

ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

นาวาอากาศโทหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ

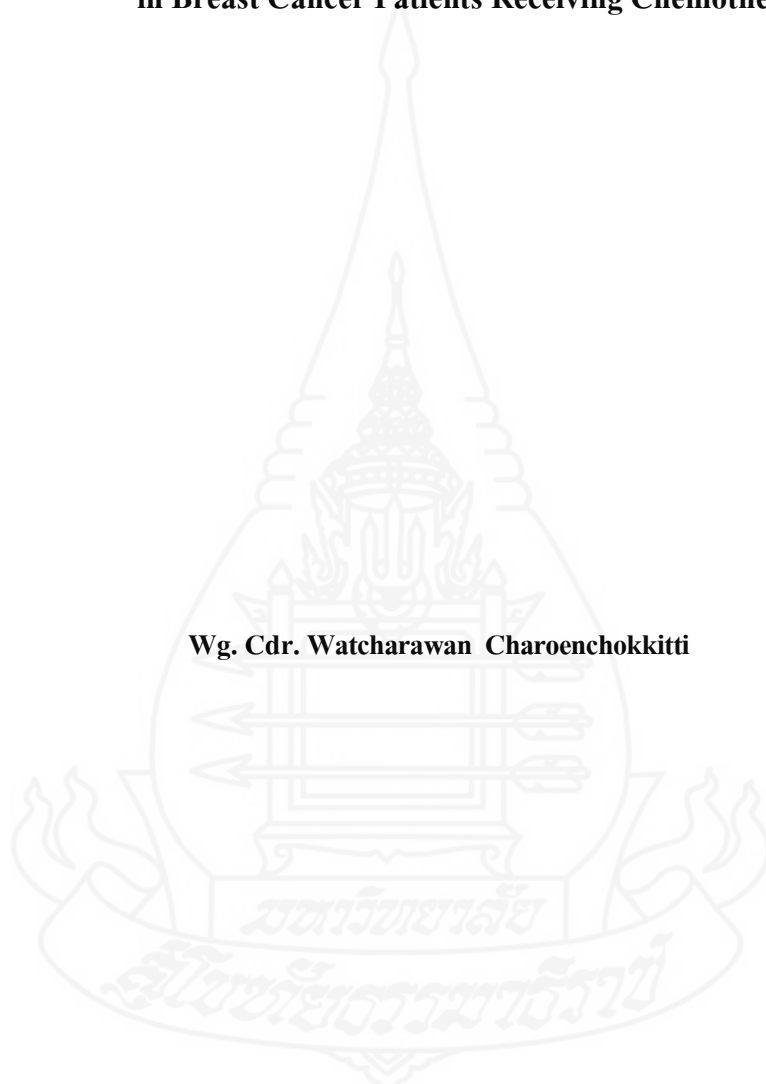


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2558

**The Effect of Empowerment Model on Quality of Life
in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy**

Wg. Cdr. Watcharawan Charoenchokkitti



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

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2015

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ชื่อและนามสกุล นาวาอากาศโทหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ

แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติตวิทยานันท์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ สุวรรณโคต

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2559

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พัชรพร เกิดมงคล

ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัชรพร เกิดมงคล)

ศรีนวล

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติตวิทยานันท์)

กรรณิการ์

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ สุวรรณโคต)

สุจินต์ วิสารานนท์

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิสารานนท์)

๓-๒

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้วิจัย นาวาอากาศโทหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ รหัสนักศึกษา 2535100313 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ สุวรรณโคต **ปีการศึกษา** 2558

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ one group pretest – posttest design มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังการทดลอง (3) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 หรือ 2 รับการรักษาที่ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 10 คน รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ 4) การลงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 16 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความผาสุกด้านร่างกาย 2) ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม 3) ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ 4) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย จำนวน 15 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังเข้ารับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านดีขึ้น ได้แก่ 1) ความผาสุกด้านร่างกาย 2) ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม 3) ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ 4) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม แต่พบว่าคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านร่างกาย หลังทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจไม่แตกต่างกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพียงด้านเดียว ทั้งนี้ จึงสรุปได้ว่ารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดดีขึ้น จึงควรนำรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้กับผู้ป่วยประเภทอื่นๆ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ เสริมสร้างพลังอำนาจ คุณภาพชีวิต มะเร็งเต้านม เคมีบำบัด

Thesis title: The Effect of Empowerment Model on Quality of life in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy

Researcher: Wg. Cdr. Watcharawan Charoenchokkitti; **ID:** 2535100313;

Degree: Master of Nursing Science (Nursing Administration);

Thesis advisors: (1) Dr. Seenual Sadhitwithayanan, Associate Professor;
(2) Dr. Kannika Suwonnakote, Associate Professor; **Academic year:** 2015

Abstract

This is a Quai-experimental research with one group pretest – posttest design. The objectives were: (1) to study quality of life of breast cancer patients with chemotherapy, (2) to compare quality of life of breast cancer patients with chemotherapy, and (3) to explore the effects of the model according to Gibson (1995).

The sample included 10 breast cancer patients in stage 1 and 2 who received treatment at Cancer Center, Bhumibol Adulyadej Hospital. These subjects were purposively selected. A nursing empower model comprised 1) real situation detection, 2) reflection of critical thinking, 3) decision to choose methods for practice, and 4) maintaining quality of function. The duration of research was 16 weeks. A research tool comprised: general data and evaluation of quality of life which included: 1) physical well-being, 2) family and social well-being, 3) emotional and mental well-being, and 4) functional well-being, and the tool was verified by experts. Fifteen subjects were experimented and the reliability was 1.00. The data were analyzed by descriptive statistics (means and standard deviation) and Wilcoxon match pair sign rank test and Mann Whitney U Test.

The results were as follows. Mean scores of quality of life after applying the model was significantly higher than before ($p < .05$). The nursing empower model helped patients to have high quality of life in 4 aspects: 1) physical well-being, 2) family and social well-being, 3) emotional and mental well-being, and 4) functional well-being. However, there was no significant difference of quality of life before and after applying the model ($p < 0.05$) in only one aspect. It can be concluded that this model increases quality of life of breast cancer patients with chemotherapy.

Keyword: Empowerment, Quality of Life, Breast Cancer Patients, Chemotherapy

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตาและความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ สุวรรณ โคต ใน ฐานะอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งผู้วิจัยได้รับคำชี้แนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ในการค้นคว้าและ วิจัยข้อมูลต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ เกิดมงคล ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สถิตวิทยานันท์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ สุวรรณ โคตร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขให้วิทยานิพนธ์ฉบับ นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หัวหน้าศูนย์มะเร็ง รัง ษยาบาลวิชาวชิพ และเจ้าหน้าที่ศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ที่ให้ความอนุเคราะห์และความ ร่วมมือในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ห้องสมุด มสธ ที่ช่วยในการศึกษา ค้นคว้า หาข้อมูลในการทำวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจในการทำวิจัยเป็น อย่างดีเสมอมาทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ความดีและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแก่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ

สิงหาคม 2559

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
สมมุติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
มะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	12
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	33
การเสริมสร้างพลังอำนาจและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	66
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	67
การเก็บรวบรวมข้อมูล	70
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	73
การวิเคราะห์ข้อมูล	74
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	75
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	75

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด	78
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์และความผาสุก ด้านการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างก่อนการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจกับ ภายหลังทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test	79
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	80
สรุปการวิจัย	80
อภิปรายผล	86
ข้อเสนอแนะ	90
บรรณานุกรม	92
ภาคผนวก	104
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	105
ข แบบสอบถาม	116
ค คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	123
ประวัติผู้วิจัย	135

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 การตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (CVI) และการทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) ของ แบบสอบถาม.....	70
ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	76
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	78
ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่คะแนนคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความพึงพอใจ ด้านร่างกาย ความพึงพอใจด้านครอบครัวและสังคม ความพึงพอใจด้านอารมณ์และความ พึงพอใจด้านการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	79



ญ

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย 7



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็ง จัดว่าเป็นโรคร้ายที่คร่าชีวิตของประชาชนทั่วโลกเป็นจำนวนมากในแต่ละปี และนับวันมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2548-2558 จะมีประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 84 ล้านคนหากไม่ได้รับการรักษาใดๆ โดยในปีพ.ศ. 2550 มีประชากรเสียชีวิตจากโรคมะเร็งสูงถึง 7.9 ล้านคน สำหรับประเทศไทยผู้บริหารด้านสาธารณสุขในอดีตมองเห็นปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็ง และให้ความสำคัญกับการตรวจมะเร็งระยะเริ่มแรกมาตั้งแต่ปี 2505 โดยเริ่มต้นที่โรงพยาบาลหญิง และในระยะต่อมามีการก่อตั้งสถาบันมะเร็งแห่งชาติและมีเครือข่ายศูนย์มะเร็งในภูมิภาคต่างๆ สะท้อนให้เห็นว่ารัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญกับปัญหาโรคมะเร็งโดยตลอด ซึ่งโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆของคนไทยในปัจจุบันและมีแนวโน้มเป็นปัญหามากขึ้นเรื่อยๆซึ่งจำเป็นจะต้องดำเนินการหาหนทางในการจัดการและให้การดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นมะเร็ง โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งเต้านมซึ่งจัดเป็นอันดับหนึ่งของสตรีไทย โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 5,854 ราย ในปี 2543 และเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 23,356 รายในปี 2551 คิดเป็นร้อยละ 20.9 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ในจำนวนนี้พบในช่วงอายุ 35-65 ปีจากสถิติข้างต้นจะเห็นได้ว่ามะเร็งเต้านมนับเป็นภัยคุกคามด้านสุขภาพของสตรีไทยจำนวนมากซึ่งในปัจจุบันความก้าวหน้าด้านการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยค้นหาโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มต้นมีความก้าวหน้าไปมาก และสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้เป็นจำนวนมาก

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีศูนย์กลางความเป็นเลิศด้านการรักษามะเร็ง (Cancer Excellent Center) รักษาผู้ป่วยมะเร็งทั้งด้านการผ่าตัด การให้เคมีบำบัด ฉายแสง เป็นต้น จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยพิจารณาจากรายงานของแผนกเวชระเบียนของศูนย์มะเร็งและจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 3 ปี ย้อนหลังของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมดในแต่ละปีมีจำนวนมาก ในปีพ.ศ.2554 พ.ศ.2555 และ พ.ศ.2556 มีจำนวน 107 ราย 108 ราย และ 106 ราย ตามลำดับ (สถิติศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช)

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน จะเห็นได้ว่าปัจจุบันในการรักษามะเร็งได้มีวิวัฒนาการที่มีความก้าวหน้าและมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การผ่าตัด การใช้รังสีรักษาและ การใช้เคมีบำบัด การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับชนิดมะเร็ง ระยะการเป็นโรค การกระจายของโรค และสภาพผู้ป่วย ซึ่งอาจจะใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีรวมกันเคมีบำบัดซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ ใช้ในการรักษามะเร็งในระยะแพร่กระจายหรือรักษาร่วมกับการรักษาวิธีอื่น เพื่อควบคุมและทำลายเซลล์มะเร็ง ซึ่งใช้เวลาในการรักษานาน 4-5 เดือน โดยที่ผู้ป่วยมารับเคมีบำบัดเป็นระยะๆ ทุก 3 สัปดาห์ ชนิดของเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งและระยะของโรค มะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านมจะได้รับเคมีบำบัดร่วมด้วย สำหรับระยะที่ 1,2 ได้รับเคมีบำบัดทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง (course) เคมีบำบัดที่ได้รับเป็น เคมีบำบัดที่ให้ร่วมกันหลายสูตร AC [Doxorubicin (Adriamycin) และ Cyclophosphamide] ส่วนการรักษาด้วยเคมีบำบัดนอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว ยังทำลายเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วได้แก่ เซลล์ไขกระดูก เซลล์ในเยื่อทางเดินอาหาร เซลล์ผม ผิวหนังและเล็บ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงในแต่ละครั้งที่มารับเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เหนื่อยล้า เยื่อช่องปากอักเสบ ผมร่วง ระบบขับถ่ายมีการเปลี่ยนแปลง ท้องผูก ท้องเสีย เป็นหมัน ประจำเดือนมาไม่ปกติ กดการทำงานของไขกระดูกซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเลือดออกง่าย การรักษาด้วยเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางมาพบแพทย์และติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากพยาธิสภาพของโรคและการรักษามีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจ และแบบแผนการดำเนินชีวิตในสังคม ดังนั้นผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด รู้สึกว่าทั้งการเป็น โรคมะเร็งและการรักษา เป็นสถานการณ์ที่เลวร้าย เป็นสิ่งกระทบที่รุนแรง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนไปด้วย

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและจากการพูดคุยกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 5 คน ในแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ได้สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกและปัญหาขณะรับทราบจากแพทย์ผู้รักษาแล้วว่าเป็นมะเร็งเต้านมพร้อมทั้งแนวทางการรักษาของแพทย์ที่ต้องรับเคมีบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีทั้งยอมรับกับโรคและแนวทางการรักษาแต่มีผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับและไปหาแนวทางการรักษาเอง เช่น ใช้สมุนไพร เป็นต้น แต่สุดท้ายผู้ป่วยเหล่านั้นจะมาพบแพทย์แผนปัจจุบันเนื่องจากบางรายทนกับความเจ็บปวดไม่ได้ ก้อนโตขึ้น เป็นต้น รวมทั้งบางรายไม่ประทับใจในทีมการรักษาที่ไม่ได้อธิบายให้ชัดเจน จึงปฏิเสธการรับเคมีบำบัดและไปศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมพร้อมแนวทางการรักษาและปรึกษาผู้ใกล้ชิด จนกระทั่งทำใจยอมรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด สำหรับปัญหาและความรู้สึก

ขณะที่เคมีบำบัดรวมทั้งหลังรับเคมีบำบัด ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวผมร่วง ไม่กล้าที่จะออกงานสังคม และนมสองข้างก็ไม่เท่ากัน ” บางรายบอกว่า “กังวลเรื่องผมร่วงกลัวจะไม่ขึ้นใหม่กลัวผมขึ้นแล้วไม่สวย” แต่บางรายกังวลเรื่องอาหารที่ควรรับประทานหรือไม่ควรรับประทาน” ซึ่งผู้ป่วยบางรายบอกว่า “แค่ได้ยินคำว่าเคมีบำบัดก็กลัวแล้วมันน่ากลัวจริงๆ” ดังนั้นจะเห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งส่วนใหญ่รู้สึกทรมานเกี่ยวกับโรคและการรักษามากที่สุด การสูญเสียภาพลักษณ์ ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่พบได้แก่ อาการเหนื่อยล้า พบมากที่สุดภายหลังรับเคมีบำบัดครั้งที่ 3 เป็นต้นมา รองลงมาเป็นอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ผมร่วง ส่วนอาการคลื่นไส้อาเจียนจะมีอาการในช่วง 1-2 วันหลังรับเคมีบำบัด หลังจากนั้นอาการจะหายไป นอกจากนี้จากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดลดการทำงานของไขกระดูก ทำให้เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและ เกร็ดเลือดต่ำ ซึ่งจะพบภายหลังรับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3 เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเลื่อนระยะเวลาในการรักษาด้วยเคมีบำบัดออกไปทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาตามมา ซึ่งส่วนใหญ่มีความคิดกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ตนเองเป็นอยู่ว่า โรคมะเร็งจะรักษาหายหรือไม่ รู้ว่าได้อย่างไรว่าโรคมะเร็ง แพทย์บอกได้หรือไม่ว่าโรคมะเร็งจะหาย ถ้าไม่หายขาดจะทำอย่างไรต่อไป รวมทั้งมีความรู้สึกกลัวตาย กลัวว่าโรคมะเร็งจะไม่หาย กลัวการกลับเป็นซ้ำ มีความรู้สึกท้อแท้ หงุดหงิด สิ้นหวังในชีวิต ไม่อยากมารับการรักษาต่อเนื่อง แต่ไม่มีวิธีการรักษาอื่นหรือทางเลือกอื่นจึงต้องมารับการรักษาต่อตามแพทย์นัด มีความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้บางครั้งปฏิเสธที่จะกล่าวถึงโรคที่ตนเองเป็น และมีความรู้สึกไวต่อสิ่งต่างๆ รอบตัวที่มากกระทบต่อความรู้สึกอารมณ์ จิตใจ ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าเป็นความรู้สึกบอบบาง และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อชีวิต ไม่สามารถคาดการณ์ชีวิต หรือควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องมารับการรักษาต่อเนื่องทุก 3-4 สัปดาห์ จนครบจำนวนครั้งตามแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งต้องใช้เวลา 6-12 เดือน ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีมีความวิตกกังวลด้านการเงินในการเดินทางมาพบแพทย์และค่ารักษาพยาบาล บางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ต้องลางาน เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงและการดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย และไม่มารับการรักษาตามนัด หรือหันไปรักษาด้วยวิธีการอื่น เช่น สมุนไพร เป็นต้น ถึงแม้ว่าสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามผลการรักษาหรือหยุดการรักษาพบว่ามีจำนวนน้อยก็ตาม แต่เหตุผลที่มาติดตามรับการรักษาต่อเนื่องเพราะคิดว่าไม่มีวิธีอื่นที่ดีกว่านี้ กลัวว่าโรคมะเร็งกำเริบ และมีความมั่นใจในการรักษาของแพทย์ ตลอดจนได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจจากครอบครัว จึงมารับการรักษาต่อ

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจะประสบกับปัญหาต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วย กระบวนการรักษาและสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ว่าเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงคุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหวั่นกลัว วิตกกังวล ท้อแท้ ซึมเศร้า และรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยอย่างสิ้นหวังหมดหนทางช่วยเหลือ ต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาระครอบครัว รู้สึกสูญเสียความมั่นใจในตนเอง สูญเสียความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และไม่มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับมะเร็ง มีความรู้สึกว่าการเป็นมะเร็ง และการรักษาเป็นสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุดในชีวิตซึ่งอาจเข้าสู่วิกฤตได้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2540; Glajchen, 1999) ซึ่งจากการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านคุณภาพชีวิต รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นสถานการณ์ที่เลวร้ายด้านลบ ซึ่งจากการศึกษาของจุฬารัตน สุระกุล (2544) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพจำนวน 10 ราย พบว่า ความรู้สึกเมื่อได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีความรู้สึกตกใจกลัว เพราะความตายอยู่ใกล้ ทำไมถึงต้องเป็นเรา เครียด สับสน กังวลใจ ทำอย่างไรให้หายจากโรคร้ายนี้ ซึ่งการให้ความหมายและสะท้อนความรู้สึกต่อการรับรู้ความหมายของโรคมะเร็งจากความเชื่อที่บอกต่อกันมา และจากประสบการณ์เดิมที่เคยพบเห็นผู้ป่วยโรคนี้นมาก่อน และเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งจึงทำให้มีความรู้สึกสิ้นหวัง คิดว่าต้องตาย หวั่นวิตกไม่แน่ใจในอนาคตและการรักษา(จันทิรา จิตติวิบูลย์, 2543) รวมทั้งรับรู้การมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต (ทิพมาศ ชินวงศ์, 2541) และเมื่อได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทำให้มีอาการทุกข์ทรมานไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียง และรับรู้สุขภาพว่าอยู่กับความไม่แน่นอน เนื่องจากการออกฤทธิ์ที่รุนแรงของเคมีบำบัด สภาพร่างกายอ่อนแอสุขภาพจิตแย่อุบัติตกใจกลัว รู้สึกเหมือนกำลังจะตายไม่สามารถทำใจให้ยอมรับได้ ท้อใจ เสียใจ (จันทิรา จิตติวิบูลย์, 2543) ซึ่งอาการข้างเคียง และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นนั้นในผู้ป่วยแต่ละรายมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย เป็นจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิตมนุษย์และเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประชากรทุกประเทศ เป็นนามธรรมที่มีความซับซ้อนหลายมิติเน้นเป็นพิเศษที่การมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลที่อยากให้เป็นหรือคาดหวัง ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตนั้น เป็นการตัดสินใจหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวที่ซับซ้อนโดยขึ้นกับธรรมชาติและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แต่ละบุคคล ดังนั้นบุคลากรผู้ดูแลโดยเฉพาะพยาบาล จึงต้องมีความรู้ที่ทันสมัย ก้าวทันกับ

เทคโนโลยีและองค์ความรู้ใหม่เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งในทุกระยะของโรค รวมทั้งจะต้องให้ความสำคัญและให้การดูแลที่ดีในทุกช่วงระยะของการดำเนินของโรคมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามสภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งคุณภาพชีวิตจะบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล แต่ cella(1997) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ให้ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกในสังคม และความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพครอบครัว การศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นต้น

ผู้วิจัยเชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) จะช่วยเพิ่มศักยภาพความสามารถและความรู้สึกทางบวกของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง ทำให้มีความสามารถเพิ่มขึ้นในการมองเห็นและเข้าใจปัญหาของตนเอง ด้วยการเชื่อมโยงของเหตุผลและปัจจัยต่างๆของปัญหามาไปสู่ความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา มองเห็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหาโดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย การที่พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้สนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษา ผ่านการสนทนาและการมีปฏิสัมพันธ์ โดยมีขั้นตอนเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติของตนเอง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่ากระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัตร มีความต่อเนื่องและไม่หยุดนิ่งอาศัยกระบวนการที่มีการมีส่วนร่วมซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจรู้สึกถึงความสำเร็จ ความรู้สึกพึงพอใจ การรับรู้ถึงการพัฒนาตนเอง รับรู้ว่าชีวิตมีเป้าหมายจะมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามสภาพของแต่ละบุคคล

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

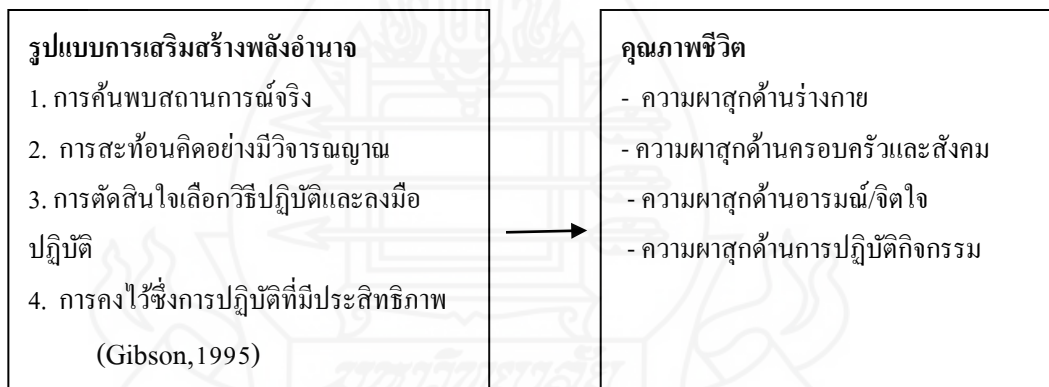
- 2.1 ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
- 2.2 ศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991, Gibson 1995) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991, Gibson 1995) อยู่บนพื้นฐานของการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ภาพด้านบวก มีความไว้วางใจกันเห็นใจกันร่วมมือกันและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้ป่วยมีการตัดสินใจด้วยตนเอง มีแรงจูงใจ มีการเรียนรู้ มีความรู้สึกรวมทั้งนี้พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้สนับสนุนมีขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นการค้นปัญหาและหาสาเหตุที่แท้จริงและพยายามทำให้ผู้ป่วยยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพที่เป็นจริงจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และไม่สามารถรักษาให้หายขาด กลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ ผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการอะไร สิ่งใดคือเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก ขั้นตอนที่ 2 มีวิจารณ์ญาณ การสะท้อนคิดอย่าง (critical reflection) ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้ใช้ความสามารถของตนเองในการพิจารณาไตร่ตรองทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหาแสวงหาทางเลือก และแนวทางสำหรับชีวิตตนเองให้ความสำคัญ (personal significance) ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติของตนเอง (taking charge) การเลือกวิถีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมโดยใช้เหตุผลของตนเอง ประกอบการตัดสินใจ เป็นวิธีการแก้ปัญหาให้แก่ตนเองอย่างสอดคล้องกับปัญหาของตน สามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา พัฒนาความเข้มแข็งและความสามารถของตนเอง เกิดความรู้สึกมีอำนาจในตนเอง (a sense of personal power) ทำให้เกิดการยอมรับการตัดสินใจด้วยตนเอง (self determination) พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เป็นความมุ่งมั่น (commitment) ที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยพบปัญหา ผู้ป่วยจะแก้ไขปัญหาและเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเองทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัด ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเอง จากการเจ็บป่วย (คารณี จามจรี , 2545) ความรู้สึกสามารถควบคุมตนเอง ช่วยลดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยและอาการข้างเคียง เป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (่องพักตร์ พิทยพันธุ์

2545; ฟู่งพัคค์ร้ พึทยพ้ันธุ์, 2542) มีพลังอำนาจเกิดขึ้น มีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (a sense of personal control) ซึ่งการรับรู้พลังอำนาจเป็นผลที่ตามมาของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมีการรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง (a sense of mastery in their situation) ความพึงพอใจของตนเอง (personal satisfaction) การพัฒนาตนเอง (self development) มีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (purpose & meaning in life) ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะส่งเสริมกระบวนการคิดของผู้ป่วยผ่านทั้ง 4 กระบวนการ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนีพร คนชุม (2547) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

5. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (one-group Pretest - Posttest design) เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับเต้านมและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด แบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 58 – มิถุนายน 58

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบที่ให้ร่วมกันหลายชนิด สูตร AC [Doxorubicin (Adriamycin) และ Cyclophosphamide] แบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 10 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ รูปแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจและรูปแบบการพยาบาลตามปกติ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการพยาบาล อาศัยกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยกับผู้วิจัย ทักษะที่ใช้ในการพยาบาล ได้แก่ ทักษะการให้คำปรึกษา ทักษะการติดต่อสื่อสาร ซึ่งรายละเอียดมีความแตกต่างกันตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นแนวทาง

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2

รูปแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง รูปแบบหรือวิธีการจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้ป่วย มะเร็งเต้านม โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นที่รับการรักษาใน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการเผชิญกับปัญหาและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ซึ่งเป็นกิจกรรมสำหรับการให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้การสนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้ความรู้ ผู้อำนวยความสะดวก ผู้ส่งเสริม ผู้พิทักษ์สิทธิ์ ผู้แนะนำและจัดหาแหล่งประโยชน์ โดยอาศัยกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะ 1,2 ซึ่งได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับเต้านมและได้รับเคมีบำบัดที่ให้ร่วมกันหลายสูตร AC [Doxorubicin (Adriamycin) และ Cyclophosphamide] ทางหลอดเลือดดำ

รูปแบบการพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นประจำตามปกติ โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเป็นผู้รับผิดชอบ

รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เคมีบำบัดและอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด การสร้างเจตคติที่ดีต่อโรคมะเร็งและเคมีบำบัด พร้อมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองในด้านร่างกาย ด้านครอบครัวและสังคม ด้านอารมณ์/จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม วัตถุประสงค์โดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ความผาสุกด้านร่างกาย หมายถึง ความรู้สึก หรือการรับรู้ด้านความแข็งแรงของร่างกาย และอาการที่เกิดทางกายของตัวผู้ป่วยเอง

ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลหรือกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด

ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น ความหวัง หรือ ความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของตนเอง

ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ หรือ ความสามารถในการยอมรับของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่ศูนย์เคมีบำบัดและผู้ป่วยในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชและโรงพยาบาลอื่นๆ

7.2 เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. มะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 - 1.1 มะเร็งเต้านม
 - 1.1.1 ความสำคัญของมะเร็งเต้านม
 - 1.1.2 พยาธิสภาพ
 - 1.1.3 อาการ
 - 1.1.4 การวินิจฉัย
 - 1.1.5 การรักษา
 - 1.2 เคมีบำบัด ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อน
 - 1.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับเคมีบำบัด
 - 1.2.2 ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการได้รับเคมีบำบัด
 - 1.2.3 การดูแลตนเองเมื่อได้รับเคมีบำบัด
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 - 2.1 ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
 - 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
 - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.2 องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.3 ข้อตกลงเบื้องต้นของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.4 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

1.1 มะเร็งเต้านม

1.1.1 ความสำคัญของมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศไทยคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณปีละ 58,076 ราย (สถิติสาธารณสุข 2553) และตั้งแต่ปี 2541 สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคมะเร็ง รองลงมา คือ อุบัติเหตุ ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง โรคหัวใจ ปอดอักเสบ และโรคปอดอื่น ๆ (จากมรณะบัตร ปี 2545 อ้างถึงในสถิติสาธารณสุขปี 2539-2554) และแนวโน้มการตายด้วยโรคมะเร็งยังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัจจุบันจากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับ International Agency for Research on Cancer (IARC) ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดองค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) พบว่าในปี 2551 ประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ประมาณ 10,556 ราย คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 33 เมื่อเทียบกับ ปี 2539 โดยแบ่งเป็นเพศชาย 5,636 ราย และเพศหญิง 4,920 ราย ซึ่งอุบัติการณ์และชนิดของโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นในประชาชนไทยจะมีความแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงในแต่ละพื้นที่ เช่น โรคมะเร็ง อันดับแรกที่พบในเพศชาย คือ โรคมะเร็งตับ ส่วนมะเร็งอันดับแรกของสตรี คือ มะเร็งเต้านม จากการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2542 พบว่า โรคมะเร็งทำให้เกิดการสูญเสียจำนวนปีของการดำรงชีวิต ร้อยละ 11 ในเพศชาย และ ร้อยละ 15 ในเพศหญิงของจำนวนปีในการดำรงชีวิตที่สูญเสียไปทั้งหมด(แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2553)

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมรวมทั้งคุณภาพชีวิต ลักษณะของโรคมะเร็งเต้านมถ้าพบระยะแรกๆหายขาดแต่ถ้าเป็นระยะ 3,4 รักษาไม่หายขาดต้องใช้เวลานานในการรักษา มีอาการข้างเคียงต่างๆตามมาจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมทั้งคุณภาพชีวิต ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และแนวทางการรักษาเพื่อสนับสนุนและให้กำลังใจเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยดังรายละเอียดต่อไปนี้ 1) พยาธิสรีรวิทยาของมะเร็งเต้านม 2) อาการ อาการแสดง และการตรวจวินิจฉัยโรค 3) การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมและการแพร่กระจายและ 4) การรักษามะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัดและสถิติการเกิดผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่ได้รับดังนี้

1.1.2 พยาธิสรีรวิทยาของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมคือ เซลล์ของเนื้อเยื่อเต้านมที่มีการเปลี่ยนแปลงภายใน จนทำให้มีการเจริญเติบโตได้รวดเร็วขึ้น และเหนือการควบคุมของร่างกาย มะเร็งเต้านมเกิดขึ้นได้จากเซลล์หลายชนิด แต่พบได้บ่อยที่สุด คือ มะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณท่อน้ำนม (Ductal carcinoma) ส่วนมะเร็งที่พบรองลงไปเกิดที่ต่อมน้ำนม (Lobular carcinoma)(จันทรจักรัส จันทรจักรุพงศ์, 2543: 14)

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านม (จันทรจักรัส จันทรจักรุพงศ์, 243: 15-17)

1. ปัจจัยทางครอบครัว (familial factor) ในคนที่มีแม่หรือพี่น้อง หรือลูก เป็นมะเร็งเต้านม ก่อนอายุ 50 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเป็น 2 เท่าของคนทั่วไป

2. ปัจจัยทางพันธุกรรม ความผิดปกติของยีนที่เรียกว่า BRCA1 และ BRCA2 มีการกลายพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของยีน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

3. ปัจจัยทางฮอร์โมน (Hormonal factor) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับฮอร์โมนเพศของสตรี จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าจำนวนผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่สัมผัสกับฮอร์โมนเอสโตรเจน เช่น

3.1 อายุที่เริ่มมีประจำเดือนและหมดประจำเดือน (age at menarche and menopause) คนที่มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อย เช่น น้อยกว่า 12 ปี หรือหมดประจำเดือนช้า เช่น หลังอายุ 54 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น เช่น หญิงที่หมดประจำเดือนหลังอายุ 55 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่า คนที่หมดประจำเดือนอายุ 45 ปี 2 เท่า (สุรพงษ์ สภาภรณ์, 2543: 36)

3.2 ในคนที่ได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกก่อนวัยหมดประจำเดือน และไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทน จะมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมน้อย

3.3 อายุเมื่อคลอดบุตรคนแรก (age at first pregnancy) ในคนที่ไม่เคยมีบุตรเลย หรือมีเมื่ออายุมากแล้ว จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น

3.4 การให้ฮอร์โมนในสตรีวัยหมดประจำเดือน (hormone replacement therapy) ในสตรีวัยหมดประจำเดือน การให้ฮอร์โมนอาจจะเพิ่มอัตราเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมได้

3.5 ยาคุมกำเนิด (Oral contraceptive) เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่าฮอร์โมนเอสโตรเจน มีส่วนสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านม ดังนั้นการใช้ยาคุมกำเนิดก็มีส่วนทำให้เกิดเป็นมะเร็งเต้านมได้ ถ้ากินยาเป็นเวลานาน

4. ปัจจัยทางอาหารและรูปแบบการดำรงชีวิต (Lifestyle and dietary factors)

4.1 อาหารที่มีไขมันสูงโดยเฉพาะไขมันสัตว์ (animal fat) อาหารเนื้อสัตว์ (red meat) เมื่อทำให้สุกด้วยอุณหภูมิสูงเกิน 200 องศา เป็นเวลานานจะทำให้เกิดสารก่อมะเร็งเพิ่มมากขึ้น

4.2 แอลกอฮอล์กับมะเร็งเต้านม แอลกอฮอล์เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่มีแนวโน้มทำให้เกิดมะเร็งเต้านม

4.3 ความอ้วนจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม

4.4 การออกกำลังกายกับมะเร็งเต้านม เชื่อว่าการออกกำลังกายจะเพิ่มความสามารถของระบบภูมิคุ้มกัน (Immune system) ในการป้องกันมะเร็งเต้านม

5. ประวัติการเป็นโรคที่เต้านม (benign breast disease) ประวัติการมี benign proliferative breast cancer ผู้ที่เคยตัดเนื้อเต้านมมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป

6. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับรังสี (Radiation) หญิงที่ได้รับรังสีมากพอ และติดต่อเป็นเวลานานพอ จะพบว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับรังสี

1.1.3 อาการ-อาการแสดง และการตรวจวินิจฉัย

อาการและอาการแสดงแบ่งตามระยะของโรคดังนี้ (กาญจนา ชาญวิทย์การ, 2542)

1) อาการและอาการแสดงระยะเริ่มต้น

(1) เมื่อเริ่มเป็นมะเร็งเต้านมจะไม่แสดงอาการ

(2) อาการที่สำคัญต่อมา ได้แก่ เป็นก้อนที่เต้านม ส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย และก้อนไม่สัมพันธ์กับประจำเดือน ร้อยละ 90 ก้อนในเต้านมถูกค้นพบโดยผู้ป่วยเอง ร้อยละ 50 พบบริเวณส่วนบนด้านนอก (Upper outer quadrant) ของเต้านม ส่วนใหญ่เกิดในข้างซ้ายมากกว่าข้างขวาเล็กน้อย ก้อนที่ตรวจพบในเต้านมประมาณร้อยละ 25 ที่พบเป็นมะเร็ง

1.1.4 อาการและอาการแสดงระยะลุกลาม

1) ก้อนมีขนาดโตขึ้น คลำหรือมองเห็นชัดเจน ก้อนจะแข็ง ขรุขระ ขอบเขตของก้อนไม่ชัดเจนและยึดติดแน่นอยู่กับที่ มีการดึงรั้งของผิวหนังบุ๋มลงหรือหัวนมบอด ลักษณะของเต้านมบิดเบี้ยวหรือหดลง มีน้ำเหลืองหรือเลือดออกทางหัวนม มีสะเก็ดที่หัวนม (Aloia) ผิวหนังของเต้านมบวมแดง จากการอุดตันของทางเดินน้ำเหลืองทำให้มีลักษณะเหมือนผิวส้ม (Peaud' orange) ต่อมาก้อนจะแตกเป็นแผลมีอาการเจ็บปวดเหมือนฝี

2) คลำพบก้อนน้ำเหลืองโตในรักแร้ หรือเห็นอวัยวะลูกไหปลาร้าเกิดเนื่องจากมีโรคแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง

3) อาการปวดไหล่ สะโพกหลังช่วงล่าง อาการไอ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง ปวดศีรษะ ซึ่งเป็นอาการจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่นที่ไกลออกไป

4) ในรายที่เป็นมากแล้วมะเร็งบางส่วนจะเน่าตาย ทำให้เกิดเป็นแผลขยายกว้างออกไป และมีกลิ่นเหม็นจัด

1.1.5 การแบ่งระยะของโรค (Staging) (จันทรจิรัส จารุพงศ์, 2543: 19 -21)

การจัดระยะของโรคมะเร็งเต้านมมีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการรักษาเปรียบเทียบผลการรักษา และเพื่อการพยากรณ์โรค การจัดมีหลายวิธีแต่ปัจจุบันนิยมใช้วิธี TNM ซึ่งย่อมาจาก Tumor (ก้อนมะเร็งในเต้านม) Node (ต่อมน้ำเหลืองของเต้านม) และ Metastasis (มะเร็งที่กระจายออกไปอวัยวะอื่นๆ) วิธี TNM นี้ได้มีการเปลี่ยนแปลงหลายครั้ง และครั้งล่าสุด เมื่อปี 2530 โดยองค์การ UIAC (International Union Against Cancer) ดังนี้ (American Journal Clinical. 1998)

Primary Tumor (T)

TX	หมายถึง	Primary tumor cancer cannot be assessed
TO	หมายถึง	No evidence of Primary tumor
Tis	หมายถึง	Carcinoma in situ
T0	หมายถึง	ถ้าไม่พบก้อนในเต้านม
T1	หมายถึง	ก้อนเนื้อที่คลำได้มีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร
T2	หมายถึง	ก้อนเนื้อที่คลำได้มีขนาด 2 - 5 เซนติเมตร
T3	หมายถึง	ก้อนเนื้อที่คลำได้มีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร
T4	หมายถึง	ก้อนเนื้อที่คลำได้มีขนาดเท่าใดก็ได้ แต่ก้อนเนื้อนี้แพร่กระจายไปถึงผิวหนังหรือกล้ามเนื้อ Pectoraris โดยแบ่งเป็น
T4a	หมายถึง	การกระจายเข้าทรวงอกลึกเลยกล้ามเนื้อ Pectoraris
T4b	หมายถึง	ผิวหนังเต้านมบวมแดง (Peaud' orange) เป็นตุ่มก้อนหรือแตกเป็นแผล
T4c	หมายถึง	รวมทั้ง a และ b
T4d	หมายถึง	ฝักระบบวมแดง (Inflammatory carcinoma)
Regional lymph nodes (N)		
NX	หมายถึง	ตรวจหาต่อมน้ำเหลืองไม่ได้ (Regional lymph nodes cancer cannot be assessed)
N0	หมายถึง	คลำต่อมน้ำเหลืองรักแร้ไม่ได้

N1	หมายถึง	คล้ำต่อมน้ำเหลืองรักแร้ข้างเดียวกันได้ และต่อมน้ำเหลืองอื่นๆ เคลื่อนไหวได้
N2	หมายถึง	คล้ำต่อมน้ำเหลืองรักแร้ข้างเดียวกันได้ แต่ต่อมน้ำเหลืองนั้นยึดแน่นเคลื่อนไหวไม่ได้
N3	หมายถึง	มีมะเร็งกระจายในต่อมน้ำเหลือง Internal mammary Distant metastasis (M)
Mx	หมายถึง	ประเมินการแพร่กระจายของมะเร็งไม่ได้
M0	หมายถึง	ไม่มีมะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่น
M1	หมายถึง	มีมะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่นๆ รวมถึงการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองแองเงนอกระดุกไหปลาร้า

เมื่อได้จำแนกลักษณะของมะเร็งเต้านมตามระบบ TNM (TNM classification) โดยละเอียดแล้วนำผลมาพิจารณารวมกันเพื่อแบ่งโรคออกเป็นระยะต่างๆ ดังนี้

Stage grouping			
Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stage IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stage IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
Stage IIIB	T3	N2	M0
	T4	AnyN	M0
	AnyT	N3	M0
Stage IV	AnyT	AnyN	M1

1.1.6 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมมีหลายวิธี (จันทรจักรัส จันทรจักรพงศ์, 2543: 17- 19)

1. อาการและอาการแสดงระยะเริ่มต้น

1.1 การซักประวัติความเจ็บป่วยเกี่ยวกับอาหาร ระยะเวลาที่เกิดอาการ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุของผู้ป่วย ประวัติการเกิดมะเร็งเต้านมในมารดา หรือญาติ ใกล้ชิด อายุของการมีบุตรคนแรก ประวัติการมีประจำเดือน การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็น เวลานานๆ เป็นต้น

1.2 การตรวจเต้านม โดยการดูและคลำ ดูขนาดเปรียบเทียบเต้านมทั้งสองข้าง คูสีของผิวหนัง ระดับของหัวนม ลักษณะของหัวนม จากนั้นใช้วิธีคลำ โดยใช้นิ้วมือคลำใน ท่านั่งเพื่อดูต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ คลำในท่านอนธรรมดา และนอนหมอนหนุนไหล่ ควรบีบหัวนม ดูว่ามีเลือดหรือน้ำเหลืองทางหัวนมหรือไม่

1.3 การถ่ายภาพรังสีทางเต้านม (Mammography) เป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับการค้นหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก สามารถตรวจพบมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังคลำ ก้อนไม่ได้ (ขนาดน้อยกว่า 1 ซม.) และวิธี Screening mammogram สามารถลดอัตราการตายจากมะเร็ง เต้านมได้ถึงร้อยละ 20 – 30 และทางสมาคมโรคมะเร็งของอเมริกาได้วางแนวทางในการตรวจหา มะเร็งเต้านมไว้ ดังนี้

1.3.1 อายุ 20 ปีขึ้นไป ให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน

1.3.2 อายุ 40 ขึ้นไป ให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ตรวจโดย แพทย์ทุกปีและตรวจ Mammogram

1.4 การทำ Ductogramเป็นการฉีดสารทึบต่อรังสีเข้าไปในท่อน้ำนมที่มี อาการสื่อแสดงว่ามีโรคอยู่ภายใน มักทำให้ผู้ป่วยมีของเหลวไหลออกจากหัวนมและมีรูเปิดของท่อน้ำนมใหญ่พอ

1.5 Ultrasonography ของเต้านม เป็นการตรวจที่ช่วยแยกลักษณะของถุงน้ำออกจากก้อนทึบ มักใช้กับคนอายุน้อย หญิงมีครรภ์ และใช้เพื่อหาข้อมูลเสริมการตรวจเต้านม และ Mammography ในรายที่ยังหาข้อมูลไม่ได้

1.6 Magnetic resonance imaging หรือ MRI เป็นการสืบค้นมะเร็งเต้านม อีกวิธีหนึ่ง ซึ่งสามารถสะท้อนภาพของก้อนมะเร็งในเต้านมได้โดยไม่ต้องกลัวอันตรายจาก กัมมันตรังสี แต่ค่าใช้จ่ายสูงไม่คุ้มกับ ข้อมูลเพื่อประกอบการวินิจฉัย

1.7 การตัดก้อนเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา (pathological) เป็นการตรวจวินิจฉัยที่สำคัญที่สุดและจะต้องมีข้อมูลนี้ทุกรายก่อนที่จะรักษาด้วยวิธีรักษามะเร็งเต้านม อาจทำได้หลายวิธี

1.7.1 การใช้เข็มเก็บชิ้นเนื้อ (needle biopsy) ทำโดยใช้เข็มดูดเอาเซลล์หรือของเหลวจากก้อนออกมาเรียกว่า fine needle aspiration (FNA) หรือหากใช้เข็มตัดเก็บเนื้อเยื่อออกมาเป็นชิ้นเนื้อเลย เรียกว่า core needle biopsy

1.7.2 การใช้เครื่องมือชี้นำการตัดชิ้นเนื้อ (image – guided biopsy) กรณีที่คลำไม่พบก้อน โดยใช้เครื่องมือช่วยแสดงตำแหน่งที่ผิดปกติ เช่น ใช้เครื่อง Ultrasound หรือ เอ็กซเรย์ เต้านมพิเศษ (Stereostaticmammogram) ก็ได้ แล้วตัดเก็บตัวอย่างชิ้นเนื้อออกมาโดยใช้เข็ม (coreneedle)

1.7.3 การผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อออก (surgical biopsy) การผ่าตัดแบบนี้อาจตัดเอาบางส่วน หรือตัดทั้งก้อนออกมาเลยก็ได้

1.8 Tumor markers สำหรับมะเร็งเต้านม

1.8.1 CEA (Carcinoembryonic antigen) เป็นกลัยโคโปรตีนเดี่ยวที่สร้างโดยเซลล์ Columnarepithelium ของระบบย่อยอาหารและมะเร็งที่มีเซลล์คล้ายๆ กัน CEA สามารถตรวจพบได้ในคนปกติแต่พบในปริมาณน้อย เซลล์มะเร็งสร้างได้มากกว่า CEA ช่วยให้การบ่งชี้มะเร็งเต้านมได้ไว ร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบระดับ CEA เป็นตัววัดในการตรวจจับผู้เป็นมะเร็งที่ยังไม่มีอาการ ขณะนี้จึงใช้ประโยชน์เป็นตัวติดตามผลการรักษา และการพยากรณ์โรคเท่านั้น

1.8.2 CA₁₅₃ ตรวจพบโดย Monoclonal antibody ต่อ 115 D8 และ DF3 พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างระดับของ MCA และ CA₁₅₃ ใน Metastasis breast cancer จึงควรเลือกใช้ หรือ MCA และ CA₁₅₃ อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.9 การตรวจทางชีวโมเลกุล (molecular biology) เพื่อคุณลักษณะและพฤติกรรมของเซลล์มะเร็ง เพื่อให้การรักษาที่จะมีผลต่อเซลล์มะเร็งโดยตรง โดยตรวจหา ยีน human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) พบว่า ผู้ป่วยที่มี HER 2 positive มีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรคสูง รวมทั้งการตอบสนองต่อการรักษาทางมาตรฐานได้น้อยกว่า ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้มะเร็งลุกลามได้เร็วและสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มีโอกาสรอดชีวิตที่สั้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั่วไป ที่ตรวจไม่พบ HER 2 (HER 2 negative) ดังนั้นการประเมินภาวะ HER 2 จึงเป็นขั้นตอนสำคัญ (อาคม เชียรศิลป์, 2546 : 4)

1.10 PET หรือ Positron Emission Tomography เป็นเทคโนโลยีการถ่ายภาพทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์โดยใช้สารเภสัชรังสี เช่น 18F-FDG ฉีดเข้าไปในร่างกายแล้ว

ถ่ายภาพอวัยวะได้โดยมีเครื่องถ่ายภาพรังสีที่ปล่อยออกมาจากเนื้อเยื่อของร่างกายที่ได้รับการฉีดสารเภสัชรังสีเข้าไป สารรังสีที่ใช้ตรวจจะเกี่ยวข้องกับการทำงานของเมตาบอลิซึมในเซลล์ร่างกาย สารเหล่านี้จะเป็นสารรังสีที่ปล่อยอนุภาคโพซิตรอนที่มีครึ่งชีวิตสั้น จะให้ข้อมูลทางสรีรวิทยา (physiology) บอกหน้าที่การทำงานของเต้านม โดยผลิตน้ำตาลกลูโคสที่มีองค์ประกอบที่ให้รังสีโพซิตรอน รวมเป็น ^{18}F -FDG (^{18}F Fluoro -2-deoxy-D glucose) เมื่อนำไปฉีดให้ผู้รับการตรวจ เซลล์ทุกเซลล์ในร่างกายใช้น้ำตาลเป็นอาหาร โดยเฉพาะเซลล์มะเร็งจะมีการจับ ^{18}F -FDG เพิ่มขึ้นกว่าปกติทำให้สามารถวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ ด้วยความไวสูง ความแม่นยำในการตรวจในการตรวจมะเร็งโดยรวมของ ^{18}F -FDG PET มีค่าประมาณมากกว่าร้อยละ 80-90 (ฉันทพิชญ์ มนะม, 2551 : 2)

1.1.5 การรักษามะเร็งเต้านม (จันทรจรัส จันทรจรุพงษ์, 2543 :21 – 26)

ก่อนการรักษาต้องวินิจฉัยให้ได้เสียก่อน ต่อมาจึงจะทำ Staging แล้วถึงจะพิจารณาว่าจะรักษาด้วยวิธีไหนต่อไป ที่สำคัญต้องติดตามผู้ป่วยไปตลอดชีวิต เนื่องจากการเกิดขึ้นเป็นซ้ำอีก (recurrence) อาจเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ แม้จะเป็นมะเร็งเต้านมในระยะแรกก็ตาม ปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมได้เปลี่ยนไปจากเดิมมาก ทั้งในเรื่องของการคัดกรองผู้ป่วยที่ดี การมีการรักษาพร้อมที่มีประสิทธิภาพ และการผ่าตัดที่สามารถรักษาเต้านมไว้ได้โดยผ่าตัดเฉพาะก้อนมะเร็งออกเป็นการเปลี่ยนจากการรักษาแบบ Aggressive ที่สุดไปเป็นการรักษาที่น้อยที่สุดแต่ให้ผลดีที่สุด

1) การรักษาด้วยการผ่าตัด

มาตรฐานการรักษาในปัจจุบันจะประเมินระยะของโรคร้อยละต่างๆ ก่อนว่าอยู่ในระยะใด ถ้ามะเร็งเต้านมอยู่ในระยะเริ่มแรก การผ่าตัดจะเป็นวิธีการแรกของการรักษา โดยมีเป้าหมาย คือต้องเอามะเร็งออกให้หมด เพื่อการหายจากโรค (Cure) ซึ่งวิธีการผ่าตัดมี 2 วิธี คือ

(1) การผ่าตัดเอาเต้านมออก (Mastectomy) เป็นวิธีที่ทำกันแพร่หลายที่สุด มี 3 แบบคือ

ก. Total or simple mastectomy เป็นวิธีการผ่าตัด โดยตัดเอาเนื้อเยื่อของเต้านม (ต่อมน้ำนม ท่อน้ำนม และเนื้อเยื่อไขมัน) รวมถึงผิวหนังบางส่วนและหัวนมออกไป แต่ไม่ได้เลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกมาด้วย ส่วนมากทำในรายที่คลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ไม่ได้ อาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาเสริมด้วยวิธีอื่นหลังการผ่าตัด

ข. Total mastectomy with sentinel node biopsy เป็นวิธีการผ่าตัดโดยตัดเอาเนื้อเยื่อของเต้านม (ต่อมน้ำนม ท่อน้ำนม และเนื้อเยื่อไขมัน) รวมถึงผิวหนังบางส่วนและหัวนมออกไป และมีการหา SNL (Sentinel lymph node) ซึ่งเป็นต่อมน้ำเหลืองกลุ่มแรกที่รับ

น้ำเหลืองจาก Primary tumor ซึ่งอาจมีมากกว่า 1 ต่อม ก็ได้เพื่อทำ SLN biopsy ไปตรวจทางพยาธิ ถ้า Negative ก็ไม่ต้องทำ axillary dissection ซึ่งข้อเสียของการทำ axillary dissection ได้แก่ แขนบวม

ก. Modified radical mastectomy เป็นวิธีการผ่าตัดโดยตัดเอาเนื้อเยื่อของเต้านมบางส่วน ของผิวหนังรวมถึงหัวนมตลอดจนบางส่วนของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้วย แต่เหลือกล้ามเนื้อหน้าอกไว้ วิธีการผ่าตัดแบบนี้มักจะทำในกรณีที่ก้อนมะเร็งโต และมะเร็งมีการลุกลามแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใต้วงรักแร้ข้างเดียวกัน วิธีนี้จะทำให้รูปร่างของหน้าอกคงรูปร่างดี และ โอกาสเกิดแขนบวมและข้อไหล่ติดน้อย

2) การตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก (Lumpectomy) เป็นการตัดเอาก้อนมะเร็งออกโดยยังเก็บส่วนของเต้านมไว้ เป็น conserving breast surgery เป็นวิธีที่นำมาใช้กันแพร่หลายผ่านการพิสูจน์เปรียบเทียบผลการรักษา สรุปได้ว่าอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยรวมถึงการเป็นซ้ำที่เต้านมที่เก็บไว้ไม่แตกต่างกับการตัดเต้านมทั้งหมด ได้รับการยอมรับให้เป็นวิธีมาตรฐาน โดยมีข้อแม้ ดังนี้

(1) วิธีนี้ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไม่ได้ทั้งหมดทุกคน จะใช้เฉพาะรายที่เหมาะสมเท่านั้น เช่น เต้านมต้องใหญ่เพียงพอ และก้อนมะเร็งต้องมีขนาดเล็ก เมื่อเอาก้อนมะเร็งออกแล้วเต้านมที่เหลืออยู่ไม่ผิดรูปไปมากนัก

(2) มะเร็งเต้านมต้องอยู่ในตำแหน่งที่เลาะออกได้ง่าย และต้องเลาะเอาออกให้หมด โดยอย่างน้อยต้องเลาะให้ห่างจากก้อนมะเร็ง 1 ซม. โดยรอบ

(3) เต้านมที่เหลืออยู่จะต้องได้รับการฉายรังสีหลังการผ่าตัด

(4) วิธีนี้ไม่เหมาะในกรณีที่พบมะเร็งหลายๆ จุดในเต้านม

ข้อดีของวิธีนี้คือ สามารถเก็บรักษาเต้านมข้างนั้นไว้ได้ และผลการรักษาก็ไม่แตกต่างจากการตัดเต้านมทั้งเต้าจะต้องเป็นมะเร็งในระยะเริ่มต้น มีขนาดเล็กไม่เกิน 1-2 ซม. มีตำแหน่งเดียว เต้านมมีขนาดใหญ่พอ ยอมรับการฉายรังสีรักษาที่เต้านมหลังการผ่าตัด และจะต้องมารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอต่อไปถ้าหากพบมะเร็งเต้านมเกิดขึ้นใหม่อีกอาจจะต้องตัดเต้านมข้างนั้นออกทีหลังได้

3) การรักษาร่วม (Adjuvant therapy)

เนื่องจากพัฒนาการของการเกิดมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็น Multistep process เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม พบว่าต้องใช้เวลา 10 ปีที่เซลล์มะเร็ง 1 เซลล์จะมีการพัฒนาและเติบโตจนมีขนาด 10 ซม. ซึ่งเป็นขนาดที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เซลล์มะเร็งเริ่มแรกจะมี ER positive ต่อมาจะกลายเป็น ER negative (autostimulation) ถึงแม้การตัด Primary tumor ไปแล้วก็ยังมีความเสี่ยงสูงเหลืออยู่ถึง 10⁸ เซลล์ ซึ่งมีขนาดเล็กไม่สามารถตรวจร่างกายพบได้ จึงเป็นหลักว่า หลัง

การผ่าตัดแล้ว ต้องให้ Adjuvant therapy ซึ่งจากการที่พบว่าก่อนที่มะเร็งจะมีขนาด 1 ซม. ซึ่งเป็นขนาดเล็กที่สุดที่สามารถตรวจพบได้นั้น มะเร็งได้ผ่านการแบ่งตัว ถึง 30 doubling time มาแล้ว ดังนั้นขนาดมะเร็งเล็กเพียง 1 ซม. ที่คิดว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกนั้น แท้จริงไม่ใช่ระยะแรก หลังจากนั้นจากขนาด 1 ซม. จนเป็น 10 ซม. ใช้เวลาอีก 10 doubling time การให้ยาที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญมากในการรักษา

แผนการรักษามะเร็งเต้านม อาจประกอบด้วยวิธีการรักษาอื่น นอกเหนือจากการผ่าตัด ซึ่งเรียกว่าการรักษาร่วม หรือ Adjuvant therapy โดยวิธีต่างๆ เหล่านี้มักเป็นการให้การรักษาร่วมกับการผ่าตัดการรักษาร่วมจะช่วยกำจัดเซลล์มะเร็งรวมทั้งลดโอกาสที่มะเร็งเต้านมจะกลับมาเป็นซ้ำอีก การรักษาร่วมเหล่านี้อาจทำก่อนหรือหลังการผ่าตัดก็ได้ ได้แก่

1. เคมีบำบัด (Chemotherapy) คือการใช้ยาซึ่งเป็นสารเคมีที่มีฤทธิ์ในการทำลายเซลล์มะเร็ง ซึ่งสามารถให้ได้ทั้งก่อนหรือหลังการผ่าตัด หรือจะให้แต่เคมีบำบัดอย่างเดียวก็ได้ และยังจะช่วยป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็งส่วนต่างๆ เคมีบำบัดเป็นยาที่ได้รับการออกแบบมาเพื่อทำลายเซลล์โดยเฉพาะ ซึ่งยาจะออกฤทธิ์ได้ในทุกส่วนของร่างกาย (systemic therapy) โดยผ่านไปในกระแสเลือดซึ่งไหลเวียนไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย ยาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ยับยั้งบางขั้นตอนในช่วงชีวิตการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์มะเร็งตายไปได้

2. รังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการรักษาโดยการใช้รังสีที่มีพลังงานสูง เพื่อไปหยุดยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง รังสีนี้จะไปทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว

3. การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormone therapy) ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในรายที่

3.1 มี Estrogen receptor positive (ER positive)

3.2 ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเอา Primary tumor ออกไปแล้ว ซึ่ง Tamoxifen ยังถือเป็น Standard อยู่แต่ในปัจจุบันข้อมูลของยากลุ่ม Aromatase inhibitor (AI) มีมากขึ้นในการใช้เป็นการรักษาร่วม พบว่าใน Advanced breast cancer ประมาณร้อยละ 30 จะตอบสนองต่อ Endocrine therapy ถ้ามี ER positive และพบว่าตอบสนองมากขึ้นถึงร้อยละ 70 ของผู้ป่วย

การรักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก (Noninvasive breast cancer)

มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ยังไม่ลุกลาม แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ มะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณท่อน้ำนม หรือ DCIS (Ductal carcinoma in situ) และมะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณที่ต่อมน้ำนม หรือ LCIS (Lobular carcinoma in situ) DCIS จะมีลักษณะของ Microcalcification มากกว่าการพบเป็นก้อน และ Comedo DCIS subtype จะค่อนข้างรุนแรง และมีโอกาสเกิด Invasion สูงกว่า

รักษาผู้ป่วย DCIS ควรทำ Local excisional biopsy แล้วตามด้วย Breast irradiation ผู้ป่วยที่ไม่สามารถคลำก้อนได้แต่มี Microcalcificationจากการตรวจ Mammogram ควรได้รับการตรวจต่อโดย need localization biopsy ซึ่งจะเป็นตัวบ่งถึงบริเวณที่จะทำ pathologic sampling ผู้ป่วยที่มี Persistent microscopic involvement ของ Surgical margins หลังการรักษาด้วย local excisionหรือผู้ป่วยที่มี diffuse microcalcificationsมักให้การรักษาต่อโดย Mastectomy สำหรับผู้ป่วย LCIS ซึ่ง lesion มักจะกระจายไปทั่วเต้านม และมักเป็นที่เต้านมทั้งสองข้าง ผู้ป่วย LCIS มีโอกาสในการเกิด Invasive cancer สูงถึงร้อยละ 25 ซึ่งมักเป็น Infiltrating ductal มากกว่า lobular type การให้การรักษา LCIS มีทางเลือกตั้งแต่ Biopsy เฉยๆ แล้วติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดด้วย physical examination และทำ Mammogram จนถึงการทำ bilateral prophylactic mastectomies

มะเร็งระยะลุกลาม (Invasive breast cancer)

แบ่งตามระยะการเป็นโรคของผู้ป่วยดังนี้ คือ

1. มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก (ระยะที่ 1 และ 2)

1.1 Local therapy

1.1.1 การผ่าตัด การเลือกวิธีการผ่าตัด ซึ่งมีหลายวิธีต้องพิจารณาตั้งแต่ location และขนาดของก้อน ขนาดของเต้านม ลักษณะที่ปรากฏบน Mammogram และความต้องการของผู้ป่วยเอง ได้แก่ Mastectomy, Mastectomy with reconstruction conservative surgery เช่น Lumpectomy ร่วมกับ Radiotherapy

1.1.2 รังสีรักษา ผู้ป่วยที่พบเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หลังผ่าตัดทุกราย หรือก้อนมะเร็งอยู่ใน Medial quadrant จำเป็นต้องได้รับรังสีรักษาภายหลังการตัดไหมเรียบร้อยแล้ว และไม่ควรรนานกว่า 2 เดือน

1.2 เคมีบำบัด (Chemotherapy) ข้อมูลในปัจจุบันบ่งว่าผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็ง (Primary tumor size) เล็กกว่า 1 เซนติเมตร ไม่มีโรคกระจายไปต่อมน้ำเหลือง ไม่ว่าจะมียาจัดในการพยากรณ์โรคอื่นๆ อย่างไรก็ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาเสริม (Adjuvant) ด้วยฮอร์โมนหรือเคมีบำบัด ส่วนในผู้ป่วยที่มีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองจะได้ประโยชน์ในการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดมากกว่า การให้เคมีบำบัดอาจรอได้ถึง 4 สัปดาห์ ชนิดของเคมีบำบัดที่เลือกใช้ในกลุ่มผู้ป่วยก็มีความสำคัญ รายงานจากฝรั่งเศสบ่งว่าการเพิ่ม Doxorubicin เข้าไปใน Treatment regimen น่าจะมีประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มี Involved nodes 4 – 10 nodes ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาเสริมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่

CMF : Cyclophosphamide, metrotretexate, 5FU

AC : Doxorubicin, Cyclophosphamide

FAC : 5FU, Adriamycin, Cyclophosphamide

1.2.2 Hormonal therapy การใช้ยาต้าน estrogen ได้แก่ Tamoxifen จะได้ผลดีในผู้ป่วย Estrogen receptor positive มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มี Estrogen receptor negative ผู้ป่วย Postmenopause ซึ่งมีมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลือง ควรได้รับการรักษาต่อด้วย Tamoxifen หากมี Estrogen receptor positive

2. มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ระยะที่ 3

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 ภายหลังจากการทำ Tissue biopsy แล้ว มักจะให้เคมีบำบัดเพื่อควบคุม Occult metastasis disease ก่อน ถ้ามีการตอบสนองดีก็ให้การรักษาเฉพาะที่ด้วยการผ่าตัด แล้วตามด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา

3. มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ระยะที่ 4

3.1 ในผู้ป่วยที่มีมะเร็งกระจายไปยังอวัยวะที่ไกลออกไปและมี Estrogen หรือ Progesterone receptor positive ก็อาจจะตอบสนองต่อการให้ Hormonal therapy ได้ ซึ่งอาจให้ Tamoxifen, Progestins หรือ Oophorectomy ในผู้ป่วย Premenopausal status

3.2 ในผู้ป่วยที่มีมะเร็งกระจายไปยังอวัยวะที่ไกลออกไปหรือมี Estrogen receptor และ Progesterone receptor negative ก็ควรใช้เคมีบำบัด (Systemic chemotherapy)

3.3 รังสีรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีบทบาทในการช่วยบรรเทาอาการ เช่น อาการปวดจากมะเร็งที่ลามไปที่กระดูก

สรุป มะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้ามาพบแพทย์ตั้งแต่นะยะที่เริ่มเป็น ดังนั้นผู้หญิงทุกคนควรที่จะตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาไปแล้วไม่ว่าจะโดยวิธีใด ควรต้องมาให้แพทย์ตรวจตามนัดเสมอ ทั้งนี้เพราะว่าเมื่อเคยเป็นมะเร็งเต้านมแล้ว ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเต็มที่แล้ว ก็ยังอาจจะเกิดเป็นซ้ำขึ้นมาอีกได้

1.2 เคมีบำบัด ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อน

1.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับเคมีบำบัด

เคมีบำบัด คือ วิธีการรักษาโรคมะเร็ง โดยการให้ยาต้านมะเร็งในการทำลายหรือควบคุมเซลล์มะเร็งหรือเป็นการใช้สารเคมีเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง (ประคิษฐา สิ้นสว่าง และ ลาวณิชย์, 2540 : 1)

การที่นำเคมีบำบัดมาใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง ได้มีวิวัฒนาการใหม่ๆ แม้กระทั่งจนปัจจุบันสามารถนำมาใช้รักษาโรคมะเร็งบางชนิดให้หายขาดได้ ส่วนโรคมะเร็งบาง

ชนิดการรักษาด้วยเคมีบำบัดก็สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสุขสบายได้ระยะหนึ่ง โดยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความทรมาณน้อยที่สุด

เคมีบำบัดจะรบกวนหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง ซึ่งเป็นเซลล์ที่ผิดปกติมีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ไม่เป็นไปตามแบบแผนของเซลล์ปกติ แต่ในขณะเดียวกันเซลล์ปกติบางชนิดที่มีการเจริญเติบโตเร็วปกติ เช่น เซลล์ไขกระดูก เซลล์บุทางเดินอาหาร เซลล์ผิวหนัง และ เซลล์รากผมก็จะได้รับผลจากยาเคมีบำบัดด้วย ยาเคมีบำบัดจึงเป็นยาที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของทั้งเซลล์ปกติและเซลล์มะเร็ง ดังนั้น ยาพวกนี้จึงมีผลข้างเคียงมากกว่ายากลุ่มอื่นๆ

1.2.2 ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการได้รับเคมีบำบัด

1) ผลข้างเคียงของเคมีบำบัดจะเกิดในระบบต่างๆ ดังนี้ (รัชนีพร คนชม, 2547 : 15-17)

ระบบทางเดินอาหาร เป็นระบบที่ถูกรบกวนโดยยาเคมีบำบัดมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากเป็นแผล หลอดอาหารอักเสบ เบื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร : เกิดจากการกระตุ้นที่ chemo receptor trigger zone บริเวณ 4th ventricle และทำให้เกิดการระคายเคืองเยื่อกระเพาะอาหารและลำไส้ กระตุ้นvagusnerve, Sympathetic nerve อาการจะเกิดขึ้นใน 3-4 ชั่วโมง หลังจากได้ยาเคมีบำบัดทางเส้นเลือดดำ และ 8-12 ชั่วโมง หลังให้ยาทางปาก จนถึง 72 ชั่วโมง และอาจหายภายใน 24-36 ชั่วโมง ยาที่ทำให้คลื่นไส้ อาเจียนมาก ได้แก่ Cisplatin, Cyclophosphamide และ Doxorubicin

ภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก (oral complication) ได้แก่ การอักเสบของเยื่อในช่องปาก (stomatitis) ริมฝีปาก เหงือก ลิ้น เพดานปาก ตลอดจนการรับรสอาหารผิดปกติ

1. Direct stomatotoxicityเกิดจากฤทธิ์ของเคมีบำบัดที่มีผลโดยตรงต่อเยื่อช่องปาก อาการจะเกิดประมาณวันที่ 3-7 หรือ 7-14 วัน ภายหลังจากได้เคมีบำบัด ทำให้ปวดแสบร้อนในช่องปากมาก

2. Indirect stomatotoxicityเกิดจากฤทธิ์ของเคมีบำบัดไปกดการทำงานของไขกระดูกและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้เกร็ดเลือดและเม็ดเลือดขาวต่ำ เกิดเลือดออกแฉกติดเชื้อภายในช่องปากอาการจะเกิดประมาณวันที่ 12-14 หลังได้รับยาเคมีบำบัด ยาที่ทำให้เกิดอาการได้แก่ 5FU

การถ่ายอุจจาระเหลวหรือท้องเสีย เนื่องจากเคมีบำบัดทำให้เยื่อลำไส้ระคายเคือง การเคลื่อนไหว และการทำงานของลำไส้ผิดปกติ เกิดปวดท้อง ถ่ายเหลว ภายใน 24 ชั่วโมง หลังได้รับยาเคมีบำบัด

ท้องผูก เนื่องจากเคมีบำบัดจะส่งผลกระทบต่อเส้นประสาทบริเวณลำไส้ ทำให้ลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหว เกิดอาการท้องผูกได้ภายหลังรับยาเคมีบำบัด 5-8 วัน

ระบบไขกระดูกยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะไปกดการทำงานของไขกระดูก ทำให้การสร้างของเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือดลดลง ยาที่กดไขกระดูกได้แก่ Doxorubicin

เม็ดเลือดขาวต่ำ (Leukopenia) ทำให้ความสามารถในการกำจัดเชื้อในระบบโลหิตลดลงและการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของเซลล์ต่างๆจะลดลงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อต่างๆได้ง่ายภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ อาการต่างๆจะเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด 7-14 วัน ระยะเวลาฟื้นตัวอยู่ระหว่าง 4-6 สัปดาห์ การให้ยาเคมีบำบัดต้องให้เม็ดเลือดขาวกลับสู่ภาวะปกติก่อน โดยทั่วไปไม่ควรต่ำกว่า 2,500-3,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

เม็ดเลือดแดงต่ำหรือโลหิตจาง (anemia) มีผลทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอแก่การทำงานที่ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มึนงง หน้ามืด ขาดสมาธิ สีของเล็บจางลง ใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจหอบเวลาออกแรง การให้ยาเคมีบำบัดจะให้เมื่อค่าฮีโมโกลบินตั้งแต่ 10 กรัมต่อ 100 ซีซี ถ้าต่ำกว่านี้จะให้เลือดก่อน โดย 1 ยูนิต จะเพิ่มค่าฮีโมโกลบิน 1 กรัม ต่อ 100 ซีซี

เกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) มักจะเกิดขึ้นพร้อมๆกันกับการเกิด Leukopenia ถ้าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะมีการเสี่ยงต่อเลือดออกง่าย มีจ้ำเลือดตามตัว จากจำนวนเกล็ดเลือดต่ำอาการจะเกิดขึ้นภายหลังได้ยาเคมีบำบัดแล้ว 2 สัปดาห์ ถ้าเกล็ดเลือดต่ำ 20,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรจะทำให้มีเลือดออกได้เองโดยเฉพาะสมอง ควรรับไว้ในโรงพยาบาลและงดให้ยาเคมีบำบัด

ระบบผิวหนังผมและรูขุมขน จากการถูกทำลายของเซลล์ผิวหนัง เซลล์ของต่อมรากผม

Erythema และ Urticaria ผิวหนังจะเป็นสีเขียวช้ำ และเป็นผื่นคัน Photosensitivity เป็นภาวะที่ร่างกายไวต่อแสง ทำให้ผิวหนังไหม้ทันที เมื่อถูกแสงแดดจะเกิดภายหลังได้ยาเคมีบำบัดประมาณ 1-2 วัน เกิดขึ้นเมื่อได้รับเคมีบำบัดไวต่อพลังงานรังสี

Hyperpigmentation เป็นการเปลี่ยนแปลงสีของผิวเข้มขึ้น มักเกิดบริเวณผิวหนัง เล็บ เส้นเลือดดำทำให้เคมีบำบัด ผิวหนังบริเวณใบหน้า หลังมือ ข้อศอก รอยพับจะมีสีคล้ำลง มีตกกระ จุดด่าง เล็บจะมีสีคล้ำขึ้น โดยเฉพาะโคนเล็บจะมีสีดำแข็ง เปราะแตกง่าย อาการต่างๆ จะเกิดขึ้นหลังได้ยาเคมีบำบัดประมาณ 1-2 สัปดาห์ และอาการจะหายไปภายใน 2-3 เดือน หลังจกหยุดการให้เคมีบำบัด

ผมร่วง เคมีบำบัดจะทำลายเส้นผมในระยะที่กำลังเจริญเติบโต ซึ่งประมาณร้อยละ 90 ของเส้นผมทั้งหมด อาการจะเกิดหลังได้เคมีบำบัด 2-3 สัปดาห์ และจะงอกขึ้นมาใหม่ภายใน 8 สัปดาห์ หรือหลังหยุดยา 2-3 เดือน เส้นผมที่งอกใหม่จะมีสีดําและหยิกขึ้น ยาที่มีผลได้แก่ Doxorubicin

ระบบทางเดินปัสสาวะ ยาเคมีบำบัดเป็นพิษต่อไตโดยตรงในขณะที่มีการขับของเสียและถูกขับออกทางปัสสาวะ ทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบ มีเลือดออกได้ ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเนื้อหรือเป็นเลือดเนื่องจากเคมีบำบัดทำลายไต และเชื่อกันว่ากระเพาะปัสสาวะหรือเกิดหลอดฝอยของไตตายชนิดเฉียบพลันทำให้ภาวะไตวายได้ จากการที่เซลล์มะเร็งถูกทำลายด้วยเคมีบำบัดอย่างรวดเร็วทำให้เกิดกรดยูริกสะสมในท่อไต เกิดพยาธิสภาพที่ไต ยาที่มีผลได้แก่ Cyclophosphamide, Ifosfamide, Cisplatin

ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เนื่องจากการเสื่อมสลายของใยประสาท (axon) และทำลายประสาทส่วนปลายของร่างกาย จากยาเคมีบำบัดผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการชา ปลายมือ ปลายเท้า ต่อมาจะมีอาการอ่อนแรงของแขนขา กล้ามเนื้อและเท้าจะลีบลง สูญเสียการทรงตัว บางรายมีอาการใจสั่นเมื่อตั้งใจทำอะไร (intention tremor) นัยน์ตากระตุก (nystagmus) บางรายมีอาการสับสนและซึมลงระยะหนึ่ง อาการเหล่านี้จะดีขึ้นหลังจากหยุดยา นอกจากนี้อาจทำให้สูญเสียการได้ยินในช่วงคลื่นความถี่สูงจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 ถูกรบกวนด้วยยาบางชนิดในขนาดสูงๆ ยาที่ทำให้เกิดอาการได้แก่ Vincristine, VP-16, AraC, 5FU, Cisplatin

ระบบทางเดินหายใจ เคมีบำบัดบางชนิดทำให้เกิดพิษต่อปอดเกิดพยาธิสภาพที่ parenchyma ของปอด หรือบางชนิดทำให้เกิดถุงลมปอดอักเสบ ยาที่มีผลได้แก่ Bleomycin

ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ทำให้ผนังหลอดเลือดอักเสบได้ง่าย เกิดหลอดเลือดดำอักเสบ และมีลิ้มเลือดอุดตันได้บ่อยจากการฉีดยาเคมีบำบัดเข้าทางหลอดเลือดดำ ยาที่มีผลต่อหัวใจ ได้แก่ Doxorubicin

ตับ เคมีบำบัดจะถูกเผาผลาญที่ตับ ทำให้เป็นพิษต่อตับแต่เกิดได้น้อย ผู้ป่วยจะมีระดับเอนไซม์ SGOT SGPT LDH และ Alkaline phosphatase สูงขึ้น นอกจากนี้ยากดการทำงานของตับในการสร้าง fibrinogen และปัจจัยการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องบริเวณ

right upper quadrant ตัวตาเหลือง ตับโต คลื่นไส้ อาเจียน ยาที่มีผลได้แก่ Methotrexate

ระบบสืบพันธุ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของต่อม gonad รังไข่ และอวัยวะอาจทำให้เป็นหมัน กามตายดํานในเพศชายจากเคมีบำบัดจะทำให้จำนวนเชื้ออสุจิ

และการเคลื่อนที่ของอสุจิลดลง สมรรถภาพทางเพศลดลง ในเพศหญิงเยื่อบุช่องคลอดอักเสบ ประจำเดือนมาไม่ปกติหรือขาดประจำเดือน เนื่องจากการหลังเอสโตรเจนเปลี่ยนไป ในรายที่ ตั้งครรภ์อาจแท้ง คลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของเคมีบำบัด ขนาดของยาและระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด การเปลี่ยนแปลงนี้จะหายไปหลังจากหยุดการรักษาประมาณ 18-24 เดือน ยาที่มีผล ได้แก่ Cyclophosphamide

2) ภาวะแทรกซ้อนบริเวณที่ให้เคมีบำบัด(รัชนีพร คนชม , 2547 : 17)

Phlebitis บริเวณที่ฉีดยา อาจเกิดอาการปวด บวม แดง ร้อน คัน หรือ อาจพบความผิดปกติเหล่านี้ที่หลอดเลือดดำ

Vein flare เป็นปฏิกิริยาการแพ้เฉพาะที่จากยาประเภท Adriamycin โดยอาการปรากฏทันที มีลักษณะเป็นผื่นและคัน หรือปวดแสบปวดร้อนที่เส้นเลือดดำ

Extravasation เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จากการรั่วของเคมีบำบัดรั่วเข้าไปรอบบริเวณที่ฉีดยา ทำให้เกิดการระคายเคือง ทำลายเนื้อเยื่ออ่อน cutaneous tissue เส้นประสาทและหลอดเลือด จะมีอาการบวมไหม้ ปวดแสบปวดร้อนและกลายเป็นน้ำขังพอง 2 สัปดาห์ต่อมาเกิดการตายของเนื้อเยื่อ พบเป็นสีดำๆ บริเวณที่ให้เคมีบำบัด

จากการศึกษาและสัมภาษณ์ผู้ป่วย 5 ราย โดยวัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ (2556) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกรายที่มารับเคมีบำบัดของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชมีอาการข้างเคียงคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสและกลิ่นเสียไป ความอยากอาหารลดลง อ่อนเพลีย ผม่วรง

สรุป ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด มีผลกระทบเกือบทุกระบบของร่างกายทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์หรือแม้แต่บริเวณที่ให้เคมีบำบัดอาจเกิด Phlebitis หรือ Extravasation บริเวณที่ฉีดยา เป็นต้น

1.2.3 การดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด (นันทพร พิษะยะ, 2546 : 24- 25)

1) ความต้องการเพื่อให้ร่างกายได้รับอากาศที่บริสุทธิ์อย่างเพียงพอ เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อไขกระดูก ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ ผู้ป่วยมีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ควรเข้าใกล้ผู้เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น ผู้ที่เป็นไข้หวัด ไอ มีน้ำมูก และไม่ควรเข้าไปในชุมชนแออัดโดยไม่จำเป็น จึงควรอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

2) การได้รับสารน้ำและอาหาร ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่า วิตามิน และแคลอรีสูงขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรับประทานอาหารให้ถูกส่วน และให้ได้ประโยชน์มากที่สุดเพราะจะทำให้ร่างกายแข็งแรง มี

ความทนทานต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ช่วยให้ร่างกายซ่อมแซมและเสริมสร้างเซลล์ที่ดีขึ้นมาทดแทน ซึ่งอาหารหลักที่จำเป็นสำหรับร่างกายคืออาหารหลัก 5 หมู่ ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่และวิตามิน เคมีบำบัดมีผลต่อไต เกิดการตกตะกอนของยาในท่อไต เพื่อจะทำให้ทำหน้าที่ที่ดีอยู่จึงจำเป็นต้องพยายามขับถ่ายยาเหล่านี้ออกจากร่างกาย พยายามดื่มน้ำอย่างน้อย 8-12 แก้ว ต่อวันหรือวันละ 2,500-3,000 ซีซี นอกจากนั้นเคมีบำบัดจะทำให้เกิดการทำลายนิวคลีอิกแอซิก (nucleic acid) ของเซลล์ต่างๆ ผู้ป่วยจึงมีปริมาณของกรดยูริกในปัสสาวะสูงขึ้น การดื่มน้ำมากๆ จึงเป็นการป้องกันการรวมตัวหรือการตกผลึกของกรดยูริกที่เป็นสาเหตุของการเกิดนิ่วในท่อไต กระเพาะปัสสาวะ และอาจเกิดภาวะไตวายจากการอุดตันของผลึกได้ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

3) การขับถ่ายของเสียและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีกากมากๆ ได้แก่ ผักและผลไม้ ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว เพื่อให้การขับถ่ายเป็นไปตามปกติ

4) มีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อนอย่างเหมาะสม การมีกิจกรรมหรือการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เช่น การวิ่งเหยาะๆ การเดินจะช่วยให้ออกกำลังกายได้เต็มที่ กระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆเกือบทุกระบบส่วนการพักผ่อนนั้นจะรวมทั้งร่างกายและจิตใจ ร่างกายต้องการการพักผ่อนหลังจากมีกิจกรรมหรือออกกำลังกาย เพื่อให้เซลล์ประสาทและกล้ามเนื้อได้พัก

5) มีความสมดุลระหว่างการอยู่ลำพังและการปฏิสัมพันธ์ในสังคม เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้บุคคลมีอิสระ มีความเป็นตัวของตัวเอง ในขณะที่มีความผูกพันกับบุคคลอื่นในสังคมด้วย ผู้ป่วยจึงควรมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ที่ดีต่อการเจ็บป่วย มีผลต่อการปรับตัวและช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการดูแลสุขภาพ

6) การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะต้องตรวจเต้านมข้างที่เหลืออยู่ด้วยตนเอง และเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ขณะที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงจากบุคคลอื่นที่มีการติดเชื้อรวมทั้งการดูแลสุขภาพสะอาดร่างกายของตนเอง และพยายามรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ เพราะ ยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ป่วยจะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

1.2.4 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด(นันทพร พิษะยะ ,2546 : 25 - 29)

การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อบรรเทาและขจัดอาการข้างเคียง ให้กลับสู่การมีสุขภาพดีโดยเร็ว ซึ่งต้องการการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1) การเสาะหาบริการด้านการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จะต้องมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับยาเคมีบำบัดให้ครบ เพราะการมาพบแพทย์ตามนัดผู้ป่วยมีโอกาสได้ซักถามปัญหาต่างๆกัน จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมักพบอาการข้างเคียงได้ค่อนข้างมาก ผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าตนมีอาการเลวลงจากการรักษาจึงพยายามหลีกเลี่ยงการรักษาด้วยลักษณะต่างๆกัน เช่น ต่อรองในการรักษาให้น้อยลง พยายามแสวงหาการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เปลี่ยนสถานที่รักษา ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ภาวะสุขภาพเลวลง จึงพยายามแสวงหาสถานที่รักษาแห่งใหม่ สิ่งเหล่านี้นับว่าเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรคเป็นอย่างมาก

2) ตระหนักและสนใจที่จะติดตามผลของพยาธิสภาพต่างๆที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเคมีบำบัดมีบทบาทต่อการรักษาโรคมะเร็งเต้านมเป็นอย่างมาก โดยจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปลอดจากโรคมามากขึ้นและนานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการอยู่รอดมากขึ้น ผู้ป่วยต้องสนใจหมั่นตรวจเต้านมด้วยตนเอง ถ้าคลำพบก้อนหรือมีส่วนที่ผิดปกติเต้านมแม้เพียงเล็กน้อยก็ตามควรจะไปพบแพทย์โดยเร็ว (ไพรัช เทพมงคล , 2557: น.77 – 78) ผู้ป่วยจะต้องให้ความสำคัญในการสังเกตอาการ สนใจความรุนแรงของโรค และรายงานอาการต่างๆที่เกิดกับตนให้แพทย์ผู้รักษาทราบเพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อไป

3) การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรทำความเข้าใจว่าโรคนี้นั้นเป็นโรคเรื้อรัง การรักษาต้องกระทำติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน การให้เคมีบำบัดสามารถลดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้ ซึ่งการให้เคมีบำบัดก่อให้เกิดผลข้างเคียงหลายประการ ทำให้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

(1) การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการเกิดผิวน้ำและหลอดเลือดดำอักเสบจากเคมีบำบัดรั่วออกนอกเส้นเลือด

ก. ถ้ามีอาการคันหรือเป็นผื่นตามตัว ให้แป้งฝุ่นบรรเทาอาการคัน และโลชั่นหรือครีมทาผิวเพื่อทำให้ชุ่มชื้นเสมอ

ข. หลีกเลี่ยงการเกาหรือถูแรงๆ

ค. บอกแพทย์หรือพยาบาลทันทีที่เคมีบำบัดรั่วออกนอกเส้นเลือด ใช้ความเย็นหรือผ้าชุบน้ำเย็นประคบบริเวณนั้น

(2) การดูแลสุขภาพ เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร

ก. ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรรับประทานอาหารประเภทเหลวใส เช่น น้ำจืด น้ำส้ม วนหรือเยลลี่ น้ำมะนาว น้ำชา โดยการจิบทีละน้อยแต่บ่อยๆ ควรรับประทานอาหาร

ที่ละน้อยๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการรับประทานมากเกินไปเพราะจะทำให้กระเพาะอาหารพองตัวมากเกินไป ซึ่งจะมีผลกระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น ซึ่งจะมีผลกระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น

ข. ควรงดอาหารเผ็ดจัด เค็มจัด มันจัด หวานจัด อาหารที่มีกลิ่น

ค. หลีกเลี่ยงการสัมผัสกลิ่น เสียง ภาพที่กระตุ้นอาการอาเจียน เช่น กลิ่นไม่สะอาด เสียง และภาพคนอื่นกำลังอาเจียน

ง. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมง ก่อนการบริหารยา หรือรับประทานอาหารมื้อหนักก่อนการบริหารยา 3-4 ชั่วโมง แล้วจึงรับประทานอาหารอ่อนๆ เบาๆ แต่รับประทานบ่อยๆ ประมาณ 5-6 8 ครั้ง

จ. งดอาหารหวานจัด อาหารที่ผัดด้วยน้ำมัน และอาหารประเภทมันมากๆ

ฉ. หลีกเลี่ยงการนอนราบใน 2 ชั่วโมงแรกหลังจากรับประทาน อาหารเสร็จ เพราะทำให้การย่อยอาหารช้าลง ทำให้รู้สึกไม่สบายมากขึ้น

(3) การดูแลตนเองเมื่อมีแผลในช่องปาก

ก. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีความเป็นกรดมาก ไม่ควรรับประทาน อาหารที่มีรสเค็มจัด เผ็ดจัด เพราะจะทำให้เกิดอาการปวดแสบปวดร้อน

ข. หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและการสูบบุหรี่

ค. ใช้แปรงสีฟันนุ่มๆทำความสะอาดปากและฟัน

ง. อมปากบ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำอุ่นทุก 2-3 ชั่วโมง

จ. ใช้ครีมหรือสีย้อมทาร์นิสฝีปาก เพื่อป้องกันปากแห้ง

(4) การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการท้องผูก

ก. รับประทานอาหารกากใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว

ข. ออกกำลังกายเป็นประจำ

ค. ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา

(5) การดูแลตนเองเมื่อภาวะเม็ดเลือดต่ำ

ก. ป้องกันการติดเชื้อ เมื่อมีเม็ดเลือดขาวต่ำ กระทำดังนี้

ก) หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์

ข) หลีกเลี่ยงบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ เช่น วัณโรค หวัด อีสุกอีใส

ค) ระวังระวังมิให้เกิดบาดแผลต่างๆ ตามร่างกาย เพื่อป้องกันมิ

ให้เชื้อโรคเข้าทางบาดแผล

ง) ถ้ามีอาการไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด ไอ ควรไปพบแพทย์

ก. ป้องกันเลือดออกง่าย เมื่อมีเกร็ดเลือดต่ำ กระทำดังนี้

ก) ใช้แปรงขนอ่อนนุ่มหรือไม้ฟันสำลี ทำความสะอาดปาก ฟัน

ข) หลีกเลี่ยงการใช้ของมีคม

ค) งดเว้นการเล่นกีฬาประเภทที่มีโอกาสมีบาดแผลง่าย

ง) ถ้าถูกของมีคม ให้กดทับบาดแผลด้วยผ้าที่สะอาด กระจาย

ชำระที่สะอาดหรือมือที่สะอาดทันที ถ้าเลือดไม่หยุดควรพบแพทย์

จ) หลีกเลี่ยงการใช้ยาแอสไพริน เมื่อมีเกล็ดเลือดต่ำ เพราะทำให้เลือดออกง่าย

ฉ) ควรแจ้งให้แพทย์ทราบทันทีที่เป็นจ้ำตามตัวง่าย เลือดออกง่าย และมากกว่าปกติ ปัสสาวะอุจจาระเป็นเลือด

ข. ป้องกันอาการอ่อนเพลียจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำกระทำดังนี้

ก) รับประทานอาหารประเภทโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่

ข) พักผ่อนมากๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนควรนอนหลับวันละ 8-10 ชั่วโมง

(6) การดูแลตนเองเมื่อมีอาการผมร่วง

ก. ใ้ผมปลอม ใส่หมวก หรือใช้ผ้าคลุมผม

ข. ผมจะขึ้นใหม่เหมือนเดิมเมื่อหยุดให้ยาเคมีบำบัดนานประมาณ 1 เดือน

(7) ดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินปัสสาวะ

ก. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว

ข. สังเกตสี และลักษณะของปัสสาวะ ถ้าผิดปกติให้รีบปรึกษาแพทย์

(8) การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือ และปลายเท้า

ก. ออกกำลังกายเบาๆ เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อให้แข็งแรง

ข. พักผ่อนเต็มที่หลังออกกำลังกาย

(9) การพักผ่อนด้านจิตใจ พยายามเบนความสนใจไปยังสิ่งอื่นๆ เพื่อลดความเครียด การผ่อนคลายอารมณ์ด้วยการฟังเพลง ดูรายการโทรทัศน์ที่สนุกสนาน น่าสนใจ พบปะสนทนากับบุคคลที่ฟังพอใจ อ่านหนังสือที่ชอบและน่าสนใจ พุดถึงแต่สิ่งที่ชอบ และพุดคุยถึงวันที่มีความสุขในอดีต จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

(10) การรับรู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล การได้รับเคมีบำบัดจะทำให้เกิดผลข้างเคียงมากมาย ดังนั้นหลังจากได้รับการรักษา และปฏิบัติตนในการดูแลตนเองดังกล่าว

ข้างต้นแล้ว ผู้ป่วยควรสนใจในสุขภาพของตนเอง และสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เพื่อบอกถึงความเปลี่ยนแปลงของตนและรายงานแพทย์ทราบ เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อไป

(11) ปรับความรู้สึกลึกซึ้งเกี่ยวกับตนเองและภาพลักษณ์ การที่ยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ ความรู้สึกเสียสมรรถภาพของร่างกาย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่ามีปัญหาทางด้านร่างกายที่มีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมากที่สุด คือ ผมร่วง และอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจึงต้องปรับความรู้สึกลึกซึ้งเกี่ยวกับตนเอง อันนำไปสู่การยอมรับ การเห็นคุณค่าในตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมอื่นๆที่ดี และเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงภายหลังการได้รับการรักษาดังกล่าว เพื่อเกิดกำลังใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการดูแลตนเองต่อไป

(12) เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยควรดูแลสุขภาพอนามัยอย่างสม่ำเสมอ เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกาย การบริหารแขนและสุขภาพอนามัยอย่างสม่ำเสมอ เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการออกกำลังกายบริหารแขนและข้อไหล่เพื่อป้องกันภาวะข้อไหล่ติดแข็ง และแขนบวม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อบำรุงสุขภาพให้แข็งแรง การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกายหมั่นคลำเต้านมด้วยตนเอง และสังเกตอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นได้ดังกล่าวไว้ข้างต้น และที่สำคัญคือการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

สรุปเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่มีประสิทธิภาพมากอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับ เป็นวิธีการรักษาที่มุ่งทำลายเซลล์มะเร็ง แต่ก็ทำให้เซลล์ปกติถูกทำลายไปด้วย ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เป็นต้น นอกจากนี้แล้วต้องสูญเสียเต้านมที่เป็นสิ่งแสดงถึงสัญลักษณ์ทางเพศ ซึ่งมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์นั้นคือบทบาทและความงามถูกทำลายไป ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก แต่ทั้งนี้ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมีวิธีป้องกันและการดูแลตนเองภายหลังรับยาเคมีบำบัดดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2.1 ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

2.1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คำว่า คุณภาพชีวิต เป็นคำที่ใช้ในการเปรียบเทียบซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่ และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี วัฒนธรรมแตกต่างกัน จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นนามธรรมได้อย่างชัดเจนแน่นอน อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้พยายามที่จะอธิบายความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างกันตามทัศนะของแต่ละบุคคล ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2539 ได้ให้ความหมายไว้ว่าคุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนชีวิตให้ความหมายว่า หมายถึง ความเป็นอยู่ตรงข้ามกับความตาย แต่มิได้กล่าวรวมในความหมายของคุณภาพชีวิต

Liu (1975) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง ความผาสุก คือการกินคืออยู่ดี มีสุขของคนภายในสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ Meeberg (1993) มีความเห็นว่า คุณภาพชีวิตนั้นมีความหมายเช่นเดียวกับพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) และความผาสุก (well-being) นั่นเอง

Campbell (1976) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต คือความสุข ความพึงพอใจและความหวังของแต่ละบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่

Padilla & Grant (1983 : 117) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย เจตคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม

Orem (1985 : 139) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับคำว่าปกติสุข ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขในใจ

Ferran & Power (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงความสุขหรือความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคล

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL group, 1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งมี 4 องค์ประกอบคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมที่เขาอาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

Testa and Simonson (1996) ให้ความหมาย คำว่า คุณภาพชีวิตนั้นมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินในแต่ละด้านตามการรับรู้ของผู้ป่วยและตามภาวะที่แท้จริงของผู้ป่วย การประเมินการรับรู้และความพอใจในภาวะสุขภาพและความสามารถของตนตามขีดจำกัดที่มี โดยบุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่เหมือนกันอาจมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

Ferrell (1998) ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต ว่าเป็นความรู้สึกถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์ชีวิต ที่ประกอบด้วย ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านสังคมและความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

Cella (2000) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพว่าเป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ให้ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกในสังคม และความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม

สำหรับคุณภาพชีวิต ตามความหมายที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก จะเป็นการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าที่สัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐานและสิ่งต่างๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้องอยู่ ซึ่งเป็นผลอันซับซ้อนมาจากสุขภาพของร่างกาย จิตใจ ระดับของความอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในชีวิตของบุคคล (WHO. 1981) ในทางการแพทย์ คุณภาพชีวิต หมายถึง ความสามารถของ ผู้ป่วยที่ปฏิบัติการกิจตามบทบาทในสังคมได้อย่างปกติสุข ทั้งบทบาทในครอบครัวและชุมชน (เกษม วัฒนชัย, 2530)

ในสาขาการพยาบาล คุณภาพชีวิตถูกจัดเป็นเป้าหมายสำคัญประการหนึ่งของการให้บริการพยาบาลแก่บุคคล กลุ่มบุคคลและสังคมหรือชุมชน อย่างไรก็ตามความหมายของคุณภาพชีวิตยังคงมีความแตกต่างกัน บางท่านมองคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงความพึงพอใจและความสุขในชีวิต (Campbell. 1976 ; Ferrans. 1990 ; Meeberg. 1993 ; Parse. 1994) โดยความหมายดังกล่าว หมายถึง สภาพจิตใจที่มีความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจ มีความสุข หรือไม่มีความสุขในด้านต่างๆ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการมีกิจกรรม ความเครียด ภาวะเก็บกดทางอารมณ์ ความมีคุณค่าในตนเอง เป้าหมายในชีวิต และการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม รวมไปถึงการมีความเป็นอยู่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและวัตถุ การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และการพัฒนาตนในทางที่ดี (Burckard. 1985) แต่ในบางกรณี จะอธิบายว่า คุณภาพชีวิต คือความสามารถในการเผชิญความเครียดแบบแผนของการดำเนินชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Jalowiec. 1990 ; Molzbn. 1990a, 1991b) โดยที่ในบางกรณีศึกษากล่าวถึงคุณภาพชีวิตในความหมายของภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล ดังเช่น ตามแนวคิดของรอยได้กล่าวถึง

คุณภาพชีวิตว่า คือเป้าหมายหนึ่งของการพยาบาล โดย เน้นถึงการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลให้มีพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม เพื่อให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถบรรลุตามเป้าหมายในการปรับตัวของบุคคลได้ นอกจากนี้ การให้ความหมายของคุณภาพชีวิต บางครั้งอาจพบว่าเป็นการให้ความหมายที่ระบุเฉพาะ โรคใดโรคหนึ่ง แต่บางกรณีก็อาจพบความหมายของคุณภาพชีวิตที่สามารถใช้ได้โดยทั่วไป

จากแนวคิดและความหมายที่หลากหลายของคุณภาพชีวิต ได้มีผู้ทำการศึกษา และจัดกลุ่มความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ 5 ลักษณะ คือ การมีชีวิตที่ปกติ การมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิต การประสพกับความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย การมีความสามารถทางด้านร่างกายและจิตใจ และการมีความสามารถในการเข้าสังคม โดยที่ความหมายของคุณภาพชีวิตแต่ละลักษณะจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน และแต่ละลักษณะสามารถใช้ได้เฉพาะในสถานการณ์ที่จำกัด จึงจะเกิดความเหมาะสม ด้วยเหตุนี้ในปัจจุบันจึงยังไม่มีข้อตกลงที่เฉพาะเจาะจง ในการอธิบายความหมายของคุณภาพชีวิตที่ชัดเจน (Ferrans, 1990)

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ ให้ความหมายคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพว่าเป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ให้เกิดผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกในสังคม และความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม

2.1.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์ที่ซับซ้อน มิได้อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียว แต่ขึ้นอยู่กับหลายสิ่งรวมกัน มีผู้ให้แนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วยซึ่งป่วยมาเรื้อรังนั้น มีนักวิชาการหลายท่านให้แนวคิดไว้ดังนี้

Cella (1997) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ให้เกิดผลกระทบกระเทือนจากสภาวะของโรคหรือการรักษา ซึ่งประกอบด้วย ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม

Padilla and Grant (1985) ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ถึงความผาสุกและความพึงพอใจของบุคคลที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well being) ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย ความแข็งแรง ความสามารถในการทำงาน และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้
2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) ได้แก่ ความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตทั่วไป

3. ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (Body image concerns) ได้แก่ การยอมรับสภาพร่างกายของตนเอง ความสามารถในการปรับตัวและความสามารถในการมีชีวิตอยู่กับอาการของโรค

4. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ได้แก่ การรับรู้อาการต่างๆ ที่เกิดจากการรักษาและสามารถปรับตัวรับสภาพอาการที่จะเกิดขึ้นได้

5. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา เกี่ยวกับโภชนาการ ได้แก่ การรับรู้ถึงความรู้สึกอยากรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่เพียงพอ

6. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ได้แก่ การรับรู้ปฏิกริยาจากบุคคลในสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สบาย ความรู้สึกมีพลัง ความรู้สึกอ่อนล้า การนอนหลับและการพักผ่อน

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดี ในด้านความคิด การเรียนรู้ ความจำ การมีสมาธิ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และภาพลักษณ์เกี่ยวกับร่างกายทั่วไปของตนเอง

3. ด้านระดับของความเป็นอิสระไม่พึ่งพา (Level of independence domain) เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์และความสามารถในการทำงาน

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม และการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) เกี่ยวกับความปลอดภัยด้านร่างกาย สภาพแวดล้อมภายในบ้าน การได้รับบริการสุขภาพและสังคม แหล่งรายได้ โอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสาร การพักผ่อนหย่อนใจหรือการใช้เวลาว่าง การคมนาคมขนส่ง และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเช่น มลพิษทางอากาศ เสียงการจราจร สภาพภูมิประเทศ

6. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางจิตวิญญาณ ศาสนาและความเชื่อ

Ferrans (1997) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกและความพึงพอใจของบุคคลที่เป็นองค์รวมขององค์ประกอบ 4 ด้าน

1. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning domain) เกี่ยวข้องกับประโยชน์ที่มีต่อบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลงานที่รับผิดชอบในครอบครัว สุขภาพของตนเอง การที่ตนเองไม่ได้เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับความเป็นอยู่ของตนเอง งานอดิเรก การมีชีวิตนานเท่าที่ตนเองต้องการ ชีวิตทางเพศ และการดูแลสุขภาพของตน

2. ด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomic domain) เกี่ยวกับกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลภายนอกครอบครัว เช่น เพื่อน เป็นการได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมหรือการผูกมิตรกับบุคคลอื่น การได้รับการยอมรับ ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการเงิน ที่พักอาศัย การศึกษาและการทำงาน

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological /Spiritual domain) เป็นความเกี่ยวข้องกับความสุข ความสำเร็จในเป้าหมายของชีวิตคนที่ตั้งไว้ ความสงบสุขในใจ การมีความเป็นตัวของตัวเองความศรัทธาในศาสนา การมีความหวังในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมั่นคงหรือวิตกกังวลในการดำเนินชีวิต

4. ด้านครอบครัว (Family domain) เป็นความเกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัว คู่รัก/คู่ครอง บุตรหลาน สุขภาพของครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือ และกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว

จากแนวคิดและความหมายที่หลากหลายดังกล่าว เฟอร์เรลด์ โด ไลท์ ลัย และ กุลาเซคาแรม (Ferrell, Dow, Leigh, Ly.&Gulasekaram, 1995) จึงได้อธิบายองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตโดยรวมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ความผาสุกด้านร่างกาย เช่น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า การนอนหลับ การพักผ่อน ความเจ็บปวด ความอยากอาหาร สภาพร่างกายทั่วไป

2. ความผาสุกด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความสนุกสนาน ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ความสุข ความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นโรคเดิม ความทุกข์ทรมานจากการตรวจวินิจฉัยและการรักษา

3. ความผาสุกด้านสังคม เช่น ความสุขหรือความทุกข์ทรมานของครอบครัว ฐานะทางการเงิน การประกอบอาชีพ

4. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ เช่น ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความหวัง

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ Cella (1997) ซึ่งกล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ได้รับผลกระทบกระเทือนจากสภาวะของโรคหรือการรักษา ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้านคือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ Cella นี้สอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยมะเร็ง

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและการประเมินคุณภาพชีวิต

2.2.1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (นันทพร พิษะยะ, 2546:33-34)

ความผาสุกทางร่างกาย การเป็นมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยการผ่าตัด และการได้รับเคมีบำบัด จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลายประการ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียทั้งจากสภาพความเจ็บป่วย และการรักษา หรือเกิดจากสภาพจิตใจของผู้ป่วยเอง รวมทั้งความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุ หรือเกิดขึ้นโดยที่ไม่ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกที่มีคุณค่าของผู้ป่วยด้วย มีผลต่อการสนใจติดตามการรักษา การมีส่วนร่วมในการรักษาที่ได้รับและความรับผิดชอบในการดูแลตนเองด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรตระหนักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความผาสุกด้านครอบครัว/สังคม เป็นคุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ทางสังคม ได้แก่ การติดต่อกับคนในสังคม ครอบครัวการต่อต้านจากสังคม หรือถูกแยกจากสังคม การกลับเข้าสู่สังคม การได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว/สังคม ผลจากการสูญเสียเต้านม การสูญเสียภาพลักษณ์ มีผลต่อความมั่นใจ ความรู้สึกมีคุณค่าลดลง รู้สึกว่าตนต่างจากคนอื่น ไม่มีใครเข้าใจข้อจำกัดต่างๆ ที่มีผลต่อจากความเจ็บป่วย จึงมักหลีกเลี่ยงที่จะเข้าสังคม การพบปะสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ไม่ต้องการติดต่อกับใคร แยกตัวออกจากสังคม รู้สึกเงินอายน ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมขาดการติดต่อกับสังคม โอกาสที่จะได้รับความเข้าใจและเห็นใจลดลง โกรธหรือขัดแย้งกับบุคคลอื่น ซึ่งปัญหาใหญ่ก็คือการกลัวถูกปฏิเสธจากบุคคลอื่น การได้เข้าสังคมใหม่โดยความช่วยเหลือจากครอบครัว ทีมสุขภาพ และผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งจะทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ รู้สึกในคุณค่าของตนเพิ่มขึ้น

ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ได้แก่ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกสนุกสนานความพอใจในการรับประทานอาหาร ความพึงพอใจในการนอนหลับ ความกระวนกระวายใจ กังวลเกี่ยวกับอาหาร ความตาย ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ คือ กลัววิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสูญเสียการควบคุมตัวเอง กลัวความตาย โกรธ หงุดหงิด เบื่ออาหาร แยกตัวออกจากสังคมผู้ป่วยมักมีความรู้สึกกลัวว่าลักษณะความเป็นหญิงจะถูกทำลาย ความสามารถใน

การตอบสนองความต้องการทางเพศหมดไป กลัวสามีรังเกียจ นอกจากความกลัวและความวิตกกังวลแล้ว ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า การที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้า แสดงถึงขวัญและกำลังใจของผู้ป่วยลดน้อยลง ท้อแท้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนไปในทางที่เลวลง

ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม จากอาการข้างเคียงต่างๆที่เกิดขึ้นทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย มีผลต่อการทำงาน ความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิต ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

2.2.2 การประเมินคุณภาพชีวิต

การที่จะบอกว่าคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลมีอยู่ในระดับใดนั้น ต้องเป็นการประเมินตามการรับรู้ของบุคคลตามสถานการณ์หรือบริบทของสังคมที่บุคคลนั้นดำรงอยู่ เพราะบุคคลที่มีภาวะสุขภาพและขีดจำกัดความสามารถของตนที่เหมือนกัน อาจมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันได้ (Testa and Simonson, 1996) มีผู้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิต ดังต่อไปนี้

Stromberg (1984) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิต แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยมีข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตโดยบุคคลอื่น 2) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยมีข้อมูลเชิงปริมาณเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตัวบุคคลนั่นเอง 3) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตัวบุคคลนั่นเองให้บรรยายถึงความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง

Meeberg (1993) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ มี 2 ชนิด คือ 1) ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective indicators) ซึ่งเป็นการประเมินข้อมูลที่เป็นรูปธรรม สามารถสังเกตหรือวัดได้เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษาและหน้าที่ด้านร่างกาย 2) ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (Subjective indicators) ซึ่งเป็นการประเมินข้อมูลทางด้านจิตวิทยาเกี่ยวกับการรับรู้ หรือความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจของบุคคลเช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บทบาทหน้าที่ ความหมายของชีวิต เป็นต้น

Dean.; Frank – Stromberg (1988) การประเมินคุณภาพชีวิตโดยพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต คือ การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว ซึ่งเป็นการประเมินโดยรวมแล้วให้บุคคลสรุปออกมาเป็นคุณภาพชีวิตของตนเอง และการประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ หรือเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

สำหรับผลของการประเมินคุณภาพชีวิต อาจปรากฏออกมาในรูปของการบรรยายหรือมีผลเป็นคะแนน รวมทั้งผู้ประเมินอาจจะเป็นบุคคลประเมินด้วยตนเอง หรือผู้อื่นประเมินก็ได้ โดยลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถแบ่งได้เป็น 3

ลักษณะ (Frank – Stromberg, 1988) ได้แก่ การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scales yielding quantitative data) เป็นเครื่องมือที่ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเองที่มีผลของการประเมินออกมาเป็นคะแนน และการประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นเครื่องมือที่บุคคลประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเองที่มีผลการประเมินเป็นการบรรยายโดยบอกถึงลักษณะความรู้สึกและสภาพความเป็นอยู่

เนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันหลายลักษณะ ดังนั้นในการเลือกใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตจึงควรพิจารณาในเรื่องต่อไปนี้ (Frank – Stromborg, 1985)

1. ความคิดเห็นหรือแนวคิดต่อคุณภาพชีวิตนั้น สามารถใช้เครื่องมือที่เป็นโครงสร้างมิติเดียวหรือหลายมิติ

2. เป็นเครื่องมือที่ให้ผลเป็นคุณภาพหรือให้ผลเป็นปริมาณ เครื่องมือที่ให้ผลเป็นคุณภาพจะมีผลออกมาเป็นการบรรยาย ซึ่งจะกล่าวเฉพาะเจาะจงถึงจุดที่มีผลทำให้การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต แต่เครื่องมือที่ให้ผลเป็นปริมาณจะมีผลออกมาเป็นคะแนน

3. เป็นเครื่องมือที่ประเมินโดยบุคคลอื่น หรือให้บุคคลประเมินด้วยตนเอง

4. เป็นเครื่องมือที่ประเมินเชิงวัตถุวิสัย หรือเชิงจิตวิสัย

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนั้นมีหลากหลายแล้วแต่วัตถุประสงค์ของการประเมินว่าต้องการประเมินคุณภาพชีวิตในด้านใด

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นจากผู้ป่วยมะเร็งของ Padilla and Grants (1985) นำมาแปลและปรับให้เข้ากับผู้ป่วยมะเร็งในวัฒนธรรมไทย โดยสมจิต หนูเจริญกุล มีจำนวน 19 ข้อ วัดการรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ ปฏิกริยาตอบสนองต่อการวินิจฉัยและรักษา ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร คะแนนยิ่งสูงหมายถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งดี

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ของแคนทริล (Cantrell, 1965 อ้างถึงใน บุญศรี นุกฤต, 2541) เป็นการวัดความพึงพอใจกับความผาสุกในชีวิต มีลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนแบบขั้นบันได 10 ขั้นมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 10 เป็นขั้นบันไดสูงสุด แสดงถึงระดับผาสุกสูงสุด แบบวัดนี้ผู้ถูกประเมินจะเป็นผู้ตอบระดับการรับรู้ความผาสุกด้วยตนเอง โดยตัดสินการรับรู้ระดับการรับรู้ของตนในลักษณะผลรวมทุกด้าน ได้แก่ ความชื่นชมยินดี ความพึงพอใจ ความสุข และการบรรลุถึงความสำเร็จตามที่ตนใฝ่ฝันไว้ คะแนนยิ่งสูง หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งดี

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Maslow (1970) ที่สร้างโดย อังคณา เรือนแก้ว (2540) ประกอบด้วยข้อความที่กล่าวถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับการ

ตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรัก และความเป็นเจ้าของ ด้านความภาคภูมิใจในตัวเอง และด้านการประจักษ์ในคุณค่าตนเองรวมแบบวัดคุณภาพชีวิตมี 67 ข้อ เป็นลักษณะมาตรวัด 5 ระดับ คะแนนยิ่งสูง หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งดี

4. แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง FACT-G Thai version (ได้รับการแปลโดย วรชัย รัตนธราธร แม้นมมา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล จากฐานข้อมูลที่รวบรวมแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และได้รับอนุญาตใช้เครื่องมือจากคณะผู้บริหารฐานข้อมูล (www.facit.org) ซึ่งสร้างตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella (1997) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิต คือ การรับรู้หรือความรู้สึกพึงพอใจด้านร่างกาย สังคม/ครอบครัว/จิตใจ การปฏิบัติกิจกรรมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะสุขภาพ เป็นข้อคำถามที่ครอบคลุมคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งหมด 27 ข้อ คะแนนยิ่งสูง หมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งดี

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่นิยมนำมาใช้ในคลินิกผู้ป่วยมะเร็ง คือ Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) โดย Cella และคณะ (1989) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่มีกระบวนการสร้างและพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีข้อคำถามทั่วไป ซึ่งมีความเหมาะสมในการใช้ถามผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยรวม และมีข้อคำถามเพิ่มเติมเฉพาะโรค หรือกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมและข้อคำถามเฉพาะโรคปัจจุบันได้มีการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพชีวิต เครื่องมือนี้ถึง 4 ครั้ง และมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ หลายภาษา สำหรับประเทศไทยโดยการศึกษาวิจัยของ สุวรรณี สิริเลิศตระกูล , แม้นมมา จิระจรัส, วรชัย รัตนธราธร, สมจิต หนูเจริญกุล, เอกภพ สิริชัยนันท์ และ ธนา นิลชัยโกวิท ได้ดำเนินการแปลเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต FACT จากภาษาต่างประเทศมาเป็นภาษาไทยตามหลักกระบวนการแปลมาตรฐานเครื่องมือจากภาษาต่างประเทศ ประกอบกับดัดแปลงให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามทั่วไป 27 ข้อ (FACT – G) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical Well-Being ; PWB)
2. ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม (Social/Family Well-Being; SWB)
3. ความผาสุกด้านอารมณ์ (Emotional Well-Being ; EWB)
4. ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Function Well-Being ; FWB)

โดยเครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวนทั้งสิ้น 466 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89 (Cella, Tuský, Gray et al., 1993 อ้างถึงใน

พินิตนาถุ ชำนาญเสื่อ, และสิรินาถ ธรรมวิญญา, 2549) ซึ่งเป็นการคิดคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามทั้งฉบับ

2.3 ปัจจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในชีวิตมากกว่า ซึ่งประสบการณ์ในอดีตจะส่งผลในการปรับตัว และช่วยให้เผชิญปัญหาได้ดี และมีการรับรู้คุณภาพชีวิตดีกว่า จากการศึกษาของพาดิลลาและแกรนท์(Padilla & Grant. 1983 : 59-62) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่มีโคลอสโตมีย์ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ผู้ที่มีอายุมากจะรับรู้คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้มีอายุน้อยสอดคล้องกับการศึกษาของ สุคาร์ตัน วรณสาร (2541 : 153) พบว่าผู้ติดเชื้อที่มีอายุมาก จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้มีอายุน้อยกว่า แต่จากการศึกษาของเปรมฤทัย น้อยหมื่นไว (2536 : 52-82) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นจะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นและปรับตัวได้ดี ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก มีความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายลดลง มีความเบื่อหน่ายในการต่อสู้กับชีวิตจึงรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำ หรืออาจเป็นผลเนื่องมาจากลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อค่านิยมภายใต้สังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทำให้การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตต่างกัน

2. เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตและการเผชิญปัญหาของบุคคล เนื่องจากเพศชายและเพศหญิงมีบทบาทและค่านิยมในสังคมที่ต่างกัน ดังเช่น การศึกษาของนูเนซและคณะ (Nunes. 1995 : 23-25) พบว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี คะแนนคุณภาพชีวิตในเพศหญิงต่ำกว่าเพศชายทั้งในด้านบทบาทหน้าที่และสุขภาพจิตสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรามัย ไร่เทียมวงศ์ (2535 : 24) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง แต่จากการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไว (2536 : 24) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของเพศชายต่ำกว่าเพศหญิง โดยผู้วิจัยได้อธิบายว่าเพศหญิงได้ถูกกำหนดบทบาทโดยสังคมให้เป็นภรรยาและเป็นมารดาที่ดีเมื่อเกิดเจ็บป่วยจะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ ดูแล ในขณะที่เพศชายกำหนดบทบาทให้เป็นผู้ดูแลและหายได้เลี้ยงดูครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพศชายจะรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง

3. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่บ่งถึงแหล่งประ โยชน์จากครอบครัว และคู่สมรส ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยคู่สมรสจะเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับแก้ปัญหาได้ดี ความเครียดลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมี

คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มสมรสเป็นแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่ จะช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงทำให้บุคคลที่มีสถานภาพการสมรสจะมี พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการดูแลตนเองได้ดี ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มี สถานภาพโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ (สุดารัตน์ วรรณสาร. 2541 : 153)

4. รายได้ จัดเป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ มีผลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (ประภา รัตนเทษานนท์. 2532: 155) สอดคล้องกับสุดารัตน์ วรรณสาร (2541 : 154) พบว่าบุคคลและครอบครัวที่มีรายได้สูง ย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกหรือสิ่งจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพสูงซึ่งจะช่วยให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีได้ ในขณะที่บางการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. 2536 :145)

5. การศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับการรับรู้คุณภาพชีวิต ของบุคคลทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาสูงมีความคาดหวังต่อความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิต ก่อนข้างสูง แต่ในขณะที่เดียวกันเมื่อเกิดอุปสรรคที่ไม่อาจทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้จะทำให้ เกิดความแตกต่างระหว่างการตอบสนองความต้องการของตนเองในสถานการณ์ที่เป็นจริงกับ เป้าหมายที่ตั้งไว้มาก ให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจในชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Ferrans. 1997: 110-121)

6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของเปรม ฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536 : 23) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อ พบว่าผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรค จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ติดเชื้อโดยไม่แสดงอาการกล่าวคือผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการมักจะเริ่มมี อาการเปลี่ยนแปลงร่างกายที่เคยแข็งแรงจะเกิดการเจ็บป่วยบ่อย การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ลดลง เกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานจากโรคเอง และโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดอาการ เจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ขณะเดียวกันมีความกังวลใจในเรื่องต่างๆ เช่น กลัวสังคมว่า ตนเองจะเป็น โรคนี กลัวถูกไล่ออกจากงาน มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย เป็นต้น ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพ ชีวิตลดลง ในขณะที่ผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคนั้นได้มีการปรับตัวต่อภาวะนี้มานานกว่า ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541 : 145) พบว่าผู้ติดเชื้อที่ทราบการติดเชื้อมา นาน จะมีความเข้าใจและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อ

7. สภาพะสุขภาพ บุคคลที่มีสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะพึงพอใจในชีวิตมากกว่า บุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (Ferrans 1987: 82-90) ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีสุขภาพชีวิตที่ดีจะ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเพียงพอกับเป้าหมายใน ชีวิตที่ตนเองตั้งเอาไว้ จึงทำให้บุคคลที่มีสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะรู้สึกพึงพอใจในชีวิตดีกว่าและมี คุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสุดารัตน์ วรรณสาร (2541 : 146)

พบว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการของโรค มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ติดเชื้อที่มีอาการของโรคและผลการศึกษาของ รจนา วิริยะสมบัติ (2540 : 144) พบว่าผู้ติดเชื้อระยะที่ปรากฏอาการ จะมีการแสดงอาการสภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง ทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลง จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพรายได้ การศึกษาระยะเวลาการเจ็บป่วยและสภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

สรุป ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อายุ คุณภาพชีวิต ผู้ที่มีอายุมากจะรับรู้คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตและการเผชิญปัญหาของบุคคล เนื่องจากเพศชายและเพศหญิงมีบทบาทและค่านิยมในสังคมที่ต่างกัน ผู้ชายเป็นผู้นำครอบครัวและหารายได้เลี้ยงดูครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ส่วนเพศหญิงทำให้การสูญเสียภาพลักษณ์ที่ถูกตัดเต้านม เป็นต้น สถานภาพสมรส ผู้ที่มีสถานภาพการสมรสจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ รายได้ ครอบครัวที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกหรือสิ่งจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพสูงซึ่งจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาสูงมีความคาดหวังต่อในชีวิตค่อนข้างสูง แต่เมื่อเกิดอุปสรรคที่ไม่อาจทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เกิดความรู้สึกไม่พอใจในชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตสภาวะสุขภาพ บุคคลที่มีสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะพึงพอใจในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีสุขภาพชีวิตที่ดีจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเพียงพอกับเป้าหมายในชีวิตที่ตนเองตั้งเอาไว้ จึงทำให้บุคคลที่มีสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะรู้สึกพึงพอใจในชีวิตดีกว่าและมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจ (Power) เป็นแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตและการปรับตัวของบุคคลทุกคนและเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลต่อสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นภายในบุคคลคนนั้นรวมถึงศักยภาพหรือความสามารถที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ใดๆของบุคคลพลังอำนาจที่มีอยู่ในแต่ละบุคคลจะมีระดับที่แตกต่างกันออกไปทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ถึงพลังอำนาจแห่งตนของบุคคลคนนั้น

(Kubsch&Wichowski, 1997) การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นการส่งเสริมระดับความสามารถในการปรับตัวช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงศักยภาพของตนในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ความหมาย คำว่า “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” มาจากรากศัพท์ภาษาละติน “Passe” ซึ่งแปลว่าอำนาจ (power)และอิสระเสรีภาพ (freedom) ดังนั้นคำว่าเสริมสร้างพลังอำนาจจึงน่าจะหมายถึงความสามารถที่จะเลือกอย่างอิสระ (คารณิจามจูรี, 2546) ได้เริ่มมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ตั้งแต่ค.ศ.1960โดยเปาโลเฟร์ (Paulo Freire) นักการศึกษาชาวบราซิลที่มีความเชื่อว่านักการศึกษาควรมีหน้าที่สำคัญในการทำให้ประชาชนมีความเชื่อในความสามารถของตนเองและได้เน้นถึงความสำคัญของการค้นพบตนเองโดยตระหนักว่าตนเองเป็นผู้มีความรู้ความสามารถที่จะต่อต้านอิทธิพลต่างๆรวมทั้งสามารถควบคุมอนาคตของตนเองและมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้ (ดวงรัตน์วัฒนากิจไกรเลิศ, 2540) ต่อมาได้มีผู้นำแนวคิดนี้ไปใช้ในวงการต่างๆอย่างแพร่หลายทำให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจมีแง่มุมที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละสาขาสำหรับการนำมาใช้ในวิชาชีพพยาบาลมีทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาลการวิจัยและการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กิบสัน (Gibson, 1991) ให้ความหมายว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงให้เห็นคุณค่าและการยอมรับการส่งเสริมพัฒนาและการเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อความต้องการของตนเองแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้แหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมชีวิตตนเองเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าคุณเองมีพลังอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้

Connelly et al. (1993) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลแสดงความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อชีวิตของเขา เป็นกระบวนการที่มีการดำเนินต่อเนื่องไปข้างหน้า และมีระดับของการเสริมสร้างพลังอำนาจตามพัฒนาการ และความสามารถของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับศักยภาพแต่ละราย

Jones &Meleis(1993) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ในการพัฒนาความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามพลังความเข้มแข็งทางกายภาพ พัฒนาศักยภาพของบุคคลเกิดขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ สูญเสียการควบคุม

ราเฟล (Rafael, 1995) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากภายในตัวผู้รับบริการ โดยมีพื้นฐานมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการซึ่งมีพื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิมนุษยชน

รอดเวลล์ (Rodwell, 1996) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการหรือผลของการถ่ายโอนพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการในการสร้างและพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นกระบวนการช่วยเหลือแบบหุ้นส่วนมีการตัดสินใจร่วมกันมีอิสระในการสร้างทางเลือกมีความรับผิดชอบและยอมรับในทางเลือกนั้นผู้ที่ส่งเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้อื่นได้ต้องเห็นคุณค่าของผู้อื่นก่อนที่จะเห็นคุณค่าของผู้อื่นจะต้องเห็นคุณค่าของตนเองก่อน

เอลลิส-สตอลล์&พอปเคส-วอลเตอร์ (Ellis-Stoll &Popkess-Vawter, 1998) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการมีการพัฒนาตนเองไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

อวยพร ตันมุขกุล (2540) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการเสริมสร้างให้บุคคล องค์กรมีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตของตน เป็นกระบวนการทางสังคม ที่แสดงถึงการยอมรับ การส่งเสริม การช่วยเหลือ ชี้แนะ ให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตน แก้ปัญหาของตนเอง และใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้เกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ ในแง่ของการปฏิบัติการพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองและเมื่อสิ้นสุดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้รับบริการจะสามารถดูแลตัวเอง สามารถควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเองได้ มีความใฝ่รู้และพัฒนาตนเองได้ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายการบริการด้านสุขภาพนั่นคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและการมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่สภาพผู้รับบริการจะเอื้อได้

รวมพร คงกำเนิด (2543) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิต เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีพลัง มีความผาสุก และมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ และดำเนินกิจกรรมต่างๆเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งกระบวนการนั้นมีขั้นตอนเพื่อการเรียนรู้จากข้อมูลต่างๆและประสบการณ์ตรงในการพัฒนาเพื่อการพึ่งพาตนเอง ควบคุมตนเอง โดยมีการใช้พลังอำนาจได้อย่างศักยภาพ

อรพรรณ ทองคำ (2543) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการหรือวิธีการต่างๆซึ่งสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลตระหนักรู้คุณค่าและความสามารถแห่งตนรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนรวมถึงการสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาศักยภาพของตนตลอดจนจัดโอกาสและสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของบุคคลทำให้รับรู้ถึงความสำเร็จและความพึงพอใจในชีวิต

รัชนีพร คนชุม (2547) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเองภายในบุคคลในกระบวนการคิดริเริ่มซึ่งบุคคลสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เป็น

กระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้จากการคิดวิเคราะห์คิดเป็นทำเป็นและตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการแก้ไขปัญหาที่รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถมีพลังอำนาจ และมีคุณค่าในตนเอง

ชนิษฐา สุระเดชาวุธ (2553) ให้ความหมายว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย เมื่อผู้วิจัยสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยตระหนักและยอมรับปัญหา ผู้ป่วยจะเกิดกระบวนการเรียนรู้และมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง

สรุปความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ว่าหมายถึงกระบวนการซึ่งแสดงออกถึงการยอมรับการสนับสนุนและการส่งเสริมระดับความสามารถของบุคคลในการที่จะเผชิญปัญหาและการตอบสนองต่อความต้องการของตนเองภายใต้ที่มีข้อจำกัดอยู่โดยการใช่แหล่งประโยชน์ที่มีเพื่อทำให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและต้องเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนได้ดีเพราะผู้ป่วยจะเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยการเรียนรู้ทางสติปัญญาอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณทำให้สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

3.2 องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีความเป็นพลวัตเป็นได้ทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยนและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันมีการแลกเปลี่ยนหรือแนะนำทรัพยากรและกระตุ้นให้เกิดการร่วมมือกันเน้นการหาทางออกของปัญหามากกว่าการเน้นที่ตัวปัญหาเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งค่านึงถึงสิทธิและความสามารถของบุคคลในการแก้ไขปัญหา กิบบสันได้เสนอองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ 3 ประการดังนี้ (Gibson, 1991)

1. คุณสมบัติของผู้รับบริการเป็นความรับผิดชอบของผู้รับบริการซึ่งจะต้องมีคุณสมบัตินี้คือการตัดสินใจด้วยตนเองมีการรับรู้ความสามารถของตนความรู้สึกถึงการควบคุมมีแรงจูงใจมีการพัฒนาตนเองมีการเรียนรู้มีส่วนร่วมมีความรู้สึกที่ตนเองมีสิทธิเท่าเทียมกับผู้อื่น

2. คุณสมบัติของพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ให้การสนับสนุนผู้ให้คำปรึกษาผู้ให้ความรู้แนะนำและจัดหาแหล่งประโยชน์ผู้อำนวยความสะดวกผู้ส่งเสริมและผู้พิทักษ์สิทธิให้กับผู้รับบริการ

3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาลจะเป็นสัมพันธภาพด้านบวกมีความไว้วางใจเห็นอกเห็นใจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดเป้าหมายร่วมกันการปฏิบัติร่วมกันร่วมมือกันมีการเจรจาต่อรองมีการจัดระบบและเอาชนะอุปสรรคต่างๆ

3.3 ข้อตกลงเบื้องต้นของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Gibson (1991) ได้เสนอข้อตกลงเบื้องต้นของแนวคิดการเสริมสร้างพลังว่าการพยาบาลผู้ป่วยด้วยวิธีการช่วยให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นพยาบาลจะต้องมีความเชื่อในแนวคิดและคำนึงถึงทุกครั้งก่อนที่จะนำไปปฏิบัติดังนี้

1. สุขภาพเป็นของบุคคลแต่ละคนบุคคลมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองสุขภาพของบุคคลไม่ใช่เรื่องผูกขาดของแพทย์พยาบาลและโรงพยาบาลแพทย์และพยาบาลจึงต้องให้ความเคารพในสิทธิของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตน

2. บุคคลต้องการการยอมรับในศักยภาพและความสามารถในการพัฒนาตลอดจนความสามารถในการตัดสินใจและกระทำสิ่งต่างๆที่ได้เลือกและพิจารณาแล้วว่าเหมาะสมกับตนเองถึงแม้ว่าบางครั้งอาจต้องการข้อมูลและความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างก็ตามบุคคลมีศักยภาพทั้งภายในและภายนอกตนเองดังนั้นบุคคลจึงเป็นผู้ที่สามารถกำหนดจุดมุ่งหมายของตนเองได้ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การยอมรับในการตัดสินใจและการเลือกแนวทางในการปฏิบัติของบุคคลโดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนในการให้ข้อมูลและเป็นผู้ให้คำปรึกษา

3. บุคลากรทางด้านสุขภาพไม่สามารถสร้างหรือให้พลังอำนาจแก่บุคคลได้แต่บุคคลเท่านั้นที่จะเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเองแต่พยาบาลสามารถช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาตนเองและรู้จักใช้ทรัพยากรส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมตนเองและรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4. บุคลากรที่มีสุขภาพต้องยอมรับความต้องการในการควบคุมและให้ความเป็นอิสระแก่บุคคลให้ความสำคัญต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการและมีความพร้อมที่จะยอมรับการตัดสินใจของผู้รับบริการถึงแม้ว่าจะเป็นการตัดสินใจที่แตกต่างจากพยาบาลก็ตามและหากผู้รับบริการไม่ต้องการความช่วยเหลือพยาบาลจะต้องยอมรับการปฏิเสธนั้น

5. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อพยาบาลและผู้รับบริการมีการยอมรับซึ่งกันและกันเป็นปฏิสัมพันธ์ทางบวกซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อกันทั้งสองฝ่ายกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือมีการแบ่งปันพลังอำนาจเพื่อให้ผู้รับบริการได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่

6. ต้องมีความไว้วางใจซึ่งกันและกันเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.4 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Gibson (1995) ได้เสนอว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัต (dynamic process) มีความต่อเนื่องและไม่หยุดนิ่งอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม

ในการกำหนดเป้าหมายการพิจารณาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันการร่วมมือกัน (collaboration) และการมีส่วนร่วม (participation) แต่ละคนจะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกภายใต้การยอมรับนับถือซึ่งกันและกันและมีโอกาสได้แสดงความสามารถกับผู้ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีพลังอำนาจมากกว่าดังนั้นจึงกล่าวได้ว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น กระบวนการที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในบุคคล (intrapersonal) และระหว่างบุคคล (interpersonal) ซึ่ง ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้ากระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามมา

1. ปัจจัยนำเข้าหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ Gibson (1995) กล่าวว่าปัจจัยที่จะทำให้บุคคลเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ความมุ่งมั่น (commitment) ความผูกพัน (bond) และความรัก (love) ที่บุคคลมีต่อเรื่องนั้นๆ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่

1.1 ปัจจัยภายในบุคคลประกอบด้วยความเชื่อ (beliefs) ค่านิยม (values) ความ ตัดใจ (determination) ประสบการณ์ (experience) และปัจจัยระหว่างบุคคลประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยมีความคับข้องใจ (frustration) เป็นตัวผลักดันให้บุคคล เข้าสู่ขั้นตอนต่างๆของกระบวนการ

ปัจจัยภายในบุคคลได้แก่

1) ความเชื่อ (beliefs) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้ บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆการที่บุคคลมีความเชื่อในทางบวกเช่นมีความเชื่อ ว่าการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนดีขึ้นความเชื่อเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วย รู้สึกมีความหวังและคาดการณ์เกี่ยวกับอนาคตไปในทางที่ดีซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเป็นแรงผลักดันให้เกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆเพื่อ นำไปสู่เป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ดี

2) ค่านิยม (values) เป็นปัจจัยภายในพื้นฐานที่แสดงถึงความมีสำนึก รับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

3) เป้าหมายหรือความตั้งใจ (determination) เกิดจากการที่บุคคลมีพลัง หรือแรงจูงใจในการที่จะกระทำการใดๆเพื่อให้บรรลุเป้าหมายโดยบุคคลจะพยายามทำทุกอย่าง เพื่อให้ตนเองได้รับผลตอบแทนที่ดีที่สุดถึงแม้ว่าจะมีปัญหาหรืออุปสรรคใดๆก็ตาม

4) ประสบการณ์ (experience) มีความสำคัญต่อการเกิดกระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจเพราะประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆที่ผ่านมาหรือ

ประสบการณ์เกี่ยวกับการศึกษาการอ่านตำราต่างๆจะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้

1.2 ปัจจัยระหว่างบุคคลได้แก่

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆเช่นคู่สมรสสมาชิกในครอบครัวบุคคลสำคัญในชีวิตญาติรวมถึงบุคลากรทีมสุขภาพที่มีส่วนสนับสนุนให้กำลังใจให้การช่วยเหลือประคับประคองและให้ความมั่นใจในความสามารถของในการดูแลตนเองของบุคคลการสนับสนุนสังคัมยังรวมทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทีมสุขภาพเช่นการให้ข้อมูลความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาการบริการส่งต่อหรือการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างเป็นระบบนอกจากนี้ยังรวมถึงการช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกันเองไม่ว่าจะเป็น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันการได้เรียนรู้จากผู้ป่วยคนอื่นๆเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ดียิ่งขึ้น

1.3 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการการเสริมสร้างพลังอำนาจในการพยาบาลจึงอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการโดยอาศัยกระบวนการของการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ (Gibson, 1995)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) การค้นพบสภาพการณ์จริงเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยายามทำให้บุคคลรับรู้ทำความเข้าใจและยอมรับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามความเป็นจริงบุคคลจะมีการตอบสนอง 3 ด้านได้แก่

- 1) การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนบุคคลจะเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจสับสนวิตกกังวลกระวนกระวายกลัวต่อต้านโกรธซึ่งเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับปัญหาหรือสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามความเป็นจริงได้ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหาไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้ารวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคับข้องใจคิดว่าตนเองเจ็บป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้แต่ถ้าบุคคลมีเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่โดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาที่จะมีอาการดีขึ้นแต่อาจต้อง

อาศัยเวลาความคิดเช่นนี้จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจดีขึ้นมีความพยายามที่จะค้นหาปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา รวมทั้งมีแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

2) การตอบสนองด้านการคิดรู้ (cognitive response) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองสูญเสียความสามารถบุคคลจะพยายามแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้างโดยการพยายามหาข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ เช่น อ่านหนังสือสอบถามแพทย์หรือพยาบาลหรือผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกันเพื่อจะได้เข้าใจสภาพการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ต่อไป

3) การตอบสนองด้านพฤติกรรม (behavioral response) บุคคลจะมีการรับรู้และตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองหากบุคคลมองปัญหาที่เกิดขึ้นไปในทางบวกบุคคลจะพยายามทำความเข้าใจสภาพปัญหาจนสามารถรู้ชัดเจนว่าความต้องการที่แท้จริงของตนเองนั้นคืออะไรเกิดการตระหนักถึงความสำคัญของตนเองใช้ประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมามาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์หรือสภาพการณ์ต่างๆ อย่างรอบคอบเพื่อการตัดสินใจและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมขั้นตอนนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเองบุคคลจะรู้สึกว่าตนไม่ได้ไร้ความสามารถในทุกสิ่งทุกอย่างยังมีบางอย่างหรือหลายๆ อย่างที่ตนยังสามารถควบคุมได้บุคคลจะเกิดการตระหนักว่ามีวิธีการที่จะช่วยให้ตนมีอนาคตดีขึ้นและบุคคลจะมีทางเลือกในการปฏิบัติหลังจากที่ได้มีการคิดวิเคราะห์อย่างถี่ถ้วนแล้วบุคคลจะตระหนักถึงความเข้มแข็งและความสามารถของตนมีความมั่นใจในความรู้ความสามารถการตัดสินใจและทักษะของตนในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ขั้นตอนนี้จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงพลังอำนาจของตนเองเมื่อผ่านพ้นขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกถึงความเข้มแข็งความสามารถและพลังอำนาจที่เพิ่มขึ้นของตน

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดซึ่งวิธีการแต่ละวิธีที่บุคคลเลือกนั้นขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของบุคคลและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นเพื่อประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับสิ่งต่างๆ ทำให้บุคคลเกิดการยอมรับตนเอง (self-determination) การที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดนั้นจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข 5 ประการคือ

- 1) ต้องเป็นวิธีการที่สามารถแก้ไขปัญหาของตนได้
- 2) สอดคล้องกับแนวทางการรักษาพยาบาล
- 3) บุคคลมีความสนใจและเป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้
- 4) ผ่านการ

บริการร่วมกันกับบุคลากรทีมสุขภาพและ 5) เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับและเปิดกว้างสำหรับผู้อื่น ในขั้นตอนนี้นักศึกษาก็มีความมั่นใจในความรู้ความสามารถของตนและมีความเข้มแข็งมากขึ้น สามารถดำเนินการจัดการสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนได้เช่นการพิทักษ์สิทธิ์การเรียนรู้ในการ แก้ไขปัญหาการเรียนรู้ในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมหรือการปฏิบัติการเจรจาต่อรองการมีส่วนร่วมเป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เป็น ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขณะนี้เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นพยาบาลและ ผู้ป่วยจะร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาถ้านำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือ ความสำเร็จบุคคลจะเกิดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถรู้สึกที่ตนเองมีพลังอำนาจซึ่ง จะทำให้ยึดถือวิธีปฏิบัตินั้นไว้ใช้ในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไปการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะมีความต่อเนื่องและคาบเกี่ยวซึ่งกัน และกันเมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมี ประสิทธิภาพแล้วบุคคลจะเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมซึ่งจะนำไปสู่การเกิดผล ลัพท์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อไป

ผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

เมื่อบุคคลผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจบุคคลจะเกิดความรู้สึกมีส่วน ร่วมผลที่ตามมาอาจเป็นผลในทางบวกหรือทางลบก็ได้ผลในทางบวกได้แก่ความรู้สึกถึง ความสำเร็จ (mastery) ความรู้สึกพึงพอใจ (satisfaction) การรับรู้ถึงการพัฒนาดตนเอง (self-development) รับรู้ว่าชีวิตมีเป้าหมายและมีความหมาย (purpose and meaning in life) ส่วนผลในทางลบที่ อาจเกิดขึ้นได้แก่ความรู้สึกต่อต้าน ไม่ยอมรับ (rejection) รู้สึกว่าตนเองมีภาระรับผิดชอบมาก เกินไป (responsibility overload) รู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือน้อยเกินไป (less support)

การประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินผลการเสริมสร้าง พลังอำนาจยังอยู่ในระหว่างการศึกษาเพื่อให้ได้องค์ความรู้ในส่วนนี้และประเด็นในการประเมินก็ อาจมีความแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มที่ต้องการศึกษาและแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ เป็นแนวทางในการอธิบายการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิบสัน (Gibson, 1991) ได้กล่าวว่า การประเมินผลการเสริมสร้างพลัง อำนาจต้องอาศัยการสังเกตและมีความชำนาญเนื่องจากธรรมชาติของการเกิดกระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจมีความซับซ้อนและยากที่จะอธิบายได้หากต้องการทำความเข้าใจให้ต้องแท้ ต้องใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเช่นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์นิยมหรือการศึกษาชาติพันธุ์เป็นต้นอย่างไร ก็ตามสามารถประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยวัดจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้แก่การรับรู้

สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม (sense of control) ความรู้สึกถึงความสำเร็จ (sense of mastery) และ ความรู้สึกถึงสัมพันธ์ภาพ (sense of connectedness)

นิตย์ ทศนิยม (2545) ได้เสนอว่าในการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจควรเป็นการประเมินกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์และควรจะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณเพราะกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมซึ่งไม่สามารถกำหนดมาตรวัดที่ชัดเจนในเชิงปริมาณได้นอกจากนี้ควรประเมินให้ครอบคลุมทุกมิติเพื่อให้เข้าใจกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งหมดในลักษณะขององค์รวมทั้งนี้ระยะเวลาในการประเมินก็มีความสำคัญเช่นเดียวกันเพราะกระบวนการนี้ต้องการเวลาแต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ความรู้ที่สามารถระบุได้แน่ชัดหากประเมินแล้วไม่เห็นผลก็ไม่ได้หมายความว่ากระบวนการนี้จะไม่เกิดแต่อาจเป็นเพราะยังอยู่ในระหว่างกระบวนการยังไม่ถึงเวลาที่ผลลัพธ์จะแสดงให้เห็นออกอย่างชัดเจนรูปแบบการประเมินกระบวนการอาจเป็นลักษณะของการประเมินกระบวนการคิดการวิเคราะห์ว่ามีความสมเหตุสมผลหรือไม่ได้ใช้ข้อมูลเพียงพอหรือไม่ใช้วิจารณ์ญาณหรือใช้เหตุผลเหมาะสมหรือไม่ในทางปฏิบัติการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจอาจใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่แสดงออกโดยคำพูด (verbal expression) หรือพฤติกรรมแสดงออกโดยประเมินจากการให้ความสำคัญกับปัญหาเพียงใดมีความสนใจใส่ใจในปัญหามากน้อยเพียงใดการมองปัญหาและความสามารถในการวิเคราะห์สาเหตุและการเชื่อมโยงปัจจัยหรือองค์ประกอบต่างๆเป็นต้นซึ่งยังไม่มียุทธศาสตร์ที่แน่ชัดอย่างไรก็ตามได้มีผู้เสนอแนวทางในการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังต่อไปนี้

เฟตเทอร์แมน (Fetterman, 1996) ได้เสนอขั้นตอนการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยเริ่มจากการกำหนดระดับความรุนแรงของปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับใดแล้วจดบันทึกไว้หลังจากนั้นกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อลดระดับความรุนแรงของปัญหาอาจเป็นเป้าหมายระยะสั้นหรือระยะยาวขึ้นอยู่กับศักยภาพและความสามารถของผู้ป่วยต่อมาประเมินพฤติกรรมและคำพูดของผู้ป่วยเพื่อดูว่าผู้ป่วยได้มีการพัฒนาพฤติปฏิบัติที่เหมาะสมหรือไม่และขั้นตอนสุดท้ายคือการบันทึกว่าบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้หรือไม่

ร็อดเวล (Rodwell, 1996) ได้เสนอให้ประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยวัดผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วได้แก่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองความสามารถในการกำหนดเป้าหมายความสามารถในการควบคุมสถานการณ์และความคาดหวังในอนาคตนอกจากนี้ยังมีผู้เสนอตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วย 3 ลักษณะคือ 1) กรณีที่ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสามารถประเมินได้โดยการวัดตัวแปรด้านพฤติกรรมที่เป็นผลมา

จากการเรียนรู้เช่นความรู้ที่ทัศนคติความเชื่อการปฏิบัติเป็นต้น 2) กรณีต้องการให้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายสามารถวัดได้จากพลังอำนาจของบุคคลเช่นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการรับรู้สมรรถนะแห่งตนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจและความรู้สึกหาคหนทางช่วยเหลือเป็นต้นและ 3) กรณีต้องการวัดผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขสามารถวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงสภาพสิ่งแวดล้อมการลดลงของปัญหาสาธารณสุขซึ่งเป็นผลจากการที่บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนได้

นิตยา เพ็ญศิริภา, (2544; Powers, 2003) ได้นำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้เพื่อมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วยหัวใจวายที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลซึ่งก็คือความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจลดลงดังนั้นจึงทำการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยวิธีวัดตัวแปรความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (powerlessness) ซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถใช้ประเมินผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ นอกจากนี้ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้วิจัยยังได้ประเมินกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปด้วยโดยระหว่างการดำเนินกิจกรรมและภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมผู้วิจัยได้สอบถามความรู้สึกสังเกตความสนใจใส่ใจปฏิกิริยาและพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยไปด้วยและมีการจดบันทึกทุกครั้งภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม

สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้

จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้บุคคลมีการพัฒนาทักษะการคิด วิเคราะห์ การตัดสินใจ เกิดความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาปัญหาด้วยตนเองจากการคิดวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และหาทางเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพตนเองและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหา นั้นๆทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำให้รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ ควบคุมชีวิตตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตในทางที่ดีดังที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นว่ามีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในด้านต่างๆอย่างแพร่หลายซึ่งมีมุมมองและแนวคิดแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาสำหรับการนำมาใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลสรุปได้ดังต่อไปนี้

Fleury (1991) ได้ศึกษาการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาวิจัยคุณภาพ เพื่อศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยของโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้มุมมองแรงจูงใจที่ดี (wellness motivation) ในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยประกอบด้วยแรงขับเคลื่อน 2 ชนิด คือ การสร้าง

มโนภาพขึ้นด้วยตัวของผู้ป่วยเอง และมีโครงสร้างสนับสนุน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดี โดยมีการสะท้อนถึงผลที่น่าพอใจให้ผู้ป่วยรับรู้เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและกำลังใจที่จะทำและผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต

ดาวิสตัน & เดกเนอร์ (Davison & Degner, 1997) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการตัดสินใจในการรับการรักษาความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจำนวน 60 รายใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Conger & Kanungo (1988) ซึ่งมีฐานคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคมของเบนดูราที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดาวิสตันและเดกเนอร์ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากโดยให้กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากคู่มือซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามในการสอบถามข้อมูลจากแพทย์และเทปบันทึกคำถามไว้ให้ผู้ป่วยบันทึกเพื่อขอรับคำปรึกษาจากแพทย์เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับตนเองผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 สัปดาห์ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุมและมีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สโคฟิลด์ (Schofield, 1998) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการผลของการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการรุนแรงจำนวน 13 รายโดยใช้แนวคิดการศึกษาเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Paulo Freire โดยให้ผู้ป่วยค้นพบเป้าหมายความต้องการในชีวิตสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองควบคุมตนเองได้ลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของตนเองผลการศึกษาพบว่ากระบวนการพลังอำนาจที่เกิดขึ้นมีองค์ประกอบสำคัญคือการตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination) การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเพิ่มความรับผิดชอบในตนเองมากขึ้น

มอก & มาร์ตินสัน (Mok & Martinson, 2000) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 12 รายโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Riessman มาใช้ในการดำเนินกระบวนการกลุ่มเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มช่วยเหลือตนเองประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ 3 รายมะเร็งเต้านม 5 รายและมะเร็งของอวัยวะหลังโพรงจมูก 4 รายหลังจากนั้นจึงได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย 1) ความรู้สึกมีเพื่อนมีความสัมพันธ์ระหว่างกันจากการมีประสบการณ์และปัญหาเดียวกัน 2) มีความมั่นใจและมีความหวังเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

3) การสนับสนุนและความมั่นคง 4) ความรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์เนื่องจากได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าและชีวิตยังมีความหมาย

พาเทอร์สัน (Paterson, 2001) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการตัดสินใจดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 22 รายทำการศึกษาระยะยาวเป็นเวลา 2 ปีใช้กรอบแนวคิดการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในการทำความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าผู้ป่วยถูกมองข้ามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลตนเองและไม่ได้รับการจัดหาแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อช่วยเหลือในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองในขณะที่บุคลากรทีมสุขภาพมีทัศนคติว่าได้เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยแล้วแต่ในขณะเดียวกันยังคงปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นเดิมโดยไม่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการกับอาการและการดูแลตนเองหรือให้ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาและดูแลสุขภาพ

พนารัตน์ เจนจบ (2542) ศึกษากิจกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวน 10 รายศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษาที่มีการจัดกระทำ (intervention case study) และติดตามประเมินผลด้วยการวัดซ้ำประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 8 ปัจจัยได้แก่ความรักตนเองความตระหนักในความรับผิดชอบตนเองความสามารถในการคิดวิเคราะห์ความเชื่อในความสามารถของตนเองการเห็นคุณค่าในการกระทำที่มีประโยชน์ประสบการณ์ในอดีตความรุนแรงของการเจ็บป่วยในขณะนี้และการสนับสนุนทางสังคมกรณีศึกษาตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้นโดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการรับรู้พลังอำนาจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะเวลา 2 เดือนและ 3 เดือน

อุรา สุวรรณรักษ์ (2542) ศึกษาผลของการเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 60 รายโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันจัดกระบวนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพเป็นรายบุคคล 1 ครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมงและให้คำปรึกษารายกลุ่ม 2 ครั้งใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมงโดยผู้ป่วยจะได้ระบุปัญหาของตนเองวิเคราะห์สาเหตุพัฒนากลวิธีในการแก้ไขปัญหาวางแผนแก้ไขปัญหาและเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของตนเองและนำวิธีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนคูรา แนวคิดการให้คำปรึกษาทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้ร่วมด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างแท้จริงจากการที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้เหมาะสมผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง

โรคเบาหวานรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมีการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าลดลงมากกว่าก่อนทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรพรรณ ทองคำ (2543) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 23 รายโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของเฟลอร์รี่ซึ่งเน้นการพัฒนาความสามารถในการควบคุมจัดการให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลและได้นำแนวคิดกระบวนการกลุ่มตามทฤษฎีผสมผสานของมาร์มมาใช้ดำเนินการกระบวนการกลุ่มทั้งสิ้น 6 ครั้งๆละ 90 นาทีโดยแบ่งช่วงเวลาเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้งและใช้แนวคิดการปรับตัวด้านจิตสังคมของเดอโรเกดิสซึ่งเป็นการปรับตัวด้านจิตสังคมต่อการเจ็บป่วยด้านร่างกายและบุคคลแต่ละคนมีแบบแผนในการปรับตัวแตกต่างกันไปเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายจิตใจสังคมผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านจิตสังคมสูงกว่ากลุ่มที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มที่ไม่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัชนิพร คนชุม (2547) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 38 คนใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันมาเป็นแนวทางในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้ง 4 ขั้นตอนประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรมได้แก่การสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจการสำรวจปัญหาการเข้าใจปัญหาการร่วมมือกันหาแนวทางเลือกและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติและการยุติการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจติดต่อกันทุกวันๆ ละ 45-60 นาทีเป็นเวลา 6-8 วัน โดยมีแนวทางการแก้ไขปัญหาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการพยาบาลได้หลากหลายแง่มุมใช้ในผู้ป่วยได้หลายประเภททั้งในรูปแบบกลุ่มและรายบุคคลและอาจมีรายละเอียดปลีกย่อยแตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตามการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจล้วนมีหลักการและเป้าหมายเดียวกันคือมุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถ

ในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตหรือพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาการตัดสินใจด้วยตนเองซึ่งเป็นจิตสำนึกหรือการตระหนักรู้แต่จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาล้วนแต่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังทั้งสิ้นและไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะของการเจ็บป่วยวิกฤติส่วนกลยุทธ์ที่ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นอาจแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับเป้าหมายและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องรวบรวมได้ดังนี้ (รัชนิพรคนชุม, 2547; Maliski&Litwin, 2004)

1. การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องโดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเพื่อช่วยในการตัดสินใจและกระตุ้นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ การให้ข้อมูลทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษาเพราะใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะเลือกใช้การรักษาแบบใดนอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการรับรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วยที่สามารถนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยได้

2. การให้คำปรึกษาคำแนะนำและให้แนวทางโดยยึดความจำเป็นและความต้องการของแต่ละบุคคล

3. การให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้แหล่งประโยชน์และทรัพยากรที่จำเป็น

4. การประสานความร่วมมือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดเป้าหมายและทางเลือกที่เป็นไปได้ร่วมกันซึ่งการทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอาจทำได้โดยการให้นำเสนอด้วยตนเองให้ผู้ร่วมประชุมฟังมีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆตลอดจนการตัดสินใจร่วมกับผู้อื่น โดยการตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่เหมาะสมกับตนเองการสนับสนุนให้เกิดพลังอำนาจต้องมุ่งเน้นที่การกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจในการหาทางเลือกหรือแนวทางร่วมกัน

5. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับในเชิงบวกการสะท้อนถึงผลที่น่าพอใจเพื่อให้เกิดแรงจูงใจและกำลังใจที่จะกระทำต่อไป

6. การยอมรับในความเป็นบุคคลส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้ความสำคัญและยอมรับในศักยภาพและความสามารถของบุคคลรวมถึงการยอมรับปัญหาของผู้ป่วยตามสภาพการณ์ของตัวเองซึ่งเป็นบันไดขั้นต้นที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขามีพลังที่จะควบคุมและจัดการกับปัญหาของเขาได้ด้วยตนเอง

7. การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองแต่การใช้กลุ่มสนับสนุนอาจมีข้อจำกัดคือสมาชิกกลุ่มบางคนอาจไม่ได้รับประโยชน์ตามที่คิดไว้ไม่ชอบไม่เห็นด้วยเพราะผู้ป่วยแต่ละคนให้ความสำคัญของปัญหาแต่ละปัญหาแตกต่างกันออกไปเมื่อเข้ากลุ่มจะทำให้กลุ่มมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการมองปัญหาซึ่งอาจจะไม่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงกับผู้ป่วย

8. ให้การดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้ป่วยจะเห็นได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีจิตสำนึกหรือเกิดการตระหนักรู้ในข้อจำกัดและศักยภาพของตน รับรู้ถึงพลังอำนาจของตนภายใต้ข้อจำกัดที่มีอยู่สามารถคิดและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยจึงรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตของตนและรู้ว่าสักว่าตนเองมีคุณค่า อันเป็นแรงผลักดันทางจิตให้ผู้ป่วยมีพลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ได้อย่างเข้มแข็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศพบว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่นิยมนำมาใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลที่สำคัญมี 3 แนวคิดได้แก่ 1) แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Paulo Freire 2) แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Fleury และ 3) แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991; Gibson, 1995) มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้มากที่สุด ส่วนรายละเอียดของกิจกรรมการพยาบาลที่นำมาใช้ในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่มักเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังหรือใช้ในการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไปเท่านั้น ส่วนรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่จัดขึ้นสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนั้นมีน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991; Gibson, 1995) มาเป็นแนวทางเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในครั้งนี้ โดยจัดกิจกรรมการพยาบาลเป็นรายบุคคลเพื่อให้ความเฉพาะเจาะจงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถปรับตัวต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ยังไม่มีรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาก่อน

3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

3.5.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ โรคมะเร็งและเคมีบำบัด

Dodd (1982: 447– 451) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 48 ราย ผลการวิจัยพบว่า อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ อาการคลื่นไส้ ผอมร่าง การรับรสและกลิ่นเสียไป และความอยากอาหารลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการท้องผูกและผอมร่าง เนื่องจากเป็นอาการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับเคมีบำบัด

และพบว่าผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อและภาวะเลือดออก จึงไม่มีพฤติกรรมในการดูแลเรื่องนี้ ผู้วิจัยให้ความเห็นว่าเนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดเรื่องความรู้ในการดูแลตนเอง ไม่ทราบว่าพฤติกรรมใดที่จำเป็นต้องปฏิบัติ และพบเสมอว่าผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรงแล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านการให้ความรู้กับผู้ป่วยน้อย

Rhodes and others (1985: 186 – 193) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของภาวะสุขภาพ ที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 20 ราย โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับอาการที่รบกวนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่าอาการอ่อนเพลียและไม่มีแรง เป็นอาการสำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากที่สุด และผู้ป่วยมีวิธีการดูแลตนเองเพื่อสงวนพลังงาน โดยมีการวางแผนในการทำกิจกรรมและการทำงานในแต่ละวัน การงดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น และการพึ่งพาหรือขอความช่วยเหลือผู้อื่นในการทำกิจกรรมบางอย่าง

Femlser (1986 : 50 – 57) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด 30 ราย และพยาบาลที่ดูแล 5 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือภายหลังได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยและพยาบาลรายงานความพร้อมในการดูแลทั้งสิ้น 122 ข้อ เป็นความพร้อมตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล 75 และ 47 ข้อตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองโดยทั่วไปในเรื่องการมีกิจกรรมและการพักผ่อนมากที่สุดถึงร้อยละ 36 รองลงมาคือเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ร้อยละ 26.7 และไม่พบความพร้อมในการดูแลตนเอง เรื่องการระบายอากาศและการขับถ่ายผู้วิจัยได้สรุปว่า การที่ผู้ป่วยรายงานถึงความพร้อมในการดูแลตนเองมากกว่าการรับรู้ของพยาบาลยังให้ความช่วยเหลือไม่เพียงพอตามความต้องการของผู้ป่วยและเน้นความช่วยเหลือในเรื่องการปรับสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

ชูชาน และคนอื่นๆ (Zuzanne and others, 2004) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการให้ความรู้ในการลดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้เทปบันทึกเสียงเป็นเครื่องมือในการสอนให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 70 คน ที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการลดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีอาการข้างเคียงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง และพบว่าเทปบันทึกเสียงเป็นเครื่องมือในการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพอย่างหนึ่ง

ชูซาน และคนอื่นๆ (Zuzanne and others, 2004) ได้ศึกษาถึงอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 303 คน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากที่สุดภายใน 3 วันแรกหลังได้รับเคมีบำบัด และอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีความสัมพันธ์กับอายุและน้ำหนัก โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าและน้ำหนักมากกว่ามีอาการคลื่นไส้มากกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

Broeckel and others (2000 : 141-150) ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการได้รับเคมีบำบัด กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่าง 3 – 36 เดือนแรก จำนวน 61 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่มีประวัติเป็นโรคมะเร็ง จำนวน 59 คน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มเป็นกลุ่มที่มีลักษณะทางประชากรศาสตร์และมีปัจจัยเกี่ยวกับการแพทย์ใกล้เคียงกัน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายๆ ด้าน

โพสท์ไวท์ (แมนมนา จิระจรัส, 2539 : 36, อ้างอิงจาก Post – white, 1991) ได้ศึกษาผลการจินตนาการต่อภาวะสุขภาพ ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 22 ราย โดยจัดกลุ่มสนับสนุนและได้รับการฝึกเทคนิคการจินตนาการทุกๆ เดือน เป็นเวลา 4 เดือน พบว่า สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิต อารมณ์ และทำให้ระดับการทำงานของภูมิคุ้มกัน Lymphokine activated killer cells สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Lee and others. (2001 : 57-68) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 150 คน จากจำนวนผู้ป่วย 9 โรงพยาบาลในเมืองไทเป จากการศึกษาพบว่า ลักษณะอาการของโรคระยะของโรค การเริ่มต้นให้เคมีบำบัดและจำนวนครั้งของเคมีบำบัดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและการยึดถือมั่นในตนเองมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.5.2 งานวิจัยในประเทศไทย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง เคมีบำบัด และคุณภาพชีวิต

ชนิตฐา หาญประสิทธิ์ทองคำ (2535 : ก-ข) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อ อาการไม่สบาย ภาวะอารมณ์ และความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นแนวทาง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการไม่สบายในวันที่ 2 หลังได้รับเคมีบำบัด และคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลตนเองใน 3 วันแรก

หลังได้รับเคมีบำบัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะอารมณ์ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

พินทุสร โชนนาการ (2539 : 108-109) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 20 ราย ด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยการบันทึกเทป และจดบันทึก พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย คือ เจตคติต่อโรคและการรักษา ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ อุปนิสัยประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพ ประสพการณ์ในอดีตระบบครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ และยังพบว่ากระบวนการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นได้ต้องผ่านกระบวนการ 2 ระยะ คือ ระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ และระยะของการกระทำดูแลตนเอง ซึ่งต้องใช้เวลาใช้ความพยายาม และต้องค้นหาวิธีการดูแลตนเอง จากการเรียนรู้และทดลองจากสิ่งที่ตนเองปฏิบัติเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น และเรียนรู้จากแหล่งประโยชน์ต่างๆ

แม่นมมา จิระจรัส (2539 : 101) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 17 ราย ด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยการบันทึกเทป และจดบันทึก พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ เจตคติต่อโรคและการรักษา ความเชื่อต่างๆ ที่เกี่ยวกับการรักษา ภาวะสุขภาพ นิสัยประจำตัว ระบบครอบครัวแหล่งสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกัน ระบบบริการสุขภาพ เจตคติต่อโรคและการรักษา ความเชื่อต่างๆ และภาวะสุขภาพมีผลอย่างมากต่อการดูแลตนเอง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เจตคติต่อโรคและการรักษาเป็นแรงจูงใจที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจเพื่อการมีชีวิตรอด ผู้ป่วยมองความหวังในที่นี้คือ โอกาสรักษาหายได้ ต่างแสวงหาความหวังในการรักษาทั้งจากแพทย์แผนปัจจุบันและการรักษาอื่นๆ ค่ายื่นยันจากแพทย์ผู้รักษาถึงการรอดชีวิตเป็นแรงจูงใจที่สำคัญมากตลอดช่วงการรักษา แม้ว่าผู้ป่วยอาจจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อโรคและการรักษามาก่อน แต่ถ้าได้รับคำมั่นใจจากผู้รักษาร่วมกับเมื่อการรักษาผ่านไปในแต่ละเดือน ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปปกติ มีเพียงอาการข้างเคียงไม่รุนแรงนัก ผู้ป่วยจะยิ่งเห็นความหวังชัดเจนมากขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยเกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ มากขึ้น ผู้ป่วยจะเริ่มหมดหวัง และมีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ที่ได้วางแผนการรักษาของตนเองไว้ว่า ถ้าการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันหมดหวังแล้ว หรือไม่มีทางที่ดีขึ้น ก็พร้อมจะใช้การรักษาอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยสมุนไพร เป็นต้น

สุชาดา วิภัชชวาทิ (2539 : ก-ข) ได้ศึกษาผลโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางปฏิบัติตน ต่อระดับความรู้และพฤติกรรมเผชิญความเครียด ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างรับเคมีบำบัด โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 16 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดปรับปรุงสำนวนภาษาบางข้อใหม่ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างจากนิตยา สุทธยากร (2531) และโปรแกรมการให้ความรู้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ และกระบวนการสอนของThomdikeและ Skinner บันทึกเนื้อหาลงในเทปคำบรรยายและภาพพลิก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางปฏิบัติตน มีความรู้ระดับสูงกว่าและมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และระดับความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยวิธีการมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สมจิต หนูเจริญกุล และคนอื่นๆ (2540 : 34-35) ได้ศึกษาทัศนคติ และปฏิกริยาการตอบสนองต่อโรค รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างปฏิกริยาการตอบสนองต่อโรคกับการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคัดเล็กแบบเจาะจงจำนวน 40 ราย ติดตามเก็บข้อมูล 3 ครั้ง ห่างกัน 3 – 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อโรคในด้านลบ สำหรับปฏิกริยาต่อโรคและการปรับตัวนั้นพบว่า เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะมีปฏิกริยาตอบสนองต่อโรคโดยการเผชิญหน้าต่อสู้มากขึ้น และมีการปรับตัวดีขึ้น ผู้ป่วยที่มีทัศนคติต่อโรคในด้านบวกมีปฏิกริยาตอบสนองต่อโรคโดยการเผชิญหน้าต่อสู้มากกว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติต่อโรคในด้านลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนอกจากจะพบว่าปฏิกริยาตอบสนองต่อโรค โดยการเผชิญหน้าต่อสู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาแล้วยังพบว่าปฏิกริยาตอบสนองต่อโรคโดยการเผชิญหน้าต่อสู้มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในเดือนถัดไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย

ยุวดี ภาษา และคนอื่นๆ (2540 : 216) ได้ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตัวเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ณ หน่วยผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 20 ราย ผู้ป่วยเข้าร่วมประชุมกลุ่ม 3 ครั้ง วัดคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองระหว่างนั้นสังเกตกระบวนการปฏิกริยาสัมพันธ์ภายในกลุ่ม บทบาทของพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมประชุมกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย เมื่อมีการประชุมสมาชิกกลุ่มส่วนมากมีพฤติกรรมที่แสดงความพยายามแก้ปัญหา (ร้อยละ 42.01) และพฤติกรรมตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านบวก (ร้อยละ 41.04) ปัญหาของสมาชิกที่แลกเปลี่ยน

กัน ส่วนมากเป็นเรื่องความเจ็บป่วย เจตคติต่อการรักษาการปรับตัวต่อเคมีบำบัด ส่วนอุปสรรคที่ทำให้สมาชิกบางคนมาเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้แก่ภาวะสุขภาพ ภาระงาน เจตคติต่อการเข้ากลุ่ม ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางสมาชิกบางรายมีเจตคติต่อการเข้ากลุ่มว่าไม่ประโยชน์ และไม่ต้องมารับฟังปัญหาของคนอื่น ผู้ป่วยส่วนมากต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือในการเป็นผู้ดำเนินการกลุ่ม เพราะต้องการความรู้และคำแนะนำเรื่องโรคและการรักษา อย่างไรก็ตาม กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีประโยชน์ในการสนับสนุนด้านอารมณ์และช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้ผลดีขึ้น

นันทา เล็กสวัสดิ์ (2543 : ข) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านอายุ สถานภาพสมรส รายได้ และจำนวนชุดของการให้เคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านทางร่างกาย และทางด้านเศรษฐกิจและสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและวิญญาณอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีอายุ สถานภาพสมรส รายได้ และจำนวนชุดของการให้เคมีบำบัดที่ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543 : ง) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็ง โดยใช้แนวคิดการปรับตัวของรอย กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นโรคมะเร็งซึ่งได้รับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 90 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก และมีการปรับตัวในระดับดี การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นวลจันทร์ ปรีดาพันธ์ (2545) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 235 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในการศึกษาครั้งนี้ มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และพบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด และเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการได้รับเคมีบำบัด มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในตัวแปรระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด และการสนับสนุนทางสังคมที่ระดับ 0.05

Bling (1998) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็ง ชาวจีน และบทบาทของกลุ่มสนับสนุนตนเอง คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 1) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ 2) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ 3) กระบวนการของการแสวงหาทักษะและความรู้ และ 4) กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้อง และตั้งบ่งชี้ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การให้ความหมายต่อชีวิต ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วย ความคิดทางบวกรวมถึงความผาสุกทางจิต

รัชนิพร คนชุม (2547) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอ้อมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสันสำหรับการให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้ง 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธ์ภาพและบรรยากาศที่เอื้อต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสำรวจปัญหา เข้าใจปัญหา การร่วมกันหาแนวทางเลือกและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ และการยุติการเสริมสร้างพลังอำนาจติดต่อกันทุกวันๆละ 45-60 นาที เป็นเวลา 6-8 วัน โดยมีแนวทางการแก้ปัญหาการปรับตัวด้านอ้อมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนปรับตัวด้านอ้อมโนทัศน์ สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนปรับตัวด้านอ้อมโนทัศน์ สูงกว่าก่อนการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมปอง พะมุติลา (2550) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอ้อมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีซึ่งมารับบริการศูนย์มะเร็งอุดร จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คนได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง 15 คนที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลเป็นรายบุคคล โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยและกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน คนละ 45-60 นาทีต่อครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 6-8 วัน ผลการวิจัย 1) ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านอ้อมโนทัศน์สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านอ้อมโนทัศน์สูงกว่าก่อนการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด สำหรับเนื้อหาในวิธีดำเนินการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลการทดลอง และการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ประชากร เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับเต้านมได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด แบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

1.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 10 คน ตามเกณฑ์ดังนี้

1.2.1 มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป

1.2.2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 หรือ 2

1.2.3 ได้รับเคมีบำบัดสูตร สูตร AC [Doxorubicin (Adriamycin) และ Cyclophosphamide]

1.2.4 ไม่อยู่ในสภาพอาการที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็นและการพูด รวมทั้งการเขียน รู้สึกตัวดีพูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ

2.1 ความผาสุกด้านร่างกาย

- 2.2 ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว
- 2.3 ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ
- 2.4 ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม

แบบแผนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) กลุ่มทดลอง (Experimental group) ได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจตามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

กลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ครั้งแรกเป็นแบบสอบถามก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 เป็นการตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (one-group Pretest - Posttest design) ซึ่งมีรูปแบบการทดลองแสดงภาพประกอบ

กลุ่ม	วัดก่อน	ทดลอง	วัดหลัง
กลุ่มทดลอง	T1	X	T2

โดยกำหนดให้

- T1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- T2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- X หมายถึง ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson,1993) ซึ่งประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม มี 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพการสมรส รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน วิธีการเสียค่ารักษาพยาบาล

ปัญหาค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ลักษณะของครอบครัว โรคประจำตัว ระยะของโรคมะเร็ง และประวัติการได้รับการรักษาผ่าตัดร่วม ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก มีจำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้ Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของ เซลลา (David Cella, 1993) ซึ่งหน่วยมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดลได้แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวรรณิ สิริเลิศตระกูลและคณะ (2543) มีจำนวน 27 ข้อประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อ 1-7 ความผาสุกด้านครอบครัว/สังคม ได้แก่ ข้อ 8-14 ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ได้แก่ ข้อ 15-20 ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ ข้อ 21-27

ข้อคำถามแต่ละข้อถามการรับรู้และความรู้สึกเป็นอย่างไรในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มีมาก, ก่อนข้างมาก, ปานกลาง, เล็กน้อย และไม่มี กำหนดคะแนน 4 – 0 มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต ให้คะแนนโดยพิจารณาจากข้อความที่มีลักษณะ ดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ได้แก่ ข้อ 8-14, 16, 21-27 ให้คะแนน ดังนี้

ไม่มีเลย	0	คะแนน
เล็กน้อย	1	คะแนน
ปานกลาง	2	คะแนน
ค่อนข้างมาก	3	คะแนน
มีมาก	4	คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ ได้แก่ ข้อ.1-7, 15, 17-20 ให้คะแนน ดังนี้

ไม่มีเลย	4	คะแนน
เล็กน้อย	3	คะแนน
ปานกลาง	2	คะแนน
ค่อนข้างมาก	1	คะแนน
มีมาก	0	คะแนน

การแปลผลระดับของคุณภาพชีวิตใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	2.67 – 4.00	หมายถึง คุณภาพชีวิตดี
คะแนนเฉลี่ย	1.34 – 2.66	หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	0.00 – 1.33	หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ผู้ป่วยเข้าร่วมกับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องแผนการรักษาของแพทย์และการปฏิบัติตัวก่อนเพื่อเตรียมความพร้อมในระยะก่อนได้รับเคมีบำบัดและให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group) 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังรับเคมีบำบัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับเคมีบำบัด 3) มอบเอกสารการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทบทวนซ้ำได้ตามต้องการ 4) การติดตามผู้ป่วยโดยเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในกรณีที่ผู้ป่วยให้ไปเยี่ยมที่บ้านได้และ หรือการโทรติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ 5) การตั้ง line กลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยปรึกษากันในระหว่างกลุ่มซึ่งมีผู้วิจัยอยู่ในกลุ่มด้วยรวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยโทรปรึกษาผู้วิจัยเมื่อต้องการปรึกษาหรือมีข้อสงสัย

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการดังนี้

2.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ คู่มือการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านมและเคมีบำบัด อาจารย์พยาบาลที่ชำนาญด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านมและเคมีบำบัด เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ความถูกต้องของภาษา ตลอดจนเนื้อหาให้เหมาะสม โดยให้ความเห็นในแบบสอบถามเพื่อประเมินความตรงตามเนื้อหา โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็น เป็น 4 ระดับคือ 1 2 3 4 โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้ (Burns & Grove 2009:382; Polit & Beck 491)

- 1 หมายถึง คำถามข้อนั้นไม่สอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้นเลย
- 2 หมายถึง คำถามข้อนั้นสอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้นเล็กน้อย
- 3 หมายถึง คำถามข้อนั้นสอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้นมากต้องปรับปรุงอีกเพียงเล็กน้อย
- 4 หมายถึง คำถามข้อนั้นสอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้น

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่า CVI (content validity index) จากระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินความตรงเชิงเนื้อหาคือ .80 ขึ้นไป (Polit & Beck: 491-492) โดยคำนวณจากสูตร

$$\text{CVI รายข้อ} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสอดคล้องค่อนข้างมาก/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

$$\text{CVI เฉลี่ย} = \frac{\text{CVI รายข้อ}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) และข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 ของแบบสอบถาม แสดงดังตารางที่ 3.1

1) การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับยาเคมีบำบัดที่ได้ปรับปรุงแก้ไขภาษาและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลอง (try out) กับผู้ป่วยจำนวน 15 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2540: 125-126) โดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตแต่ละด้านมีความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.80–0.90 แสดงดังตารางที่ 3.0

ตารางที่ 3.1 การตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (CVI) และการทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) ของ แบบสอบถาม

คุณภาพชีวิต	จำนวนข้อ	ค่า CVI	ค่า สัมประสิทธิ์ความเที่ยง
ความผาสุกด้านร่างกาย	7	1.00	0.86
ความผาสุกด้านครอบครัว/สังคม	7	1.00	0.86
ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ	6	1.00	0.90
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	7	1.00	0.88

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผ่าน IRB ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ผู้วิจัยขอหนังสือจากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัย
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิ
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย

การดำเนินการทดลอง

ดำเนินการโดยใช้เวลา 12 สัปดาห์ ระยะเวลา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2558 – มิถุนายน 2558 ณ ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งยึด 4 ขั้นตอนของ Gibson ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ดำเนินการในครั้งแรกที่พบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เป็นการดำเนินการสร้างเสริมพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1 คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง และขั้นตอนที่ 2 คือการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (การตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง) โดย

1) สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจของผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และไว้วางใจ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งด้านมทราบถึงปัญหาและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างและหลังได้รับเคมีบำบัด หากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

2) ผู้วิจัยสร้างความตระหนักให้กลุ่มตัวอย่างให้เห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแลตนเอง สร้างแรงจูงใจโดยการรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองมีความหมาย และรับรู้ถึงโอกาสที่จะส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อให้เกิดความตั้งใจและยอมรับการเสริมพลังอำนาจ อธิบายภาพรวมของกิจกรรมและวิธีการเข้าร่วมกระบวนการเสริมพลังอำนาจโดยใช้การพูดคุย ซักถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งด้านม ก่อนรับเคมีบำบัดและปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ได้ขณะและภายหลังรับเคมีบำบัด อธิบายถึงเรื่องโรคมะเร็งด้านมและเคมีบำบัดรวมทั้งผลข้างเคียงของเคมีบำบัดและการปฏิบัติตัว

3) ให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งด้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัดตามแผนการรักษาของแพทย์ ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด และการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้วิจัยใช้วิธีตั้งคำถามกระตุ้นให้กลุ่มสะท้อนคิด แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคมะเร็งด้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัดตามแผนการรักษาของแพทย์ ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด และการดูแลสุขภาพ

ตนเอง เพื่อให้กลุ่มทราบถึงผลข้างเคียงของเคมีบำบัด สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง มีกำลังใจ รู้สึกตนเองมีคุณค่า รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการช่วยเหลือ ป้องกัน ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การให้กำลังใจ พร้อมทั้งใช้กลุ่ม self help group ให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมีประสบการณ์มาเล่าให้ฟังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้เกิดกำลังใจและเกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ

5) ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 ให้กำลังใจกลุ่มดำเนินตามแผน พร้อมทั้งแจกคู่มือโรคมะเร็งเต้านมและคู่มือการดูแลตนเองภายหลังได้รับเคมีบำบัด เพื่อกลุ่มตัวอย่างนำไปทบทวน และเปิดโอกาสให้ซักถาม และนัดหมายการประชุมกลุ่มอีกครั้งเมื่อแพทย์นัดมาพบทุกครั้ง

กิจกรรมครั้งที่ 2 ดำเนินการเมื่อแพทย์นัดมาติดตามการรักษาครั้งที่ 1 (follow up) เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นที่ 3 คือ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดยมีการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความร่วมมือในกิจกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ โดย

1) ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนกิจกรรม และวัตถุประสงค์จากการเข้าร่วมกลุ่มในกิจกรรมครั้งที่ 1 และซักถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองในกิจกรรมที่ 1 พร้อมทั้งให้ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ครั้งที่ 1

2) สร้างแรงจูงใจโดยการเรียนรู้จากต้นแบบที่จัดเตรียมไว้ โดยการรับฟังการเล่าประสบการณ์ที่ดี เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจากตัวอย่างผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงจากโรคมะเร็งเต้านม และรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด สุตระเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง และปัจจุบันมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดำรงชีวิตตามปกติ

3) กลุ่มตัวอย่างร่วมกันพูดคุยโดยวิเคราะห์ตนเองเทียบกับการดูแลสุขภาพตนเองกับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงจากโรคมะเร็งเต้านม และรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด สุตระเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย ให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมได้ และทบทวนสิ่งที่เคยกระทำสำเร็จมาแล้ว

4) ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกถึงสุขภาพตนเอง ทั้งขณะและภายหลังรับยาเคมีบำบัด พูดคุยให้ในกลุ่มรับฟัง ผู้วิจัยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการดูแลตนเอง โดยการกำหนดระยะเวลา 12 สัปดาห์ พร้อมกับแนะนำให้สมาชิกกลุ่มตัวอย่างติดตามสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 3 ดำเนินการทุกครั้งที่แพทย์นัดมาติดตามการรักษาครั้งที่ 2, 3 และ 4 (follow up) เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยจะช่วยกลุ่มตัวอย่างทบทวนถึงการดูแลสุขภาพตนเองที่สามารถทำได้และไม่สามารถทำได้ จากความสามารถของการดูแลตนเอง สร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมสนับสนุนการคงไว้ซึ่งความสำเร็จในการดูแลตนเอง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดย

- 1) ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนกิจกรรม และวัตถุประสงค์จากการเข้าร่วมกลุ่มในกิจกรรมครั้งที่ 2
- 2) กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดูแลตนเอง
- 3) กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ เสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และร่วมกันหาทางเลือกและสนับสนุนผู้ที่ยังไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี
- 4) ผู้วิจัยสรุปความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคิดทางบวกกับชีวิต
- 5) ทำความตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพตนเองต่อเนื่องจนได้รับเคมีบำบัดครบ 4 ครั้ง

กิจกรรมครั้งที่ 4 ดำเนินการภายหลังแพทย์นัดมาติดตามผลการรักษาภายหลังรับเคมีบำบัดครั้งที่ 4 เพื่อประเมินผล และปิด โครงการ โดยผู้วิจัยนำสรุปการดำเนินกิจกรรม และประเมินผลหลังทำกิจกรรม ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดย

- 1) ทบทวนการดูแลสุขภาพตนเอง
- 2) ร่วมกันพูดคุยกันระหว่างกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินขั้นตอนต่างๆของกระบวนการสรุปผลที่ได้รับจากการทำกิจกรรมร่วมกัน และบันทึกข้อเสนอแนะ
- 3) ผู้วิจัยสรุปวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่กลุ่มตัวอย่างและสรุปผลการดูแลสุขภาพตนเองที่ได้จากการทำกิจกรรม และให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เชื่อว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ในชีวิตของตนเองได้
- 4) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการทดลอง ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในการเคารพสิทธิมนุษยชน นอกจากนี้มีความตรงต่อเวลานัดหมาย ให้ความเป็นมิตรอย่างจริงใจ หลีกเลี่ยงการตำหนิ มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการทดลองและการรักษาความลับ

สำหรับนำข้อมูลไปอภิปราย หรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเป็นอิสระ ปลอดภัย ไร้กังวล หลังจากนั้นเมื่อกลุ่มยินยอม ก็ให้ลงลายมือชื่อในใบพิทักษ์สิทธิ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ ในระหว่างการพูดคุย หากมีคำถามใดที่กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกใจที่จะตอบก็มีอิสระที่จะไม่ตอบ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการปฏิบัติให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัยก็ได้ อนึ่งยังให้สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างในหลักการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ และบอกให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน โดยยอมรับที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบสมมุติฐานของแบบสอบถามและคัดเลือกแบบสอบถามฉบับที่สมบูรณ์ไว้สำหรับวิเคราะห์
 2. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่กำหนด
 3. คำนวณสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ทดสอบสมมติฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบ Wilcoxon signed-ranks test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างก่อนทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจกับภายหลังทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ปัญหาการรักษา ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว ระยะการดำเนินของโรค การได้รับเคมีบำบัดตามแผน การได้รับยาไม่ตรงกำหนด และการรักษาร่วม ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ		
45 – 55 ปี	5	50.00
56 – 65 ปี	3	30.00
66 – 75 ปี	2	20.00
(กลุ่มทดลอง \bar{X} =56.00 ปี SD. =9.286 อายุสูงสุด 72 ปี อายุต่ำสุด 46 ปี)		
สถานภาพสมรส		
โสด	1	10.00
คู่	7	70.00
หม้าย	2	20.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	10.00
มัธยม	1	50.00
ปริญญาตรี	5	20.00
ปริญญาโท	2	20.00
อาชีพ		
รับราชการ	2	20.00
รัฐวิสาหกิจ	2	20.00
แม่บ้าน	4	40.00
รับจ้าง	2	20.00
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	1	10.00
5,001 – 10,000 บาท	2	20.00
10,001 - 20,000 บาท	-	-
20,001 – 30,000 บาท	1	10.00
30,001 – 40,000 บาท	1	10.00
มากกว่า 40,001 บาท	5	50.00

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
ชำระเงินเอง	1	10.00
เบิกได้	4	40.00
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2	20.00
ประกันชีวิต	3	30.00
ปัญหาการรักษา		
ไม่มี	9	90.00
มีเล็กน้อย	1	10.00
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	8	80.00
ขยาย	1	10.00
โสด	1	10.00
โรคประจำตัว		
ไม่มี	2	20.00
มี	8	80.00

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 56 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จบ การศึกษาระดับปริญญาตรี และส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นแม่บ้าน โดยมีรายได้มากกว่า 40,001 บาท ไม่มีปัญหาการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 10)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านความผาสุกด้านร่างกาย	1.4857	0.9993	ปานกลาง	1.8857	0.6090	ปานกลาง
ด้านความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม	3.1429	0.6023	ดี	3.2143	0.5604	ดี
ด้านความผาสุกด้านอารมณ์	1.8667	1.0034	ปานกลาง	1.8933	0.8694	ปานกลาง
ด้านความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	2.2429	0.3437	ปานกลาง	2.4143	0.4009	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.2 คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.4857$, $\bar{X} = 1.8667$, $\bar{X} = 2.2429$) ตามลำดับ และหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.8857$, $\bar{X} = 1.8933$, $\bar{X} = 2.4143$) ตามลำดับ ส่วน คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านครอบครัวและสังคมก่อนการทดลองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.1429$) และหลังการทดลองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.2143$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกายความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างก่อนการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจกับภายหลังทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test ดังแสดงตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับที่คะแนนคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ (n = 10)

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p-value
	Mean Rank	Sum of Rank	Mean Rank	Sum of Rank		
ด้านความผาสุกด้านร่างกาย	11.35	113.50	14.10	141.00	-1.123	.261
ด้านความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม	14.05	140.50	16.90	169.00	-1.633	.012
ด้านความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ	11.40	114.00	12.60	126.00	-.634	.042
ด้านความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	11.65	116.50	13.20	132.00	-1.354	.045
โดยรวม	13.30	133.00	14.14	141.44	-2.948	.003

*P < .05

จากตารางที่ 4.3 การเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2558- มิถุนายน 2558 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

1.1.2 ศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ขออนุญาตเข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองและให้ทำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตพร้อมทั้งอธิบายให้ทราบว่า จะได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ดังมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ดำเนินการในครั้งแรกที่พบกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เป็นการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1 คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง และขั้นตอนที่ 2 คือการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (การตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง) โดย

2) สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจของผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และไว้วางใจ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทราบถึงปัญหาและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างและหลังได้รับเคมีบำบัด หากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

3) ผู้วิจัยสร้างความตระหนักให้กลุ่มตัวอย่างให้เห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแลตนเอง สร้างแรงจูงใจ โดยการรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองมีความหมาย และรับรู้ถึงโอกาสที่จะส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อให้เกิดความตั้งใจและยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อธิบายภาพรวมของกิจกรรมและวิธีการเข้าร่วมกระบวนการเสริมพลังอำนาจ โดยใช้การพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ก่อนรับเคมีบำบัดและปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ขณะและภายหลังรับเคมีบำบัด อธิบายถึงเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและเคมีบำบัดรวมทั้งผลข้างเคียงของเคมีบำบัดและการปฏิบัติตัว

4) ให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัดตามแผนการรักษาของแพทย์ ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด และการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้วิจัยใช้วิธีตั้งคำถามกระตุ้นให้กลุ่มสะท้อนคิดแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัดตามแผนการรักษาของแพทย์ ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด และการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้กลุ่มทราบถึงผลข้างเคียงของเคมีบำบัด สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง มีกำลังใจ รู้สึกตนเองมีคุณค่ารวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการช่วยเหลือ ป้องกัน ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การให้กำลังใจ พร้อมทั้งใช้กลุ่ม self help group ให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมีประสบการณ์มาแล้วให้ฟังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้เกิดกำลังใจและเกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

5) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ

6) ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 ให้กำลังใจกลุ่มดำเนินตามแผน พร้อมทั้งมอบเอกสารการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทบทวนซ้ำได้ตามต้องการ และเปิดโอกาสให้ซักถาม และนัดหมายการประชุมกลุ่มอีกครั้งเมื่อแพทย์นัดมาพบทุกครั้ง

กิจกรรมครั้งที่ 2 ดำเนินการเมื่อแพทย์นัดมาติดตามการรักษาครั้งที่ 1 (follow up) เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นที่ 3 คือ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ใช้เวลา ประมาณ 1 ชั่วโมง โดยมีการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความร่วมมือในกิจกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนกิจกรรม และวัตถุประสงค์จากการเข้าร่วมกลุ่มในกิจกรรมครั้งที่ 1 และซักถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองในกิจกรรมที่ 1 พร้อมทั้งให้ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ครั้งที่ 1 โดยดำเนินการ ดังนี้

1) สร้างแรงจูงใจโดยการเรียนรู้จากต้นแบบที่จัดเตรียมไว้ โดยการรับฟังการเล่าประสบการณ์ที่ดี เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจากตัวอย่างผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงจาก

โรคมะเร็งเต้านม และรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด สูตรเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง และปัจจุบันมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดำรงชีวิตตามปกติ

2) กลุ่มตัวอย่างร่วมกันพูดคุยโดยวิเคราะห์ตนเองเทียบกับการดูแลสุขภาพตนเองกับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงจากโรคมะเร็งเต้านม และรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด สูตรเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมได้ และทบทวนสิ่งที่เคยกระทำสำเร็จมาแล้ว

3) ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกลงถึงสุขภาพตนเอง ทั้งขณะและภายหลังรับยาเคมีบำบัด พูดคุยให้ในกลุ่มรับฟัง ผู้วิจัยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการดูแลตนเอง โดยการกำหนดระยะเวลา 12 สัปดาห์ พร้อมกับแนะนำให้สมาชิกกลุ่มตัวอย่างติดตามสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 3 ดำเนินการทุกครั้งที่แพทย์นัดมาติดตามการรักษาครั้งที่ 2, 3 และ 4 (follow up) เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยจะช่วยกลุ่มตัวอย่างทบทวนถึงการดูแลสุขภาพตนเองที่สามารถทำได้และไม่สามารถทำได้ จากความสามารถของการดูแลตนเอง สร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมสนับสนุนการคงไว้ซึ่งความสำเร็จในการดูแลตนเอง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดย

1) ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนกิจกรรม และวัตถุประสงค์จากการเข้าร่วมกลุ่มในกิจกรรมครั้งที่ 2

2) กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดูแลตนเอง

3) กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ เสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และร่วมกันหาทางเลือกและสนับสนุนผู้ที่ยังไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี

4) ผู้วิจัยสรุปความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคิดทางบวกกับชีวิต

5) ทำความตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพตนเองต่อเนื่องจนได้รับเคมีบำบัดครบ 4 ครั้ง

กิจกรรมครั้งที่ 4 ดำเนินการภายหลังแพทย์นัดมาติดตามผลการรักษาภายหลังรับเคมีบำบัดครั้งที่ 4 เพื่อประเมินผล และปิดโครงการ โดยผู้วิจัยนำสรุปการดำเนินกิจกรรม และประเมินผลหลังทำกิจกรรม ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดย

1) ทบทวนการดูแลสุขภาพตนเอง

2) ร่วมกันพูดคุยกันระหว่ากลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินขั้นตอนต่างๆของกระบวนการ สรุปผลที่ได้รับจากการทำกิจกรรมร่วมกัน และบันทึกข้อเสนอแนะ

3) ผู้วิจัยสรุปวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่กลุ่มตัวอย่างและสรุปผลการดูแลสุขภาพตนเองที่ได้จากการทำกิจกรรม และให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เชื่อว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

4) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เพื่อประเมินหลังเข้าร่วมรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับเต้านมได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด แบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2558 - มิถุนายน 2558

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบที่ให้ร่วมกันหลายชนิด สูตร AC [Doxorubicin (Adriamycin) และ Cyclophosphamide] แบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 10 คน

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม มี 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพการสมรส รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปัญหาค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ลักษณะของครอบครัว โรคประจำตัว ระยะของโรคมะเร็ง และประวัติการได้รับการรักษาผ่าตัดร่วม ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก มีจำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด (Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT)) ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของของ เซลลา (David Cella ,1997) ซึ่งหน่วยมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวรรณิ ลิริเลิศตระกูลและคณะ (2543) ประกอบด้วย คุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัว/สังคม ความผาสุกด้านอารมณ์ /จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม

1.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมรายบุคคล (ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรม) ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องแผนการรักษาของแพทย์และการปฏิบัติตัวก่อน

เพื่อเตรียมความพร้อมในระยะก่อนได้รับเคมีบำบัดและให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group)
 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังรับเคมีบำบัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังรับเคมีบำบัด รวมทั้งเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้งที่มารับเคมีบำบัด 3) มอบคู่มือการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทบทวนซ้ำได้ตามต้องการ
 4) การติดตามผู้ป่วยโดยเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยให้ไปเยี่ยมที่บ้านได้และหรือการโทรติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ 5) การตั้ง line กลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยปรึกษากันในระหว่างกลุ่มซึ่งมีผู้วิจัยอยู่ในกลุ่มด้วยรวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยโทรปรึกษาผู้วิจัยเมื่อต้องการปรึกษาหรือมีข้อสงสัย

1.2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปและมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีความรู้ในเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) พร้อมทั้งวิจัยทางการแพทย์ จำนวน 5 ท่าน แบบทดสอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัว/สังคม ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเที่ยงของแบบทดสอบคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 ด้าน เท่ากับ 0.86, 0.80, 0.90 และ 0.88 ตามลำดับ

1.2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัย
- 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิ
- 3) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย

1.2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมี ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน วิธีการเสียค่ารักษาพยาบาล ปัญหาค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ลักษณะของครอบครัว โรคประจำตัว ระยะของโรคมะเร็งเต้านมและประวัติการรักษาผ่าตัดร่วม ด้วยค่าสถิติร้อยละ

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจและความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างก่อนทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจกับภายหลังทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test

1.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1.3.1 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 56 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นแม่บ้าน โดยมีรายได้มากกว่า 40,001 บาท ไม่มีปัญหาการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มีโรคประจำตัว และทุกคนอยู่ในระยะที่ 1 ของการดำเนินโรค ต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 4 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับยาเคมีบำบัดตรงตามแผน และได้รับการผ่าตัดเป็นการรักษาพร้อมทุกคน

1.3.2 ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สรุปผลได้ดังนี้

1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านร่างกาย ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านร่างกาย หลังการทดลอง อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านร่างกาย สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

2) กลุ่มทดลองมีคะแนนของเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับดี และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม หลังการทดลอง อยู่ในระดับดี โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านร่างกาย สูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง

3) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านอารมณ์สูงขึ้น

4) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความ

ผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม สูงขึ้น

5) การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากก่อนในข้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความผาสุกทางด้านร่างกาย

2. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีประสิทธิผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านคือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัว/สังคม ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม สูงกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ อธิบายได้จากการจัดรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้งหมด 4 กิจกรรมของผู้วิจัย ดังนี้

1) กิจกรรมการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาของแพทย์ตามแบบแผนปัจจุบัน คือเคมีบำบัด การดูแลปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด การเปลี่ยนเจตคติต่อโรคและเคมีบำบัด จากการสอบถามก่อนการทดลอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเจตคติที่ไม่ดีต่อโรคและเคมีบำบัด คิดว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ร้ายแรงและหนักแล้ว และมีรับรู้จากการบอกเล่าต่อกันมาจนถึงความรุนแรงจากยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจต่อการรักษา แต่กิจกรรมของผู้วิจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ความรู้ตามหลักเหตุและผล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและระบายความในใจทำให้ผู้ป่วยได้รับความกระจ่างมากขึ้น ตลอดจนเป็นที่ปรึกษา ความรู้และข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยจะเฉพาะเจาะจงตามปัญหาและความถูกต้องต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติได้ ผู้ป่วยจะเริ่มเปลี่ยนบทบาทจากเป็นผู้รับและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลแต่ฝ่ายเดียว มาเป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของ (Cella,1997) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา เมื่อได้รับความรู้และสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองแล้ว จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ดีขึ้น รวมถึงการศึกษาของซูซานและคนอื่นๆ (Suzanne and other,2004) ให้ความรู้ในการลด

อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการลดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีอาการข้างเคียงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม หรือจากการศึกษาของสุชาดา วิรัชชวาที (2539) ได้ศึกษาผลโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางปฏิบัติตน ต่อระดับความรู้และพฤติกรรมเผชิญความเครียด ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างรับเคมีบำบัด โปรแกรมการให้ความรู้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ และกระบวนการสอนของThorndikeและ Skinner บันทึกเนื้อหาลงในเทปคำบรรยายและภาพพลิก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางปฏิบัติตน มีความรู้ระดับสูงกว่าและมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ ระดับความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยวิธีการมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2) กิจกรรมการทำกลุ่มบำบัด (self help group) หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งกลุ่มนั้นผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็นกลุ่มละประมาณ 2-4 คน เพื่อให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นโรคและได้รับเคมีบำบัดเช่นเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนที่มีปัญหาชีวิตเช่นเดียวกับตนเองมีเพื่อนที่เข้าใจ รู้ใจซึ่งกันและกันสามารถพูดคุยปรับทุกข์หรือระบายความรู้สึกได้อย่างสบายใจ อีกทั้งยังได้แลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการวิจัยของMok & Martinson (2000) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็ง 12 ราย โดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Riessman มาใช้ในการดำเนินกระบวนการกลุ่มเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย กลุ่มช่วยเหลือ ตนเองประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 3 ราย มะเร็งเต้านม 5 ราย และมะเร็งหลังโพรงจมูก 4 ราย หลังจากนั้นทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย 1) ความรู้สึกมีเพื่อน มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน (interconnectedness) จากการมีประสบการณ์และปัญหาเดียวกัน มีความรู้สึกเดียวกัน ไม่รู้สึกว่าตัวเองโดดเดี่ยว ปัญหานั้นไม่ได้เกิดขึ้นกับตนเองผู้เดียว 2) มีความมั่นใจและมีความหวัง (confidence and hope) 3) มีการเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4) ความรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ (feeling of usefulness) จากการเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าและค้นพบว่าชีวิตนี้มีความหมาย ซึ่งจากการศึกษาของโพสท์ไวท์ (แม้นมนา จิระจรีส. 2539 : 36, อ้างถึงในPost – white. 1991) ได้ศึกษาผลการจินตนาการต่อภาวะสุขภาพ ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก พบว่า สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิต อารมณ์ และทำให้ระดับการทำงานของภูมิคุ้มกัน Lymphokine activated killer cells สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการศึกษาของ Lee and others. (2001, น.57 – 68) ได้ศึกษาปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ลักษณะอาการของโรค ระยะของโรค การเริ่มต้นให้เคมีบำบัดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและการยึดถือมั่นในตนเองมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือการศึกษาของยูดิ ภาษา และคนอื่นๆ (2540) ได้ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตัวเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ปัญหาของสมาชิกที่แลกเปลี่ยนกัน ส่วนมากเป็นเรื่องความเจ็บป่วย เจตคติต่อการรักษาการปรับตัวต่อเคมีบำบัด ส่วนอุปสรรคที่ทำให้สมาชิกบางคนมาเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้แก่ภาวะสุขภาพ ภาระงาน เจตคติต่อการเข้ากลุ่ม ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางสมาชิกบางรายมีเจตคติต่อการเข้ากลุ่มว่าไม่ประโยชน์ และไม่ต้องการรับฟังปัญหาของคนอื่น ผู้ป่วยส่วนมากต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือในการเป็นผู้ดำเนินการกลุ่ม เพราะต้องการความรู้และคำแนะนำเรื่องโรคและการรักษา อย่างไรก็ตาม กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีประโยชน์ในการสนับสนุนด้านอารมณ์และช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้ผลดีขึ้น และจากการศึกษาของอารีย์ มั่งเกียรติสกุล (2543) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก และมีการปรับตัวในระดับดี การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของวัยรุ่นโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตัวเองใช้เวลา 1-2 ชั่วโมงโดยมีการคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพอันดีเพื่อให้เกิดความร่วมมือในกิจกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ จัดสภาพแวดล้อมในบรรยากาศที่เหมาะสมเป็นกันเอง อภิปรายปัญหาาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยร่วมกันหาทางเลือกเกี่ยวกับสุขภาพ โดยการเรียนรู้จากผู้วิจัยได้แก่การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาของแพทย์รวมถึงการทำกลุ่มบำบัด (self help group) หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเองและเลือกตัดสินใจสิ่งเหมาะสมสำหรับตนเองและลงมือปฏิบัติให้เกิดพฤติกรรมใหม่ สนับสนุนให้กำลังใจ ทักษะที่ใช้คือการให้ข้อมูล การพิจารณาทางเลือก การเสนอแนะ และการให้กำลังใจ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการใช้กิจกรรมกลุ่มในการเสริมสร้างพลังอำนาจและการติดตามผลรายบุคคลสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดารณี จามจิริ (2545) เรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจใน 2 สัปดาห์ได้มีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป

ในทางที่ดีขึ้น และจากการศึกษาของ ขนิษฐา หาญประสิทธิ์ทองคำ (2535) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อ อาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์ และความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการไม่สุขสบายในวันที่ 2 หลังได้รับเคมีบำบัด และคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลตนเองใน 3 วันแรกหลังได้รับเคมีบำบัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะอารมณ์ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน

4) การยุติรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง เป็นระยะการประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามปัญหาและข้อขัดข้องใจต่างๆ แล้วสรุปเนื้อหาที่เป็นประเด็นสำคัญที่ได้พูดคุยกัน สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ซักถามถึงความสามารถและความเชื่อมั่นในการที่จะดูแลตนเองต่อไป โดยการสังเกตและซักถามให้ผู้ประเมินตนเองว่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การดูแลตนเองเมื่อได้รับเคมีบำบัด สรุปผล ประเมินผลและปิดกิจกรรม รวมทั้งให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอีกครั้งเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน

จะเห็นได้ว่าการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านและจิตใจและความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามรูปแบบของผู้วิจัย ทั้งนี้สามารถอธิบายผลการศึกษาดังกล่าวด้วยหลักสำคัญๆ ได้แก่ กระบวนการ 4 ขั้นตอนของกิบบสันคือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสภาพการณ์จริง คือการพยายามให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์ และสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพที่ เพื่อให้มีการสะท้อนคิดถึงภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ คือ การพยายามทบทวนสถานการณ์อย่างรอบคอบ มีการประเมินตนเองและคิดถึงสถานการณ์อย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ขั้นตอนที่ 3 เป็นการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์จากการเป็นโรคมะเร็ง รักษาด้วยเคมีบำบัดพร้อมทั้งคู่มือการดูแลตนเองภายหลังได้รับเคมีบำบัดเพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง และขั้นตอนที่ 4 เป็นการลงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทุกคนร่วมมือกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่ยังมีอยู่ เพื่อให้เกิดความตระหนักในอำนาจของตนเอง ความสามารถ และศักยภาพของตนเอง พยายามคงอยู่ด้วยตนเอง

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ทั้งทางด้านโภชนาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น โดยผู้ป่วยเป็นผู้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงทั้งหมดของตนเองและจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม คู่มือการปฏิบัติตัวภายหลังรับยาเคมีบำบัด และการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยเริ่มจากการตระหนักและเรียนรู้ปัญหา กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น จึงทำให้คุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาค้นคว้าไปใช้

3.1.1 บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ ควรตระหนักถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านสังคม/ครอบครัว ด้านอารมณ์/จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยขณะที่ได้รับเคมีบำบัด

3.1.2 สถาบันที่ให้บริการด้านสุขภาพ ควรนำรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการให้การพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มโรคผู้ป่วยเรื้อรัง หรือโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพราะจากผลการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่ได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาวิธีการให้การพยาบาล ที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เช่น การให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางสังคม

3.2.2 ควรสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตให้ครอบคลุมตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านเพศสัมพันธ์ เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วย

3.2.3 ควรทำการศึกษาวิจัยผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไต หรือผู้ป่วยฉุกเฉินแต่มีระยะการรักษานานพอสมควร เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่นอนพักในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2553). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ 2553*.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กาญจนา ชาญวิทย์การ. (2542). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัดขนาดสูงร่วมกับการ
ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดของเลือด*, กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. (2535). *ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อ
อาการไม่สุขสบายภาวะอารมณ์และความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่
ได้รับเคมีบำบัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล,
นครปฐม.
- จันทร์จรัส จันทร์จรัสพงศ์. (2547). *ผลการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, กรุงเทพฯ.
- จันทร์รา จิตต์วิบูลย์. (2543). *การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วย
มะเร็งเม็ดเลือดขาว* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ฉิมพิชญ์ชา มะมม. (2551). *ความก้าวหน้าในการดูแลรักษามะเร็งผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. *วารสารสภา
การพยาบาล*, 23(2), 11-25.
- จุฬารรรณ สุระกุล. (2544). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับ
ความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชนิษฐา สุระเดชาวุธ. (2553). *การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวาน
รายบุคคล โรงพยาบาลหนองแซง จังหวัดสระบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- ครุณี ชุณหะวัต, ยุวดี ภาษา, และบุญขึ้น อิ่มมาก. (2040). *การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อพัฒนา
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. *วารสารวิจัยทางการ
พยาบาล*, 1(2), 205-216.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2540). *การสร้างพลังอำนาจ กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบาก
ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. *รามาศิษย์เวชสาร*, 4(2), 200-209.

- คารณี จามจุรี. (2545). พลังอำนาจกับการจัดการความเจ็บป่วยเรื้อรัง. *วารสารกองการพยาบาล*, 29(2), 55-63.
- ทิพมาศ ชินวงศ์. (2541). การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นวลจันทร์ ปรีดาพันธุ์. (2545). การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งมารับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- นันทพร พิษะยะ. (2546). ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการใช้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นันทา เล็กสวัสดิ์, พิษานี แสนมโนวงศ์, ทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์, และเพชรานำป้อนศักดิ์. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด : รายงานการวิจัย. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตย์ ทศนิยม. (2545). การส่งเสริมสุขภาพ : มิติการสร้างพลังอำนาจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 25(2), 103-114.
- นิตยา เพ็ญศิริณา. (2544). เทคนิคการสร้างพลังส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 24(2), 42-54 .
- นिरามย์ ไข่เทียมวงศ์. (2535). แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- บุญศรี นุเกตุ. (2541). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดระยะต้น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประดิษฐา สินสว่าง และ ลาวัญย์ อุปพงษ์. (2540). คู่มือบริหารยาเคมีบำบัดสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ โรงพยาบาลศิริราช
- ประดิษฐา สินสว่าง, และ พรศรี ศรีอภัยพร. (2543). ผลของการสนับสนุนภายในกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลบุตร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 18(3), 55-64.

- ประดิษฐา สินสว่าง. (2538). ผลของการสนับสนุนภายในกลุ่มของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจวาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. (2536). แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์. (2542). กระบวนการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระหว่างการเข้ารับรังสีรักษา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์. (2545). การทบทวนงานวิจัย : วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งในการเผชิญกับความเครียดระหว่างการรักษา. วารสารเกื้อการุณย์, 9(1), 4-13.
- ผ่องศรี ศรีมรกต, และ รุ่งนภา ผาณิตรัตน์. (2540). แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลแบบแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความซึมเศร้า ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาลศาสตร์, 1(2), 167 – 186.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2549). แนวคิดสุขภาพและการพยาบาล. วารสารสารสาธการพยาบาล, 11(1), 1-11.
- พนารัตน์ เจนจบ. (2542). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พนิตนาถ ชำนาญเสือ, สมจิตร สินธุชัย, และสิรินาด ธรรมวิญญา. (2549). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. สาระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พินทุสร โขตนาการ. (2539). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.

- ไพรัช เทพมงคล. (2524). *ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: เมดิคัล มีเดีย.
- _____. (2524). *โรคมะเร็ง สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และนักศึกษา*. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- แม่นมมา จิระจรัส, และวรชัย รัตนธรรธร. (2541). Quality of measurement in cancer patient ใน *ตำรารักษาโรคมะเร็ง 2*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก แพบลิชชิง.
- แม่นมมา จิระจรัส, และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล. (ม.ป.ป.). *คู่มือการดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ประชาชน.
- แม่นมมา จิระจรัส. (2539). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ยุวดี ฤชา และคนอื่นๆ. (2540). การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 1(2):205 – 216.
- รจนา วิริยะสมบัติ. (2540). *ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะที่ปรากฏอาการ*(วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- รัชนิพร คนชุม. (2547). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2539*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญ. วรชัย รัตนธรรธร, สุวรรณี สิริเลิศตระกูล, แม้นมมา จิระจรัส, ชัชวาล ศิลปกิจ, เจษฎา มณีชาวจร, พรจันทร์ สัยละมัย, และชิตยา สิริสิงห. (2544). การแปลและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดคุณภาพชีวิต The Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) Version 4 ฉบับแปลเป็นภาษาไทย. *จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 84(10), 1430-1442.
- สมจิต หนูเจริญกุล, จารุวรรณ กฤตย์ประชา, และวรชัย รัตนธรรธร. (2540). ทักษะการรับมือต่อโรคมะเร็ง ปฏิบัติการตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 3(1), 34-45.
- สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย, และรวมพร คงกำเนิด (บ.ก.). (2543). *การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล*. นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

- สมปอง พะมุลิตา. (2550). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอึดมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนลาภ, และ สุमित วงศ์เกียรติขจร. (2543). (บ.ก.). *มะเร็งเต้านม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- สุชาดา วิภัชชวาทิ. (2539). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางปฏิบัติตนต่อระดับความรู้ และพฤติกรรมเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างรับเคมีบำบัด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุดารัตน์ วรรณसार. (2541). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลนครพิงค์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุวรรณณี สิริเลิศระกุล, แม้นมมา จิระจรัส, วรชัย รัตนธราธร, สมจิต หนูเจริญกุล, เอกภพ สิริระชัยนันท์, และ ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2543). การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิต Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) ที่แปลเป็นภาษาไทย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้และมะเร็งปอด. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 4(1), 61-76.
- อรพรรณ ทองคำ. (2543). *ผลของกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อวยพร ต้นमुखกุล. (2540). *พลังอำนาจกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานในวิชาชีพการพยาบาล*. *พยาบาลสาร*, 24(1), 1-9.
- อากม เขียรศิลป์ (บ.ก.). (2546). *อาหาร สมุนไพร ผู้ป่วยโรคมะเร็ง การรักษายุคใหม่*. กรุงเทพฯ : เมดิอินโฟ จี. ดี.
- อารีย์ มั่งเกียรติสกุล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวในวัยรุ่นโรคมะเร็ง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- อุรา สุวรรณรักษ์. (2542). *การเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสติงพระ จังหวัดสงขลา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- Anderson, J. & Ferrans, C. (1997). The quality of life of persons with chronic fatigue syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(6), 359-367.

- Brady MJ, Cella DF, Mo F, Bonomi AE, Tulskey DS, Lloyd SR, Deasy S, Cobleigh M, & Shiimoto G. (1997). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) quality of life instrument. *J Clin Oncol*, 15:974-986
- Broeckel, J. A., Jacobsen, P. B., Balducci, L., Horton, J., & Lyman, G. H. (2000). Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 62(2), 141-150.
- Burckhardt, C. S. (1985). The impact of arthritis on quality of life. *Nursing Research*, 34(1), 11-16.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Byar, K. L., Berger, A. M., Bakken, S. L., & Cetak, M. A. (2006). Impact of Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy on Fatigue, Other Symptoms, and Quality of Life. *Oncology Nursing Forum*, 33(1), E18-E26.
- Cambell, A. (1976). Subjective measure of well-being. *American Psychologist*, 31(2), 117 - 124.
- Cantril, H. (1965). *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University, Press.
- Cella D. Manual of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System. Center on Outcomes, Research and Education (CORE), Evanston Northwestern Healthcare and Northwestern University, Evanston IL, Version 4. 1997.
- Cella, D. (1997). The Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia (FACT-An) Scale: a new tool for the assessment of outcomes in cancer anemia and fatigue. *Seminars in Hematology*, 34(3 Suppl 2), 13-19.
- Cella, D. F., Tulskey, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., . . . Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579.
- Conger, J., & Kanungo, R. (1988). The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice. *The Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.
- Conger, J.A. & Kanungo, R.N. (1988). The Empowerment process: Integrating Theory and Practice *Academy Management Review*. 13, 471 - 482
- Connelly, L. M., Keele, B. S., Kleinbeck, S. V. M., Schneider, J. K., & Cobb, A. K. (1993). A Place to be Yourself: Empowerment from the Client's Perspective. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 297-303.

- Davison, B. J., & Degner, L. F. (1997). Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. *Cancer Nursing, 20*(3), 187-196.
- Dibble, S. L., Casey, K., Nussey, B., Israel, J., & Luce, J. (2004). Chemotherapy-induced vomiting in women treated for breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 31*(1), E1-8.
- Dodd, M. J. (1982). Assessing patient self-care for side effects of cancer chemotherapy-Part I. *Cancer Nursing, 5*(6), 447-452.
- Ellis-Stoll, C. C., & Popkess-Vawter, S. (1998). A Concept Analysis on the Process of Empowerment. *Advances in Nursing Science, 21*(2), 62-68.
- Esper P, Mo F, Chodak G, Sinner M, Cella D, & Pienta KJ. (1997). Measuring Quality of life in men with prostate cancer using the Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate (FACT-P) instrument. *Urology, 50*, 920-928.
- Falk Rafael, A. R. (1995). Advocacy and empowerment: Dichotomous or synchronous concepts? *Advances in Nursing Science, 18*(2), 25-32.
- Fernsler, J. (1986). A comparison of patient and nurse perceptions of patients' self-care deficits associated with cancer chemotherapy. *Cancer Nursing, 9*(2), 50-57.
- Ferrans, C. E. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 17*(3), 15-19.
- _____. (1996). Development of a Conceptual Model of Quality of Life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 10*(3), 293-304.
- Ferrans, C.E., & Powers, M. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing and Health, 15*(1), 29-38.
- Ferrell, B. R., Dow, K. H., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in long-term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 22*, 915-922.
- Fetterman, D.M. (1996). Empowerment Evaluation: An Introduction to Theory and Practice. In Fetterman, D.M., Kaftarian, S., & Wandersman, A. (Eds.) *Empowerment Evaluation: Knowledge and Tools for Self-Assessment and Accountability* (pp.3 – 76). California: Sage Publications.
- Fleury, J. D. (1991). Empowering Potential: A Theory of Wellness Motivation. *Nursing Research, 40*(5), 286-291.

- Frank-Stromberg, M. (1988). *Instruments for clinical nursing research*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- _____. (1984). Selecting an instrument to measure quality of life. *OncolNurs Forum*, 11(5), 88-91.
- _____. (1985). Evaluating patient education material. *OncolNurs Forum*, 12(1), 65-67.
- Fuqua, S. A., Gu, G., & Rechoum, Y. (2014). Estrogen Receptor (ER) Mutations in Breast Cancer: Hidden in Plain Sight. *Breast Cancer Research and Treatment*, 144(1), 11–19.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
- _____. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201–1210.
- _____. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201–1210.
- _____. (1993). *A study of empowerment in mother of chronically ill children*. Unpublished doctoral Dissertation, Boston college, Boston
- Hahn EA, Cella D. (1997). Unbiased quality of life measurement across literacy levels and mode of administration. *Qual Life Res.* 6, 654.
- Jalowiec, A., Grady, K., Grusk, B., Schlessler, P., & Wolwicz, K. (1990). Predictors of quality of life in pre-op cardiac transplant patients. *Circulation*, 82(4 Suppl), III-705.
- Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1993). Health is empowerment. *Advances in Nursing Science*, 15(3), 1-14.
- Kubsch, S. & Wichowski, C. H. (1997). Restoring power through nursing intervention. *Nursing Diagnosis*, 8(1), 7-15.
- Lee, H.-L., Ku, N.-P., Dow, W.-J., & Pai, L. (2001). Factors Related to Quality of Life in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Journal of Nursing Research*, 9(3), 57-68.
- Liu, B. (1975). Quality of Life: Concept, Measure and Results. *The American Journal of Economics and Sociology*, 34 (1), 11-16.
- Magen, R. H., & Glajchen, M. (1999). Cancer support groups: client outcome and the context of group process. *Research On Social Work Practice*, 9(5), 541-554.

- Maliski, S. L., Clerkin, B., & Litwin, M. S. (2004). Describing a Nurse Case Manager Intervention to Empower Low-Income Men with Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), 57-64.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 38-48.
- Missmer, S. A., Smith-Warner, S. A., Spiegelman, D., Yaun, S. S., Adami, H. O., Beeson, W. L., . . . Hunter, D. J. (2002). Meat and dairy food consumption and breast cancer: a pooled analysis of cohort studies. *International Journal of Epidemiology*, 31(1), 78-85.
- Mok Suen, S.-B. (1998). *A model of empowerment for Hong Kong Chinese cancer patients and the role of self-help groups in the empowering process*. (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global database. (UMI No. 9910746).
- Mok, E., & Martinson, I. (2000). Empowerment of Chinese Patients with Cancer Through Self-Help Groups in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 23(3), 206-213.
- Molzahn, A. E. (1990). Research critique: Stress, coping and quality of life in adult kidney transplant recipients. *American Nephrology Nurses Association Journal*, 17, 425.
- _____. (1991). Quality of life associated with transplantation. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1042-1047.
- Nunes, J. A., Raymond, S. J., Nicholas, P. K., Leuner, J. D., & Webster, A. (1995). Social support, quality of life, immune function, and health in persons living with HIV. *J Holist Nurs*, 13(2), 174-198.
- Orem, D. E. (1985). A concept of self-care for the rehabilitation client. *Rehabilitation Nurse*, 10(3), 33-36.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 45-60.
- Padilla, G. V., Presant, C., Grant, M. M., Metter, G., Lipsett, J., & Heide, F. (1983). Quality of life index for patients with cancer. *Res Nurs Health*, 6(3), 117-126.

- Parse, R. R. (1994). Quality of Life: Sciencing and Living the Art of Human Becoming. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 16-21.
- Paterson, B. (2001). Myth of empowerment in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 574-581.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins
- Powers, P. (2003). Empowerment as Treatment and the Role of Health Professionals. *Advances in Nursing Science*, 26(3), 227-237.
- Rafael, ARF. (1995). Advocacy and empowerment: Dichotomous or synchronous concepts? *Advances in Nursing Science*, 18(2), 25-32.
- Rhodes, V. A., Watson, P. M., & Johnson, M. H. (1985). Patterns of nausea and vomiting in chemotherapy patients: a preliminary study. *Oncology Nursing Forum*, 12(3), 42-48.
- Rhodes, V. A., Watson, P. M., & Johnson, M. H. (1986). Association of chemotherapy related nausea and vomiting with pretreatment anxiety. *Oncology Nursing Forum*, 13(1), 41-47.
- Rhodes, V. A., Watson, P. M., & Johnson, M. H. Patterns of nausea and vomiting in antineoplastic postchemotherapy patients. *Applied Nursing Research*, 1(3), 143-144.
- Rodwell, C. M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 305-313.
- Schofield R. (1998). Empowerment Education for Individuals with Serious Mental Illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 36(11), 35-40.
- Schreier, A. M., & Williams, S. A. (2004). Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), 127-130.
- Shanes, J. G., Ghali, J., Billingham, M. E., Ferrans, V. J., Fenoglio, J. J., Edwards, W. D., . . . Furner, S. (1987). Interobserver variability in the pathologic interpretation of endomyocardial biopsy results. *Circulation*, 75(2), 401-405.
- Sonis, S. T., Elting, L. S., Keefe, D., Peterson, D. E., Schubert, M., Hauer-Jensen, M., . . . Rubenstein, E. B. (2004). Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. *Cancer*, 100(9 Suppl), 1995-2025.

Suzanne, S. (2004). Chemotherapy – Induced Vomiting in woman Treated for Breast Cancer.

Oncology Nursing Forum, 31(1), 41.

Testa, M. A., & Simonson, D.C. (1996). Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *New England*

Journal of Medicine, 334(13), 835-840.

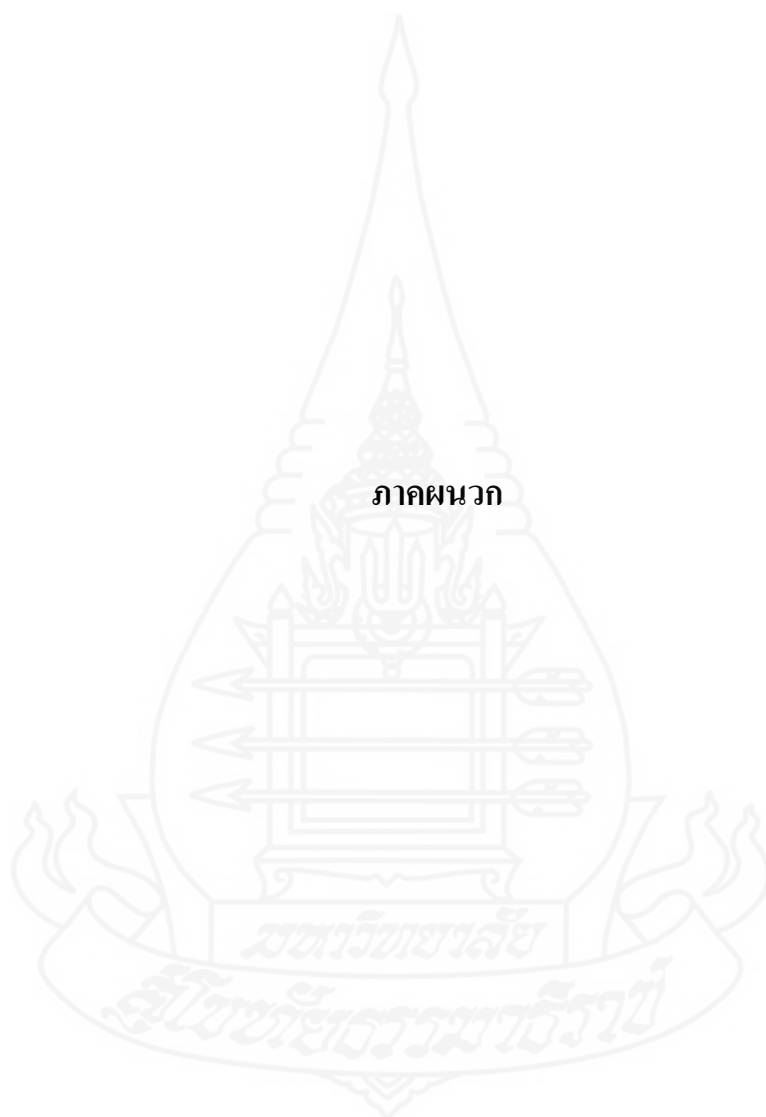
Yellen SB, Cella DF, Webster KA, Blendowski C, & Kaplan E. (1997). Measuring fatigue and

other anemia-related symptoms with the Functional Assessment of Cancer Therapy

(FACT) measurement system. *J Pain Symptom Manage*, 13, 63–74.



ภาคผนวก



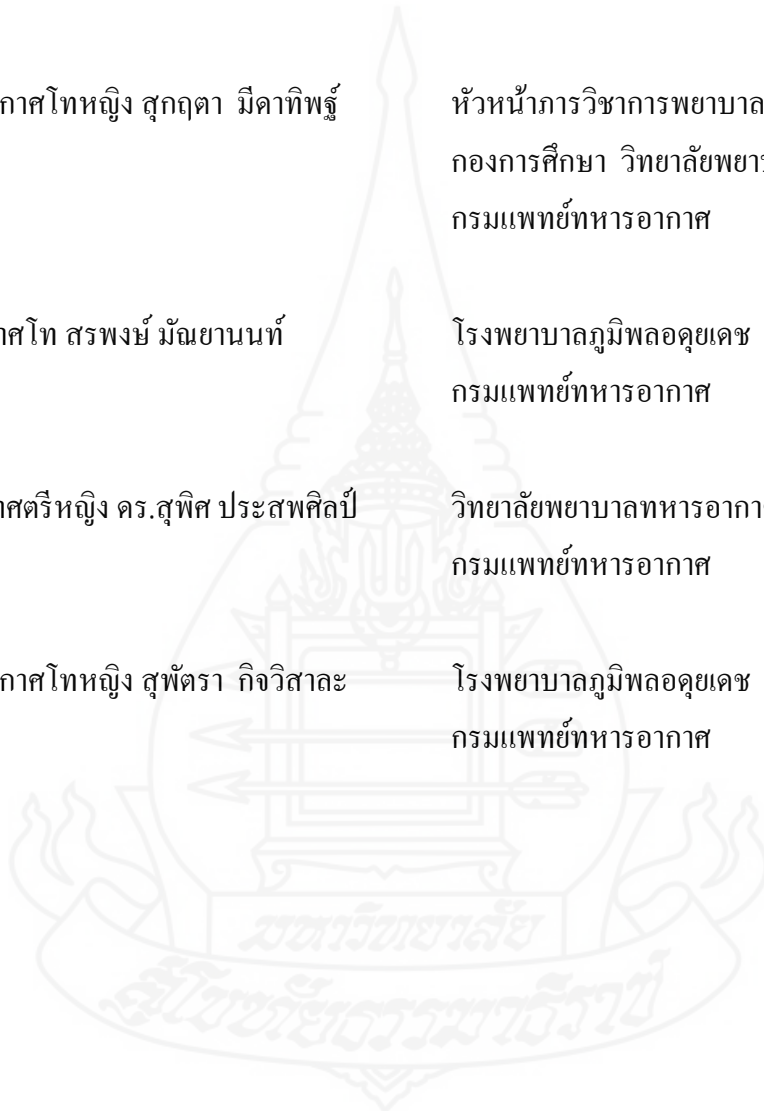
ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. นาวาอากาศโทหญิงวัลภา อังคารา | หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลจิตเวช
กองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
กรมแพทย์ทหารอากาศ |
| 2. นาวาอากาศโทหญิง สุกฤตา มีดาทิพัทธ์ | หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลการพยาบาลผู้ใหญ่
กองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
กรมแพทย์ทหารอากาศ |
| 3. เรืออากาศโท สรพงษ์ มั่นยานนท์ | โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทย์ทหารอากาศ |
| 4. พลอากาศตรีหญิง ดร.สุพิศ ประสพศิลป์ | วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
กรมแพทย์ทหารอากาศ |
| 5. นาวาอากาศโทหญิง สุพัตรา กิจวิสาละ | โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทย์ทหารอากาศ |





ที่ ศธ 0522.26/ว 1337

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

30 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ พอ.

ด้วย นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี
บำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่
ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่านาวาอากาศโทหญิง วัลลภา อันตารา
บุคลากรในสังกัดหน่วยงานท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี
จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ITKPM ธี ทอวธำชอด
(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ 089-4451141

สำเนาเรียน นาวาอากาศโทหญิง วัลลภา อันตารา



ที่ ศธ 0522.26/ว 1337

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

30 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน นาวาอากาศโทหญิง วัลลภา อังคารา

ด้วย นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี
บำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่าง
การดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และ
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษา ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

นางกฤษี ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ 089-4451141



ที่ ศธ 0522.26/ว 1337

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

30 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน นาวาอากาศโทหญิง สุกฤตา มีตาทิพัธุ์

ด้วย นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี
บำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติตวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่าง
การดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และ
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณุก์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณุก์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ 089-4451141



ที่ ศธ 0522.26/ว 1337

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

30 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ด้วย นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์พิจารณาแล้วเห็นว่าเรืออากาศโท สรพงษ์ มัณยานนท์ บุคลากรในสังกัดหน่วยงานท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ 089-4451141

สำเนาเรียน เรืออากาศโท สรพงษ์ มัณยานนท์



ที่ ศธ 0522.26/ว 1๖3๖

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

30 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน เรืออากาศโท สรพงษ์ มัณยานนท์

ด้วย นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ 089-4451141



ที่ ศบ 0522.26/ว 1337

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

30 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

ด้วย นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี
บำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่าง
การดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าพลอากาศตรีหญิง ดร. สุพิศ ประสพศิลป์
บุคลากรในสังกัดหน่วยงานท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี
จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ 089-4451141

สำเนาเรียน พลอากาศตรีหญิง ดร. สุพิศ ประสพศิลป์



ที่ ศธ 0522.26/ว 1337

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

30 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน พลอากาศตรีหญิง ดร. สุพิศ ประสพศิลป์

ด้วย นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี
บำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่าง
การดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในกรณีนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และ
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ 089-4451141



ที่ ศธ 0522.26/ว 1337

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

30 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ด้วย นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี
บำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติติวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่
ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่านาวาอากาศโทหญิง สุพัตรา กิจวิสาละ
บุคลากรในสังกัดหน่วยงานท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี
จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณุกา โทงคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณุกา โทงคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ 089-4451141

สำเนาเรียน นาวาอากาศโทหญิง สุพัตรา กิจวิสาละ



ที่ ศธ 0522.26/ว 1337

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

30 ตุลาคม 2557

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน นาวาอากาศโทหญิง สุพัตรา กิจวิสาละ

ด้วย นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้
ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สกิตวิทยานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ
อยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ
และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรณูการ์ ทองคำรอด

(อาจารย์ ดร. เรณูการ์ ทองคำรอด)

รองประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

รักษาราชการแทน ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ 0-2504-8096

โทรสาร 0-2503-2620

โทรศัพท์ นาวาอากาศตรีหญิง วัชรวัฒน์ เจริญ

ภาคผนวก ข
แบบสอบถาม



คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วยและการพหุศาสตร์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย

ดิฉัน นาวาอากาศโทหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโทมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

การเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ ดิฉันขอให้ท่านทำแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของท่านขณะได้รับเคมีบำบัด ซึ่งใช้เวลาตอบประมาณ 30 นาทีและตอบแบบสอบถามเดิมอีกครั้งหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต่อไป หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวข้องกับการทำวิจัยในครั้งนี้ ดิฉันยินดีตอบให้ท่านเข้าใจและไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านก็ยังได้รับการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตามปกติ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วท่านยังมีสิทธิที่จะขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาหรือบริการที่ท่านจะได้รับแต่อย่างใด

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัว/สังคม ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้ผลการวิจัยเกิดประโยชน์สูงสุด ขอให้ท่านตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริงมากที่สุด แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ขอขอบพระคุณทุกท่านให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

นาวาอากาศโทหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ

นักศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาบริหารการพยาบาล

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต 4 ด้าน

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านทำความเข้าใจข้อคำถามแต่ละข้อแล้วเลือกเติมเครื่องหมาย / ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุดเพียงความคิดเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มีมาก	หมายถึง	ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นค่อนข้างมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ท่านมีความเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมคำลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. ปัจจุบันท่านอายุ ปีเดือน

2. สถานภาพสมรส

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> โสด | <input type="checkbox"/> หม้าย |
| <input type="checkbox"/> คู่ | <input type="checkbox"/> หย่า/แยก |

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา | <input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ หรือเทียบเท่า |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> ปริญญาโท |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาเอก | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ |

4. อาชีพ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> รับราชการ | <input type="checkbox"/> รับจ้าง |
| <input type="checkbox"/> พนักงานวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ |
| <input type="checkbox"/> ค้าขาย | <input type="checkbox"/> แม่บ้าน |
| <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม | <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ..... |

5. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5,000 บาท | <input type="checkbox"/> 20,001 - 30,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 5,000 - 10,000 บาท | <input type="checkbox"/> 30,001 - 40,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 10,001 - 20,000 บาท | <input type="checkbox"/> มากกว่า 40,001 บาท |

6. สิทธิเกี่ยวกับการเบิกค่ารักษาพยาบาล

- ชำระเงินเอง (สิทธิเงินสด)
- เบิกกรมบัญชีกลาง
- ประกันสังคม
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)
- อื่นๆ.....

7. ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเมื่อมีการเจ็บป่วย

- ไม่มี
- มีบ้างเล็กน้อย ระบุ.....
- มีปานกลาง ระบุ.....
- มีมาก ระบุ.....

7.1 ถ้าท่านมีปัญหากับค่าใช้จ่าย ท่านแก้ไขอย่างไร.....

8. ลักษณะของครอบครัว

- ครอบครัวเดี่ยว (ประกอบด้วย ตัวท่าน คู่สมรสและบุตร)
- ครอบครัวขยาย (ประกอบด้วยตัวท่าน สมรส บุตรและบุคคลอื่นๆ ที่เป็นญาติและอยู่ร่วมกัน)
- โสด (อยู่คนเดียว)

9. โรคประจำตัว

- มี โปรดระบุ.....
- ไม่มี

10. ท่านเป็นมะเร็งเต้านมระยะใด

- 10.1 ระยะที่ 1.
- ระยะที่ 2.

10.2 ตามแผนการรักษา ท่านต้องได้รับยาเคมีบำบัด.....ครั้ง ครั้งนี้คือครั้งที่.....

10.3 ท่านเคยได้ยาไม่ตรงกำหนดหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย เพราะ.....

10.4 ประวัติการได้รับการรักษาอื่น ๆ ร่วมกับการได้ยาเคมีบำบัด

- การผ่าตัด รังสีรักษา
- ฮอรัโมนบำบัด อื่นๆระบุ.....

ข้อความ	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มีมาก	หมายเหตุ
ความผาสุกด้านร่างกาย						
1. ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง						
2. ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้/อาเจียน						
3. เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ในขณะนี้ทำให้ข้าพเจ้ามีปัญหาในการดูแลรับภาระต่างๆในครอบครัว						
4. ข้าพเจ้ามีอาการปวด						
5. ข้าพเจ้ารำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา						
6. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย ใดแก่ (ระบุ).....						
7.ข้าพเจ้าต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนพักอยู่บนเตียง (ข้าพเจ้าต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ อยู่บนเตียงมากกว่า 50% ในช่วง 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา)						
ความผาสุกด้านสังคม / ครอบครัว						
8. ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ						
9. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจากครอบครัว						
10.ข้าพเจ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ						
ความผาสุกด้านสังคม / ครอบครัว(ต่อ)						
11. คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า						
12. ข้าพเจ้าพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว เช่น การพูดคุย การแสดงความเห็นอกเห็นใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า						
13. ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง (หรือคนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ) คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับเรื่องชีวิตทางเพศ (ไม่ว่าท่านจะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ก็ตาม) กรุณาทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ลงในช่อง <input type="checkbox"/> ตามความประสงค์ของท่านเพียงหนึ่งคำตอบเท่านั้น <input type="checkbox"/> ยินดีตอบคำถาม กรุณาทำข้อ 14 <input type="checkbox"/> ไม่ยินดีตอบคำถาม กรุณาข้ามไปทำข้อต่อไป						

ข้อความ	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มีมาก	หมายเหตุ
14. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครอง (ไม่ว่าขณะนี้จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ก็ตาม)						
ความผาสุกด้านอารมณ์ / จิตใจ						
15. ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้า						
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจกับวิธีที่ข้าพเจ้าปรับตัวกับการเจ็บป่วยของตนเอง						
17. ข้าพเจ้ารู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วยครั้งนี้						
18. ข้าพเจ้ารู้สึกกระวนกระวายใจ						
19. ข้าพเจ้ากังวลเกี่ยวกับความตาย						
20. ข้าพเจ้ากังวลว่าอาการจะแย่ลง						
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม						
21. ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน)						
22. ข้าพเจ้าพอใจในผลสำเร็จของงาน (รวมถึงงานบ้าน)						
23. ข้าพเจ้ายังคงมีชีวิตที่สนุกสนานได้						
24. ข้าพเจ้ายอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้						
25. ข้าพเจ้านอนหลับสนิท						
26. ข้าพเจ้ายังสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสำราญ						
27. ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนี้						

ภาคผนวก ก

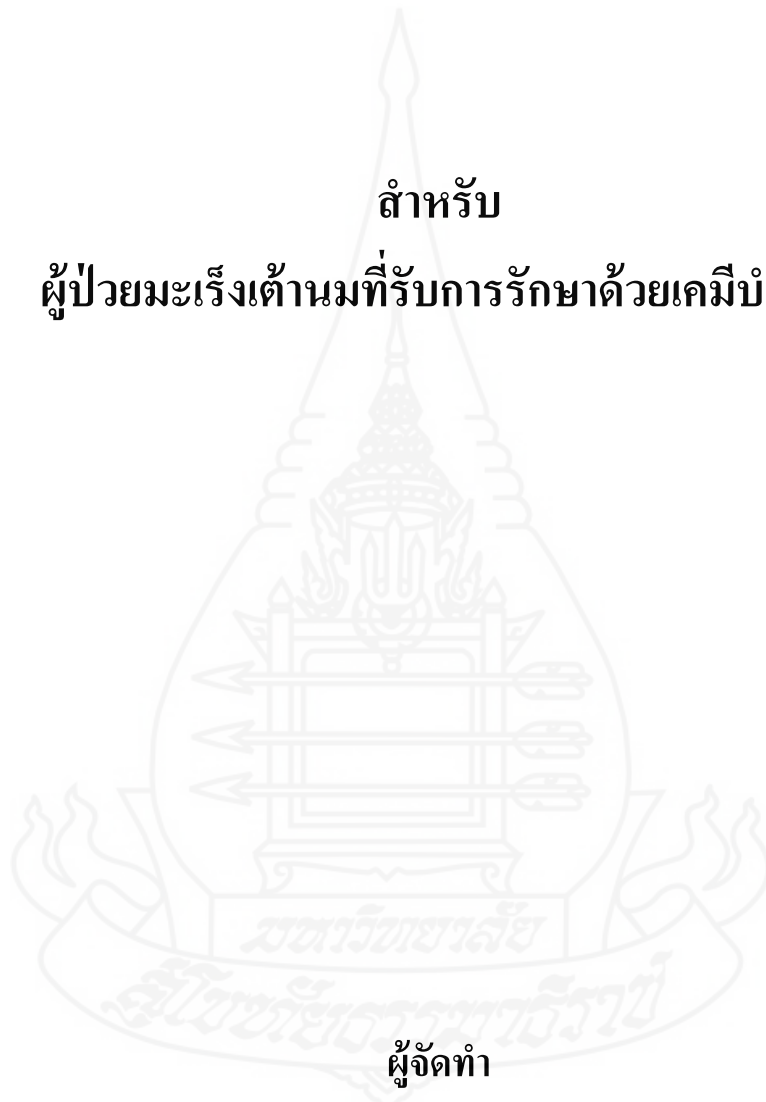
คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด



การปฏิบัติตัว

สำหรับ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด



ผู้จัดทำ

นาวาอากาศโท หญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ

นิสิตปริญญาโท แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

คำนำ

มะเร็งเต้านมจัดเป็น โรคร้ายแรง เนื่องจากระยะเวลาการดำเนินโรคค่อนข้างจะยาวนาน และการรักษาต้องกระทำติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน การรักษาโดยการใช้เคมีบำบัดมีบทบาทสำคัญ ยาเคมีจะเข้าไปในกระแสเลือด และถูกสูบฉีดไปทั่วร่างกายเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง แต่ในขณะเดียวกัน ยาเคมีก็ทำลายเซลล์ปกติบางส่วนไปด้วย ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ฉะนั้นผู้ป่วยจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะต้องรู้จักการปฏิบัติตัว ดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อบรรเทาความรุนแรงของโรครวมทั้งผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด ดังนั้นจึงพอสรุปการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดไว้ดังนี้



ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมคืออะไร ?

มะเร็งเต้านม คือ เซลล์ที่แบ่งตัวอย่างผิดปกติ ภายในเต้านม โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ลูกกลมไปทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียง โดยแพร่กระจายไปตามหลอดเลือด และทางเดินน้ำเหลืองไปยังอวัยวะต่างๆของร่างกาย

มะเร็งเต้านม พบมากในสตรีไทยเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก

อะไรคือสาเหตุของมะเร็งเต้านม ?

1. สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่นอน
2. สาเหตุส่งเสริมได้แก่
 - 1) การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง
 - 2) การได้รับสัมผัสกับรังสี หรือการได้รับฮอร์โมนบางชนิด
 - 3) มักพบในหญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และพบมากในหญิงที่ไม่มีบุตร หรือหญิงที่ตั้งครรภ์แรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี และในหญิงที่มีประวัติญาติพี่น้องเคยเป็นมะเร็งเต้านม

เมื่อเป็นมะเร็งเต้านมแล้วจะมีอาการเป็นอย่างไร

1. เริ่มด้วยการมีก้อนเนื้อเล็กๆ ขึ้นที่เต้านมก่อน ส่วนมากจะไม่มีอาการเจ็บปวด
2. ก้อนจะโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้เต้านมมีรูปลักษณะผิดไป อาจทำให้เต้านมใหญ่ขึ้น หรือบางชนิดทำให้เต้านมแข็ง หดตัวเล็ก หรือแบนลงได้
3. ก้อนของมะเร็งอาจจะดึงรั้งให้หัวนมบุ๋มเข้าไปจากระดับเดิม หรือทำให้ผิวหนังบริเวณเต้านมบวมแดง ขรุขระ หรือมีลักษณะหยาบ ในบางรายเมื่อบีบบริเวณหัวนมจะมีน้ำเหลือง หรือน้ำเลือดไหลซึมออกมา
4. มะเร็งจะลูกกลมแพร่กระจาย จากตำแหน่งที่เกิด โรคได้อย่างรวดเร็วไปตามหลอดเลือด และน้ำเหลืองสู่อวัยวะอื่นๆ บริเวณที่พบการแพร่กระจายได้เร็วและบ่อยที่สุด ได้แก่ บริเวณต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้
5. ในระยะหลัง เนื้อมะเร็งบางส่วนจะเน่าตาย ทำให้เกิดเป็นแผลขยายกว้างออกไป และมีกลิ่นเหม็น

มะเร็งเต้านมรักษาได้อย่างไร

1. การผ่าตัด
2. เคมีบำบัด
3. การฉายรังสี
4. ฮอว์โมนบำบัด
5. ใช้หลายวิธีร่วมกัน ขึ้นอยู่กับระยะของโรค

การรักษา มะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัด

เคมีบำบัดคืออะไร ?

เคมีบำบัด คือ การบำบัดรักษาโรคด้วยยาเคมี

เคมีบำบัดมีวิธีการรักษาอย่างไร

1. โดยการรับประทานยาทางปาก
2. โดยการฉีดยา ซึ่งแบ่งเป็น 2 วิธี
 - 2.1 การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ
 - 2.2 การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ซึ่งฉีดได้ 2 วิธี คือ ฉีดเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง หรือผสมกับน้ำเกลือแล้วค่อยๆ หยดเข้าหลอดเลือดดำ

เคมีบำบัดทำลายเซลล์มะเร็งได้อย่างไร ?

เคมีบำบัดเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้ว ยาจะผ่านเข้าสู่กระแสเลือดและกระจายไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เซลล์ต่างๆ ในร่างกายที่มีการแบ่งตัว เช่น เซลล์มะเร็งก็จะถูกหรือเกือบเอาอันนี้เอาไว้ และยาจะออกฤทธิ์ขัดขวางการเจริญเติบโต และการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง มีผลทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการแบ่งตัวในที่สุดเซลล์มะเร็งก็จะถูกทำลายไป ส่วนอัตราความเร็วในการทำลายเซลล์มะเร็งจะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับ ชนิดของเซลล์มะเร็ง และชนิดของยา

การรักษาด้วยเคมีบำบัดจะใช้เวลานานเท่าใด

ระยะเวลาของการรักษาด้วยเคมีบำบัด ขึ้นอยู่กับ การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจและกำหนดเวลา และเลือกยาที่ได้ผลดีที่สุดต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่แล้วมักจะ

ให้ยาเป็นแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ทุก 3 สัปดาห์ เพื่อให้ร่างกายมีเวลาพัก และให้ร่างกายสามารถซ่อมแซมเซลล์ให้แข็งแรงพอที่จะรับยาชุดต่อไปได้

การดูแลตนเองระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ผู้ป่วยควรได้ดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. **อาหารและน้ำ** ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อาหารหลักสำหรับร่างกาย คือ อาหารหลัก 5 หมู่ ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ และวิตามิน เพราะจะทำให้ร่างกายแข็งแรง มีความทนทานต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ ซ่อมแซมเซลล์ให้เป็นปกติ เสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันต้านโรค ทำให้รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ฟื้นตัวจากการรักษาเร็วขึ้น ช่วยลดปัญหา น้ำหนัก ลดจากยาเคมีบำบัดได้

การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้

- 1) รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ได้แก่ เนื้อสัตว์ ถั่ว ไข่ นม ข้าว ผักและผลไม้
- 2) รับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง
- 3) ดื่มน้ำไม่น้อยกว่าวันละ 8-10 แก้ว มากกว่า 3,000 ซีซี

2. **อากาศ** เนื่องจากยาเคมีมีผลต่อไขกระดูก ทำให้ระดับเม็ดเลือดขาวต่ำ เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย จึงควรอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อให้ร่างกายได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ

3. การขับถ่ายของเสีย

1) ดื่มน้ำมากๆ ไม่น้อยกว่า 8-10 แก้ว เพื่อป้องกันการรวมตัวหรือการตกผลึกของกรดยูริก ที่เป็นสาเหตุของการเกิดนิ่วในท่อไต กระเพาะปัสสาวะ และอาจเกิดภาวะไตวายจากการอุดตันของผลึกยูริกได้ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้ดื่มน้ำเพียงพอ

2) ควรรับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารมากๆ ได้แก่ ผัก ผลไม้ เพื่อให้การขับถ่ายอุจจาระเป็นไปตามปกติ

4. **การนอนหลับ** ในระหว่างที่รับเคมีบำบัด รูปแบบการนอนหลับ ผู้ป่วยอาจเหนื่อยง่ายกว่าปกติ แต่กลับนอนหลับยาก หรือหลับได้แต่จำเป็นต้องนอนหลับให้เพียงพอ เพื่อช่วยเร่งการฟื้นตัวของร่างกาย การปฏิบัติเพื่อช่วยให้นอนหลับได้ง่าย คือ

- 1) ทำจิตใจให้สบาย
- 2) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ
- 3) ป้องกันเสียงรบกวนต่างๆ เช่น เสียงโทรทัศน์
- 4) รับประทานยานอนหลับตามคำสั่งแพทย์

5. การออกกำลังกาย ช่วยให้รู้สึกสดชื่น อารมณ์ดี และลดความเครียด นอกจากนี้ยังช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันทานโรคให้ทำงานดีขึ้น การออกกำลังกายปฏิบัติดังนี้

- 1) เดิน แล้วย่อยๆ เพิ่มเป็นวิ่งเหยาะๆ
- 2) ถีบจักรยาน

6. การผ่อนคลาย จะช่วยให้จิตใจได้มีโอกาสพักฟื้นจากภาวะเครียด การตัดสินใจ และการควบคุมตัวเองจะดีขึ้น และช่วยลดอาการข้างเคียงของยาได้ การผ่อนคลายสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น

- 1) ฟังดนตรีเบาๆ หรือเสียงต่างๆ ในธรรมชาติ เช่น เสียงนก
- 2) นั่งสมาธิ หรือเดินจงกรม

7. การทำตัวให้สนุกสนาน การรักษาด้วยเคมีบำบัดไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะต้องลืมความสนุกสนานต่างๆ ในชีวิต ยังสามารถสนุกกับเรื่องตลก โกลัซิดสนิทสนมกับเพื่อน และสมาชิกในครอบครัว มีเพศสัมพันธ์ มีความสุขกับการทำงาน และงานอดิเรก ดูโทรทัศน์หรือเลี้ยงสัตว์ได้ตามปกติ การมีอารมณ์ดีจะช่วยปลดปล่อยปัญหาภายในจิตใจได้ และยังมีผลดีต่อสุขภาพของเราด้วย

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทา

อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด

อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดเป็นอาการที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวและจะค่อยๆ หายไปเมื่อการรักษา อาการข้างเคียงที่สำคัญและพบบ่อย ได้แก่

คลื่นไส้ อาเจียน ควรปฏิบัติดังนี้

1. ทำให้จิตใจสบาย ผ่อนคลาย
2. รับประทานอาหารอ่อน ในตอนเช้าของวันที่จะให้ยาเคมีบำบัด
3. รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ไม่เร่งรีบ และไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารตามเวลา

4. หลังรับประทานอาหารควรนั่งพักหรือนอนศีรษะสูงประมาณ 2 ชั่วโมง

5. ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรรับประทานอาหารประเภทเหลวใส เช่น น้ำส้ม น้ำจิง โดยการจิบทีละน้อยๆ แต่บ่อยๆ

6. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรง หรือมันมากๆ หลีกเลี่ยงอาหาร กินเล่นที่กระตุ้นอาการ อาเจียน

7. หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำพร้อมกับการรับประทานอาหาร
8. ถ้าอาเจียนควรบ้วนปากด้วยน้ำอุ่นๆ
9. รับประทานอาหารยาแก้อาเจียนตามแผนการรักษาของแพทย์
10. ถ้าอาเจียนบ่อยๆ เป็นเวลานานเกิน 8 ชั่วโมง ควรปรึกษาแพทย์

เบื่ออาหาร ควรปฏิบัติดังนี้

1. รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง รับประทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด
2. มีขนม น้ำหวาน น้ำผลไม้ และของว่างอื่นๆ วางไว้ใกล้ตัวพอที่จะหยิบรับประทานได้
3. ส่งเสริมบรรยากาศในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารกับบุคคลที่เป็นที่รัก หรือสถานที่ที่สวองาม
4. ถ้าอาการเบื่ออาหารไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์

เจ็บปวดหรือมีแผลที่เยื่อช่องปาก ควรปฏิบัติดังนี้

1. ใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
2. บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำอุ่นทุก 2-3 ชั่วโมง และหลังการรับประทานอาหารทุกครั้ง
3. รับประทานอาหารอ่อน เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม วน เป็นต้น
4. หลีกเลี่ยงอาหารร้อนหรือเย็นจัด รสจัดทุกชนิด
5. ดื่มน้ำสุรา และสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด
6. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากทุกวัน เพื่อตรวจสอบการติดเชื้อและดูการเปลี่ยนแปลงในช่องปาก
7. ถ้าเจ็บปวดบาดแผลในปากมาก ควรแจ้งแพทย์ทราบ

ท้องผูก ควรปฏิบัติดังนี้

1. ทำจิตใจให้สบาย ไม่วิตกกังวล
2. รับประทานอาหารที่มีกากใยมากๆ เช่น ผัก และผลไม้สด
3. ดื่มน้ำมากๆ วันละ 2-3 ลิตร ดื่มน้ำผลไม้เพิ่ม
4. ออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวร่างกายตามความสามารถที่จะทำได้
5. ถ้าไม่ถ่ายอุจจาระจากวันที่ถ่ายตามปกติ ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล

ท้องเสีย ควรปฏิบัติดังนี้

1. ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร
2. รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย สุก สะอาด มีกากใยน้อย เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม
3. ไม่รับประทานอาหารรสจัด อาหารหมักดอง หรืออาหารที่ทำให้เกิดลมในท้องมาก เช่น น้ำอัดลม ถั่ว กะหล่ำปลี
4. หลีกเลี่ยงการดื่มนมสด หรือผลิตภัณฑ์จากนม
5. ถ้ามีอาการรุนแรง ควรปรึกษาแพทย์

ภาวะซีด ควรปฏิบัติดังนี้

1. สังเกตสีผิว เล็บ ริมฝีปาก เหงือก และเปลือกตาล่าง เพื่อค้นหาภาวะซีด
2. รับประทานอาหารที่เสริมสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น ตับ เนื้อสัตว์ ไข่
3. พักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน ควรนอนหลับวันละ 8-10 ชั่วโมง
4. ลดกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการวิงเวียน
5. ควรปรึกษาแพทย์เมื่อมีการผิดปกติ เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ มึนงง เหนื่อยง่าย ใจเต้น หายใจหอบถี่ เป็นต้น

ป้องกันการติดเชื้อ ควรปฏิบัติดังนี้

1. อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด
2. ดูแลและความสะอาดของร่างกายเสมอ
3. ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร
4. หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์
5. ไม่อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ เช่น ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค
6. ระมัดระวังการเกิดบาดแผล ต่อผิวหนังและอวัยวะต่างๆ
7. สังเกตอาการที่แสดงถึงการติดเชื้อ ได้แก่
 - 1) มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีเสมหะ
 - 2) มีอาการปวด บวม แดง เป็นหนองที่ผิวหนังหรืออวัยวะต่างๆ
 - 3) ปัสสาวะแสบขัดหรือถ่ายกะปริดกะปรอย
 - 4) ถ่ายอุจจาระเหลวเกิน 2 วัน

ถ้ามีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังกล่าว ควรรีบปรึกษาแพทย์

ป้องกันภาวะเลือดออกง่าย ควรปฏิบัติดังนี้

1. ใช้แปรงขนอ่อนนุ่มหรือไม้ฟันสำลี ทำความสะอาดปากหรือฟัน
2. ไม่แกะจมูกหรือตังน้ำมูกแรงๆ
3. หลีกเลี่ยงการถูกระทืบกระแทก หรือของมีคม
4. ถ้ามีบาดแผล ควรกดบาดแผลนาน 5 นาที หรือจนกว่าเลือดหยุด
5. ไม่ใช้ยาแอสไพริน
6. สังเกตภาวะเลือดออกง่าย เช่น มีจ้ำเลือด ถ่ายเป็นเลือด เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน มีประจำเดือนมาผิดปกติ ถ้ามีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งควรรีบพบแพทย์

ผมร่วง ควรปฏิบัติดังนี้

1. ใ้ผมปลอม ใส่หมวก หรือผ้าคลุม
2. ขอมรับว่าผมจะขึ้นใหม่เหมือนเดิมเมื่อหยุดเคมีบำบัด

ผลต่อกล้ามเนื้อและระบบประสาท

1. ผลต่อระบบกล้ามเนื้อ อาจมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ควรออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดิน
2. ผลต่อระบบประสาท อาจมีอาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า ควรหลีกเลี่ยงการหยิบจับของที่ร้อน และรีบพบแพทย์

ผลต่อผิวหนัง

เคมีบำบัดบางชนิดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อผิวหนังและเล็บ คือ ผิวหนังและเล็บมีสีคล้ำกว่าปกติ มีผื่นคัน เกิดรอยตามแนวเส้นเลือด ซึ่งจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น ควรปฏิบัติดังนี้

1. รักษาความสะอาดของผิวหนัง
2. ไม่เกาหรือถูผิวหนังแรงๆ
3. ทาผิวหนังด้วยครีมโลชั่นอ่อนๆ
4. หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด โดยการสวมหมวก ใส่เสื้อแขนยาว กางร่ม

ผลต่ออวัยวะสืบพันธุ์

อาจมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หน้าแดง ร้อนวูบวาบ เป็นหมันชั่วคราวหรือถาวร อาการเหล่านี้ไม่ได้พบในผู้หญิงทุกคน สำหรับผู้หญิงวัยสืบพันธุ์ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อหาวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสม

ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ควรปฏิบัติดังนี้

1. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว
2. สังเกตสี และลักษณะปัสสาวะ ถ้าผิดปกติ เช่น มีสีน้ำตาลเข้ม ปัสสาวะแสบขัด
กะปริดกะปรอยให้รีบปรึกษาแพทย์
3. ไม่กลั้นปัสสาวะ

ผลต่ออารมณ์

อาจมีอาการแปรปรวน หงุดหงิดง่าย ควรปฏิบัติดังนี้

1. หางานอดิเรกทำ เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ รดน้ำต้นไม้ ฯลฯ
2. ไม่สบายใจ ควรพูดคุยกับผู้ที่ไว้ใจได้ฟัง
3. ทำสมาธิ เพื่อให้จิตใจสงบ
4. ยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง

การรับรู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล

1. สังเกตอาการผิดปกติบริเวณเต้านม
2. ถ้าคลำพบก้อนแม้เพียงเล็กน้อยก็ตาม ควรรีบไปพบแพทย์โดยเร็ว
3. มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

อาการผิดปกติหลังใช้ยาเคมีที่ควรปรึกษาแพทย์

1. เป็นแผล หรือแผ่นฝ้าในปาก หรือในลำคอ
2. มีไข้สูง หนาวสั่น
3. มีผื่นตามตัว
4. ท้องผูก หรือท้องเสียอย่างรุนแรง
5. น้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้นทันทีทันใด
6. มีจุดเลือดตามตัว หรือเลือดออกไม่หยุด
7. ปวดศีรษะ ตาพร่า มือเท้าอ่อนแรง
8. หายใจลำบาก
9. คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง
10. ปวดแสบปวดร้อน บวมแดง บริเวณที่ใช้ยาเคมีบำบัด

ตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้งเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก

ช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการตรวจ คือ 7 วัน นับจากเริ่มมีประจำเดือน ส่วนสตรีวัยหมดประจำเดือนให้กำหนดวันที่ง่ายแล้วตรวจในวันเดียวกันทุกเดือน

สิ่งผิดปกติที่ต้องรีบปรึกษาแพทย์

1. พบก้อน หรือเนื้อที่แข็งเป็นไตผิดปกติ
2. มีน้ำเหลือง หรือเลือดไหลออกจากหัวนม
3. ผิวหนัง บริเวณเต้านมมีรอยบุ๋ม
4. หัวนมถูกดึงรั้งจนผิดปกติ
5. เต้านมทั้งสองข้างไม่อยู่ในระดับเดียวกัน
6. ขนาดและรูปร่างของเต้านมต่างกันอย่างผิดปกติ



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นาวาอากาศโทหญิง วัชรวัฒน์ เจริญโชคกิตติ
วัน เดือน ปีเกิด	4 มีนาคม 2511
สถานที่เกิด	อำเภอ เมือง จังหวัด นครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	ปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ 2532
สถานที่ทำงาน	ศูนย์ปฏิบัติการแพทย์ทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ เขตบางเขน จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ตำแหน่ง	หัวหน้าแผนกลำเลียงสายแพทย์ กองสนับสนุน ศูนย์ปฏิบัติการแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารอากาศ

