ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด

นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2547
ISBN 974-17-5945-2
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT WITH AROMATHERAPY MASSAGE PROGRAM ON FATIGUE IN BREAST CANCER PATIENTS AFTER MASTECTOMY UNDERGOING CHEMOTHERAPY

Miss Saimai Tumwijit

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2004

ISBN 974-17-5945-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด
โดย	นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ฦาชา)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สายใหม ตุ้มวิจิตร : ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด. (THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT WITH AROMATHERAPY MASSAGE PROGRAM ON FATIGUE IN BREAST CANCER PATIENTS AFTER MASTECTOMY UNDERGOING CHEMOTHERAPY). อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ 153 หน้า. ISBN 974-17-5945-2.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาตัวที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 40 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 รายแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองอีก 20 รายโดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ โดยแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปีและการได้รับเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยและการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) และแนวคิดเกี่ยวกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ1)การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ 3) การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย และ4) การประเมินผล โดยมีแผนการสอนและคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นสื่อที่ใช้ในโปรแกรม โปรแกรมและสื่อผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินความเหนื่อยล้า วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\overline{X}_{\text{ก่อนการทดลอง}} = 115.30$; $\overline{X}_{\text{หลังการทดลอง}} = 45.95$; $t-test = 12.87$)

2. คะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\overline{X}_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 45.95$; $\overline{X}_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 125.10$; t-test = 8.88)

สาขาวิชา……พยาบาลศาสตร์…….. ลายมือชื่อนิสิต ……

ปีการศึกษา……...2547…… ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา……

4577612436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: SYMPTOM MANAGEMENT WITH AROMATHERAPY MASSAGE PROGRAM/ FATIGUE / BREAST CANCER PATIENTS AFTER MASTECTOMY UNDERGOING CHEMOTHERAPY

SAIMAI TUMWIJIT : THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT WITH AROMATHERAPY MASSAGE PROGRAM ON FATIGUE IN BREAST CANCER PATIENTS AFTER MASTECTOMY UNDERGOING CHEMOTHERAPY. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 153 pp. ISBN: 947-17-5945-2.

This quasi-experimental research aimed to test the effect of the Symptom Management with Aromatherapy Massage Program on fatigue in breast cancer patients after mastectomy undergoing chemotherapy. Study samples were 40 out patients after mastectomy undergoing chemotherapy who were treated at The National Cancer Institute. The subjects were divided into a control group and an experimental group. The groups were matched in terms of age and chemotherapy regimen. A control group received routine nursing care, while an experimental group received the Symptom Management with Aromatherapy Massage Program together with routine nursing care. The program, based on the Symptom Management Model (Dodd et al., 2001) and Complementary concepts in , was comprised of four sessions: a) symptom experience assessment, b) knowledge providing, c) Aromatherapy Massage, d) fatigue management evaluation phase. The instrument for collecting data was the Fatigue Questionnaire and was tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient was .96. Data were analyzed using descriptive statistics, and t-test.

The major findings were that the posttest mean score on fatigue of an experimental group was significantly lower than that of the pretest ($\overline{X}_{pretest} = 115.30$; $\overline{X}_{posttest} = 45.95$; $t - test = 12.87$; $p < .05$), and the posttest mean score of fatigue of an experimental group was significantly lower than that of a control group ($\overline{X}_{experiment} = 45.95$; $\overline{X}_{control} = 125.10$; $t\text{-test} = 8.88$; $p < .05$).

Field of study …. Nursing Science….. Student's signature……

Academic……2004……. Advisor's signature……

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและคำปรึกษา รวมทั้งชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขปัญหาและข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเมตตาห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ฦาชา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ด้วยความรัก ความห่วงใย และเอาใจใส่เป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาของการศึกษา รวมทั้งขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งชลบุรีที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ และกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล แพทย์หัวหน้าหน่วยเคมีบำบัดและแพทย์ประจำหน่วยเคมีบำบัดทุกท่าน ขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำการ และเจ้าหน้าที่หน่วยเคมีบำบัดแผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี รวมทั้งที่จะขาดเสียมิได้คือขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่ออัมพร และ คุณแม่ทองปลิว ตุ้มวิจิตร บิดามารดาอันเป็นที่รักยิ่ง ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน และให้การสนับสนุนในทุกด้านของการศึกษาแก่ผู้วิจัย ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเสมอมาจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้อีกครั้ง รวมทั้งขอขอบคุณ คุณปรัศนีย์ บุญสิน เพื่อนๆพยาบาลศิริราช เพื่อนๆ พี่ๆ ร่วมรุ่นคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านสำหรับความช่วยเหลือ และกำลังใจที่ได้รับอย่างดีเสมอมาตลอดจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่มิได้เอ่ยนามไว้ในที่นี้ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญแผนภูมิ..... ญ

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 7

แนวเหตุผลและสมมติฐาน..... 7

ขอบเขตการวิจัย..... 11

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 11

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย..... 14

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคมะเร็งเต้านมและการรักษา..... 15

แนวคิดของความเหนื่อยล้า..... 19

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม..... 34

แบบจำลองการจัดการกับอาการ..... 38

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย 46

- การให้ความรู้..... 46

- การดูแลแบบผสมผสานหรือการแพทย์แบบผสมผสาน..... 47

- การนวด..... 49

- สุวคนธบำบัด..... 54

- การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย..... 59

- เนื้อหาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย 62

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 66

หน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 68
การดำเนินการทดลอง..... 73
การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 78
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 80
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 81
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ
สรุปผลการวิจัย..... 95
อภิปรายผลการวิจัย..... 95
ข้อเสนอแนะ..... 100
รายการอ้างอิง..... 102
ภาคผนวก..... 111
ภาคผนวก ก ขั้นตอนการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย..... 112
ภาคผนวก ข ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและสูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ
และคะแนนการทดสอบความรู้ของกลุ่มทดลอง..... 127
ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ
ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้
และเก็บรวบรวมข้อมูล..... 130
ภาคผนวก ง เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและหนังสือ
หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง..... 135
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย..... 142
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 153

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ และปัญหาด้านค่าใช้จ่าย……..	82
2	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ชนิดของการผ่าตัด ระยะของโรค สูตรเคมีบำบัด และครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัด…….	85
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง……	86
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนเข้าร่วมการทดลองและภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง……	87
5.	จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจจากการนวดและกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลอง……..	88
6.	แสดงจำนวนและร้อยละของผลที่ได้รับจากการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลอง……	89
7.	แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและสูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ…….	128
8.	แสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนจากการทดสอบความรู้ภายหลังการทดลองของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง……..	129

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ หน้า

1 แบบจำลองการจัดการกับอาการ..... 45

2. กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 66

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life - threatening disease) ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน คุกคามต่อความเป็นอยู่ ครอบครัว และสังคมของผู้ป่วย รวมทั้งยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรในเกือบทุกประเทศทั่วโลกและพบว่ามะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญสำหรับเพศหญิง โดยมีอุบัติการณ์การเกิดสูงและมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (ศุภกร โรจนนินทร์, อดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์ และกริช โพธิสุวรรณ, 2544: 644; ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 282; Denton, 1996: 1) และจากสถิติผู้ป่วยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติป่วยเป็นมะเร็งเต้านมสูงสุดเป็นอันดับ 1 คือ ร้อยละ 31.9 โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 25 - 55 ปีมากที่สุด (National Cancer Institute, 2000: 6, 28) และสำหรับในผู้ป่วยมะเร็งนั้นพบว่าความเหนื่อยล้าเป็นอาการหลักที่ผู้ป่วยประสบได้บ่อยที่สุดและยังเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานได้มากกว่าอาการอื่นๆอีกด้วย (Aaronson et al., 1999) ดังนั้นการจัดการกับความเหนื่อยล้าจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพราะนอกจากจะช่วยลดอัตราการสูญหายของผู้ป่วยขณะเข้ามารับการรักษาแล้วยังอาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในขณะเข้ารับการรักษาและเมื่อสิ้นสุดการรักษาได้อีกด้วย

ความเหนื่อยล้า (Fatigue) เป็นอาการหลักที่เกิดขึ้นได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง (Aistars, 1987; David & Dominique, 1999; Schwartz, 2000; Gregory, 2001; Jong et al., 2002: 283) โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่ามีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของการดำเนินของโรค รวมถึงการรักษาที่ได้รับก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น และสำหรับในรายที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบว่าจะเกิดความเหนื่อยล้าได้สูงถึงร้อยละ 69 - 100 (Richardson & Ream, 1997: Ream et al., 2002: 301) และในจำนวนนี้ร้อยละ 60 เป็นความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง (Bower et al., 2000: 743) และยังเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานได้มากกว่าอาการอื่นๆโดยเฉพาะใน 2 วันแรกของการรักษา (Aaronson et al., 1999; Jong et al., 2002: 283; Ream et al., 2002) ซึ่งสอดคล้องกับ Piper (1991: 898) ที่กล่าวไว้ว่าความเหนื่อยล้าจะเกิดขึ้นได้ทันทีตั้งแต่วันแรกที่ได้รับเคมีบำบัดและจะเกิดต่อเนื่องไปจนถึงวันที่ 4 หลังจากนั้นระดับความเหนื่อยล้าจะเพิ่มขึ้นอีกครั้งในช่วงกลางของการได้รับเคมีบำบัด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ

การรักษาหลายวิธีร่วมกันจะเกิดความเหนื่อยล้าได้มากกว่าในรายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีเดียว (Woo et al., 1998; Bower et al., 2000)

สำหรับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากการศึกษาของ Piyawan Pritsanapanurungsie (2000) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีระดับความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นสูงในวันที่ 4 หลังจากนั้นจะลดลงจนถึงวันที่ 7 และเพิ่มขึ้นอีกครั้งในวันที่ 8 สูงสุดในวันที่ 9 แล้วจะค่อยๆลดลงมาตามลำดับ ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษานำร่องของ Richardson, Ream & Winson -Barnett (1998) ที่ศึกษาแบบแผนของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 109 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความเหนื่อยล้าสูงสุดในช่วง 4 - 5 วันแรกหลังได้รับเคมีบำบัดหลังจากนั้นความเหนื่อยล้าจะค่อยๆลดลงและจะเพิ่มขึ้นอีกครั้งในช่วงกลางชุดของเคมีบำบัด (Nadir period) คือประมาณวันที่ 1 5 แล้วจึงค่อยๆลดลงจนเพิ่มขึ้นอีกครั้งก่อนถึงเคมีบำบัดชุดต่อไป นอกจากนี้ผลจากการศึกษานำร่องของ Berger (1995: 361) ที่ศึกษาแบบแผนความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในช่วงแรกของการได้รับเคมีบำบัดยังพบว่าผู้ป่วยจะมีระดับความเหนื่อยล้าสูงสุดในวันที่ 3 ภายหลังได้รับเคมีบำบัด จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการรักษาและความรู้สึกเหนื่อยล้าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามการออกฤทธิ์ของเคมีบำบัดที่ได้รับ โดยจะมีระดับความเหนื่อยล้าสูงสุดในช่วง 3 - 5 วันแรกหลังได้รับเคมีบำบัดหลังจากนั้นความเหนื่อยล้าจะค่อยๆลดลงและจะเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้งในวันที่ 9 - 15 ของการได้รับเคมีบำบัดในแต่ละชุด

ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น (อภันตรี กองทอง, 2544) ประกอบกับการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง การดำเนินชีวิตอยู่กับโรคและการรักษาที่ได้รับเป็นเวลานาน ไม่ทราบถึงสิ่งที่ตนเองจะต้องเผชิญในขณะเข้ารับการรักษาจึงก่อให้เกิดความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้าขึ้น ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมากขึ้นจนเกิดเป็นความเหนื่อยล้า นอกจากนี้จากแนวคิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper, Lindsey & Dodd, 1987) ยังพบว่าพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเต้านมเองที่เซลล์มีการแบ่งตัวมากกว่าปกติ ร่างกายจึงมีกระบวนการเผาผลาญเพิ่มขึ้นเกิดการสะสมของของเสียเช่น กรดแลคติก (Lactic acid) ไพรูเวท (Pyruvate) ไฮโดรเจนไอออน (Hydrogen ion) สารที่เป็นองค์ประกอบของโปรตีนจากการสลายตัวของเซลล์มะเร็ง (Tumor necrosis factor) และของเสียที่เกิดจากการทำลายเซลล์มะเร็งของเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา (Aistars, 1987: 26; Piper et al., 1987: 20; Jacob & Piper, 1996: 197) ซึ่งกรดแลคติกเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพของก้อนเนื้องอกและเซลล์มะเร็งจึงทำให้เกิดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งและยังทำให้ความสามารถในการหดรัดตัว

และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ในขณะที่ไฮโดรเจนไอออนจะไปขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อโดยแย่งแคลเซียมไอออนในการจับกับโทรโปนิน (Troponin) ในขั้นตอนปฏิกิริยาแอคติน -ไมโอซิน (Actin - myosin interaction) ส่งผลให้แรงในการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อลดลง จึงเกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้น (Piper et al., 1987: 20; Jacob & Piper, 1996: 1198)

รวมทั้งผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับอาทิเช่น เคมีบำบัดจะก่อให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อย จะทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำ สารอาหาร และอิเล็คโตรลัยท์ เกิดการสูญเสียพลังงานในร่างกายมากกว่าปกติจึงเกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้น นอกจากนี้ภาวะซีดและความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆเช่น ความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดจากโรคและการรักษาที่ได้รับอาจทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอส่งผลให้คุณภาพของการนอนหลับและการซ่อมแซมเนื้อเยื่อในร่างกายลดลง รวมทั้งจากการที่ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมต่างๆหรือเคลื่อนไหวร่างกายลดลงเป็นเวลานานจะส่งผลให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงที่จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ทั้งสิ้น (Piper et al., 1987: 17-22; Berger, 1998; Piyawan Pritsanapanurungsie, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bower et al. (2000) ที่พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ดีที่สุดคือ ความซึมเศร้าและความเจ็บปวด และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงใจ ดาโลปการ (2545: 5) ที่พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้คือความทุกข์ทรมานจากอาการ ความซึมเศร้า คุณภาพการนอนหลับ และพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Irvine et al. (1994) ที่พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และภาวะทุกข์ทรมานทางอารมณ์ซึ่งประกอบไปด้วย ความวิตกกังวล ภาวะสับสน ความซึมเศร้า และความโกรธ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าเมื่อมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการตอบสนองที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้า (กัญญารัตน์ ผึ่งบรรหาร, 2539: 26; ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล, 2544: 6) กล่าวคือหากมีความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อยก็จะเป็นกลไกที่ช่วยเตือนให้ร่างกายได้พักผ่อนเพื่อป้องกันอันตรายจากการทำงานหนักมากเกินไปรวมทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงต่อภาวะเครียดที่จะมามีผลกระทบต่อร่างกาย แต่ในขณะเดียวกันหากร่างกายมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับรุนแรง เกิดขึ้นบ่อย และคงอยู่เป็นเวลานาน ร่างกายจะมีการตอบสนองต่อความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา/อารมณ์ และพฤติกรรม (Piper et al., 1987: 19) มีการดึงพลังงานที่สะสมไว้ออกมาใช้จึงเกิดเป็นอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ง่วงซึม มึนศีรษะ หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ขาดสมาธิ ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาลดลง และจะแยกตัว

ออกจากสังคมในที่สุด (Magnusson et al., 1999) นอกจากนี้ความเหนื่อยล้ายังมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด (Aistars, 1987: 25 ; Piper et al., 1987: 19; Pickard – Holley, 1991: 13; Richardson & Ream, 1997; Aaronson et al., 1999: 45; Evens & Wickstrom, 1999: 363)

การจัดการกับอาการเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของพยาบาล (The Nursing Council of Thailand, 1997: 1-2) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความเหนื่อยล้าจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพราะนอกจากจะช่วยลดอัตราการสูญหายของผู้ป่วยขณะเข้ามารับการรักษาแล้ว ยังอาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในขณะเข้ารับการรักษาและเมื่อสิ้นสุดการรักษาได้อีกด้วย (อภันตรี กองทอง, 2544: 5) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าเมื่อมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นผู้ป่วยจะนำกลวิธีต่างๆมาใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้านั้น โดยผู้ป่วยจะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นตามความเชื่อดั้งเดิมหรือนำการรับรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตมาใช้ หรือจัดการกับอาการตามการบอกกล่าวของผู้อื่น และพบว่าวิธีจัดการกับความเหนื่อยล้าที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกคือ การนอนหลับพักผ่อนและการงีบหลับ โดยพบว่าผู้ป่วยเลือกใช้วิธีเหล่านี้มากที่สุดถึงร้อยละ 70 - 83.6 (Graydon et al., 1995: 23; Richardson & Ream, 1997: 39; Piyawan Pritsanapanurungsie, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่ามีวิธีอื่นๆที่ผู้ป่วยนำมาใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าได้แก่ การออกกำลังกายโดยการเดิน การสร้างความผ่อนคลาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเป็นต้น และจากการศึกษาของ Berger & Higginbotham (2000) ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะลดการมีกิจกรรมต่างๆลงจากเดิมถึงร้อยละ 65 - 80 แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผลจากการใช้วิธีดังกล่าวสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้เพียงบางส่วนเท่านั้น โดย Richardson & Ream (1997) พบว่ากิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยเลือกใช้ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ทั้งหมดโดยพบว่าร้อยละ 53.7 สามารถบรรเทาอาการได้เพียงบางส่วนและร้อยละ 9.4 พบว่าไม่สามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้เลย

สำหรับบทบาทของพยาบาลที่ผ่านมาได้พยายามช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมากมายหลายวิธีอาทิเช่น การสนับสนุนและให้ความรู้ การแนะนำการออกกำลังกาย การสร้างความผ่อนคลาย การให้ความรู้และคำปรึกษา และการใช้กลุ่มช่วยเหลือเป็นต้น (Graydon et al., 1995; Mock et al., 1997; Stone, Richard & Hardy, 1998) ถึงแม้จะพบว่าวิธีจัดการกับความเหนื่อยล้าที่ผ่านมาในอดีตจะเป็นการกระทำที่มีคุณค่า แต่อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษาดังกล่าวพบว่าสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้เพียงบางส่วนที่เหมาะกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งเท่านั้น เนื่องจากเป็นการนำวิธีใดวิธีหนึ่งมาใช้เพียงวิธีเดียว (Ream & Richardson, 1999) นอกจากนี้ยังอาจเป็นการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยเป็นการประเมินอาการจากการรับรู้

ของบุคลากรในทีมสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งอาจไม่ตรงกันกับการรับรู้ความเหนื่อยล้าจากตัวผู้ป่วยเอง (Fagerhaugh & Strauss, 1997 cited in Dodd et al., 2001: 672) รวมทั้งไม่ได้เกิดจากความร่วมมือร่วมใจกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพอีกด้วย ดังนั้นกลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้าอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะหากวิธีการต่างๆที่นำมาใช้ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอแล้วก็จะทำให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นตามความเชื่อดั้งเดิมหรือจากคำแนะนำของ ผู้อื่นซึ่งอาจทำอาการมีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากเป็นการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสม (สุรีพร ธนศิลป์, 2545: 3) รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าในประเทศไทยมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงรูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และในผู้ป่วยโรคเอดส์เท่านั้น (อภันตรี กองทอง, 2544; Panada Intralawan, 2001; Ladaval Ounprasertpong and Holzemer, 2002) แต่สำหรับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยเฉพาะในรายที่ได้รับการผ่าตัดและอยู่ระหว่างได้รับเคมีบำบัดจะพบว่ามีลักษณะของความเหนื่อยล้า ความรุนแรง และมีสาเหตุของการเกิดความเหนื่อยล้าแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ดังนั้นวิธีการดังกล่าวจึงอาจมีความเหมาะสมที่จะใช้ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยในบางกลุ่มแต่อาจไม่เหมาะในการนำมาใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดให้หมดไปได้

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยมาใช้เป็นกลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเป็นโปรแกรมที่เกิดจากความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมขึ้นจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ซึ่งกล่าวว่าการจัดการกับอาการจะต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน และการจัดการกับอาการนั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่ตามมาโดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับใช้แนวคิดการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย (Aromatherapy Massage) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) มาใช้เป็นวิธีจัดการกับความ เหนื่อยล้าโดยอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพคือพยาบาลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่รุนแรงที่ผู้ป่วยไม่สามารถบรรเทาความเหนื่อยล้านั้นได้ด้วยตนเอง สำหรับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างการนวดและฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหย การบำบัดด้วยวิธีนี้จึงมีผลโดยตรงต่ออารมณ์ จิตใจ และร่างกายโดยผลจากการนวดจะทำให้ระบบต่างๆของร่างกายทำงานดีขึ้น อาทิเช่น ทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น เซลล์ต่างๆในร่างกายจึงได้รับออกซิเจนเพียงพอ เกิดกระบวนการเผาผลาญแบบใช้ออกซิเจนจึงไม่มีการสะสม

ของของเสียในร่างกายและยังช่วยในการขจัดกรดแลคติกที่ยังคั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อออกไป กล้ามเนื้อจึงมีความแข็งแรงและมีแรงในการหดรัดตัวมากขึ้น ความเหนื่อยล้าจึงลดลง (Piper et al., 1987: 20; Harrison, 1996, Eyerman, 1987 cited in Dunn et al., 1995; พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545: 11) และในขณะเดียวกันร่างกายยังได้รับโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจากการสูดดมและจากการซึมผ่านเข้าทางผิวหนังในขณะนวดอีกด้วย (Stevensen, 2001: 133) โดยจะมีผลต่อสมองส่วน ลิมบิก (Limbic system) ให้หลั่งสารเอนดอร์ฟิน เอนเคฟาลิน และซีโรโทนิน ออกมาจึงทำให้จิตใจและอารมณ์เกิดความสมดุลจึงสามารถบำบัดอาการต่างๆเช่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด ช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย ส่งเสริมการนอนหลับ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ (Karyn, 1999; Voltaire, 2000: 157; ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2545: 59; พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545: 11, 36-62)

นอกจากนี้การนวดยังจัดเป็นบทบาทอิสระอย่างหนึ่งของพยาบาล ซึ่งสามารถกระทำได้ตามความเหมาะสมโดยสัมผัสจากการนวดจะช่วยให้ผู้ป่วยอบอุ่น ไม่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งหรือแยกจาก เป็นการแสดงถึงความเอื้ออาทร (อุไร นิโรธนันท์, 2539: 57) ก่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยกล้าระบายความวิตกกังวลหรือปัญหาที่มีให้พยาบาลฟัง ทำให้สามารถนำมาวางแผนให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย รวมทั้งงานพยาบาลเป็นงานที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ตลอด 24 ชั่วโมง (สิริลักษณ์ สมพลกรัง, 2542: 2) ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงสามารถที่จะประเมินความเหนื่อยล้าและจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเพื่อช่วยในการบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด และเพื่อให้เกิดเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะสามารถลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดได้หรือไม่อย่างไร
2. ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย
2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) กล่าวว่าอาการหรืออาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและรบกวนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย โดย Dodd et al. (2001) มีแนวคิดว่าการจัดการกับอาการจะต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน และการจัดการกับอาการนั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่ตามมา โดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การ จัดการกับอาการจะมีประสิทธิภาพที่ดียังขึ้นอยู่กับความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรในทีมสุขภาพเช่นพยาบาลอีกด้วย

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) กล่าวถึงแนวคิดที่มีความสัมพันธ์กันคือ 1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) โดยประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองกับอาการที่เกิดขึ้น พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของอาการ โดยให้ผู้ป่วยได้ค่อยๆผ่านเข้าสู่กระบวนการตระหนักรู้จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถให้ความหมายและความสัมพันธ์ของสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ ซึ่งการที่ผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งเหล่านี้จะทำให้สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลคือการทำความเข้าใจกับประสบการณ์การมีอาการ โดยการรับฟัง และสอบถามจากผู้ป่วยในมุมมองและการรับรู้ของตัวผู้ป่วยเอง 2. กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) กลวิธีในการจัดการกับอาการมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านลบหรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบให้เกิดช้าที่สุดโดยการใช้กลวิธีในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลจะให้ความรู้ที่ถูกต้อง ให้การสนับสนุนด้วย

วิธีต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังประกอบไปด้วยกลวิธีการใช้ยาในการรักษาอาการ หรือกลวิธีที่อาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพช่วยในการจัดการกับอาการที่รุนแรงโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถบรรเทากับอาการนั้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา 3. ผลลัพธ์ (Out come) เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการ

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่ต้องอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยพัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) มาใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยสามารถบรรเทาอาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และยังเป็นการเพิ่มพลังให้จิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อีกด้วย (Karyn, 1999) ซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันระหว่างการนวดและฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหย การบำบัดรักษาอาการด้วยวิธีนี้จึงมีผลโดยตรงต่อทั้งร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ

น้ำมันหอมระเหยมีอยู่หลายชนิด แต่ละชนิดสามารถบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการได้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับโครงสร้างโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยชนิดนั้น สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ (Lavender oil) มาใช้ร่วมกับการนวดเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า เนื่องจากลาเวนเดอร์เป็นน้ำมันหอมระเหยที่มีโครงสร้างของโมเลกุลที่เรียกว่า Terpenoid Essential Oil ซึ่งมีลักษณะของ side chain เป็น Alcoholic valatile oils ซึ่งมีแอลกอฮอล์เป็นองค์ประกอบหลักและ Ester volatile oils ซึ่งมีสารพวกเอสเตอร์เป็นองค์ประกอบหลัก จึงมีฤทธิ์ในการลดการเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบ ช่วยทำให้จิตใจสงบ ส่งเสริมการนอนหลับ และยังทำให้คลายเครียดได้ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545: 19) ซึ่งความเครียดและอาการนอนไม่หลับเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าดังนั้นเมื่อผู้ป่วยนอนหลับได้มากขึ้น เครียดลดลง จิตใจสงบ กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว ก็จะทำให้ความเหนื่อยล้าลดลงตามไปด้วย นอกจากนี้กลไกการออกฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ยังเสมือนการออกฤทธิ์ของยาไดอะซีแปม (Diazepam) คือจะมีผลในการเพิ่มแกรมมาอะมิโนบูทาริก อะซิด (Gramma aminobutyric acid) ทำให้กระแสประสาทที่จะไปยัง อะมิกกาลา (Amygdala) ลดลงซึ่งเชื่อว่าจะมีผลไปลดความเครียดทางอารมณ์ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ รวมทั้งยังพบว่าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ยังมีความปลอดภัยสูงในผู้ใช้อีกด้วย (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2546: 59-65)

การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะทำให้ร่างกายได้รับโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ได้สองทางคือจากการสูดดมในขณะนวด และจากการซึมผ่านเข้าทางผิวหนัง

ในขณะนวด โดยโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์จะผ่านเข้าทางจมูกและไปจับกับตัวรับบนเยื่อบุจมูก และจะถูกแปรเป็นสัญญาณไฟฟ้าทางเคมีหรือสารสื่อประสาทผ่านทางประสาทสัมผัสรับกลิ่นแล้วไปกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึกที่อยู่เหนือโพรงจมูกทำให้เกิดกระแสประสาทวิ่งไปยังศูนย์รับรู้กลิ่นในสมองแล้วผ่านไปยังสมองส่วนลิมบิค ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมการเรียนรู้ ความจำ อารมณ์ และความรู้สึก ทำให้สมองปล่อยสารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) เอนเคฟาลิน (Encephalin) และซีโรโทนิน (Serotonin) ออกมาจึงสามารถบำบัดอาการต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเครียด ทำให้เกิดความผ่อนคลาย ส่งเสริมการนอนหลับ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด และความเหนื่อยล้าได้ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545: 11, 36-62; ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2546: 59; สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2546: 55; Karyn, 1999; Voltaire, 2000: 157; Stevensen, 2001: 133) และในขณะเดียวกันโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ยังเข้าสู่ร่างกายโดยการซึมผ่านเข้าทางผิวหนังในขณะนวดแล้วไปมีผลในการผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยให้กล้ามเนื้อหดรัดตัว ช่วยปลดปล่อยกรดแลคติกและกรดยูริกซึ่งคั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อออกมาจึงทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและคลายความเหนื่อยล้าได้ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545: 11) นอกจากนี้ผลที่ได้รับจากการนวดยังทำให้ระบบต่างๆของร่างกายทำงานดีขึ้น ช่วยเพิ่มระบบการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง หลอดเลือดไม่ตีบตันทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น มีเลือดใหม่เข้ามาแทนที่เลือดเก่าโดยนำเอาอาหารและออกซิเจนมาด้วย เซลล์ต่างๆในร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอจึงไม่เกิดกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจนขึ้นและไม่เกิดการคั่งค้างของของเสียในร่างกาย นอกจากนี้การนวดยังมีส่วนช่วยขจัดกรดแลคติกที่ยังคั่งค้างในกล้ามเนื้อออกมา ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและมีแรงในการหดรัดตัวมากขึ้นจึงสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งการนวดยังทำให้ระบบทางเดินอาหารและลำไส้ทำงานได้ดีโดยช่วยให้ร่างกายมีการดูดซึมสารอาหารและสร้างพลังงานมากขึ้นจึงไม่เกิดเป็นความเหนื่อยล้า

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้สุวคนธบำบัดในการบรรเทาความเหนื่อยล้าจากผู้ป่วยก่อน เนื่องจากบุคคลโดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่มักจะเคยผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในบางอย่างมาแล้ว ดังนั้น

การให้ความรู้จึงควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยผู้วิจัยจะไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนมาสนใจในทุกข์สุขของตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวผู้วิจัยเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้การสอนหรือการให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงและสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคลในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้สุวคนธบำบัดในการบรรเทาความเหนื่อยล้า โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยในแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับให้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ผู้ป่วยได้กลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติต่อที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3. การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ผู้วิจัยพูดคุยและประเมินผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินสัญญาณชีพและประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยก่อนนวด โดยการกดจุดตามกล้ามเนื้อบริเวณที่จะนวด เพื่อตรวจสอบดูว่ากล้ามเนื้อมีการเกร็งตัวหรือไม่ หรือมีการอักเสบของกล้ามเนื้อที่ตำแหน่งใด รวมทั้งทำการประเมินอาการแพ้น้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยผสมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 6 หยดในน้ำมันตัวนำ 30 มิลลิลิตร แล้วนำมานวดแบบสวิดิชซึ่งประกอบด้วย การลูบ การคลึง การบีบยก การม้วน และการสับที่กล้ามเนื้อบริเวณหลัง ไหล่ แขน มือ และขาทั้ง 2 ข้าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้นวดนาน 30 นาทีเป็นจำนวน 1 ครั้ง และในขณะทำการนวดมีการพูดคุยกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์และผลที่เกิดขึ้นจากการนำความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปปฏิบัติในขณะอยู่ที่บ้าน และหากมีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้นผู้วิจัยจะให้คำแนะนำเพิ่มเติมร่วมกับวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่เข้าใจอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 4. การประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย ร่วมกับการประเมินน้ำหนักมือของผู้วิจัยในการนวดโดยสอบถามความแรงในการลงน้ำหนักมือในขณะนวดจากผู้ป่วยเป็นระยะๆ และเป็นการประเมินผลที่ผู้ป่วยได้รับจากกิจกรรมการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะมีความเหนื่อยล้าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะมีความเหนื่อยล้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดเพศหญิง อายุระหว่าง 20 - 59 ปีที่เข้ารับการรักษาตัวที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ในระหว่างวันที่ 22 เมษายน 2547 ถึงวันที่ 19 มิถุนายน 2547 จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 ราย แล้วจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย โปรแกรมประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ 3) การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย และ 4) การประเมินผล ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มจนสิ้นสุดโปรแกรมนาน 8 วัน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ตัวแปรต้น โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

2.2 ตัวแปรตาม ความเหนื่อยล้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายได้แก่ความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย อิดโรย

ไม่สุขสบาย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ซึ่งครอบคลุมมิติ 4 ด้านคือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญาและอารมณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีต่อระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าและผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการทำงานและการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมว่ามีผลกระทบในระดับใด

2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีต่อลักษณะความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตนว่าความเหนื่อยล้านั้นเป็นอย่างไร เป็นเรื่องปกติหรือผิดปกติ เป็นคุณประโยชน์หรือเป็นโทษ

3) ด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีต่อตนเองว่ามีความแข็งแรง มีพละกำลัง มีความสดชื่น มีชีวิตชีวาในระดับใด

4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีต่อตนเองว่ามีความสามารถที่จะจดจำสิ่งต่างๆหรือมีความสามารถที่จะมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เพียงใจ ดาโลปการ (2545)

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผนที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย โปรแกรมประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง ร่วมกับประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้สุวคนธบำบัดในการบรรเทาความเหนื่อยล้า

2. การให้ความรู้ ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงและสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่หรือยังมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง โดยจะให้ความรู้ในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบของ

ความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้สุวคนธบำบัดในการบรรเทาความเหนื่อยล้าด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคล โดยมีการคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยในแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับให้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ผู้ป่วยได้กลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติต่อที่บ้าน

3. การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ผู้วิจัยพูดคุยถึงผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินสัญญาณชีพและประเมินสภาพกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโดยกดไปตามกล้ามเนื้อบริเวณที่จะนวด เพื่อตรวจดูการเกร็งตัวและการอักเสบของกล้ามเนื้อ การประเมินอาการแพ้น้ำมันหอมระเหย หลังจากนั้นผู้วิจัยผสมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 6 หยดในน้ำมันตัวนำ 30 มิลลิลิตร แล้วนำมานวดแบบสวิดิชซึ่งประกอบด้วย การลูบ การคลึง การบีบยก การม้วน และการสับกล้ามเนื้อบริเวณหลัง ไหล่ แขน มือ และขาทั้ง 2 ข้างโดยผู้วิจัยเป็นผู้นวดนาน 30 นาทีเป็นจำนวน 1 ครั้ง และในขณะทำการนวดมีการพูดคุยกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงผลที่ได้รับจากการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยให้คำแนะนำ วางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่เข้าใจอีกครั้ง

4. การประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินน้ำหนักมือของผู้วิจัยในการนวดโดยสอบถามความแรงในการลงน้ำหนักมือในขณะนวดจากผู้ป่วยเป็นระยะๆ และเป็นการประเมินผลที่ผู้ป่วยได้รับจากกิจกรรมการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยในวันที่ 1 และในวันที่ 8 ของการได้รับเคมีบำบัดในชุดนั้น (Cycle) โดยในการพบกันในครั้งแรกคือวันที่ 1 ผู้วิจัยประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยและจะให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่หรือยังมีความสงสัยหรือไม่เข้าใจด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือโดยใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที และในการพบกันในครั้งที่ 2 คือในวันที่ 8 ของการได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ด้วยวิธีการนวดแบบสวิดิชที่กล้ามเนื้อบริเวณ หลัง ไหล่ แขน มือ และขาทั้ง 2 ข้างนาน 30 นาทีเป็นจำนวน 1 ครั้งโดยผู้วิจัยเป็นผู้นวด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการที่เป็นการดูแลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ โดยเป็นการให้ความรู้และข้อมูลในลักษณะที่

จะเน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบในเรื่องของแผนการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษา โดยเป็นการให้ความรู้หรือข้อมูลต่อผู้ป่วยจำนวนมากหรือพร้อมๆกันหลายคน ส่วนการพยาบาลที่เน้นถึงการตอบสนองต่อความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละราย จะเป็นในลักษณะของการตอบคำถาม และอธิบายแก้ไขข้อสงสัยหรือปัญหาตามที่ผู้ป่วยแต่ละรายซักถาม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นๆในร่างกาย และได้รับการผ่าตัดแบบ Radical Mastectomy หรือ Modified Radical Mastectomy และอยู่ระหว่างได้รับการรักษาเพิ่มเติมภายหลังผ่าตัดด้วยเคมีบำบัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลรูปแบบอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ให้เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆ และในผู้ป่วยโรคอื่นๆต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดเพศหญิงซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ไว้ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรงมะเร็งเต้านมและการรักษา
2. แนวคิดของความเหนื่อยล้า
    - 2.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า
    - 2.2 อาการและอาการแสดงของความเหนื่อยล้า
    - 2.3 การจำแนกชนิดของความเหนื่อยล้า
    - 2.4 กรอบแนวคิดของความเหนื่อยล้า
    - 2.5 กรอบแนวคิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์
    - 2.6 การประเมินความเหนื่อยล้า
    - 2.7 ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
    - 2.8 ผลกระทบของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
4. แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model)
5. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย
    - 5.1 การให้ความรู้
    - 5.2 การดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy)
        - 5.2.1 การนวด
        - 5.2.2 สุวคนธบำบัด
        - 5.2.3 การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย
    - 5.3 เนื้อหาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

1. โรคมะเร็งเต้านมและการรักษา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบได้บ่อย และก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเกือบทุกประเทศทั่วโลกโดยพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดเพิ่มมากขึ้นทุกปี ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีไทยจะไม่สูงเท่ากับประเทศทางซีกโลกตะวันตกแต่ก็พบว่ามีอัตราการเกิด

ค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี (ศุภกร โรจนนินทร์, อดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์ และกริช โพธิสุวรรณ, 2544: 644; ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 282; Denton, 1996: 1) โดยจากสถิติผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่ามีประชาชนป่วยเป็นมะเร็งเต้านมสูงถึงร้อยละ 32.1 (National Cancer Institute, 2000: 5-6) และพบว่าสูงเป็นอันดับ 1 ในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงทั้งหมดโดยมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 31.9 (National Cancer Institute, 2000: 28)

1.1 ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม หมายถึง การที่เนื้อเยื่อของเต้านมบางส่วนมีการเจริญเติบโตและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างผิดปกติ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้และเนื้อเยื่อที่ผิดปกติเหล่านั้นสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะบริเวณใกล้เคียงเช่น ต่อมน้ำเหลือง กระดูก ตับ ปอด สมอง หรืออวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้

1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

สำหรับสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่ามีสาเหตุมาจากสิ่งใด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านมมีอยู่หลายประการ ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม เพศ ฮอร์โมน และการเจริญพันธุ์ ระบบอิมมูนของร่างกาย สิ่งแวดล้อม รวมทั้งจากสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) โดยพบว่ามะเร็งเต้านมพบได้ในผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปและมีอุบัติการณ์การเกิดสูงสุดในประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 40-50 ปี แต่อย่างไรก็ตามสำหรับประเทศในแถบเอเชียสามารถพบมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปีได้เช่นกัน (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545: 20) นอกจากนี้ยังพบว่าเพศหญิงมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติว่ามีญาติพี่น้องในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมจะมีอัตราเสี่ยงมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า รวมทั้งผู้ที่มีประวัติมีประจำเดือนเร็วคือมีประจำเดือนก่อนอายุ 12-13 ปี หรือผู้ที่หมดประจำเดือนช้าคือประจำเดือนหมดภายหลังอายุ 50 ปีขึ้นไป ผู้ที่ได้รับเอสโตรเจนฮอร์โมนภายหลังหมดประจำเดือน ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วแต่ไม่มีบุตร หรือมีบุตรคนแรกเมื่อมีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป หรือเคยแท้งบุตรบ่อย ๆ โดยบุคคลเหล่านี้พบว่าจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้มากกว่าคนปกติ รวมทั้งในรายที่เคยเป็นมะเร็งในที่อื่น ๆ มาแล้วจะมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมได้มากกว่าปกติถึง 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงจากองค์ประกอบอื่นได้อีก อาทิเช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ หรือภาวะเครียดทางจิตใจ เป็นต้น (นิวัฒน์ จันทรสกุล, 2532: 755-757; ชวลิต ไพโรจน์กุล, 2533-277; สิโรจน์ กาญจนปัญจพล, 2535: 257; ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 282; นรินทร์ วรวุฒิ, 2541: 47; ศุภกร โรจนนินทร์และคณะ, 2544: 645; Denton, 1996: 2-4)

1.4 อาการและอาการแสดงของมะเร็งเต้านม

อาการที่สำคัญและพบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคือ ผู้ป่วยมักจะคลำพบก้อนที่เต้านมหรือพบก้อนที่รักแร้ได้โดยบังเอิญ รองลงมาคืออาการเจ็บที่เต้านมโดยมีลักษณะการเจ็บแบบเสียดแทงเฉพาะที่ไม่ร้าวไปที่ใด เต้านมมีขนาดโตขึ้นกว่าปกติ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการดึงรั้งของหัวนม หัวนมมีแผล มีน้ำหรือเลือดออกจากหัวนมหรือมีหัวนมบอด หรือบางรายมาด้วยอาการมีก้อนหรือมีต่อมน้ำเหลืองในรักแร้หรือที่คอโต เป็นต้น (ลักษณา โพชนุกูล, 2532: 671; ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 284; ศุภกร โรจนนินทร์และคณะ, 2544: 646)

1.5 การรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

เนื่องจากมะเร็งเต้านม เป็นโรคที่มีพยาธิสภาพในลักษณะแพร่กระจายมากกว่าเป็นโรคที่จะจำกัดอยู่เฉพาะที่จึงสามารถลุกลามผ่านผนังของหลอดเลือดแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ได้ ดังนั้นการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงต้องใช้วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งในปัจจุบันมีการพัฒนาวิธีการรักษาที่ทันสมัยจึงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น สำหรับการรักษาที่มีประสิทธิภาพให้ผลดีและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันมี 4 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา ฮอร์โมนบำบัด และเคมีบำบัด (ศุภกร โรจนนินทร์และคณะ, 2544: 654) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.5.1 การรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery) เป็นการรักษาเฉพาะที่และเป็นการรักษาหลักที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก (Stage 1-2) และในระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจายของโรคไปสู่อวัยวะอื่น เป็นการรักษาเฉพาะที่ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธีดังนี้ (ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 291, 286; ศุภกร โรจนนินทร์ และคณะ, 2544: 654)

1.5.1.1 Modified Radical Mastectomy (MRM) หรือการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดชนิดดัดแปลงเป็นการตัดเต้านมออกทั้งหมดพร้อมกล้ามเนื้อ Pectoralis minor ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ออกทั้งหมด การผ่าตัดวิธีนี้เป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุดและเป็นวิธีที่ได้ผลในการรักษามากที่สุดในปัจจุบัน เนื่องจากอุบัติการณ์ของการกลับเป็นซ้ำ (Local recurrence) ต่ำกว่าวิธีอื่นที่ไม่ตัดเต้านมและยังทำให้รูปร่างของหน้าอกไม่เสียมากสามารถทำศัลยกรรมตกแต่งใหม่ได้ภายหลัง (สิโรจน์ กาญจปัญจพล, 2535: 265; West and Brown, 1996: 57)

1.5.1.2 Radical Mastectomy (RM) หรือ การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดรวมทั้งกล้ามเนื้อ Pectoralis major และ minor ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกด้วย นิยมทำในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่หรือโตมาก หรือก้อนมะเร็งลุกลามไปยัง Pectoralis major (สิโรจน์ กาญจปัญจพล, 2535: 2563; West and Brown, 1996: 67)

1.5.1.3 Simple Mastectomy หรือการผ่าตัดเต้านมออกเพียงอย่างเดียว การผ่าตัดวิธีนี้ไม่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมทั่วไปเนื่องจากไม่ได้เลาะเอาต่อมน้ำเหลืองออก

(West and Brown, 1996: 68) แต่นิยมทำในรายที่มะเร็งอยู่เฉพาะที่และไม่ลุกลามไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและภายหลังการผ่าตัดด้วยวิธีนี้จะต้องตามด้วยการให้รังสีรักษาที่เต้านมในผู้ป่วยทุกราย

1.5.1.4 Breast Conservative หรือ การผ่าตัดแบบสงวนเต้านม เป็นการผ่าตัดที่สามารถเก็บรักษาเต้านมให้หลงเหลืออยู่ได้ โดยจะทำการผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งและเลาะเอาเนื้อเต้านมที่อยู่ข้าง ๆ ออก ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออก นิยมทำในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กและเต้านมมีขนาดใหญ่พอประมาณ ร่วมกับเมื่อตรวจร่างกายแล้วไม่พบต่อมน้ำเหลืองในรักแร้โต และไม่มีข้อสงสัยว่าจะมีการกระจายของเซลล์มะเร็งเข้าต่อมน้ำเหลือง แต่ภายหลังการผ่าตัดด้วยวิธีนี้จะต้องตามด้วยการให้รังสีรักษาที่เต้านมในทุกรายเหมือนในรายที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Simple Mastectomy เพื่อเป็นการทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่

และสำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะในรายที่เป็นมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดแบบ Modified Radical Mastectomy (MRM) และ Radical Mastectomy (RM) ซึ่งเป็นการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดรวมทั้งเลาะกล้ามเนื้อ Pectoralis major หรือ minor ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกทั้งหมดเพื่อเป็นการป้องกันภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดจากการนวดไปทำให้เกิดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ได้

1.5.2 รังสีรักษา (Radiation) เป็นการรักษาเฉพาะที่เหมือนกับการผ่าตัดแต่การรักษาด้วยวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งและหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง รวมทั้งเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจมีหลงเหลืออยู่ภายหลังจากการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเก็บรักษาเต้านมไว้จะต้องรับการฉายรังสีทุกรายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารังสีรักษาสามารถลดอัตราการเกิดมะเร็งซ้ำเฉพาะที่ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้ แต่ไม่สามารถทำให้อัตราการหายขาดของโรคสูงขึ้น (ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 291; ศุภกร โรจนนินทร์และคณะ, 2544: 655)

1.5.3 การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormone treatment หรือ Endocrine therapies) ในอดีตการรักษาด้วยฮอร์โมนมักจะจำกัดอยู่เฉพาะในรายที่เป็นมากแล้ว และมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการ (Palliative aim) เท่านั้น แต่ปัจจุบันแพทย์สามารถประเมินการตอบสนองของเซลล์มะเร็งต่อฮอร์โมนได้ ดังนั้นขอบเขตของการใช้ฮอร์โมนจึงกว้างขึ้นคือใช้ได้ทั้งการรักษาในระยะลุกลามและใช้ฮอร์โมนในระยะเริ่มต้นร่วมกับการรักษาอื่น ๆ แต่ข้อเสียของฮอร์โมนบำบัดคือต้องใช้เวลาในการรักษามากกว่า 6 สัปดาห์ขึ้นไปจึงสามารถบอกผลการรักษาได้

1.5.4 การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) ปัจจุบันเชื่อว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีลักษณะการแพร่กระจายไปทั่วระบบ ดังนั้นการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาซึ่งเป็นการรักษาเฉพาะที่จึงไม่สามารถฆ่าเซลล์มะเร็งที่แพร่กระจายไปแล้วได้หมด จึงมีการนำเคมีบำบัดมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด เป็นการรักษาแบบทั่วระบบโดยหวังผลให้เคมีบำบัดไป

ทำลายเซลล์มะเร็งที่หลบซ่อนอยู่ในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยมีข้อบ่งชี้คือ จะให้รายที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ซึ่งการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยเคมีบำบัดสามารถทำได้หลายวิธีเช่น

1.5.4.1 ในรูปของการรักษาเสริม (Adjuvant treatment) เป็นการให้เคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดหรือการฉายแสงซึ่งจะสามารถลดอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นการรักษาด้วยวิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะปลอดโรคมากและนานขึ้น

1.5.4.2 การให้เคมีบำบัดในระยะที่มีการแพร่กระจาย (Advanced breast cancer treatment) มักใช้รักษาเพื่อบรรเทาอาการ

1.5.4.3 การให้เคมีบำบัดก่อนทำการผ่าตัด (Pre-operative treatment หรือ Neoadjuvant treatment) เป็นการรักษาให้เคมีบำบัดในกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ ไม่สามารถผ่าตัดได้หรือรังสีรักษาไม่ได้ผลจึงต้องให้เคมีบำบัดเพื่อลดขนาดก้อนและควบคุมการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งก่อน แล้วจึงรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาต่อไป (Cotton, 1996: 99)

2. แนวคิดของความเหนื่อยล้า (Fatigue)

ความเหนื่อยล้า (Fatigue) เป็นอาการที่สำคัญที่พบได้บ่อยเกิดได้กับทุกเพศ ทุกวัย ไม่ว่าจะเป็นวัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุและพบได้ทั้งผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง หรือแม้แต่ในคนที่มีสุขภาพดี (Piper et al., 1987: 19; Aaronson et al., 1999: 45; Evants & Wicstrom, 1999: 363) ความเหนื่อยล้าพบได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง โดยความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อยจะเป็นกลไกที่ช่วยเตือนให้ร่างกายได้พักผ่อนและหลีกเลี่ยงต่อภาวะเครียดที่จะมามีผลกระทบต่อร่างกาย แต่ในขณะเดียวกันหากมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นในระดับรุนแรง เกิดขึ้นบ่อยและยังคงอยู่เป็นเวลานานจะทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจนต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นก่อให้เกิดความรู้สึกเสียความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตในที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าความเหนื่อยล้ายังเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกทรมาน (Distress) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาทิเช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคเอดส์ โรค Multiple sclerosis โรคข้อรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis) และในโรคมะเร็งได้เป็นอย่างมาก

2.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า (Definition of Fatigue)

ความเหนื่อยล้าเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ (Multidimensional phenomenon) เกิดได้จากหลายสาเหตุและหลายปัจจัยร่วมกัน (วันชัย วนะชิวนาวิน, 2537: 23; Evans & Wickstrom, 1999: 363; Ream & Richardson, 1999: 1295) ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านร่างกายหรือจิตใจโดยการแสดงออกของความเหนื่อยล้ามีหลายด้าน ทั้งในด้านที่เป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล (Subjective) ซึ่งได้แก่ จากประสบการณ์ (Experience) หรือจากการรับรู้ (Perception) ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการแสดงออกถึงความเหนื่อยล้าจากอาการที่ตรวจพบ (Objective) ซึ่งได้แก่

อาการที่แสดงทางกายภาพ (Physiological) ชีวเคมี (Biological) และจากพฤติกรรมการแสดงออก (Behavioral) โดยบุคคลจะให้ความหมายของความเหนื่อยล้าอย่างไรขึ้นอยู่กับการรับรู้และประสบการณ์ของตนที่ได้ประสบมา (Piper et al., 1987; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545: 26) ดังนั้นการให้นิยามความหมายของความเหนื่อยล้าจึงมีความหลากหลาย และแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับมิติที่ผู้ให้ความหมายสนใจจะศึกษา (อภันตรี กองทอง, 2544: 7) ซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

ความหมายของความเหนื่อยล้าจากพจนานุกรม

ความเหนื่อยล้า หมายถึง 1.ความอ่อนเพลีย (Weariness) หมดเรี่ยวแรง (Exhaustion) จากการออกกำลังกาย การทำงาน หรือจากภาวะเครียด 2. เป็นการสูญเสียพลังงานโดยชั่วคราวจากการตอบสนองของตัวรับความรู้สึก (Sensory motor) หรือมีการลดลงของการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย (Merriam-Webster's Medical Desk Dictionary, 1996: 2)

ความหมายของความเหนื่อยล้าในสาขาแพทยศาสตร์

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่รวมถึงอาการอ่อนเพลีย อ่อนเปลี้ย อ่อนล้า เหน็ดเหนื่อย ละเหี่ยใจ ไม่กระชุ่มกระชวย เบื่อหน่าย ขาดความสนใจในเรื่องราวต่าง ๆ รู้สึกหมดแรงที่จะทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ โดยทั่วไปจะตรวจไม่พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการอ่อนแรง (Weakness) ของกล้ามเนื้อร่วมด้วย (วันชัย วนะชิวนาวิน, 2537: 22)

ความเหนื่อยล้าในความหมายของสาขาวิชาสรีรวิทยา

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในลักษณะที่ไม่เหมือนกัน โดยคำนึงถึงหลักที่ว่าต้องมีสิ่งมากระตุ้น (Stimuli) สิ่งกระตุ้นนั้นทำให้เกิดการต่อต้านชนิดต่อเนื่องหรือเป็นครั้งคราวก็ได้ อย่างไรก็ตามสิ่งที่มากระตุ้นนี้ถ้าทำแบบต่อเนื่องอยู่เรื่อย ๆ ก็จะทำให้สรีระภาพของคนอ่อนแอลง กระบวนการที่เกิดขึ้นเหล่านี้มีลักษณะต่างจากความรู้สึกที่ไม่มีตัวกระตุ้นเช่น คนที่หวาดระแวงวิตกกังวลโดยไม่มีสาเหตุหรือไม่มีตัวกระตุ้น อาจเกิดขึ้นกับคนได้ทุกเวลา อย่างไรก็ตามความรู้สึกทั้ง 2 ประเภทไม่สามารถแยกจากกันให้เด่นชัดได้ (รัตน์มณี มณีรัตน์, 2538: 18-19)

ความเหนื่อยล้าในความหมายของสาขาวิชาการพยาบาล

สำหรับความหมายทางการพยาบาลศาสตร์พบว่าผู้ให้ความหมายของความเหนื่อยล้าในทางการพยาบาลไว้ดังต่อไปนี้

ความเหนื่อยล้า หมายถึง อาการและประสบการณ์เฉพาะบุคคลโดยเป็นความรู้สึกว่าเหน็ดเหนื่อย หมดแรงและมีการลดลงของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางกายและจิตใจไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยการพัก (The North America Nursing Diagnosis Association cited in Aaronson et al., 1999: 46)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของการรับรู้ว่ามีอาการที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายเกิดขึ้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั่วร่างกายโดยเริ่มจากความเหน็ดเหนื่อยจนถึงรู้สึกหมดแรงโดยไม่มี

ความสัมพันธ์กับสภาวะการณ์ต่าง ๆ ของร่างกายและจะส่งผลรบกวนความสามารถในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรตามปกติของบุคคล (Ream & Richardson, 2002: 301)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นคือรู้สึก ไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย อิดโรย เหนื่อย ขาดพลังงานจนอาจถึงหมดแรง ซึ่งเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดกับทุกส่วนพร้อมกันก็ได้ โดยความรู้สึกเหนื่อยที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลมาจากจังหวะชีวะภาพ (Circadian rhythm) ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามความรุนแรงและระยะเวลาของความรู้สึกไม่สุขสบายของบุคคลนั้น (Piper et al., 1987 : 19)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะ คือบุคคลจะรับรู้ได้ด้วยตนเองและจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ โดยการรับรู้ดังกล่าวขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้านั้น โดยการประเมินความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ได้ด้วยตนเองของผู้ป่วยจะประเมินได้ 4 มิติ คือ 1) มิติด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าซึ่งประกอบได้ด้วยผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าคือการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทั้งต่อร่างกายและจิตใจ 3) ด้านความรู้สึกของความเหนื่อยล้าที่มีต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ และการประเมินความเหนื่อยล้าจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสังเกตเห็นจะประเมินได้จากทางกายภาพ ชีวเคมี และพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย (Piper et al., 1998: 678)

ความเหนื่อยล้า คือการตระหนักถึงความสามารถของร่างกายและจิตใจที่ลดลงอันเนื่องมาจากความไม่สมดุลกันระหว่างการซ่อมสร้างและการนำไปใช้ (Aaronson et al., 1999: 46)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกส่วนบุคคลที่รับรู้ว่ามีความไม่สุขสบายเกิดขึ้นทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆลดลง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการลดลงของพลังงานในร่างกาย (Pickard – Holley, 1991: 14)

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกความหมายของความเหนื่อยล้าตามแนวคิดของ Piper et al., (1987) และ Piper et al., (1998) มาใช้เป็นความหมายของความเหนื่อยล้าสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของตัวผู้ป่วยเองซึ่งเป็นการประเมินได้ครอบคลุม 4 มิติ คือ มิติด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ด้านความรู้สึกของความเหนื่อยล้าที่มีต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญาและอารมณ์

2.2 อาการและอาการแสดงออกของความเหนื่อยล้า

บ่อยครั้งที่ความเหนื่อยล้าเป็นอาการแรกที่แสดงให้เห็นว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น (Ream & Richardson, 1999: 1295) โดยความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจะทำให้ร่างกายมีการ

ตอบสนองต่อความเหนื่อยล้าแตกต่างกันไปทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรมขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้านั้นซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและพฤติกรรม

เมื่อมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น ร่างกายจะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น จึงมีการนำพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยอ่อน (Tiredness) หมดกำลังจนถึงหมดแรง (Exhaustion) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มึนศีรษะ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม รู้สึกง่วงซึมตลอดเวลา การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง มีพฤติกรรมซึมเศร้าและเชื่องช้า ความคล่องตัวและความสนใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ชอบอยู่คนเดียวและจะแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมีเกิดขึ้นในร่างกายคือมีกรดแลคติกและคาร์บอนไดออกไซด์เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อส่งผลให้กล้ามเนื้อมีสภาพเป็นกรดมากขึ้น ซึ่งจะทำให้การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อลดลง (Berger, 1998: 51-62, Berger & Higginbotham, 2000; Magnusson et al., 1999: 224; Karqouich & Sinning, 1971: 236-237 cited in สุทธิดา อุทะพันธ์, 2541: 15)

2.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญาและอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุกข์ทรมานทางอารมณ์ (Mood distress) โดยพบว่าความเหนื่อยล้าทำให้บุคคลมีความตึงเครียดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความโกรธ กระวนกระวายใจ และมีอารมณ์ไม่มั่นคงเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีการแสดงออกทางพฤติกรรมเช่น กระสับกระส่าย ฉุนเฉียว โมโหง่าย ความอดทนลดลง รวมทั้งความเหนื่อยล้ายังทำให้บุคคลสูญเสียกระบวนการคิด ความสามารถเกี่ยวกับการตัดสินใจในการทำงานลดลง หลงลืม ไม่มีสมาธิ การรับรู้และความจำสั้น คิดอะไรไม่ออก ก ารคิดคำนวณช้า และไม่ถูกต้อง เกิดความสับสน ซึ่งจะมีผลทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง (Piper et al., 1987: 21; Irvine et al., 1994; Aaronson et al., 1999; Bower et al., 2000: Karqouich & Sinning, 1971: 236-237 cited in สุธิดา อุทะพันธ์, 2541:15)

2.3 การจำแนกชนิดของความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้าสามารถจำแนกได้หลายระบบ เช่น แบ่งชนิดของความเหนื่อยล้าตามสาเหตุจะได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางสรีรวิทยา (Physiological fatigue) ความเหนื่อยล้าจากโรคทางกาย (Original fatigue) และความเหนื่อยล้าจากภาวะจิตใจ (Functional fatigue) (วันชัย วนะชิวนาวิน, 2537: 23) แต่สำหรับศาสตร์ทางการพยาบาลนิยมจำแนกความเหนื่อยล้าตามระยะเวลาหรือลักษณะของการเกิดอาการมากที่สุด ซึ่งแบ่งได้เป็นความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (Acute fatigue) และความเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic fatigue)

2.3.1 ความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (Acute fatigue)

ความเหนื่อยล้าชนิดนี้เป็นลักษณะของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้น ๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและคงอยู่ไม่นาน โดยความเหนื่อยล้าชนิดนี้จัดเป็นกลไกป้องกันความเครียด และเป็นกลไกที่ช่วยเตือนให้ร่างกายได้พักผ่อน เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดจากการทำงานหนักมากเกินไปในคนที่มีสุขภาพดี เป็นความเหนื่อยล้าชนิดที่สามารถบรรเทาลงได้ด้วยการพักหรือการนอนหลับ หรือด้วยวิธีการจัดการกับความเครียด (Stress management) และพบว่าความเหนื่อยล้าชนิดนี้มีผลเล็กน้อยต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของบุคคล (Piper et al., 1989; Jacob & Piper, 1996: 1195)

2.3.2 ความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (Chronic fatigue)

ความเหนื่อยล้าชนิดนี้เป็นความเหนื่อยล้าที่อาจเกิดขึ้นโดยมีหรือไม่มีสาเหตุก็ได้ และพบว่าไม่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรม (Activities) หรือการออกกำลังกาย เป็นการรับรู้ของบุคคลว่ามีความผิดปกติที่ไม่ธรรมดาเกิดขึ้น โดยมีจุดเริ่มต้นที่รุนแรงกว่าความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลันเป็นความเหนื่อยล้าชนิดที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา สามารถเกิดขึ้นได้ทั่วร่างกาย อาการคงอยู่มากกว่า 1 เดือน (Piper, 1986, 1991: 895; Jacop & Piper, 1996: 1195) และพบว่ามักจะมีความผิดปกติทางจิตใจเช่นมีความเครียดเกิดร่วมด้วยเสมอ นอกจากนี้ยังพบว่าความเหนื่อยล้าชนิดนี้ไม่สามารถบรรเทาได้โดยใช้เทคนิคซ่อมแซมร่างกายแบบธรรมดา เช่น การนอนหลับพักผ่อนเพียงอย่างเดียว ความเหนื่อยล้าชนิดนี้จะส่งผลอย่างมากในการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของบุคคลในที่สุด (Piper, 1989; สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์, 2539: 5) ความเหนื่อยล้าชนิดนี้หากเกิดขึ้นนานเกิน 6 เดือนขึ้นไปจะเรียกว่า กลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic Fatigue Syndrome) (CFS) ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.4 กรอบแนวคิดของความเหนื่อยล้า (fatigue)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าพบว่ามีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเกิดความเหนื่อยล้าไว้หลายกรอบแนวคิดได้แก่

2.4.1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการใช้พลังงานของไรเดน (Ryden's Conceptual Framwork of Energy Expenditure, 1977) เป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนน้อยที่สุดในการอธิบายความเหนื่อยล้า โดยกล่าวว่าร่างกายของคนเป็นระบบเปิดและได้รับพลังงานจากสิ่งแวดล้อมมาเพื่อใช้ในการดำรงชีวิตซึ่งพลังงานที่ได้รับมามีความจำเป็นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำงาน การมีกิจกรรมทางสังคม และการทำงานอดิเรกแต่หากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นพลังงานที่ร่างกายได้รับมาจำเป็นต้องถูกนำไปใช้เพื่อซ่อมแซมและฟื้นฟูร่างกายทำให้ร่างกายมีพลังงานเหลือเพื่อไปทำกิจกรรมอื่น ๆ ได้น้อยลง รวมทั้งความเครียดก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการสูญเสียพลังงานมาก

ขึ้น ทำให้พลังงานที่เก็บสะสมไว้หมดไปจนเกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้นได้ (Ryden, 1977 cited in Ream & Richardson, 1999: 1297)

2.4.2 กรอบแนวคิดความเหนื่อยล้าของไอสตาร์ (Aistar's Organizing Framework, 1987) เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงความเหนื่อยล้าว่าเกิดจากการขาดแคลนพลังงานโดยเชื่อว่าความเครียดและปัจจัยกระตุ้นทางกายภาพเช่น ความเจ็บป่วย เป็นสาเหตุหลักของการเกิดความเหนื่อยล้าซึ่งความเครียดแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือความเครียดด้านร่างกาย และความเครียดด้านจิตใจโดยปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดมีทั้งปัจจัยทางด้านร่างกาย (Physiological factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors) โดยไอสตาร์อธิบายกลไกของความเหนื่อยล้าโดยใช้แนวคิดของเซลเย่ที่ว่า บุคคลเกิดมาพร้อมกับพลังงานที่มีมาอย่างจำกัดจำนวนหนึ่งเพื่อนำมาใช้ในการปรับตัวและเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะเกิดสัญญาณไปกระตุ้นการทำงานของ Sympathetic nervous system ให้หลั่ง Stress hormone ออกมากระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายและถ้าร่างกายถูกกระตุ้นเป็นเวลานาน ๆ จะเกิดการสูญเสียพลังงานเนื่องจากพลังงานที่ถูกเก็บสะสมไว้จะถูกนำมาใช้ สำหรับการบรรเทาความเครียดตามแนวคิดของไอสตาร์คือ การทำสมาธิ การออกกำลังกาย โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การให้ความรู้เพื่อบรรเทาความเครียดเป็นต้น (Aistars, 1987: 25)

2.4.3 กรอบแนวคิดความเหนื่อยล้าของเออร์วิน (Irvine et al.'s Energy Analysis Model, 1994) กรอบแนวคิดนี้เชื่อว่าร่างกายของมนุษย์เป็นระบบเปิดต้องพึ่งพาพลังงานทั้งจากภายในและภายนอกของสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างพลังงานให้ร่างกาย แต่ถ้าสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกมีการส่งพลังงานงานให้ร่างกายลดลงในขณะที่ร่างกายมีความต้องการในการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น อันเกิดได้จากความผิดปกติของร่างกายหรือจิตใจจึงส่งผลให้เกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้น (Irvine et al., 1994)

2.4.4 กรอบแนวคิดความเหนื่อยล้าของวินนิงแฮม (Winningham's Psychobiological - Entropy Model, 1996) เป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายถึงความเหนื่อยล้าในด้านสถานะการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional status) ของบุคคล โดยเป็นแนวคิดที่อธิบายว่าความเหนื่อยล้าเป็นภาวะการขาดพลังงานซึ่งเกิดจากเงื่อนไขบางประการหรือเกิดจากภาวะการเป็นโรค โดยลักษณะเฉพาะของความเหนื่อยล้าในแนวคิดนี้คือความเหนื่อยล้าจะทำให้เกิดการไร้ความสามารถในบุคคลนั้นได้ โดยความเหนื่อยล้าในระยะแรก (Primary fatigue) จะทำให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลลดลงและความเหนื่อยล้าในระดับถัดมา (Secondary fatigue) จะเกิดขึ้นจากการลดลงของการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งการลดลงของการมีกิจกรรมทางกายนี้จะส่งผลให้สถานะการทำหน้าที่ของบุคคลให้ลดลง และจะก่อให้เกิดการไร้ความสามารถรวมทั้งเพิ่มอัตราการเกิดโรคขึ้นได้

2.4.5 กรอบแนวคิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper et al.'s Integrated Fatigue Model : IFM) โดยแนวคิดนี้กล่าวถึงปัจจัยที่เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยล้าโดยประกอบไปด้วย 14 ปัจจัยซึ่งครอบคลุมปัจจัยทางกายภาพ (Physiological factors) ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) และปัจจัยทางจิตสังคม (Psychological factors) (Piper et al., 1987: 17) โดยเมื่อร่างกายเกิดความเหนื่อยล้าขึ้นบุคคลจะรับรู้ได้ด้วยตนเอง (Subjective fatigue) และจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ (Objective fatigue) ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้านั้นโดยแบ่งการรับรู้ความเหนื่อยล้าออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้านการรับรู้ความหมายของความเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญาและอารมณ์ (Piper et al., 1987: 17; Piper et al., 1998)

2.5 แนวคิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper et al.'s Integrated Fatigue Model : IFM)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแนวคิดทฤษฎีความเหนื่อยล้าของ Piper et al. (1987) เป็นกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาเนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้อย่างครอบคลุมโดยกล่าวถึงปัจจัยที่เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยล้าไว้ถึง 14 ปัจจัยซึ่งครอบคลุมปัจจัยทางกายภาพ ปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม (Piper et al., 1987: 17) โดยเมื่อมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นบุคคลจะรับรู้ได้ด้วยตนเอง (Subjective fatigue) และจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสามารถสังเกตได้ (Objective fatigue) ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้านั้น โดยแบ่งการรับรู้ความเหนื่อยล้าออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้านการรับรู้ความหมาย ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญาและอารมณ์ (Piper et al., 1987: 17; Piper et al., 1998) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าตามแนวคิดทฤษฎีของไปเปอร์มีดังนี้

1. การสะสมของเสียจากกระบวนการเผาผลาญ (Accumulation of metabolites) การสะสมของเสียจากกระบวนการเผาผลาญมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าซึ่งของเสียเหล่านั้นได้แก่ กรดแลคติก (Lactic acid) ไพรูเวท (Pyruvate) ไฮโดรเจน (Hydrogen ion) และสารที่ได้จากการสลายตัวของเซลล์มะเร็ง เป็นต้น ซึ่งกรดแลคติกจะทำให้ความสามารถในการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อลดลงรวมทั้งยังมีผลในการขัดขวางการไหลเวียนของโลหิตทำให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจึงเกิดกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจนขึ้น (Anaerobic metabolism) และยังพบว่ากรดแลคติกเป็นสารที่มีความจำเป็นในการดำรงชีพของก้อนเนื้องอกในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งสามารถทำให้เกิดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้ (Piper et al., 1987: 20) ส่วนไฮโดรเจนไอออน (Hydrogen ion) จะมีผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยจะไปลดและขัดขวางแคลเซียมไอออน (Calcium ion) ในการจับกับโทรโปรนิน (Troponin) ในขั้นตอนปฏิกิริยา

แอคตินไมโอซิน (Actinmyosin) ซึ่งมีผลให้แรงในการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อลดลง นอกจากนี้ การสะสมของเสียต่าง ๆ (End products) ที่เกิดจากการทำลายเซลล์จากการรักษาที่ได้รับจะเป็นตัวยับยั้งและขัดขวางการทำหน้าที่ของเซลล์ปกติและมีผลทำให้สภาพของเซลล์มีการเปลี่ยนแปลงไป

2. แบบแผนการเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสารที่ให้พลังงาน (Changes in energy and energy substrate patterns) การเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสาระสำคัญที่นำมาใช้ในการสร้างพลังงานจะก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (กัญญารัตน์ ผึ่งบรรหาร, 2539: 22; Piper et al., 1987: 20) ผู้ป่วยมะเร็งจะมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของพลังงานซึ่งมักจะเกิดจากความผิดปกติของการใช้พลังงาน เช่น การถูกแย่งอาหารจากก้อนเนื้องอก ภาวะติดเชื้อ ภาวะไข้ ภาวะเบื่ออาหาร รวมทั้งความไม่สมดุลของฮอร์โมนต่าง ๆ เช่น Thyroid hormone เมื่อร่างกายมีการนำพลังงานสำรองที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ กล้ามเนื้อจึงมีการสลายไกลโคเจน โปรตีน และไขมันเพื่อนำมาสร้างพลังงานทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย และเกิดเป็นความเหนื่อยล้า (Berger and Williams, 1992 cited in กัญญารัตน์ ผึ่งบรรหาร, 2539: 22)

3. แบบแผนสภาวะของโรค (Disease patterns) ความเหนื่อยล้ามักเกิดร่วมกับความเจ็บป่วยโดยเฉพาะในโรคเรื้อรังอย่างโรคมะเร็ง เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพโดยเป็นโรคที่มีการแบ่งเซลล์มากกว่าปกติทำให้ร่างกายมีความต้องการพลังงานมากขึ้นเพื่อใช้ในการซ่อมแซมและฟื้นฟูส่วนที่สึกหรอให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว กระบวนการดังกล่าวจะทำให้เกิดการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้นรวมทั้งมีการดึงพลังงานที่ถูกเก็บสะสมไว้ออกมาใช้ทำให้พลังงานในร่างกายค่อย ๆ หมดไปจนเกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้นในที่สุด

4. แบบแผนอาการแสดง (Symptom patterns) ในผู้ป่วยมะเร็งจะมีอาการแสดงต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นมากมายได้แก่ ความเจ็บปวด อาการหายใจลำบาก ท้องเสีย และนอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งความรุนแรงของอาการแสดงเหล่านี้จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ (นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล ลาวัลย์ตระกูล และทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์, 2542: 39) โดยก่อให้เกิดความเครียดและความเครียดจะนำไปสู่ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งได้ในที่สุด (Aistars, 1987: 25) นอกจากนี้ยังพบว่าความเจ็บปวดและอาการหายใจลำบากเป็นภาวะที่ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมากกว่าปกติจึงเป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้นได้ (Piper, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของPiyawan Pritsanapanurungsie (2000) และจากการศึกษาของ Berger and Walker (2001) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการ (Symptom distress) โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Irvine et al. (1994) และการศึกษาของ Bower et al. (2000) ที่พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการอันได้แก่ ความเจ็บปวด

และอาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นตัวทำนายความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดได้เป็นอย่างดี

5. แบบแผนของการรักษา (Treatment patterns) วิธีการต่าง ๆ ในการรักษาโรคมะเร็ง เช่น การผ่าตัด การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษา และการรักษาด้วยฮอร์โมนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987: 20) โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการรักษาร่วมกันหลายวิธี พบว่าจะเกิดความเหนื่อยล้าได้มากกว่าการรักษาด้วยวิธีเดียว (Woo et al., 1998) ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาที่ได้รับจะก่อให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆซึ่งจะนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ นอกจากนี้รังสีรักษาและเคมีบำบัดยังทำให้เกิดการสะสมของของเสียจากการทำลายเซลล์มะเร็งไปขัดขวางการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและเกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้นในที่สุด

6. แบบแผนการใช้ออกซิเจน (Oxygen patterns) ปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือรบกวนความสามารถในการที่จะดำรงไว้ซึ่งความเพียงพอของระดับออกซิเจนในปอดหรือกระแสเลือดไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตามจะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987: 21) โดยพบว่าภาวะซีดจะทำให้ระดับของเม็ดเลือดแดงลดลง ส่งผลให้การนำออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายน้อยลงตามไปด้วย และผลจากการที่เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายขาดออกซิเจนจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเนื่องจากร่างกายเกิดกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิดของเสียไปสะสมในกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อจึงอ่อนแรงและเกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้น สำหรับในผู้ป่วยมะเร็งจากการศึกษาของ Cella et al. (2002) ที่ศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซีดเปรียบเทียบกับรายที่ไม่มีภาวะซีดและในกลุ่มคนปกติ ผลการศึกษาพบว่าระดับของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่มีภาวะซีดจะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซีดและกลุ่มคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าภาวะซีดเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งได้ แต่ก็พบว่ามีงานวิจัยที่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Cella และคณะคือจากการศึกษาของ เพียงใจ ดาโลปการ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดผลการศึกษาพบว่า ภาวะซีด ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

7. แบบแผนการนอนหลับและตื่น (Sleep/Wake patterns) การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ การถูกรบกวนให้ตื่นบ่อย ๆ ในเวลากลางคืน หรือมีอาการนอนไม่หลับในเวลากลางคืนจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าขึ้นได้ เนื่องจากการนอนหลับที่เพียงพอจะทำให้ร่างกายมีการซ่อมแซมร่างกายส่วนที่สึกหรอและสร้างพลังงานไว้ใช้ในยามจำเป็น ดังนั้นการนอนหลับจึงเปรียบเสมือนการสงวนการใช้พลังงานวิธีหนึ่ง แต่ในขณะเดียวกันถ้าร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอจะทำให้การสร้างพลังงานในร่างกายลดลง ขาดการซ่อมแซมและฟื้นฟูพลังงานร่างกายเกิดความอ่อนเพลียจนเป็นความเหนื่อยล้าขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลายงานที่พบว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี การนอนหลับยาก หรือภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia) การถูกรบกวนการ

นอนหลับ (Sleep disturbance) หรือการตื่นบ่อยในเวลากลางคืนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Berger, 1998; Broeckel et al., 1998; Bower et al., 2000; Mock et al., 1997; Redeker, Lev and Ruggiero, 2000)

8. แบบแผนสภาพจิตใจ (Psychological patterns) ความผิดปกติทางด้านจิตใจที่เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่พบบ่อยคือความเบื่อหน่าย ความวิตกกังวล ความเครียด และความซึมเศร้า (Redeker et al., 2000; Piper et al., 1987; 21; Jacobson et al. cited in Jong, 2002) เนื่องจากภาวะเหล่านี้เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจซึ่งจัดว่าเป็นตัวกระตุ้นความเครียดทางอารมณ์และหากมีความเครียดเกิดขึ้นเป็นเวลานาน ความเครียดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท ซิมพาเธติกให้หลั่ง Stress hormone ออกมากระตุ้นอวัยวะต่าง ๆ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีการทำงานมากเกินไปพลังงานในร่างกายที่มีอยู่ไม่เพียงพอจนต้องมีการดึงพลังงานสำรองออกมาใช้ เกิดภาวะพร่องพลังงานอันจะนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความเครียดและภาวะขาดแรงจูงใจจะมีผลต่อการทำงานของระบบเรติคูลาร์แอคติเวทติ้ง (Reticular activating system) โดยทำให้ระบบเรติคูลาห์แอคติเวทติ้งไม่สามารถคงไว้ซึ่งการตื่นตัวและเตรียมพร้อมจึงทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

9. แบบแผนทางสังคม (Social patterns) วิถีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ แรงสนับสนุนทางสังคม สภาพเศรษฐกิจ จะมีผลต่อความเหนื่อยล้าโดยถ้าบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงของวิถีการดำรงชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อหรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเกิดขึ้นและนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987: 21)

10. แบบแผนการเปลี่ยนแปลงการควบคุมสารสื่อประสาท (Changes in regulation/transmission patterns) ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเลคโตรลัยท์ในร่างกายหรือการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อนำประสาทต่าง ๆ ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) ทริปโตเฟน (Tryptophan) เมลาโทนิน (Melatonin) หรือการหลั่งสารไซโตไคน์ (Cytokine) จากเม็ดเลือดขาวออกมามากเกินไป จะส่งผลต่อการสื่อสารและความตึงตัวของกล้ามเนื้อและก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987: 21) ถ้าสารสื่อประสาทมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลไม่ตื่นตัว ง่วงซึม และความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงทำให้การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อช้าลงเกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้นได้

11. แบบแผนสภาพเหตุการณ์ในชีวิต (Life event patterns) สภาพเหตุการณ์ในชีวิตหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตจะมีผลต่อความเหนื่อยล้าคือ บุคคลที่มีการดำเนินชีวิตที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดเป็นเวลานาน ๆ หรือเสมอ ๆ จะส่งผลให้ร่างกายมีการใช้พลังงานมากขึ้น (อภันตรี กองทอง, 2544: 27) ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

12. แบบแผนกิจกรรมและการพักผ่อน (Activity and rest patterns) การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อนมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า (Piper et al., 1987: 20) โดยพบว่าการพักผ่อนที่มากหรือน้อยเกินไปจะเป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ เช่น การนั่งอยู่กับที่ การนอนมากเกินไป หรือไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานานจะเพิ่มความเหนื่อยล้าให้บุคคลได้ ทั้งนี้เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ไม่มีการเคลื่อนไหวหรือขาดการออกกำลังกายเหล่านั้นจะมีความต้องการออกซิเจนในปริมาณที่มากกว่าปกติเพื่อคงไว้ซึ่งการทำงาน ส่งผลให้เกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งจะมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการมีกิจกรรมและการพักผ่อนโดยจะลดการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลง และนอนหลับพักผ่อนมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Berger & Higginbotham (2000) ที่ศึกษาแบบแผนของความเหนื่อยล้าและความสัมพันธ์ระหว่างการมีกิจกรรม การนอนหลับ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และสถานะการทำหน้าที่กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 14 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการลดลงของการทำกิจกรรมในระหว่างการรักษาและหลังการรักษาถึงร้อยละ 65-80

ซึ่งผลของการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Richardson & Ream (1997) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 109 รายพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการดูแลตนเองต่อความเหนื่อยล้าโดยการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อนมากที่สุดถึงร้อยละ 83.6 โดยจะเพิ่มการนอนให้มากขึ้น นอนเกือบทั้งวันและลดการทำกิจกรรมอื่น ๆ ลง

13. แบบแผนสภาพแวดล้อม (Environmental patterns) สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ โดยพบว่า แสง เสียง อุณหภูมิ และสารที่ก่อให้เกิดการแพ้ต่าง ๆ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า ซึ่งการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังจนเกินไปจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้นได้ (Putt, 1977 cited in Piper et al., 1987: 21)และพบว่าระดับเสียงที่ดังเกิน 35 เดซิเบลในตอนกลางคืนและดังมากกว่า 45 เดซิเบลในตอนกลางวันจัดเป็นเสียงที่อยู่ในขั้นรบกวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Giffin, 1992 อ้างถึงใน เพียงใจ ดาโลปการ, 2545: 39)

14. ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Innate host factors) ปัจจัยภายในส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าแต่ก็พบว่ายังมีข้อขัดแย้งในเรื่องปัจจัยด้านอายุ ซึ่ง Piper et al. (1987) กล่าวว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้า โดยเมื่อบุคคลอายุมากขึ้นจะเกิดความเหนื่อยล้าได้ง่ายเนื่องจากพยาธิสภาพและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะลดลงเช่น กำลังในการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและปอดลดลง ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ระบบทางเดินอาหารย่อยและดูดซึมได้ไม่ดีทำให้ร่างกายได้รับพลังงานลดลงซึ่งจะนำไปสู่ความเหนื่อยล้าในที่สุด

อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีความขัดแย้งกันในเรื่องของอายุกับความเหนื่อยล้าเนื่องจากมีงานวิจัยอีกหลายงานที่พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุเช่น การศึกษาของ Woo et al. (1998) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 322 รายที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษาหรือการรักษาหลายวิธีร่วมกันพบว่าหญิงที่มีอายุน้อยจะมีความเหนื่อยล้าสูงกว่าหญิงที่มีอายุมากกว่าและพบว่าคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Bower et al. (2000) ที่พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุโดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความเหนื่อยล้ามากกว่าในรายที่มีอายุมาก นอกจากนี้ยังพบว่ามีผลการศึกษาในอีกหลายงานวิจัยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า (Mast & Jacobsen et al., 1998, 1999 cited in Jong et al., 2002) ดังนั้นในปี พ.ศ. 2545 เพียงใจ ดาโลปการจึงได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นประชากรชาวไทยที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 160 ราย ผลจากการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้านั่นคือเมื่ออายุมากขึ้นความเหนื่อยล้าจะลดลงซึ่งสามารถนำมาอ้างอิงในประชากรที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชาวไทยได้จริง

นอกจากนี้ยังพบว่าเพศมีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าโดยพบว่าเพศหญิงมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นบ่อยกว่าเพศชายเนื่องจากเพศหญิงมีการสูญเสียเลือดในระหว่างการมีประจำเดือนหรือการเสียเลือดในขณะคลอดหรือหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bower et al (2000) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของอุบัติการณ์ และคุณภาพชีวิตต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ตั้งแต่ปี 1994-1997 จำนวน 1957 ราย พบว่าระดับความเหนื่อยล้าจะเพิ่มมากขึ้นภายหลังหมดประจำเดือน (Menopausal symptom) และจากการได้รับยาเคมีบำบัด

2.6 การประเมินความเหนื่อยล้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเหนื่อยล้าไว้หลายลักษณะโดยสร้างมาจากคุณลักษณะ (Characteristics) ของความเหนื่อยล้านั้น ๆ และพบว่าการสร้างเครื่องมือในการประเมินความเหนื่อยล้าจะมีลักษณะเช่นไรจะขึ้นอยู่กับแนวคิดของความเหนื่อยล้าที่ผู้ที่ทำการศึกษานั้นสนใจ ซึ่งโดยรวมแล้วสามารถแบ่งเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าได้ 2 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่

2.6.1 แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกต (Objective data)

เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าจากพฤติกรรมหรือการแสดงออกซึ่งผู้ประเมินสามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนจากผู้ถูกประเมิน ได้แก่ การมีพฤติกรรมง่วงนอนตลอดเวลา มีความสนใจและมีแรงจูงใจลดลง หงุดหงิด เพิกเฉยละเลยเรื่องต่าง ๆ ไม่อยากทำ

กิจกรรม ไม่อยากพูดกับใคร ความคล่องแคล่วตัวลดลง เป็นต้น ซึ่งแบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกต ได้แก่

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของโรเท็น (Roten, 1982) มีลักษณะเป็นมาตราวัดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 มีข้อคำถาม 1 ข้อใช้ประเมินความรู้สึกเหนื่อยล้าโดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 เป็นการสังเกตพฤติกรรมจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อความเหนื่อยล้าใน 5 ด้าน คือ ลักษณะทั่วไป สีผิว การติดต่อสื่อสาร กิจกรรมการแสดงออกและทัศนคติ และส่วนที่ 2 จะเป็นแบบสังเกต (Observation checklist) ซึ่งแบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดแต่ไม่ได้ทำการทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือไว้

2.6.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของบุคคล (Subjective data)

เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของผู้ที่เกิดความเหนื่อยล้าเอง ซึ่งประเมินจากการรับรู้ ความรู้สึก หรือจากประสบการณ์ที่ได้รับมาซึ่งแบบประเมินที่ได้รับความนิยมในปัจจุบันได้แก่

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของแทค (The Multidimensional Assessment of Fatigue : MAF. Tack, 1991) เป็นแบบวัดความรู้สึกและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่บุคคลประสบมาแล้ว 1 สัปดาห์ มีลักษณะประมาณค่าด้วยสายตา (Visal Analog Scale for Fatigue) ประกอบด้วย 16 ข้อคำถามโดยวัดความเหนื่อยล้าใน 5 ด้าน ดังนี้ ด้านความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ระดับของความเหนื่อยล้า ระยะเวลาของความเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานจากความเหนื่อยล้าและผลกระทบในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากความเหนื่อยล้าและได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวน 133 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .93

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของแม็คแนร์และคณะ (Profile of Mood States: POMs, 1981) เป็นแบบประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้า โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นเรสติงสเกล 5 อันดับแต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0-5 และประเมินใน 6 ด้านคือ ความซึมเศร้า ความตึงเครียด ความโกรธ ความสับสน ความเหนื่อยล้า และความแข็งแรง โดยแม็คแนร์และคณะได้นำแบบประเมินนี้ไปหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74 - .91 (Redeker et al., 2000: 280)

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (The Piper's Fatigue Scale, 1989, 1998) เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินความเหนื่อยล้าโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งและจากการรักษาที่ได้รับ โดยสามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้ครอบคลุมทุกมิติทั้งมิติด้านร่างกายและจิตใจ มิติด้านพฤติกรรม

และความรุนแรง มิติด้านสติปัญญาและอารมณ์ และมิติด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ซึ่งสร้างขึ้นโดย Barbara F. Piper และคณะในปี ค.ศ. 1989 ประกอบด้วย 41 ข้อคำถาม และได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามในปี ค.ศ. 1998 เนื่องจากจำนวนข้อคำถามเดิมมีจำนวนมากเกินไปโดยใช้วิธี Factor Analysis (Crobach's alpha = .97) จนได้เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าทั้ง 4 ด้านคือ 1) ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า (Behavioral/severity) จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า (Affective meaning) จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านร่างกายและจิตใจ (Sensory) จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ (Cognitive/mood) จำนวน 6 ข้อ และได้นำเครื่องมือนี้ไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 382 รายในปี ค.ศ. 1998 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยรวม = .97

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (1998) เป็นเครื่องมือในการประเมินความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากสามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้ครอบคลุม 4 มิติ คือด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมและความรุนแรง สติปัญญาและอารมณ์ และการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง ประกอบกับเป็นแบบประเมินที่ถูกนำไปใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้าทั้งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและในโรคเรื้อรังอื่น ๆ มาแล้วอย่างแพร่หลายและพบว่าเป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าที่มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าค่าความเที่ยงที่ได้จากการนำแบบสอบถามนี้ไปใช้ประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในระดับสูงคือ .91 (Richardson et al., 1998: 20), .91 - .96 (Woo et al., 1998: 917), .91 - .98 (Berger & Higginbotham, 2000: 1444) เป็นต้น และนอกจากนี้ เพียงใจ ดาโลปการ ได้นำแบบประเมินฉบับนี้มาแปลเป็นภาษาไทยแล้วนำไปหาค่าความเที่ยงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 160 รายพบว่าได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .96 และรายด้านเท่ากับ .86 - .92

2.7 ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สำหรับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่ามีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นได้สูงถึงร้อยละ 80-100 (Ream & Richardson, 1999: 1296) โดยพบว่าร้อยละ 60 มีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง รวมทั้งยังเป็นอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานได้เป็นอย่างมาก และจากแนวคิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper et al., 1987) จะพบว่าความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดได้จากหลายสาเหตุอาทิเช่น จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมกับการมีชีวิตอยู่กับโรคและการรักษาที่ได้รับเป็นเวลานาน การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่สูญเสียไปจากการรักษาจึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนทางด้านจิตใจ (Bower et al., 2000: 744) โดยมีความโกรธ ความเครียด ความกลัว ความซึมเศร้า และความวิตกกังวลเกิดขึ้นสูงถึงร้อยละ 70 (Ream

& Richardson, 1999: 1300) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จัดเป็นภาวะคุกคามทางจิตใจทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมากกว่าปกติจนเกิดความเป็นความเหนื่อยล้าขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าพยาธิสภาพของโรคเองก็เป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้าได้เช่นกัน (Bower et al., 2000: 744) เนื่องจากมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เซลล์มีการแบ่งตัวมากกว่าปกติ ร่างกายจึงมีกระบวนการเผาผลาญเพิ่มขึ้นจึงเกิดการสะสมของเสียเช่น แลคเตท ไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน สารโปรตีนจากการสลายตัวของเซลล์มะเร็ง รวมทั้งของเสียที่เกิดจากการทำลายเซลล์ของเคมีบำบัดและรังสีรักษา (Aistars, 1987: 26; Piper et al, 1987: 20; Jacob & Piper, 1996: 197) ซึ่งกรดแลคติกจะไปทำให้ความสามารถในการหดรัดตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ในขณะที่ไฮโดรเจนไอออนจะไปขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อโดยแย่งแคลเซียมไอออนในการจับกับโทรโปนินในขั้นตอนปฏิกิริยาแอคติน-ไมโอซิน ส่งผลให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงจึงเกิดเป็นความเหนื่อยล้า (Piper et al., 1987:20; Jacob & Piper, 1996: 1198)

การรักษาที่ได้รับ เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ เนื่องจากการรักษาที่ได้รับจะก่อให้เกิดอาการข้างเคียงต่อร่างกาย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำ สารอาหาร และอิเลคโตรไลท์ทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงานจนเกิดเป็นความเหนื่อยล้า นอกจากนี้ยังพบว่าการรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกันจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าได้มากกว่าการรักษาเพียงวิธีเดียวซึ่ง Woo et al. (1998) ได้ทำการศึกษาความแตกต่างของความเหนื่อยล้าจากการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 332 รายพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกันจะมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นมากที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่าอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดความเหนื่อยล้าได้คือการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อนที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเป็นอย่างมาก โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ลดการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลงจากเดิมถึงร้อยละ 65-80 (Berger et al., 2000) และมักจะนอนพักทั้งวันมากกว่า ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรงจึงเกิดเป็นความเหนื่อยล้าได้ในที่สุด (Berger, 1998; Piyawan Pritsanapanurungsie, 2000; ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล, 2544; บุญมี แพรุ้งสกุล, 2545)

2.8 ผลกระทบของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและจากการรักษาที่ได้รับ

ความเหนื่อยล้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและจากการรักษาที่ได้รับรวมทั้งยังพบว่าความเหนื่อยล้าเป็นอาการแสดงที่ก่อให้เกิดปัญหารบกวนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง และหากความเหนื่อยล้านี้เกิดขึ้นบ่อย คงอยู่เป็นเวลานานก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (อภันตรี กองทอง, 2544: 2) ได้ดังต่อไปนี้

2.8.1 ด้านร่างกาย พบว่าความเหนื่อยล้าจะทำให้ร่างกายมีการสูญเสียพลังงาน ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่สุขสบาย มีอาการอ่อนเพลีย หมดแรง กล้ามเนื้อไม่มีแรง การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อและร่างกาย เหนื่อยง่าย ง่วงซึม มึนศีรษะ นอกจากนี้ยังพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลงจนต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Mock et al., 2001: 120) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Bower et al., 2000: 743; Broeckel et al., 1988: 1689)

2.8.2 ด้านจิตใจ ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์โดยพบว่าผู้ป่วยจะขาดสมาธิในการทำสิ่งต่าง ๆ มีความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าเกิดขึ้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายยังพบว่าผู้ป่วยมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย กระสับกระส่าย มีความสับสน และว้าวุ่นใจเกิดขึ้นอีกด้วย

2.8.3 ด้านสังคม พบว่าความเหนื่อยล้าจะทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ลดลง ซึ่งเกิดจากการสูญเสียกระบวนการคิดและการตัดสินใจ ซึ่งความสามารถในการตัดสินใจที่ลดลงของผู้ป่วยนี้จะส่งผลให้ศักยภาพในการทำงานลดลง และจะส่งผลกระทบต่ออาชีพการงานและฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยในที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าความเหนื่อยล้ายังทำให้ผู้ป่วยไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือทำงานอดิเรกที่ตนเองเคยชอบ ไม่อยากมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ชอบอยู่คนเดียว และจะแยกตัวหลีกหนีออกจากสังคมในที่สุด

2.8.4 ด้านจิตวิญญาณ พบว่าความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต เกิดความสิ้นหวังและหดหู่ รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองจากบทบาทและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไปหรือจากการที่ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อื่นมากขึ้น และสำหรับในรายที่ผ่าตัดเต้านมจะเกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของความเป็นผู้หญิง และการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตาจากการรักษาที่ได้รับก่อให้เกิดความสิ้นหวัง ท้อแท้ ส่งผลให้ขาดความผาสุกทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณในที่สุด

3. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจัดได้ว่าเป็นการพยาบาลที่ค่อนข้างยุ่งยากและมีความสลับซับซ้อน เนื่องจากเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคมของผู้ป่วยได้เป็นอย่างมาก ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านให้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามพบว่าพยาบาลโดยทั่วไปก็มักจะได้พบและต้องดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ในทุกระยะของโรค ตั้งแต่ในระยะตรวจวินิจฉัยโรค ระยะของการรักษาเช่น การผ่าตัด การได้รับเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา หรือแม้แต่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตทั้งที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจกระบวนการเกิดของโรค ชนิดของโรค การรักษาที่ได้รับและอาการข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับตลอดจนผลกระทบของโรคต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัวทั้งด้าน

ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาและดูแลตนเองอย่างจริงจัง รวมทั้งช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสิ้นหวังด้วยการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยบรรเทาความทุกข์ ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความอดทน สามารถแก้ไขและเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของกระบวนการของโรคตั้งแต่การป้องกันการเกิดโรค การตรวจค้นในระยะเริ่มต้น การพยาบาลในระหว่างการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค การดูแลในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ตลอดจนการดูแลเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาที่ได้รับทั้งจากการผ่าตัด การได้รับรังสีรักษาหรือเคมีบำบัดและจากการรักษาด้วยฮอร์โมน การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดจากโรคและการรักษาที่ได้รับ การบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ การฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น (สมจิต หนุเจริญกุล, 2542: 255)

3.1 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งองค์รวม เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเพิ่มมากขึ้นและตัวผู้ป่วยจำต้องได้รับการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากตัวยาเคมีบำบัดถูกออกแบบมาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งโดยเฉพาะ แต่ยาก็อาจมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติได้ โดยเซลล์ที่มักได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดได้บ่อยได้แก่ เซลล์เม็ดเลือด ระบบทางเดินอาหาร และรากผม ซึ่งจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อระบบต่างๆเหล่านี้ได้บ่อย ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสรุปได้ดังนี้

1. ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ยาเคมีบำบัดจะทำให้เม็ดเลือดขาวลดลง ซึ่งจะทำให้ความสามารถในการต่อสู้กับเชื้อโรคลดลงด้วย วิธีที่จะช่วยหลีกเลี่ยงต่อการติดเชื้อได้แก่

1.1 ล้างมือบ่อยๆ

1.2 หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานที่แออัดหรือแหล่งชุมชนที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้หรือสัมผัสผู้ที่เป็นโรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และรักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ

1.3 รับประทานอาหารที่ปรุงสุกและสะอาดอยู่เสมอ

2. รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน เช่นเนื้อสัตว์ นม ไข่ ข้าว เป็นต้นเพื่อให้ร่างกายมีการสร้างพลังงานได้เพียงพอกับการใช้พลังงาน หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด หรืออาหารมัน ของทอด หรืออาหารที่มีกลิ่นจัด หลีกเลี่ยงการนอนราบ

ทันทีหรือใน 2 ชั่วโมงแรกหลังรับประทานอาหารเสร็จ พยายามรับประทานอาหารเสริมเพิ่มขึ้น เช่น นม น้ำเต้าหู้ น้ำผลไม้ เป็นต้น

3. หากมีอาการเบื่ออาหารควรแสวงหาวิธีที่จะช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น อย่าปล่อยให้เครียด หรือซึมเศร้า เนื่องจากอาการเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่อยากรับประทานอาหาร ลองเปลี่ยนสถานที่ในการรับประทานอาหารเช่นออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน หรือ เปลี่ยนชนิดของอาหารบ่อยๆ เลือกจัดรายการอาหารที่ตนเองชอบ รับประทานอาหารในบรรยากาศดีๆ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารกับเพื่อนฝูง เป็นต้น

4. ดื่มน้ำให้ได้เพียงพออย่างน้อยวันละ 2,000 – 3,000 ซีซีต่อวันในระหว่างได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากน้ำจะช่วยขับของเสียเช่น กรดยูริกออกจากร่างกายทางไต ช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกาย ทำให้ร่างกายสดชื่น กระปี้กระเปร่า ทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อชุ่มชื้น ลดการติดเชื้อในช่องปาก ป้องกันอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดต่อระบบทางเดินปัสสาวะได้ซึ่งควรได้รับน้ำในรูปของเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ เช่น น้ำเปล่า น้ำส้ม นมถั่วเหลือง น้ำขิง หรือน้ำผลไม้ต่างๆ ควรตรวจสอบปริมาณน้ำดื่มอย่างถูกต้องตลอดช่วงของการได้รับเคมีบำบัด และ ควรประเมินอาการผิวหนังแห้ง ปากแห้งจากการขาดน้ำเนื่องจากอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย

5. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมงในเวลากลางคืนเพราะการนอนกลับเป็นการสร้างพลังงานให้ร่างกายและยังเป็นการลดการใช้พลังงานในร่างกาย สำหรับในเวลากลางวัน ควรนอนพักอย่างน้อยวันละ 1- 2 ชั่วโมง แต่ไม่ควรนอนตลอดทั้งวันเพราะกล้ามเนื้อจะอ่อนแรงจนเกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้นได้ แต่หากนอนไม่หลับให้ปฏิบัติดังนี้

5.1 หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลมตั้งแต่ช่วงเย็นก่อนเข้านอน แต่ควรเปลี่ยนเป็นดื่มเครื่องดื่มอุ่นเช่น นมหรือน้ำขิงอุ่นๆซัก 1 แก้วก่อนเข้านอนแทน

5.2 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่น่านอนและควรทำจิตใจให้ผ่อนคลายก่อนเข้านอน

5.3 แต่หากยังนอนไม่หลับควรแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อช่วยแนะนำและแก้ปัญหาให้แต่อย่า ซื้อยามารับประทานเอง

6. ออกกำลังกายตามความสามารถของร่างกายเช่น เดินรอบบ้านวันละ 20 - 30 นาที เนื่องจากจะทำให้เลือดไหลเวียนได้ดี มีผลให้ร่างกายขับของเสียออกมาและทำให้ ร่างกายสดชื่นแจ่มใส

7. ลดความเร็วในการทำกิจกรรมต่างๆลงและไม่ควรทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน หยุดพักบ่อยๆแต่ไม่ควรนานเกิน 30 - 40 นาที และ ขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหากทีอาการอ่อนเพลียมาก

8. ดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติ หากมีอาการท้องผูกควรบรรเทาอาการ โดยการดื่มน้ำมากๆ วันละ 2 - 3 ลิตร ดื่มน้ำผลไม้หรือรับประทานอาหารที่มีกากมีเส้นใยมากเช่น ผัก ผลไม้ และออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อช่วยให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น

9. ลดหรือผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวลโดยระบายความรู้สึกกับผู้ใกล้ชิดหรือบุคคลที่ไว้ใจเช่นเพื่อนสนิทหรือคนในครอบครัวหรือใช้วิธีอื่นๆเช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การทำกิจกรรมอื่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจเช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือไต่ถามแพทย์หรือพยาบาลเมื่อมีข้อข้องใจในการรักษาและการดูแลตนเอง เป็นต้น

10. ป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่ได้รับดังต่อไปนี้

10.1 บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร 1 - 2 ชั่วโมงก่อนได้รับเคมีบำบัด หรือรับประทานอาหารมื้อหนักก่อนได้รับเคมีบำบัด 3-4 ชั่วโมง แล้วจึงรับประทานอาหารอ่อนๆ โดยรับประทานทีละน้อยๆ ช้าๆ แต่บ่อยครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้กระเพาะ อาหารแน่นเกินไปจนเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด อาหารเย็นจัดหรือร้อนจัด หรืออาหารที่มีกลิ่นฉุนและอาหารมันมาก เป็นต้น นอกจากนี้ควรรับประทานยาควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนตามคำสั่งของแพทย์ ก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรืออาจใช้วิธีดื่มน้ำอุ่นๆ หรือกลั้วปากด้วยน้ำอุ่นเพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลายความตึงเครียดและความวิตกกังวล เป็นต้น

10.2 ป้องกันเยื่อบุช่องปากอักเสบ โดยทำความสะอาดปาก ฟัน อย่างถูกวิธีภายหลังรับประทานอาหารทุกมื้อด้วยแปรงที่มีขนนุ่ม หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดหรืออาหารแข็งที่อาจทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ง่าย หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด หรือเครื่องดื่มที่ร้อนหรือเย็นจัด หรืออาหารแข็งที่ทำให้เกิดแผลในปากได้ง่าย

10.3 อาการท้องเสีย เมื่อมีอาการท้องเสียบรรเทาอาการ โดยรับประทานอาหารอ่อนที่ย่อยง่าย สุกสะอาดมีกากและเส้นใยน้อย แต่มีโปรตีนและแคลอรี่สูง เช่น ซุปน้ำใส หลีกเลี่ยงการดื่มนมสดและอาหารหรือเครื่องดื่มที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร หากอาการดีขึ้นจึงค่อยๆ รับประทานอาหารเพิ่มขึ้นทีละน้อย โดยเริ่มจากอาหารที่มีการใยน้อยๆเช่น น้ำข้าว น้ำเต้าหู้ โจ๊ก และข้าวต้มเป็นต้น และควรสังเกตจำนวน ลักษณะ ความถี่ของการถ่ายอุจจาระในแต่ละวันถ้ามีมากต้องรีบมาพบแพทย์

10.4 ป้องกันและบรรเทาอาการผมร่วงโดย สระผมด้วยแชมพูชนิดอ่อนๆ หวีผมเบาๆ ใช้แปรงหวีผมที่มีลักษณะนุ่ม หลีกเลี่ยงการใช้สเปรย์ การใช้ไดร์เป่าผม การอบผมหรือดัดผม ไว้ผมสั้นเพื่อให้ผมร่วงดูไม่มากเกินไป อาจใช้วิธีสวมวิกผมปลอมไว้เมื่อผมร่วงมาก หรืออาจสวมหมวกหรือใช้ผ้าโพกศีรษะไว้ ซึ่งจะช่วยป้องกันหนังศีรษะและไม่ทำให้ผมร่างดูชัดเจนมาก

10.5 ผิวแห้ง และ คัน รักษาความสะอาดของผิวหนัง และใช้ครีมหรือโลชั่นทาผิวให้ชุ่มชื้นหลังอาบน้ำทุกครั้ง ไม่เกาหรือถูผิวหนังแรงๆ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด

10.6 การป้องกันการติดเชื้อจากการที่มีเม็ดเลือดขาวลดลงทำได้โดยรับประทานอาหารที่สุก สะอาด ทำความสะอาดร่างกายและปากฟันอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเชื้อโรคหรือการได้รับเชื้อจากบุคคลอื่น เช่น คนเป็นหวัด หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่แออัดเช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า หรือหอประชุมเป็นต้น หมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและรีบไปพบแพทย์เมื่อมีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น

10.7 การป้องกัน ภาวะซีด กระทำได้โดยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ ตับสัตว์ ไข่แดง นม ถั่วเมล็ดแห้ง ผักใบ เขียว เช่น ตำลึง คะน้า และควรรับประทานผลไม้ประเภทส้ม ฝรั่งที่ให้วิตามินซีเพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กให้ดีขึ้น

10.8 ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ การป้องกันการเกิดเลือดออกจากการที่มีเกร็ดเลือดลดลงหรือมีภาวะเลือดออกง่าย กระทำได้โดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อผิวหนังหรือเยื่อบุต่างๆ และคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่แสดงถึงการมีเลือดออกเช่น ถ่ายอุจจาระดำ มีเลือดออกตามไรฟัน หรือมีจุดจ้ำเลือดออกตามผิวหนัง เป็นต้น

10.9 หลอดเลือดดำอักเสบ สังเกตอาการ ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณผิวหนังที่ให้เคมีบำบัดอย่างสม่ำเสมอและรีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

4. แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model; Dodd et al., 2001)

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson et al. (1994) ที่เน้นที่การจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้การดูแลตนเองซึ่งเน้นทักษะ ความรู้ และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการกับอาการของตน ซึ่ง Dodd et al. (2001) ได้ทำการพัฒนาโดยอาศัยหลักฐานจากงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา โดยกล่าวว่า อาการซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยอาการดังก ล่าวไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งการจัดการกับอาการนั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว โดยบุคลากรในทีมสุขภาพเช่น พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญ ซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยร่วมกันพัฒนาแนวทางในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และการจัดการกับอาการหลาย ๆ อาการที่เรื้อรัง และต้องการการจัดการในระยะยาว โดย Dodd et al. (2001) มีแนวคิดว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุเช่นแนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการ และอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน

ตามแบบจำลองการจัดการกับอาการ อาการเป็นประสบการณ์การรับรู้และตระหนักรู้ของบุคคลต่อเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางชีวจิตสังคม (Harver & Mahler, 1990 cited in Dodd et al., 2001: 669) แนวคิดนี้เป็นการประเมินสภาวะของโรคและพิสูจน์ความมีประสิทธิภาพของกลวิธีในการจัดการกับอาการ ซึ่งทั้งอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางในการรักษา โดยผู้ป่วยควรจะได้รับการสอนเรื่องความสำคัญของอาการ และทำให้ผู้ป่วยได้ค่อย ๆ เข้าสู่ความเข้าใจในอาการของตนเอง จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ

แบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ (Lenz et al, 1997 cited in Dodd et al., 2001) ซึ่งแบบจำลองการจัดการกับอาการนี้อยู่บนข้อตกลงพื้นฐาน 5 ข้อ คือ 1. การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการเป็นของแต่ละบุคคล และเป็นการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง 2. บุคคลอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเนื่องจากผลของตัวแปร เช่น การทำงานที่เป็นอันตราย และกลวิธีการจัดการกับอาการอาจจะเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการ 3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และคำอธิบายการมีประสบการณ์โดยมีการแปลความหมายผ่านทางครอบครัว หรือผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกันกับการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด เช่น ในเด็กทารก 4. กลวิธีในการจัดการกับอาการอาจจะมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่มครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน 5. การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเองโดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วย หรือสิ่งแวดล้อม

นอกจากนั้นแบบจำลองนี้ตระหนักในมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคล สุขภาพ หรือความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการซึ่งประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการประกอบด้วย

1. บุคคล บุคคลประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล จิตใจ สังคม และสรีระวิทยาซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่ทำให้บุคคลมีมุมมอง และตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการ รวมทั้งมีผลต่อระดับของพัฒนาการในแต่ละบุคคล และมีผลต่อวุฒิภาวะด้วย

2. สุขภาพและความเจ็บป่วย มโนทัศน์ของสุขภาพ และความเจ็บป่วยประกอบไปด้วยปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการกล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเดียวกันอาจมีประสบการณ์การมีอาการแตกต่างกัน หรือผู้ป่วยโรคเดียวกันมีกลวิธีการจัดการกับอาการที่เหมือนกันแต่กลับพบว่าผลลัพธ์ที่ได้มีความแตกต่างกัน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะมี

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการได้จากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อันตรายจากสถานที่ทำงาน หรือจากผลข้างเคียงของการรักษา

3. สภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการเกิดขึ้น โดยสภาพแวดล้อมประกอบไปด้วย สภาพร่างกาย สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคมซึ่งจะรวมถึงเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และวัฒนธรรมซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วยและเป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างเดียวกันในกลุ่มชน หรือเชื้อชาตินั้น ๆ รวมทั้งสถานที่ก็มีผลต่อวิธีที่จะใช้ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้เช่นกัน

สำหรับมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ

4.1 ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience)

ประสบการณ์การมีอาการ เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และพฤติกรรม ซึ่งการเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และภายในมโนทัศน์ประสบการณ์การมีอาการจะมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับอาการ และการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการตัวอย่าง เช่น การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่ออาการได้ โดยถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเองเขาก็จะรับรู้ความรุนแรงจะสูงขึ้น (Facione & Dodd 1995, Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001: 671) โดยประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย

4.1.1 การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom) การรับรู้อาการ หมายถึงการที่บุคคลซึ่งรู้สึกตัวดีแปลความผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึก หรือปฏิบัติโดยมโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการ (การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนอง) จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลและ/หรือการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งการรับรู้อาการมีความซับซ้อน เช่น เมื่อเด็กที่เป็นโรคหอบหืด (Asthma) เริ่มหายใจวี๊ดและไอ ผู้ปกครองจะรับรู้ในความทุกข์ทรมานของเด็กจากการหายใจโดยรับรู้ว่าเด็กกำลังทุกข์ทรมาน ส่วนบุคลากรในทีมสุขภาพก็จะมีการรับรู้การตอบสนองของอาการจากตัวเด็ก และจากผู้ปกครอง แล้วจึงทำการสรุปการรับรู้ของทั้งผู้ปกครองและเด็ก หลังจากนั้นจึงทำการตัดสินใจในการที่จะจัดการกับอาการนั้น ซึ่งถ้าการรับรู้สอดคล้องตรงกันการจัดการก็จะไม่มีความขัดแย้ง

เกิดขึ้น แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องหรือไม่ตรงกันกับปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม (Koening, 1999 cited in Dodd et al., 2001: 672)

นอกจากนี้ยังพบว่า วัฒนธรรม และระยะของพัฒนาการจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อาการของแต่ละบุคคล โดย Taylor, Lee and Berg (cited in Dodd et al., 2001: 672) ได้ศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการก่อนมีประจำเดือน และอาการก่อนหมดประจำเดือนของหญิงวัยรุ่น และหญิงวัยกลางคนที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน ซึ่งหลักฐานจากการวิจัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่บอกว่าวัฒนธรรมเป็นความแตกต่างที่สำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ รวมทั้งการประเมินและการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกันด้วย

4.1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งของอาการซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว หรือถาวร ความบ่อย ผลกระทบ หรือความพิการที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตจากอาการ

4.1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) การตอบสนองของบุคคลต่ออาการเป็นการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมสังคม และพฤติกรรมโดยอาการที่เกิดขึ้นหนึ่งอาการอาจมีการตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ และมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการ และการตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาว การตอบสนองด้านร่างกายต่ออาการรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการหายใจลำบาก เมื่อผู้ป่วยประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม อาจจะมีการตอบสนองโดยเพิ่มการหายใจ (อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น) ซึ่งจะเพิ่มการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าของระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้มีการรับรู้อาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงภาวะคุกคาม และมีการตอบสนองต่ออาการด้านร่างกายซึ่งอาจจะกระตุ้นให้มีการตอบสนองของร่างกายด้านลบด้านอื่น ๆ ด้วย

การรายงานอาการของตนเอง เป็นการตัดสินเพื่อที่จะจัดการกับอาการในหน่วยบริการทางสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามอาจจะเกิดปัญหาได้ถ้าการประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นการรับรู้ของสมาชิกครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพซึ่งอาจไม่ตรงกันกับรับรู้ของตัวผู้ป่วยเอง (Fagerhaugh & Strauss, 1977 cited in Dodd et al., 2001: 672) ตัวอย่างเช่น บุคลากรในแผนกฉุกเฉินจะสรุปเกี่ยวกับระดับอาการปวดของผู้ป่วย โดยใช้การแสดงออกของผู้ป่วยมากกว่าระดับคะแนนที่ได้จากตัวผู้ป่วยเอง เช่น พยาบาลสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีภาวะการเคลื่อนหลุดของไหล่ พยาบาลอาจจะให้ความสำคัญมากกว่าอาการอีกอาการหนึ่ง ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น อาการปวดศีรษะไมเกรน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าในแผนกฉุกเฉินปัญหาอาการปวดที่ผู้ป่วยแสดงออกพยาบาลจะให้ความสำคัญน้อยกว่าที่ผู้ป่วยรู้สึกจริง ๆ (Puntillo et al, 1999 cited in Dodd et al., 2001)

4.2 กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)

เป้าหมายของการจัดการอาการเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยการใช้กลวิธี การดูแลตนเอง การใช้ยาในการบรรเทาอาการ และการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยการจัดการกับอาการจะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย ในแต่ละรายก่อนเพื่อจะสามารถนำไปสู่กลวิธีการจัดการกับอาการ ตามด้วยการแยกแยะวิธีการทางการพยาบาลที่มีปัญหา และการจัดการกับอาการ ซึ่งกลวิธีการจัดการอาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียว หรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอม หรือไม่ยินยอมของผู้ป่วยซึ่งกลวิธีในการจัดการกับอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ทำไมจึงต้องใช้ ใช้มากน้อยเท่าไหร่ ใช้กับใคร หรือผู้รับบริการเป็นใคร และใช้อย่างไร

การควบคุมอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ต้องการการปรับเปลี่ยนกลวิธีตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วยในกลวิธีนั้น ๆ รวมทั้งการควบคุมอาการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ ถึงแม้ว่าโมเดลนี้จะพัฒนาโดยพยาบาลแต่มิใช่เป็นการช่วยเหลือจากพยาบาลเท่านั้น ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ หรือพยาบาล โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้นหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (สุรีพร ธนศิลป์, 2545: 6)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลวิธีในการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้ามีได้หลายวิธีซึ่งแบ่งได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.2.1 วิธีบรรเทาความเหนื่อยล้าโดยการใช้ยา (Pharmacological intervention) ได้แก่ การใช้ยาในการรักษาอาการทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า เป็นต้น

4.2.2 วิธีการบรรเทาความเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological intervention) ได้แก่ การแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย การแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเพื่อสงวนการใช้พลังงานในร่างกาย การใช้วิธีทางจิตวิทยา การให้ความรู้ และคำปรึกษา และการดูแลด้วยการแพทย์แบบผสมผสาน เป็นต้น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.2.2.1 การออกกำลังกาย เป็นวิธีที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพในการบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง (Schwartz, 1998: 458) โดยจะช่วยทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อมากขึ้นส่งผลให้กรดแลคติกที่คั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อถูกขับออกไป กล้ามเนื้อจึงมีแรงในการหดรัดตัวมากขึ้นจึงคลายความเหนื่อยล้าได้ ประกอบกับการออกกำลังกายยังทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphins) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขออกมาจึงสามารถลดความทุกข์ทรมาน

ทางจิตใจได้รวมทั้งการออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายให้ดีขึ้นอีกด้วย (Ream & Richardson, 1999: 1299)

สำหรับการออกกำลังกายนี้เป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่ผู้ป่วยนิยมใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น แต่มักจะพบว่าเป็นการออกกำลังอย่างไม่มีแบบแผนและไม่มีกฎเกณฑ์ ดังการศึกษาของ Graydon et al. (1995) ที่พบว่ากลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งในขณะได้รับยาเคมีบำบัด และรังสีรักษาที่นิยมใช้กันมากที่สุดคือ การนอนหลับ และการออกกำลังกาย

4.2.2.2 การดูแลตนเองเพื่อนสงวนการใช้พลังงานในร่างกาย (Conservation Energy Intervention) การสงวนการใช้พลังงานของร่างกายโดยการลดลงของการมีกิจกรรมต่าง ๆ เป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่ผู้ป่วยนิยมใช้กันมากในการจัดการกับความเหนื่อยล้า โดยวิธีที่ผู้ป่วยนิยมใช้กันมากที่สุดคือการนอนหลับ และการพักผ่อน เนื่องจากการนอนหลับ และการพักผ่อนเป็นวิธีที่ช่วยลดการใช้พลังงานในร่างกาย และป้องกันไม่ให้ร่างกายมีการใช้พลังงานมากเกินไปจนเกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้น แต่หากผู้ป่วยมีการสงวนพลังงานโดยการหลับพักผ่อนมากเกินไปก็จะทำให้กล้ามเนื้อมีอาการอ่อนแรงและสูญเสียหน้าที่จนเกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้นได้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Piyawan Pritsanapanurungsie (2000) ที่ศึกษาแบบแผนของความเหนื่อยล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยผลจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้การนอนหลับพักผ่อนเป็นวิธีดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นสูงถึงร้อยละ 70

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหยุด หรือลดการมีกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำอยู่ในชีวิตประจำวันลงโดยจากการศึกษาของ Berger & Higginbotham (2000) พบว่าในระหว่างการรักษาและภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะมีการลดลงของการทำกิจกรรมต่าง ๆ จากที่เคยปฏิบัติถึงร้อยละ 65-80 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Richardson & Ream (1997) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 109 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะมีวิธีการดูแลตนเองเพื่อการจัดกับความเหนื่อยล้าที่แตกต่างกันไป โดยวิธีที่ผู้ป่วยนำมาใช้มากที่สุดคือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อนซึ่งสูงถึงร้อยละ 83.6 รองลงมาคือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ และการตื่น คือ เข้านอนเร็วขึ้น และนอนหลับพักผ่อนเกือบทั้งวันร้อยละ 37

4.2.2.3 การให้ความรู้ และคำปรึกษา (Psychosocial and preparatory intervention) วิธีการทางด้านจิตวิทยาเป็นการนำหลักการเบี่ยงเบนความสนใจมาใช้กับผู้ป่วย ได้แก่ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การไปดูหนัง การสร้างความผ่อนคลาย การทำงานบ้าน การไปซื้อของ การพบปะพูดคุยกับผู้อื่นเป็นต้น โดยพบว่าเป็นวิธีที่ผู้ป่วยเลือกที่จะนำมาใช้ใน

การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นร้อยละ 24.7-25 (Richardson & Ream, 1997; Ream & Richardson, 1999) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าวิธีการดูแลตนเองที่กล่าวมานี้สามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้เพียงบางส่วน และเหมาะสมกับในบางสถานการณ์ของผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งจากการศึกษาของ Richardson & Ream (1997) พบว่ากิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยเลือกใช้ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ทั้งหมด โดยพบว่าร้อยละ 53.7 รายงานว่าสามารถบรรเทาอาการได้เพียงบางส่วน และร้อยละ 11.5 รายงานว่าบรรเทาได้เกือบหมด แต่ร้อยละ 9.4 รายงานว่าไม่สามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้เลย

นอกจากนี้ยังพบว่าการให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้าจากโรคและการรักษาที่ได้รับก็พบว่าสามารถช่วยบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยได้เช่นกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภันตรี กองทอง (2544) ที่ศึกษาผลของการใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 30 ราย โดยพยาบาลจะสอนและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการฉายรังสีรักษา และการสังเกตอาการผิดปกติในขณะฉายรังสี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้จะมีความเหนื่อยล้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

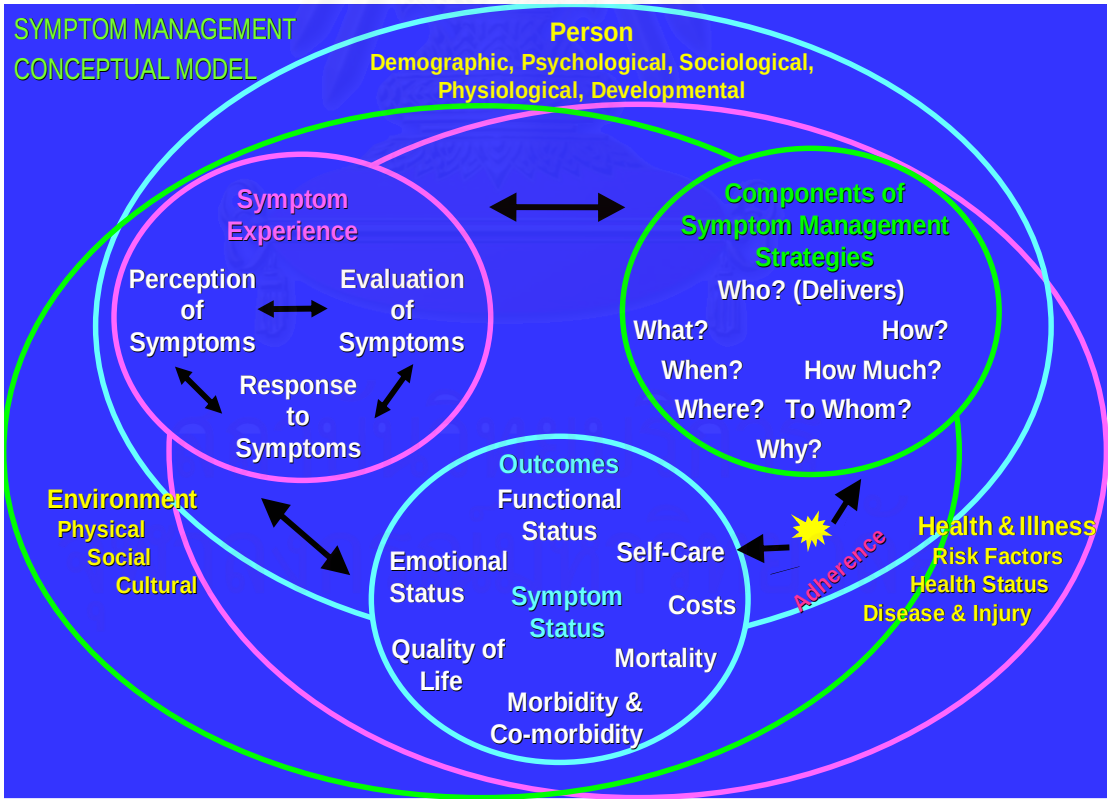
4.2.2.4 การแพทย์แบบผสมผสาน (Complementary therapy intervention) ปัจจุบันยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้การแพทย์แบบผสมผสานและการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Homeopathic remedies) ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าไว้ค่อนข้างน้อย แต่ก็พบว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ผู้ป่วยนำมาใช้เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าเช่นกัน วิธีการเหล่านั้นได้แก่ การนั่งสมาธิ การบีบนวดด้วยตนเอง หรือการบีบนวดโดยผู้อื่น การประคบด้วยความร้อน การนวดฝ่าเท้า หรือการฝังเข็ม เป็นต้น (Ream & Richardson, 1999: 1269; จิราพร ศิริรัตน์, 2000)

สำหรับประเทศไทยมีงานวิจัยที่ใช้การแพทย์แบบผสมผสานในการบรรเทาความเหนื่อยล้าเพียง 2 งาน คือการศึกษาผลของการประคบร้อนต่ออาการล้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 10 รายของ Panadda Intralawan (2001) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับการประคบร้อน ผู้ป่วยมีคะแนนความเหนื่อยล้า และความเครียดลดลงแต่พบว่าการประคบร้อนเพียงอย่างเดียวสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้เพียงบางส่วน และไม่สามารถทำให้ความเหนื่อยล้าหายไปได้ทั้งหมด นอกจากนี้ Ladaval Ounprasertpong and Holzemer (2002) ได้ศึกษาผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 19 รายโดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนวดกดจุดฝ่าเท้าจริงและนวดฝ่าเท้าเทียมนาน 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกันนาน 4 วัน ผลการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างกันของความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวด โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดฝ่าเท้าจริงจะมีความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดฝ่าเท้าเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.3 ผลลัพธ์ (Outcomes)

ผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์จะมุ่งไปที่ 8 ปัจจัย คือ 1. ค่าใช้จ่าย โดยจะรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจและระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน รายได้ที่ลดลงจากการที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลทำให้เสียโอกาสในการทำงาน (Stommel et al. 1993, Given et al. 1994 cited in Dodd et al., 2001: 674) 2. สภาวะอารมณ์ 3. การดูแลตนเอง 4. ภาวะการทำหน้าที่ 5. คุณภาพชีวิต 6. อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม 7. อัตราการตาย 8. สภาวะอาการ โดยลักษณะของอาการเป็นศูนย์กลางในการส่งผ่านไปยังผลลัพธ์ตัวอื่น ๆ และผลลัพธ์ทั้งหมดอาจจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นจะถูกกระทบเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีอาการนั้นเป็นเวลานาน

ระยะเวลาของการประเมินอาการขึ้นอยู่กับความคงที่ของอาการ ซึ่งต้องการการจัดการกับอาการที่มีความต่อเนื่องและมีการตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการรักษาอาการประสบผลสำเร็จ และกลับสู่ภาวะปกติ การปฏิบัติต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นที่จะควบคุมการเกิดอาการที่อาจจะเกิดขึ้นได้อีก ดังนั้นแบบจำลองการจัดการกับอาการจึงเหมาะสมที่จะใช้ในการจัดการกับอาการโดยตรง และต้องการการวัดผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการที่มีความต่อเนื่อง สำหรับความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ในแบบจำลองการจัดการกับอาการแสดงไว้ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model; Dodd et al., 2001: 668-676)

5. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยโปรแกรมนี้ได้พัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสานโดยตัวเลือกที่ใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าในงานวิจัยนี้คือ การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 การให้ความรู้

การให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนเป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนุเจริญกุล, 2543 : 132) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเอง และได้มีส่วนในการรู้จักควบคุมตนเอง ให้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลจะต้องคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลด้วย รวมทั้งการรับฟังของพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม แสดงความคิดเห็น ฝึกทักษะต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจมากขึ้น รวมทั้งการสอนและการให้ความรู้จะได้ผลดีขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจ และความเป็นมิตรระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยซึ่งหลักในการสอนหรือให้ความรู้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีมีดังนี้ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2543 : 131-133)

1. ให้ความรู้หรือสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ โดยพยาบาลจะต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลสนใจในทุกข์สุขของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวพยาบาลซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น แล้วจึงอาจเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

2. เนื้อหาที่จะให้ความรู้หรือสอนต้องเสริมจากความรู้เดิมที่ผู้ป่วยมีอยู่ ดังนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมายและวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้มากขึ้น

3. ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้

4. การเรียนรู้จะเพิ่มมากขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอนกระทำได้โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลหรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย

5. การประเมินผลโดยการไต่ถามผู้ป่วย จะช่วยผู้ป่วยในเรื่องการเรียนรู้พฤติกรรม พยาบาลจะต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและให้กำลังใจ

ในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง พยาบาลต้องชี้แจงแก้ไขแต่พยายามหลีกเลี่ยงไม่ติเตียน หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคำสั่งหรือถูกทำโทษ การเรียนการสอนต้องการความไว้วางใจและความเป็นมิตร การรู้จักติเพื่อก่อ ยกย่องเมื่อผู้ป่วยกระทำสำเร็จจะช่วยเพิ่มการเรียนรู้เป็นอย่างมาก

6. เนื้อหาและวิธีการสอนต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน และพยาบาลต้องประเมินความเข้าใจ และการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

7. การมีสิ่งรบกวนจากสิ่งแวดล้อม จะมีผลขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ดังนั้นจึงควรจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้มีลักษณะที่เป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ เช่น มีห้องส่วนตัวหรือกันม่านให้เป็นสัดส่วน

8. สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลผู้ป่วย และญาติ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ เนื่องจากความไว้วางใจ และความเป็นมิตรจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร ด้วยเหตุนี้บุคคลที่จะสอนผู้ป่วยได้ดีที่สุด คือ บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทุกวัน หรือดูแลอย่างต่อเนื่องนั่นก็คือ พยาบาลนั่นเอง

9. เปิดโอกาสและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้ถึงคุณค่าของตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเองโดยมีพยาบาล และผู้ป่วยวางแผน ตั้งเป้าหมาย และเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน

ดังจะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพที่ดี อบอุ่น และเป็นมิตรระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้โดยความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และจากการที่พยาบาลเป็นบุคคลที่ต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ทุกวัน และดูแลอย่างต่อเนื่องจึงเป็นบุคคลที่ให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองได้ดีที่สุด โดยการให้ความรู้จะทำให้ผู้ป่วยทราบถึงสิ่งที่ตนเองต้องเผชิญในขณะการรักษา ซึ่งจะช่วยลดความกังวลและความเครียดแก่ผู้ป่วยและทำให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องซึ่งจะส่งผลทำให้ความเหนื่อยล้าลดลงได้ รวมทั้งการให้ความรู้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ชัดเจน และสอดคล้องกับความต้องการในการเรียนรู้ของผู้ป่วยในแต่ละราย ซึ่งมีความแตกต่างกันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน และบรรเทาความเหนื่อยล้าที่อาจจะเกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงของการรักษาที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องตลอดการรักษา

5.2 การดูแลแบบผสมผสานหรือการแพทย์แบบผสมผสาน (Complementary therapy)

จากการที่โรคหลายโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว จากภาวะการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยหรือประชาชนผู้มีสุขภาพดีจำต้องเสาะแสวงหาทางเลือกอื่นในการดูแลรักษาสุขภาพกันมากขึ้น โดยการกลับเข้าสู่วิถีทางธรรมชาติกันมากขึ้น เนื่องจากการใช้ธรรมชาติบำบัดจะมีความปลอดภัยสูง รวมทั้งก่อให้เกิด

อาการข้างเคียงในการรักษาน้อยกว่าการใช้ยาที่สังเคราะห์จากเคมี โดยนำวิธีทางธรรมชาติบำบัดเหล่านั้นมาใช้ควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน และเรียกการบำบัดรักษานี้ว่าการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy)

การดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) หมายถึงการผสมผสานกันระหว่างการแพทย์ทางเลือกกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการรักษาร่วมกันไม่ใช่การใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียว และยังรวมไปถึงการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองหรือการดูแลรักษาสุขภาพที่ได้รับจากผู้อื่นอีกด้วย (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2546: 43,44; Rimmer, 1998 cited in วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544: 2) โดยจุดมุ่งหวังของการดูแลแบบผสมผสานคือ เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและการฟื้นหายของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ตลอดจนเป็นการสร้างเสริมสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย ช่วยป้องกันโรคและความพิการที่จะตามมาได้

สำหรับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสานนี้มีพื้นฐานมาจากการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลแบบผสมผสานทำได้หลายวิธี เช่น สมาธิบำบัด การสัมผัส โยคะ จี้กง พลังจักรวาล การนวด การอบ การประคบสมุนไพร สุวคนธบำบัด เป็นต้น ซึ่งการดูแลแบบผสมผสานนอกจากจะให้ผลดีต่อผู้ป่วยในแง่ของการเยี่ยวยาด้านจิตใจ (Psychological healing) แล้วยังเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลอีกด้วย นอกจากนี้การดูแลแบบผสมผสานยังเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมีศักยภาพสอดคล้องกับนโยบายปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติอีกด้วย

National Center of Complementary Therapy and Alternative Medicine หรือ NCCAM (1995 อ้างถึงใน ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2546: 44) ได้แบ่งการดูแลแบบผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกออกเป็น 7 ประเภท ดังนี้ 1) การเปลี่ยนแปลงของอาหารและการดำเนินชีวิตประจำวัน (Diet, nutrition and lifestyle change) ได้แก่ การรับประทานอาหารชีวจิต 2)การใช้จิตคลุมกาย (Mind/body intervention) เช่นการใช้จิตภาพ สมาธิบำบัด 3) การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ (Alternative systems) เช่น การใช้การแพทย์ทางอายุรเวท การแพทย์ทางตะวันออก (Oriental) 4)การใช้หลักไบโอชีวภาพ (Bioelectromagnatic application) ได้แก่ การใช้พลังบำบัด โยคะ พลังจักรวาล ชี่กง เป็นต้น 5) การบำบัดรักษาด้วยมือ (Manual healing method) ได้แก่ การนวด การสัมผัส หรือการนวดกระดูกสันหลังด้วยมือ (Chiropractic) 6) การใช้ยาหรืออาหารเสริม (Pharmacological and biological treatments) ได้แก่การใช้อาหารเสริมหรือยาเพื่อสุขภาพ 7) การใช้สมุนไพร (Herbal medicine) นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งการดูแลแบบผสมผสานเป็นวิธีเชิงกายภาพและวิธีเชิงพฤติกรรม โดยวิธีทางกายภาพจะได้แก่ การนวด การใช้ความร้อน การใช้ความ

เย็น กลิ่นบำบัด ส่วนวิธีการเชิงพฤติกรรม ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น (Black & Matassarin-Jacobs, 1992; Ignatavicius, Workman & Mishler, 1999 cited in วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544: 2) และสำหรับในการศึกษาครั้งนี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะการนวด สุวคนธบำบัด และการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.2.1 การนวด

การนวดเป็นศาสตร์และศิลปะที่อยู่คู่กับมนุษย์เรามาช้านานตั้งแต่โบราณกาล สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบันมีการถ่ายทอดสืบต่อกันมาจนกลายเป็นมรดกชิ้นสำคัญคู่คนไทยมาช้านาน โดยเป็นการถ่ายทอดความรู้จากอาจารย์สู่ลูกศิษย์ จากพ่อแม่สู่ลูกเป็นต้น ในสมัยโบราณการนวดจะทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพในคนปกติ และใช้เพื่อการบำบัดรักษาโรคในผู้ป่วยควบคู่กันไปกับการรักษาด้วยสมุนไพร และยังพบว่าคนไทยใช้การนวดเพื่อช่วยในการผ่อนคลายความปวด ความเมื่อยล้ามาตั้งแต่โบราณกาล (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2535: บทนำ) การนวดนอกจากจะเป็นการช่วยในเรื่องของสุขภาพแล้ว การนวดยังเป็นสัมผัสที่แสดงถึงการถ่ายทอดความรักและความปรารถนาดีจากผู้นวดไปยังผู้ได้รับการนวดอีกด้วย โดยสัมผัสจากการนวดจะทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกอบอุ่น เกิดความผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจและสร้างความรู้สึกผาสุกได้ (Well-being) (Kathleen & Coral, 2003: 126)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่เพียงแต่ประเทศไทยเท่านั้นที่ได้รับการถ่ายทอดศิลปะของการนวดจากบรรพบุรุษมาอย่างยาวนานแต่พบว่าประเทศทางซีกโลกตะวันออกและซีกโลกตะวันตกต่างก็มีศาสตร์ของการนวดที่มีต้นกำเนิดและมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ซึ่งสามารถแบ่งประเภทของการนวดได้เป็นการนวดแบบตะวันออกได้แก่ การนวดแผนไทย การนวดแบบจี้กง การนวดแบบชิฮัตสุ การนวดแบบอินเดีย เป็นต้น และการนวดแบบตะวันตกได้แก่ การนวดกล้ามเนื้อ การนวดแบบโฮลิสติก การนวดเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และการนวดแบบสวิดีช เป็นต้น (วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544: 38; ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2546: 46)

การนวดเป็นการบำบัดรักษาสุขภาพโดยไม่ใช้ยาที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมกิจกรรมหนึ่ง (Holistic nursing intervention) และยังเป็นบทบาทอิสระอีกอย่างหนึ่งของพยาบาลที่สามารถจะจัดการกระทำให้กับผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยในแต่ละรายซึ่งพยาบาลได้ทำการนวดมาตั้งแต่สมัย Florence Nightingale โดยนำมาใช้นวดหลัง (Black rub) ผู้ป่วยภายหลังอาบน้ำโดยเฉพาะในรายที่ต้องนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ป้องกันการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความผ่อนคลายทั้งร่างกาย และจิตใจ ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดความเจ็บปวด และช่วยส่งเสริมการนอนหลับให้แก่ผู้ป่วยอีกด้วย (Kathleen & Carol, 2003: 126-127) นอกจากนี้การนวดยังเป็นการเบี่ยงเบน

ความสนใจจากความเจ็บปวด อีกทั้งยังเป็นการสื่อสารและเป็นการสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่น สบายใจ และรู้สึกปลอดภัยทำให้ผู้ป่วยไว้ใจและกล้าที่จะระบายปัญหาให้แก่พยาบาลฟังทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Byass (1988: 40) ที่กล่าวว่าการนวดมีผลทำให้ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลง ช่วยลดความซึมเศร้า และยังช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจแก่พยาบาลผู้ที่ทำการนวดได้ รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Joachim (1983: 32 cited in เจือจันทน์ วัฒเกิเจริญ, 2534 : 37) ที่กล่าวถึงเรื่องของการนวดไว้ว่าการนวดจะช่วยทำให้การพยาบาลผู้ป่วยดีขึ้น การนวดทำให้มีความรู้สึกเปิดเผยและเป็นมิตรต่อกัน และทำให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจออกมาเพราะผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนที่ให้เวลาและสนใจที่จะรับฟังปัญหาของเขาตั้งแต่ต้นจนจบ โดยการนวดนั้นจะให้ผลที่ดีผู้นวดจะต้องมีความรู้ทางวิทยาศาสตร์ กายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยาและทักษะในการนวด ซึ่งพยาบาลเองเป็นผู้ที่มีความรู้พื้นฐานดังกล่าวเป็นอย่างดีอยู่แล้ว จึงทำให้สามารถทำการนวดได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพเพียงแค่ทำการฝึกฝนเฉพาะทักษะการนวดเพิ่มเติมเท่านั้น (เจือจันทร์ วัฒเกิเจริญ, 2539: 5) อีกทั้งพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้สามารถนำการนวดมาใช้เพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งน้ผู้วิจัยเลือกใช้หลักการและท่านวดแบบสวีดีช (Swedish massage) เป็นท่าในการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย เนื่องจากเป็นการนวดที่มีหลักการและท่านวด (Movement) ที่ไม่ยุ่งยากและไม่ซับซ้อนจนเกินไปที่จะจดจำและยังสะดวกในการเรียนรู้ที่จะนำไปปฏิบัติได้จริงในหอผู้ป่วย หรือนำมาสอนญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป รวมทั้งการนวดชนิดนี้ เป็นการนวดที่ไม่รุนแรง มุ่งผลโดยตรงต่อระบบกล้ามเนื้อ และระบบไหลเวียนโลหิต ช่วยลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และสุขสบาย (อุไร นิโรธนันท์, 2539: 4) เพราะหากใช้ท่านวดที่รุนแรงอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความชอกช้ำของกล้ามเนื้อและอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2546; จงกลณี มาลัย, สัมภาษณ์ วันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2546) นอกจากนี้ยังเป็นการนวดที่ใช้เวลาไม่นานพยาบาลประจำการจึงสามารถนำมาใช้ได้จริงเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดกับการทำงานประจำที่ทำอยู่ ซึ่งอาจกระทำภายหลังการอาบน้ำบนเตียงให้ผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตแล้วยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย และสามารถคลายความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อีกด้วย

การนวดแบบสวีดิช (Swedish massage) เป็นพื้นฐานของการนวดรักษาแผนปัจจุบัน (Therapeutic massage) ซึ่งประกอบไปด้วยท่าทาง (Movement) และหลักการดังต่อไปนี้ (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2535; Wakim, 1960อ้างถึงใน ชาติตระการ สิทธิพันธุรักษ์, 2544: 15-17)

1. การลูบ (Stroking/Effleurage) เป็นท่าที่ใช้ในการนวดเริ่มต้นและในตอนจบ เป็นการนวดที่ใช้มือลูบผ่านไปบนส่วนของร่างกายของผู้ถูกนวด ความแรงของการลูบควรจะเท่ากันตลอดการนวด และความแรงนี้สามารถปรับได้จากเบาที่สุดไปถึงค่อนข้างหนัก

1.1 การลูบเบา (Superficial Stroking) เป็นการลูบอย่างเบามากโดยใช้ฝ่ามือลูบผ่านบริเวณที่จะทำการนวด นิ้วทั้ง 4 ควรชิดติดกัน ส่วนนิ้วหัวแม่มือกางออกหรือจะติดกับนิ้วทั้ง 4 ก็ได้ ฝ่ามือควรกางพอดีกับบริเวณที่จะทำการนวด การนวดอาจใช้มือเดียวหรือสองมือก็ได้

1.2 การลูบที่ใช้แรงกด (Deep Stroking) เป็นการลูบที่เพิ่มแรงกดลงบนฝ่ามือเล็กน้อยอาจทำโดยใช้ส่วนของมือหรือทั้งสองมือขึ้นอยู่กับส่วนที่ต้องการนวด ความแรงของการลูบต้องสม่ำเสมอ และเหมาะสมกับขนาด และสภาพของกล้ามเนื้อที่รับการนวด โดยผู้นวดต้องพึงสังวรไว้เสมอว่าหากใช้แรงที่มากเกินไปจะทำให้กล้ามเนื้อบาดเจ็บได้ง่าย และผลการนวดจะเลวลงเนื่องจากมีการเกร็งของกล้ามเนื้อจากการเจ็บปวด

2. การกด หรือบีบ (Compression movement) เป็นการนวดแบบกด หรือบีบกล้ามเนื้อแล้วปล่อยสลับกันไป แตกต่างกับการลูบตรงที่ใช้แรงเป็นช่วง ๆ แบ่งออกเป็น

2.1 การคลึง (Petrissage/Keading) เป็นการกดลงบนกล้ามเนื้อ อาจใช้ฝ่ามือหรือปลายนิ้วมือก็ได้ การนวดแบบนี้เนื้อเยื่อส่วนบนกล้ามเนื้อจะถูกกดให้เคลื่อนที่ไป การเคลื่อนไหวของมืออาจเคลื่อนที่เป็นวงกลมในบริเวณแคบ ๆ ก่อนแล้วค่อย ๆ เคลื่อนที่ไปยังบริเวณข้างเคียง หรืออาจทำเป็นเส้นตรงขวางแนวของมัดกล้ามเนื้อก็ได้ โดยแรงกดควรลึก มั่นคง และสม่ำเสมอ สำหรับการคลึงเป็นการกระตุ้นเพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อมัดลึก และช่วยเพิ่มการไหลเวียนของระบบโลหิต และน้ำเหลืองช่วยลดอาการบวม

2.2 การบีบยก (Picking up) เป็นการบีบกล้ามเนื้อมัดหนึ่ง ๆ โดยใช้แรงที่พอเหมาะแล้วปล่อย จากนั้นก็เคลื่อนไปยังบริเวณข้างเคียง เป็นการช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดมายังกล้ามเนื้อช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ช่วยให้หายจากอาการเมื่อยล้า การบีบยกอาจทำโดยใช้มือเดียว สองมือ หรือนิ้วมือก็ได้

3. การเคาะและการสั่น (Percussion and Vibration movement) เป็นชนิดของการนวดที่ทำสลับกันอย่างรวดเร็ว อาจจะทำโดยการสับ (Hacking) การตบ (Clapping) หรือการเคาะด้วยส่วนล่างของสันมือ (Beating)

3.1 การเคาะ (Percussion) เป็นการใช้แรงเคาะลงไปที่ผิวของผู้ถูกนวดเป็นจังหวะ โดยใช้มือ 2 มือสลับกันไป การเคาะต้องสั้นและเร็ว แบ่งเป็น

3.1.1 การสับ (Hacking) เป็นการกระตุ้นกล้ามเนื้ออย่างเป็นจังหวะ โดยใช้สันมือ ช่วยลดอาการปวด เช่น ปวดหลัง

3.1.2 การใช้ฝ่ามือโดยทำมือโค้งขึ้นเล็กน้อย (Clapping or Cupping)

3.1.3 ใช้ปลายนิ้วมือ (Tapping)

3.1.4 การใช้กำปั้นเคาะเบา ๆ (Beating)

โดยปกติการเคาะชนิดต่าง ๆ ยกเว้นการสับจะใช้กับคนปกติเพื่อเป็นการกระตุ้นให้กล้ามเนื้อหดตัวและช่วยในการกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต

3.2 การสั่น (Vibration or Shaking) เป็นการทำให้เกิดการสั่นสะเทือนที่เนื้อเยื่อโดยมือของผู้ทำการนวดจะสัมผัสกับผิวหนังของผู้รับการนวด และทำให้เกิดการสั่นสะเทือนออก

5.2.1.1 ผลที่ได้รับจากการนวด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนวดจะก่อให้เกิดผลดีต่อร่างกายและจิตใจทั้งในคนปกติ และคนเจ็บป่วยดังนี้ (Allan, 1988: 122-123; Kathleen & Carol, 2003: 127-128; โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2535: 33-34, อุไร นิโรธนันท์, 2539: 35)

1. ผลของการนวดต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย พบว่าการนวดจะมีผลต่อระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต และน้ำเหลือง ระบบกล้ามเนื้อ และระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น โดยการนวดจะทำให้ร่างกายหลั่นเอนดอร์ฟิน (Endorphine) และเอนเซฟาลิน (Enkaphaline) ออกมาทำให้เกิดความผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของระบบโลหิตและระบบน้ำเหลือง ซึ่งจะช่วยในการลดอาการบวมของแขนและขา ทำให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว หลอดเลือดขยายตัว และไม่ตีบตันทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมากขึ้น มีเลือดใหม่เข้ามาแทนที่เลือดเก่าโดยนำเอาอาหารและออกซิเจนมาด้วย ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอจึงไม่เกิดกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจนขึ้น ทำให้ไม่มีการสะสมของเสียในร่างกายและในขณะเดียวกันของเสียที่สะสมอยู่ตามกล้ามเนื้อเช่น กรดแลคติกจะถูกขจัดออกจากบริเวณที่นวดด้วย กล้ามเนื้อจึงมีแรงในการหดรัดตัวมากขึ้นความเหนื่อยล้าจึงลดลง

จะเห็นได้ว่าผลที่ได้รับจากการนวดจะทำให้สามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rexilius et al. (2002) ที่พบว่าการนวดสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้จริงโดย Rexilius et al. (2002) ได้ทำการศึกษาผลของการบำบัดด้วยการนวดและการสัมผัสในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดที่ได้รับการทำ Autologogous hematopoietic stem cell transplant โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนวดนาน 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลานาน 3 สัปดาห์ พบว่าสามารถลดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Arinaga (1998 cite in Rexilius et al., 2002) ที่พบว่าการนวดนาน 15 นาที เพียง 3 ครั้งสามารถบรรเทาและลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยระยะสุดท้ายชาวญี่ปุ่นจำนวน 5 คนได้

นอกจากนี้การนวดยังทำให้ความเจ็บปวดซึ่งเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจนส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าลดลงได้ เนื่องจากการนวดจะไปกระตุ้นใยประสาทเส้นใหญ่มากกว่าใยประสาทเส้นเล็ก ทำให้พลังงานจากใยประสาทเส้นใหญ่มีมากกว่าจึงไปกระตุ้นเซลล์ ใน S.G. ซึ่งเมื่อเซลล์นี้ได้รับการกระตุ้นจะยับยั้งการทำงานของ Cell-T ระบบควบคุมประตูจะปิดจึงไม่มีสัญญาณนำขึ้นไปยังสมองจึงทำให้สมองไม่เกิดการรับรู้ความเจ็บปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferrell-Torry and Glick (1993 cited in Cawley et al., 1997: 29) ที่ศึกษาผลของการนวดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และระดับของความผ่อนคลายในผู้ป่วยมะเร็ง 9 รายโดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนวดหลัง คอ และเท้านาน 30 นาทีด้วยน้ำมันตัวนำ Lubricant – cocoa butter ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการนวดระดับความเจ็บปวดและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างลดลง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Corner (1995 cited in Cawley, 1997) ที่พบว่าผลของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยในผู้ป่วยมะเร็งนาน 30 นาทีเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยนวดสัปดาห์ละ 1 ครั้งพบว่าความวิตกกังวล และความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งลดลง และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาถึงผลของการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการได้แก่ งานวิจัยของ อุไร นิโรธนันท์ (2539) ที่ศึกษาผลของการนวดต่อความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดที่เข้ารับการรักษาตัวที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 30 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนวดเพียง 1 ครั้ง บริเวณ แขน หลัง และขา นาน 20 นาที ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานก่อนรับประทานยาแก้ปวด ผลการวิจัยพบว่าระดับความทุกข์ทรมาน และความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดจะลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Malee Iemsam-Ang (2001) ที่ศึกษาผลของการนวดต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดเต้านม (Mastectomy) จำนวน 20 รายที่ได้รับการนวดบริเวณ คอ หลังไหล่ และแขนข้างที่ตัดเต้านมโดยได้รับการนวดนาน 20 นาที เพียง 1 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่าระดับความเจ็บปวดภายหลังนวดเสร็จทันทีและภายหลังนวดเสร็จแล้ว 1 ชั่วโมงจะน้อยกว่าก่อนได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญ และยังพบว่าระดับความเจ็บปวดภายหลังนวดเสร็จทันที และภายหลังนวดเสร็จ 1 ชั่วโมงพบว่าเท่ากัน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความพึงพอใจในการนวดที่ได้รับและอยากให้มีการนวดทุกครั้งที่มีอาการปวดเกิดขึ้นเพราะรู้สึกสบายดี เกิดการผ่อนคลาย และทำให้แขนขามีแรงมากขึ้น

จากผลของการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการนวดสามารถทำให้ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าลดลงได้ ดังนั้นเมื่อปัจจัยดังกล่าวลดลงความรู้สึกเหนื่อยล้าของผู้ป่วยก็จะลดลงไปด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าการนวดยังทำให้

ระบบทางเดินอาหารทำงานมากขึ้น ช่วยเพิ่มกระบวนการย่อย และการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ทำให้ผู้ป่วยเจริญอาหารมากขึ้น รวมทั้งยังช่วยส่งเสริมการนอนหลับให้แก่ผู้ป่วยอีกด้วย

2. ผลทางจิตใจ (Psychological effects) การนวดเป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นสุข (Well-being) เกิดความรู้สึกอบอุ่นและสุขสบาย ได้รับความรักและความเอาใจใส่ ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความวิตกกังวล รู้สึกผ่อนคลาย จิตใจแจ่มใส กระฉับกระเฉง เป็นต้น

5.2.1.2 ข้อห้ามและข้อจำกัดในการนวด (โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2535)

1. ไม่นวดในรายที่มีบาดแผล หรือมีแผลจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวกเพราะอาจเกิดการติดเชื้อเจ็บปวด และทำให้แผลหายช้า ไม่นวดบริเวณที่เกิดสีดำเพราะเนื้อตายจากเส้นเลือดอุดตัน หรือเลือดไปเลี้ยงน้อยเพราะการนวดอาจทำให้ก้อนเลือดในหลอดเลือดดำเคลื่อนไปอุดในปอด หรือสมองได้

2. ไม่นวดในรายที่เป็นโรคผิวหนัง หรือโรคติดต่อทุกชนิด และไม่นวดในผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่กระจาย หรือโรคปอดอักเสบในระยะที่มีไข้เพราะจะทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายออกไปได้

3. ไม่นวดผู้ป่วยในรายที่มีไข้หรือครั่นเนื้อครั่นตัว (T > 37.8 องศาเซลเซียส)

4. ไม่นวดในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหัก ข้อเคลื่อน หรือมีภาวะเลือดออก

5. สำหรับในผู้ป่วยมะเร็ง จะไม่นวดบริเวณที่เป็นมะเร็งเพราะอาจทำให้มะเร็งมีการแพร่กระจายไปที่อื่น และไม่นวดในรายที่มีการแพร่กระจายของโรคไปที่กระดูก หรืออวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย

6. ในผู้ป่วยเบาหวาน ห้ามใช้การนวดที่รุนแรง เพราะอาจทำให้เกิดการช้ำซึ่งจะทำให้เกิดเป็นแผลซึ่งหายได้ยาก

7. ไม่นวดในผู้ป่วยโรคหัวใจ เพราะการนวดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนของเลือด อาจทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นได้

5.2.2 สุวคนธบำบัด (Aromatherapy)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการดูแลรักษาแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นในการรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจ โดยตั้งอยู่บนความเชื่อที่ว่ากายและจิตเป็นสิ่งเดียวกัน การบำบัดรักษาจึงไม่ควรแยกสองสิ่งนี้ออกจากกันนั้นมีอยู่หลายวิธี สุวคนธบำบัด (Aromatherapy) ก็เป็นอีกหนึ่งในทางเลือกเหล่านั้น ซึ่งไม่เพียงแต่สามารถบำบัดรักษาอาการทางร่างกายเท่านั้น แต่ผล

ของน้ำมันหอมระเหยจะสามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ถึงจิตใจ และจิตวิญญาณอีกด้วย (Karyn, 1999)

5.2.2.1 ความหมายของสุวคนธบำบัด

สุวคนธบำบัด หรือ อะโรมาเทอร์ราปี หมายถึง การบำบัดรักษาอาการต่าง ๆ ด้วยกลิ่นหอม ซึ่งเป็นศาสตร์ และศิลป์ในการนำน้ำมันหอมระเหย (Essential oil) จากธรรมชาติมาใช้ในการบำบัด รักษา และบรรเทาอาการต่าง ๆ โดยช่วยทำให้ร่างกาย และอารมณ์เกิดความสมดุลกันจึงสามารถบำบัดรักษาอาการต่าง ๆ ได้ (Sharma, 1998: 587,Voltaire, 2000; จิตรานนท์ เพ็ชรสวัสดิ์และคณะ, 2537: 37; วนิดา จิตมั่นคง และทวีศักดิ์ สุวคนธ์, 2540; สุวิชญ์ ปรัชญาปารมิตา, 2541) โดยน้ำมันหอมระเหยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ได้มาจากธรรมชาติ คือเป็นน้ำมันที่พืชพันธุ์ต่าง ๆ ในธรรมชาติสร้างและเก็บสะสมไว้ตามส่วนต่าง ๆ ของกลีบ ดอก ใบ ผล เมล็ด เปลือกผล เกสร ราก หรือเปลือกของลำต้น หรือเป็นสารที่มาจากสัตว์บางชนิด เช่น กลิ่นอำพันทอง จากการสำรอกของปลาวาฬ กลิ่นชะมด กลิ่นบีเวอร์ และกลิ่นจากกวาง เป็นต้น

การใช้สุวคนธบำบัดเป็นศิลปะในการดูแลสุขภาพที่มีมาแต่ช้านานไม่ว่าจะเป็นในซีกโลกตะวันออกหรือในซีกโลกตะวันตก โดยมีหลักฐานว่าเมื่อ 4500 ปีก่อนคริสศักราช ชาวอียิปต์โบราณใช้น้ำมันหอมระเหย และเครื่องหอมจากธรรมชาติในการบำบัดรักษาโรค และใช้ในการรักษาศพไม่ให้เน่าเปื่อยรวมทั้งนำมาใช้ในพิธีกรรมทางศาสนา และการบูชาเทพเจ้า หลังจากนั้นได้แพร่หลายไปยังกรีซ โรม และประเทศในแถบเมดิเตอเรเนียน นอกจากนี้ยังพบว่าในสมัยของ ฮิปโปเครตีสซึ่งเป็นบิดาของการแพทย์แผนปัจจุบันก็มีรายงานว่ามีการนำพืชสมุนไพรมาเผาเพื่อให้เกิดควันที่มีกลิ่นหอมเพื่อใช้ในการรักษา และป้องกันโรคติดต่ออีกด้วย สำหรับในทวีป เอเชียพบว่าชาวจีนยุคโบราณรู้จักวิธีใช้พืชสมุนไพร ที่มีกลิ่นหอมมายาวนานเช่นเดียวกับชาวอียิปต์ และปรากฏหลักฐานว่ามีการนำพืชสมุนไพรที่มีกลิ่นหอมมาใช้ในทางอายุรเวทด้วยเช่นกัน

แนวคิดในการนำกลิ่นหอมมาใช้ในการบำบัดรักษาเริ่มต้นเมื่อคริสตวรรษที่ 19 เมื่อนักเคมีชาวฝรั่งเศส ชื่อ เรอเน่-มอริส กัตพอเซ่ (Rene-Maurice Gattefosse) ได้ค้นพบสรรพคุณในการบำบัดรักษาของน้ำมันหอมระเหยได้โดยบังเอิญจากการเกิดอุบัติเหตุไฟลวกมือในขณะอยู่ในห้องปฏิบัติการเคมี แล้วเขาได้นำมือไปจุ่มลงในถังใส่น้ำมันลาเวนเดอร์เพราะคิดว่าเป็นถังน้ำเย็น แล้วพบว่าแผลหายเร็วกว่าปกติ และไม่เกิดแผลเป็น เรอเน่จึงเริ่มศึกษาค้นคว้าถึงคุณสมบัติของน้ำมันหอมระเหยอย่างจริงจังรวมทั้งเขียนหนังสือเผยแพร่ออกสู่สาธารณะชนอีกหลายเล่มจนได้รับฉายาว่าเป็นบิดาแห่งสุวคนธบำบัด (The Father of Aromatherapy)

สำหรับในประเทศไทยเองพบว่ามีการใช้กลิ่นหอมในการบำบัดรักษามาตั้งแต่โบราณกาล เนื่องจากคนไทยในอดีตจะผูกพัน และใช้ชีวิตใกล้ชิดกับธรรมชาติเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากเมื่อลูกหลานเป็นหวัด ผู้ใหญ่สมัยก่อนจะรักษาด้วยการให้อาบน้ำด้วยน้ำอุ่นที่ผสมกับหัวหอมหรือ

หากมีอาการคัดจมูกร่วมด้วยก็จะนำมานั่งอยู่หน้าอ่างน้ำร้อนที่หัวหอมลอยอยู่แล้วนำผ้าผืนใหญ่มาห่มคลุมและให้นั่งสูดดมกลิ่นหัวหอมอยู่ในนั้น หรือแม้แต่ในหญิงหลังคลอดบุตรก็มีการอยู่กระโจมที่อบด้วยสมุนไพรเพื่อให้ของเสียในร่างกายหลั่งออกมาในรูปเหงื่อ นอกจากนี้ยังพบว่าคนไทยเราคุ้นเคยกับการใช้ประโยชน์จากน้ำมันหอมระเหยในชีวิตประจำวันอยู่ทุกวัน โดยเฉพาะในอาหาร เช่น กระเทียมที่ใส่ในส้มตำ ซึ่งนอกจากจะช่วยให้รสชาติอร่อยแล้วยังสามารถฆ่าเชื้อจากปูดอง และช่วยป้องกันอาการท้องร่วงจากการรับประทานอาหารรสจัดได้เช่นกัน สำหรับในด้านความงามพบว่าคนในสมัยโบราณนิยมนำน้ำมันหอมระเหยจากพืชมาใช้เพื่อความงามของร่างกายเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการนำลูกมะกรูดมาบีบน้ำออกเพื่อใช้ในการสระผม หรือใช้ดอกอัญชันเขียนให้คิ้วดกดำ เป็นต้น (จิตรานนท์ เพ็ชรสวัสดิ์ และคณะ, 2537: 42)

การได้มาของน้ำมันหอมระเหยนั้นทำได้หลายวิธี ได้แก่ การกลั่น การสกัดด้วยน้ำมันสัตว์ การสกัดด้วยสารเคมี การคั่นหรือการบีบ การสกัดด้วยคาร์บอไดออกไซด์เหลว (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2546: 50-51; ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2546: 59; พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545: 27-25) สำหรับน้ำมันหอมระเหยที่มีคุณภาพสูงมักได้มาจากการสกัดเย็น และการกลั่นซึ่งเหมาะที่จะนำมาใช้ในสุวคนธบำบัด

5.2.2.2กลไกของน้ำมันหอมระเหยต่อสุขภาพ

การบำบัดด้วยกลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยมีผลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจโดยในทางวิทยาศาสตร์ กลิ่นหอมจะมีผลต่อสมองของมนุษย์ในส่วนของ ลิมบิคซิสเต็ม ซึ่งอยู่ในสมอง Cerebral cortex ซึ่งทำงานสัมพันธ์กับอะมิกกาลา และฮิบโปแคมบัส (Amygdala and hippocampus) โดย อะมิกกาลา มีบทบาทเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ดังนั้นเมื่อมีโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยเข้าสู่ร่างกายโดยการสูดดมโมเลกุลเหล่านั้นจะเข้าไปจับกับตัวรับบนเยื่อบุช่องจมูก และจะถูกแปรเป็นสัญญาณทางไฟฟ้าเคมี หรือแปรเป็นสื่อระบบประสาทผ่านทาง ระบบประสาทรับกลิ่นเข้าสู่ระบบลิมบิคในสมองซึ่งเป็นสมองส่วนควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ อารมณ์เพศ และระบบย่อยอาหาร ทำให้สมองปล่อยสารต่าง ๆ ออกมาเช่น เอนดอร์ฟิน (Endorphin) เอนเคฟาลิน (Enkaphalin) และซีโรโทนิน (Serotonin) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุข ช่วยลดปวด และช่วยเสริมให้อารมณ์ดี รวมทั้งยังช่วยให้จิตใจสงบ และผ่อนคลายจึงสามารถคลายความเหนื่อยล้าได้ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2546: 59) นอกจากนี้ยังพบว่าบนเยื่อบุช่องจมูกจะมีตัวรับที่เฉพาะเจาะจงต่อโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยแตกต่างกันไปซึ่งจะทำให้มีผลกระตุ้นหรือผ่อนคลายสมองแตกต่างกัน ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางเคมีของน้ำมันหอมระเหยนั้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้น้ำมันหอมระเหยแต่ละชนิดมีคุณสมบัติในการปรับสมดุลของอารมณ์ และจิตใจได้แตกต่างกัน

รวมทั้งถ้าให้น้ำมันหอมระเหยโดยการรับประทานหรือให้ทางผิวหนังโดยผ่านการนวด โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิต และไปมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของน้ำมันหอมระเหยชนิดนั้น หลังจากนั้นจะถูกขับออกจากร่างกายตามปกติ เช่นเดียวกับโมเลกุลของยา คือ สามารถขับออกมาพร้อมกับลมหายใจ ตามผิวหนัง หรือถูกขับออกทางไต เป็นต้น (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545)

5.2.2.3 ผลของน้ำมันหอมระเหยต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

น้ำมันหอมระเหยเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะมีผลต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบการทำงานของต่อมน้ำเหลือง (Coronary and circulation system, Lymphatic system) น้ำมันหอมระเหยหลายชนิดมีผลกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตทำให้หัวใจ และสมองทำงานได้ดี และยังช่วยทำให้ร่างกายขจัดของเสียออกมาทางไตได้มากขึ้น นอกจากนี้การมีระบบไหลเวียนที่ดียังช่วยเสริมภูมิต้านทานให้แก่ร่างกายโดยช่วยในการขจัดหรือต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมในร่างกายได้อีกด้วย

2. ระบบประสาท (Nervous system) ระบบประสาทแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) และระบบประสาทส่วนปลาย (PNS) ระบบประสาทส่วนกลางประกอบด้วยสมอง และก้านสมองซึ่งวิ่งไปตามแนวกระดูกสันหลังทำหน้าที่รับสื่อประสาทแปรและส่งผลตอบรับไปยังอวัยวะต่าง ๆ โดยอาศัยระบบประสาทส่วนปลายซึ่งเชื่อมระหว่างก้านสมอง และอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกายโดยระบบประสาทส่วนปลาย สามารถแบ่งย่อยได้เป็น 3 ส่วน คือ ส่วนบน ส่วนกลาง และส่วนล่าง โดยระบบประสาทส่วนปลายในส่วนบนนั้นน้ำมันหอมระเหยจะมีผลต่อร่างกายโดยผ่าน (Olfactory nerve) ส่งสื่อสัญญาณไฟฟ้าเคมีไปยังสมองส่วน Limbic system จึงมีผลกระตุ้นความจำ อารมณ์ และความรู้สึก

ระบบประสาทส่วนปลายในส่วนกลางจะเป็นส่วนที่เชื่อมต่อไปยังผิวหนัง และกล้ามเนื้อ น้ำมันหอมระเหยซึ่งให้ทางผิวหนังอาจโดยการนวดร่วมด้วยจึงมีผลโดยตรงต่อกล้ามเนื้อ ช่วยผ่อนคลาย ลดความเจ็บปวด และมีผลต่อผิวหนังโดยตรง เช่น เพิ่มความชุ่มชื้น ลดการหลั่งไขผิวหนัง ลดการแพ้ หรือระคายเคือง ฆ่าเชื้อโรค ลดการอักเสบ ตลอดจนชะลอความเหี่ยวย่นได้แล้วแต่ชนิดของน้ำมันหอมระเหยที่ใช้ และระดับของการดูดซึมเข้าผิวหนัง และสำหรับระบบประสาทส่วนปลายในส่วนล่างเป็นระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งแบ่งเป็น Sympathetic และ Parasympathetic น้ำมันหอมระเหยบางชนิดอาจมีผลกระตุ้นหรือบางชนิดอาจจะมีผลระงับประสาทอัตโนมัติดังกล่าว

3. ระบบกล้ามเนื้อ (Muscular system) น้ำมันหอมระเหยมีผลในการผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และถ้ามีการนวดร่วมด้วยจะช่วยให้กล้ามเนื้อหดรัดตัว และ

ปลอดปล่อยกรดแลคติก และกรดยูริกที่คั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อออกมาทำให้กล้ามเนื้อมีแรงตึงตัวมากขึ้น จึงคลายความเหนื่อยล้าได้

4. ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ในร่างกายมีหน้าที่หลั่งฮอร์โมนเพื่อควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ต่อมพิทูอิทารี่ ต่อมไทรอยด์ ต่อมพาราไทรอยด์ ต่อมเหนือหมวกไต ต่อมรังไข่ เทสทิส และตับอ่อน และน้ำมันหอมระเหยบางชนิดก็มีหน้าที่เป็นฮอร์โมนในร่างกายได้เช่นกัน

5. ระบบหายใจ (Respirstory) ในปอดมีถุงลมเล็ก ๆ ที่ทำหน้าที่แลกเปลี่ยนออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยสามารถแทรกเข้าถุงลม และเข้าสู่กระแสเลือดได้นอกจากนี้โมเลกุลซึ่งระเหยได้ของน้ำมันหอมระเหยเป็นชนิดที่ฆ่าเชื้อโรค และฆ่าไวรัสได้จะมีผลเฉพาะที่ต่อทางเดินหายใจ นอกจากนี้บางชนิดยังมีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบ ป้องกันการเกร็งของหลอดลม หรือช่วยขับเสมหะได้ขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางเคมีของโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยแต่ละชนิดนั้น

6. ระบบการย่อยอาหาร (Digestive) และระบบอวัยวะสืบพันธ์ (Reproductive system) น้ำมันหอมระเหยบางชนิดมีผลผ่อนคลายกล้ามเนื้อเรียบในระบบย่อยอาหารช่วยลดแก๊สที่คั่งค้างมีผลช่วยขับลม และบางชนิดมีฤทธิ์ต่อการทำงานของเพศหญิง หรือชายได้ จึงถูกนำมาใช้ในการบำบัดอาการผิดปกติจากฮอร์โมน เช่น ในวัยหมดประจำเดือน หรืออาการก่อนหมดประจำเดือน เช่น เครียด ปวดหลัง ท้องผูก หรือท้องเสีย เป็นต้น แต่บางชนิดมีผลทำให้มดลูกบีบตัวจึงควรระมัดระวังในสตรีมีครรภ์อาจทำให้แท้งได้

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์มาใช้ในโปรแกรม ซึ่งเป็นน้ำมันหอมระเหยที่มีคุณสมบัติในการปรับสมดุลของระบบประสาทที่เหนื่อยล้า จึงเหมาะสำหรับร่างกายที่อ่อนเพลีย เป็นสารช่วยระงับประสาทต่อต้านความเครียด ช่วยให้จิตใจสงบ ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ช่วยสมานแผล และขณะเดียวกันยังช่วยให้ร่างกายสดชื่นมีชีวิตชีวา สามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจ และจิตวิญญาณให้กลับคืนสู่สภาวะปกติได้ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545: 51-78) ซึ่งจากการศึกษาของ Itail & Amayasu (2000: 397) ที่ได้ทำการศึกษาผลของการบำบัดด้วยกลิ่นลาเวนเดอร์และน้ำมันหอมระเหย ฮิบาร์ ต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตที่ต้องเข้ารับการล้างไต (Chronic hemodialysis) ผลจากการศึกษาพบว่าน้ำมันหอมระเหย 2 ชนิดนี้สามารถลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Holme & Hopkins (2000) ที่ศึกษาผลของการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ต่อการรักษาพฤติกรรมวุ่นวาย (Agitate behavior) ในผู้ป่วยความจำเสื่อมขั้นรุนแรง (Severe dementia) ผลการศึกษาพบว่าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์มีผลในการลดพฤติกรรมวุ่นวายของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2.2.4 รูปแบบของการใช้น้ำมันหอมระเหยในสุวคนธบำบัด

หลักการในการทำงานของสุวคนธบำบัดคือ น้ำมันหอมระเหยจะถ่ายเทพลังงานให้แก่ร่างกายโดยกลิ่นหอมจะช่วยปรับสมดุลของร่างกาย และจิตใจ ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้ 1. ใช้ในการอาบ (Bathing) 2. ใช้ในการประคบร้อนหรือประคบเย็น (Compressed) 3. การสูดดม (Inhalation) ซึ่งการสูดดมสามารถทำได้ 2 วิธี คือ การสูดดมโดยตรงโดยหยดลงบนสำลีหรือผ้าเช็ดหน้าแล้วสูดดม และการสูดดมโดยผ่านไอน้ำจากภาชนะที่ใส่น้ำอุ่นแล้วก้มลงสูดดม 4. การพ่นเป็นละอองฝอยภายในห้อง 5. การจุดตะเกียงเผา (Burners) 6. การแช่ 7. การกลั้วคอหรือปาก และ 8. การนวด (Body massage) ซึ่งพบว่าการบำบัดด้วยวิธีการนวดนี้มีประสิทธิภาพสูงสุด (มนสวรรค์ จินดาแสง, 2547: 121)

5.2.3 การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

การใช้น้ำมันหอมระเหยด้วยการให้ทางผิวหนังโดยการนวดร่วมด้วย หรือที่เรียกว่าการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเป็นวิธีที่ให้ผลในการบำบัดรักษาอาการได้ดี และมีประสิทธิภาพสูงสุด (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545: 2; มนสวรรค์ จินดาแสง, 2547: 121) ทั้งนี้เนื่องจากการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย คือ การรวมเอาศาสตร์และศิลป์ของการนวด และกลิ่นหอมที่ได้จากโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยเข้าไว้ด้วยกัน เป็นการบำบัดเพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์เข้าไว้ด้วยกัน เป็นวิธีที่ทำให้ร่างกายได้รับโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยได้มากและเร็วที่สุด (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2546) ซึ่งนอกจากจะได้รับโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจากการซึมผ่านเข้าทางผิวหนังไปยังระบบต่าง ๆ ของร่างกายแล้ว ยังจะได้รับโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจากการสูดดมในขณะนวดอีกด้วย

โดยโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะเข้าสู่ร่างกายได้สองทาง คือจากการซึมผ่านเข้าทางผิวหนังในขณะนวด แล้วไปมีผลในการผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อช่วยให้กล้ามเนื้อหดรัดตัว และปลดปล่อยกรดแลคติกและกรดยูริกซึ่งคั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อออกมา จึงทำให้กล้ามเนื้อมีแรงในการหดรัดตัวมากขึ้นจึงคลายความเหนื่อยล้าได้ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545: 11) รวมทั้งผลที่ได้รับจากการนวดจะทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้ดีขึ้น โดยช่วยให้ระบบการไหลเวียนของเลือด และน้ำเหลืองดีขึ้น หลอดเลือดไม่ตีบตันการไหลเวียนของเลือดจึงดีขึ้น มีเลือดใหม่เข้ามาแทนที่เลือดเก่าโดยนำเอาอาหารและออกซิเจนมาด้วยเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอไม่เกิดกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolisim) ทำให้ไม่มีการคั่งค้างของเสียในร่างกาย นอกจากนี้การนวดยังช่วยขจัดกรดแลคติกที่ยั่งคั่งค้างในกล้ามเนื้อออกมา ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและมีแรงในการหดตัวมากขึ้น จึงสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการนวดยังทำให้ระบบทางเดิน

อาหาร และลำไส้ทำงานได้ดีร่างกายมีการดูดซึมสารอาหาร และสร้างพลังงานมากขึ้นจึงไม่เกิดเป็นความเหนื่อยล้า

และในขณะเดียวกันผู้ป่วยจะได้รับโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ จากการสูดดมในขณะนวดได้อีกทาง โดยโมเลกุลของลาเวนเดอร์จะผ่านเข้าทางจมูกและไปจับกับตัวรับบนเยื่อบุโพรงจมูก และจะแปรสัญญาณเป็นสื่อระบบประสาทหรือสัญญาณไฟฟ้าเคมี ผ่านทางประสาทสัมผัสรับกลิ่นแล้วไปกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึกที่อยู่เหนือโพรงจมูกทำให้เกิดกระแสประสาทวิ่งไปยังศูนย์รับรู้กลิ่นในสมองแล้วผ่านไปยังสมองส่วนลิมบิค ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมการเรียนรู้ ความจำ อารมณ์ และความรู้สึก ทำให้สมองปล่อยสารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) เอนเคฟาลิน (Encephalin) และซีโรโทนิน (Serotonin) ออกมาจึงสามารถบำบัดอาการต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเครียด ทำให้เกิดความผ่อนคลาย ส่งเสริมการนอนหลับ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและความเหนื่อยล้าได้ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545: 11, 36-62; ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2546: 59; สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2546: 55; Karyn, 1999; Voltaire, 2000: 157; Stevensen, 2001: 133)

สำหรับการให้น้ำมันหอมระเหยกับร่างกายจะไม่ใช้โดยตรงแต่จะต้องทำให้เจือจางด้วยวิธีต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเสียก่อน เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยมีความเข้มข้นเป็น 70 เท่าของธรรมชาติ ดังนั้นเมื่อนำมาใช้กับร่างกายโดยตรงอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายได้ด้วยเหตุนี้ หากจะใช้ทางผิวหนังจะต้องเจือจางด้วยน้ำมันตัวพา (carrier oils or base oils) ที่มีคุณสมบัติในการดูดซึมที่ดีเพื่อจะช่วยพาโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยไปออกฤทธิ์ยังอวัยวะบริเวณที่ต้องการได้ดี

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่พบว่าการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยนั้นยังสามารถบำบัดและบรรเทาอาการต่างๆได้ดีกว่าการใช้น้ำมันหอมระเหยหรือการนวดเพียงอย่างเดียว โดยจากการศึกษาของ Wilkinson et al.(1999) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกับการนวดเพียงอย่างเดียวต่อระดับความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 103 ราย โดยทำติดต่อกันนาน 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยและการนวดเพียงอย่างเดียวสามารถลดความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้เหมือนกัน แต่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยจะไปช่วยเพิ่มความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้มากกว่า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Corner (1995 cited in Cawley, 1997) ที่ทำการศึกษาผลของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยและการนวดเพียงอย่างเดียวต่อคุณภาพชีวิตและความทุกข์ทรมานจากอาการ (Symptom distress) ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 52 ราย โดยนวดหลังนาน 30 นาทีเป็นเวลานาน 8 สัปดาห์พบว่าความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ

การนวดจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าจะให้ผลดียิ่งขึ้นหากมีการใช้น้ำมันหอมระเหยร่วมด้วย นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะมีระดับความเจ็บปวดและความเหนื่อยล้าลดลง ในขณะที่ความสามารถในการทำหน้าที่และการเคลื่อนไหวของร่างกายเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดเพียงอย่างเดียว

5.2.3.1 ข้อห้ามและข้อแนะนำสำหรับการใช้น้ำมันหอมระเหย

น้ำมันหอมระเหยแต่ละชนิดมีคุณสมบัติโครงสร้างทางเคมีต่างกัน ดังนั้นการเลือกใช้จึงขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ต้องการและต้องคำนึงให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลโดยเฉพาะ ถ้าใช้เพื่อการบำบัดรักษาจะต้องระมัดระวังมากเป็นพิเศษ และต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก โดยต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น รวมทั้งการเลือกให้เกิดความปลอดภัย และได้รับประโยชน์จากการใช้น้ำมันหอมระเหยได้มากที่สุด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหลัก และข้อควรปฏิบัติของการใช้น้ำมันหอมระเหยมีดังต่อไปนี้ (วนิดา จิตมั่น และทวีศักดิ์ สุวคนธ์, 2540; วีณา จีรัจฉริยากุล, 2542: 19)

1. เลือกใช้น้ำมันหอมระเหยที่บริสุทธิ์ ไม่ใช้น้ำมันสังเคราะห์ และเลือกจากแหล่งผลิตที่เชื่อถือได้โดยน้ำมันหอมระเหยที่ดีควรเป็น Pure oil คือน้ำมันบริสุทธิ์ไม่มีการปนเปื้อน Organic oil คือน้ำมันซึ่งสกัดจากพืชที่ปลูกโดยไม่ใช้ยาฆ่าแมลง ปุ๋ย และ Natural oil คือน้ำมันซึ่งมีสารจากธรรมชาติ 100% แต่สำหรับ Processed oil เป็นน้ำมันที่ผ่านขบวนการทำให้ไม่มีสีไม่มีกลิ่น หรือผ่านกระบวนการทำให้มีอายุนานขึ้นจึงพบว่าน้ำมัน Processed oil มักทำให้เกิดการแพ้หรือระคายเคืองได้ง่าย

2. น้ำมันหอมระเหยอาจทำให้เกิดการแพ้ได้ จึงไม่ควรใช้น้ำมันหอมระเหยกับร่างกายโดยตรง หรือไม่ควรรับประทาน สูดดม หรือสัมผัสโดยตรงกับผิวหนังโดยไม่ผ่านการทำให้เจือจางก่อน และไม่ควรใช้น้ำมันหอมระเหยเกิน 3 ครั้งต่อวัน

3. โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยสามารถระเหยได้ง่ายมาก จึงควรระวังอย่าไว้ใกล้เปลวไฟ หรือที่ที่มีความร้อนสูง

4. การเก็บรักษาน้ำมันหอมระเหย เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยสามารถสลายตัวได้ง่ายด้วยอากาศ ออกซิเจน ความร้อน หรือแสง ดังนั้นจึงควรเก็บในภาชนะที่เป็นแก้ว หรือขวดแก้วสีชา ไม่ควรใช้ภาชนะพลาสติก และต้องอยู่ภายใต้อุณหภูมิต่ำๆ (ต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส) เช่น เก็บในตู้เย็น และน้ำมันหอมระเหยที่ดีควรใช้ภายใน 3 ปี ภายหลังเปิดใช้

5. ไม่ควรใช้ในรายที่มีอาการแพ้ หรือระคายเคืองของผิวหนัง

6. สำหรับในผู้ป่วยโรคลมชัก ความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตต่ำ และการใช้สุคนธบำบัดในเด็ก ควรอยู่ในความดูแลของแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ

7. ห้ามใช้ในหญิงมีครรภ์ หรือใช้ก่อนอาบแดด

5.3 เนื้อหาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้สามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุมทั้งจากสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้น โดยเป็นโปรแกรมที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างตัวผู้ป่วยกับการใช้กลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้าโดยอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ คือพยาบาลในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสานโดยตัวที่เลือกใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าในงานวิจัยนี้คือ การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย

จากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการเป็นรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการนั้น ๆ โดยผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะประเมินความหมายของอาการและมีการตอบสนองของการแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยในขณะนั้น หลังจากนั้นบุคคลจะประเมินความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ซึ่งการที่ผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งเหล่านี้จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยขั้นตอนนี้จะเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้สุวคนธบำบัดในการบรรเทาความเหนื่อยล้าจากผู้ป่วยก่อน เนื่องจากบุคคลโดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่มักจะเคยผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในบางอย่างมาแล้ว ดังนั้นการให้ความรู้จึงควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยผู้วิจัยจะไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนมาสนใจในทุกข์สุขของตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวผู้วิจัยเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้การสอนหรือการให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงและสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่

เกิดขึ้นด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคลในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้สุวคนธบำบัดในการบรรเทาความเหนื่อยล้า โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยในแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับให้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ผู้ป่วยได้กลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติต่อที่บ้าน ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ และรับรู้สาเหตุของการเกิดอาการได้ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลเป็นอยู่หรือที่จะปฏิบัติในอนาคตให้เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้อง และเหมาะสม (จรัสศรี อินทรสมหวัง, 2543: 29) แต่ในขณะเดียวกันหากผู้ป่วยมีการรับรู้อาการที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดการตระหนักรู้ และไม่มีความหวังว่าอาการที่เกิดขึ้นจะถูกควบคุมให้ลดลงได้ ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ มีความเครียดเพิ่มขึ้นส่งผลให้อาการมีความรุนแรงมากขึ้น (Miller, 1992: 57 cited in สุรีพร ธนศิลป์, 2545: 6)

ขั้นตอนที่ 3 การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยโดยพยาบาล

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมคือการเปิดโอกาสให้มนุษย์ได้ลองหาวิธีอื่น ๆ มาใช้ในการรักษาโดยวิธีการรักษาใหม่ ๆ นี้จะถูกนำมาใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งการรักษาของแพทย์ที่ปฏิบัติกันอยู่นั้นมีประโยชน์ และจำเป็นอย่างยิ่งแต่ก็มีข้อจำกัดตรงที่วิธีการรักษาทางการแพทย์นั้นจะให้การบำบัดรักษาโดยมุ่งเฉพาะร่างกายเป็นสำคัญ (วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544: 33) แต่การดูแลแบบผสมผสานนั้นนอกจากจะเป็นการบำบัด และบรรเทาอาการต่าง ๆ ของโรคแล้วยังสามารถบรรเทาอาการทางจิตใจได้อีกด้วย

การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในลักษณะที่รุนแรงที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการนั้นให้บรรเทาลงได้ด้วยตนเอง จึงต้องพึ่งบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล เป็นต้น โดยเป้าหมายของการจัดการกับอาการตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ก็เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านลบ หรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางลบให้เกิดช้าที่สุดด้วยการใช้กลวิธีการดูแลตนเองหรือกลวิธีที่อาศัยบุคลากรทางการแพทย์ หรือยาในการรักษาอาการ โดยพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ที่จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้น หรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น หรือเพื่อให้อาการนั้นส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยน้อยที่สุด และสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ในการจัดการกับความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นกลวิธีที่ผู้ป่วยต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่จัดการกับความเหนื่อยล้านั้น

โดยในขั้นตอนนี้เริ่มด้วยผู้วิจัยพูดคุยและประเมินผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา การประเมินสัญญาณชีพและ

การประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยก่อนนวด โดยการกดจุดตามกล้ามเนื้อบริเวณที่จะนวด เพื่อตรวจสอบดูว่ากล้ามเนื้อมีการเกร็งตัวหรือไม่ หรือมีการอักเสบของกล้ามเนื้อที่ตำแหน่งใด รวมทั้งทำการประเมินอาการแพ้น้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยผสมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 6 หยดในน้ำมันตัวนำ 30 มิลลิลิตร แล้วนำมานวดแบบสวิดิช ซึ่งประกอบด้วย การลูบ การคลึง การบีบยก การม้วน และการสับที่กล้ามเนื้อบริเวณหลัง ไหล่ แขนและ มือทั้ง 2 ข้าง และขาทั้ง 2 ข้าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้นวดนาน 30 นาทีเป็นจำนวน 1 ครั้ง และในขณะทำการนวดมีการพูดคุยกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์และผลที่เกิดขึ้นจากการนำความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปปฏิบัติในขณะอยู่ที่บ้าน และหากมีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้นผู้วิจัยจะให้คำแนะนำเพิ่มเติมร่วมกับวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่เข้าใจอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

Dodd et al. (2001) กล่าวว่าการจัดการกับอาการ (Symptom management) เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ (Out come) ก็จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป และสำหรับในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ร่วมกับประเมินน้ำหนักมือของผู้วิจัยในขณะนวด โดยจะสอบถามความแรงในการลงน้ำหนักมือในขณะนวดจากผู้ป่วยเป็นระยะๆ และเป็นการประเมินผลที่ผู้ป่วยได้รับจากกิจกรรมการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดของการวิจัย

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
- ประเมินประสบการณ์ความเหนื่อยล้าโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ในมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง
- ประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับความเหนื่อยล้า สาเหตุ และผลกระทบจากความเหนื่อยล้า และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้

- ให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคลในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ ความเหนื่อยล้า สาเหตุและผลกระทบจากความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้า การใช้สุวคนธบำบัดในการบรรเทาความเหนื่อยล้า และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือยังไม่เข้าใจ
- ผู้วิจัยให้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ผู้ป่วยได้กลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติต่อที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

- ประเมินสัญญาณชีพ และประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยได้แก่ บริเวณกล้ามเนื้อและผิวหนังในตำแหน่งที่จะทำการนวดเพื่อดูว่ากล้ามเนื้อบริเวณที่จะนวดมีการอักเสบหรือกดเจ็บหรือไม่ และทำการประเมินการแพ้น้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยก่อน
- กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ที่ได้รับการเจือจางในอัตราส่วนน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 6 หยดผสมในน้ำมันตัวนำ 30 มิลลิลิตร โดยผู้วิจัยใช้มือ 2 ข้างลูบ คลึง บีบ ยก ม้วน ร่วมกับการสับหรือสั่น ที่กล้ามเนื้อบริเวณหลัง ไหล่ แขน มือ และขาทั้งสองข้างนาน 30 นาทีเป็นจำนวน 1 ครั้งโดยผู้วิจัยเป็นผู้นวด
- ในขณะนวดผู้วิจัยและผู้ป่วยมีการพูดคุยและประเมินผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยจะให้คำแนะนำเพิ่มเติมร่วมกับช่วยกันวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

- ประเมินสัญญาณชีพภายหลังนวดเสร็จ
- ประเมินผลที่ได้จากการนำความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปปฏิบัติ
- ประเมินน้ำหนักมือในการนวดจากผู้ป่วยและผลที่ได้รับจากการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

⇨

ความเหนื่อยล้า

- ด้านพฤติกรรม และความรุนแรง
- ด้านการให้ความหมาย
- ด้านร่างกายและจิตใจ
- ด้านสติปัญญาและอารมณ์

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดโดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม O1 _____ O2

กลุ่มทดลอง O3 X O4

O1	หมายถึง	การประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
O2	หมายถึง	การประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
O3	หมายถึง	การประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย
O4	หมายถึง	การประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย
X	หมายถึง	โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดและอยู่ระหว่างได้รับเคมีบำบัด อายุระหว่าง 20 – 59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นระยะที่ไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังกระดูกหรืออวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกาย ภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ Radical Mastectomy (RM) หรือ Modified Radical Mastectomy (MRM) ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่เลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้และก้อนเนื้องอกออกแล้ว และอยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้ (Inclusion criteria)

1) มีคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าก่อนเข้าการทดลองอยู่ในช่วง 4 – 10 คะแนน ซึ่งเป็นความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง โดยวัดได้จากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper et al., 1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เพียงใจ ดาโลปการ (2545) และเป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าชุดเดียวกับที่ใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้าเมื่อสิ้นสุดการทดลอง (Post – test)
2) ไม่มีข้อห้ามในการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยอันได้แก่ โรคหัวใจ วัณโรคปอดในระยะแพร่กระจาย เบาหวานที่มีอาการแทรกซ้อนเกี่ยวกับหลอดเลือด โรคลมชัก และไม่มีอาการแพ้น้ำมันหอมระเหย
3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือผู้ป่วยไม่ชอบน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์หรือภายหลังการทดสอบน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ด้วยวิธี Dermal test แล้วผู้ป่วยมีอาการแพ้หรือระคายเคืองบริเวณที่ทำการทดสอบ หรือขณะได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์แล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ และต้องการออกจากการทดลองในขณะนั้น จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ต้องคัดออก 2 รายเนื่องจากผลเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยต่ำจึงไม่สามารถให้ยาเคมีบำบัดในวันนั้นได้ ผู้ป่วยจึงปฏิเสธการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเนื่องจากอยากกลับบ้านที่ต่างจังหวัด 1 ราย และผู้ป่วยไม่พึงพอใจในกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ เนื่องจากรู้สึกคลื่นไส้มากภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดชุดที่ผ่านมาอีก 1 ราย ผู้วิจัยจึงต้องทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่เพิ่มขึ้นอีก 2 รายด้วยขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย โดยได้กลุ่มตัวอย่างมาจากรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางถึง

ระดับรุนแรงโดยประเมินจากคะแนนความเหนื่อยล้าก่อนเข้าการทดลองโดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายต้องมีคะแนนความเหนื่อยล้าก่อนเข้าการทดลอง (Pre-test) อยู่ในช่วง 4 – 10 คะแนน และเพื่อเป็นการป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate) กันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองซึ่งอาจจะทำให้เกิดอคติ (Bias) ในการตอบแบบประเมินซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนและบันทึกลักษณะของตัวแปรควบคุมของผู้ป่วยไว้จนได้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 ราย หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 20 ราย โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุโดยกำหนดให้มีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และการได้รับเคมีบำบัดที่เป็นสูตรเดียวกันจนครบ 20 คู่

2. จากการคำนึงถึงการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ดังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปีทั้ง 20 คู่ และมีกลุ่มตัวอย่างได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FAC จำนวน 13 คู่ ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร CMF จำนวน 5 คู่ และมีกลุ่มตัวอย่างได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AC จำนวน 2 คู่ ดังรายละเอียดในตารางที่ 7 ในภาคผนวก ข หน้า 128

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และปัญหาด้านค่าใช้จ่าย

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา ได้แก่ ชนิดของการผ่าตัด ระยะของโรค สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ ครั้งที่ของการมารับเคมีบำบัด โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

1.3 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper Fatigue Mode, Piper et al.,1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ 1) ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าจำนวน 6 ข้อได้แก่ข้อ 1-6 2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าจำนวน 5 ข้อได้แก่ ข้อ 7-11 3) ด้านร่างกายและจิตใจ

จำนวน 5 ข้อได้แก่ข้อ 12-16 และ4) ด้านสติปัญญา/ อารมณ์จำนวน 6 ข้อได้แก่ข้อ 17-22 โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0 – 10 (Numeric scale) โดยปลายสุดของทางด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง " ไม่เลย " และด้านขวาสุดหมายถึง "มากที่สุด" การประเมินระดับความเหนื่อยล้ามีคะแนนตั้งแต่ 0 - 220 คะแนน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ จะได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้า โดยคะแนนมากหมายความว่ามีความ เหนื่อยล้ามาก คะแนนน้อยหมายความว่ามีความเหนื่อยล้าน้อย

โดยไปเปอร์แบ่งระดับความเหนื่อยล้าออกเป็น 4 ระดับ (Piper, 2002) ดังนี้คือ 1) ไม่มีความเหนื่อยล้ามีคะแนน = 0 2) เหนื่อยล้าเล็กน้อยมีคะแนน= 0.01-3.99 3) เหนื่อยล้าปานกลางมีคะแนน = 4-6.99 และ4) เหนื่อยล้ามากมีคะแนน = 7-10

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การหาความตรงตามเนื้อหา สำหรับแบบประเมินความเหนื่อยล้าที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในครั้งนี้เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เพียงใจ ดาโลปการ (2545) และเป็นฉบับที่ได้นำไปใช้ประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านมาแล้วโดยได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) = 1.00 ซึ่งมีความตรงเชิงเนื้อหาที่สูงและมีความครอบคลุมกับนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แล้วดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้นำแบบประเมินนี้ไปหาความตรงตามเนื้อหาซ้ำอีก

2. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหนื่อยล้าไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาแต่เป็นคนละกลุ่มกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่สถาบันมะเร็งชลบุรีจำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความคงที่ภายในของเครื่องมือ (Internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .96

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al.(2001) และแนวคิดการดูแลแบบผสมผสานเกี่ยวกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย โดยเป็นโปรแกรมที่นำไปใช้ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมดังต่อไปนี้

2.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบจำลองการจัดการกับอาการ การให้ความรู้ การดูแลแบบผสมผสาน การนวด สุวคนธบำบัด และการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย เพื่อใช้ศึกษาและวิเคราะห์แนวทางในการสร้างโปรแกรม

2.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย โดยตัวโปรแกรมประกอบไปด้วยหลักการและเหตุผล ปรัชญา ขั้นตอนของโปรแกรม วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการในแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการ และการประเมินผลในแต่ละกิจกรรม

2.3 สร้างสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ได้แก่ แผนการสอนเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยสื่อที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้ในโปรแกรมมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1 แผนการสอนเรื่องความเหนื่อยล้าและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ ความเหนื่อยล้า สาเหตุของความเหนื่อยล้า ผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้าจากโรคและอาการข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับ และการใช้สุวคนธบำบัดในการบรรเทาความเหนื่อยล้า

2.3.2 คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยมีเนื้อหาสาระสอดคล้องกับแผนการสอนข้างต้นในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ ความเหนื่อยล้า สาเหตุของความเหนื่อยล้า ผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้าจากโรคและอาการข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับ และการใช้สุวคนธบำบัดในการบรรเทาความเหนื่อยล้าเป็นต้น

2.4 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง เหมาะสม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้าที่มีความเหนื่อยล้า การดูแลแบบผสมผสาน การนวด และสุวคนธบำบัด จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นนำเครื่องมือในการดำเนินการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

2.5 ตรวจสอบความความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือดำเนินการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับกลุ่มผู้ป่วย ระยะเวลา และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง

โดยโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้สุวคนธบำบัดในการบรรเทาความเหนื่อยล้าจากผู้ป่วยก่อน เนื่องจากบุคคลโดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่มักจะเคยผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในบางอย่างมาแล้ว ดังนั้นการให้ความรู้จึงควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยผู้วิจัยจะไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนมาสนใจในทุกข์สุขของตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวผู้วิจัยเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้การสอนหรือการให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงและสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคลในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้สุวคนธบำบัดในการบรรเทาความเหนื่อยล้า โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยในแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับให้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ผู้ป่วยได้กลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติต่อที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3. การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ผู้วิจัยพูดคุยและประเมินผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินสัญญาณชีพและประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยก่อนนวด โดยการกดจุดตามกล้ามเนื้อบริเวณที่จะนวด เพื่อตรวจสอบดูว่ากล้ามเนื้อมีการเกร็งตัวหรือไม่ หรือมีการอักเสบของกล้ามเนื้อที่ตำแหน่งใด รวมทั้งทำการประเมินอาการแพ้น้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยก่อน หลังจาก

นั้นผู้วิจัยผสมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 6 หยดในน้ำมันตัวนำ 30 มิลลิลิตร แล้วนำมานวดแบบสวิดิชซึ่งประกอบด้วย การลูบ การคลึง การบีบยก การม้วน และการสับที่กล้ามเนื้อบริเวณหลัง ไหล่ แขนและ มือทั้ง 2 ข้าง และขาทั้ง 2 ข้าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้นวดนาน 30 นาทีเป็นจำนวน 1 ครั้ง และในขณะทำการนวดมีการพูดคุยกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์และผลที่เกิดขึ้นจากการนำความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปปฏิบัติในขณะอยู่ที่บ้าน และหากมีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้นผู้วิจัยจะให้คำแนะนำเพิ่มเติมร่วมกับวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่เข้าใจอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 4. การประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย ร่วมกับการประเมินน้ำหนักมือของผู้วิจัยในการนวดโดยสอบถามความแรงในการลงน้ำหนักมือในขณะนวดจากผู้ป่วยเป็นระยะๆ และเป็นการประเมินผลที่ผู้ป่วยได้รับจาก กิจกรรมการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง กระทำโดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด แผนการสอน และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อช่วยตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านคือ (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ค หน้า 130)

1. อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 1 ท่าน
2. พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลผู้ใหญ่และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 10 ปีจำนวน 1 ท่าน
3. อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดในเรื่องการดูแลแบบผสมผสาน(Complementary therapy) จำนวน 1 ท่าน
4. อาจารย์กายภาพบำบัดที่มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญในเรื่องของการนวดแบบสวีดิชจำนวน 1 ท่าน

5. พยาบาลนักวิชาการของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยวุฒิปริญญาโททางการพยาบาล ที่มีความรู้และความชำนาญ และผ่านการอบรมในเรื่องของสุวคนธบำบัด (Aromatherapy) จากประเทศแคนาดา จำนวน 1 ท่าน

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือในการดำเนินการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

2. ทำการศึกษานำร่อง โดยนำเครื่องมือดำเนินการทดลองที่ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่สถาบันมะเร็งชลบุรี จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับกลุ่มผู้ป่วย ระยะเวลาและความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร และตำรา เพื่อใช้ประเมินความรู้ของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบถูกผิดจำนวน 20 ข้อ ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่า 80% แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากโรคและการรักษาที่ได้รับ แต่ถ้าพบว่าภายหลังการให้ความรู้ผู้ป่วยได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะทำการสอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามถึงสิ่งที่ยังไม่เข้าใจและจะให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง

ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองทั้ง 20 รายตอบแบบทดสอบความรู้ได้สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือมากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ผ่านการทดสอบความรู้ด้วยคะแนนร้อยละ 100 จำนวน 13 ราย ร้อยละ 95 เป็นจำนวน 3 ราย ร้อยละ 90 จำนวน 3 ราย และร้อยละ 85 จำนวน 1 ราย ดังรายละเอียดในตารางที่ 8 ในภาคผนวก ข หน้า 129

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองด้วยตัวเอง โดยดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมผู้วิจัย ขั้นเตรียมการทดลอง และขั้นดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้ ในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม และความเหนื่อยล้า โดยการศึกษา ค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รวมทั้งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้มีความรู้ และความชำนาญในการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยเข้าเรียนและฝึกปฏิบัติการนวดแบบสวีดิชกับผู้ช่วยศาสตราจารย์จงกลณี มาลัย (หัวหน้าสาขาวิชากายภาพบำบัด ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล) ผู้เชี่ยวชาญการนวดรักษาในวิชากายภาพบำบัดแผนปัจจุบันและการนวดแบบสวีดิช ทุกวันศุกร์วันละ 1 ชั่วโมงตั้งแต่วันที่ 12 ธันวาคม 2546 จนถึง 19 มีนาคม 2547 รวมเวลา 13 ชั่วโมง โดยมีวิธีฝึกดังนี้

- การฝึกท่านวด (Movement) พื้นฐานได้แก่ การลูบ การคลึง การบีบยก การม้วน และการสับหรือสั่นกล้ามเนื้อ
- การฝึกนวด หลัง ไหล่ แขน มือ และขา
- การตรวจสอบประสิทธิภาพการนวด กระทำโดยภายหลังการฝึกปฏิบัติผู้วิจัยจะทำการฝึกซ้อมการนวดแบบสวีดิชเพื่อให้เกิดความชำนาญและความคงที่ในการลงน้ำหนักของมือในการนวดแต่ละครั้ง หลังจากนั้นทำการตรวจสอบประสิทธิภาพการนวดของผู้วิจัยโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการนวดคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จงกลณี มาลัย เป็นผู้ประเมินกลับอีกครั้ง และเมื่อได้รับการประเมินว่านวดได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพแล้วจึงจะเริ่มดำเนินการทดลอง

1.2 ผู้วิจัยได้เข้าอบรมเรื่องสุวคนธบำบัดกับผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ (ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบผสมผสานจากภาควิชาการพยาบาลคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี) ในระหว่างวันที่ 8 ธันวาคม 2546 เป็นเวลา 3 ชั่วโมงร่วมกับการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับสุวคนธบำบัดและการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยด้วยตนเอง

1.3 การเตรียมตัวผู้วิจัยเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ให้มีความคงที่ในทุกครั้งของการนวดจะกระทำโดย ผู้วิจัยจะนั่งสมาธินานประมาณ 10 นาทีที่บ้านเพื่อให้จิตใจสงบในทุกวันก่อนที่จะไปทำการนวดผู้ป่วยในวันรุ่งขึ้น

2. ขั้นเตรียมการทดลอง

2.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทั้งหมดดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นโดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

2.2 ภายหลังที่เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยส่งให้คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์และ

การใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติให้พิจารณา โดยผลจากการพิจารณามีมติและมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในบางส่วน ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะดังกล่าว และได้รับมติจากที่ประชุมให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากทั้ง 2 แห่ง รวมระยะเวลาในการส่งพิจารณาอนุมัติจริยธรรมของทั้ง 2 แห่งประมาณ 8 สัปดาห์

2.3 เตรียมสถานที่สำหรับดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขปและเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติโดยผ่านฝ่ายการพยาบาลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตทำวิจัย เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติแล้วผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ประจำหน่วยเคมีบำบัด รองผู้อำนวยการกลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าหน่วยเคมีบำบัดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดและขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและการจัดเตรียมสถานที่อีกครั้ง

3. ขั้นดำเนินการทดลอง

3.1 ศึกษารายงานของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลในขณะที่รอตรวจรับการรักษาจากแพทย์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งอ่านการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นรายลักษณ์อักษรไว้ในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นดำเนินการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. สำหรับในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยด้วยตนเอง

2. หลังจากนั้นวัดระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าโดยให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้า (Pre-test) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการในวันที่ 1 ของการได้รับเคมีบำบัดในชุดนั้น (Day 1) และนัดพบผู้ป่วยอีกครั้งเพื่อตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้า (Post-test) ในวันที่ 8 ของการได้รับเคมีบำบัดในชุดเดิม (Day 8)

3. กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ของหน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งได้ให้คำแนะนำทั่วไปในเรื่องของแผนการ

รักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษา ในลักษณะที่จะเน้นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ โดยเป็นการให้ความรู้หรือข้อมูลต่อผู้ป่วยจำนวนมากหรือพร้อมๆกันหลายคน ส่วนการให้ความรู้ในเรื่องของโรคและการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละรายจะเป็นในลักษณะของการตอบคำถาม และอธิบายแก้ไขข้อสงสัยหรือปัญหาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยในแต่ละคน

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยด้วยตนเอง

2. หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการวัดระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าก่อนเข้าการทดลอง (Pre-test)

3. ในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ 3) การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย และ4) การประเมินผล โดยผู้วิจัยจะพบกับผู้ป่วย 2 ครั้ง คือการพบกันครั้งแรกคือในวันที่ 1 ของการได้รับเคมีบำบัด (Day 1) โดยใช้เวลานานประมาณ 30 – 45 นาที และครั้งที่ 2 คือในวันที่ 8 ของการได้รับเคมีบำบัดในชุดเดิม (Day 8) โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมดังต่อไป

4. การพบผู้ป่วยในครั้งที่ 1 เป็นขั้นตอนที่ 1 และ 2 ของโปรแกรม จะกระทำในวันที่ 1 ของการได้รับเคมีบำบัด (Day 1) ใน Cycle ที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ในวันที่พบกับผู้วิจัยเป็นครั้งแรก ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 – 45 นาที

4.1 โดยผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรม และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของ ผู้ป่วยด้วยการอ่านหนังสือพิทักษ์สิทธิสำหรับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยฟัง และขอความร่วมมือในการทำวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ก่อน ถ้าผู้ป่วยชอบจึงทำการทดสอบความปลอดภัยในการใช้น้ำมันหอมระเหย ได้แก่ อาการระคายเคืองและการแพ้ของผิวหนังด้วยวิธีการทำ Dermal test โดยทาน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ไว้ที่บริเวณข้อพับแขนด้านในแล้วทิ้งไว้ซักครู่ ถ้าแพ้จะมีอาการผื่นคันและบวมแดงหากผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้จะให้ผู้ป่วยลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลไว้ สำหรับในขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 5-15 นาที และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 รายไม่มีอาการแพ้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์และกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความเต็มใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

4.2 หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินประสบการณ์ความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของตัวผู้ป่วยเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้า การจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ของการจัดการกับความเหนื่อยล้านั้น หลังจากนั้นจะทำการประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบจากความเหนื่อยล้า และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้สุวคนธบำบัดเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า โดยผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาดไปและมีความต้องการที่จะเรียนรู้ ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นรายบุคคล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ สำหรับขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 25 – 30 นาที

4.3 ผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ผู้ป่วยนำกลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติต่อที่บ้าน และขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยมาพบกับผู้วิจัยอีกครั้งในสัปดาห์ต่อมาคือ ในวันที่มารับเคมีบำบัดเข็มต่อไปซึ่งคือวันที่ 8 หรือ Day 8 ของการได้รับเคมีบำบัดใน Cycle เดิม

5. ในการพบกันครั้งที่ 2 เป็นขั้นตอนที่ 3 และ 4 ของโปรแกรม จะกระทำในวันที่ 8 ของการมารับเคมีบำบัดในชุดเดิม (Day 8) ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที

5.1 ผู้วิจัยจะทำการประเมินผลจากการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโดยสอบถามผู้ป่วยถึงผลลัพธ์ ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการนำความรู้ที่ผู้วิจัยได้สอนในสัปดาห์ก่อนไปใช้ปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองจากความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคนั้น

5.2 หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินสัญญาณชีพ ประเมินสภาพกล้ามเนื้อบริเวณที่จะนวดด้วยการใช้ มือกดไปตามกล้ามเนื้อในตำแหน่งที่จะนวดคือกล้ามเนื้อหลัง ไหล่ แขนและมือทั้ง 2 ข้างและขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อตรวจดูการเกร็งตัวและการอักเสบของกล้ามเนื้อหากมีการเกร็งตัวและการอักเสบของกล้ามเนื้อก็จะไม่นวดในตำแหน่งนั้นและพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 รายไม่มีอาการแพ้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์และไม่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อและไม่มีการอักเสบของกล้ามเนื้อในทุกตำแหน่งที่จะทำการนวด

5.3 ผู้ป่วยจะได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่ผ่านการเจือจางในน้ำมันตัวนำในอัตราส่วนน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 6 หยดต่อน้ำมันตัวนำ 30 มิลลิลิตร (ml) โดยผู้วิจัยเป็นผู้นวดที่กล้ามเนื้อบริเวณ หลัง ไหล่ แขนและมือทั้ง 2 ข้าง และขาทั้ง 2 ข้างด้วยการนวดแบบสวิดิช ซึ่งประกอบไปด้วยการลูบ การคลึง การบีบยก การม้วน และการสับกล้ามเนื้อ โดยใช้เวลาในการนวดนาน 30 นาทีเป็นจำนวน 1 ครั้ง โดยมีรายละเอียดของการเตรียมตัวผู้นวด (คือผู้วิจัย) ผู้ถูกนวด (กลุ่มตัวอย่าง) การจัดเตรียมสถานที่ในการนวด ข้อห้ามและ

ข้อระมัดระวังในการนวดและการใช้น้ำมันหอมระเหย ท่าที่ใช้ในการนวด ดังรายละเอียดแสดงไว้ในภาคผนวก ก หน้า 112

5.4 ในขณะทำการนวด มีการพูดคุยกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก และเล่าถึงผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในการดูแลตนเองกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยจะให้คำแนะนำและวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมกับให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าหรือเรื่องอื่นๆ เพิ่มเติม

5.5 ในขณะทำการนวดผู้วิจัยจะประเมินความแรงในการลงน้ำหนักของมือในการนวด โดยผู้วิจัยจะคำนึงถึงขนาดโครงสร้างและรูปร่างของผู้ป่วย และลงน้ำหนักมือในการนวดให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย และจะประเมินซ้ำโดยสอบถามถึงน้ำหนักมือในการนวดเป็นระยะๆ

5.6 ภายหลังนวดเสร็จผู้วิจัยจะทำการประเมินสัญญาณชีพซ้ำอีกครั้งและปล่อยให้ผู้ป่วยได้นั่งพักและแต่งตัวซักครู่โดยใช้เวลานานประมาณ 10-15 นาที

6. ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้าชุดเดิม (Post-test) ร่วมกับให้ผู้ป่วยตอบแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าโดยใช้เวลานานประมาณ 10 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินงานเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขปและเครื่องมือวิจัยถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และถึงผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติโดยผ่านฝ่ายการพยาบาลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตทำวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ประจำหน่วยเคมีบำบัด รองผู้อำนวยการกลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าหน่วยเคมีบำบัดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์

รายละเอียด ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่อีกครั้ง

3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาตัวที่หน่วยเคมีบำบัดแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากแฟ้มประวัติไว้ล่วงหน้า จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเข้าแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และผลกระทบที่ผู้ป่วยอาจได้รับ พร้อมทั้งอ่านการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการวิจัย หากผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมการวิจัยจะให้ผู้ป่วยลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และทำการบันทึกข้อมูลส่วนบุคลไว้

4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจะจัดกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองออกเป็นคู่ โดยให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติที่เหมือนกันในเรื่องของอายุโดยกำหนดให้มีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปีและได้รับเคมีบำบัดในสูตรเดียวกัน

5. ผู้วิจัยทำการประเมินระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าก่อนเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้าก่อนการทดลอง (Pre-test)

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 รายก่อน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจากผู้วิจัยตามขั้นตอนการดำเนินการทดลองดังกล่าวมาข้างต้น

7. และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการทดลองผู้วิจัยจะไม่นำมาวิเคราะห์ผล แต่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างใหม่จนครบตามจำนวนที่ระบุไว้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการทดลองจำนวน 2 ราย เนื่องจากไม่พึงพอใจในกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยที่ได้รับ เนื่องจากรู้สึกคลื่นไส้จำนวน 1 รายและปฏิเสธการนวดเนื่องจากรีบกลับบ้านที่ต่างจังหวัดจำนวน 1 ราย ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่เพิ่มขึ้นอีก 2 รายด้วยขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม

8. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้าชุดเดิมซ้ำอีกครั้งภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และให้กลุ่มทดลองตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และแบบประเมินความเหนื่อยล้าชุดเดิมอีกครั้ง (Post-test)

9. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

กระทำโดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมแนะนำตัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการทดลอง ประโยชน์ที่จะได้รับ และผลกระทบที่อาจจะได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงความเป็นลักษณะเฉพาะบุคคล (Individualize) ของแต่ละบุคคลในเรื่องความชอบของกลิ่น โดยก่อนทำการทดลองจะให้ผู้ป่วยดมกลิ่นลาเวนเดอร์จากสำลีก่อนถ้าผู้ป่วยชอบในกลิ่นนี้ผู้วิจัยจะทำการทดสอบอาการแพ้น้ำมันหอมระเหยต่อไป โดยทาน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่บริเวณข้อพับแขนแล้วทิ้งไว้ซักครู่ ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ก็จะทำการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าหากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือวิงเวียนศีรษะจากกลิ่นที่ได้รับในขณะนวด หรือมีความรู้สึกไม่พึงพอใจกับกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยที่ได้รับ ผู้ป่วยมีสิทธิ์หยุดเข้าร่วมการวิจัยและสามารถออกจากการวิจัยในครั้งนั้นได้ทันทีตามที่ผู้ป่วยต้องการ โดยไม่มีผลใดๆต่อการบำบัดรักษาที่จะได้รับในอนาคต หากผู้ป่วยให้ความยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือโดยมีการลงนามของกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Science for Windows) ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. หาค่าความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลแสดงความพึงพอใจและผลที่ได้รับจากการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย
2. ทดสอบการแจกแจงคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Kolmogorov – Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความเหนื่อยล้าโดยใช้สถิติ t – test
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังการทดลองของแต่ละกลุ่ม
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t – test ที่ระดับนัยสำคัญ .05
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t – test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาตัวที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 รายโดยกำหนดให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุโดยแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปีและได้รับเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลีนิกของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแสดงความพึงพอใจและผลที่ได้รับจากการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยของกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ และปัญหาด้านค่าใช้จ่าย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม(n=20)		กลุ่มทดลอง(n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ศาสนา						
พุทธ	20	100.0	20	100.0	40	100.0
สถานภาพสมรส						
โสด	7	35.0	7	17.5		
คู่	17	85.0	10	50.0	27	67.5
ม่าย	1	5.0			1	2.5
หย่าร้าง	2	10.0	3	15.0	5	12.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	13	65.0	9	45.0	22	55.0
มัธยมศึกษา	1	5.0	2	10.0	3	7.5
อนุปริญญา/หรือประกาศนียบัตร	3	15.0	2	10.0	5	12.5
ปริญญาตรี	3	15.0	6	30.0	9	22.5
สูงกว่าปริญญาตรี			1	5.0	1	2.5
อาชีพ						
รับจ้าง	4	20.0	3	15.0	7	17.5
เกษตรกร	1	5.0	2	10.0	3	7.5
ค้าขาย	1	5.0	3	15.0	4	10.0
พนักงานรัฐวิสาหกิจ / พนักงานบริษัทเอกชน	1	5.0			1	2.5
ข้าราชการ	3	15.0	4	20.0	7	17.5
แม่บ้าน	10	50.0	8	40.0	18	45.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม(n=20)		กลุ่มทดลอง(n=20)		รวม(n=40)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย						
ไม่มี	8	40.0	5	25.0	13	32.5
มีเล็กน้อย	4	20.0	8	40.0	12	30.0
มีปานกลาง	4	20.0	6	30.0	10	25.0
มีมาก	4	20.0	1	5.0	5	12.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ4,000	4	20.0	3	15.0	7	17.5
4,001 – 8,000	4	20.0	8	40.0	12	30.0
8,001 – 12,000	3	15.0	1	5.0	4	10.0
12,001 – 16,000	2	10.0	1	5.0	3	7.5
16,001 – 20,000	1	5.0	2	10.0	3	7.5
มากกว่า20,000	6	30.0	5	25.0	11	27.5
อายุ*						
30 – 34	1	5.0			1	2.5
35 – 39	2	10.0	2	10.0	4	10.0
40 – 44	5	25.0	7	35.0	12	30.0
45 – 49	6	30.0	2	10.0	8	20.0
50 – 54	5	25.0	8	40.0	13	32.5
55 – 59	1	5.0	1	5.0	2	5.0
* อายุ เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบน)	46 ปี (S.D.=6.061)		46.20 ปี (S.D.= 5.818)		46.10ปี (S.D.=5.865)	

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.10 (S.D= 5.87) ปี โดยมีอายุระหว่าง 50 - 54ปี มากที่สุดจำนวน 13 รายคิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมาคือมีอายุระหว่าง

40 – 44 ปีเป็นจำนวน 12 รายคิดเป็นร้อยละ 30.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 67.5 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 100 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55 มีอาชีพส่วนใหญ่คือเป็นแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 45 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 4,001 – 8,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 30 สำหรับปัญหาด้านค่าใช้จ่ายพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 32.5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ชนิดของการผ่าตัด ระยะของโรค สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับและครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม(n=20)		กลุ่มทดลอง(n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ชนิดของการผ่าตัด						
Modify Radical Mastectomy	19	95.0	20	100	39	97.5
Radical Mastectomy	1	5.0			1	2.5
ระยะของโรค						
ระยะที่ 1	2	10.0	4	20.0	6	15.0
ระยะที่ 2	16	80.0	12	60.0	28	70.0
ระยะที่ 3	2	10.0	4	20.0	6	15.0
ระยะที่ 4						
สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ						
FAC	12	60.0	13	65.0	25	62.5
CMF	6	30.0	5	25.0	11	27.5
AC	2	10.0	2	10.0	4	10.0
ครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัด						
Cycleที่ 1	1	5.0			1	2.5
Cycleที่ 2	6	30.0	4	20.0	10	25.0
Cycleที่ 3	4	20.0	5	25.0	9	22.5
Cycleที่ 4	5	25.0	6	30.0	11	27.5
Cycleที่ 5	2	10.0	4	20.0	6	15.0
Cycleที่ 6	2	10.0	1	5.0	3	7.5

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ 2 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70 และได้รับการผ่าตัดแบบ Modify Radical Mastectomy (MRM) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 97.5 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับเคมีบำบัดสูตร FAC มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.5 และอยู่ระหว่างได้รับเคมีบำบัด Cycle ที่ 4 มากที่สุดร้อยละ 27.5 รองลงมาคืออยู่ระหว่างได้รับเคมีบำบัด Cycle ที่ 2 เป็นจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 25

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความเหนื่อยล้า	$\overline{X}$	S.D.	t	P-value
กลุ่มควบคุม (n=20)				
ก่อนการทดลอง	117.1000	22.81712	-1.093	.144
หลังการทดลอง	125.1000	32.74447		
กลุ่มทดลอง (n=20)				
ก่อนการทดลอง	115.3000	18.34781	2.874	.000
หลังการทดลอง	45.9500	22.76996		

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนเข้าร่วมการทดลองและภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความเหนื่อยล้า	$\overline{X}$	S.D.	t	P-Value
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มควบคุม (n=20)	117.1000	22.81712	.275	.3925
กลุ่มทดลอง(n=20)	115.3000	18.34781		
หลังการทดลอง				
กลุ่มควบคุม(n=20)	125.1000	32.74447	8.875	.000
กลุ่มทดลอง(n=20)	45.9500	22.76996		

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนเข้าร่วมการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะเดียวกันค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแสดงความพึงพอใจและผลที่ได้รับจากการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจจากการนวดและกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลอง

ระดับความพึงพอใจ	มาก		ปานกลาง		น้อย		ไม่พึงพอใจ	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
กระบวนการนวด	14	70.0	6	30.0	-	-	-	-
กลิ่นของน้ำมันหอมระเหย	8	40.0	11	55.0	1	5	-	-

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจต่อกระบวนการนวดในระดับมากถึงร้อยละ 70 รองลงมาคือมีความพึงพอใจต่อกระบวนการนวดในระดับปานกลางร้อยละ 30 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในกลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยที่ได้รับในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือมีความพึงพอใจในกลิ่นหอมที่ได้รับในระดับมากร้อยละ 40

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของผลที่ได้รับจากการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลอง

ผลที่ได้รับ	มาก		ปานกลาง		น้อย		ไม่มีผล	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. รู้สึกสบายและผ่อนคลาย	15	75.0	5	25				
2. จิตใจสงบ	9	45.0	10	50			1	5
3. ตาสว่าง	5	25.0	11	55	1	5	3	15
4. สดชื่น แจ่มใส	11	55.0	7	35			2	10
5. คลายความกังวล	8	40.0	9	45	1	5	2	10
6. หายเครียด	9	45.0	10	50	1	5		
7. ปลอดโปร่ง	13	65.0	7	35				
8. เบาตัวและศรีษะ	6	30.0	12	60			2	10
9. อยากหลับ	5	25.0	8	40	1	5	6	30
10. มึนงงลดลง	5	25.0	11	55	1	5	3	15
11. สมาธิดีขึ้น	4	20.0	12	60	1	5	3	15
12. หายปวดเมื่อย	11	55.0	9	45				
13. แขนขามีแรงมากขึ้น	9	45.0	11	55				

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสบายและผ่อนคลายในระดับมาก มากที่สุดถึงร้อยละ 75 และรู้สึกปลอดโปร่ง รู้สึกสดชื่นแจ่มใส และหายปวดเมื่อยภายหลังได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยในระดับมากสูงถึงร้อยละ 65 ร้อยละ 55 และร้อยละ 55 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าตนเองจิตใจสงบ ตาสว่าง คลายความกังวล หายเครียด เบาศรีษะ อยากหลับ มึนงงลดลง สมาธิดีขึ้น และแขนขามีแรงมากขึ้นในระดับปานกลางมากที่สุดถึงร้อยละ 50 ร้อยละ 55 ร้อยละ 45 ร้อยละ 50 ร้อยละ 60 ร้อยละ 40 ร้อยละ 55 ร้อยละ 60 และร้อยละ 5 5 ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest control groups design) โดย

กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดที่มารับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 ราย

กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดที่มารับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยและได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 ราย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะมีความเหนื่อยล้าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะมีความเหนื่อยล้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ภายหลังได้รับการผ่าตัดและอยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อายุระหว่าง 20 – 59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังกระดูกหรืออวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกาย ภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ Radical Mastectomy (RM) หรือ Modified Radical Mastectomy (MRM) และอยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 40 ราย ที่เข้ารับการรักษาตัวที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 22 เมษายน 2547 ถึง วันที่ 19 มิถุนายน 2547 แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 20 รายและกลุ่มทดลอง 20 รายโดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1) มีคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าก่อนเข้าการทดลองอยู่ในช่วง 4 – 10 คะแนน ซึ่งเป็นความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง โดยวัดได้จากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper et al., 1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เพียงใจ ดาโลปการ (2545) และเป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าชุดเดียวกับที่ใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้าเมื่อสิ้นสุดการทดลอง
2) ไม่มีข้อห้ามในการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยอันได้แก่ โรคหัวใจ วัณโรคปอดในระยะแพร่กระจาย เบาหวานที่มีอาการแทรกซ้อนเกี่ยวกับหลอดเลือด โรคลมชัก และไม่มีอาการแพ้น้ำมันหอมระเหย
3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง 2 รายในกลุ่มทดลองเนื่องจากผลเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยต่ำจึงไม่สามารถให้ยาเคมีบำบัดในวันนั้นได้ ผู้ป่วยจึงปฏิเสธการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเนื่องจากอยากกลับบ้านที่ต่างจังหวัด 1 ราย และผู้ป่วยไม่พึงพอใจในกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ เนื่องจากรู้สึกคลื่นไส้มากภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดชุดที่ผ่านมาอีก 1 ราย ผู้วิจัยจึงต้องทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่เพิ่มขึ้นอีก 2 รายด้วยขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิดคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา

1.3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper et al., 1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เพียงใจ ดาโลปการ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ โดยมีคะแนนความเหนื่อยล้าตั้งแต่ 0–220 คะแนน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหนื่อยล้าชุดนี้ไปหาค่าความเที่ยงโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาที่สถาบันมะเร็งชลบุรีจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการ ของ Dodd et al. (2001) และแนวคิดการดูแลแบบผสมผสานในเรื่องของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย โดยเป็นโปรแกรมที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นที่ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย ขั้นที่ 2) การให้ความรู้ ขั้นที่ 3) การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย และขั้นที่ 4) การประเมินผล โดยมีสื่อประกอบการใช้โปรแกรมดังต่อไปนี้

2.1 แผนการสอนเรื่องความเหนื่อยล้าและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2.2 คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นคู่มือให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุวคนธบำบัดและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยมีเนื้อหาครอบคลุมและสอดคล้องกับแผนการสอนข้างต้น

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ถูก หรือ ผิดจำนวน 20 ข้อ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่า 80 % แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากโรคและการรักษาที่ได้รับ แต่หากภายหลังให้ความรู้ผู้ป่วยได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่

กำหนด ผู้วิจัยจะทำการสอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจและจะให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองทั้ง 20 รายตอบแบบทดสอบความรู้ได้สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือมากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ผ่านการทดสอบความรู้ด้วยคะแนนร้อยละ 100 จำนวน 13 ราย ร้อยละ 95 เป็นจำนวน 3 ราย ร้อยละ 90 จำนวน 3 ราย และร้อยละ 85 จำนวน 1 ราย

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ขั้นคือ

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย
2. ขั้นเตรียมการทดลอง
3. ขั้นการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย และขอความร่วมมือในการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยและระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย รวมทั้งอ่านการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามปัญหาและตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ และทำการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาของผู้ป่วยไว้

3.2 ผู้วิจัยประเมินระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าก่อนเข้าร่วมการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Pre-test) หลังจากนั้นดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

3.2 กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยและได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยผู้วิจัยจะพบกับผู้ป่วย 2 ครั้งคือในวันที่ 1 และในวันที่ 8 ของการได้รับเคมีบำบัดใน Cycle ที่ผู้ป่วยมารับการรักษา โดยในการพบกันครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการให้ความรู้ประกอบคู่มือเป็นรายบุคคลในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าและการใช้สุวคนธบำบัดเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าเป็นต้น โดยใช้เวลานานประมาณ 30 – 45 นาที และได้รับคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลับไปทบทวนต่อที่บ้าน และในการพบกันครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ บริเวณ หลัง ไหล่ แขนและมือทั้ง 2 ข้าง และขาทั้ง 2 ข้างนาน 30 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้นวด ผู้วิจัยจะประเมินความแรงในการลงน้ำหนักของมือในการนวดจากผู้ป่วยเป็น

ระยะๆ และขณะนวดผู้วิจัยจะมีการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง มีการประเมินผลจากการนำความรู้ที่ได้ไปจัดการกับความเหนื่อยล้าในขณะอยู่ที่บ้าน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงผลที่ได้รับ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมกับวางแผนในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวเองจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือในการวิจัยถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและถึงผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติโดยผ่านฝ่ายการพยาบาลและคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ประจำหน่วยเคมีบำบัด รองผู้อำนวยการกลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าหน่วยเคมีบำบัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่

3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นเข้าแนะนำตัวกับผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยหากกลุ่มตัวอย่างสนใจจะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลจากกลุ่มตัวอย่างไว้

4. ผู้วิจัยจะจัดกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองออกเป็นคู่ โดยให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติที่เหมือนกันในเรื่องของอายุโดยกำหนดให้มีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปีและได้รับเคมีบำบัดในสูตรเดียวกัน

5. ผู้วิจัยประเมินระดับความรุนแรงของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Pre-test)

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 รายก่อน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจากผู้วิจัยตามขั้นตอนการดำเนินการทดลองดังกล่าวมาข้างต้น

7. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้าชุดเดิมซ้ำอีกครั้ง ภายหลังสิ้นสุดการทดลองและให้กลุ่มทดลองตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และแบบประเมินความเหนื่อยล้าชุดเดิมอีกครั้ง (Post-test)

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS / For Window โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Pair t - test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t- test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อคือ

1. คะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมัน

2. คะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามสมมุติฐานของการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการจัดการกับความเหนื่อยล้าทั้งจากสาเหตุของความเหนื่อยล้าและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆกัน โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเกิดจากความร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรับผิดชอบส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับมีส่วนช่วยในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่รุนแรงโดยผู้ป่วยไม่สามารถบรรเทากับอาการนั้นได้ด้วยตนเองด้วยวิธีที่เรียกว่า การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยโดยผู้วิจัยจะทำการประเมินความต้องการและประสบการณ์การมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าจาก

มุมมองของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งประสบการณ์การมีอาการและการรับรู้ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยในแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันไป ทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายให้ความหมาย ประเมินความรุนแรง และมีการตอบสนองต่อความเหนื่อยล้าแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วย ในขณะนั้น (Dodd et al., 2001) ดังนั้นการที่ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าเดิมของผู้ป่วยโดยทำการประเมินประสบการณ์การรับรู้ความเหนื่อยล้าในมุมมองของตัวผู้ป่วยเองก่อน โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความไว้วางใจและความเป็นมิตรกับผู้ป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น รวมทั้งยังช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และในขณะเดียวกันผู้วิจัยมีการไต่ถามและรับฟังความต้องการในการเรียนรู้ของผู้ป่วยก่อนที่จะให้ความรู้ เนื่องจากบุคคลโดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่มักเคยผ่านการเรียนรู้การดูแลตนเองในบางอย่างมาแล้วดังนั้นการให้ความรู้จึงควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนหรือให้ความรู้มากขึ้น (สมจิต หนุเจริญกุล, 2543: 131)

การให้ความรู้เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมหรือบรรเทาอาการโดยทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของความเหนื่อยล้า สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของความเหนื่อยล้าต่อชีวิตได้อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง ซึ่งหากผู้ป่วยมีความเข้าใจในสิ่งเหล่านี้ก็จะทำให้สามารถดูแลตนเองและสามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยในการให้ความรู้แต่ละครั้งผู้วิจัยจะคำนึงถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้า การประเมินความหมาย และการตอบสนองต่อความเหนื่อยล้าซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ในอดีต ภูมิหลัง อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ ศาสนาความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรม และปัญหาด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นต้น (Dodd et al., 2001) นอกจากนี้การสอนและการให้ความรู้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความชัดเจน และตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีข้อมูลในการพัฒนาทักษะ และเป็นสิ่งจำเป็นในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับผู้ป่วยยังได้รับคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติต่อที่บ้าน ซึ่งการได้อ่านคู่มือซ้ำอีกครั้งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองอยู่ตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาการที่ถูกต้องอยู่เสมอผู้ป่วยจึงสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและสามารถดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการให้ลดลงได้รวมทั้งช่วยไม่ให้อาการกำเริบมากขึ้นและยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ (สุรีพร ธนศิลป์, 2545: 6-7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภันตรี กองทอง (2544) ที่ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 30 ราย โดยวัดระดับความ

เหนื่อยล้าในวันแรกก่อนได้รับรังสีรักษา ในวันที่ 5 และวันที่ 30 ของการได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้จะน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในวันที่ 5 และวันที่ 30 ของการได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์โดยพยาบาล ซึ่งเป็นกลวิธีที่ใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่มีลักษณะรุนแรงโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการจัดการกับอาการตามแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ที่กล่าวว่าการจัดการกับอาการเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านลบ หรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบให้เกิดช้าที่สุดด้วยการใช้กลวิธีการดูแลตนเอง การใช้ยาในการรักษาอาการ หรือกลวิธีที่ต้องอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นต้น โดยพยาบาลมีหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือมีส่วนช่วยในการจัดการกับอาการที่มีความรุนแรงโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยตนเอง และในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ และได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบไม่มีผู้อื่นรบกวน ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เต็มที่ทั้งร่างกายและจิตใจ และยังเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยและพยาบาลมีการพูดคุยสื่อสารกัน เป็นช่วงที่ผู้ป่วยสามารถเล่าถึงผลที่ได้รับจากการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการจัดการกับความเหนื่อยล้าในช่วงที่ผ่านมา เป็นช่วงเวลาที่พยาบาลจะสามารถให้คำแนะนำ หรือให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังสงสัยหรือยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง รวมทั้งร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันกับผู้ป่วย นอกจากนี้สัมผัสจากการนวดยังเป็นการแสดงออกถึงความเอื้ออาทร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้รับความสนใจ เอาใจใส่ และไม่ถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยจึงเกิดความอบอุ่น สบายใจ รู้สึกปลอดภัย ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลหรือระบายปัญหาต่างๆให้พยาบาลฟัง ทำให้พยาบาลสามารถแก้ไขปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sparrow (1985: 43) ที่กล่าวว่าการสัมผัสโดยการนวดเป็นการพยาบาลอย่างใกล้ชิดที่ทำให้ผู้ป่วยอบอุ่น สบายใจ และเกิดความพึงพอใจ รวมทั้งกลิ่นหอมที่ได้รับก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจมากยิ่งขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Joachim (1983: 32 cited in เจือจันทน์ วัฒกีเจริญ, 2534: 37) ที่กล่าวถึงเรื่องของการนวดไว้ว่าการนวดจะช่วยทำให้การพยาบาลดีขึ้น การนวดทำให้มีความรู้สึกเปิดเผยและเป็นมิตรต่อกันและทำให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจออกมาเพราะผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนที่ให้เวลาและสนใจที่จะรับฟังปัญหาของเขาตั้งแต่ต้นจนจบ

และสำหรับการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสบายและผ่อนคลายในระดับมากมากที่สุดถึงร้อยละ 75 และรู้สึกสดชื่น

แจ่มใส รู้สึกปลอดโปร่ง และหายปวดเมื่อยภายหลังได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยในระดับมากสูงถึงร้อยละ 55 ร้อยละ 65 และร้อยละ 55 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าตนเองจิตใจสงบ ตาสว่าง คลายความกังวล หายเครียด เบาศรีษะ อยากหลับ มึนงงลดลง สมาธิดีขึ้น และแขนขามีแรงมากขึ้นในระดับปานกลางมากที่สุดถึงร้อยละ 50 ร้อยละ 55 ร้อยละ 45 ร้อยละ 50 ร้อยละ 60 ร้อยละ 40 ร้อยละ 55 ร้อยละ 60 และร้อยละ 55 ตามลำดับ

2. ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้อธิบายได้จากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะได้รับการให้ความรู้โดยการสอนประกอบคู่มือในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะคำนึงถึงประสบการณ์การรับรู้ความเหนื่อยล้าจากมุมมองของตัวผู้ป่วยเองและความต้องการในเรื่องการเรียนรู้ของผู้ป่วยในแต่ละรายซึ่งจะมีความแตกต่างกัน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของตัวผู้ป่วยเอง รวมถึงวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้า และผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการกับความเหนื่อยล้านั้นประกอบกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือต้องการที่จะทราบเพิ่มเติม และจากการสอบถามผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยอธิบายลักษณะของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตนเองในลักษณะต่างๆกัน โดยส่วนใหญ่จะอธิบายว่าเป็นอาการอ่อนเพลีย เพลีย ล้า ไม่มีแรง และผู้ป่วยส่วนใหญ่เล่าว่าอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นหลังจากได้รับเคมีบำบัดไปแล้ว 2 – 3 วัน แต่ในบางรายก็พบว่าเกิดขึ้นภายในวันที่ได้รับเคมีบำบัด

นอกจากนี้จากการสอบถามยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าสาเหตุที่ทำให้ตนเองเกิดความเหนื่อยล้าคือ การได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งจะส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนซึ่งจะทำให้ตนเองเกิดความเหนื่อยล้าตามมา และเมื่อมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นผู้ป่วยส่วนใหญ่เล่าว่าจะจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการนอนพักซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Piyawan Pritsanapanurungsie (2000) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดร้อยละ 70 จะใช้วิธีนอนหลับพักผ่อนในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Berger & Higginbotham (2000) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะลดการมีกิจกรรมต่างๆลงจากเดิมถึงร้อยละ 65 – 80 ในขณะได้รับเคมีบำบัดซึ่งข้อมูลที่ได้นี้ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยแต่ละรายจะมีประสบการณ์

ความเหนื่อยล้าที่แตกต่างกัน โดยมีการรับรู้และประเมินอาการต่างกัน ทำให้มีการตอบสนองต่อความเหนื่อยล้าแตกต่างกัน โดยในรายที่รับรู้ว่าความเหนื่อยล้าเป็นโทษและมีความรุนแรง ผู้ป่วยก็จะประเมินว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นภาวะคุกคามและจะมีการตอบสนองต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะที่รุนแรงมากกว่าในรายที่ประเมินว่าความเหนื่อยล้าเป็นเรื่องปกติ

ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลและคำแนะนำตามปกติซึ่งเป็นการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยโดยทั่วไป สำหรับการให้ความรู้และข้อมูลต่างๆจากพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาในการให้ความรู้หรือข้อมูลแก่ผู้ป่วยในแต่ละรายมีน้อยพยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความรีบเร่งทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้โดยละเอียดหรือให้ข้อมูลได้ไม่ทั้งหมด รวมทั้งรูปแบบการสอนหรือการให้ความรู้อาจเป็นแบบที่ผู้สอนมักจะยึดตนเองเป็นจุดศูนย์กลางและให้ความรู้เป็นแบบการสื่อสารทางเดียวโดยไม่ได้คำนึงถึงประสบการณ์เดิมที่ผู้ป่วยเคยรับรู้มาก่อน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ผู้ป่วยไม่สามารถระบายปัญหา ความคับข้องใจ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่กล้าถามพยาบาลในสิ่งที่ยังไม่เข้า เป็นต้น (นันทพร พิชะยะ, 2546: 77) จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีข้อมูลในเรื่องของการปฏิบัติตัวหรือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ในการช่วยจัดการกับความเหนื่อยล้าที่มีลักษณะรุนแรงโดยผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความเหนื่อยล้านั้นได้ด้วยตนเอง เนื่องจากการนวดจะทำให้เกิดผลดีทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยการนวดจะมีผลต่อระบบต่างๆของร่างกายอาทิเช่น ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนเลือดและน้ำเหลืองรวมทั้งระบบทางเดินอาหารเป็นต้น โดยผลที่ได้รับจากการนวดจะทำให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัวและยังช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ทำให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัวและไม่ตีบตัน การไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนต่างๆของร่างกายดีขึ้น ทำให้มีเลือดใหม่เข้ามาแทนที่เลือดเก่า โดยเลือดใหม่เหล่านี้จะนำเอาอาหารและออกซิเจนมาด้วยทำให้เนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เกิดกระบวนการเผาผลาญหรือการสันดาปแบบใช้ออกซิเจน จึงไม่เกิดการสะสมของเสียจากกระบวนการเผาผลาญ และในขณะเดียวกันการนวดยังช่วยขจัดกรดแลคติกซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้า (Fatigue substant) ที่ยังคั่งค้างในกล้ามเนื้อออกไป กล้ามเนื้อจึงมีความแข็งแรงและมีแรงในการหดรัดตัวมากขึ้นความเหนื่อยล้าจึงลดลง (อนุรัต มีเพชร, 2539: 2) และในขณะเดียวกันผู้ป่วยยังได้รับโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์จากการสูดดมในขณะนวดอีกด้วยโดยโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์จะผ่านเข้าทางจมูกและไปจับกับตัวรับบนเยื่อบุจมูก และจะถูกแปรเป็นสัญญาณไฟฟ้าทางเคมีหรือสารสื่อประสาทผ่านทางประสาท

สัมผัสรับกลิ่นแล้วไปกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึกที่อยู่เหนือโพรงจมูกทำให้เกิดกระแสประสาทวิ่งไปยังศูนย์รับรู้กลิ่นในสมองแล้วผ่านไปยังสมองส่วนลิมบิคซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมการเรียนรู้ ความจำ อารมณ์ และความรู้สึก ทำให้สมองปล่อยสารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) เอนเคฟาลิน (Encephalin) และซีโรโทนิน (Serotonin) ออกมาจึงสามารถบำบัดอาการต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเครียด ทำให้เกิดความผ่อนคลาย ส่งเสริมการนอนหลับ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด และความเหนื่อยล้าได้ (Karyn, 1999; Voltaire, 2000: 157; Stevensen, 2001: 133) ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับกิจกรรมการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจึงทำให้ความเหนื่อยล้าไม่ลดลงและจากการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยอีกด้วย

จากข้อมูลข้างต้นจึงสรุปได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าอย่างถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ก็จะส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและเมื่อนำมาใช้ร่วมกับการใช้กลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้าโดยอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพคือพยาบาลในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่มีลักษณะรุนแรงโดยผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการนั้นได้ด้วยตนเองด้วยวิธีที่เรียกว่าการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยก็จะยิ่งทำให้ความเหนื่อยล้าลดลงมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว จึงกล่าวได้ว่าผลจากการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนความสัมพันธ์ของแนวคิดที่ได้กล่าวไว้ในแบบจำลองการจัดการกับอาการ โดยพบว่าการใช้กลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้าโดยคำนึงถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย ร่วมกับการใช้กลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้าด้วยตัวเองของผู้ป่วยและพยาบาลจะส่งผลต่อการลดลงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยจะสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดได้มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจจากผลของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยที่ได้รับเนื่องจากเป็นการนวดที่เบาและไม่รุนแรงและยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบายและผ่อนคลายได้ ดังนั้นข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้คือ

1. ควรสนับสนุนและเผยแพร่ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลให้มีความตระหนักถึงความสำคัญ และผลดีที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการและการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย และควรมีการจัดกิจกรรมเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มทักษะในการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยให้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาล โดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องของการนวดและการเลือกใช้กลิ่นของน้ำมันหอมระเหยเพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าให้แก่ผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลได้ รวมทั้งสามารถนำเอาทักษะเหล่านี้ไปเผยแพร่และฝึกญาติหรือผู้ดูแลให้นำไปใช้ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าขณะอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ซึ่งนอกจากจะช่วยในการบรรเทาความเหนื่อยล้าแล้วยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดผลดีด้านจิตใจต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับญาติหรือผู้ดูแลอีกด้วย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

2. ในด้านการศึกษาวิจัย ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลในเรื่องของการบำบัดทางการพยาบาลที่เป็นการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) ที่มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณต่อไป รวมทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่นๆที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น และในผู้ป่วยโรคอื่นๆต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยในระยะเวลาที่ยาวขึ้น เช่นในอีก 1 เดือน 3 เดือน หรืออีก 6 เดือนต่อมา

2. ควรมีการศึกษาในลักษณะของการขยายองค์ความรู้ของผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเพื่อใช้ในการบำบัดรักษาในกลุ่มอาการอื่นๆ อาทิเช่น อาการปวด ความเครียด ความวิตกกังวล หรืออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ ในผู้ป่วยโรคอื่นๆ หรือในผู้ป่วยวัยอื่นๆเช่นวัยผู้สูงอายุเป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กัญญารัตน์ ผึ่งบรรหาร. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บศรีษะในระยะพักฟื้น.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โครงการฟื้นฟูการนวดไทย. (2535). **คู่มือการนวดไทยในการสาธารณสุขมูลฐาน.** (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: โครงการฟื้นฟูนวดไทย.

จงกลณี มาลัย. หัวหน้าสาขาวิชากายภาพบำบัด ภาควิชาศัลยศาสตร์ออโธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2546.

จิตรานนท์ เพ็ชรสวัสดิ์ , ผุสดี สายชนะพันธ์, คันสนะ จิราวัลย์และไพศาสตร์ อิสมัย, บรรณาธิการ. (2544). สุวคนธบำบัดศาสตร์แห่งการบำบัดด้วยกลิ่น. **นิตยสารสมุนไพรเพื่อสุขภาพ.** 1,6(เมษายน): 37-52.

จิราพร ศิริรัตน์. (2000). **การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการล้าของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เจือจันทน์ วัฒกีเจริญ. (2534). **เปรียบเทียบผลการนวดไทยประยุกต์กับการกินพาราเซตามอลต่อระดับการปวดศรีษะและระยะเวลาที่การปวดศรีษะลดระดับลงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศรีษะจากความเครียด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จรัสศรี อินทรสมหวัง. (2543). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ฉัตรศิริ เมฆวิวัฒนาวงศ์. (2543). **ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกประสาทอัตโนมัติและไบโอฟีดแบค ต่อความวิตกกังวล และอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชวลิต ไพโรจน์กุล. (2535). Common Breast Diseases: Pathology. ใน ณรงค์ ไวท์ยางกูร, กิตติ เย็นสุดใจ, อวยชัย เปลื้องประสิทธิ์ และทองดี ชัยพานิช (บรรณาธิการ), **ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 10,** หน้า 214 – 249. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

ชาติตะการ สิทธิพันธุรักษ์. (2544). **การเปรียบเทียบผลการฟื้นตัวภายหลังการออกกำลังกายระหว่างการนวดกล้ามเนื้อร่วมกับการใช้ผ้าเย็นกับการนวดกล้ามเนื้อร่วมกับการใช้ผ้าร้อน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธนิต วัชรพุกก์. (2546). Breast. ใน ชาญวิทย์ ตันติ์พิพัฒน์ และ ธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ), **ตำราศัลยศาสตร์**, หน้า 273-293. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นรินทร์ วรวุฒิ. (2541). Cancer Biology. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), **ตำราอายุรศาสตร์ 2,** กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราอายุรศาสตร์คณะแพทย์ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

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

นันทพร พิชะยะ . (2546). **ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

นิวัฒน์ จันทรสกุล. (2532). มะเร็งเต้านม. ใน ณรงค์ ไวทยางกูร อรุณ เผ่าสวัสดิ์ ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์ และทองดี ชัยพานิช (บรรณาธิการ), **ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 7,** หน้า 754-758. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

บุญมี แพรุ้งสกุล. (2545). **ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประทุม สร้อยวงค์ สมจิต หนุเจริญกุล และวรชัย รัตนธราธร. (1996). แบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. **รามาธิบดีสาร.** 2(1): 5 –18.

ประโยชน์ บุญสินสุข.(2535). **คู่มือการนวด.** กรุงเทพฯ: เมดิคัลมีเดีย.

ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยส่วนบุคคลและความเหนื่อยล้าในผู้ติดเชื้อ HIV.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิมพร ลีลาพรพิสิฐ. (2545). **สุวคนธบำบัด**. เชียงใหม่: ภาควิชาเทคโนโลยีเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .

เพียงใจ ดาโลปการ.(2545). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มนสวรรค์ จินดาแสง. อโรมาเทอราปี : สุนทรียศาสตร์แห่งการบำบัดรักษา. ใน มยุรี ดำรงค์เชื้อ (บรรณาธิการ), **ธรรมชาติบำบัดเพื่อชีวิตยั่งยืน,** หน้า 109-126. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คุณพ่อ.

รัตน์มณี มณีรัตน์. (2538). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเมื่อยล้าของสายตาในพนักงานที่ใช้คอมพิวเตอร์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์. (2546). Complementary Therapy in Nursing Therapeutic, and Aromatherapy. **ในการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเรื่อง: การพยาบาลผสมผสานกับการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก ,** หน้า 43–66. วันที่ 16 – 18 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร.

ลักษณา โพชนุกูล. (2532). Breast Cancer and Radiation Treatment. ใน ณรงค์ ไวท์ยางกูร อรุณ เผ่าสวัสดิ์ ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์ และทองดี ชัยพานิช (บรรณาธิการ), **ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 7,**หน้า 668 - 692. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

วนิดา จิตมั่น และทวีศักดิ์ สุวคนธ์.(2540).สุวคนธบำบัด. ใน **อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์ จำลอง สุวคนธ์.** (ม.ป.ท.)

วันชัย วนะชิวนาวิน. (2537). อาการอ่อนเปลี้ย. ใน อุดม คชินทร (บรรณาธิการ), **ตำราอายุรศาสตร์อาการวิทยา,** หน้า 22 – 27. กรุงเทพมหานคร: เซ็ทสแควร์.

วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์. (2544). **ผลของการนวดแผนไทยต่อการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วีณา จิรัจฉริยากุล. (2542). อะโรมาเทียราปี (AROMATHERAPY). **จุลสารข้อมูลสมุนไพร.** 16(2) :15-19.

ศุภกร โรจนนินทร์ อดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์ และกริช โพธิสุวรรณ. (2544). เต้านม. ใน ไพบูลย์ สุทธิวรรณ และบรรจบ อินทรสุขศรี (บรรณาธิการ), **ตำราศัลยศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์**, หน้า 644-659. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2546). น้ำมันหอมระเหย.ใน กัญจนา ดีวิเศษ พรทิพย์ เติมวิเศษ อัญชลี จูฑะพุทธิ และสมนึก สุชัยธนาวนิช (บรรณาธิการ), **งานชุมนุมแพทย์แผนไทยและสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 5 "สุขภาพดีได้ด้วยแพทย์แผนไทย"**, หน้า 49 - 55. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์. (2539). กลุ่มอาการอ่อนล้าเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลศาสตร์.** 14(2): 5 – 11.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2542). **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1 (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 5).** กรุงเทพมหานคร : วีเจพริ้นติ้ง.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2543). **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร : วี.เจ. พริ้นติ้ง.

ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.(2544). **จำนวนและอัตราตาย ต่อประชากรแสนคน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญพ.ศ.2540 – 2544** [ระบบออนไลน์]**.** แหล่งที่มา http: // www.moph.go.th/ ops/bhpp/Ne.html. (1 เมษายน 2546).

สิริลักษณ์ สมพลกรัง.(2542) .**สิ่งแวดล้อมในการทำงาน กับความเหนื่อยล้าของพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.**วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สิโรจน์ กาญจนปัญจพล. (2535). Surgical Role in Management of Breast Cancer.ใน ณรงค์ ไวท์ยางกูร กิตติ เย็นสุดใจ อวยชัย เปลื้องประสิทธิ์ และทองดี ชัยพานิช (บรรณาธิการ),**ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 10,** หน้า 257-271. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

สุธิดา อุทะพันธ์. (2541). **การศึกษาเปรียบเทียบผลของแผ่นปูพื้นในการบรรเทาความล้าของกล้ามเนื้อ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรีพร ธนศิลป์. (2545). **การนำโมเดลการจัดการไปใช้ในผู้ป่วยปอดอักเสบ.** เอกสารประกอบการเรียนการสอนรายวิชา Advance Adult Nursing I . (ม.ป.ท.) : 3-10.

สุวิชญ์ ปรัชญาปารมิตา. (2541). การบำบัดด้วยน้ำมันหอม(Aromatherapy).ใน อุดม ฐามโนสถ (บรรณาธิการ), **การแพทย์นอกระบบ 177 ทางเลือกไปสู่สุขภาพ**, หน้า 211-215.กรุงเทพมหานคร: หจก.ภาพพิมพ์.

อนุรัต มีเพชร. (2539). **ผลของการนวดลึกต่อการเคลื่อนย้ายกรดแลคติกและการฟื้นตัว.** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อภันตรี กองทอง .(2544). **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุไร นิโรธนันท์. (2539). **ผลการนวดต่อความเจ็บและความทุกข์มานในผู้ป่วยมะเร็ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอมอร แซ่จิว.(2001). **ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.**วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Aaronson, L. S., Teel, C. S., Cassmeyer, V., Neuberger, G. B., Pallikkathayil, L., Pierce, J., Press, A. N. williams, P. D. and Wingate, A. (1999). Defining and Measuring Fatigue. **Journal of Nursing Scholarship** 31(1): 45-49.

Aistars, J. (1987). Fatigue in the cancer patients. **Oncology Nursing Forum** 14(6) : 25 - 30.

Allan, M.(1998). Massage. In Denise, F. Rankin-Box (Edited.), **Complementary Health Therapies: A Guide for Nurses and the caring Professions,** pp 117-129. Croom Helm: London & Sydney.

Berger, A. M.(1995). Activity / rest pattern and Perceived fatigue and sleep quality during the first weeks of intravenous chemotherapy for early stage breast cancer. (abstract). **Oncology Nursing Forum** 22(2) : 361.

Berger, A.M. (1998). Patterns of fatigue and activity and rest during adjuvant breast cancer chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 25 (1): 51- 62.

Berger, A. M.and Higginbotham, P. (2000). Correlation of fatigue during and following adjuvant breast cancer chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 27(9):1443-1448.

Berger, A. M. and Walker, S. N. (2001). An Explanatory Model of Fatigue in Women Receiving Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy. **Nursing Research** 5(1): 42-52.

Bower, J.E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., and Belin, T. R. (2000). Fatigue in breast cancer survivor : occurrence, correlates , and impact on quality of life. **Journal of Clinical Oncology** 18 (4) : 743 - 753.

Broeckel, J. A., Jacobson, P. B., Horton, J., Balducci, L. and Lyman, G. H. (1998). Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. **Journal of Clinical Oncology** 16(5): 1689-1696.

Byass R. (1988). Soothing Body and soul. **Nursing Time** 24(84): 39-50.

Cawley, N. (1997). A critique of the methodology of research studies evaluating massage. **European Journal of Cancer Care** 6,23 - 31.

Cella, D., Lai, J. S., Chang, C., Peterman, A. and Slavin, M. (2002). Fatigue in cancer patients compared with fatigue in the general United states Population. **Cancer** 94(2):528-538.

Cotton, T. (1996). Screening for breast cancer. In S. Denton (Edited.)**, Breast Cancer Nursing,** pp. 54- 64. London: Chapman & Hall.

David, C., Dominique, B. (1999). The Effect of Epoetinalfa on Quality of Life in Anemic Cancer Patients. **Cancer Practic** 7(4) : 177 - 182.

Demio, C. D. (2001). Effect of exercise on cancer – related fatigue. **Cancer** suppl. 92(6):1689-1693.

Denton, S. (1996). Introduction. In S. Denton (Edited.), **Breast Cancer Nursing**, pp 1-14. London: Chapman & Hall.

Dimeo, F. C.,et al. (1999). Effects of physical activity on the fatigue and psychological status of cancer patterns during chemotherapy. **Cancer** 85(10): 2273-2277.

Dodd, M., Jason, S., Facione, N., Faucett, J., froelicher E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., Taylor, D. (2001). Nursing theory and Concept development or analysis Advancing the science of symptom management. **Journal of Advance Nursing** 33(5): 668 - 676.

Dunn, C. Sleep, J. , Collett, D.,(1995).Sensing an improvement: an experimental study to evaluate the use of aromatherapy, massage and periods of rest in an intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing** 21,34 - 40.

EV ; Sari H.(2003).''Suicide'' Gene Therapy''. **Prevention** 55 (4).(abstract).

Evans, E. J., Wickstrom, B. (1999). Subjective Fatigue and Self-care in Individuals with Chronic Illness. **MEDSURG Nursing** 8(6): 363-369.

Graydon, J. E., Bubela, N., Irvine, D., and Leslie, V. (1995). Fatigue – reducing strategies used by patients receiving treatment for cancer . **Cancer nursing** 18(1): 23.

Gregory, C. A. (2001). Fatigue in cancer. **BMJ: British Medical journal** 322(7302)(Abstract).

Holme C.,Hopkins, V., Hensford C, Mac Laughlin V, Wilkinson D.,Rosenving H.(2002). Lavender oil as as a treatment for agitated behavior in severe dementia : a placebo controlled study. **Interational Journal Geriatric Psychiatry** 17(4): 305-308. (abstract).

Irvine, D., Vincent, L., Graydon, J.E., Bubela, N. and Thompson, L. (1994). The prevalent and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. **Cancer Nursing** 17 (5): 367 – 378.

Itail, T., Amayasu, H., Kuribayashi, M., Kawanura, N., Okada, M., Monose, A., Tateyam, T., Narumi, K., Uematsu, W., Kaneko, S. (2000). Psychological effects of aromatherapy on chronic hemodialysis patients. **Psychiatry Clinic Neuroscience** 54(4): 393-397.

Jacob, L. A. and Piper, B. F. (1996). The phenomenon of fatigue and the cancer patients. In R.McCorkle, M.Grant, M.Frank-Stromb(Edited.), **Cancer Nursing : a comprehensive textbook,** pp.1193-1210. Philadelphia : W.B.Saunders.

Jong, N.D., Courtens, A. M., Abu - Saad, H. H., and Schouten, H. C. (2002). Fatigue in patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy : A review of the literature. **Cancer Nursing** 25 (4): 283 - 297.

Kathleen, R. W. & Carol, L.N. (2003). **Real word Nursing Survival Guide: Complementary & Alternative therapies**. New jersey : Saunders Company.

Karyn , M. S., (1999). Aromatherapy & Massage. **Better Nutrition** 61(10).

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

Magnusson, K. , Moller, A., Ekman, T., Wallgren, A. (1999). A qualitative study to explore the experience of fatigue in cancer patients. **European Journal of Cancer** 8: 224-232.

Malee Iemsam-Ang. (2001). **The effects of massage on postoperative pain in mastectomy patients.** A thematic paper submitted in partial fulfillment of the requirements for The degree of master of nursing science Adult Nursing Faculty of Graduate Studies Mahidol University.

Mason, A. (1988). Massage. In D. F. Rankin-Box (Edited.), **Complementary Health Therapies: A guide for Nurses and the caring profession,** pp. 117-129. London & Sydney: Croom Helm Ltd.

Merriam – webster. (1996). **Merriam Webster's Medical Desk Dictionary.** Massachusetts: Springfield Publishers.

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

Mock , V., Pickett, M., Ropka, M. E., Stewart, K. J., Rhodes, V. A., McDaniel, R., Grimm, P. M., Krumm, S., McCorkle, R. (2001). Fatigue and Quality of Life Outcomes of Exercise During Cancer Treatment. **Cancer Practice** 9(3): 119-127.

National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of Public Health. **Cancer registry**. 2000.

Panada Intralawan. (2001). **The effects of hot compression on fatigue in patients with acute myocardial infarction.** A thematical paper submitted in partial fulfillment of the requirements for The degree of master of nursing science Adult Nursing Faculty of Graduate Studies Mahidol University.

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

Piper, B. F. (1986). Fatigue. In V. K. Carrieri, A. M. Lindsey, C. M. West (eds), **Pathophysiological Phenomena in Nursing,** pp. 219-234. Philadelphia : Saunders Company.

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

Piper, B. F. (1989). Fatigue: current bases for practice. In S. G. Funk, L. A. Copp and R. A. Wiese (eds), **Management of Pain, Fatigue and Nausea,** pp.187-198. New york: springer Publishing.

Piper, B.F. (1991). Alteration in energy : The sensation of fatigue. In S. B. Baird, R. Mc Corkle and M. Grant (eds.), **Cancer Nursing a Comprehensive Text Book**, pp. 894- 908. Philadelphia: Saunders Company.

Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughther, R. E., and Paul, S.M. (1998). The revised Piper Fatigue Scale : Psychometric Evaluation in women with breast cancer. **Oncology Nursing Forum** 25(4) : 677- 684.

Piyawan Pritsanapanurungsie. (2000). **Patternt of Fatigue, Related Factors, and Self-care action Among Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy.** A Thesis Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Nursing Science Adult Nursing Faculty of graduate studies Mahidol University.

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

Ream, E., Richardson, A., Alexander-Dann, C. (2002). Facilitating Patients' Coping With Fatigue During Chemotherapy – Pilot Outcomes**. Cancer Nursing** 25(4): 300-308.

Redeker, N. S., Lev, E. L., Ruggiero, J. (2000). Insomnia, Fatigue ,Anxiety, Depression, and Quality of life of Cancer Patient Undergoing Chemotherapy. **Scholarly Injury for Nursing Practice** 14(4): 275-290.

Rexilius, S., Mundt, C. A., Erickson, M. Agrawal, S.(2002).Therapeutic Effects of Massage Therapy and Health Touch on Caregivers of Patients Undergoing Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplant. **Oncology Nursing Forum** 29(3) .

Richardson, A. and Ream, E .(1997) . Self – care behaviors initiated by chemotherapy patients in response to fatigue. **International Journal of Nursing Study** 34(1): 35-43.

Richardson, A., Ream E., and Winson – Barnett, J. (1998). Fatigue in patients receiving chemotherapy : Patterns of change. **Cancer Nursing** 21 (1): 17-30.

Schwartz, A. L. (1998). Patterns of exercise and fatigue in physically active cancer survivors. **Oncology Nursing Forum** 25(3): 485-717.

Schwartz, A. L. (2000). Daily fatigue patterns and effect of exercise in woman with breast cancer. **Cancer Practice** 8(1) : 16 - 24.

Sharma, R. (1998). **The element Family Encyclopedia of Health.** Shaftesbury,Dorset : Element Books.

Sim, S. (1986). Slow stroke back massage for cancer patients. **Nursing Time** 82(13): 47-50.

Sparrow, S.(1985). Therapeutic Massage. **Nursing Times** 23(October) : 43.

Stevensen, C. (2001) Aromatherapy. In R.B. Denise(eds), **The Nurse's Handbook of Complementary Therapies**, pp. 129 – 136. London : Harcourt Publisher Limited.

Stone, P., Richard, M., & Hardy, J. (1998). Fatigue in Patients with cancer. **European Journal of Cancer** 34(11): 1670-1676.

The Thai Council of Thailand. (1997). **The Professional Nursing and Midwifery Act BE. 2540 (Revision of the Professional Nursing and Midwifery Act BE. 2528).** Bangkok : n. p.

Voltaire. (2000). Aromatherapy.In K. L. Fontaine(eds), **Healing Practices: Alternative Therapies for Nursing**, pp. 153 - 167. New jersey : Prentice – Hall,Inc.

West, N. and Brown, H.(1996). In S. Denton(eds), **Breast Cancer Nursing,** pp. 65-76. London: Chapman & Hall.

Wilkinson, S., Aldridge, J., Salmon, I., Cain, E. and Wilson, B. (1999). An evaluation of aromatherapy massage in palliative care. **Palliative Medicine** 13(5) : 409 - 417.

Woo, B. Dibble, S. L. Piper, B. F. Keating, S. B., and Weiss, M. C.(1998).Differences in fatigue by treatment methodin women with breast cancer.**Oncology Nursing Forum** 25(5):915-920.

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยโดยพยาบาล

หลักการ

การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเป็นการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่รุนแรงโดยผู้ป่วยไม่สามารถบรรเทากับความเหนื่อยล้านั้นได้ด้วยตนเองจึงต้องพึ่งบุคลากรทางการแพทย์เช่นพยาบาลเป็นต้น การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเป็นการบำบัดด้วยกลิ่นหอมโดยส่งผ่านการนวดซึ่งสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ (Lavender oils) มีสรรพคุณในการลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ช่วยให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว จิตใจสงบและผ่อนคลาย ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ ช่วยคลายความตึงเครียดและความวิตกกังวล โดยผู้ป่วยจะได้รับโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์เข้าสู่ร่างกายได้ 2 ทางคือจากการสูดดมเข้าทางจมูกและจากการซึมผ่านเข้าทางผิวหนังในขณะนวดโดยจะถูกดูดซึมผ่านทางผิวหนังเข้าสู่กระแสโลหิตได้ภายในเวลาเพียง 20 นาที และจะไปมีผลโดยตรงต่อระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อโดยจะช่วยให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว กล้ามเนื้อจึงมีแรงในการหดรัดตัวมากขึ้นความเหนื่อยล้าจึงลดลงและในขณะเดียวกันโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์จะถูกแปรเป็นสัญญาณไฟฟ้าเคมีไปยังสมองส่วนลิมบิค(Limbic system) ให้หลั่งสาร Endorphin, Encephalin และ Serotonin ออกมาจึงสามารถบำบัดอาการต่างๆเช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเครียด หรือความเจ็บปวดและความเหนื่อยล้าทางจิตใจได้ซึ่งเมื่ออาการเหล่านี้ลดลงความเหนื่อยล้าก็จะลดลงตามไปด้วย

รวมทั้งผลที่ได้จากการนวดจะทำให้หลอดเลือดขยายตัวและไม่ตีบตัน ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและทำให้มีออกซิเจนมาเลี้ยงเซลล์ต่างๆในร่างกายอย่างเพียงพอจึงไม่เกิดการสะสมของของเสียจากกระบวนการเผาผลาญความเหนื่อยล้าจึงไม่เกิดขึ้นรวมทั้งการนวดยังช่วยขจัดกรดแลคติกและของเสียจากการทำลายเซลล์มะเร็งออกจากกล้ามเนื้อส่งผลให้กล้ามเนื้อมีแรงในการหดรัดตัวมากขึ้นความเหนื่อยล้าจึงลดลง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม

1. การเตรียม

1.1 การเตรียมตัวผู้นวด

1.1.1การเตรียมตัวผู้นวดกระทำโดยก่อนลงมือนวดผู้นวดต้องทำพิธีไหว้ครูโดยการทำจิตใจให้สงบและมีสมาธิระลึกถึงพระคุณของครูและใส่ความตั้งใจในการนวดรวมทั้งทำการควบคุมอารมณ์ให้คงที่โดยการนั่งสมาธิที่บ้านทุกวันก่อนทำการนวดนาน 5 – 10 นาที

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.1.2 ผู้นวดจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างของมือ แขน ขา คอ ไหล่ และหลัง ต้องรู้ว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งที่ตำแหน่งใดมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ใด ต้องมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการเลือกใช้น้ำมันหอมระเหยเป็นอย่างดีรวมทั้งต้องทราบถึงข้อห้ามในการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยอันได้แก่

- ไม่นวดในรายที่มีบาดแผล หรือมีแผลจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวกเพราะอาจเกิดการติดเชื้อ เจ็บปวดและทำให้แผลหายช้า ไม่นวดบริเวณที่เกิดสีดำเพราะเนื้อตายจากเส้นเลือดอุดตันหรือเลือดไปเลี้ยงน้อยเพราะการนวดอาจทำให้ก้อนเลือดในหลอดเลือดดำเคลื่อนไปอุดในปอดหรือสมองได้

- ไม่นวดในรายที่เป็นโรคผิวหนัง หรือโรคติดต่อทุกชนิดและไม่นวดในผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่กระจายหรือโรคปอดอักเสบในระยะที่มีไข้เพราะจะทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายออกไปได้ รวมทั้งไม่นวดผู้ป่วยในรายที่มีไข้หรือครั่นเนื้อครั่นตัว (T > 37.8 องศาเซลเซียส)

- ไม่นวดในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหัก ข้อเคลื่อน หรือมีภาวะเลือดออก

- สำหรับในผู้ป่วยมะเร็งจะไม่นวดบริเวณที่เป็นมะเร็งเพราะอาจทำให้มะเร็งมีการแพร่กระจายไปที่อื่นและไม่นวดในรายที่มีภาวะการแพร่กระจายของโรคไปที่กระดูกหรืออวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกาย

- ในผู้ป่วยเบาหวาน ห้ามใช้การนวดที่รุนแรงเพราะอาจทำให้เกิดการช้ำซึ่งจะทำให้เกิดเป็นแผลซึ่งหายได้ยาก สำหรับในผู้ป่วยโรคหัวใจต้องระมัดระวังเพราะการนวดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดอาจทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นได้

- สำหรับในผู้ป่วยโรคลมชัก ความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตต่ำควรอยู่ในความดูแลของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ

1.1.3 ผู้นวดต้องตัดเล็บให้สั้น ไม่ทาเล็บ และต้องล้างมือให้สะอาดก่อนลงมือนวดทุกครั้ง สวมเสื้อผ้าที่สะอาด เรียบร้อย มีความคล่องตัว และไม่ควรรัดรูปเกินไป กางเกงไม่ควรคับเกินไปเพื่อสะดวกในการปฏิบัติงานและก้าวเดิน ผมไม่ควรปล่อยให้รุงรังหากผมยาวให้เกล้าผมไว้

1.1.4 ผู้นวดควรมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีแรงเพียงพอในการนวด ระวังอย่าให้มือเป็นแผลเพราะอาจจะทำให้เกิดการติดเชื้อเข้าสู่ผู้นวดได้ รวมทั้งไม่ทำการนวดผู้อื่นในขณะที่ตนเองไม่แข็งแรงหรือมีไข้

1.2 การจัดเตรียมอุปกรณ์และสถานที่

1.2.1ผู้นวดควรเลือกสถานที่ในการนวดที่เป็นห้องที่ปิดมิดชิดหรือมีม่านปิด แต่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก บรรยากาศเงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยจิตใจสบาย กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และต้องระมัดระวังการเปิดเผยผู้ป่วยโดยส่วนที่ไม่ได้นวดต้องคลุมผ้าไว้ทุกครั้ง

1.2.2 จัดเตรียมผ้าขนหนูหรือผ้าขวางเตียง 2 ผืนสำหรับคลุมตัวผู้ป่วยโดยคลุมในส่วนที่ยังไม่ได้นวดจากระดับเอวจนถึงข้อเท้าและใช้อีกผืนปูรองตัวผู้ป่วย

1.2.3 เตียงที่ใช้ในการนวดต้องมีความแข็งแรงและมีความสูงพอเหมาะเพื่อผู้นวดจะได้ไม่ต้องก้มและเตียงไม่ควรกว้างเกินไปเพื่อสะดวกในการเดินรอบเตียงของผู้นวด เบาะปูต้องแน่น ไม่อ่อนยวบ มีผ้าปูเตียงอีกชั้นเพื่อไม่ให้เลอะเทอะ

1.3 การเตรียมและการผสมน้ำมันหอมระเหย ผู้นวดต้องมีความรู้ความเข้าใจในการเลือกใช้และคุณสมบัติของน้ำมันหอมระเหยเป็นอย่างดีรวมทั้งต้องทราบข้อมูล รายละเอียด คุณสมบัติ ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติในการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการใช้น้ำมันหอมระเหยได้มากที่สุดซึ่งหลักและข้อแนะนำในการใช้น้ำมันหอมระเหยมีดังต่อไปนี้

1.3.1 เลือกใช้น้ำมันหอมระเหย ไม่ว่าจะเป็นน้ำมันหอมระเหย น้ำมันตัวนำหรือน้ำมันเสริมควรมีข้อมูลด้านการผลิตและมาจากแหล่งผลิตที่เชื่อถือได้โดยน้ำมันหอมระเหยที่ดีควรเป็น Pure oil คือน้ำมันบริสุทธิ์ไม่มีการปนเปื้อน, หรือ Organic oil คือ น้ำมันซึ่งสกัดจากพืชที่ปลูกโดยไม่ได้ใช้ยาฆ่าแมลงหรือปุ๋ย และ Natural oil คือน้ำมันซึ่งมีสารจากธรรมชาติ 100% แต่สำหรับ Processed oil เป็นน้ำมันที่ผ่านขบวนการทำให้ไม่มีสีไม่มีกลิ่นหรือผ่านกระบวนการทำให้มีอายุนานขึ้น จึงพบว่าน้ำมัน Processed oil มักทำให้เกิดการแพ้หรือระคายเคืองได้ง่าย โดยผลิตภัณฑ์ที่ดีและน่าเชื่อถือควรมีป้ายบอกข้างขวดว่าเป็นน้ำมันหอมระเหยชนิดใด

1.3.2 น้ำมันหอมระเหยอาจทำให้เกิดการแพ้ได้จึงไม่ควรใช้น้ำมันหอมระเหยกับร่างกายโดยตรงคือไม่ควรรับประทาน สูดดม หรือสัมผัสโดยตรงกับผิวหนังโดยไม่ผ่านการทำให้เจือจางก่อน ไม่ใช้ในรายที่มีอาการแพ้หรือระคายเคืองของผิวหนังและไม่ควรใช้น้ำมันหอมระเหยเกิน 3 ครั้งต่อวัน

1.3.3 โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยสามารถระเหยได้ง่ายมากจึงควรระวังอย่าวางไว้ใกล้เปลวไฟหรือที่ที่มีความร้อนสูง

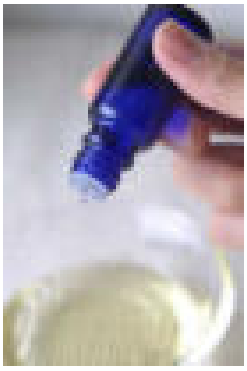
1.3.4 การเก็บรักษาน้ำมันหอมระเหย เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยสามารถสลายตัวได้ง่ายด้วยอากาศ ออกซิเจน ความร้อนและแสง ดังนั้นจึงควรเก็บในภาชนะที่เป็นแก้วหรือขวดแก้วสีชาไม่ควรใช้ภาชนะพลาสติก และต้องอยู่ภายใต้อุณหภูมิต่ำๆ (ต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส) เช่นเก็บในตู้เย็น และน้ำมันหอมระเหยที่ดีควรใช้ภายใน 3 ปีภายหลังเปิดใช้

1.3.5 การผสมน้ำมันหอมระเหย ผู้วิจัยเตรียมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ (Lavender oils) จากแหล่งที่เชื่อถือได้จำนวน 6 หยด นำมาผสมกับน้ำมันตัวนำ (Carrier oilsหรือ

Base oils) หรือน้ำมันเสริม (Blend oils) โดยน้ำมันตัวนำมักใช้น้ำมันจากพืชที่มีคุณสมบัติในการดูดซึมเข้าสู่ผิวหนังได้ดีและไม่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังอาทิเช่น น้ำมัน Sweet almond oil, Apricot oil, Hazelnut oil, Grape seed oil, Avocado oil , Peach kernel oil, Coconut oil, Jojoba oil, Castor oil เป็นต้นเลือกจำนวน 30 มิลลิลิตร (ml) ผสมให้เข้ากันหากใช้ไม่หมดควรเก็บในภาชนะขวดแก้วสีชาเพื่อป้องกันแสงและเก็บในอุณหภูมิต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส

น้ำมันหอมระเหยและน้ำมันตัวนำ

ภาชนะที่ใช้ผสม



2. การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

2.1 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการนวดและการปฏิบัติตัวรวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยให้ผู้ป่วยทราบ

2.2 ผู้วิจัยทำการทดสอบอาการแพ้และระคายเคืองของผิวหนังโดยใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่ได้รับการผสมกับน้ำมันตัวนำแล้วทาบริเวณข้อพับแขนทิ้งไว้ประมาณ 5 นาทีหากมีการแพ้หรือระคายเคืองจะมีอาการแดงหรือมีผื่นขึ้น

2.3 ผู้วิจัยประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วยก่อนทำการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยโดยเฉพาะ ชีพจร และความดันโลหิตและทำการบันทึกไว้

2.4 ผู้วิจัยจัดท่าให้ผู้ป่วยโดยจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย และผ่อนคลาย ไม่เกร็ง จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายเมื่อนวดแขนและขาโดยใช้หมอนรองใต้เข่าและใต้แขน ให้เข่าและแขนงอเล็กน้อย จัดให้ผู้ป่วยนอนคว่ำเมื่อนวดหลังโดยใช้หมอนรองใต้ท้อง ใต้เข่าหรือปลายเท้าเมื่อนอนคว่ำระมัดระวังการเปิดเผยโดยส่วนที่ยังไม่ได้รับการนวดต้องคลุมผ้าไว้ก่อนเสมอ

2.5 ก่อนทำการนวดผู้วิจัยจะต้องทำการประเมินสภาพผู้ป่วยและตรวจสอบบริเวณที่จะนวดก่อนทุกครั้ง โดยการกดจุดตามกล้ามเนื้อ แขน ขา คอ หลัง ไหล่และหลังเพื่อตรวจดูว่ากล้ามเนื้อมีการเกร็งตัวหรือไม่ หรือมีการกดเจ็บที่ตำแหน่งใด

2.6 ผู้วิจัยเริ่มทำการนวดโดยจะเริ่มจากส่วนปลายของร่างกายเข้าหาลำตัว โดยให้เป็นไปตามทิศทางการไหลของหลอดเลือดดำและน้ำเหลืองซึ่งจะเริ่มทำการนวดจากปลายแขนไปสิ้นสุดที่รักแร้ ปลายขาไปสิ้นสุดที่ข้อพับบริเวณโคนขาและสะโพกไปสิ้นสุดที่คอและรักแร้ โดยนวดช้าๆลงน้ำหนักมืออย่างสม่ำเสมอไม่หยุดชะงักกลางคัน

2.7 ท่าทาง และตำแหน่งที่นวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ผู้วิจัยทำการนวดผู้ป่วยโดยท่าที่ใช้ในการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย (Movement) ประกอบไปด้วยท่าดังต่อไปนี้

2.7.1 ท่า ที่ใช้ในการนวดประกอบไปด้วย

1. Stroking หรือ effleurage (การลูบ) หมายถึง การใช้ฝ่ามือแนบติดกับผิวของส่วนที่จะนวดและเคลื่อนไหวไปมาด้วยความเร็วสม่ำเสมอไม่หยุดชะงักกลางท่า

รูปที่ 1 แสดงการลูบกล้ามเนื้อหลัง

2. Compression movement ประกอบด้วย

2.1 การคลึง (Kneading) หมายถึง การใช้ฝ่ามือทั้งสอง ปลายนิ้วมือทั้ง 4 หรือหัวแม่มือในการคลึงทั้งนี้ขึ้นกับขนาดของกล้ามเนื้อที่จะทำการคลึงโดย

- กล้ามเนื้อมัดใหญ่เช่น กล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อขาและกล้ามเนื้อแขนจะใช้ฝ่ามือทั้งสองทำการคลึงกล้ามเนื้อ (Palm kneading)
- สำหรับในกล้ามเนื้อที่เล็กลงมาเช่น ฝ่ามือ จะใช้ปลายนิ้วทั้งสี่ในการคลึง (Finger kneading)
- สำหรับกล้ามเนื้อมัดเล็กที่สุดเช่น นิ้วมือหรือนิ้วเท้าจะใช้หัวแม่มือในการคลึง (Thumb kneading)

รูป 2.1 แสดงการคลึงกล้ามเนื้อมัดใหญ่

รูป 2.1 แสดงการคลึงกล้ามเนื้อมัดเล็ก

2.2 การบีบยก (Picking up) หมายถึง การบีบกล้ามเนื้อระหว่างนิ้วหัวแม่มือและนิ้วทั้งสี่เป็นรูปตัว V โดยไม่ให้มีช่องว่างภายในอุ้งมือ ยกกล้ามเนื้อขึ้นแล้วปล่อย โดยออกแรงที่ข้อมือเป็นหลัก

รูป 2.2 แสดงการบีบยกกล้ามเนื้อหลัง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 การม้วน (Rolling) หมายถึง การยกกล้ามเนื้อขึ้นมาแล้วทำการบิดไปมา (ม้วน) โดยวางมือราบกับกล้ามเนื้อโดยไม่ให้มีช่องว่าง หันมือทั้งสองข้างเข้าหากันเป็นลักษณะคล้ายใบโพธิ์ บีบและยกกล้ามเนื้อขึ้นมาให้อยู่ระหว่างนิ้วหัวแม่มือของมือซ้ายและนิ้วอีก 4 นิ้วของมือขวา ทำสลับกันแล้วปล่อยเป็นจังหวะติดต่อกันไป

รูป 2.3 แสดงการม้วนกล้ามเนื้อบริเวณหลัง

3. Percussion movement เป็นการกระตุ้นกล้ามเนื้อมัดใหญ่ภายหลังนวดเสร็จ ควรเลือกใช้ท่าใดท่าหนึ่ง ประกอบไปด้วยท่าดังต่อไปนี้

3.1 การสับ (Hacking) หมายถึง การปล่อยมือให้ข้อมืออยู่ในลักษณะที่ผ่อนคลาย เอาสันมือทางด้านนิ้วก้อยกระทบส่วนที่จะสับซึ่งเป็นกล้ามเนื้อ ทำสลับกันทีละมือด้วยความเร็วสม่ำเสมอ โดยให้ขวางเส้นใยของกล้ามเนื้อ

รูป 3.1 แสดงการสับของกล้ามเนื้อบริเวณหลัง

3.2 Clapping **การเคาะหรือตบ** โดยการวางมือเป็นรูปกลีบบัวหรือรูปถ้วย สลับข้อมือไปมา จะทำให้กล้ามเนื้อมัดใหญ่

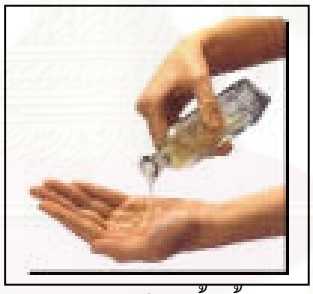
3.3 Beating **การตี** จะใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างตีในกล้ามเนื้อมัดใหญ่ที่จะทำการกระตุ้น

3.4 การสั่น (Vibration) หมายถึง การใช้มือสองมือซ้อนกัน แล้วออกแรงกดให้แนบกับกล้ามเนื้อบริเวณนั้นแล้วสั่น โดยใช้ข้อมือในการออกแรงสั่น ให้แรงสั่นสะเทือนนั้นไปถึงกล้ามเนื้อ

2.7.2 ตำแหน่งในการนวด ทำการนวดผู้ป่วยโดยเริ่มนวดตั้งแต่บริเวณหลังไหล่ด้านหลัง ไหล่ด้านหน้า แขน มือ และขา 2 ข้างใช้เวลารวมทั้งสิ้นประมาณ 30 นาทีโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การนวดหลัง

- จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนคว่ำหน้าโดยไม่หนุนหมอนและตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง วางมือ 2 ข้างแนบลำตัวรองหมอนบริเวณท้อง เข่า และปลายเท้าหรือแล้วแต่ความสุขสบายของผู้ป่วย ถอดเสื้อออกใช้ผ้าขนหนูคลุมส่วนที่ไม่ได้นวดไว้
- เทน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่ได้รับการเจือจางแล้วลงบนฝ่ามือแล้วทำการลูบไปตามกล้ามเนื้อหลังโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้



1.1 การลูบ ใช้ฝ่ามือทั้งสองมือลูบกล้ามเนื้อทั้งหมดของหลัง โดยเริ่มจากใช้ปลายนิ้วทั้ง 4 ของทั้ง 2 มือแตะที่ส่วนล่างบริเวณก้นกบ กางมือออกใช้ฝ่ามือและนิ้วมือแนบติดกับหลังให้มากที่สุด โดยลูบขึ้นตลอดความยาวของกล้ามเนื้อหลังจากก้นกบมาสิ้นสุดที่รักแร้ 2 ข้างทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

1.2 การคลึง ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างวางแนบกล้ามเนื้อหลังแล้วทำการคลึงกล้ามเนื้อหลัง โดยหมุนนิ้วมือและฝ่ามือของมือทั้งสองข้างเข้าหากัน วนฝ่ามือและนิ้วมือเป็นวงกลมโดยข้างหนึ่งหมุนวนตามเข็มนาฬิกาอีกข้างวนทวนเข็มนาฬิกา ใช้ฝ่ามือเป็นตัวลงน้ำหนักในการคลึงโดยใช้แรงในการคลึงในระดับปานกลาง ปล่อยแรงกดเมื่อนิ้วมือเคลื่อนที่ต่ำลงมา เริ่มต้นจากบริเวณก้นกบขึ้นไปตลอดตามความยาวของกล้ามเนื้อ คลึงขึ้นมาถึงบ่า ทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

- สำหรับกล้ามเนื้อบริเวณสะบัก ใช้ปลายนิ้วมือทั้ง 4 คลึงรอบๆกล้ามเนื้อบริเวณสะบัก คลึงตามเข็มนาฬิกา ทำทีละข้าง ทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

1.3 การบีบยก กางหัวแม่มือออกมาจากอีก 4 นิ้วเป็นรูปตัว " V" จับกล้ามเนื้อบริเวณเอวขึ้นมาอย่าให้มีช่องว่างในอุ้งมือ แล้วดึงกล้ามเนื้อขึ้นแล้วปล่อยกล้ามเนื้อลง เลื่อนมือขึ้นไปแล้วยกกล้ามเนื้อขึ้นอีกตามความยาวของกล้ามเนื้อโดยเริ่มตั้งแต่บั้นเอวจนถึงท้ายทอยหรือบ่า ทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

1.4 การม้วน หันมือทั้งสองเข้าหากัน บีบกล้ามเนื้อบริเวณบั้นเอวขึ้นมาระหว่างหัวแม่มือของมือหนึ่งกับสี่นิ้วของอีกมือหนึ่ง แล้วบิดไปมาขึ้นๆลงๆสลับกันระหว่างมือสองข้าง โดยเริ่มตั้งแต่บั้นเอวจนถึงกล้ามเนื้อสะบัก ไล่มาจนถึงกล้ามเนื้อบริเวณบ่าและท้ายทอย ทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

- หลังจากนั้นใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างลูบกล้ามเนื้อหลังจากบั้นเอวจนถึงรักแร้ 2 ข้างอีกหนึ่งเที่ยว

1.5 การสับ กระตุ้นกล้ามเนื้อบริเวณหลังโดยการสับ โดยใช้ด้านข้างของนิ้วก้อยสองมือสับสลับกันด้วยแรงพอควรโดยอาศัยการสะบัดข้อมือทั้งสองข้างในการสับและมือทั้งสองข้างต้องตั้งฉากกับกล้ามเนื้อ เริ่มจากกล้ามเนื้อบริเวณเอวไปสิ้นสุดที่บริเวณไหล่หรือบ่า สับขึ้นลงไปมา ทำเช่นนี้ด้านละ 3 เที่ยว

2. การนวดไหล่ด้านหลัง

- เทน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่ได้รบการเจือจางแล้วลงบนฝ่ามือแล้วทำการลูบไปตามกล้ามเนื้อไหล่โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 การลูบ ลูบกล้ามเนื้อหัวไหล่ด้านหลังโดยใช้มือสองข้างเริ่มลูบกล้ามเนื้อจากท้ายทอยลงมาทางหัวไหล่วกลงสู่รักแร้ ทำซ้ำเช่นนี้ 3 เที่ยว

2.2 การคลึง เริ่มคลึงจากท้ายทอยจนถึงหัวไหล่โดยใช้ปลายนิ้วมือทั้ง 4 คลึงเป็นวงตามเข็มนาฬิกา เคลื่อนมือจากท้ายทอยไปยังหัวไหล่ ทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

2.3 การบีบยก บีบยกกล้ามเนื้อหัวไหล่โดยใช้มือวางเป็นรูปตัว "V" บีบและดึงกล้ามเนื้อขึ้นทำพร้อมกันสองมือตลอดกล้ามเนื้อหัวไหล่ทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

2.4 การม้วน ม้วนกล้ามเนื้อหัวไหล่ โดยหันนิ้วมือทั้งสองข้างเข้าหากันเป็นรูปคล้ายใบโพธิ์บีบกล้ามเนื้อขึ้นแล้วบิดไปมา (ม้วน) ระหว่างมือทั้งสอง โดยเริ่มจากกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอยมายังหัวไหล่ ทำเช่นนี้ด้านละ 3 เที่ยว

3. การนวดแขนและไหล่ด้านหน้าและมือ

ประกอบไปด้วย การนวดไหล่ การนวดต้นแขน การนวดแขนส่วนล่างและการนวดมือโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนหงายหนุนหมอน วางมือ 2 ข้างแนบลำตัว ใช้ผ้าขนหนูคลุมส่วนที่ไม่ได้นวดไว้คลุมตั้งแต่หน้าอกลงไปถึงโคนขา

- เทน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่ผสมกับน้ำมันตัวนำแล้วลงบนฝ่ามือ ทำการลูบไปตามกล้ามเนื้อแขนและไหล่ด้านหน้าโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ท่าเริ่มต้นของการนวดแขน ก่อนทำการนวดแขนและไหล่ต้องทำการลูบแขนก่อน โดยการใช้ฝ่ามือลูบกล้ามเนื้อทั้งหมดของแขน ใช้มือซ้ายจับข้อมือเพื่อยึดไม่ให้แขนเคลื่อนที่ไปมาแล้วใช้ฝ่ามือลูบกล้ามเนื้อไปตามความยาวของแขนจากปลายมือไปยังหัวไหล่และมาสิ้นสุดที่รักแร้ทำเช่นนี้ 3 เที่ยว แล้วเปลี่ยนจากการคว่ำมือเป็นหงายมือโดยลูบจากฝ่ามือมาทางด้านในของแขนจรดรักแร้ ทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

รูป แสดง การลูบ(ท่าเริ่มต้นของการนวดแขน)

3.1 การนวดไหล่

3.1.1 การลูบ ลูบกล้ามเนื้อบริเวณหัวไหล่ โดยใช้ฝ่ามือสองข้างเริ่มลูบจากส่วนล่างของกล้ามเนื้อหัวไหล่ขึ้นมาทางหัวไหล่แล้ววกลงสู่รักแร้ 3 เที่ยว

3.1.2 การคลึง คลึงกล้ามเนื้อหัวไหล่โดยใช้มือทั้งสองข้างคลุมกล้ามเนื้อไหล่ให้หมด ใช้ฝ่ามือสองข้างคลึงตลอดความยาวและความกว้างของกล้ามเนื้อไหล่ ทำ 3 เที่ยว

3.1.3 การบีบยก ใช้มือซ้ายจับต้นแขน มือขวาบีบและดึงกล้ามเนื้อขึ้นแล้วปล่อยกล้ามเนื้อลง โดยการจับกล้ามเนื้อต้องไม่มีช่องว่างเหลือในอุ้งมือ เลื่อนมือขึ้นบีบและดึงส่วนใหม่อีก ทำเช่นนี้ตลอดกล้ามเนื้อ 3 เที่ยว

3.1.4 การม้วน ม้วนกล้ามเนื้อหัวไหล่ โดยหันนิ้วมือทั้งสองข้างเข้าหากัน บีบกล้ามเนื้อขึ้นแล้วบิดไปมาระหว่างมือทั้งสอง ทำทั้งกล้ามเนื้อส่วนหน้า ส่วนกลางและส่วนหลัง

3.2 การนวดต้นแขน

- เทน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่ได้รับการผสมแล้วลงบนฝ่ามือนำไปนวดต้นแขนโดยมีท่าทางดังนี้

3.2.1 การคลึง คลึงกล้ามเนื้อแขนโดยมือขวาวางแนบบนกล้ามเนื้อต้นแขนด้านหน้า มือซ้ายอยู่บนกล้ามเนื้อต้นแขนด้านหลังเริ่มคลึงจากข้อศอกไปจนถึงรักแร้โดยคลึงตลอดความยาวของกล้ามเนื้อแขนทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

รูป 3.2.1 แสดงการคลึงต้นแขน

3.2.2 การบีบยก บีบและยกกล้ามเนื้อแขนโดยใช้มือซ้ายจับข้อศอกไว้เพื่อยึดไม่ให้แขนเคลื่อนที่ไปมา ใช้มือขวาบีบกล้ามเนื้อขึ้นแล้วปล่อย โดยการบีบยกต้องไม่ให้เกิดช่องว่างในอุ้งมือ ทำขึ้นไปตลอดความยาวของกล้ามเนื้อแขนตั้งแต่ข้อศอกขึ้นไปสิ้นสุดที่รักแร้ทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

3.2.3 การม้วน วางนิ้วมือทั้งสองข้างเข้าหากัน กางข้อศอกออก บีบและยกกล้ามเนื้อขึ้นบิดกล้ามเนื้อไปมา (ม้วน)ระหว่างมือทั้งสอง บิดขึ้นๆลงๆตลอดความยาวของกล้ามเนื้อตั้งแต่ข้อศอกจนถึงรักแร้ ทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

3.3 การนวดแขนส่วนล่าง

3.3.1 การคลึง คลึงกล้ามเนื้อแขนส่วนล่างโดยมือขวาวางแนบบนกล้ามเนื้อแขนด้านหน้า มือซ้ายอยู่บนกล้ามเนื้อแขนด้านหลัง เริ่มคลึงจากข้อมือไปจนถึงใต้ข้อศอกโดยคลึงตลอดความยาวของกล้ามเนื้อแขนทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

- หลังจากนั้นทำการคลึงร่องของกล้ามเนื้อแขน โดยใช้หัวแม่มือคลึงตั้งแต่ข้อมือจนถึงข้อศอก 1 เที่ยว

รูป 3.3.1 แสดงการคลึงร่องของกล้ามเนื้อแขนส่วนล่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.3.2 การบีบยก ใช้มือซ้ายจับที่ข้อมือไว้ และใช้มือขวาบีบและดึงกล้ามเนื้อขึ้น แล้วปล่อยกล้ามเนื้อลงโดยการจับกล้ามเนื้อต้องไม่ให้มีช่องว่างเหลือในอุ้งมือ เลื่อนมือขึ้นแล้วบีบและดึงส่วนใหม่อีก ทำเช่นนี้ตลอดความยาวของกล้ามเนื้อแขนส่วนล่างตั้งแต่ข้อมือถึงข้อศอกทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

3.3.3 การม้วน วางนิ้วมือทั้งสองข้างเข้าหากัน กางข้อศอกออก บีบและยกกล้ามเนื้อขึ้นบิดกล้ามเนื้อไปมา (ม้วน) ระหว่างมือทั้งสอง บิดขึ้นๆลงๆตลอดความยาวของกล้ามเนื้อตั้งแต่ข้อมือไปจนถึงข้อศอก ทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

ท่าสิ้นสุดการนวดแขน

- หลังจากนั้นทำการลูบกล้ามเนื้อจากข้อมือจนถึงต้นแขน 1 เที่ยวแล้วทำการกระตุ้นกล้ามเนื้อแขนโดยการสับกล้ามเนื้อแขน โดยใช้ด้านข้างของนิ้วก้อยสองมือสับสลับกันด้วยแรงพอควร โดยอาศัยการสะบัดข้อมือทั้งสองข้างในการสับตลอดความยาวของกล้ามเนื้อแขนทำขึ้นๆลงๆ 3 เที่ยว

4. การนวดมือ ประกอบด้วย หลังมือ และฝ่ามือ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

– เทน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่ได้รับการเจือจางแล้วลงบนฝ่ามือทำการนวดมือโดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 หลังมือ ทำการลูบกล้ามเนื้อหลังมือระหว่างนิ้ว โดยใช้หัวแม่มือซ้ายและขวาลูบขึ้นตามร่องระหว่างกระดูกบนหลังมือ มือซ้ายอยู่ในร่องที่ 3 มือขวาอยู่ในร่องที่ 1 ลูบขึ้นจนเกือบถึงข้อมือทำเช่นนี้ 3 เที่ยวแล้วเปลี่ยนมือซ้ายมาอยู่ในร่องที่ 4 และมือขวามาอยู่ในร่องที่ 2 แล้วลูบขึ้นจนเกือบถึงข้อมือทำซ้ำ 3 เที่ยว หลังจากนั้นทำการคลึงหลังมือด้วยหัวแม่มือทำเช่นนี้ 1 เที่ยว

รูป 4.1แสดง การลูบและคลึงหลังมือ

4.2 ฝ่ามือ โดยการหงายมือขึ้น แล้วทำการคลึง โดยใช้นิ้วมือทั้ง 4 ลูบบนเนินทั้งสองของฝ่ามือลงไปทางข้อมือ แล้วคลึงจากข้อมือขึ้นมาถึงโคนนิ้วก้อยและหัวแม่มือ ลูบและคลึงตามรองระหว่างกระดูกของฝ่ามือ

รูป 4.2 แสดงการคลึงฝ่ามือ

4.3 นิ้วมือ ใช้หัวแม่มือลูบนิ้วมือขึ้นจากปลายนิ้วไปยังโคนนิ้ว แล้วทำการคลึงนิ้วมือโดยเริ่มจากปลายนิ้วไปยังโคนนิ้วแล้วใช้หัวแม่มือคลึงตั้งแต่ปลายนิ้วไปจนถึงโคนนิ้ว ทำเช่นนี้ทั้งด้านหน้าและด้านหลังของทุกนิ้ว

รูป 4.3แสดงการคลึงนิ้วมือด้านหลัง

รูป 4.3 แสดงการการลูบนิ้วมือด้านหน้า

5. การนวดขา ประกอบไปด้วย การนวดต้นขา และการนวดขาส่วนล่าง

- จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้หมอนรองใต้เข่า ตั้งเข่าโดยให้เข่างอเล็กน้อย
- เทน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่ได้รับการเจือจางแล้วลงบนฝ่ามือแล้วนำมานวดต้นขาโดยมีขั้นตอนดังนี้

5.1 การนวดต้นขา

5.1.1 การลูบ ลูบกล้ามเนื้อต้นขา โดยใช้ฝ่ามือทั้งสองมือวางแนบกล้ามเนื้อขาแล้วลูบจากบริเวณข้อพับไปจรดที่โคนขาทำซ้ำ 3 เที่ยว

5.1.2 การคลึง ใช้นิ้วมือทั้ง 4 และฝ่ามือคลึงรอบๆกล้ามเนื้อต้นขา คลึงตามเข็มนาฬิกา ทำพร้อมกันสองมือโดยเริ่มจากเข่าไปสิ้นสุดที่โคนขา ทำตลอดความยาวของกล้ามเนื้อทั้งกล้ามเนื้อด้านหน้า ด้านใน และด้านนอกของต้นขาทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

5.1.3 การบีบยก บีบยกกล้ามเนื้อต้นขาโดยบีบยกตั้งแต่กล้ามเนื้อบริเวณเข่าขึ้นมาตามความยาวของกล้ามเนื้อมาสิ้นสุดที่โคนขา โดยบีบยกพร้อมกันทั้งสองมือ ทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

5.1.4 การม้วน ม้วนกล้ามเนื้อต้นขาทั้งด้านหน้าและด้านใน ทำตลอดความยาวของกล้ามเนื้อขึ้นไปสิ้นสุดที่โคนขา ทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

- หลังจากนั้นทำการนวดต้นขาส่วนล่าง โดย เทน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่ได้รับการเจือจางแล้วลงบนฝ่ามือแล้วนำมานวดต้นขาโดยมีขั้นตอนดังนี้

5.2 การนวดขาส่วนล่าง

5.2.1 การลูบ ทำการลูบกล้ามเนื้อต้นขาส่วนล่างโดยใช้ฝ่ามือทั้งสองลูบจากข้อเท้าไปจรดที่ใต้เข่าทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

5.2.2 การคลึง คลึงกล้ามเนื้อน่องโดยตั้งขาขึ้นมือซ้ายจับทางด้านนอกของขาไว้มือขวาแนบติดกับน่องและคลึงทางด้านในของน่องขึ้นไปจนถึงใต้หัวเข่าทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

5.2.3 การบีบยก บีบยกกล้ามเนื้อน่องทำตลอดความยาวของกล้ามเนื้อ เริ่มจากทางข้อเท้ามายังเข่าทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

5.2.4 การม้วน ม้วนกล้ามเนื้อน่องโดยเริ่มจากทางข้อเท้าไปยังเข่าทำตลอดความยาวของกล้ามเนื้อทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

- หลังจากนั้นใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างทำการลูบกล้ามเนื้อขาตลอดแนวความยาวของกล้ามเนื้อขาเริ่มจากปลายเท้าไปยังโคนขา

5.2.5 การสับ ทำการกระตุ้นกล้ามเนื้อขาโดยทำการสับกล้ามเนื้อของขา โดยใช้ด้านข้างของนิ้วก้อยของสองมือ สับสลับกันด้วยแรงพอควรโดยอาศัยการสะบัดข้อมือทั้งสองข้างในการสับและมือทั้งสองข้างต้องตั้งฉากกับกล้ามเนื้อ เริ่มจากกล้ามเนื้อบริเวณน่องไปสิ้นสุดที่บริเวณโคนขา สับขึ้นลงไปมา ทำเช่นนี้ 3 เที่ยว

2.8 ประเมินสัญญาณชีพภายหลังการนวดเสร็จและบันทึกไว้

ระยะเวลา - กิจกรรมนี้ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

ภาคผนวก ข

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและสูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ

คะแนนการทดสอบความรู้ของกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและสูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	อายุ	สูตรเคมีบำบัด	อายุ	สูตรเคมีบำบัด
1	37	FAC	41	FAC
2	49	AC	50	AC
3	42	FAC	45	FAC
4	34	FAC	38	FAC
5	53	CMF	57	CMF
6	39	FAC	42	FAC
7	46	FAC	50	FAC
8	54	CMF	51	CMF
9	48	FAC	50	FAC
10	52	FAC	52	FAC
11	54	FAC	52	FAC
12	47	FAC	43	FAC
13	44	FAC	45	FAC
14	40	FAC	44	FAC
15	55	AC	51	AC
16	51	FAC	54	FAC
17	41	CMF	37	CMF
18	45	CMF	41	CMF
19	46	CMF	42	CMF
20	43	FAC	40	FAC

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนจากการทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย

ลำดับที่	คะแนน	ร้อยละ
1	20	100
2	20	100
3	20	100
4	18	90
5	20	100
6	20	100
7	20	100
8	19	95
9	20	100
10	20	100
11	20	100
12	18	90
13	18	90
14	19	95
15	17	85
16	20	100
17	20	100
18	20	100
19	20	100
20	19	95

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ตัวอย่าง จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้และเก็บรวมรวมข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จงกลณี มาลัย	อาจารย์กายภาพบำบัดหัวหน้าสาขาวิชากายภาพบำบัด ภาควิชาศัลย์ศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์	อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นาง กัลยากร ฉัตรแก้ว	นักวิชาการของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
นาง พรจันทร์ สัยละมัย	พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง“ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9810
ชื่อนิสิต นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร โทร. 06 - 378 - 3194

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งชลบุรี

เนื่องด้วย นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง“ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด”โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 30 ราย และเครื่องมือที่ใช้เป็น1)แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2)แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ 3)แบบประเมินความเหนื่อยล้า ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว สายใหม ตุ้มวิจิตร ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองผู้อำนวยการกลุ่มการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-2189810
ชื่อนิสิต นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร โทร. 06 - 3783194

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เนื่องด้วย นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง“ ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 40 ราย ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองผู้อำนวยการกลุ่มงานพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9810
ชื่อนิสิต นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร โทร. 06- 3783194

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
และหนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด

THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT WITH AROMATHERAPY MASSAGE ON FATIGUE IN BREAST CANCER PATIENTS AFTER MASTECTOMY UNDERGOING CHEMOTHERAPY

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโท

สถานที่ปฏิบัติงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06 - 3783194

E-mail : t_saimai@yahoo.com ; t_saimai@hotmail.com

สถานที่วิจัย หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์ 06 - 3783194

ความเป็นมาของโครงการ

ความเหนื่อยล้าเป็นอาการหลักที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและจากการรักษาที่ได้รับ โดยความเหนื่อยล้าที่เกิดมักเป็นอาการในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงและยังเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้มากกว่าอาการอื่นๆ ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุไม่ว่าจะจากพยาธิสภาพของโรคเอง อาการข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับรวมทั้งการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจและข้อมูลในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน และบรรเทาความเหนื่อยล้าจากอาการข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับ ซึ่งความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นนี้หากอยู่ในระดับเล็กน้อยก็จะเป็นกลไกช่วยเตือนให้ร่างกายได้พักผ่อนและหลีกเลี่ยงจากภาวะเครียดที่จะมามีผลกระทบต่อร่างกาย แต่หากร่างกายมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับรุนแรง เกิดขึ้นบ่อย และคงอยู่เป็นเวลานานก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และพฤติกรรม รวมทั้งยังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด ดังนั้นพยาบาลในฐานะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมจึงต้องมีรู้ความสามารถในการป้องกันและหาทางบรรเทาความเหนื่อยล้าที่

อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อให้ความเหนื่อยล้านั้นลดลงหรือหมดไปหรืออย่างน้อยก็เพื่อให้ความเหนื่อยล้านั้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเพื่อช่วยบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด และเพื่อให้เกิดเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ และจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลรูปแบบอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ให้เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆ และในผู้ป่วยโรคอื่นๆต่อไป

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัย (ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด) จะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด ขอบเขต การรักษาข้อมูลและการยุติการเข้าร่วมการวิจัยและได้เซ็นยินยอมในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) จากนั้นผู้วิจัยจะให้ตอบแบบสอบข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเหนื่อยล้า โดยใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับรวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากอาการข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับในสัปดาห์แรกและจะได้รับคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้นำไปปฏิบัติที่บ้าน และในสัปดาห์ที่สองผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์บริเวณ หลัง ไหล่ แขนและมือทั้งสองข้าง ขาทั้งสองข้างนาน 30 นาทีโดยผู้วิจัยเป็นผู้นวด ภายหลังจากสิ้นสุดการนวดผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้าชุดเดิมซ้ำอีกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถือเป็นความลับและจะนำเสนอในรูปของผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย …….....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร ที่อยู่ 21 / 12 หอพักสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ถ. รางน้ำ แขวงราชเทวี เขตพญาไท 10400 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ผลกระทบ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยในครั้งนี้ โดยข้าพเจ้าได้ ซักถามและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล โดยข้าพเจ้ายอมรับผลกระทบและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและจะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่าหากข้าพเจ้าได้รับความผิดปรกติเนื่องจากโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยในครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายและจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที ในกรณีที่มิได้แจ้งให้ผู้ทำการวิจัยทราบในทันทีถึงความผิดปรกติที่เกิดขึ้น จะถือว่าข้าพเจ้าทำให้การคุ้มครองความปลอดภัยเป็นโมฆะ (ตามที่กฎหมายกำหนด)

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

…… …….

สถานที่ / วันที่ ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

…… ……

(.....)

สถานที่ / วันที่ ลงนามผู้วิจัยหลัก

…… ……..

(.....)

สถานที่/วันที่ ลงนามพยาน

เลขที่ใบรับรอง 018/2547

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

☑ อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

☐ อนุมัติ ภายใต้เงื่อนไข คือ.....

.....

.....

.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ์)

.....กรรมการและเลขานุการ

(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล)

รับรองวันที่ 8 เมษายน 2547

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Approval Document No **018/2004**

The Ethical Review Committee for Research Involving Human Subjects and/ or Use of Animal in Research, Health Science Group of Faculties, Colleges and Institutes, Chulalongkorn University, Thailand

Title of Project : Effects of Giving Information Incombination with Massage Using Aromatic Oil Program on Fatigue in Breast Cancer Patients

Principle Investigator : Miss Saimai Toomwijit

Place of Proposed Study/Institution : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

This is to certify that the Ethical Review Committee for Research Involving Human Subjects and/or Use of Animal in Research, Health Science Group of Faculties, Colleges and Institutes, Chulalongkorn University, Thailand, constituted in accordance with the International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) and/or Code of Conduct in Animal Use of NRCT version 2000.

☑ Approved

☐ Approved under the condition that.....

.....

the above titled project.

.....Chairman
(Associate Professor Prida Tasanapradit, M.D.)

..... Secretary
(Professor Surasak Taneepanichskul, M.D.)

Date of Approval : April 8, 2004

ที่ สธ 0314/ 07984

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400

8 เมษายน 2547

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามหนังสือที่ ศธ 0512.11/262 ลงวันที่ 2 มีนาคม 2547 แจ้งว่า นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีความประสงค์ขอเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ นั้น

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาแล้ว อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าดำเนินการวิจัยได้ โดยขอให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการวิจัยของสถาบันฯ ดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ และเมื่อผู้วิจัยทำการวิจัยเสร็จเรียบร้อยแล้ว ขอให้จัดส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ให้แก่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 1 เล่ม เพื่อสถาบันมะเร็งแห่งชาติจะเก็บไว้ สำหรับเป็นข้อมูลทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธีรวุฒิ คูหะเปรมะ)
ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กลุ่มงานวิจัย
โทรศัพท์ (02) 2460061 ต่อ 1410, 1416
โทรสาร (02) 2465145

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<u>ส่วนที่ 1</u> แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมายกากบาท (X) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่าง เฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1.1 อายุ ..... ปี

1.2 สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) คู่ ( ) ม่าย ( ) หย่าร้าง

1.3 ศาสนา

( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) อื่นๆ.....

1.4 ระดับการศึกษา

( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา

( ) อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตร ( ) ปริญญาตรี

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

1.5 อาชีพ

( ) รับจ้าง ( ) เกษตรกร

( ) ค้าขาย ( ) พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท เอกชน

( ) ข้าราชการ ( ) อื่นๆ ระบุ.....

1.6 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)

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

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

( ) 16,001 – 20,000 ( ) มากกว่า 20,000

1.7 ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย

( ) ไม่มี ( ) มีเล็กน้อย

( ) มีปานกลาง ( ) มีมาก

<u>ส่วน ที่ 2</u> แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

1. ชนิดของการผ่าตัด.....
2. ระยะของโรค.....
3. สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ.....
4. ครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัด (cycle ที่).....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

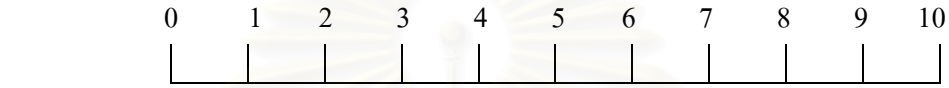
<u>ส่วนที่ 3</u> แบบประเมินความเหนื่อยล้า

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาตอบข้อคำถามในแต่ละข้อต่อไปนี้ว่าท่านมีความรู้สึกต่อข้อคำถามนั้นมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงระดับความรู้สึกเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะนี้มากที่สุด

0 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย

ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หมายถึง ความรู้สึกต่อข้อความนั้นเพิ่มขึ้นตามลำดับจนถึงสูงสุดคือ 10

1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้ท่านมีความทุกข์ทรมานในระดับใด



ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด

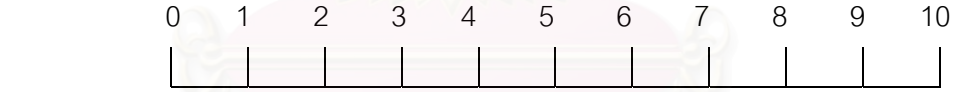
.

.

.

.

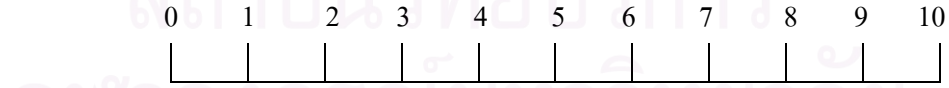
5. ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวนความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้างความเพลิดเพลินให้กับท่านในระดับใด



ไม่มีผลเลย มีผลมากที่สุด

ข้อ 7 - 11 โปรดอธิบายความรู้สึกของท่านที่มีต่อความเหนื่อยล้าหลังจากได้รับเคมีบำบัดตามหัวข้อต่อไปนี้

7.

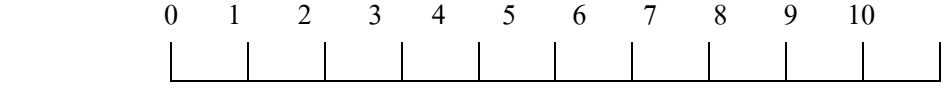


น่าพอใจ ไม่น่าพอใจ

.

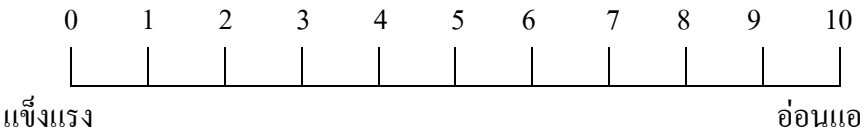
.

11.

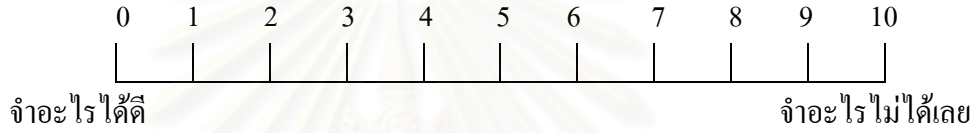


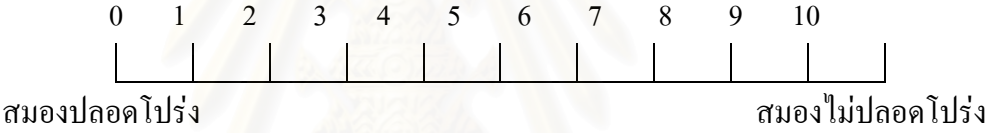
ปกติ ไม่ปกติ

ข้อ 12 - 22 หลังจากได้รับเคมีบำบัดชุดที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าตัวเองเป็นอย่างไร

12. 

.
.
.
.

21. 

22. 

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการทดลองที่ใช้ในการวิจัย

วิทยานิพนธ์เรื่อง

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย
ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด

THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT WITH AROMATHERAPY MASSAGE PROGRAM ON FATIGUE IN BREAST CANCER PATIENTS AFTER MASTECTOMY UNDERGOING CHEMOTHERAPY

โดย

นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สงวนลิขสิทธิ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

ปัญหา 3
ปรัชญา 4
โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับ
การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย 5
ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์
การรับรู้ของผู้ป่วย
ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้
ขั้นตอนที่ 3 การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย
ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล
ภาคผนวก
- ก. แผนการสอนเรื่องความเหนื่อยล้าและ
การดูแลตนเองตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า
ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- ข. คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า
สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด

ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเกือบทุกประเทศทั่วโลกเนื่องจากมีอุบัติการณ์การเกิดสูงและมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ สำหรับในประเทศไทยพบว่ามะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์การเกิดสูงเป็นอันดับ 1 ในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง (National Cancer Institute, 200: 28)

มะเร็งเต้านมก่อให้เกิดอาการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานได้เป็นอย่างมากและอาการหนึ่งที่เป็นอาการหลักและพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและจากการรักษาที่ได้รับคือความเหนื่อยล้า (Ream & Richardson, 1999: 1297; Jong et al, 2000: 284)

.

.

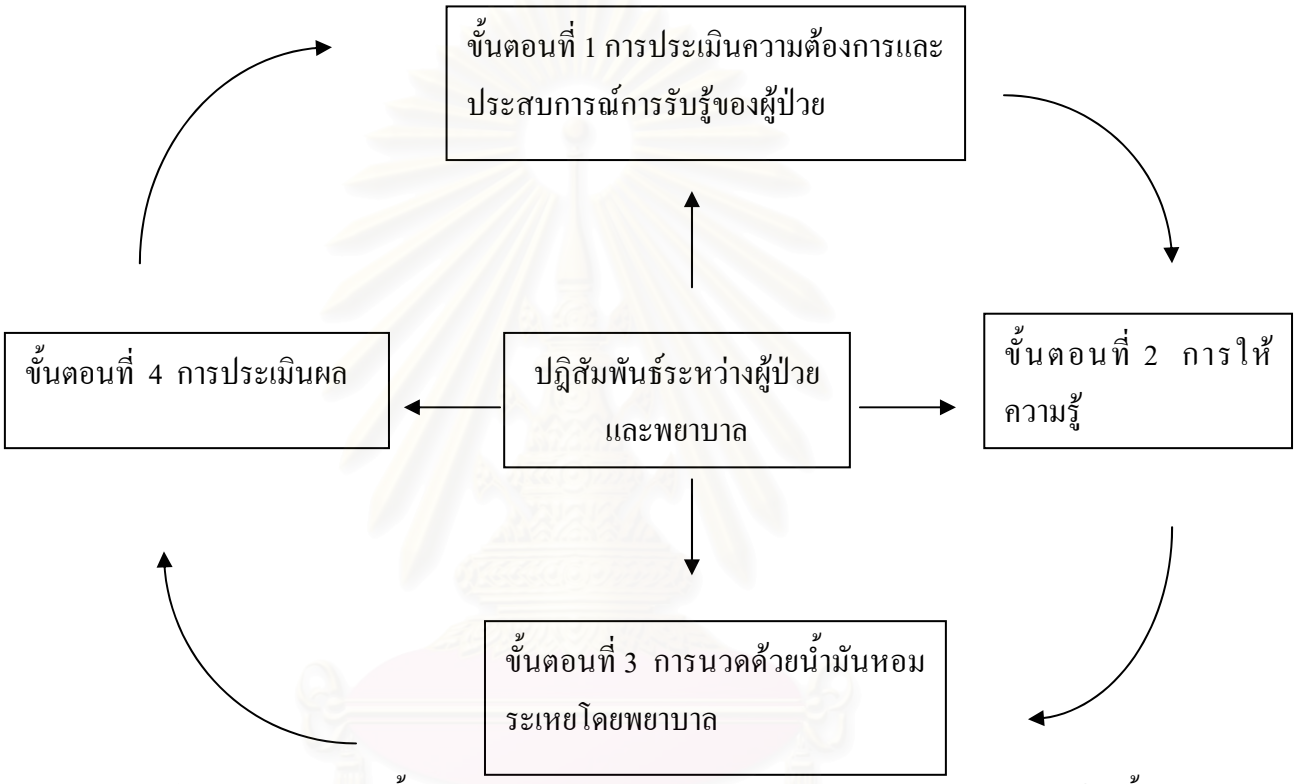
.

ปรัชญา

การจัดการกับอาการที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุเช่นแนวคิดทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับควบคุมอาการได้ ดังนั้นการจัดการกับอาการจะต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกันซึ่งการจัดการกับอาการจะมีประสิทธิภาพที่ดีต้องอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นที่ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ได้แก่ การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากอาการ ร่วมกับมีส่วนช่วยในการจัดการกับอาการที่รุนแรงโดยผู้ป่วยไม่สามารถบรรเทากับอาการนั้นได้ด้วยตนเองจึงต้องพึ่งบุคลากรทางการแพทย์เช่น พยาบาลเป็นต้น จึงทำให้ลดความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นได้

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเป็นโปรแกรมที่สามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากโปรแกรมนี้เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลคือเกิดจากความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ประกอบด้วย 4 ขั้น ดังไดอะแกรมต่อไปนี้



ไดอะแกรมแสดง ขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย

หลักการ……..

วัตถุประสงค์…….

กิจกรรม …….

การประเมินผล……

ระยะเวลา……

สรุปแนวคำถาม…….

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้

หลักการ…….

วัตถุประสงค์…….

กิจกรรม …….

การประเมินผล……

ระยะเวลา ……

สรุปเนื้อหาและสื่อที่ให้

เนื้อหา	สื่อเอกสาร
1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ ความเหนื่อยล้า สาเหตุและผลกระทบจากความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้สุวคนธบำบัดเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า	- แผนการสอนเรื่อง ความเหนื่อยล้าและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม - คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ขั้นตอนที่ 3 การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยโดยพยาบาล

หลักการ…….

วัตถุประสงค์…….

กิจกรรม …….

การประเมินผล……

ระยะเวลา ……..……

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

หลักการ…….

กิจกรรม …….

การประเมินผล……

ระยะเวลา……

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอนเรื่อง ความเหนื่อยล้าและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะให้ความรู้เป็นรายบุคคลด้วยวิธีการสอนในเรื่องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ ความเหนื่อยล้า สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากโรคและอาการข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้สุวคนธบำบัดในรูปของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยจะทำการประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยก่อนร่วมกับการให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยขาดไป และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยมีสื่อการสอนคือคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จำนวนผู้ป่วย รายบุคคล

สถานที่ หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ระยะเวลา 30 – 45 นาที

ผู้สอน สายใหม ตุ้มวิจิตร

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ ความเหนื่อยล้าและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากโรคและอากการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาที่ได้รับ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ของสุวคนธบำบัดในรูปของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ถูกต้อง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดจากโรคและอาการข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จัดทำโดย
นางสาว สายใหม ตุ้มวิจิตร
นิสิตมหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ. ดร. สุรีพร ธนศิลป์

มะเร็งเต้านม....

คือ ชนิดของเนื้อเยื่อของเต้านมที่เจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงไปอย่างผิดปกติ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้และเนื้อเยื่อที่ผิดปกติเหล่านั้นสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะบริเวณใกล้เคียงเช่น ต่อมน้ำเหลือง กระดูก ตับ ปอด สมอง หรืออวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกายได้

มะเร็งเต้านมในระยะลุกลาม

????? ท่านทราบหรือไม่ ?????

มะเร็งเต้านมสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสายใหม ตุ้มวิจิตร เกิดวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2520 สำเร็จการศึกษาระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลเมื่อปีการศึกษา 2541 เข้ารับราชการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลประจำการระดับ 4 หอผู้ป่วยอัษฎางค์ 9 ใต้ งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชเมื่อปี พ.ศ. 2541 ถึง ปี พ.ศ. 2545 เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2545 และได้รับทุนเต็มจำนวนจากจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยในการนำเสนอผลงานทางวิชาการในต่างประเทศของนิสิตจากวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด” ในการประชุมวิชาการ 13th International Conference on Cancer Nursing 2004: Celebrating Diversity ในระหว่างวันที่ 8 – 12 สิงหาคม 2547 ณ. เมือง Sydney ประเทศ Australia ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งอาจารย์ประจำ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพและพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย