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้ง คือ วันแรกก่อนการให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการดูแลตนเอง และในสัปดาห์ที่ 4 หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ในระยะ 8 สัปดาห์หลังจากเข้าโครงการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์มีคะแนนเฉลี่ยความบกพร่องในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและทุกด้านลดลง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าวันแรกก่อนเข้าโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์มีการดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) พยายามส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง และชลอการเกิดอาการ 2) ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ และ 3) ดูแลตนเองเมื่อมีอาการ

ผ่องศรี ศรีมรกต (2537) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบแยกกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง และประเมินก่อนหลังการศึกษา และศึกษาเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งได้รับคำปรึกษา

แบบประทับประคองมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในระยยะสิ้นสุด รังสีรักษาดีกว่าระยยะเริ่มต้นรังสีรักษา และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สุวรรณ ชาติพิพัฒน์ (2538) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและผลลัพธ์ของการตั้งครกในหญิงตั้งครกวัยรุ่น กับกลุ่มตัวอย่าง 74 ราย ซึ่งมีอายุครรภ์ 28-38 สัปดาห์ ในการวิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 37 ราย โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จะได้รับการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการทดลอง หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มเติมจากผู้วิจัย จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ จึงทำการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองอีกครั้ง ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครกวัยรุ่นกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนผลลัพธ์การตั้งครกในด้านการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครก การคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยไม่มีความแตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม

พินธุสร โชตนาการ (2539) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้วิธีการทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อค้นหารูปแบบและวิธีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคของตน ระยะของโรคที่ตนเองเป็น แผนการรักษาที่ตนเองจะได้รับและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และมีความกังวลห่วงใยในเรื่องต่อไปนี้ คือ เรื่องภาพลักษณ์ แผลผ่าตัด การเดินทาง น้ำหนักเพิ่ม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพศสัมพันธ์ และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากเคมีบำบัด ซึ่งแยกได้เป็น อาการผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ ท้องเสีย แสบตา น้ำตาไหล เม็ดเลือดขาวต่ำ และอาการอ่อนล้าของร่างกายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย คือ เจตคติต่อโรคและการรักษา ขนบธรรมเนียม ประเพณีและความเชื่อ อุปนิสัยประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพ ประสบการณ์ในอดีต ระบบครอบครัว การสนับสนุนจากสังคม และภาวะสุขภาพ และยังพบว่า กระบวนการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ต้องผ่านกระบวนการ 2 ระยะ คือ ระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ และระยะของการกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งต้องใช้เวลา ให้ความสำคัญและต้องค้นหาวิธีการดูแลตนเองจากการเรียนรู้และทดลองจากสิ่งของตนเองปฏิบัติ เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น และเรียนรู้จากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ โดยเฉพาะเอกสารแนะนำจากโรงพยาบาล และพบว่ารูปแบบ การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นรูปแบบของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งหมด 9 วิธี คือ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ป่วย สอน สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย ให้การชี้แนะ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา ให้การ

สนับสนุนและให้กำลังใจ เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ และแนะนำแหล่งประโยชน์ให้กับผู้ป่วย และเมื่อสิ้นสุดโครงการพบว่าผู้ป่วยมีเจตคติต่อโรคและการรักษา และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

วัตสัน (Watson, 1983) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาด้านการฟื้นฟูสุขภาพระยะสั้น ในระยะหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดทำช่องเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง จำนวน 31 ราย ต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และความสามารถในการดูแลตนเองในระยะ 1 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษามีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ หรือความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน ไปในทิศทางบวกมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษา และหลังจากติดตามในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษารายงานว่า สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบกิจกรรมนอกบ้าน และมีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองดีขึ้นกว่าระยะที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล

ดอร์ต (Dodd, 1983) ได้ประเมินประสิทธิผลของการพยาบาลโดยการใช้ความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัดและการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 48 ราย โดยสุ่มแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาเคมีบำบัด กลุ่มที่ 2 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด กลุ่มที่ 3 ได้รับข้อมูลทั้งหมดที่กลุ่มที่ 1 และ 2 ได้รับ และกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มควบคุมไม่ได้รับข้อมูลพิเศษแต่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้ง 4 กลุ่มได้รับการวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนการทดลอง และวัดพฤติกรรมดูแลตนเองใน 4-9 สัปดาห์ต่อมา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลในส่วนนี้ และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการได้รับข้อมูลสูงกว่าก่อนได้รับข้อมูล และต่อมาในปี 1984 ดอร์ต (Dodd, 1984) ได้ทำการศึกษาในเรื่องเดิมและศึกษาเพิ่มในด้านภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่จะศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและภาวะอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียวมีคะแนนของความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัดสูงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทั้ง 2 ชนิด มีความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัดและมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น แต่ข้อมูลทั้ง 2 ชนิดไม่มีผลต่อภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย

เซลลา (Sella, 1991) ได้นำโปรแกรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเริมมาใช้ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยประเมินศักยภาพในการเรียนรู้ แรงจูงใจ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย แล้วให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และติดตามประเมินผลการกระทำนั้นในเรื่องภาวะโภชนาการผู้ป่วยจะชั่งน้ำหนักตนเองสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และจดบันทึกไว้ สังเกตอาการผิดปกติ

ในช่องปาก การรับรสที่เปลี่ยนแปลงไป การรับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักตัวลดลงมาก ผู้ป่วยจะปรึกษาพยาบาลและโภชนากร เป็นต้น

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ พอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จะมีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากอาการของโรค และผลข้างเคียงจากการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างและหน้าที่ ครอบคลุมต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือมากขึ้น เพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งวิธีการช่วยเหลือแบบต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนและให้ความรู้ หรือการให้คำปรึกษา พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้สร้างรูปแบบการพยาบาลแบบให้คำปรึกษาและระดับประคองขึ้น เพื่อให้พยาบาลประจำการนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาล คือผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด รับรู้ถึงปัญหาและความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบนี้ พยาบาลประจำการจะกระทำติดต่อกัน 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ค้นหาปัญหาและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาที่พบ รวมถึงการตรวจสอบผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้กระทำไปแล้วในแต่ละครั้ง

แผนภูมิที่ 1 : กรอบแนวคิดการวิจัย

